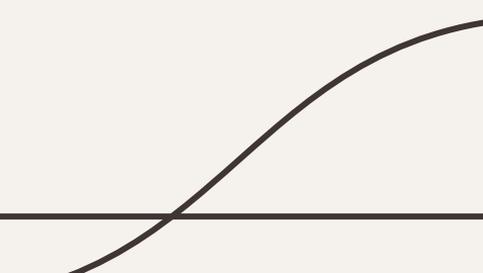


Autismus-Spektrum m-Störung (verbal)

MeerschweinchenPrinz



Inhaltsverzeichnis

1. Beschreibung des Störungsbildes
2. Wie wird es diagnostiziert?
3. Prävalenz
4. evidenzbasierte Therapiemethoden
5. Stigmatisierung von Betroffenen
6. Quellen



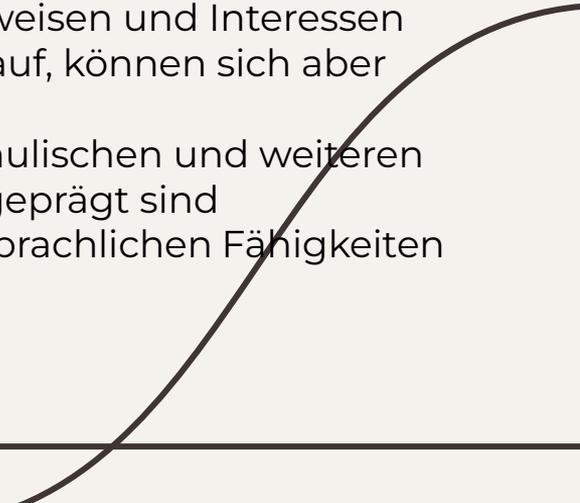
01

Beschreibung des Störungsbild



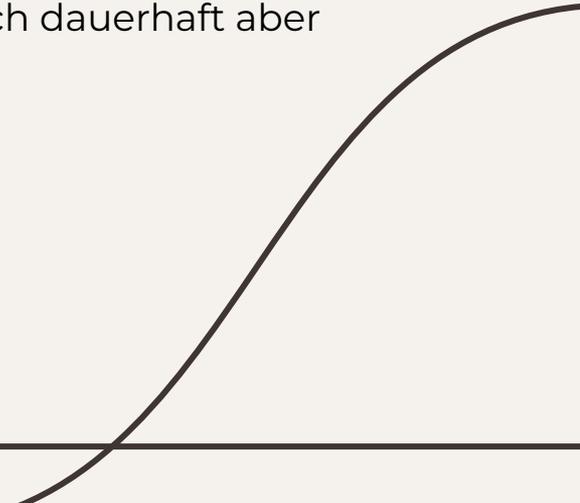
Beschreibung des Störungsbild

ICD 11 - 6A02

- Defizite bei der Initiierung und Aufrechterhaltung von sozialer Kommunikation und Interaktion, wenn diese außerhalb des zu erwartenden Bereiches bzgl. Alter oder intellektueller Fähigkeiten sind
 - eingeschränkte, wiederholende und inflexible Verhaltensweisen und Interessen
 - Im Regelfall treten die Symptome in der frühen Kindheit auf, können sich aber später noch zusätzlich festigen
 - Einschränkungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen und weiteren Bereichen die bei jedem Individuum unterschiedlich ausgeprägt sind
 - umfasst die gesamte Bandbreite an intellektuellen und sprachlichen Fähigkeiten
- 
-

Beschreibung des Störungsbild

ICD 11 - 6A02

- klinisch auffällig in allen Altersgruppen, lebenslange Störung, Symptome variieren nach Alter, intellektuellen und sprachlichen Fähigkeiten, weiteren auftretenden Störungen und Lebensumständen
 - eingeschränkte und wiederholende Verhaltensweisen auch dauerhaft aber können im Alter weniger (auffällig) werden
 - kann bereits im Alter <4 diagnostiziert werden
- 
-

02

Wie wird es diagnostiziert?

