

Soziale Interaktions- und Kommunikationsstörungen – was ist zu tun?

Oliver Fricke

Department Humanmedizin
Universität Witten/Herdecke

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Zentrum für Seelische Gesundheit
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin/Olgahospital (kooptiert)
Klinikum Stuttgart

Symposium Frühförderung Baden-Württemberg
Stuttgart - 01.10.2025

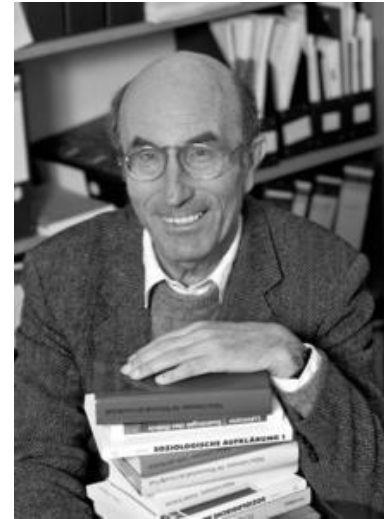
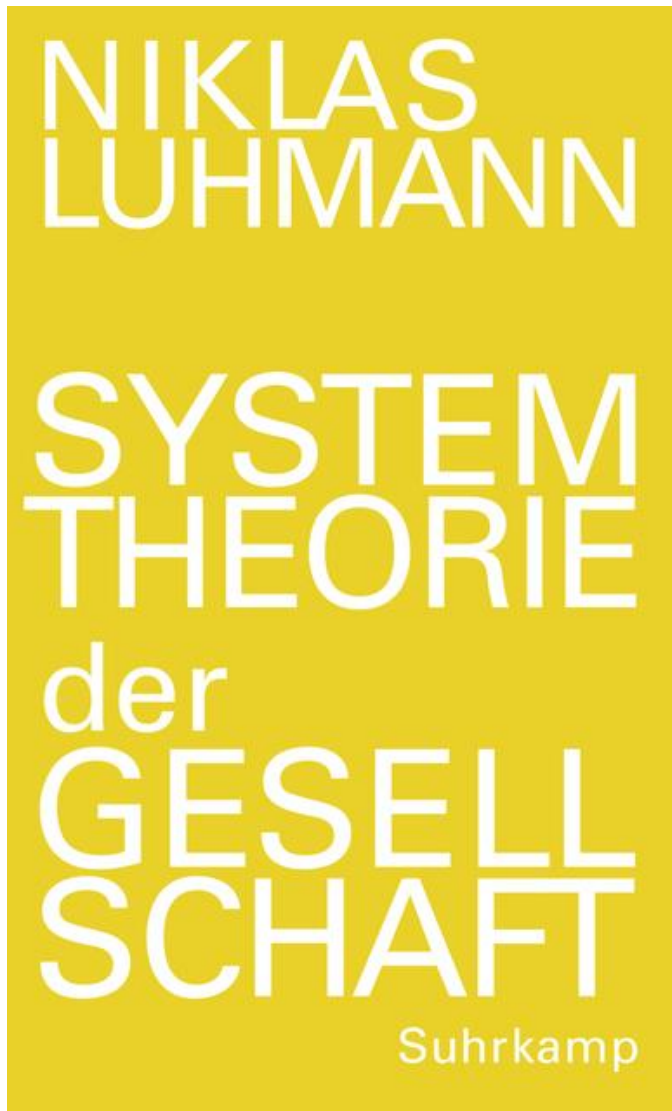
Inhalt

- Einführung Kommunikation und soziale Interaktion
- Entwicklung Kommunikation und soziale Interaktion
- Diagnostik und Differenzialdiagnostik
- Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) als Beispiel für eine komplexe Störung der Kommunikation und sozialen Interaktion
 - Historie
 - Symptomatik und Definitionen
 - Diagnostik
 - Ätiologie und Pathogenese
 - Therapie und Versorgung

Begriff der „Kommunikation“

- Handlungsorientierte Perspektive (z.B. sozial nach J. Habermas)
 - Ziel: Verständigung
 - Zweck: Gemeinsame Problemlösung
 - Handeln ist auf kulturell geprägten Zweck ausgerichtet (sinnvoll).
- Kommunikation als Informationsübertragung
 - Sender-Empfänger Modell (nach C.E. Shannon)
 - Kommunikationsquadrat (nach F. Schulz von Thun)

Soziale Systeme



Niklas Luhmann

**„Theorie der Gesellschaft; Laufzeit: 30 Jahre;
Kosten: keine.“ (1969)**

Kommunikation und Interaktion im sozialen System (nach N. Luhmann)

- Kommunikation ist Einheit aus Information (z.B. Sprache), Mitteilung (z.B. Sprechen, Gestik) und Verstehen (z.B. Emotion, Kognition).
- Diese Einheit stellt ein soziales System her und hält es aufrecht, so lange weitere Kommunikation folgen kann.
- Soziale und psychische Systeme sind durch strukturelle Kopplung miteinander verbunden (nach N. Luhmann, H. Maturana).

Soziale Entwicklung und Kommunikation des Kindes

Entwicklungsphasen

- **Postnatal: Bonding**
- Neugeborenes: Start Bindung
- Ende erstes Lebensjahr:
Start Perspektivübern.
- Ab 2. Lebensjahr: Austausch Kognitionen
- Ab Vorschulalter: Gedanken, Gefühle und Handlungen anderer mitdenken

Elemente der Kommunikation

- **Multimodale Sensorik**
- Mimik, Gestik, Schreien und Lautieren (Lallphasen)
- Theory of Mind (ToM)
- Verbale Sprache
- Mentalisierung

Soziale Entwicklung und Kommunikation des Kindes

Entwicklungsphasen

- Postnatal: Bonding
- Säugling: Start Bindung
- Ende erstes Lebensjahr:
Start Perspektivübern.
- Ab 2. Lebensjahr: Austausch Kognitionen
- Ab Vorschulalter: Gedanken, Gefühle und Handlungen anderer mitdenken

Elemente der Kommunikation

- Multimodale Sensorik
- Mimik, Gestik, Schreien und Lautieren (Lallphasen)
- Theory of Mind (ToM)
- Verbale Sprache
- Mentalisierung

Was ist zu tun?

Kinder, die im ersten Lebensjahr quantitativ oder qualitativ Auffälligkeiten in der **Mimik, Gestik und Lautäußerung** zeigen, müssen unter einer differenzialdiagnostischen Perspektive angeschaut werden:

- **Sinnesstörung** (Hören: TOAE, BERA; Sehen: ggf. VEP)
- **Störung des ZNS** (Strukturell, Intelligenzminderung, tiefgreifende Entwicklungsstörung)
- **Störung des peripheren Nervensystems** (z.B. kongenitales myasthenes Syndrom)
- **Störung der Skelettmuskulatur** (z.B. SMA)

Soziale Entwicklung und Kommunikation des Kindes

Entwicklungsphasen

- Postnatal: Bonding
- Säugling: Start Bindung
- Ende erstes Lebensjahr:
Start Perspektivübern.
- Ab 2. Lebensjahr: Austausch Kognitionen
- Ab Vorschulalter: Gedanken, Gefühle und Handlungen anderer mitdenken

Elemente der Kommunikation

- Multimodale Sensorik
- Mimik, Gestik, Schreien und Lautieren (Lallphasen)
- Theory of Mind (ToM)
- Verbale Sprache
- Mentalisierung

Was ist zu tun?

Kinder, die Ende des ersten Lebensjahres durch **fehlenden oder verzögerten Beginn der Entwicklung einer ToM** auffallen, sollten differenzialdiagnostisch betrachtet werden unter den Aspekten:

- Liegt eine **Deprivation** vor (Abwesenheit oder Erkrankung von Bezugspersonen, Sinnesstörung)?
- Liegt eine **schwere Intelligenzminderung** vor?
- Liegt eine **tiefgreifende Entwicklungsstörung** vor ?

