

1 Klinische Diagnostik und Erfahrungen aus der Sprechstunde für Autismus-Spektrum-Störungen

Andreas Riedel

Die klinische Diagnostik von Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) im Erwachsenenalter unterliegt verschiedenen Schwierigkeiten und ist mit einem umfangreichen Puzzle vergleichbar, das zusammensetzen mitunter recht mühselig sein kann. Die klinische Diagnostik umfasst Eigenanamnese, Fremdanamnese, den psychiatrischen Befund, die spezifische Verhaltensbeobachtung, die körperliche Untersuchung und ggf. organische Zusatzuntersuchungen. In die Diagnostik mit einbezogen werden die Ergebnisse einer Reihe von psychometrischen Fragebögen, sowie ggf. die Ergebnisse neuropsychologischer Zusatzuntersuchungen. In diesem Kapitel wird das anamnestische Vorgehen detailliert beschrieben und auch Anhaltspunkte für die klinische Verhaltensbeobachtung gegeben. Differenzialdiagnostische Erwägungen werden ausführlich dargestellt.

1.1 Vorbemerkungen, Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung

„Jeder Mensch ist ein einmaliges, unwiederholbares, unteilbares Wesen (In-dividuum), darum auch letztlich unvergleichbar mit anderen. In jedem Charakter finden sich einander scheinbar widersprechende Züge – gerade aus Gegensätzen und Spannungen lebt ja das Leben“ (Asperger 1944).

Unter anderem mit diesen Worten leitet Hans Asperger seinen Aufsatz über die „Autistischen Psychopathen“ im Kindesalter ein und deutet damit zweierlei an: Zuerst einmal charakterisiert er damit eine innere Haltung, die nur mit Vorsicht und Vorbehalten *kategorisiert* und den Respekt vor der Individualität des Einzelnen wahrt. Zweitens beschreibt er damit Schwierigkeiten, mit denen die Diagnosestellung von (nicht nur) Autismus-Spektrum-Störungen bis heute wesentlich verknüpft ist. Da die klinische Diagnostik der zentrale Stützpfiler bei der Diagnosestellung einer Autismus-Spektrum-Störung (ASS) im Erwachsenenalter ist, sollen die damit verbundenen Schwierigkeiten hier etwas ausführlicher dargestellt werden. Auch um Fehldiagnosen zu vermeiden, sollten bei der Durchführung von klinischer Autismusdiagnostik die damit verbundenen Schwierigkeiten im Blick behalten werden.

1.1.1 Retrospektive Diagnose

In der Querschnittsuntersuchung finden sich nicht selten autistisch anmutende Syndrome, die zwar vom klinischen Aspekt her wie eine ASS imponieren, sich aber nach fremdanamnestischer Exploration als lebensgeschichtlich später erworben erweisen. So ist der von Bleuler als Grundsymptom von Psychosen beschriebene „Autismus“ (Bleuler 1911) tatsächlich manchmal leicht mit einem angeborenen Autismus zu verwechseln, muss aber sowohl aus therapeutischen als auch aus prognostischen Gründen differenzialdiagnostisch scharf von diesem getrennt werden. Auch sekundär erworbene organische autistische Syndrome und „autistisch-regressive“ Bilder gilt es von ASS zu unterscheiden. Dabei ist für die Diagnose einer ASS nachzuweisen, dass das aktuelle autistische Syndrom bereits im Vorschulalter vorlag. Dies gestaltet sich mitunter schwierig, insbesondere wenn eine Elternanamnese nicht mehr zu erheben ist, wenn Schulzeugnisse wenig aussagekräftig sind oder die Eltern selbst deutliche autistische Züge aufweisen und somit Wesenszüge als „normal“ empfinden, die aus ärztlicher Sicht doch ins autistische Spektrum fallen.

1.1.2 Nosologische Unklarheiten

Eine Reihe von Fragen der Kategorisierung ist auch in der wissenschaftlichen Diskussion nicht oder nicht hinreichend geklärt. Wenn man z.B. davon ausgeht, dass einem zweistelligen Prozentsatz von ASS eine organische, syndromale oder monogenetische Ursache zugrunde liegt (s. Kap. I.4), stellt sich im klinischen Alltag häufig die Frage, ob bei gleichzeitigem Vorliegen eines vollständigen autistischen Syndroms und z.B. eines fragilen X-Chromosoms, einer Agenesie des Corpus callosum oder einer tuberösen Sklerose die ASS als eigene Diagnose gestellt werden soll. Insbesondere wenn der Verdacht auf ein übergeordnetes Syndrom nicht gesichert werden kann oder das autistische Syndrom bei gesicherter syndromaler Genese im Zentrum des Beschwerden steht, fällt die Diagnoseentscheidung oft schwer.

Auch im Grenzbereich von ASS zu den hyperkinetischen Störungen ist die nosologische Unterscheidbarkeit nur scheinbar einfach: Obwohl die ICD-10 bei Vorliegen einer ASS die Stellung einer Diagnose aus dem Bereich der hyperkinetischen Störungen per definitionem ausschließt, finden sich im klinischen Alltag immer wieder Menschen, deren Symptomatik mosaikartig Auffälligkeiten aus beiden Bereichen umfasst und die nur schwer eindeutig zuzuordnen sind.

1.1.3 Übergangsbereich zur Norm(-variante), die Frage des „Cut-Offs“

Fast man – wie dies im DSM-5 vorgesehen ist – Autismus als Spektrumserkrankung auf, gibt es keine scharfen Grenzen zwischen Autismus und „Normalität“. Der Übergang ist dann fließend. Für die Autismusdiagnostik hat dies nicht zu unterschätzende Folgen: Das „Merkmal Autismus“ unterliegt – folgt man dem Spektrumsdenken – einer Gaußschen Normalverteilung und muss zwangsläufig ab einem willkürlich gewählten Ausprägungsgrad als diagnosewürdig definiert werden. Sicher ist, dass sich diese Grenze in den letzten Jahren hin zum „Normalen“ verschoben hat. Die in jüngeren populationsbasierten Studien erhobenen Prävalenzzahlen von 1 bis über 2% (Brugha et al. 2011; Kim et al. 2011) lassen mit recht hoher Sicherheit darauf



schließen, dass diese willkürlich definierte Grenze heute weit näher an der „Normalität“ liegt als noch vor wenigen Jahren. Gleichzeitig wird der „Kampf um die richtige Grenze“ (in Anbetracht des offenkundig nicht objektivierbaren Cut-Offs) mit manchmal erstaunlicher Vehemenz geführt. An dieser Stelle sei dafür geworben, sich die Willkürlichkeit der Grenze bewusst zu machen und dies in einigen Fällen auch offen mit dem Patienten zu besprechen. Am Ende hängt es dann nicht nur vom Ausprägungsgrad des „Merkmals Autismus“ ab, ob eine Diagnose gestellt werden sollte, sondern auch von vorhandenen Kompensationsmechanismen, der resultierenden psychosozialen Beeinträchtigung, dem subjektiven Leidensdruck und dem Bedürfnis nach Benennung eigener Charakteristika. In der Freiburger Spezialprechstunde kommt infolgedessen nicht selten die Bezeichnung „autistische Züge“ zum Einsatz, um den Grenzbereich zwischen ASS und Normalität (s. klinisches Beispiel 1) zu charakterisieren oder ASS bei fehlendem Leidensdruck und hohem psychosozialen Funktionsniveau (s. klinisches Beispiel 2) sinnvoll benennen zu können.

1.1.4 Anpassungs- und Kompensationsmechanismen

Im Gegensatz zur Diagnostik im Kindes- und Jugendalter stellen sich in der Erwachsenensprechstunde oft Menschen mit viel Lebenserfahrung und ausgefeilten Strategien im Umgang mit den eigenen Defiziten vor. Insbesondere diejenigen Menschen mit ASS, die in der Kindheit nicht diagnostiziert wurden, entwickeln häufig ausgeklügelte Kompensationsstrategien für ihre autistischen Eigenheiten, sodass Symptome, die den Diagnostiker bei Kindern noch leiten können, beim Erwachsenen gar nicht mehr sichtbar sind; z.B. unterdrücken Erwachsene mit ASS häufig stereotype Bewegungen, Echolalie, Wortwiederholungen, laute Selbstgespräche und die eigene Routineorientierung (z.B. das Tragen immer gleicher Kleidung oder das Essen immer gleicher Lebensmittel), um sozial nicht aufzufallen. Durch bewusstes Erlernen sozialer Regeln (z.B. Lesen des „Knigge“, Flirtseminare, soziales Kompetenztraining, nicht selten: Schauspielunterricht) und bewusste Zurückhaltung in sozial komplexen Situationen entwickeln manche Menschen mit ASS ein weitgehend unauffälliges Erscheinungsbild, sodass die im Kindesalter noch auffällige soziale Ungeschicklichkeit durch z.B. perfekte Manieren kompensiert wird. Das bewusste Erlernen von Gesichtszugcharakteristika (Narben, Augenbrauenform, Haaransatz etc.) und Gesichtsbewegungen hilft über prosopagnostische Probleme hinweg. Auch Blickkontakt kann bewusst erlernt werden: Häufig blicken Menschen mit ASS dem Gegenüber bewusst und nach bestimmten Regeln (z.B. drei Sekunden) *zwischen* die Augen, was in der psychiatrischen Untersuchung nicht auffällt. Ebenso kann der in der Kindheit noch auffällige Konkretismus im Sprachverständnis durch das Erlernen von Sprichwörtern und Redewendungen nach Wörterbuchprinzip kompensiert werden, sodass er nicht mehr so einfach beobachtbar ist.

Für die Diagnostik bedeutet das, dass die genannten Symptome sich nicht mehr oder nur noch mit sehr viel Aufwand (z.B. mittels Eye-Tracking oder zeitlich forcierten Mimik- oder Metapherntests) beobachten lassen – oder als innere Prozesse erfragbar sind: z.B. als das Bedürfnis nach stereotypen Bewegungen, als stille „innere“ Echolalie, als Wunsch danach, dass jeder Tag gleich (strukturiert) sei, als primär-bildliche Verarbeitung von Metaphern oder als bewusst-analytische Verarbeitung und Steuerung sozialer Situationen. In eine Computermetapher gefasst ergibt sich damit im-

mer wieder die Frage: Soll sich die Diagnostik an der „Bildschirmoberfläche“ oder am „Betriebssystem“ orientieren? – Insbesondere aufgrund der therapeutischen Implikationen erscheint es sinnvoll, sich eher am „Betriebssystem“ zu orientieren, wobei in solchen Fällen neben der Reflexion des Verarbeitungsmodus sozialer Signale (intuitiv oder bewusst-analytisch) der Eigen- und Fremdanamnese für die Kindheit, in der sich die autistischen Symptome offener gezeigt haben müssten, eine besondere Bedeutung zukommt (s. klinisches Beispiel 3).