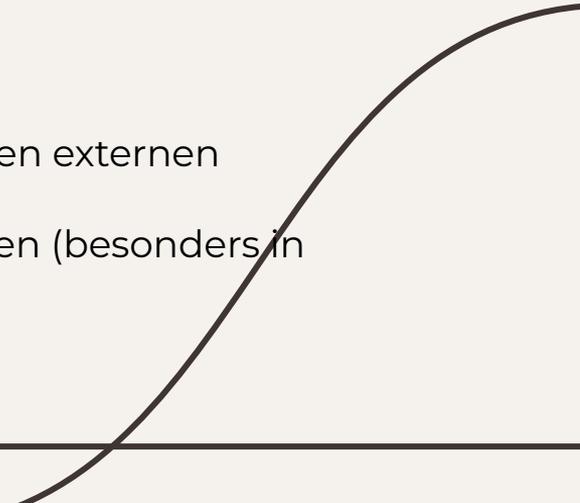
Diagnosekriterien, erforderliche Merkmale ICD 11-6A02

Defizite bei der Initiierung und Aufrechterhaltung von sozialer Kommunikation und Interaktion, wenn diese außerhalb des zu erwartenden Bereiches bzgl. Alter oder intellektueller Fähigkeiten sind, umfassen Einschränkungen in folgenden Bereichen:

- Verständnis von (unangebrachten) Reaktionen auf (non)verbale Kommunikation anderer
 - Integration von typischen Verhaltensweisen beim Sprechen wie bspw. Augenkontakt
 - Verständnis und Nutzen von Sprache in sozialen Kontexten
 - Sozial angebrachtes Verhalten
 - Fähigkeit zur Empathie oder angemessene Reaktion auf Gefühle Anderer
 - gegenseitiges Teilen von Interessen
 - Fähigkeit Beziehungen zur Peergruppe aufzubauen oder aufrecht zu erhalten
-

Diagnosekriterien, erforderliche Merkmale ICD 11-6A02

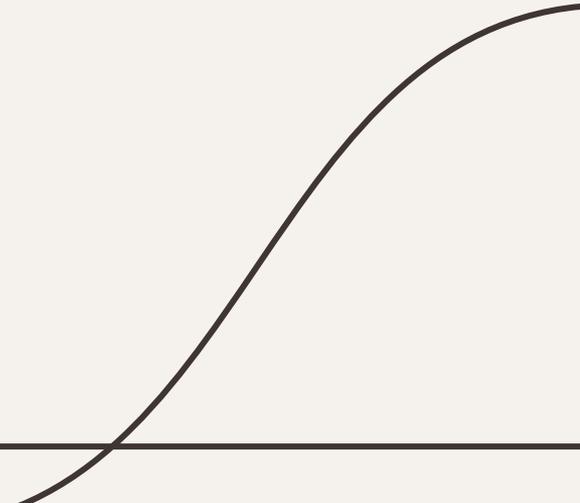
eingeschränkte, wiederholende und nicht flexible Verhaltensmuster und Interessen, wenn sie für das Alter oder den sozialen Kontext untypisch sind, umfassen Einschränkungen in folgenden Bereichen:

- Adaptionfähigkeit bei Neuem, mit Stress, hervorgerufen von Änderungen im familiären Kontexten oder unerwarteten Events
 - Flexibilität bei Routinen
 - Regelverständnis
 - dauerhafte, ritualisierte Verhaltensweisen ohne bestimmten externen Nutzen
 - wiederholende, stereotypische und unübliche Bewegungen (besonders in der frühen Kindheit)
- 

Diagnosekriterien, erforderliche Merkmale ICD 11-6A02

- anhaltende Beschäftigung mit Spezialinteressen, Objekten und ungewöhnlich Starke Bindung an Objekte
 - lebenslange Hyper- oder Hyposensibilität zu sensorischen Stimuli, unübliches Interesse in sensorische Stimuli (Geräusche, Licht, Texturen, Gerüche, Geschmack, Wärme, Schmerz)
 - Einsetzen der Störung in der frühen Kindheit, jedoch können Symptome erst später auftreten, wenn soziale Anforderungen größer werden als die individuellen Kapazitäten
 - Symptome resultieren in signifikanten Einschränkungen in wichtigen Bereichen des Funktionierens
 - einige Autisten scheinen, aufgrund großen Aufwands zu funktionieren, jedoch stimmt auch bei diesen die Diagnose Autismus-Spektrum-Störung
- 