Soziale Entwicklung und Kommunikation des Kindes

Entwicklungsphasen

- Postnatal: Bonding
- Säugling: Start Bindung
- Ende erstes Lebensjahr:
Start Perspektivübern.
- Ab 2. Lebensjahr: Austausch Kognitionen
- Ab Vorschulalter: Gedanken, Gefühle und Handlungen anderer mitdenken

Elemente der Kommunikation

- Multimodale Sensorik
- Mimik, Gestik, Schreien und Lautieren (Lallphasen)
- Theory of Mind (ToM)
- Verbale Sprache
- Mentalisierung

Was ist zu tun?

Werden Meilensteine der **Sprachentwicklung** nicht erreicht, so sollten in die differenzialdiagnostischen Überlegungen einbezogen werden:

- Hörstörung
- Deprivation
- Sprechstörung/Störung der Mundmotorik
- Intelligenzminderung
- Sprachentwicklungsstörung (ggf. im Kontext eines Autismus)

Soziale Entwicklung und Kommunikation des Kindes

Entwicklungsphasen

- Postnatal: Bonding
- Säugling: Start Bindung
- Ende erstes Lebensjahr:
Start Perspektivübern.
- Ab 2. Lebensjahr: Austausch Kognitionen
- Ab Vorschulalter: Gedanken, Gefühle und Handlungen anderer mitdenken

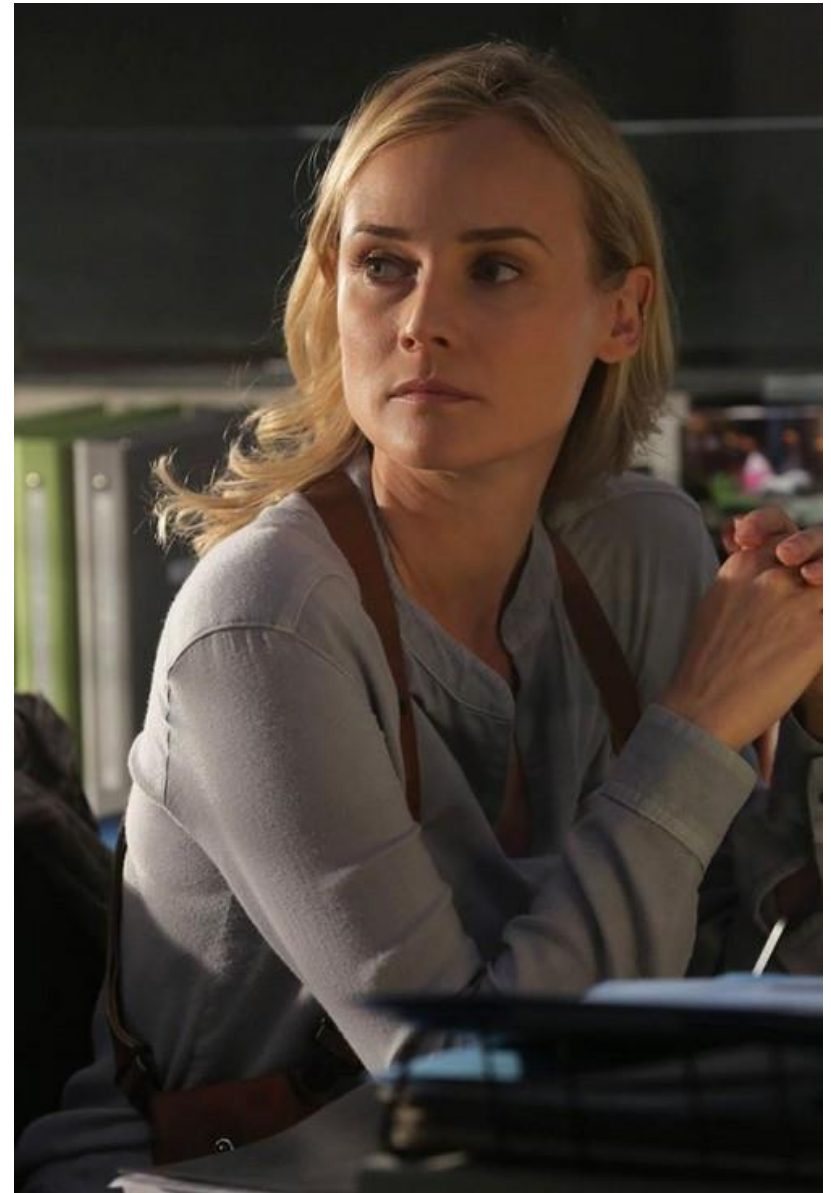
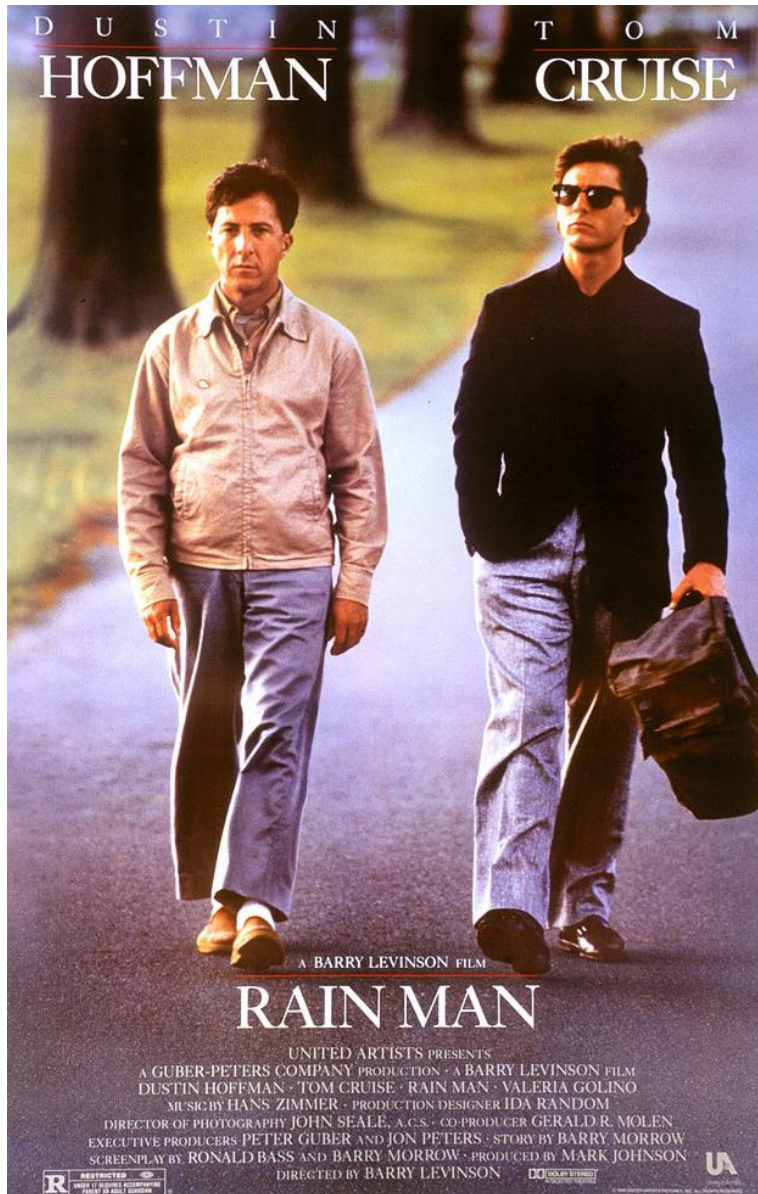
Elemente der Kommunikation

- Multimodale Sensorik
- Mimik, Gestik, Schreien und Lautieren (Lallphasen)
- Theory of Mind (ToM)
- Verbale Sprache
- Mentalisierung

Was ist zu tun?

Bei Schwächen oder Verzögerungen in der Mentalisierung im Vorschulalter sollte in die differenzialdiagnostischen Überlegungen einbezogen werden:

- Intelligenzminderung
- Autismus (Autismus-Spektrum-Störungen)



Nicht zur Veröffentlichung bestimmt

Historie



Eugen Bleuler (1857-1939)



Leo Kanner (1894-1981)

PATHOLOGY

To understand and measure emotional qualities is very difficult. Psychologists and educators have been struggling with that problem for years but we are still unable to measure emotional and personality traits with the exactness with which we can measure intelligence.