Klinische Beispiele

(1) **Patient S.** (39 Jahre) wird wegen seiner eigenbrötlerischen Art von seiner Ehefrau zur Diagnostik vorgestellt. In einer tiefenpsychologischen Therapie wurde sein kognitives Analysieren von sozialen Situationen als „intellektualisierende Abwehr“ gedeutet. Es zeigen sich zahlreiche Routinen, die allerdings (wenn von der Umgebung gewünscht) relativ leicht durchbrochen werden können. Vereinzelt finden sich motorische Stereotypen, die in der Öffentlichkeit unterdrückt werden können. Soziale Situationen werden durch bewusstes Nachdenken (analog einer Strategieaufgabe) gelöst. Gruppensituationen werden, da sie für den Patienten nur mit Zeitverzögerung analysierbar sind, vermieden. Das Kontaktverhalten ist auffällig ungeschickt, aber nicht paranoid getönt. Gesichter und (eindeutige) mimische Ausdrücke können intuitiv erkannt werden, komplexe und feinere Emotionen werden (testpsychologisch nachgewiesen) nicht erkannt; Metaphern werden primär-bildlich verarbeitet und teils in ihre Bedeutung „übersetzt“, teils ignoriert. Die Fremdanamnese für die Kindheit ergibt einen grenzwertigen Befund. Auch neuropsychologische Untersuchungen bezüglich sozialer Kognition erbringen grenzwertige Befunde. Der Patient hat ein großes Bedürfnis, einen Namen für seine Eigenheiten zu erhalten. – Es wird die Diagnose „autistische Züge“ gestellt, da die autistischen Symptome für die Diagnosestellung einer ASS zu gering ausgeprägt sind (und in der Kindheit waren) und gleichzeitig genügend autistische Symptome vorliegen, um die Auffälligkeiten im Kontaktverhalten und im Sprachverständnis zu erklären. Der Patient erlebt es als sehr hilfreich, seine sozialen Auffälligkeiten als „leichte Behinderung“ ansehen zu können und nicht mehr wie vormals als neurotisch „verschuldet“ einordnen zu müssen.

(2) **Patient A.** (27 Jahre) zeigt ein autistisches Vollbild mit ausgeprägter sozialer Apraxie, Sonderinteressen, motorischen Stereotypen und durchritualisiertem Tagesablauf, das sich fremdanamnestic bis in die Kindheit zurückverfolgen lässt. Er wurde (und wird immer noch gelegentlich) von seinen Eltern im Alltag gut unterstützt, hat ein Informatikstudium absolviert und arbeitet als Softwareentwickler bei einer kleinen Firma, die ihm Teambesprechungen etc. weitgehend erspart. Er hat „seine Nische im Leben“ gefunden, in der er zufrieden lebt. Er möchte in der Autismussprechstunde Klarheit bezüglich seines „Anders-Seins“, weist aber keinen Leidensdruck auf. Der Patient möchte keine Krankheitsdiagnose, um „nicht als Behinderter stigmatisiert“ zu werden, und es besteht kein Therapiewunsch. – Es werden, obwohl die klinischen Diagnosekriterien einer ASS erfüllt wären, „deutliche autistische Züge“ (ohne ICD-10-Kodierung) diagnostiziert.

(3) **Patientin P.** (49 Jahre) ist wegen „Burn-out“ und „sozialer Phobie“ in Behandlung, da sie in sozialen Situationen im Beruf zunehmend nicht mehr zurechtkommt und mehrfach „zusammengebrochen“ ist. Unter verhaltenstherapeutischer Behandlung der sozialen Phobie habe sich ihr Zustand deutlich verschlechtert. Die Patientin wirkt im Kontakt unauffällig, berichtet aber auf Nachfrage von ausgefeilten bewussten Strategien der Steuerung des



Sozialverhaltens: z.B. habe sie zwischen zwanzigstem und dreißigstem Lebensjahr gelernt, wann und wie man lächle, wann man nicke, wann man „M-hm“ sage, wann man in welcher Art von Gespräch das Wort ergreife, wann man jemanden anschau und wann man wieder weschau. Dabei sei es sehr hilfreich gewesen, die Benimmbücher auswendig zu lernen, die ihre Schwiegermutter ihr „wegen ihres schlechten Benehmens“ ans Herz gelegt habe, und Schauspielunterricht zu nehmen. Sie habe auch gelernt, bestimmte Merkmale in Mimik, Gestik und Körperhaltung bewusst zu interpretieren. Zuletzt habe sie bewusst daran gearbeitet, flexibler zu sein, variantenreicher zu essen und in der Öffentlichkeit z.B. nicht zu „schaukeln“. Auf diese Weise habe sie sich von der totalen Außenseiterin, die sie als Kind war, zu einem „Mitglied der guten Gesellschaft“ entwickelt. Letztlich sei dieses Sozialverhalten aber immer „Fassade“ und „extrem anstrengend“ geblieben. Nun könne sie einfach nicht mehr: Inhaltlich komme sie im Beruf durchaus noch zurecht, in sozialer Hinsicht fühle sie sich aber substanziell überfordert. Die Fremdanamnese der differenzierten 75-jährigen Mutter der Patientin ergibt das Vollbild eines autistischen Syndroms im Sinne der ICD-10- und DSM-IV-Definition in der Kindheit, allerdings bei relativ guter psychosozialer Anpassung. – Aufgrund der guten erworbenen Kompensationsmechanismen kann nach ICD-10- und DSM-IV-Kriterien die Diagnose einer ASS (ICD-10: F84.5) aktuell nicht gestellt werden, wohl aber, soweit dies retrospektiv überhaupt nach so langer Zeit möglich ist, für die Kindheit. Für das therapeutische Gesamtkonzept wird dennoch in der Kommunikation von einer ASS als Basisstörung für die aktuelle Beschwerdesymptomatik ausgegangen, da dies für die Genese der relevanten aktuellen psychischen Beschwerden einen hohen Erklärungswert und auch für die konkrete Behandlungsplanung erhebliche therapeutische Implikationen hat.

1.2 Vorgehen in der klinischen Diagnostik

Die klinische Diagnostik am Freiburger Zentrum umfasst Eigenanamnese, Fremdanamnese, den psychiatrischen und neurologischen Befund, die spezifische Verhaltensbeobachtung, die körperliche Untersuchung und organische Zusatzuntersuchungen. In die Diagnostik mit einbezogen werden die Ergebnisse einer Reihe von selbstbeschreibenden und Beobachter-basierten psychometrischen Fragebögen, die – ebenso wie ein breiter Fragenkatalog offener Fragen zur biografischen und sozialen Entwicklung der Patienten – vor der klinischen Erstuntersuchung systematisch erhoben werden. Ergebnisse neuropsychologischer Untersuchungen, die Ergebnisse von ADI-R und ADOS sowie stationäre Verhaltensbeobachtungen werden gezielt eingesetzt insbesondere bei unklaren Konstellationen (s. Kap. II.2, II.3 und II.4). Der diagnostische Prozess verteilt sich in der Regel auf mehrere mehrstündige Sitzungen und wird in einem Konsensprozess sämtlicher in der Diagnostik involvierter Personen, immer aber zumindest von zwei erfahrenen Diagnostikern gestellt. Die Gewichtung der einzelnen Anteile der Diagnostik hängt dabei sehr von der individuellen Konstellation der einzelnen Patienten ab: Bei sehr hochfunktionalen, gut kompensierten und reflektierten Patienten wird der Eigenanamnese beispielsweise ein höheres Gewicht beigemessen als bei Patienten mit wenig Reflexionsfähigkeit und einer erkennbaren Tendenz zum Antworten im sozial erwünschten Sinne. In letzterem Fall bekommen die, möglicherweise auch stationäre, Verhaltensbeobachtung, die Ergebnisse neuropsychologischer und psychometrischer Zusatzuntersuchungen sowie die ausführliche Fremdanamnese ein deutlich größeres Gewicht.

1.2.1 Anamnese, Fragetechnik

In Untersuchungskursen wird Medizinstudenten beigebracht, Patienten zuerst einmal mit offenen und eher unkonkreten Fragen zu begegnen. Dies ist in der Autismus-sprechstunde wenig hilfreich. Hat man es nämlich tatsächlich mit einem Menschen mit einer ASS zu tun, reagiert der darauf nicht selten verunsichert, unter Druck gesetzt und vielleicht auch verärgert. Fragen wie „Was führt Sie zu mir?“ können mitunter auch ganz ernsthaft mit „Mein Fußgängernavigationsgerät“ beantwortet werden. Um eine vertrauenswürdige Situation zu schaffen, ist es deshalb oft hilfreich, zuerst eher geschlossene, sehr konkrete Fragen zu stellen und erst später offene, mehrdeutige Fragen ins Spiel zu bringen, die dann anhand des Umgangs mit ihnen diagnostische Rückschlüsse zulassen können. Für die klinische Exploration ist eine ruhige Untersuchungsumgebung ohne häufig klingelndes Telefon oder unangekündigte Unterbrechungen und genügend Zeit sehr wichtig (nach eigener Erfahrung wenigstens 2 Stunden pro diagnostischer Sitzung). Es sollte dem Patienten ausführlich erklärt werden, worum es geht und dass genügend Zeit vorhanden ist. Von zentraler Bedeutung ist durchweg die Klarheit und Explizitheit der Aussagen des Untersuchers.

Aus der klinischen Sicht des Autors sind ein paar „Spielregeln“, die man dem Patienten vor Gesprächsbeginn mitteilt, sinnvoll:

- Nachfragen sind ausdrücklich erwünscht: Wenn eine Frage oder Bemerkung des Untersuchers oder des Patienten nicht verstanden wird, ist das Gegenüber aufgerufen solange nachzufragen, bis sich der Sachverhalt klärt.
- Der Patient sollte – wenn möglich – Strategien der bewussten sozialen Anpassung im Untersuchungsgespräch auf ein Minimum reduzieren: Dem Patienten sollte erklärt werden, dass die bewusste Aufnahme von „Blickkontakt“, das bewusste Steuern des „Turn-taking“, das vorsichtige Schweigen in sozial schwer zu entziffernden Situationen, die bewusste Modulierung der Prosodie, die Unterdrückung von Impulsen zu motorischen Stereotypen etc. für die Diagnostik eher hinderlich sind.
- Der Untersucher sollte versuchen, sonst implizit kommunizierte Informationen in klaren Worten auszudrücken: z.B. sollte er explizit spezifizieren, ob er auf eine Frage eine kurze oder eine ausführliche Antwort möchte und ankündigen, dass er Patienten ggf. klar und höflich unterbrechen wird, wenn dieser zu ausufernd über ein diagnostisch nicht relevantes Thema spricht.

