

Aus dem Zentrum für Psychische Erkrankungen
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau

**Das psychosoziale Funktionsniveau
spät diagnostizierter Erwachsener mit
Asperger-Syndrom**

INAUGURAL-DISSERTATION

Zur Erlangung
des Medizinischen Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i.Br.

Vorgelegt 2014
von Constanze Schröck
geboren in Tübingen

Dekanin: Frau Prof. Dr. Kerstin Krieglstein

1. Gutachter: Prof. Dr. Ludger Tebartz van Elst

2. Gutachter: Prof. Dr. Christian Fleischhaker

2015

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	5
Abbildungsverzeichnis	6
Zusammenfassung	7
1. Einleitung	9
1.1. Begriff des Asperger-Syndroms	9
1.2. Literaturübersicht	10
1.3. Epidemiologie.....	11
1.4. Definition	14
1.5. Symptomatik	16
1.5.1. Störung der sozialen Interaktion	16
1.5.2. Routinen und Rituale	18
1.5.3. Theory of Mind	20
1.5.4. Störung der nonverbalen Kommunikation	20
1.5.5. Sprachverständnis	21
1.5.6. Wahrnehmung	21
1.5.7. Sonderinteressen	22
1.5.8. Motorik.....	23
1.6. Komorbidität.....	23
1.7. Differentialdiagnose	24

1.8. Das Asperger-Syndrom bei spät diagnostizierten Erwachsenen	24
1.9. Zielsetzung.....	26
2. Methodik	27
2.1. Patientengut	27
2.2. Auswertung der Krankenakten.....	28
2.3. Untersuchungsinstrumentarien.....	30
2.3.1. Fragebogen zur Person und ihrem Umfeld, sowie zu bisherigen Erkrankungen und Vorbehandlungen	30
2.3.2. Aufzeichnungen des Arztes, die während des Gespräches erhoben wurden ...	32
2.3.3. Die standardisierten Fragebögen.....	33
2.3.4. Der Arztbrief	33
2.4. Datenaufarbeitung.....	34
2.4.1. Datenaufarbeitung des Fragebogens	34
2.4.2. Datenaufarbeitung des Arztgesprächs.....	36
2.5. Datenanalyse	44
3. Ergebnisse	45
3.1. Allgemeines	45
3.1.1. Geschlechterverhältnis	45
3.1.2. Alter	45
3.1.3. Diagnosen.....	45
3.2. „Tabellenscreening“ – Häufigkeit typischer Symptome des Asperger-Syndroms	46
3.2.1. Symptomatik beim Asperger-Syndrom	47
3.2.2. Testergebnisse	50

3.3. Das psychosoziale Funktionsniveau beim Asperger-Syndrom im Vergleich mit den anderen autistischen Subgruppen.....	51
3.3.1. Wohnsituation	51
3.3.2. Sozialverhalten.....	53
3.3.3. Bindungsverhalten	56
3.3.4. Nonverbale Kommunikation.....	58
3.3.5. Karriere	59
3.3.6. Familie	62
3.3.7. Behandlung	64
3.3.8. Komorbidität	66
3.3.9. Entwicklung	70
3.3.10. Vordiagnosen	76
4. Diskussion.....	78
4.1. Erläuterung der Ergebnisse und Vergleich mit Ergebnissen anderer Studien	78
4.1.1. Allgemeines	78
4.1.2. Psychosoziales Funktionsniveau spät diagnostizierter erwachsener Asperger-Patienten.....	78
4.2. Erörterung aufkommender Fragen	84
4.3. Bewertung der Arbeit.....	90
4.3.1. Im Hinblick auf die Zielsetzung.....	90
4.3.2. Schwächen im Studiendesign.....	91
4.4. Bedeutung der erzielten Ergebnisse und Ausblick.....	93
Literaturverzeichnis.....	95