—ROSE ZELIGS in *Glimpses into Child Life**

AUTISTIC DISTURBANCES OF AFFECTIVE CONTACT

By LEO KANNER

Nervous Child 1943, 217-250



Hans Asperger (1906-1980)

(Aus der Wiener Universitäts-Kinderklinik [Vorstand: Prof. Franz Hamburger].)

Die „Autistischen Psychopathen“ im Kindesalter.*

Von

Doz. Dr. Hans Asperger,

Leiter der Heilpädagogischen Abteilung der Klinik.

(Eingegangen am 8. Oktober 1943.)

*Habilitationsschrift, eingereicht bei der Medizinischen Fakultät der Wiener Universität.

ORIGINAL CONTRIBUTION

Pioneering, prodigious and perspicacious: Grunya Efimovna Sukhareva's life and contribution to conceptualising autism and schizophrenia

David Ariel Sher¹  · Jenny L. Gibson² 

Received: 22 April 2021 / Accepted: 12 September 2021 / Published online: 25 September 2021
© The Author(s) 2021



Abstract

Grunya Efimovna Sukhareva's seminal role in being the first to publish a clinical description of autistic traits in 1925, before both Kanner and Asperger, has been revealed relatively recently. Nevertheless, Sukhareva's work is little known and largely unrecognised beyond Russia. Amidst calls for greater recognition of her pivotal contribution in the genesis of autism conceptualisation and categorisation, this article provides a biographical and historical background. Sukhareva's wide-ranging psychiatric work is adumbrated and her pioneering efforts in conceptualising both schizophrenia and autism are elucidated. The article reflects on possible explanations for the belated and incomplete recognition of Sukhareva's role. The current article indicates how Sukhareva's work was ahead of its time in reflecting modern criteria for autism diagnoses and in its focus on female case studies. Sukhareva's somewhat precarious position as a foremost psychiatrist condemned in the Stalinist years for being anti-Marxist is explicated. The article outlines further directions for academic research on Sukhareva's work and contributions.



Lorna Wing (1928-2014)

Psychological Medicine, 1981, 11, 115–129

Printed in Great Britain

Asperger's syndrome: a clinical account

LORNA WING¹

From the MRC Social Psychiatry Unit, Institute of Psychiatry, London

SYNOPSIS The clinical features, course, aetiology, epidemiology, differential diagnosis and management of Asperger's syndrome are described. Classification is discussed and reasons are given for including the syndrome, together with early childhood autism, in a wider group of conditions which have, in common, impairment of development of social interaction, communication and imagination.

Autismus-Spektrum-Störung

“One of my favorite sayings is that nature never draws a line without smudging it. You cannot separate into those ‘with’ and ‘without’ traits. They are so scattered.”

Lorna Wing

Autismus:

Begriffe und Definitionen

Autismus: Klinische Beschreibung

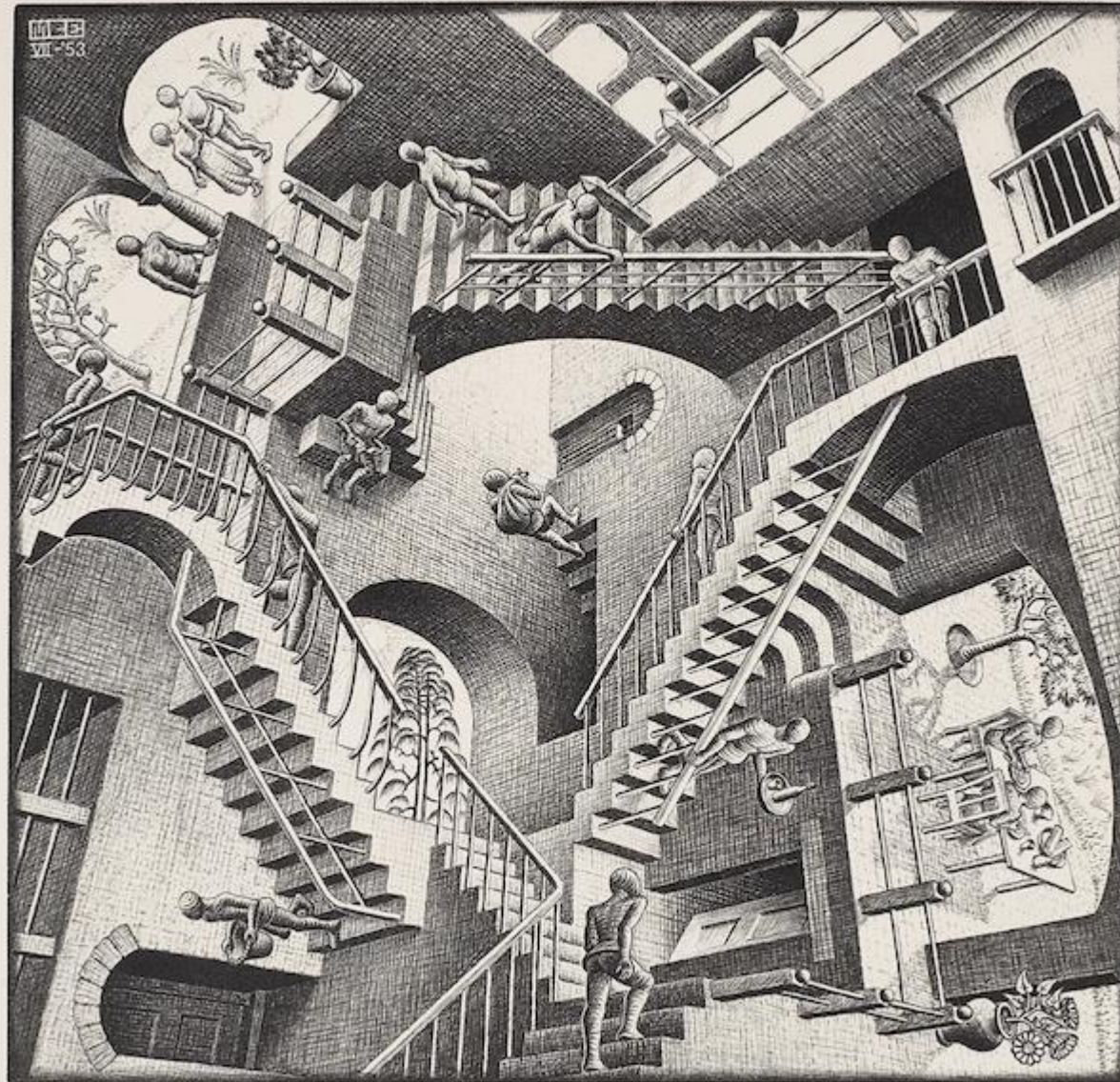
4 Hauptkriterien (ICD-10 und DSM-IV):

- **Beginn \leq 36 Monate**
- **Qualitative Auffälligkeiten der gegenseitigen sozialen Interaktion**
(z.B. Joint Attention)
- **Qualitative Auffälligkeiten der Kommunikation/Sprache**
- Begrenzte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster

Autismus: Klinische Beschreibung

4 Hauptkriterien (ICD-10 und DSM-IV):

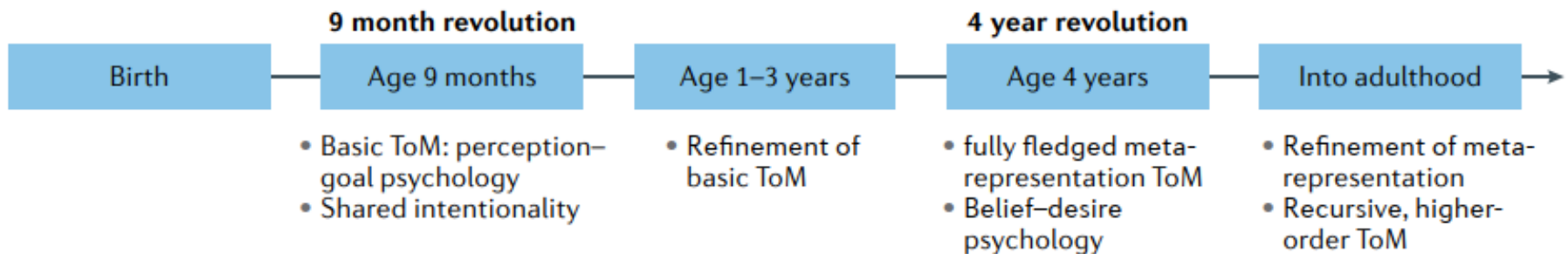
- Beginn ≤ 36 Monate
- **Qualitative** Auffälligkeiten der **gegenseitigen sozialen Interaktion** (z.B. Joint Attention)
- **Qualitative** Auffälligkeiten der **Kommunikation/Sprache**
- Begrenzte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster



M.C. Escher „The House of Stairs“, 1951

Theory of Mind (ToM)

- Kognitive Perspektivübernahme
- Kognitive Empathie (vs. Emotionale Empathie)
- Mentalisierung



Rakoczy, H. Foundations of theory of mind and its development in early childhood. Nat Rev Psychol 1, 223–235 (2022)

Entwicklungspsychologie der ToM

- Erste Lebensjahr:

Soziales Referenzieren = Orientierung an den sozialen Affekten einer Bezugsperson
(Voraussetzung Ausbildung der Dyadic Joint Attention)

- Dritte Lebensjahr:

Emotional States einer Bezugsperson werden erkannt, aber nicht als subjektiv eingeordnet.

- Fünfte Lebensjahr:

Subjektivität ausgebildet = Perspektivtrennung
(Voraussetzungen Ausbildung Triadic Joint Attention, Zentrale Kohärenz)

Peter Fonagy, György Gergely, Elliott L. Jurist, Mary Target: Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart 2004

Psychologie des Autismus

- Theory of Mind (TOM)
- Zentrale Kohärenz



„Den Wald vor lauter Bäumen nicht sehen“

Sally–Anne false-belief task



DD Störungen Empathie/Mentalisierung

Phänomenologische Überschneidungen differenzialdiagnostisch relevanter Krankheitsbilder mit Auffälligkeiten in der sozialen Interaktion

	AS	schizoide PS	schizotype PS	ängst.-verm. PS	soziale Phobie	zwanghafte PS	Zwangsstörung	AD(H)S
Soziale Interaktion	●	●	●	●	●	●	●	●
Autistische Kernerkrankungen								
– verbale Kommunikation	●	●	●	●	●	●	●	●
– Mimik/Gestik/Prosodie	●	●	●	●	●	●	●	●
– Augenkontakt	●	●	●	●	●	●	●	●
– Mentalisierung	●	● ^{*2}	● ^{*1}	● ^{*4}	● ^{*4}	●	●	● ^{*7}
– Empathie	●	● ^{*2}	●	●	●	●	●	● ^{*7}
– Interessen/Rituale/Zwänge	●	● ^{*3}	● ^{*3}	●	●	● ^{*5}	● ^{*6}	●
Begleitsymptome								
– Aufmerksamkeit	●	●	●	●	●	●	●	●
– Psychomotorik	●	●	●	●	●	●	●	●
– selbstverletzendes Verhalten	●	●	●	●	●	●	●	●
– psychotische Symptome	●	●	●	●	●	●	●	●
Längsschnitt								
– soziale Interaktion in der Kindheit	●	●	●	●	●	●	●	●
– biografische Belastungsfaktoren	●	●	●	●	●	●	●	●

● in der Regel auffällig; ● in der Regel unauffällig; ● mögliche Begleitsymptome;

^{*1} misstrauisch-paranoid fehlattribuiert; ^{*2} ausgeprägte Affekteinengung; ^{*3} z. B. intensive Beschäftigung mit Fantasie, magischen Denkinhalten oder Gewaltszenarien;

^{*4} Hypermentalierung bzgl. Ärger, Kritik oder Ablehnung; ^{*5} intensive Beschäftigung mit Ordnung, Listen und Formalien; ^{*6} „ich-dystoner“ Charakter; ^{*7} durch Aufmerksamkeitsstörung bedingt

AS, Asperger-Syndrom; AD(H)S, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom; PS, Persönlichkeitsstörung

Lehnhardt FG, Gawronski A, Pfeiffer K, Kockler H, Schilbach L, Vogeley K: The investigation and differential diagnosis of Asperger syndrome in adults. Dtsch Arztebl Int 2013; 110(45): 755–63.

Nicht zur Veröffentlichung bestimmt

Empathie-Störung

- **Autismus**

Kognitive Empathiestörung

- **Störung des Sozialverhaltens**

Emotionale Empathiestörung

Autismus: Klinische Beschreibung

4 Hauptkriterien (ICD-10 und DSM-IV):

- Beginn ≤ 36 Monate
- **Qualitative** Auffälligkeiten der **gegenseitigen sozialen Interaktion** (z.B. Joint Attention)
- **Qualitative** Auffälligkeiten der **Kommunikation/Sprache**
- Begrenzte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster

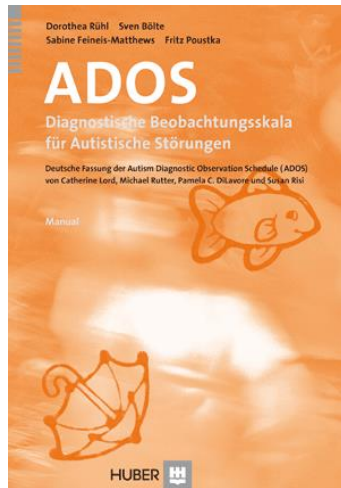
Autismus: Klinische Beschreibung

4 Hauptkriterien (ICD-10 und DSM-IV):

- Beginn ≤ 36 Monate
- **Qualitative** Auffälligkeiten der **gegenseitigen sozialen Interaktion** (z.B. Joint Attention)
- **Qualitative** Auffälligkeiten der **Kommunikation/Sprache**
- Begrenzte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster

Diagnostische Instrumente

- Autistic Diagnostic Observation Schedule (ADOS)
- Autism Diagnostik Interview – Revised (ADI-R)



- Checklist for Autism in Toddlers
- Fragebogen über Verhalten und soziale Kommunikation (**FSK**)
- Marburger Beobachtungsskala zum Asperger-Syndrom (**MBAS**)

Diagnostik Erwachsene

Empfehlungen der NICE-Guideline (21) für Instrumente zur Diagnostik von ASS im Erwachsenenalter sowie verfügbare Gütekriterien*

Name	Referenz	Intervention	Validität Erwachsenenalter
ASS ohne Intelligenzminderung			
Adult Asperger Assessment (AAA)	(35)	Interview, Selbstbeurteilungsfragebögen Autismus-Spektrum-Quotient (AQ)/Empathie-Quotient (EQ)	X
Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)	(17; 36)	Interview	X
Diagnostische Beobachtungsskala für autistische Störungen (ADOS-2), Modul 4	(18)	Interview, Testaufgaben	Sensitivität 61 %, Spezifität 71 %, Test-Retest-Reliabilität 90 %
Asperger-Syndrome (and High-Functioning Autism) Diagnostic Interview (ASDI)	(38)	Interview	X
Ritvo Autism Asperger Diagnostic Scale – Revised (RAADS-R)	(37)	Selbstbeurteilungsskala	Cut-off 65: Sensitivität 97 %, Spezifität 100 %, Test-Retest-Reliabilität > 76%

ASS mit Intelligenzminderung

ADI-R, ADOS-2, siehe oben

* X = keine ausreichenden Daten zur diagnostischen Validität im Erwachsenenalter vorhanden
ASS, Autismus-Spektrum-Störungen

21. National Institute for Health and Care Excellence: Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management. 27 June 2012, last updated 14 June 2021.
www.nice.org.uk/guidance/cg142/resources/autism-spectrum-disorder-in-adults-diagnosis-and-management-pdf-35109567475909 (last accessed on 12 December 2022).