Wichtig ist darüber hinaus die Fähigkeit des Untersuchers, gemeinsam mit dem Patienten geeignete Beispiele zu finden: So ergeben sich auf die allgemeinen Fragen nach „Sonderinteressen“, „Routinen“, „Ritualen“ oder gar „Stereotypen“ meist keine verwertbaren Antworten. Zu fahnden ist vielmehr nach Eigenheiten, die der Patient bei sich häufig als „normal“ ansieht. Man muss sich die Interessengebiete, Morgenrituale und sonstigen Alltagsabläufe der Patienten oft recht detailliert schildern lassen, um sie als Sonderinteressen, Routinen oder Rituale qualifizieren zu können. Häufig lässt sich auch eher daraus, wie Andere auf den Patienten reagieren, ablesen, wie er sich verhält, als aus der Eigenwahrnehmung: Fragt man z.B. direkt nach Ironieverständnis, geben viele Patienten an, Ironie gut zu verstehen. Fragt man hingegen, ob ihnen häufig Dinge gesagt würden wie: „Mensch, das war doch nur ein Witz, das war doch nicht ernst gemeint.“ oder „Du bist ja so leichtgläubig.“, ergibt sich bei Menschen aus dem Autismus-Spektrum häufig, dass dies bis heute der Fall ist – oder es zumindest in der Jugend war.



1.2.2 Anamnestische Inhalte

Neben einer allgemeinen somatischen, psychiatrischen, biografischen und sozialen Anamnese ist eine ausführliche störungsspezifische Eigen- und Fremdanamnese durchzuführen. Die störungsspezifische Anamnese ist mit einem umfangreichen Puzzle vergleichbar, das zusammensetzen mitunter recht mühselig sein kann.

Fremdanamnese für die Kindheit

Der Fremdanamnese für die Kindheit kommt eine sehr zentrale Bedeutung zu (s. Kap. II.1.1.1). Entscheidend dabei ist die frühe Entwicklung der ersten Jahre, die Kindergarten-, Vorschul- und Grundschulzeit. Es sollten wenn möglich immer die Eltern befragt werden und sofern möglich Verwandte, die die/den Betroffene(n) in der Kindheit erlebt haben. Schulzeugnisse etc. sind leider oft nur wenig aussagekräftig. Auch für die Elternanamnese gilt, dass die Befragten möglichst genau verstehen sollten, worum es geht: So dauert es oft relativ lange, bis geeignete und für alle Beteiligten verständliche Beispiele für Theory-of-Mind-Defizite gefunden werden oder „Konkretismus im Sprachverständnis“ verständlich exemplifiziert wurde. Von zentraler Bedeutung und gleichzeitig oft nur schwer herauszuarbeiten ist das *Nicht-Verstehen* sozialer Regeln, das scharf vom *Nicht-Akzeptieren* sozialer Regeln abgegrenzt werden muss.

Wesentliche Inhalte einer Fremdanamnese für die Kindheit (Vorschul- und Grundschulzeit) sind:

- Augenkontakt/Lächelspiele beim Kleinkind reduziert oder fehlend? Kind blickte erstaunlich lange auf Muster o.ä.?
- Abwehr von Körperkontakt/Unempfindlichkeit gegen Schmerzreize?
- Sprachentwicklung auffällig, Konkretismus im Sprachverständnis?
- monotones Sprechen mit „professoraler“ Ausdrucksweise?
- Fähigkeit zur Kontaktaufnahme/Beziehungspflege mit Gleichaltrigen im Kindergartenalter gestört oder nicht vorhanden?
- Kind wirkte im Kindergartenalter wie aus einer anderen Welt?
- Verstehen unausgesprochener sozialer Regeln (in Gruppen von Gleichaltrigen, im Spiel etc.) beeinträchtigt?
- keine Teilnahme an „So-Tun-Als-Ob-Spielen“ oder rigides Festhalten an eigenen Fantasievorstellungen beim Spiel?
- unflexibles Spiel- und Gesprächsverhalten?
- teils überschießende affektive Reaktionen, teils erstaunliches „Unbeteiligtsein“?
- Unfähigkeit manipulierend zu lügen?
- Theory-of-Mind-Fähigkeiten entwickelten sich deutlich verspätet – wenig Gespür für Bedürfnisse, Gefühle und Intentionen anderer Menschen?
- Leichtgläubigkeit, häufiges „Gefoppt-Werden“?
- rigides Festhalten an gewohnten Abläufen, Wegen, Kleidungsstücken etc.?
- motorische Stereotypen, Echolalie?
- eigentümliche Sonderinteressen, herausragendes lexikalisches Wissen?
- lebensgeschichtlicher „Knick“, neu aufgetretene Symptome, perinatale Komplikationen, somatische Symptome (Hinweise auf frühe Psychoseerkrankung oder organische Genese)?

Störungsspezifische Eigenanamnese

Für die störungsspezifische Eigenanamnese hat sich in der klinischen Praxis der Freiburger Arbeitsgruppe eine Gliederung der Fragen in 11 Hauptpunkte bewährt, die in Tabelle 1 zusammengefasst sind. Es ist abermals zu betonen, dass die Herausarbeitung geeigneter Beispiele oftmals herausfordernd und aufwendig ist. Zudem ist es bei differenzierten und reflexionsfähigen Patienten von ausgesprochen hoher Bedeutung, den Unterschied zwischen intuitivem, „automatischem“ sozialem, emotionalem und empathischem Verstehen und einem kognitiv-bewussten Analysieren von sozialen oder emotionalen Situationen herauszuarbeiten, da manche Patienten mit ASS eine wahre Meisterschaft darin entwickeln, soziale Situationen, mimische Ausdrücke oder übertragen zu verstehende sprachliche Wendungen analog Rätseln in Windeseile kognitiv zu „knacken“, sodass interaktionell ein fast normaler Eindruck entsteht. Dieser Eindruck lässt sich aber aufgrund dessen, dass der hohe Bewusstseinsgrad für die beschriebenen kognitiven Vorgänge meist erhalten bleibt, durch gezieltes Erfragen dieser oft gut hintergehen.

Insbesondere in der Differenzialdiagnostik zu Persönlichkeitsstörungen und zur sozialen Phobie ist nach Erfahrung des Autors der Punkt „Sprachpragmatik“ von hoher Bedeutung: Das Sprachverständnis von Erwachsenen mit ASS ist oft in einem relativ gut definierbaren Sinn „anders“ als bei anderen Menschen. Dies wird in einem eigenen Kapitel genauer ausgeführt, weswegen an dieser Stelle lediglich darauf verwiesen werden soll (s. Kap. V.4).

Wie viele der in Tabelle 1 genannten Items zutreffen müssen, lässt sich derzeit nicht definieren und auch eine wissenschaftliche Validierung für den Erwachsenenbereich fehlt bislang. Natürlich hat kein Patient mit ASS alle Symptome und es gibt z.B. auch motorisch sehr begabte Patienten mit ASS und viele mit ausgeprägten sozialen Bedürfnissen. Dennoch treten in den Fällen einer überzeugenden Diagnosestellung die im ICD-10 und DSM-IV geforderten Diagnosebereiche der Probleme der sozialen Wahrnehmung, der interpersonellen Kommunikation sowie des ausgeprägten Bedürfnisses nach geregelten Abläufen und Routinen sowie des eingegrenzten Interessen- und Verhaltensrepertoires meist erkennbar vergesellschaftet auf, auch wenn das Ausmaß der Schwere der Symptomatik in den verschiedenen Symptombereichen durchaus unterschiedlich sein kann. Ergänzend sind in den meisten Fällen klinisch überzeugender Diagnosen Besonderheiten der Perzeption und der Sprachpragmatik erkennbar, auf die die aktuellen Diagnosesysteme weniger fokussieren. Tabelle 1 fasst zentrale Inhalte einer störungsspezifischen Anamneseerhebung mit beispielhaften Fragen zusammen. Die Exploration der genannten 11 Punkte kann zumindest für die Querschnittsdiagnostik meist überzeugend klären, ob ein autistisches Syndrom im Sinne der Definition nach DSM-IV, V oder ICD-10 klar syndromal, subsyndromal oder aber auch nicht vorliegt. In unklaren Fällen sollte besser die Unklarheit qualitativ und quantitativ benannt werden, als eine Diagnose vorschnell zu stellen.



Tab. 1 „11-Punkte-Liste“: Zentrale Inhalte der störungsspezifischen Eigenanamnese

