

Früherfassung des Asperger-Syndroms

Thomas Girsberger

Einleitung: Die Bedeutung der frühen Erfassung

Die möglichst frühe Erfassung des Asperger-Syndrom muss ein genauso großes Anliegen sein wie die frühe Erfassung des klassischen Autismus, wenn auch aus anderen Gründen. Während beim klassischen Autismus die frühe Intervention (ab 2. Lebensjahr !) zu einer nachhaltigen Verbesserung der Beziehungsfähigkeit und der kognitiven und sprachlichen Entwicklung führen soll, so geht es beim Asperger-Syndrom vorwiegend darum, dem Kind bei der Integration in Spielgruppe, Kindergarten und Schule behilflich zu sein und einer drohenden Ausgrenzung entgegen zu wirken. Zudem ist die Gefahr groß, dass bei einem unerkannten Asperger-Kind falsche Erklärungen für das Fehlverhalten des Kindes gesucht werden, was unweigerlich zu Schuldzuweisungen an die Eltern führt.

Alle typischen Übergänge stellen Risikosituationen dar, bei denen ein Kind, das bisher leidlich gut funktionierte, dekompensieren kann: Eintritt in den Kindergarten, Schuleintritt, Übertritt von der Primar- in die Sekundarschule, Übertritt von der Schule ins Berufsleben. Generell kann man wohl sagen, dass die Dekompensation umso später eintritt, je milder die autistische Störung ausgebildet ist.

So gesehen sollte die Diagnose „Asperger-Syndrom“ spätestens immer dann gestellt werden, wenn auf Grund gesteigerter Anforderungen an die soziale Integration Probleme entstehen und sich ein erheblicher Leidensdruck entwickelt.

Das Durchschnittsalter bei der Diagnosestellung des Asperger-Syndroms liegt heute bei 11 Jahren, und das ist viel zu spät. Bei deutlich ausgeprägter Störung treten erste Symptome wesentlich früher auf und bedrohen die gesunde Entwicklung des Kindes, welche unter anderem durch die schrittweise Ablösung von der Kernfamilie und die soziale Integration in die Gruppe der Gleichaltrigen charakterisiert ist.

Der Kurswechsel bei der frühen Erfassung spiegelt einen grundlegenden Wandel beim Verständnis autistischer Störungen wieder. Noch bis vor nicht allzu langer Zeit wurde von vielen Fachleuten die Meinung vertreten, Autismus sei eine schwere Form von Behinderung, die ein völlig unabänderliches Schicksal darstelle. Die Möglichkeit, zu lernen oder gar durch Behandlung wesentlich gebessert zu werden, wurde Menschen mit der Diagnose Autismus grundsätzlich abgesprochen. Sie galten als nicht lernfähig, weder im sozialen noch im kognitiven Sinne. Diskriminierung, Separation und lebenslange Abhängigkeit von Familie oder Institution waren die logische Folge einer solchen Sichtweise.

Entsprechend wurde die Diagnose „Autismus“ mit grösster Vorsicht und Zurückhaltung gestellt und den angehörigen so lange wie möglich vorenthalten. Die diesbezügliche Diagnose kam quasi einem psychologischen Todesurteil gleich.

Frühe Erfassung vs. Unschärfe der Diagnose

Als sich die oben beschriebene Sichtweise als nicht mehr haltbar erwies und die Bedeutung der frühen Erfassung der Störung zunahm, wurden standardisierte diagnostische Verfahren entwickelt, denn aufwendigen therapeutischen und pädagogischen Maßnahmen muss verständlicherweise eine zuverlässige Diagnostik vorausgehen. Zwei Verfahren erlangten schließlich den Status eines sogenannten „Gold-Standards“: das diagnostische Interview zur präzisen Erfassung der Anamnese ADI (später ADI-R) sowie die Beobachtungsskala ADOS. Bei der Diagnose des frühkindlichen Autismus sind diese beiden Verfahren nach wie vor völlig unbestritten und werden lediglich gewissen Modifizierungen unterworfen. Allerdings gibt es ein grundsätzliches Dilemma: je früher eine Diagnose „Autismus“ angestrebt wird, desto unzuverlässiger ist die Diagnosestellung.