Nicht zur Veröffentlichung bestimmt

Roy M, Strate P:
Autism spectrum disorders in adulthood—symptoms, diagnosis, and treatment. Dtsch Arztebl Int 2023; 120: 87–93.
DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0379

- **Frühkindlicher Autismus/Kanner-Autismus**
 - Sprachentwicklungsstörung
 - Intelligenzminderung
- **Frühkindlicher Autismus/Hochfunktionaler Autismus**
 - Sprachentwicklungsstörung
 - Normale Intelligenz
- **Asperger-Syndrom**
 - Normale Sprachentwicklung
 - Normale Intelligenz
 - Sonderinteressen
- **Atypischer Autismus**
 - Kriterien des Autismus nicht komplett erfüllt

Tiefgreifende Entwicklungsstörungen

- ICD-10-Klassifikation
 - frühkindlicher Autismus
 - atypischer Autismus
 - Rett-Syndrom
 - desintegrative Störung des Kindesalters (Heller-Syndrom)
 - Asperger-Syndrom
- DSM-IV-Klassifikation
 - autistische Störung
 - Rett-Syndrom
 - desintegrative Störung des Kindesalters
 - Asperger-Syndrom

Allgemeine Merkmale:

- Beginn ausnahmslos in Kleinkindalter oder Kindheit
- Einschränkung oder Verzögerung in der Entwicklung von Funktionen, die eng mit der Reifung des ZNS verknüpft sind
- stetiger Verlauf, der nicht die für viele psychische Störungen typischen charakteristischen Remissionen und Rezidive zeigt

Entwicklungsstörung	Prävalenz/ Prozentuale Verteilung
alle tiefgreifenden Entwicklungsstörungen	60–65/10 000
– mit geistiger Behinderung	25–50 %
– milde bis moderate Beeinträchtigung der Intelligenz	30 %
– durchschnittliche Intelligenz	29–60 %
frühkindlicher Autismus	11–18/10 000
– mit Lernbehinderung/geistiger Behinderung	~ 80 %
atypischer Autismus	1,9–10,9/10 000
Asperger-Syndrom	2–3,3/10 000*2
Rett-Syndrom	< 1/10 000
desintegrative Störung	0,2/10 000

nach Remschmidt & Kamp-Becker 2009

Autismus im DSM-5

A) Symptome:

- Persistierende Defizite der sozialen Kommunikation u. Interaktion
- Restriktive, repetitive Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten
- Bestehen seit früher Kindheit

B) Schweregrad der notwendigen Unterstützung aufgrund der Ausprägung der Symptome unter A:

- Einige
- Wesentliche
- Sehr hohe

Diagnosekriterien Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) gemäß ICD-11 und Diagnosecodes gemäß der intellektuellen Entwicklung und einer möglichen funktionellen Sprachbeeinträchtigung

Diagnosekriterien ASS gemäß ICD-11, sinnhaft gekürzt.

• anhaltende Defizite bei Initiierung/Aufrechterhaltung sozialer Kommunikation und sozialer Interaktion

Folgende Bereiche können Einschränkungen aufweisen:

- Verständnis für oder unangemessene Reaktionen auf verbale/nonverbale soziale Kommunikation anderer
- Integration von gesprochener Sprache und nonverbalen Hinweisen (z. B. Augenkontakt, Gestik, Mimik)
- Verstehen/Gebrauch von Sprache in sozialen Kontexten und Fähigkeit, gegenseitige soziale Gespräche zu initiieren/aufrechtzuerhalten
- soziales Bewusstsein für ein dem sozialen Kontext angemessenes Verhalten
- Fähigkeit, sich die Gefühle und emotionalen Zustände anderer vorzustellen und darauf zu reagieren
- gegenseitiges Teilen von Interessen
- Fähigkeit, typische Peer-Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten

• anhaltend eingeschränkte, sich wiederholende, unflexible Verhaltensmuster oder Interessen, die für das Alter und den soziokulturellen Kontext untypisch/übertrieben sind

Dazu können gehören:

- mangelnde Anpassungsfähigkeit an neue Erfahrungen; Leiden durch triviale Veränderungen einer vertrauten Umgebung oder durch unvorhergesehene Ereignisse
- unflexibles Festhalten an bestimmten Routinen, z. B. dem Folgen vertrauter Routen oder dem Einhalten exakter Essenszeiten
- übermäßige Einhaltung von Regeln (z. B. beim Spielen)
- hartnäckige, ritualisierte Verhaltensmuster, z. B. Anordnen von Objekten auf eine bestimmte Weise
- wiederholte, stereotype motorische Bewegungen, wie Ganzkörperbewegungen, ungewöhnliche Hand- oder Fingerbewegungen und Körperhaltungen
- anhaltende Beschäftigung mit speziellen Interessen, Objekten oder bestimmten Arten von Reizen
- Überempfindlichkeit oder Unterempfindlichkeit gegenüber Sinnesreizen (Geräusche, Licht, Texturen, Gerüche, Geschmack, Hitze, Kälte und/oder Schmerz)
- Störungsbeginn in der frühen Kindheit
- erhebliche Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, beruflichen, anderen Bereichen

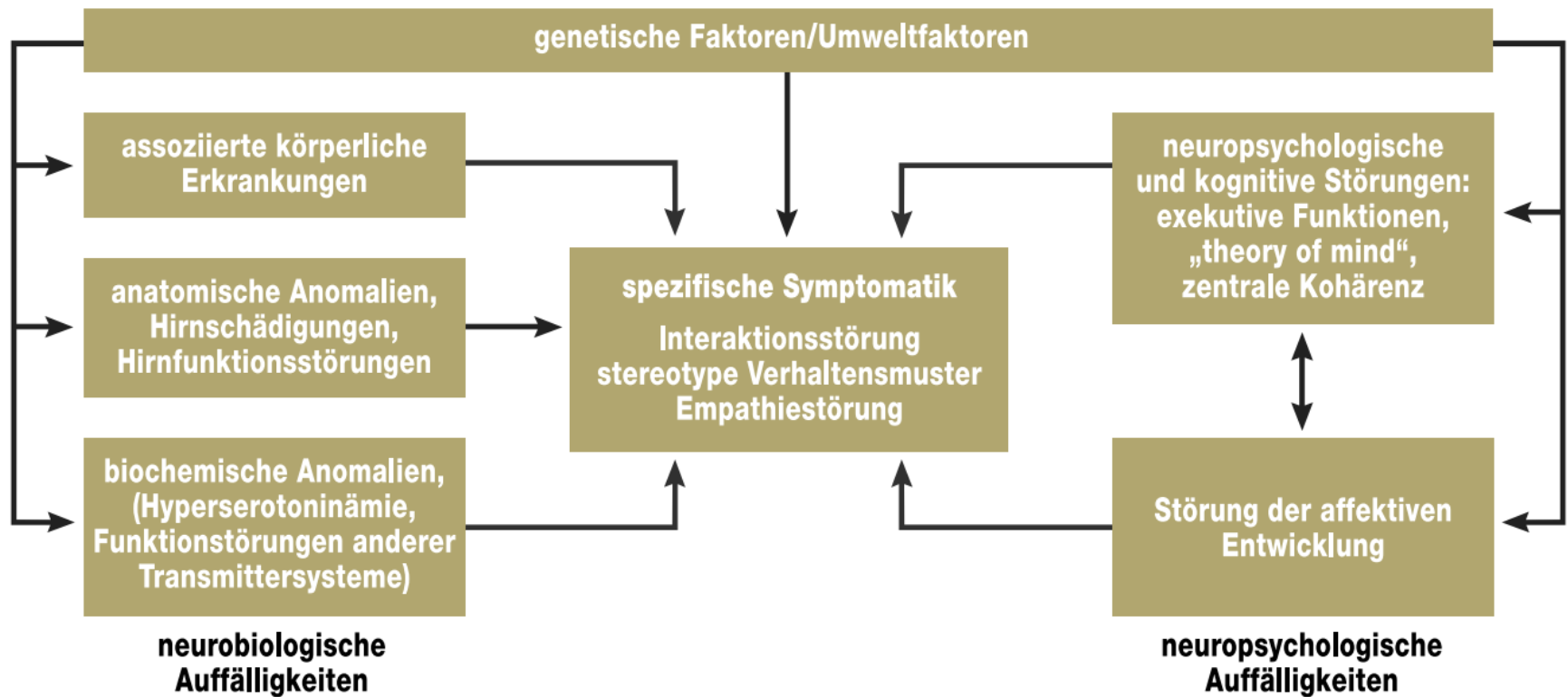
Diagnosecodes	ohne Störung der intellektuellen Entwicklung	mit Störung der intellektuellen Entwicklung
keine oder leichte Beeinträchtigung der funktionalen Sprache	6A02.0	6A02.1
eingeschränkte funktionale Sprache*	6A02.2	6A02.3
vollständiges oder fast vollständiges Fehlen der funktionalen Sprache	–	6A02.5