<p>1. Blicksteuerung und holistisches visuelles Erkennen</p>	<p>Augenkontakt (Wohin genau im Gesicht wird geschaut: Augen, Mund, Stirn ...? Ist „Blickkontakt“ ein bewusster Akt? Ist der Patient von Anderen häufig aufgefordert worden, in die Augen zu schauen?)</p> <p>Mimikerkennung (Wird auch Feineres, z.B. Interesse, Neugierde, leichte Trauer, Langeweile, aufkeimender Ärger, Müdigkeit, Ekel etc. erkannt? Findet die Mimikerkennung intuitiv-holistisch oder bewusst-merkmalorientiert statt?)</p> <p>Gesichtswiedererkennung (Werden Gesichter holistisch oder an bestimmten Kennzeichen [Frisur, Brille, Narben etc.] erkannt? Werden Kollegen im Supermarkt und Nebendarsteller in Filmen wiedererkannt? Wurde der Patient öfter von vermeintlich „Fremden“ angesprochen?)</p>
<p>2. soziale Kommunikation und soziales Verstehen</p>	<p>Intuitives Verstehen von unausgesprochenen Regeln (im Kinderspiel, in formalen oder nonformalen Gruppen, in Hierarchien) vorhanden? Intuitives Verstehen von Handlungsintentionen, Bedürfnissen und Gefühlen der Mitmenschen vorhanden? Werden die Mitmenschen überwiegend als „Rätsel“ wahrgenommen? Ist über gelernte Floskeln hinausgehender Smalltalk möglich? Kann ein Nicht-Fachgespräch aufrechterhalten werden? Werden gruppendynamische Prozesse wahrgenommen? Weiß der Patient intuitiv, wann er in Gruppen sprechen soll/kann? Neigt der Patient (wenn er nicht aufpasst) dazu, Andere zu unterbrechen?</p> <p>Wird der Patient von seinen Mitmenschen – oft trotz Bemühens um Höflichkeit – als unhöflich, zu schroff und direkt, arrogant, „trampelig“, ungeschickt oder peinlich empfunden, ohne dass er versteht, warum? Ist ein Gespräch mit mehr als einer Person möglich? Inwieweit kommen unterschiedliche Umgangsformen zur Anwendung, je nachdem, ob der Patient es mit Partner, Freunden, Kollegen, Chef oder Auszubildenden zu tun hat? Wird Humor verstanden? Ist der Patient sehr häufig auf Aprilscherze etc. hereingefallen?</p> <p>Werden (auch informelle) soziale Situationen detailliert geplant (mit Wortlaut, in verschiedenen Varianten, evtl. sogar schriftlich)?</p> <p>Wichtig: Unterscheidung von intuitivem und kognitiv-analytischem sozialem Verstehen – letzteres kann lebensgeschichtlich erarbeitet werden.</p>
<p>3. soziale Einbindung, soziale Bedürfnisse</p>	<p>Einbindung in eine Gemeinschaft oder einzelne Ankerfreundschaft? Wie viele Stunden Alleinsein werden pro Tag als wünschenswert empfunden? Häufiges Scheitern beim Versuch, Anschluss an eine Gruppe zu finden? Manchmal schwierig zu beantworten: Wie wichtig wäre zwischenmenschlicher Kontakt, Zugehörigkeit, Beziehung, Freundschaft in einer Welt, in der man auch einsam und allein sein „darf“?</p>
<p>4. interaktionelle Fantasie</p>	<p>Konnten „So-Tun-Als-ob-Spiele“ kreativ, flexibel und spontan mitgespielt werden? Oder existierte eher eine phantastische „Nebenwelt“, die nicht in ein „dialogisches“ Spiel Eingang finden konnte? Konnten Fantasieaufsätze, in denen Menschen interagieren, geschrieben werden? Konnten Geschichten für die eigenen Kinder erfunden werden? Kann Erlebtes ausgeschmückt und spannend gestaltet werden? Können (z.B. bei Zu-Spät-Kommen) kleine Lügengeschichten erfunden werden? Besteht die Fähigkeit, bei Fragen wie „Wie findest Du meine Frisur?“ kreativ zu lügen?</p>
<p>5. Sprachpragmatik</p>	<p>Kann eine verbale Aussage in die Situation, in der sie getätigt wird, eingebettet werden? Kann z.B. „Ich muss jetzt einmal auf die Uhr schauen.“ als Hinweis auf das bevorstehende Gesprächsende verstanden werden? Kann aus der Situation (z.B. strahlend blauer Himmel oder mehrere gerade geschehene Missgeschicke) herausgelesen werden, was z.B. „Das ist ein Supertag heute.“ jeweils bedeutet? Werden Redewendungen und Metaphern zuerst konkretistisch (z.B. bildlich) verarbeitet und dann sekundär (nach Wörterbuchprinzip) in ihre übertragene</p>

	<p>Bedeutung übersetzt, oder intuitiv-spontan verstanden? Werden geläufige Sprichworte (z.B. „Wer im Glashaus sitzt, soll nicht mit Steinen werfen.“) als „Filmchen“ gesehen, evtl. sogar mit Ton (Klirren des Glases)? Kann z.B. „Na, wie geht’s?“ intuitiv als Begrüßungsformel verstanden werden und nicht als Aufforderung zu einer längeren Antwort? Wird Ironie „online“ zuverlässig von ernst gemeinten Bemerkungen unterschieden (also nicht: „offline“ in der Post-hoc-Analyse einer Situation)? – Menschen mit ASS sind selbst oft ironisch – das sollte den Diagnostiker nicht irritieren.</p>
6. Routinen und Rituale	<p>Genau schildern lassen: Wie läuft der Morgen ab? Ist der Ablauf – wenn möglich – immer gleich? Wie wichtig ist die Reihenfolge von Waschen, Kaffeekochen, Rasieren, Anziehen? Konkret z.B.: Mit welchem Fuß aufstehen? Welcher Strumpf wird zuerst angezogen? Welches Auge zuerst geschminkt? In welcher Reihenfolge Ankleiden, Waschen? Wie sieht das Frühstück aus? Gibt es Varianten? Wie viel Irritation ruft es hervor, wenn jemand das Morgenritual „stört“ oder wenn zuerst der andere Strumpf angezogen werden muss? Werden immer gleiche Wege genommen? Auch Straßenquerung an immer gleicher Stelle? Einkaufen zur immer gleichen Zeit? Im gleichen Laden? Was passiert, wenn es die gewohnten Produkte nicht gibt? Immer gleiche Kleidung? Was passiert, wenn Besuch kommt und Dinge an ungewohnten Orten abstellt? Wenn der Teppich um 2 cm verschoben ist, fällt das auf, stört das? Gibt es Zählrituale (z.B. stilles Zählen zur Beruhigung, Zählen von Fliesen, Zählen von Seitenpfosten an der Straße etc.)? Gibt oder gab es Dinge, die immer wieder von neuem sortiert und geordnet werden (müssen)?</p>
7. motorische und verbale Stereotypen	<p>„Schaukeln“ (pendelartiges Vor- und Zurückbewegen des Oberkörpers im Sitzen), „Flattern“ (mit den Händen bei Erregung oder Freude) oder ähnliche rhythmische Bewegungen in Kindheit oder Gegenwart? Bewusste Unterdrückung in Gesellschaft? Echolalie in der Kindheit? Wird ein inneres Echo der zuletzt gesagten Worte des Gegenübers vernommen? Wiederholung von „schönen“ Worten im Stillen? Mantraartiges Vor-sich-hin-Sprechen zur Beruhigung? Laute Selbstgespräche, die Andere irritiert haben, und nun unterdrückt werden? Stereotypes Verwenden bestimmter Floskeln? Tics oder sinnlose Bewegungen?</p>
8. sensorische Überempfindlichkeit und Reizdiskrimination	<p>Empfindlichkeit für laute Geräusche, helles Licht, Gerüche oder Berührungen? Werden zarte Berührungen als unangenehm empfunden, Schmerzreize aber eher neutral? Können bestimmte Kleidungsstücke nicht getragen werden, weil sie sich unangenehm anfühlen? Sollten Berührungen angekündigt werden? Werden leise gleichmäßige Geräusche vom Patienten bewusster wahrgenommen als von seiner Umwelt (z.B. Klimaanlage, Computerlüfter, Heizungsrauschen, Lampenbrummen)? Wird das gesprochene Wort vor lauten Geräuschkulissen schlechter verstanden als von Anderen (z.B. alle unterhalten sich angeregt in einer Kneipe, der Patient muss sich maximal konzentrieren, um auch nur Bruchstücke zu verstehen)? Wenn zwei Menschen gleichzeitig sprechen, entsteht dann unverständlicher „Wortsalat“? Können „Overload“-Zustände berichtet werden?</p>
9. Detailwahrnehmung und sensorische Integration	<p>Wo „möchte“ der Blick gern hinwandern: Zu Gesichtern oder zu Bodenmustern? Zu Autonummernschildern oder zum Fahrer? Immer weiter ins Detail einer Sache oder aufs „große Ganze“? Wird das Ganze als Summe seiner Details wahrgenommen (Beispiele finden!)? Wie wird z.B. ein Baum, ein Haus, eine Stadt, ein dargebotenes Foto oder ein Spielzug beim Fußball beschrieben? Wird z.B. ein Apfel als Ganzheit erlebt, oder eher als die Summe aus Form, Geruch, Geschmack, Konsistenz etc.?</p>



<p>10. Auffälligkeiten des Gedächtnisses</p>	<p>Außergewöhnliches Zahlengedächtnis? Fotografisches Gedächtnis (z.B. für Landkarten, Schalttafeln, Muster, Fassaden o.ä.)? „DVD-Gedächtnis“ oder „Tonbandgedächtnis“ für Gespräche, Vorlesungen, Prüfungen o.ä.? Können Aussagen der Mitmenschen noch nach Jahren wörtlich wiedergegeben werden und die wissen dann gar nichts mehr davon? Wiederum wichtig: Beispiele geben lassen, alte Autoschilder der Nachbarn nennen lassen, Landkarten aufzeichnen lassen etc.! Gibt es ein emotionales „Elefantengedächtnis“, werden also die mit der Erinnerung verknüpften Emotionen beim Erinnern (fast) vollständig reaktualisiert?</p>
<p>11. Motorik und Sonstiges</p>	<p>Geschicklichkeit als Kind? Ballsport als Kind? Konnten Bewegungen des Mitspielers/Gegenspielers antizipiert werden? Häufiges Anstoßen an Dingen oder an entgegenkommenden Menschen? Sonderinteressen (ausführlich suchen, werden oft nicht als solche wahrgenommen!)? Absolutes Gehör? Synästhesien (Musik als Farben wahrnehmen, Zahlen als Farben wahrnehmen)? Gerechtigkeits- und Wahrheitsbedürfnis auf einer Skala von 0 bis 10? „Fünfe grade“ sein lassen können?)</p>

Gewichtung der Eigenanamnese

Um die störungsspezifische Eigenanamnese in ihrer diagnostischen Bedeutung gut gewichten zu können, ist vonseiten des Untersuchers genau darauf zu achten, inwieweit der Patient z. B. in der Lage ist, sich und sein Verhalten selbst realistisch einzuschätzen. Auch sollte seitens des Untersuchers eine Einschätzung erfolgen, inwieweit das Antwortverhalten von dem Wunsch nach einer Diagnosestellung beeinflusst ist. Hinweis auf eine Unfähigkeit oder Unwilligkeit, sich selbst realistisch einzuschätzen, gibt vor allem die Diskrepanz zwischen Verhaltensbeobachtung und Selbsteinschätzung, oder auf Fragebogenebene die Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung (AQ/EQ und ASAS, Social Responsiveness Scale). In diesen Fällen wird die Eigenanamnese nur in geringem Maße in die Diagnosestellung mit eingehen.

Nach Erfahrung des Autors gibt es eine Subgruppe von Patienten mit ASS, die praktisch jede Frage mit einer sozial erwünschten Normantwort beantworten. Sie berichten z. B.: „Ich bin ein sozialer Mensch, fühle mich wohl in Gesellschaft und verstehe ironische Bemerkungen zuverlässig. Ich bin gut in einer Clique integriert und habe auch am Arbeitsplatz keine Konflikte.“ Dabei wird bei genauerer Betrachtung (z. B. der realen Lebenssituation) rasch klar, dass die geschilderten Eigenschaften etc. zwar nicht zutreffen, vom Patienten selbst aber durchaus so geglaubt werden. Überzufällig häufig werden diese Patienten auch von ihren Eltern als „normal“ wahrgenommen, oft im krassen Widerspruch zur Wahrnehmung durch die sonstige Umwelt. Bei Verdacht auf eine derartige Konstellation sind zur Diagnostik ausführliche Fremdanamnesen notwendig, oder – falls dies nicht möglich sein sollte – eine stationäre Verhaltensbeobachtung.