Diagnosekriterien, Spezifizierung innerhalb des Spektrums ICD 11-6A02

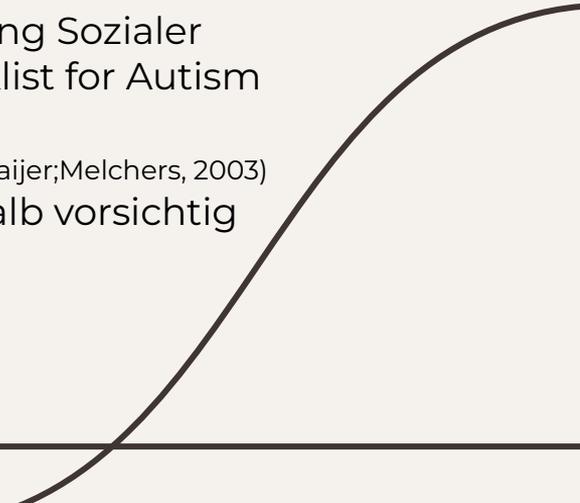
- (keine) Störung der intellektuellen Entwicklung
 - Grad der Funktionalität von Sprache
 - anders spezifizierte ASS (keine der beiden oberen stimmen)
 - unspezifizierte ASS (obere sind nicht bekannt)
 - Verlust vorheriger vorhandener Fähigkeiten
- 

Diagnosekriterien, zusätzliche Merkmale

ICD 11-6A02

- typische Symptome in der frühen Kindheit: intellektuelle oder andere Entwicklungsverzögerungen
 - in der Schule: Verhaltensauffälligkeiten, Ängste, Phobien, Schulabsentismus
 - im Erwachsenenalter: depressive Störungen
 - Komorbiditäten mit anderen Störungen (bspw. ADHS)
 - pragmatische Sprache ohne/mit weniger Emotionalität, monoton, fehlendes Bewusstsein für angebrachte Sprache
 - Naivität kann zur Ausnutzung durch andere führen
 - besondere Stärken/Schwächen die abweichen vom allgemeinen IQ
 - Selbstverletzendes Verhalten
 - genetische Abweichungen, die zu anderen Krankheitsbildern führen
 - starke Aufwendung zu funktionieren kann das mentale und körperliche Wohlbefinden (v.a. bei Frauen) beeinträchtigen
- 

Wie wird es diagnostiziert? - Prozess

- je nach Land unterschiedliche Tabellen zur Früherkennung der ersten Warnzeichen in den ersten 3 Jahren (Xiaoyan Lin; Guo Wang, 2024)
 - klinische Diagnose ohne Labortests (Xiaoyan Lin; Guo Wang, 2024)
 - Anwendung von Fragebögen (Xiaoyan Lin; Guo Wang, 2024)
 - Interview zur Kernsymptomatik → ADI-R (Diagnostisches Interview für Autismus - Revidiert)(Poustka F. et al. 1996), ADOS 2 (Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen) (Poustka L. et al. 2015)
 - weitere Instrumente: FSK (Fragebogen zur Sozialen Kommunikation)(Berument et al. 1999), SRS (Skala zur Erfassung Sozialer Reaktivität)(Constantino;Gruber, 2005), M-Chat (Modified Checklist for Autism in Toddlers), SEAS-M (Skala zur Erfassung von Autismus-Spektrum-Störungen bei Minderbegabten)(Kraijer;Melchers, 2003)
 - alle Verfahren aber nicht sehr hohe Spezifität und deshalb vorsichtig zu interpretieren
- 

Wie wird es diagnostiziert?

- sieben Schritte zur Diagnose nach Xiaoyan Lin und Guo Wang in "Advances in the Diagnosis and Treatment of Autism Spectrum Disorder"(2024):
 1. Medizinische Geschichte: Eltern beschreiben jegliche auffälligen Symptome
 2. Entwicklungsstatus feststellen
 3. Untersuchung nach auffälligen körperlichen Merkmalen
 4. klinische Untersuchung in Hinblick auf Spiel, Sprache, Verhalten etc. und deren Entwicklung
 5. Klare Diagnose anhand der erforderlichen und zusätzlichen Merkmale
 6. Diagnose wird gestellt
 7. Differentialdiagnose: ADHS, Soziale Dysfunktion, Gehörstörung und weiteres
- 
-

Wie wird es diagnostiziert?