* Es werden nur einzelne Wörter oder einfache Sätze verwendet

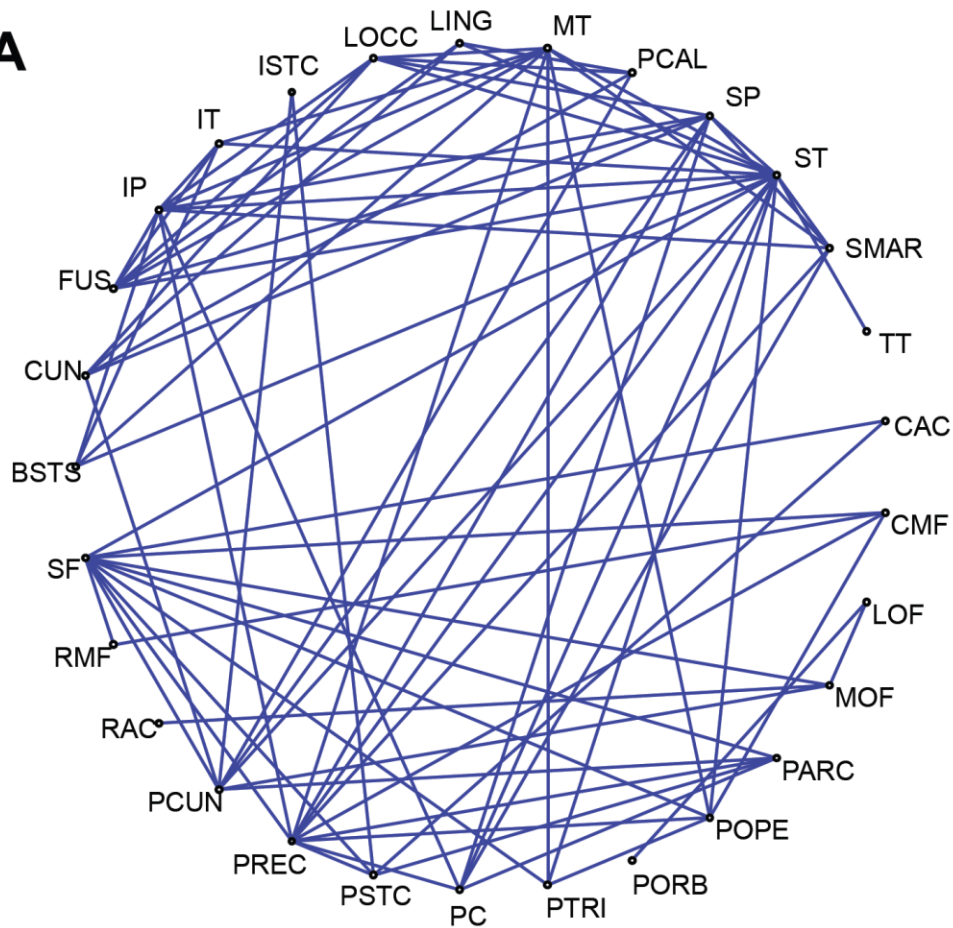
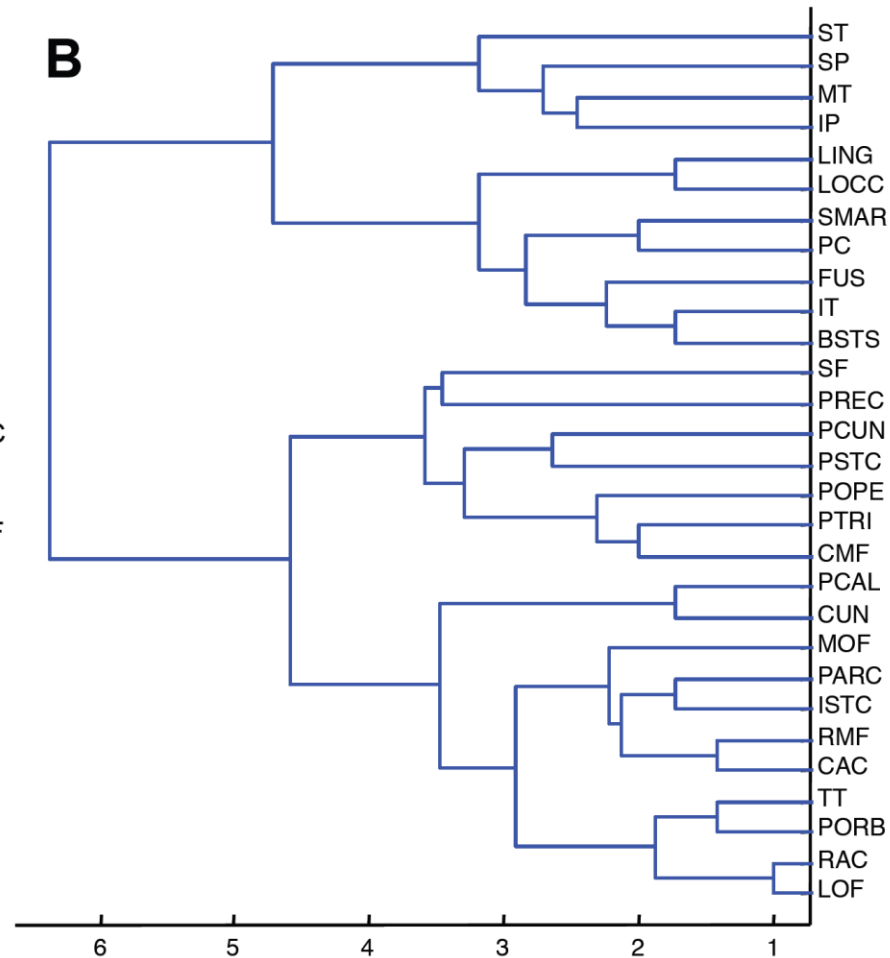
Häufigkeit einer veränderten Sensibilität in den jeweiligen Sinnesmodalitäten*

Sinnesmodalität	Häufigkeit einer veränderten Empfindlichkeit in %
auditorisch	43–57
visuell	23–63
Berührung	55–63
Geruch/Geschmack	37–51
Schmerz	23–43

* Stichprobe: n = 200 Personen mit ASS, Alter: 32 Monate – 38 Jahre; die Stichprobe wurde anhand des Altersmedians (10,3 Jahre) und des IQ (über oder unter 70) in 4 Gruppen eingeteilt (16).