1.2.3 Psychiatrische Befunderhebung, Verhaltensbeobachtung

Die übliche psychiatrische Untersuchung wird für die Diagnostik von ASS um eine ganze Reihe von Punkten ergänzt. Dabei geht es darum, den oft entstehenden Eindruck, dass ein Mensch dem Untersucher „anders“, „komisch“ oder „fremd“ vorkommt, so weit wie möglich zu „objektivieren“.

Dem Folgenden sei vorangestellt, dass es hier keineswegs darum gehen soll, Menschen normativ nach ihrem „Wohlverhalten“ zu beurteilen; das Funktionieren unbewusster „sozialer Automatismen“ – um die es hier unter anderem gehen soll – ist aber ein wichtiger diagnostischer Baustein in der Beurteilung von ASS. Damit muss der Untersucher sich angewöhnen, auf Kleinigkeiten zu achten, die ihm gleichermaßen selbstverständlich und bewusstseinsfern sind: So bleibt es beispielsweise meist unbewusst, dass man gleichzeitig mit einer Frage eine (implizite) Information darüber versendet, wie ausführlich man sich eine Antwort wünscht. Erst wenn diese Information permanent nicht wahrgenommen wird, fällt einem das auf; und selbst das bleibt oft auf dem Niveau, dass man sich lediglich diffus über seinen Gesprächspartner ärgert. In der Untersuchungssituation geht es nun darum, sich darüber klar zu werden, dass hier eventuell ein sozialer Automatismus nicht funktioniert – und nicht, wie bei manchen Persönlichkeitsstörungen – „missachtet“ wird. Auch gibt es sehr klare (und oft unbewusste) „Gesprächsregeln“, in denen „definiert“ ist, wann man im Gespräch „dran“ ist und wann man sein Gegenüber (ohne unverschämt zu sein) unterbrechen darf (Sacks et al. 1974). Ob jemand diese „Regeln“ intuitiv beherrscht, kann durchaus ein wichtiger diagnostischer Baustein sein (Liddicoat 2011). Von diesen sozialen Automatismen gibt es erstaunlich viele – und bei kaum einem Menschen funktionieren sie alle zuverlässig. Ebenso wenig sind bei kaum einem Patienten alle gestört. Nichtsdestotrotz findet sich bei Patienten mit ASS eine deutliche Häufung fehlender intuitiver sozialer Automatismen – und eine deutliche Häufung bewusster und erlernter kompensatorischer Mechanismen, um das Fehlen entsprechender impliziter Intuition auszugleichen: z.B. *nie* den Gesprächspartner zu unterbrechen oder *immer* sehr kurz zu antworten. Beides wird allerdings damit „bezahlt“, dass der Gesprächsfluss ein wenig „zäh“ bleibt und nur selten „frei strömt“.

Die Verhaltensbeobachtung beginnt nun am besten schon vor der Begrüßung des Patienten: Wie bewegt er sich im Raum, wie bewegt er sich auf den Untersucher zu? Findet sich eine gewisse Harmonie der Bewegungen oder wirkt die Bewegung im Raum eckig, gleichsam dauernd nach Orientierung suchend? Wird die Bewegung aufeinander zu zu einer quasi gemeinsamen Bewegung oder funktioniert die „Kommunikation der Körper“ nicht: Stößt man beim Weg durch die Tür ungelenkt aneinander, „ruckelt“ es, bis sich die Hände zum Gruß finden? Findet beim Händedruck eine körperliche Kommunikation darüber statt, wie fest dieser sein soll? Oder wirkt er ein bisschen wie der Griff einer Roboterhand? Ist der Augenkontakt bei der Begrüßung angemessen, oder fehlt er, oder ist er zu lang? Ist die Begrüßungsformel der Beziehung angemessen, oder überformell, oder unpassend kumpelhaft? Und dann: Setzt sich der Patient auf den richtigen Stuhl? „Scannt“ er zuerst einmal ausführlich das ganze Untersuchungszimmer oder wendet er sich dem Untersucher zu? Die Blickführung fällt oft schon nach wenigen Augenblicken auf: Hat der Untersucher das Gefühl, dass sich die Blicke „harmonisch“ treffen und dann wieder trennen, oder meidet der Patient Blickkontakt, oder starrt er den Untersucher unentwegt an? Hierbei muss man sich darüber bewusst sein, dass z.B. wenn das Gegenüber einem auf den Mund oder zwischen die Augen guckt, dies nicht spontan auffällt, sondern aktiv erfragt werden muss. Und: Lächelt der Patient zur Begrüßung oder bewegt er das Gesicht nur minimal?

Im Gespräch kann dann beobachtet werden, inwieweit Mimik, Gestik und Prosodie im emotionalen Kontakt und zur Beschreibung affektiver Zustände eingesetzt werden. Passen Lautstärke und Stimmführung zum Inhalt des Gesagten? Nickt der Pa-



tient an der „passenden“ Stelle, oder gar nicht, oder eher unpassend? Wie verhält es sich mit lautmalerischen oder phatischen (phatisch sind Sprechakte, die ausschließlich eine soziale Funktion erfüllen) Äußerungen: Sagt der Patient „M-hm“, wenn er verstanden hat? Oder dienen Lautäußerungen meist eher dem Spannungsabbau? Beantwortet der Patient das Lächeln des Untersuchers mit einem Lächeln? Recht häufig auffällig ist auch das „Turn-taking“, also die oben beschriebene Fähigkeit, den Sprecherwechsel harmonisch zu gestalten, zum richtigen Zeitpunkt zu sprechen und zu unterbrechen: Oft fällt auf, dass das Gespräch nicht richtig „schwingt“ und die Pausen zwischen Frage und Antwort zu lang oder zu kurz sind; je nach Temperament des Untersuchers wird er dann ungeduldig, aggressiv oder gelangweilt, oder er versucht, das Gespräch aktiv zu modulieren.

Auch auf der sprachlichen Ebene gibt es eine Reihe von Auffälligkeiten, die an anderer Stelle ausführlicher beschrieben werden (s. Kap. V.4): z.B. haben Patienten mit ASS häufig Schwierigkeiten, schnellen Kontextwechseln zu folgen und beantworten Fragen öfter aus dem vorigen Kontext heraus. Insgesamt werden Fragen häufig zwar sachlich korrekt, aber aus der falschen Perspektive beantwortet. Offene Fragen führen oft zu Rückfragen und Hilflosigkeit; Begriffe, die innere Zustände beschreiben, werden oft nicht korrekt verstanden; z.B. wird die Frage danach, wie die „Stimmung“ sei, oft sehr ungewöhnlich beantwortet: das Spektrum reicht dabei von „wohltemperiert“ über „nervös und müde“ bis zu „Was soll diese Frage?“. Indirekte Rede wird gelegentlich nicht verstanden und oder es finden sich auch greifbare Auffälligkeiten der Theory of Mind: So werden Informationen vorausgesetzt, die der Untersucher nicht haben kann, und manchmal scheint erstaunlich wenig präsent zu sein, was der Untersucher will – nämlich eine Diagnose stellen. Auch Ironie des Untersuchers wird häufig nicht bemerkt – und auch das muss dann situativ erfragt werden, da viele Menschen mit ASS gekonnt über solche Missverständnisse hinweggehen. Auch der klassische „Konkretismus“ (also das Wörtlich-Nehmen von Übertragen-Gemeintem) ist im Erwachsenenalter immer wieder zu beobachten, obwohl viele Betroffene mit hoher Intelligenz hier oft ausgezeichnete Kompensationsstrategien entwickelt haben und nur noch selten auf die Tücken der gesprochenen Sprache „hereinfallen“. Oft sieht man dem Patienten geradezu an, wie er sich mit der Übersetzung von Sinnbildern in ihre übertragenen Bedeutungen abmüht; anamnestisch wird dies dann (s. Kap. II.1.2.2) auch meist bestätigt. Probeweise kann man auch nach der Übersetzung von Sprichwörtern fragen, was allerdings dem Bildungsgrad des Patienten gut angepasst werden muss: z.B. „Wer im Glashaus sitzt, soll nicht mit Steinen werfen.“ wird erstaunlich oft inkorrekt „übersetzt“.

In manchen Fällen zeigt sich auch eine deutliche Irritierbarkeit durch Nebengeräusche, unerwartete Veränderungen und Versprecher des Untersuchers. Auch wenn indirekte Andeutungen nicht verstanden werden, kann dies als Hinweis auf eine ASS gewertet werden.

In der Unterscheidung zu psychoseassoziierten autistischen Bildern ist die Fähigkeit zur gemeinsamen verbalen *Klärung* häufig mit entscheidend: Im Gespräch mit Menschen aus dem autistischen Spektrum werden oft auch erstaunlich verschroben anmutende Themen klarer, wenn man sich länger darüber unterhält: Oft sind die Sachverhalte tatsächlich sehr komplex und dem Untersucher spontan nur schwer verständlich; ist er aber bereit, sich auch ein Stück weit vom Patienten belehren zu lassen (und der Patient weiß über seine Spezialinteressen mit Sicherheit mehr als der

Untersucher!), stellt sich oft heraus, dass die Gedankengänge des Patienten zwar manchmal überdifferenziert, aber doch prinzipiell nachvollziehbar sind: Für beide Gesprächspartner *klärt* sich etwas. Dies ist bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis anders: Das Verschrobene wird durch genaues Nachfragen oft nur noch verschrobener und unverständlicher. Hilfreich kann es dabei auch sein, sich das Ganze einmal schriftlich geben zu lassen: Die manchmal messerscharfe Logik von Texten, die Personen aus dem autistischen Spektrum verfassen, kann ein ums andere Mal verblüffend sein.

In einigen Fällen ist es nicht einfach zu differenzieren, ob die Schwingungsfähigkeit (z.B. depressiv) eingeschränkt ist, oder (autismusbedingt) lediglich nicht ausgedrückt wird: So können unbewegte Mimik, monotone Prosodie oder zögerliches „Turn-taking“ natürlich mehrdeutig sein. In diesen Fällen werden die Befunde der Verhaltensbeobachtung natürlich entsprechend niedrig zu gewichten sein.

Aufgrund der oben beschriebenen ausgeklügelten Kompensationsstrategien sind in der psychiatrischen Untersuchung von den genannten Auffälligkeiten manchmal nur noch Rudimente zu sehen, die zu bemerken einen hohen Grad an Aufmerksamkeit des Untersuchers erfordert.