Bei der Erfassung des Asperger-Syndroms ist das erwähnte Dilemma im Prinzip dasselbe: zu einem frühen Zeitpunkt (Vorschul- bzw. Vorkindergarten-Alter) ist eine Diagnose nur möglich, wenn der Untersucher über große klinische Erfahrung verfügt. Auf der anderen Seite kann aber mit zunehmendem Alter die Diagnose wiederum schwieriger werden, weil es zu sekundären emotionalen und Verhaltens-Störungen kommt, die das Kernproblem des Autismus bis zur Unkenntlichkeit überlagern. Zudem – und darauf soll im vorliegenden Artikel besonders eingegangen werden – gibt es gesellschaft-

liche Veränderungen, die die Pathogenese des Asperger-Syndroms mildern und verwischen.

Fallbeispiele

Dies soll zunächst anhand von 3 Fallbeispielen aus der eigenen Praxis illustriert werden.

Elias, 10 Jahre

Elias wuchs auf einem Bauernhof in einer kleinen ländlichen Gemeinde auf, genoss im Vorschulalter viele Freiheiten und entwickelte früh ein Sonderinteresse für landwirtschaftliche Maschinen, Traktoren und Technik im allgemeinen. Niemand wäre auf die Idee gekommen, dies als sonderbar zu betrachten. Die Probleme entstanden mit dem Eintritt in den Kindergarten. Elias zeigte kein großes Interesse an anderen Kindern und spielte lieber für sich, vorwiegend Konstruktionsspiele. Beim Übertritt in die Schule nahmen die Schwierigkeiten zu. Nicht nur mit den andern Kindern, sondern auch mit der Lehrerin gab es regelmäßig Konflikte. Im gleichen Zeitraum nahmen die Auseinandersetzungen zwischen den Eltern zu, welche sich schließlich trennten. Die Mutter blieb mit Elias auf dem Hof, der Vater zog in ein ca. 30km entferntes Dorf und nahm dort eine Stelle bei einer Baufirma an. Die Eltern konnten in keiner Weise kooperieren und es wurde als vormundschaftliche Maßnahme eine Beistandschaft errichtet. Elias wurde beim kinderpsychiatrischen Dienst angemeldet und ging dort in der Folge mehrere Jahre in eine Einzeltherapie. Die zunehmenden Verhaltensprobleme in der Schule wurden mit der schwierigen Nachscheidungs-Situation erklärt. Als auch die Versetzung in eine heilpädagogisch geführte Kleinklasse keine Besserung brachte und die bisherige Therapeutin die Stelle wechselte und deshalb die Therapie beenden musste, wurde das Kind zur weiteren Betreuung in die Praxis des Autors überwiesen. Als hier schliesslich die Diagnose „Asperger-Syndrom“ gestellt wurde, führte dies zu einer Wende zum Besseren: das Problem wurde nicht mehr in der Familiensituation, sondern bei den speziellen pädagogischen Bedürfnissen von Elias gesucht. Er erhielt eine Schulbegleiterin, welche zusammen mit der Klassenlehrerin rasch in die Asperger-Thematik eingearbeitet wurde. Dies erwies sich, neben der Weiterführung von Einzeltherapie und Elternberatung, als entscheidende Maßnahme zur Verbesserung und schließlich Entspannung der Schulsituation.