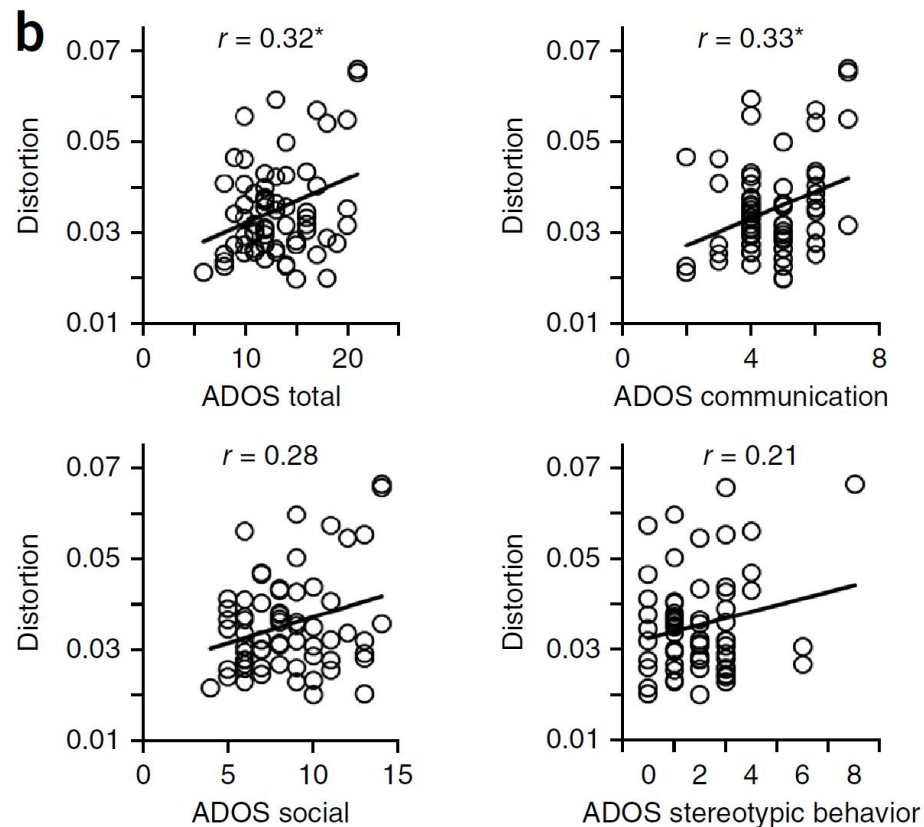
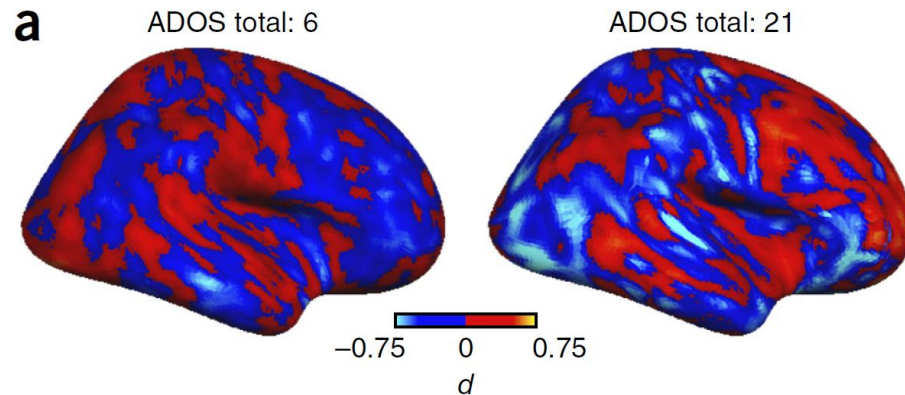


Remschmidt H, Kamp-Becker I: Das Asperger Syndrom.
Berlin: Springer Verlag 2006

A**B**

Nicht zur Veröffentlichung bestimmt

nach Hagmann (2008) und Kaiser



* $P < 0.05$ corrected

The idiosyncratic brain: distortion of spontaneous connectivity patterns in autism spectrum disorder

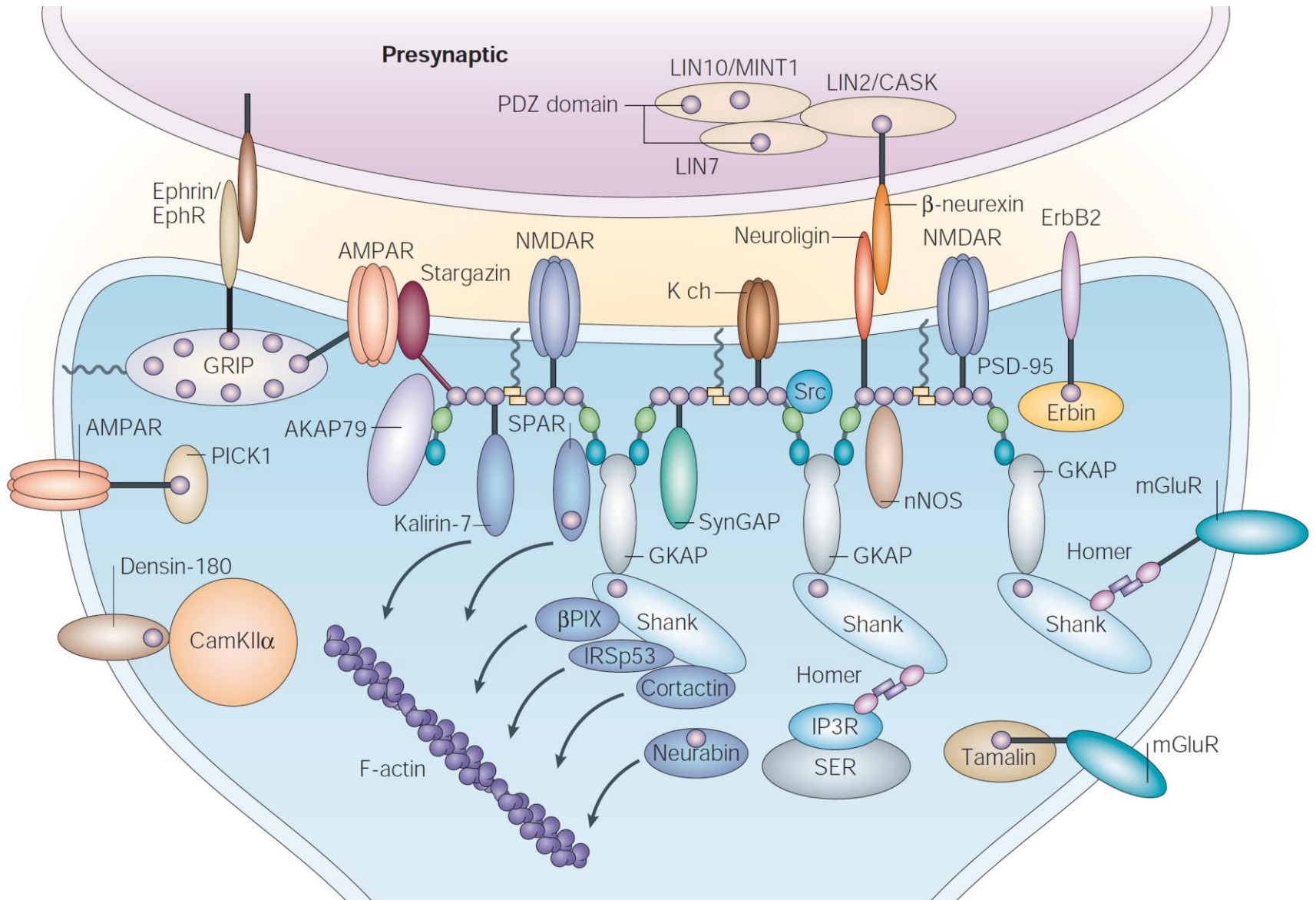
Avital Hahamy¹, Marlene Behrmann² & Rafael Malach¹