In der folgenden Aufzählung werden die zusätzlichen Elemente der psychiatrischen Untersuchung stichpunktartig zusammengefasst.



Zusätzliche Elemente der psychiatrischen Untersuchung

- *Blickkontakt und Augenbewegungen*
- *Kontaktlächeln und Händedruck*
- *Mimik, Kopfbewegungen (Nicken, Kopfschütteln etc.) und Gestik*
- *lautmalerische Äußerungen („M-hm“), Prosodie (inkl. Lautstärke, Tempo etc.)*
- *Konkretismus, Ironieverständnis*
- *Kontextverständnis, Verstehen indirekter Andeutungen*
- *Haften an Themen, Flexibilität*
- *Irritierbarkeit durch Nebengeräusche*
- *„Turn-taking“ und intuitives Gespür für die gewünschte Antwortlänge*

1.3 Körperliche Untersuchung

Bei der körperlichen Untersuchung von Menschen aus dem Autismus-Spektrum fallen gelegentlich neurologische „Soft-signs“ auf, z.B. eine diskrete Ataxie, unsichere Koordinationstests oder Probleme bei der Umsetzung von Handlungsanweisungen. Manchmal ist auch ein niedriger Muskeltonus auffällig, der vor allem dann, wenn er schon in der Säuglingszeit beobachtet wurde, auf einen syndromalen Autismus hinweisen kann (s. Kap. I.4). Eine zumindest kursorische Inspektion bezüglich Dysmorphien (Auffälligkeiten des Gesichtsschädels, der Ohren, der Hände, der Füße und der Wirbelsäule) und eine Prüfung der Überdehnbarkeit der Gelenke sind ebenfalls sinnvoll, um Hinweise auf eine syndromale Genese der autistischen Symptome zu erkennen. Die Inspektion der Haut ist einerseits sinnvoll zur Erkennung von Selbstverletzungen, andererseits finden sich dabei ggf. auch Hinweise z.B. auf Phakoma-



tosen (Café-au-lait-Flecken, Angiofibrome, Neurofibrome). Bei V.a. auf ein mit Autismus vergesellschaftetes Syndrom sollte auch eine Untersuchung auf Hodenvergrößerung (fragiles-X-Syndrom), Hodenhochstand (z.B. Prader-Willi-Syndrom) oder reduzierte Entwicklung sekundärer Geschlechtsmerkmale (z.B. Klinefelter-Syndrom) durchgeführt werden. Auch Kopfumfang und Körpergröße können insbesondere dann, wenn sie vom familiären Durchschnitt stark abweichen, auf eine syndromale Autismusform hinweisen.

1.4 Differenzialdiagnostik

Viele psychiatrische Krankheitsbilder können sowohl Differenzialdiagnosen als auch komorbide Erkrankungen von ASS sein. An dieser Stelle sollen Anhaltspunkte für differenzialdiagnostische Erwägungen dargestellt, an anderer Stelle Komorbiditäten von ASS abgehandelt werden (s. Sektion III).

1.4.1 ASS und ADHS (Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung)

Die ADHS zählt im Kindesalter zu den häufigsten Differenzialdiagnosen bei hochfunktionalen ASS; auch bei Erwachsenen spielt sie gelegentlich noch eine Rolle, insbesondere da manche autistischen Symptome wie diejenigen einer ADHS wirken können: Bei ASS können in jeder Altersstufe Konzentrationsprobleme, Unaufmerksamkeit und motorische Unruhe in sozialen, für die Patienten unangenehmen Situationen und insbesondere in Überforderungssituationen auftreten. Dies kann dann „hyperaktiv und unaufmerksam“ wirken, ohne einer ADHS entsprechen zu müssen. Eine Aufmerksamkeitsstörung wird auch häufig vermutet, wenn Betroffene so tief in das sind, womit sie sich beschäftigen, dass alle Außenreize ausgeblendet werden. Hier liegt meist ein Zustand der attentionalen Hyperfokussierung vor, der sowohl bei ASS als auch bei ADHS vorkommen kann. Ein Zurückziehen in Fantasiewelten ist ebenfalls häufig bei ASS. Dies wird gelegentlich auch in emotionalen Anspannungszuständen als Problemlösungsstrategie eingesetzt, wobei die betroffenen Menschen dann wie dissoziiert wirken können. Tabelle 2 fasst Kriterien zusammen, die differenzialdiagnostisch helfen können, eine ASS von einer ADHS zu unterscheiden.

1.4.2 ASS und chronische Depression

Die Unterscheidung von ASS und chronisch-depressiven Zuständen ist insofern von Bedeutung, als die Depression mit etwa 40% – nach Literatur (Hofvander et al. 2009), aber auch in der Autismussprechstunde – die häufigste komorbid mit ASS auftretende Erkrankung ist (s. Sektion III). Das Erscheinungsbild chronischer Depressionen kann dabei „autistisch“ anmuten mit Hypomimie, monotoner Prosodie, Vermeidung von Augenkontakt, sozialem Rückzug, Veränderungsangst etc. Sofern die Depression allerdings nicht auf dem Boden einer ASS entstanden ist, lassen sich die Störungsbilder anhand des Verlaufs relativ leicht voneinander unterscheiden. Im klinischen Alltag mitunter schwierig ist die Diagnosestellung einer ASS, die von einer chronischen Depression „überdeckt“ wird und bei der keine retrospektive Fremdanamnese

Tab. 2 Anhaltspunkte für die Differenzialdiagnostik von ASS und ADHS

ASS	ADHS
soziale Normen werden nicht verstanden	soziale Normen werden verstanden, aber impulshaft missachtet
Konzentrationsprobleme, Unaufmerksamkeit und motorische Unruhe entstehen in sozialen Situationen und in Überforderungssituationen	Konzentrationsprobleme, Unaufmerksamkeit und motorische Unruhe entstehen, ohne dass ein klarer Bezug zu situativen Auslösern erkennbar ist
Meiden von Reizüberflutung	eher: Suche nach Reizen und Ablenkung
fehlende Fokussierung/Hyperfokussierung	springender Fokus
professorale Sprache, intuitives Nicht-Verstehen von Ironie, Metaphern etc.	meist unauffällige oder nur leicht veränderte Sprachpragmatik, keine Probleme mit Ironie
Schwierigkeiten, Lügen intentional einzusetzen	eher keine Probleme, Lügen intentional einzusetzen

möglich ist. Meist empfiehlt sich in einem solchen Fall die Wiedervorstellung in der Autismussprechstunde, wenn die Depression zumindest teilremittiert ist.

1.4.3 ASS und Zwangsstörung

Bei ASS treten sehr häufig stereotype oder zwangsähnlich anmutende Verhaltensweisen auf, die gelegentlich zur Fehldiagnose einer Zwangsstörung führen. In der Regel jedoch fehlen die zwangstypischen Befürchtungen, dass „etwas Schreckliches“ passieren werde, wenn die betreffenden Handlungen nicht ausgeführt werden können, und auch die angstvoll erlebte Anspannung beim Unterlassen von Zwängen findet sich bei Menschen mit ASS eher nicht. Eher zeigen sich ein zorniger Affekt und eine deutliche Irritation, wenn Patienten mit einer ASS an der Durchführung ihrer Rituale gehindert werden. Auch werden Stereotypen und Rituale im Gegensatz zur genuinen Zwangsstörung fast durchweg als Ich-synton erlebt. Bei genauerer Betrachtung erweisen sich viele Rituale auch als sinnvoll in der Tagesstrukturierung und als „Inseln der Ordnung und Ruhe“ in einer ansonsten als chaotisch erlebten Welt, wohingegen sich der Sinn echter Zwänge meist gar nicht oder nur tiefenpsychologisch-spekulativ erschließt. Wiederum gilt es zu beachten, dass es eine Reihe von Patienten gibt, bei denen die Doppeldiagnose ASS und Zwang im Sinne einer Komorbidität gestellt werden sollte (s. Sektion III). In Tabelle 3 sind einige Anhaltspunkte für die Differenzialdiagnostik dargestellt.

1.4.4 ASS und Persönlichkeitsstörungen

Nicht selten stellt sich in der Autismusdiagnostik die Frage, ob eine ASS oder eine Persönlichkeitsstörung vorliegt. Gelegentlich bringen Patienten auch Vordiagnosen mit, die auf kombinierte Persönlichkeitsstörung lauten, z.B. mit narzisstischen, emotional-instabilen, paranoid-querulatorischen und dissozialen oder ängstlich-vermeidenden, anankastischen und selbstunsicheren Zügen. Diese Diagnosen leiten Patient und Behandler allerdings – sofern eine ASS vorliegt – oft insofern in die Irre, als dass sie der Störung eine Psychodynamik zugrunde legen, die Menschen mit ASS absolut nicht gerecht wird, und eine Therapierbarkeit implizieren, deren Verspre-



Tab. 3 Anhaltspunkte für die Differenzialdiagnostik von ASS und Zwangsstörungen

ASS	Zwangsstörung
Ich-syntone Stereotypie	Ich-dystoner Zwang
Angst, durcheinanderzukommen, wenn Ritual nicht eingehalten wird, Angstniveau eher niedrig, oft eher zorniger Affekt	irrationale Befürchtungen, wenn Zwangshandlung nicht ausgeführt wird (Tod eines Angehörigen etc.), hohes Angstniveau
wenig Wiederholungen, aber sehr Vieles im Tagesverlauf durchritualisiert	zeitraubende Wiederholungen, die Stunden dauern können
niedriger Leidensdruck bzgl. „Zwang“	hoher Leidensdruck bzgl. Zwang
Beginn in der Kindheit	Beginn in Kindheit, Jugend oder später

chen am Ende auf beiden Seiten zu großen Frustrationserfahrungen führt. Da Menschen mit ASS nicht selten eine lange Lerngeschichte von sozialen Misserfolgen, Problemen bei der Integration in die Gesellschaft und Verletzungen des Selbstwertes mitbringen, verwundert es nicht, dass neben den autistischen „Kernsymptomen“ auch Auffälligkeiten der Persönlichkeitsprägung häufig anzutreffen sind – ganz unabhängig davon, ob die zusätzliche Diagnose einer Persönlichkeitsstörung am Ende angemessen ist oder nicht. Somit dürfen diese Auffälligkeiten der Persönlichkeitsprägung natürlich kein Grund sein, eine ASS auszuschließen.