Noemi, 11 Jahre

Vor der Überweisung in die Praxis des Autors bestand bei Noemi bereits eine langjährige kinderpsychiatrische Vorgeschichte. Die Diagnose, die während Jahren die Leitlinie für therapeutische Bemühungen darstellte, lautete auf ADHS. Neben Psychotherapie und Stimulanzen erhielt Noemi auch Ergotherapie. Dennoch wollte sich nie so richtig ein Fortschritt einstellen. In der Schule wurde das Mädchen als unauffällig bzw. überangepasst erlebt, zu Hause hingegen gab es immer wieder heftige Konflikte. Anlass dazu gaben immer wieder die Hausaufgaben, sowie Zwangshandlungen und heftige Wutausbrüche. Als Noemi schliesslich noch zunehmend eine Schulverweigerung entwickelte, entschieden sich die Eltern zu einem Wechsel in der kinderpsychiatrischen Betreuung und wurden auf Grund einer persönlichen Empfehlung an die Praxis des Autors verwiesen. Schon die genaue Anamnese der Vorgeschichte und der frühen Kindheit wiesen bald auf die Vermutungsdiagnose „Autismus-Spektrum-Störung“ hin (...). Die Situation war allerdings v.a. zu Hause schon so weit eskaliert, dass die Eltern aus Erschöpfung einer stationären Behandlung zustimmten. Während des stationären Aufenthaltes, wo Noemi sich sehr gut anpassen und in den Klinik-Alltag einfügen konnte, wurde die vom Autor gestellte Vermutungsdiagnose zunehmend in Frage gestellt bzw. abgelehnt. Die unterschiedlichen Standpunkte wurden zwar ausgetauscht, konnten aber nicht geklärt werden. Nach der Entlassung aus der Klinik entwickelte Noemi angesichts der hohen Ansprüche, die sie punkto Schulerfolg an sich selber stellte, bald wieder die bekannten Zwänge und Wutausbrüche. Als hilfreich erwies sich nun eine Strategie, welche sich an verhaltenstherapeutischen Prinzipien orientierte sowie an einem anderen Umgang mit Konflikten: die Eltern wurden angewiesen, bei emotionalen Ausbrüchen des Mädchens unvermittelt und unter einem Vorwand die Problemsituation zu verlassen, um nach einer kurzen Pause (5-15 Minuten) wieder zurückzukehren. Manchmal genügte der Rückzug in ein anderes Zimmer, manchmal wurde auch für kurze Zeit das Haus verlassen. Diese Strategie entspricht einem konsequenten Ignorieren des Problemverhaltens, was sich bei Kindern aus dem Autismus-Spektrum als sehr hilfreich erweist: entscheidend ist schlussendlich, dass die Eltern nicht durch emotionale Reaktionen noch mehr Öl ins Feuer giessen und das Kind sich auf eine Weise beruhigen kann, welche ihm am besten gelingt: nämlich allein.

Brian, 9 Jahre

Auch bei Brian bestand in der Vorgeschichte eine ADHS-Diagnose. Zunehmende Schwierigkeiten in der Schule, sowohl mit anderen Kindern wie auch mit Lehrpersonen, führten schliesslich zu einer Versetzung in eine (private) Sonderschule, mit kleineren Klassen und individualisiertem Unterricht. Dies führte zu einer Beruhigung der schulischen Situation. Zu Hause nahmen die Probleme allerdings zu, einerseits wegen des egozentrischen Wesens der Knaben, andererseits wegen erheblicher Schwierigkeiten rund ums Essen. Zum Zeitpunkt der Überweisung in die Praxis des Autors hatte sich eine massive Essstörung entwickelt, welche allerdings erst mit der Zeit richtig erkannt wurde. Da der Autor unter anderem mit Video-Technik arbeitet, hatte er – mehr intuitiv als gezielt – vorgeschlagen, dass zu Hause Video-Aufnahmen von einer alltäglichen Situation (Familie beim Nachtessen) gemacht werden. Gleichzeitig wurde den Eltern der Marburger Screening-Fragebogen zur Erfassung des Asperger-Syndroms (MBAS) zum Ausfüllen gegeben. Dieser bestätigte schliesslich die Vermutungs-Diagnose. Für die Eltern war die Erkenntnis, dass bei ihrem Kind zusätzlich zum ADHS eine Autismus-Spektrum-Störung vorliegt, eine grosse Erleichterung, bestätigte sie doch nur, was die Eltern schon seit längerer Zeit unterschwellig vermuteten. Dennoch stellt die Behandlung der Essstörung nach wie vor eine grosse Herausforderung dar und ist noch keineswegs durchgestanden. Es ist dies ein eindrückliches Beispiel dafür, dass das Nicht-Erkennen der autistischen Symptomatik zu falschen pädagogischen Empfehlungen (Klare Regeln, konsequent sein !) führt, womit gerade Essstörungen nicht gebessert, sondern verstärkt werden.

Die vielen Gesichter des Asperger-Syndroms

Aus den im Folgenden dargelegten Gründen ist die Abklärung und Erfassung des Asperger-Syndroms schwieriger als die des klassischen Autismus. Kinder mit Asperger-Syndrom...