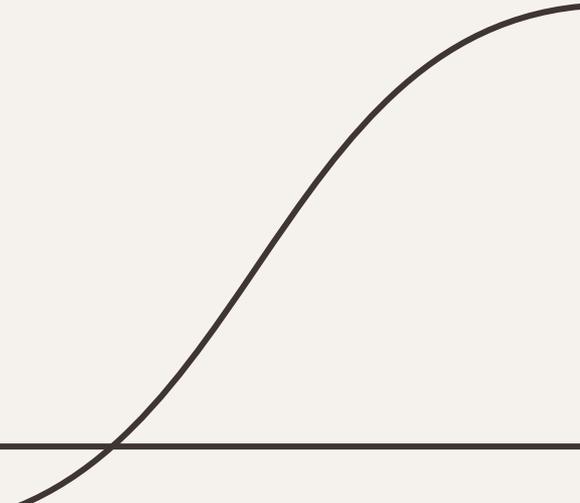
- ausführliche Exploration des Betroffenen und der Bezugspersonen
- Erfassung individueller Symptomatik inkl. Komorbiditäten und Anpassungsvermögen
- Fremdanamnese der aktuellen und frühkindlichen Entwicklung obligatorisch
- körperlich-neurologische Untersuchung → körperliche Grunderkrankungen und Fein-/Grobmotorik
- testpsychologische Untersuchung → kognitive und neuropsychologische Funktionen und individuelles Leistungsniveau (IQ-Test)
- möglich zu Ausschluss anderer Erkrankungen:
 - EEG, MRT, Überprüfung Hören und Sehen, molekularbiologische Tests, molekular- und zytogenetische Untersuchungen

03

Prävalenz

Prävalenz

- anhand mehrerer Studien seit 2000 lässt sich ein Median von 62/10000 feststellen (Elsabbagh et al. 2012)
- 2- bis 3- fache Prävalenzrate (Kim et al. 2011) von 0,9 bis 1 % (Fombonne et al. 2011)



04
evidenzbasierte
Therapiemethoden

evidenzbasierte Therapiemethoden

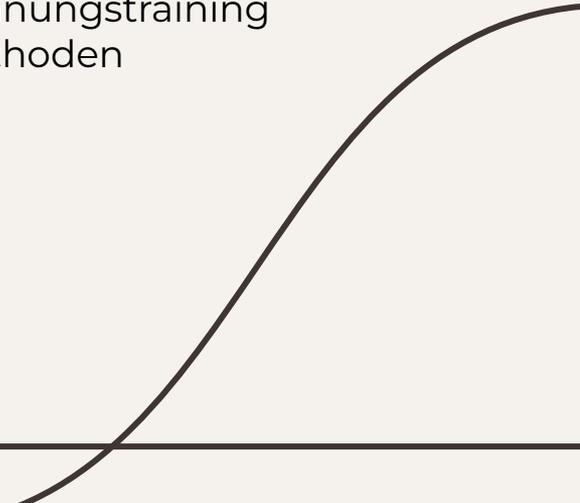
- RDI: Intervention basierend auf zwischenmenschlichen Beziehungen und deren Entwicklung (Xiaoyan Lin; Guo Wang, 2024)
 - PECS: Intervention basierend auf der Entwicklung von Fähigkeiten inklusive des Bildwechsel-Kommunikationssystems (Kompensation fehlender Sprachfähigkeit)(Xiaoyan Lin; Guo Wang, 2024)
 - ESDM: umfassende Intervention mit Zielen an Defiziten und Entwicklungszielen in verschiedenen Bereichen(Xiaoyan Lin; Guo Wang, 2024)
 - TEACCH: Bereitstellung von Behandlung und Bildung, stark strukturgebend (bspw. bildlicher Tagesablauf)(Xiaoyan Lin; Guo Wang, 2024)
 - ABA: Lovaas Applied Behavior Analysis intervention model - hauptsächlich operante Konditionierung(Xiaoyan Lin; Guo Wang, 2024)
 - medikamentöse Behandlung von Begleitsymptomen möglich(Schneider; Margraf, 2019)
- 

evidenzbasierte Therapiemethoden

Welche ist besser erforscht?

- am besten erforscht: verhaltenstherapeutische Interventionen (nicht besonders anders als in neurotypischen Verhaltenstherapien), Fokus auf dem Erlernen von Fähigkeiten und Abbau von unerwünschtem Verhalten, viel über Konditionierung (positive Verstärkung) und Emotionserkennungstraining
- beinhaltet teilweise Ansätze aus den weiteren Therapiemethoden