Die größte Bedeutung für die Differenzialdiagnose ASS und Persönlichkeitsstörung hat zuerst einmal die Fremdanamnese für die Kindheit (inkl. Beobachtung der Interaktionsmuster zwischen Betroffenenem und seinen Eltern). Dabei ist möglichst genau zu rekonstruieren, wie die aktuelle Symptomatik entstanden ist, ob sie als sinnvolle Reaktion auf schwierige Umweltbedingungen aufgefasst werden kann oder ob sie primär „Teil des Charakters“ war. In der Fremdanamnese für die Kindheit sollte auch herausgearbeitet werden, inwieweit soziale Schwierigkeiten einem Fehlen von sozialen Automatismen und der Fähigkeit zum intuitiven Erfassen sozialer Situationen geschuldet sind oder vielmehr auf falschen Annahmen über sich selbst und/oder die Umwelt beruhen, die aus der Lerngeschichte herleitbar sind. Auch Auffälligkeiten der Theory of Mind in der Kindheit und bereits früh vorhandene Stereotypien und Routinen können hinweisend auf eine ASS sein.

Neben der Fremdanamnese für die Kindheit ist die genaue Exploration von Auffälligkeiten der Sprachpragmatik bei der Frage „ASS oder Persönlichkeitsstörung?“ von großer Bedeutung (s. Kap. V.4): Bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen ist in aller Regel ein unauffälliges Sprachverständnis zu erwarten, wohingegen sich bei Menschen mit ASS bei genauerer Exploration fast durchgängig Auffälligkeiten im oben beschriebenen Sinne finden. Menschen mit Persönlichkeitsstörungen haben oft sehr genau gelernt, „zwischen den Zeilen zu lesen“, während Menschen mit ASS sich damit meist sehr schwer tun und zur „Dechiffrierung“ indirekter Hinweise meist sehr viel Zeit brauchen.

Im Folgenden seien einige Punkte genannt, die helfen können, ASS von einzelnen definierten Persönlichkeitsstörungen abzugrenzen: Bei ASS sind im Erwachsenenalter oft auch die Diagnosekriterien einer schizoiden Persönlichkeitsstörung erfüllt (Ebert u. Tebartz van Elst 2011). Hier hilft meist die genaue Analyse der klinischen Symptomatik (vgl. 11-Punkte-Liste, s. Tab. 1) sowie der biografischen Entwicklung, um die beiden Störungsbilder im Längsschnitt zu differenzieren.

Manche autistische Eigenheiten werden auch gern als *narzisstisch* fehlgedeutet: So wird das schlechte Gespür für angemessenes Sozialverhalten und Reziprozität häufig so interpretiert, als lebten die Patienten in dem Gefühl, dass soziale Regeln für sie keine *Geltung* hätten. Wenn Patienten dann noch unverblümt äußern, dass sie substanziell anders als Andere („besonders“) seien, ist eine Narzissmusdiagnose schnell unterstellt. Unterscheidend kann hier – neben der Fremdanamnese für die Kindheit – der Umgang des Patienten mit Kritik durch den Untersucher ein hilfreiches Unterscheidungskriterium liefern: Viele Menschen mit ASS „vertragen“ sachliche Kritik (z.B. „Sie unterbrechen mich zu häufig.“) sehr gut und sind oft froh, wenn Kritik nicht „durch die Blume“ (also für Menschen mit ASS kaum deciffrierbar), sondern sehr explizit geäußert wird. Menschen aus dem narzisstischen Spektrum hingegen empfinden explizite Kritik oft als unangemessen, beleidigend und ärgerlich.

Auch können manche autistische Eigenschaften als *emotional-instabil* interpretiert werden: So sind sowohl Selbstverletzungen bei Menschen mit ASS nicht selten, als auch findet sich ein gewisses „Schwarz-Weiß-Denken“, das sich bei genauerer Betrachtung aber bei ASS auf rigide Wertvorstellungen, bei emotional instabilen Menschen eher auf die Bindungsstörung zurückführen lässt. Überhaupt ist zu betonen, dass ASS zwar mit deutlichen Kontaktstörungen einhergehen, nach Erfahrung des Autors aber nicht (wie es das Klischee behauptet) mit Bindungsstörungen: Viele Menschen aus dem autistischen Spektrum pflegen jahrzehntelange, teils lebenslange freundschaftliche Beziehungen, die sehr differenziert wahrgenommen und in ihren Vor- und Nachteilen beschrieben werden können.

Menschen mit ASS wirken aufgrund einer lebenslangen sozialen Verunsicherung und der zusätzlichen Tendenz zu rigiden, z.T. überwertigen Ideen gelegentlich *paranoid* oder *querulatorisch*, was die Unterscheidung zu den gleichnamigen Persönlichkeitsstörungen mitunter nicht einfach macht. „Fünfe grade sein zu lassen“ bereitet Menschen aus dem autistischen Spektrum große Mühe und führt öfters zu Kämpfen mit Ämtern, Vermietern, Nachbarn, Arbeitgebern etc., die für alle Beteiligten gleichermaßen anstrengend und unproduktiv sind. Relativ häufig stellt sich, sofern eine ASS vorliegt, bei genauerer Betrachtung heraus, dass der Betroffene – wie Michael Kohlhaas – tatsächlich Recht hat, nach Kriterien des gesunden Menschenverstandes aber doch eher nachgeben sollte. Wichtig ist wiederum, genau nachzuvollziehen, woraus sich die paranoide Haltung entwickelt hat: Wird der Betroffene z.B. in seiner Jugend als (ASS-typisch) sehr leichtgläubig beschrieben, was ihn zum häufigen Opfer von Spott machte? Gewöhnte er sich, weil er nicht gut fähig war, gut und böse Gemeintes intuitiv zu unterscheiden, an, prinzipiell alles als gegen sich gerichtet zu interpretieren? Oder zeigt sich eher eine Unwilligkeit, die Intentionen der Mitmenschen auseinanderzuhalten, möglicherweise vor dem Hintergrund eines Aufwachsens in feindseliger Umgebung?

Schließlich können die autistische Routineorientierung und die häufige Veränderungsangst als *anankastisch* klassifiziert werden. Routinen und Rituale helfen in diesem Fall differenzialdiagnostisch natürlich nicht weiter. Motorische Stereotypen sind allerdings bei anankastischen Persönlichkeitsstörungen weder im Kindes- noch im Erwachsenenalter zu erwarten. Hierbei hilft es oft, klar zu trennen, ob der Patient lediglich in der Befürchtung lebt, sozial etwas falsch zu machen, dabei aber eher überangepasst ist und so gut wie nie aneckt – was eher für eine anakastische Persönlichkeit sprechen würde, oder ob er tatsächlich häufig die Erfahrung gemacht hat,

dass ihm das Gespür für soziale Situationen fehlt und ihm sein Verhalten von der Umwelt regelmäßig vorgeworfen wurde – was eher Richtung ASS weisen würde.

1.4.5 ASS und Angststörungen/soziale Phobie

Da Menschen mit ASS häufig soziale Ängste aufweisen (Skokauskas u. Gallagher 2010) und Menschen mit Angststörungen oft ein auffälliges Sozialverhalten zeigen, ist auch die Differenzialdiagnose zwischen diesen beiden Störungsbildern immer wieder von Bedeutung. Menschen mit Autismus haben zusätzlich nicht selten gelernt, die von der Außenwelt auf sie angewendeten Zuschreibungen von „schüchtern“ oder „ängstlich“ selbst zu übernehmen, um sich Anderen zu erklären. Auch dies führt bei ASS nicht selten zur Fehldiagnose einer Angststörung. Manche Menschen mit ASS entwickeln auch echte Ängste vor ihrer Umwelt, wobei sich diese – im Gegensatz zu sozialen Phobien – meist aus realen Erfahrungen herleiten lassen, z. B. von Mobbing- oder Ausgrenzungserfahrungen oder von immer wieder scheiternden Beziehungen. Hilfreich bei der Differenzialdiagnose ist neben der Kindheitsanamnese das Vorhandensein oder Fehlen von sozialen Automatismen in sicheren Situationen, von Stereotypen und Routinen und von Auffälligkeiten der Sprachpragmatik. Tabelle 4 fasst Anhaltspunkte für die Differenzialdiagnose von ASS und Angststörungen zusammen.

Tab. 4 Anhaltspunkte für die Differenzialdiagnose von ASS und sozialer Phobie

ASS	Soziale Phobie
realitätsnahe soziale Ängste, bezogen auf die (reale) soziale Apraxie	eher übertrieben und den äußeren Umständen unangemessen anmutende soziale Ängste
Fehlen mancher sozialer Automatismen	soziale Automatismen intakt
keine Erythrophobie, keine Angst zu stottern	Erythrophobie, Angst zu stottern
motorische Stereotypien	keine motorischen Stereotypien
sprachpragmatische Störung (Ironie, Metaphern, Witze werden intuitiv nicht verstanden) meist richtungsweisend	keine sprachpragmatische Störung

1.4.6 ASS und Schizophrenie/schizotype Störung

Die Unterscheidung von ASS und Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis kann insbesondere dann schwierig sein, wenn es sich um eher atypische psychotische Bilder handelt, wie z. B. im Rahmen einer schizotypen Störung, einer Schizophrenia simplex oder verschiedener bei Leonhard beschriebener Manifestationsformen (Leonhard 2003). Im Rahmen von schizophreniformen Psychosen treten tatsächlich gelegentlich Bilder auf, die im Querschnitt einer ASS sehr ähnlich sind. Erschwerend kommt hinzu, dass sowohl bei schizophreniformen Bildern als auch bei ASS (auch nach ICD-10) kurzfristig Halluzinationen und Wahnerleben auftreten können. Letztlich verwundert es nicht, dass bis in die siebziger Jahre diskutiert wurde, ob Autismus eine Form der Schizophrenie sei (Fischer 1972).

Die bei anderen differenzialdiagnostischen Fragestellungen oft hilfreiche Sprachpragmatik ist hier nur wenig zielführend, da auch Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sprachpragmatische Veränderungen hervorrufen können, wie sie bei ASS angetroffen werden, mit Wörtlich-Nehmen von Übertragen-Gemeintem,

Tab. 5 Anhaltspunkte für die Differenzialdiagnose von ASS und Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis

ASS	Schizophrenie
trotz teils verschrobener Ansichten und überkomplizierter Ausdrucksweise ist das Gemeinte verstehbar	je länger man miteinander redet, desto verworrener wird es
keine ausgeprägten formalen Denkstörungen	Denkstörungen bis hin zur Zerfahrenheit
kognitives Funktionsniveau hoch	kognitives Funktionsniveau (meist) vermindert
Beginn in der Kindheit (Fremdanamnese unerlässlich)	Beginn meist in Adoleszenz oder später
Halluzinationen gehen zurück, sobald Stresssituation vorbei ist	Halluzinationen treten auch situations- und stressunabhängig auf
paranoide Befürchtungen meist recht realitätsnah	paranoide Befürchtungen skurril und realitätsfern

Problemen beim Unterscheiden von Ironisch-Gemeintem und Ernst-Gemeintem etc. Auch verlieren akut-psychotisch Erkrankte oft ihr vormaliges soziales Funktionsniveau, neigen zu Missverständnissen in der sozialen Kommunikation und zeigen stereotype, manierierte und ritualisierte Verhaltensweisen.