- können sich in den ersten 3 Lebensjahren, also genau in jener Zeitspanne, wo der klassische Autismus zwingend in Erscheinung tritt, noch relativ unauffällig entwickeln. Sicher gibt es auch in dieser Zeit schon Auffälligkeiten, diese werden jedoch oft anderen Umständen zugeschrieben. Un-erfahrene Untersucher schliessen angesichts dieser in den ersten Lebensjahren eher unauffälligen Entwicklung eine autistische Störung schon von vorneherein aus.

- verfügen über eine zumindest durchschnittliche Intelligenz und eine besondere Fertigkeit im logisch-analytischen Denken. So gelingt es etlichen von ihnen, ihre mangelnden sozialen und kommunikativen Kompetenzen „intelligent“ zu überspielen.
- verhalten sich nicht in allen Varianten von Sozialkontakten gleich auffällig. Ihr Sozialverhalten ist ganz speziell in Bezug auf Gleichaltrige (peers) beeinträchtigt. In der Folge weichen sie ihrer eigenen Altersgruppe aus und beschäftigen sich – oft recht erfolgreich – mit jüngeren Kindern (z.B. Geschwistern) oder mit Erwachsenen. Zu letzteren fühlen sich Kinder mit Asperger-Syndrom wegen ihrer guten verbalen Fähigkeiten und ihrem Wissensdurst hingezogen. Hier können sie sich von einer durchaus positiven Seite zeigen und die mangelnden Sozialkompetenzen werden vom erwachsenen Gegenüber ganz unmerklich kompensiert.
- sind gerade aus dem zuletzt erwähnten Grund angenehme „Partner“ in Abklärungs-Settings, insbesondere auch bei der Durchführung des ADOS. In dieser strukturierten Situation und angesichts der ungeteilten Aufmerksamkeit durch einen Erwachsenen sind Asperger-Kinder durchaus kooperativ und zu einer gewissen wechselseitigen Kommunikation fähig.
- verhalten sich in unterschiedlichen Situationen höchst unterschiedlich. Einige sind in der Schule überangepasst und zuhause höchst schwierig, andere fühlen sich im vertrauten familiären Rahmen sehr wohl und bekommen immer dann grosse Probleme, wenn sie ausserhalb der Familie – ohne die Unterstützung durch vertraute Bezugspersonen – „funktionieren“ müssen. Für einen unerfahrenen Untersucher sprechen diese Diskrepanzen gegen eine Autismus-Diagnose, weil er davon ausgeht, dass sich das betreffende Kind in allen Situationen stereotyp gleich verhält.
- sind, wenn sie auf die Verdachtsdiagnose Autismus hin abgeklärt werden, meist schon im Schulalter und haben davor bereits eine oder mehrere Therapien (Logopädie, Ergotherapie, Psychomotorik, usw.) durchlaufen. Diese haben – sozusagen als „Kollateralnutzen“ – auch zu einer Verbesserung ihrer sozialen und kommunikativen Fähigkeiten geführt, und dies insbesondere in der Interaktion mit einer erwachsenen Person.
- leiden meist zusätzlich unter Symptomen, die nicht zwingend zum Asperger-Syndrom gehören, sich aber oft sekundär unter dem Anpassungsdruck an die Gesellschaft entwickeln: Ängste, Zwänge, Essstörungen, Schlafstörungen, depressive Episoden, usw. Die betreffenden Kinder erhalten dann für diese sekundäre Symptomatik eine Diagnose und Therapie und

für die damit betraute Fachperson gibt es keinen Grund, diagnostisch weiterzuforschen.

- weisen wesentlich häufiger als Kinder mit klassischem Autismus auch typische ADHS-Symptome wie Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität auf. Sie werden deshalb nicht selten fälschlicherweise in diese häufige und gut bekannte diagnostische Kategorie eingereiht. Das grosse Problem dieser falschen oder zumindest einseitigen Diagnose besteht darin, dass die Kernprobleme der Autismus-Spektrum-Störung (Beeinträchtigung der Kommunikation, der Empathie-Fähigkeit, usw.) unbeachtet und unbehandelt bleiben. Entsprechend führen die typischen Massnahmen dann auch nicht zu einer wirklichen Verbesserung der Situation.