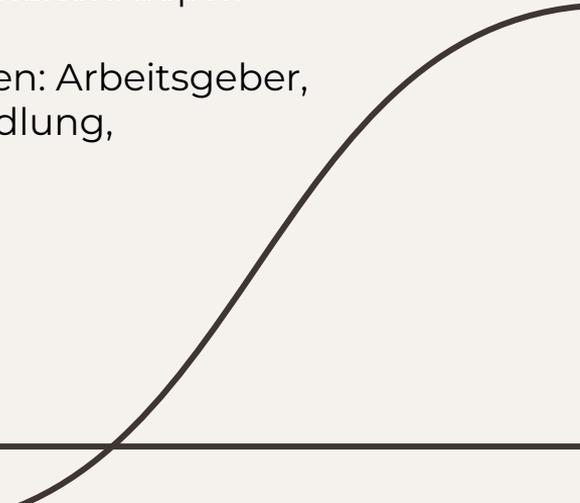
(Schneider; Margraf, 2019)



05

**Stigmatisierung von
Betroffenen**

Stigmatisierung von Betroffenen

- soziale Stigmata: schlechte soziale Skills, kann keine Situationen lesen, individuelle Eigenschaften (Hurley-Hanson; Giannantonio; Griffiths, 2020)
 - Stigmata anhand von stereotypischer Darstellung/Vorstellung von Autismus (Hurley-Hanson; Giannantonio; Griffiths, 2020) (Mathe-Fähigkeiten, nicht/wenig verbal, hoch-/minderbegabt, weiß, männlich, unhöflich, keine Empathie, keine Liebe, kein Sarkasmus)
 - Stigmata aufgrund des nicht erwünschten(normalen) Verhalten: bspw. stimming (Stafford; Scott, 1986)
 - generell folgen Schwierigkeiten mit/in folgenden Bereichen: Arbeitsgeber, Vermietern, Zugang zur Krankenversicherung und Behandlung, Beziehungen, Selbstwert (Read; Harré, 2001)
- 

06

Quellen

Quellen

- Berument, S.K., Rutter, M., Lord, C., Pickles, A., Bailey, A. (1999). Autism screening questionnaire: diagnostic validity. *Br J Psychiatry*, 175, 444-51.
- Constantino, J.N., Gruber, C.P. (2005) *Social Responsiveness Scale (SRS)*. Los Angeles: Western Psychological Services
- Elsabbagh, M., Divan, G., Koh, Y.-J., Kim, Y.S., Kauchali, S., Marcín, C., Montiel-Nava, C., Patel, V., Paula, C.S., Wang, C., Yasamy, M.T., Fombonne, E. (2012). Global Prevalence of Autism and Other Pervasive Developmental Disorders. *Autism Research* 5(3), 160-179. doi:10.1002/aur.239.
- Fombonne, É., Quirke, S., Hagen, A. (2011) Epidemiology of pervasive developmental disorders. In D.G. Amaral, G. Dawson, D.H. Geschwind, *Autism spectrum disorders* (pp. 90-111). New York, NY.
- Hurley-Hanson, A.E., Giannantonio, C.M., Griffiths, A.J. (2020). *Autism in the Workplace. Creating Positive Employment and Career Outcomes for Generation A*, Cham: Springer Nature Switzerland AG.
- ICD 11: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#437815624>

Quellen

- Kim, Y.S., Leventhal, B.L., Koh, Y.J. et al. (2011). Prevalence of Autism Spectrum Disorders in a Total Population Sample. *The American Journal of Psychiatry*, 168, 904-912.
- Kraijer, D.W., Melchers, P. (2003). SEAS-M. Skala zur Erfassung von Autismusspektrumsstörungen bei Minderbegabten, Göttingen: Hogrefe
- Poustka, L., Rühl, D., Feineis-Matthews S., Boelte S., Poustka F., Hartung M. (2015) *Beobachtungsskala für autistische Störungen: ADOS2*. Göttingen: Hogrefe.
- Poustka, F., Lisch, S., Rühl, D., Sacher, A., Schmötzer, G., Werner, K. (1996). The standardized diagnosis of autism: Autism Diagnostic Interview-Revised: Inter-Rater Reliability of the German Form of the ADI-R. *Psychopathology*, 29(3), 145-153.
- Read, J., Harré, N. (2001). The role of biological and genetic causal beliefs in the stigmatisation of "mental patients". *Journal of Mental Health*, 10(2), 223-235.
- Schneider, S., Margraf, J. (2019). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 3*. Berlin: Springer Nature
- Stafford, M.C., Scott, R.R. (1986). Stigma deviance and social control: Some conceptual issues. In S.C. Ainsley, G. Becker, L.M. Coleman (Eds.), *The dilemma of difference*. New York: Plenum.
- Xiaoyan Lin; Guo Wang (2024). *Advances in the Diagnosis and Treatment of Autism Spectrum Disorders in Children*