Differenzialdiagnostisch steht natürlich die Kindheitsanamnese im Zentrum der Erwägungen. Und da die Eigenanamnese für die Kindheit im Falle einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis – z.B. aufgrund von Wahnerinnerungen – massiv verfälscht sein kann, müssen in diesem Fall alle möglichen Anstrengungen unternommen werden, um eine retrospektive Fremdanamnese einzuholen. Hinweise kann auch der Verlauf von Positivsymptomen geben: So gehen Wahnerleben und Halluzinationen bei ASS meist rasch zurück, wenn sich die Betroffenen in einer geschützten ruhigen Situation befinden. Psychosenahes Erleben ist bei ASS häufig durch Reizüberflutung ausgelöst und hat oft eher illusionären Charakter (z.B. Stimmenhören bei Wasserrauschen, das bei Beendigung des Rauschens spontan sistiert). Differenzialdiagnostisch hilfreich sind auch das kognitive Funktionsniveau und die Denkstruktur, also z.B. das Vorliegen formaler Denkstörungen. In schriftlichen Ausarbeitungen wird z.B. oft deutlich, dass Menschen mit ASS (bei aller Detailversessenheit) sehr klar und strukturiert denken. Eine Zusammenfassung differenzialdiagnostischer Anhaltspunkte gibt Tabelle 5.

1.4.7 Seltene Differenzialdiagnosen von ASS

Neben den genannten Erkrankungen spielen die in einem eigenen Kapitel abgehandelten übergeordneten Syndrome eine nicht unerhebliche Rolle in der Differenzialdiagnostik von ASS (s. Kap. 1.4). Darunter fallen v.a. genetische Syndrome, aber auch erworbene Störungen. Zusätzlich können autistische Symptome im Rahmen von Epilepsien oder von endokrinologischen Störungen auftreten, weswegen routinemäßig ein EEG und bei entsprechenden Hinweisen ein endokrinologisches Konsil durchgeführt werden sollte. Häufiger als zu erwarten stellen sich in der Autismussprechstunde Patienten mit angeborenen Prosopagnosien, Phonagnosien oder Emotionserkennungsproblemen vor: Es handelt sich dabei um isolierte Störungen der Gesichter- oder Stimmwiedererkennung oder Störungen der Fähigkeit, Emotionen aus Mimik und Stimmführung zu dechiffrieren im Sinne einer Teilleistungsstörung. Obwohl v.a. die Fähigkeit, Gesichter wiederzuerkennen und Mimik zu dechiffrieren, auch bei Pa-

tienten mit ASS eingeschränkt sein kann, sollte differenzialdiagnostisch auch an isolierte Formen dieser Störungen gedacht werden. Der Ausprägungsgrad kann dann auch deutlich höher sein als bei ASS. Dies kann so weit gehen, dass selbst das eigene Gesicht im Spiegel nicht zuverlässig erkannt wird. Eine so ausgeprägte Prosopagnosie in Kombination mit einer Mimikerkennungsstörung kann sekundär deutliche soziale Probleme verursachen, ein eigentümliches Gesprächsverhalten induzieren und einer ASS durchaus ähneln. Obwohl es bislang nur Pilotstudien zur Häufigkeit der angeborenen Prosopagnosie in Deutschland gibt (Grüter 2004), legen auch eigene Erfahrungen nahe, dass sie möglicherweise häufiger sind als angenommen.

Auch die Rolle von isolierten Störungen der Emotionserkennung (eigener und fremder Emotionen), die bei manchen Autoren unter dem Terminus isolierte Alexithymie zusammengefasst werden, ist nicht abschließend geklärt. Nach Taylor et al. (1997) wird unter Alexithymie die eingeschränkte oder fehlende Fähigkeit verstanden, eigene Gefühlszustände angemessen wahrzunehmen und zu kommunizieren, was zu weiteren interpersonellen Interaktionsproblemen führt. Allerdings existiert keine international anerkannte operationalisierte Definition, und einige Autoren weisen auf eine Überlappung mit den Symptomen eines Asperger-Syndroms hin (Fitzgerald u. Bellgrove 2006). Aus eigener Praxis sind dem Autor allerdings Patienten bekannt, die an einer weitgehend aufgehobenen Fähigkeit leiden, eigene und andere Gefühlszustände wahrzunehmen im Sinne einer isolierten Teilleistungsstörung, ohne dass damit erkennbare Probleme der davon unabhängigen Sprachverarbeitung, Kommunikation oder aber etwa perzeptive Auffälligkeiten oder Routinen und eingegrenzte Interessen im Sinne einer ASS verbunden waren.

Dem Klischee des empathielosen Autisten aufsitzend werden gelegentlich auch in der angloamerikanischen Literatur sogenannte „Psychopathen“ in der Autismussprechstunde vorgestellt – häufig mit forensischen Fragestellungen: Hierbei handelt es sich um Personen mit fehlendem Empathievermögen, nur fassadärem Bindungsvermögen, oft ausgeprägter Skrupellosigkeit und häufigen dissozialen Verhaltensauffälligkeiten (Hare u. Neumann 2008). Anders als bei Menschen mit ASS ist bei diesen die *affektive* Seite des Sich-in-Andere-Hineinversetzens gestört, also die Fähigkeit zum *Mitfühlen*, wohingegen die *kognitive* Seite des Sich-in-Andere-Hineinversetzens gut und in manchen Fällen sehr gut ausgeprägt ist, also ein gutes intuitives *Wissen* darüber vorliegt, wie Gefühle, Intentionen und Bedürfnisse des Gegenüber gerade aussehen – was die besonderen manipulativen Fähigkeiten dieser Personengruppe erklärt.

Zuletzt sei auf Patienten hingewiesen, die – aus welchem bewussten oder unbewussten Grund auch immer – die Diagnose einer ASS haben *wollen* und dafür auch Symptome simulieren und unrichtige Angaben machen. Probeweise kann in solchen Fällen suggestiv nach Symptomen gefragt werden, die zwar nach Autismus klingen, aber in der Realität selten vorkommen (Empathielosigkeit, in sich verschlossen sein, Gefühllosigkeit).

Literatur

- Asperger H (1944) Die „Autistischen Psychopathen“ im Kindesalter. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 117, 76–136
- Biscaldi M, Rauh R, Tebart van Elst L, Riedel A (2012) Autismus-Spektrum-Störungen vom Kindes- bis ins Erwachsenenalter. Nervenheilkunde 31, 498–507

- Bleuler E (1911) *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. F. Deuticke Leipzig/Wien
- Brugha TS, McManus S, Bankart J, Scott F, Purdon S, Smith J, Bebbington P, Jenkins R, Meltzer H (2011) Epidemiology of Autism Spectrum Disorders in Adults in the Community in England. *Arch Gen Psychiatry* 68(5), 459–465
- Ebert D, Tebartz van Elst L (2011) Das Asperger-Syndrom im Erwachsenenalter. In: Berger M (Hrsg.) *Psychische Erkrankungen*. 4. Aufl. 839–848. Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH München
- Filipek PA, Accardo PJ, Ashwal S, Baranek GT, Cook EH Jr, Dawson G, Gordon B, Gravel JS, Johnson CP, Kallen RJ, Levy SE, Minshew NJ, Ozonoff S, Prizant BM, Rapin I, Rogers SJ, Stone WL, Teplin SW, Tuchman RF, Volkmar FR (2000) Practice parameter: screening and diagnosis of autism: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. *Neurology* 55(4):468–479
- Filipek PA, Steinberg-Epstein R, Book T (2006) Intervention for autistic spectrum disorders. *NeuroRx* 3, 207–216
- Fischer E (1972) Der frühkindliche Autismus. Sein psychopathologisches Bild und das Problem seiner nosologischen Einordnung. *Acta Paedopsychiatrica* 39, 203–212
- Fitzgerald M, Bellgrove M (2006) The overlap between alexithymia and Asperger's syndrome. *Autism Dev Disord* 36(4), 573–576
- Grüter M (2004) *Genetik der kongenitalen Prosopagnosie*. Med. Diss., Münster
- Hare R, Neumann P (2008) Psychopathy as a clinical and empirical construct. *Annual review of clinical psychology* 4, 217–246
- Hofvander B, Delorme R, Chaste P, Nydén A, Wentz E, Ståhlberg O, Herbrecht E, Stopin A, Anckarsäter H, Gillberg C, Råstam M, Leboyer M (2009) Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry* 9, 35
- Kim YS, Leventhal BL, Koh YJ, Fombonne E, Laska E, Lim EC, Cheon KA, Kim SJ, Kim YK, Lee H, Song DH, Grinker RR (2011) Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. *Am J Psychiatry* 168(9), 904–912
- Leonhard K (2003) *Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie*. 8. Auflage. Thieme Stuttgart
- Leyfer OT, Folstein SE, Bacalman S, Davis NO, Dinh E, Morgan J, Tager-Flusberg H, Lainhart JE (2006) Comorbid psychiatric disorders in children with autism: interview development and rates of disorders. *J Autism Dev Disord* 36(7), 849–861
- Liddicoat A (2011) *An Introduction to Conversation Analysis*. Second edition Continuum New York
- Sacks H, Emmanuel A, Schegloff G (1974) A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language* 50, 696–735
- Sinzig J, Lehmkuhl G (2011) Comorbidities with autism spectrum disorders – present state of research and future outlook. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 39(2), 91–99
- Skokauskas N, Gallagher L (2010) Psychosis, affective disorders and anxiety in autistic spectrum disorder: prevalence and nosological considerations. *Psychopathology* 43(1), 8–16
- Taylor G, Bagby R, Parker J (1997) *Disorders of affect regulation*. Cambridge University Press Cambridge



Dr. med. Dr. phil. Andreas Riedel

Studium der Medizin und der Philosophie in Freiburg, Kathmandu und London. Wissenschaftliche Arbeiten zum vegetativen Nervensystem und zur Jasperschen Existenzhellung. Facharztausbildung (Psychiatrie und Psychotherapie) am Zentrum für Psychiatrie in Emmendingen. Leitung der Autismus-Sprechstunde für Erwachsene an der Universitätsklinik Freiburg seit 2009, Stellvertretender Leiter des Erwachsenenbereiches des Universitären Zentrums Autismus Spektrum (UZAS) in Freiburg. Spezialinteresse: Sprache bei hochfunktionalen Autismusformen.