Zum letzten Punkt muss hinzugefügt werden, dass es zwischen Autismus-Spektrum-Störung und Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung auch echte Komorbidität gibt, und zwar gar nicht selten (1). Wenn also ein Kind, welches durch ganz erhebliches störendes Verhalten und anderweitige Probleme auffällt, nur einen Teil der Symptome eines ADHS und nur einige (aber nicht genügend) Symptome aus dem autistischen Spektrum aufweist, dann ist die Gefahr einer Fehldiagnose besonders gross. Unerfahrene Untersucher kommen dann zum Schluss, dass es sich weder um das eine (ADHS) noch das andere (Autismus-Spektrum) handelt, statt die einzig klinisch sinnvolle Schlussfolgerung zu ziehen, nämlich die, dass Komorbidität von zwei je für sich genommen „unvollständigen“ Störungsbildern zu einer genau so relevanten Störung führt wie jede „reine“ Form für sich allein !

Die Plastizität des Asperger-Syndroms

Von einzelnen Autismus-Experten wird darauf hingewiesen, dass einige Verhaltensweisen, die als Kernsymptome des Autismus gelten, nicht zwingend zum Autismus gehören, sondern die Folgen des Stresses darstellen, dem Menschen mit Autismus ausgesetzt sind, wenn sie sich unseren gängigen gesellschaftlichen Normen und Gepflogenheiten anpassen müssen. (2,3)

Bei einem autistischen Kind kann die Interaktion und damit Beziehungsgestaltung innerhalb der Familie günstiger oder ungünstiger ausfallen und dies hat erheblichen Einfluss auf den Verlauf der autistischen Störung. Noch vor ca. 30 Jahren herrschte in der durchschnittlichen Familie ein eher autoritärer Erziehungsstil vor. Kinder aus dem autistischen Spektrum, welche durch Eigenschaften wie Egozentrismus, fehlende Empathie, Widerstand gegen Veränderungen usw. erzieherisch „schwierig“ waren, wurden erheblich

unter Druck gesetzt. Dadurch verschlechterte sich die Eltern-Kind-Beziehung und die autistische Symptomatik (Rückzug, Verweigerung, Stereotypien, Wutanfälle) akzentuierte sich, insbesondere bei den stark betroffenen Kindern. Der Autismus trat also deutlich in Erscheinung und wurde entsprechend auch diagnostiziert. Jene Kinder allerdings, die eine eher milde Form von Autismus und insbesondere das Asperger-Syndrom aufwiesen, passten sich dem elterlichen Druck an und wurden zur Überanpassung erzogen (d.h. sie entfernten sich von autistischen Verhaltensweisen und blieben unerkannt). Mit dem Übergang zu einem mehr gewährenden Erziehungsstil und zu steigender Toleranz gegenüber dem Anderssein in neuerer Zeit vollzog sich möglicherweise folgender Wandel: Kinder mit klassischem Autismus kamen weniger unter Stress und die Beziehung zwischen Eltern und Kind wurde weniger belastet. Entsprechend entwickelte sich eine weniger ausgeprägte autistische Symptomatik und es entwickelten mehr Kinder aus dem autistischen Spektrum einen „atypischen Autismus“. Kinder mit Asperger-Syndrom und anderen leichteren Formen von Autismus konnten sich mehr entfalten, es entwickelten sich ebenfalls günstigere Eltern-Kind-Beziehungen und -Interaktionen. Allerdings mit dem Preis, dass sich die Eltern stark dem Kind anpassen mussten. Dies ging solange gut, bis das Kind von der Familie mehr in die Aussenwelt (Kindergarten, Schule) hinaustreten musste und dort nicht mit der gleichen Nachsicht rechnen konnte.

Die eben beschriebenen Veränderungen in der Familie könnten erklären, dass in neuerer Zeit immer mehr Kinder aus dem Autismus-Spektrum diagnostiziert werden, allerdings mit immer „atypischerer“ Symptomatik, weil die herkömmlichen Diagnose-Kriterien nicht mehr zeitgemäss sind und der Breite und der Vielfalt des Autismus-Spektrums nicht mehr gerecht werden. Im „Ratgeber Autistische Störungen“ (4) wird darauf hingewiesen, dass die Prävalenz des gesamten Autismus-Spektrums bei 1% liegt, wobei lediglich 1/3 auf den klassischen Autismus und 2/3 auf Asperger-Syndrom, Atypischen Autismus sowie die „Nicht näher bezeichneten tiefgreifenden Entwicklungsstörungen“ (TES-NNB) entfallen.