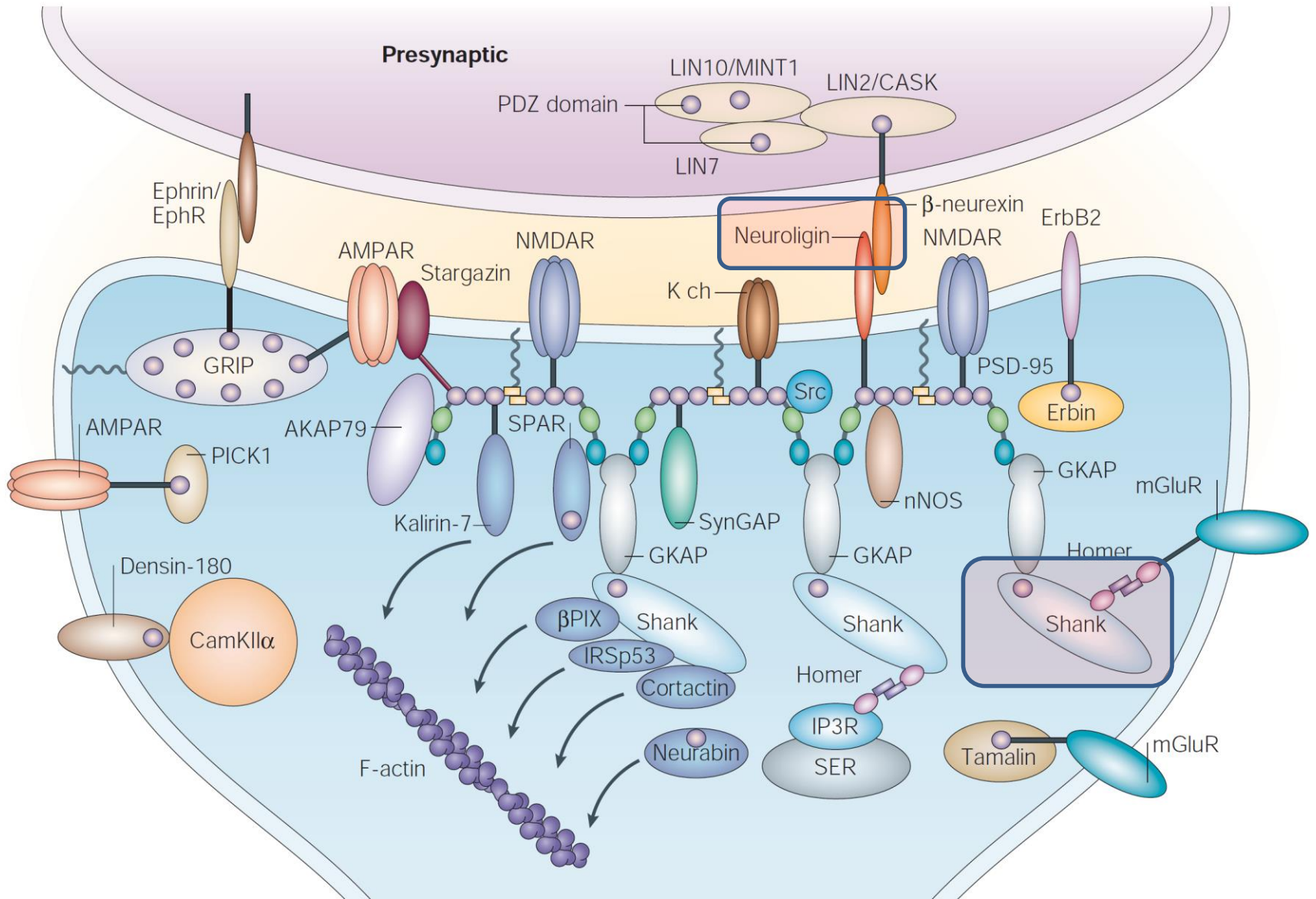
Nicht zur Veröffentlichung bestimmt

Nature Neuroscience 2015

„Single Gene“-Mutationen

- Kandidatengene: v.a. Mechanismen der Konnektivität im ZNS
- Mutationen einzelner Gene mit einem hohen Risiko der Entwicklung einer ASD:
 - Neuroligine (X-Chr.): NLGN3, NLGN4 (Jamain et al. 2003)
 - Neurexin 1 (Feng et al. 2006)
 - SHANK3 (Chr. 22) = ProSAP2 (Durand et al. 2007)
- Erklären einen untergeordneten Anteil der **ASD (<5%)**





Begleitstörungen/Komorbiditäten

- Epilepsie (bei frühkindlichem Autismus 30%);
v.a. komplex-fokale Anfälle
- Anpassungsstörungen (Traumafolgestörung)
- v.a. bei Asperger-Syndrom
 - Aufmerksamkeitsstörung (ADHS) bei 30%
 - Insomnie
 - Zwangsstörung
 - Tic-Störung
 - Affektive Störung (Depression)
 - Psychose/Schizophrenie
 - Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen (UEMF)
 - Essstörungen (v.a. Anorexia nervosa)

Was ist therapeutisch zu tun?

Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter

Teil 2: Therapie

Interdisziplinäre S3-Leitlinie der DGKJP und der DGPPN
sowie der beteiligten Fachgesellschaften, Berufsverbände und Patientenorganisationen
Langversion; Konsensuskonferenz am 22. und 23.11.2018
Onlineabstimmungen: Im Verlauf von 2019/2020
Stand Text Leitlinie: 2. Mai 2021



Was ist therapeutisch zu tun?

- **Kommunikation**
 - Multimodales Training (Sensorik, Kognition, Kommunikation)
 - Unterstützte Kommunikation z.B. Bildkarten (PECS)
 - Gestützte Kommunikation z.B. Einzelfallhilfe
- **Soziale Interaktion**
 - ABA (Applied Behavior Analysis)
 - TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children)
 - Soziales Kompetenztraining (Gruppe)
- **Komorbiditäten behandeln**
 - Epilepsien
 - Psychische Störungen (Zwang, ADHS, Impulskontrolle)
- **Soziale Integration**
 - Lebensraum z.B. Familie z.B. KVT
 - Schule z.B. Schulbegleiter

Was ist therapeutisch zu tun?

- Kommunikation
 - Multimodales Training (Sensorik, Kognition, Kommunikation)
 - Unterstützte Kommunikation z.B. Bildkarten (PECS)
 - Gestützte Kommunikation z.B. Einzelfallhilfe
- Soziale Interaktion
 - ABA (Applied Behavior Analysis)
 - TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children)
 - Soziales Kompetenztraining (Gruppe)
- Komorbiditäten behandeln
 - Epilepsien
 - Psychische Störungen (Zwang, ADHS, Impulskontrolle)
- Soziale Integration
 - Lebensraum z.B. Familie z.B. KVT
 - Schule z.B. Schulbegleiter

Was ist therapeutisch zu tun?

- Kommunikation
 - Multimodales Training (Sensorik, Kognition, Kommunikation)
 - Unterstützte Kommunikation z.B. Bildkarten (PECS)
 - Gestützte Kommunikation z.B. Einzelfallhilfe
- Soziale Interaktion
 - ABA (Applied Behavior Analysis)
 - TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children)
 - Soziales Kompetenztraining (Gruppe)
- Komorbiditäten behandeln
 - Epilepsien
 - Psychische Störungen (Zwang, ADHS, Impulskontrolle)
- Soziale Integration
 - Lebensraum z.B. Familie z.B. KVT
 - Schule z.B. Schulbegleiter

TABLE 1 Medication Use by Age (*N* = 2843)

Age group (<i>n</i>)	Any medication, <i>n</i> (%)	2 medications, <i>n</i> (%)	≥3 medications, <i>n</i> (%)	Stimulant, <i>n</i> (%)	α-agonist, <i>n</i> (%)	SSRI, <i>n</i> (%)	Atypical antipsychotic, <i>n</i> (%)
<3 y (367)	2 (1)	0	0	1	1	0	0
3–5 y (1147)	119 (10)	23 (2)	10 (1)	39 (3)	54 (4)	17 (1.4)	46 (4)
6–11 y (951)	422 (44)	119 (13)	60 (6)	247 (26)	111 (12)	136 (14)	129 (14)
12–17 y (276)	176 (64)	55 (20)	31 (11)	92 (33)	39 (14)	88 (32)	64 (23)
Total	760 (27)	208 (7)	130 (5)	379 (13)	205 (7)	241 (8)	239 (8)

ca. 50% bereits bei Schulantritt psychopharmakologisch behandelt

1:10 erhält mindestens 3 Psychopharmaka im Jugendalter

Coury et al. Pediatrics 2012

Was ist therapeutisch zu tun?

- Kommunikation
 - Multimodales Training (Sensorik, Kognition, Kommunikation)
 - Unterstützte Kommunikation z.B. Bildkarten (PECS)
 - Gestützte Kommunikation z.B. Einzelfallhilfe
- Soziale Interaktion
 - ABA (Applied Behavior Analysis)
 - TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children)
 - Soziales Kompetenztraining (Gruppe)
- Komorbiditäten behandeln
 - Epilepsien
 - Psychische Störungen (Zwang, ADHS, Impulskontrolle)
- Soziale Integration
 - Lebensraum z.B. Familie z.B. KVT
 - Schule z.B. Schulbegleiter

“One of my favorite sayings is that nature never draws a line without smudging it. You cannot separate into those ‘with’ and ‘without’ traits. They are so scattered.”

Lorna Wing



David Downes: St. Pancras, London

Nicht zur Veröffentlichung bestimmt