Zu den Veränderungen im familiären Rahmen kommt noch ein weiterer wichtiger Aspekt hinzu:

Im Umgang mit kindlichen Verhaltens- und Entwicklungsstörungen hat in den letzten 30 Jahren bezüglich des therapeutischen Angebots eine grosse Veränderung stattgefunden. Es haben sich eine Reihe von Angeboten etabliert, von denen die meisten Kinder mit „besonderen Bedürfnissen“ (also

auch Asperger-Kinder) erfasst werden: Logopädie, Psychomotorik, Ergotherapie, Psychotherapie usw. Gerade Kinder mit Asperger-Syndrom laufen Gefahr, nicht erkannt sondern auf eine Teil-Symptomatik reduziert zu werden und in diesem Bereich eine Therapie zu erhalten. Der Autor stellt in diesem Zusammenhang nun die Hypothese auf, dass eine solche „umschriebene“ Therapie zwar durchaus sinnvoll und nützlich ist, dass sie aber auch mit einem Nachteil verbunden ist: das Kind eignet sich quasi nebenbei gewisse kommunikative Fertigkeiten an, die die Diagnose „Asperger-Syndrom“ verschleiern und hinauszögern. Zudem sind diese Fertigkeiten in der Beziehung zu einer erwachsenen Person entwickelt worden, was keinesweg bedeutet, dass sie auch in der Beziehung zu Gleichaltrigen (wo die Defizite am grössten sind) zum Tragen kommen.

Wenn also eine diagnostische Beurteilung vorwiegend anhand des ADOS vorgenommen wird, dann wird dem Asperger-Kind genau jenes Setting angeboten, in welchem es sich von seiner Natur aus sowieso schon am wohlsten fühlt und in welchem es - siehe oben - in einer oder mehreren Therapien zusätzlich „trainiert“ wurde.

Für eine multimodale Diagnostik des Asperger-Syndroms und der TES-NNB

Im Einzelnen könnte bei der Abklärung und Diagnosestellung folgendes Vorgehen gewählt werden:

1) Das „autistische Verhalten“ wird wie bisher mittels ADOS und ADI-R erfasst, im Wissen, dass beim Asperger-Syndrom, dem Atypischen Autismus und den TES-NNB nicht alle Cut-Offs erreicht werden müssen. Da Kinder mit leichteren Formen des Autismus oft gelernt haben, sich im Kontakt mit einer wohlwollenden erwachsenen Bezugsperson ziemlich angemessen zu verhalten, sollten zudem die Resultate aus dem Einzel-Setting des ADOS nicht überbewertet werden. Anzustreben wäre die Anwendung des ADOS auf das Verhalten des Kindes in einer Gruppe von mehr oder weniger Gleichaltrigen !

2) Die Intelligenz-Abklärung mittels des HAWIK-IV (ergänzt durch das Figuren-Legen aus dem HAWIK-III oder die „Figure complexe“ von Rey) verfolgt mehrere Ziele. Erstens ist es sehr wichtig, das Intelligenz-Niveau des Kindes zu erfassen, da es für die Planung der Schullaufbahn und die Prognose generell von großer Bedeutung ist. Zweitens erlaubt der HAWIK die Herausarbeitung von Asperger-typischen Stärken und Schwächen. (5,6) Und drittens

sind auch Beobachtungen möglich, die einen Beitrag zur Beurteilung typisch autistischer Persönlichkeits-Merkmale liefern. Bereits Hans Asperger (7) hat in seiner bahnbrechenden Arbeit darauf hingewiesen, dass „die Intelligenzprüfung nicht nur über die intellektuelle Begabung, sondern auch über wesentliche Persönlichkeits-Funktionen“ Aufschluss zu geben vermag.

3) Zur Gesamtbeurteilung sollten die vorhandenen besonderen Fähigkeiten und Spezial-Interessen berücksichtigt werden. Im ADOS ist diesem Aspekt zwar ebenfalls ein Kapitel gewidmet, die erfassten Daten werden aber nicht in den diagnostischen Algorithmus mit einbezogen.

4) Für eine standardisierte Erfassung der sozioemotionalen Fähigkeiten bietet sich ein neues testpsychologisches Instrumentarium dar, das vor kurzem nach langer Vorbereitungsarbeit veröffentlicht wurde: die „Intelligence and development scales“ (IDS). Im Handbuch (8) wird auf S. 183 festgestellt: „Im Bereich der sozial-emotionalen Kompetenz erzielte die Stichprobe der Kinder mit Asperger-Syndrom in den Untertests *Emotionen regulieren*, *Soziale Situationen verstehen* und *Sozial Kompetent Handeln* bedeutsam tiefere Werte als die Kinder der Kontrollgruppe.“ Auch die Fein- und Grobmotorik können in den IDS standardisiert beurteilt werden. Für jüngere Kinder wären die IDS sowieso eine Alternative zum HAWIK-IV.

5) Einen weiteren Pfeiler bei der Diagnostik stellt die Familien-Anamnese dar. Dabei würde der heute unbestrittenen Tatsache Rechnung getragen, dass bei der Ätiologie autistischer Störungen die Heredität eine entscheidende Rolle spielt. Gesucht würde demnach nach dem Vorhandensein des sogenannten „breiten Phänotyps“ bzw. gewissen Persönlichkeitsmerkmalen bei Eltern und Geschwistern. Zur Familien-Anamnese gehört zudem noch die Frage nach einem allfälligen Migrationshintergrund eines oder beider Elternteile. Nach der klinischen Erfahrung des Autors finden sich bei den Eltern autistischer Kinder auffällig viele interkulturelle Ehen und / oder Zuwanderungen, vorab aus hochentwickelten Ländern.

6) Im diagnostischen Prozess wird ebenfalls berücksichtigt, dass bei einer Asperger-Diagnose mit Krankheitswert fast immer komorbide Störungen dazukommen: Ängste, Phobien, Zwänge, Stimmungsschwankungen, Essstörungen, tendenzielle Schulverweigerung.

7) Und schließlich ist es wichtig, den diagnostischen Prozess interaktiv zu

gestalten und die Diagnose im Dialog mit den Eltern und allenfalls anderen beteiligten Fachpersonen (Logopädie, Ergotherapie usw.) zu entwickeln. Eltern sind die größten Experten, wenn es um ihr eigenes Kind geht. Die meisten haben schon früh gemerkt bzw. gespürt, dass mit ihrem Kind etwas nicht stimmt. Sie konnten es einfach nicht selber auf den Punkt bringen. Werden sie dann aber mit den wesentlichen Merkmalen des Asperger-Syndroms im Sinne einer Verdachtsdiagnose vertraut gemacht, dann können sie ganz wesentlich mitbeurteilen, ob die Diagnose auf ihr Kind zutrifft und in welchem Ausmaß.

Literatur

- (1) *Roeyers H.* (2008), ADHD and Autism. 2. Internationales MEDICE-Symposium: ADHS – Co-existierende Störungen in verschiedenen Lebensphasen, ADHS-Report 32, Juli 2008
- (2) *Feuser G.* (2001), Autismus – Eine Herausforderung des Mitmensch-Seins, Vortrag anlässlich der Jubiläumsveranstaltung 25 Jahre „Hilfe für das autistische Kind“, 3.3.2001 in Frankfurt/Main
- (3) *Rödler P.* (2009), Grundlagen zu einem pädagogischen Verständnis autistischer Verhaltensweisen, www.uni-koblenz.de/~proedler/autsem/index.htm
- (4) *Poustka et al.* (2009), Ratgeber Autistische Störungen, 2. überarbeitete Auflage, Hogrefe
- (5) *Remschmidt H.* (2000), „Asperger-Syndrom und High-Functioning-Autismus“, Referat auf der Tagung des Bundesverbandes Hilfe für das autistische Kind am 23.10.1999, Autismus-Heft Mai Nr. 49/00
- (6) *Girsberger Th.* (2009), „Der HAWIK-III – ein nützliches Instrument bei der Abklärung des Asperger-Syndroms“, Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 4-2009
- (7) *Asperger, H.* (1943). Die „Autistischen Psychopathien“ im Kindesalter, Habilitationsschrift eingereicht bei der Medizinischen Fakultät der Wiener Universität, 8.10.1943.
- (8) *Grob et al.* (2009), IDS – Intelligenz- und Entwicklungsskalen für Kinder von 5-10 Jahren, Verlag Hans Huber, Bern