Anhang 1.....	101
Ergebnisse Allgemeines.....	101
Ergebnisse Asperger-Screening	101
Ergebnisse aller Subgruppen, in Bezug auf das Funktionsniveau.....	114
Ergebnisse Wohnsituation.....	114
Ergebnisse Sozialverhalten	115
Ergebnisse Bindungsverhalten	116
Ergebnisse nonverbale Kommunikation	117
Ergebnisse Karriere.....	118
Ergebnisse Familie.....	119
Ergebnisse Behandlung.....	120
Ergebnisse Komorbidität.....	122
Ergebnisse Entwicklung.....	124
Ergebnisse Vordiagnosen.....	127
 Anhang 2: Fragebogen zur Person und Ihrem Umfeld, sowie zu bisherigen Erkrankungen und Vorbehandlungen.....	 129

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: <i>Diagnosen der Inanspruchnahmepopulation</i>	27
Tabelle 2: <i>Alter der Inanspruchnahmepopulation</i>	28
Tabelle 3: <i>Mittel zur Datenerhebung</i>	29
Tabelle 4: <i>Stichpunkte aus dem Fragebogen zur Person und ihrem Umfeld, sowie zu bisherigen Erkrankungen und Vorbehandlungen</i>	34
Tabelle 5: <i>Stichpunkte aus den Aufzeichnungen des Arztgespräches</i>	36
Tabelle 6: <i>Diagnosen, nach Geschlechtern dargestellt</i>	46
Tabelle 7: <i>Altersdurchschnitte der Asperger-Patienten verglichen mit der gesamten Inanspruchnahmepopulation</i>	46
Tabelle 8: <i>Wohnsituation</i>	52
Tabelle 9: <i>Anzahl der Konfliktbereiche der autistischen Subgruppen</i>	55
Tabelle 10: <i>Mimikerkennung beim Asperger-Syndrom</i>	58
Tabelle 11: <i>Berufsstatus beim Asperger-Syndrom, Männer und Frauen getrennt dargestellt</i>	60
Tabelle 12: <i>Häufigkeiten von Komorbiditäten beim Asperger-Syndrom</i>	68
Tabelle 13: <i>Vordiagnosen beim Asperger-Syndrom, getrennt dargestellt nach Männer und Frauen</i>	76
Tabelle 14: <i>Häufigkeiten von Vordiagnosen beim Asperger-Syndrom</i>	77

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gillberg & Gillberg-Kriterien	14
Abbildung 2: Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	15
Abbildung 3: ICD-10 Kriterien für das Asperger-Syndrom	16
Abbildung 4: Wohnsituation beim Asperger-Syndrom	52
Abbildung 5: Anzahl der Konfliktbereiche beim Asperger-Syndrom, getrennt dargestellt nach Männern und Frauen	53
Abbildung 6: Soziale Konfliktbereiche beim Asperger-Syndrom	54
Abbildung 7: Ergebnisse der Kategorie Bindungsverhalten beim Asperger-Syndrom	57
Abbildung 8: Gesichter- und Mimikerkennung bei den autistischen Subgruppen im Vergleich	59
Abbildung 9: Berufsstatus der autistischen Subgruppen im Vergleich	61
Abbildung 10: Schulabschluss und Ausbildungsabschluss beim Asperger-Syndrom.....	62
Abbildung 11: Autismus in der Verwandtschaft beim Asperger-Syndrom, getrennt dargestellt nach Männern und Frauen.....	63
Abbildung 12: Therapeutische Maßnahmen beim Asperger-Syndrom.....	66
Abbildung 13: Anzahl an Komorbiditäten beim Asperger-Syndrom, getrennt dargestellt nach Männern und Frauen	67
Abbildung 14: Subjektive Erkrankung im Vergleich der Subgruppen.....	70
Abbildung 15: Lernstörung bei den Subgruppen „Autistische Züge“, „Asperger-Syndrom“ und „Autismus im Rahmen eines Syndroms“	73
Abbildung 16: Entwicklung beim Asperger-Syndrom, getrennt dargestellt nach Männern und Frauen	74
Abbildung 17: Hirnorganische Auffälligkeiten beim Asperger-Syndrom	75

Zusammenfassung

Hintergrund:

Das Asperger-Syndrom ist eine Störung aus dem Autistischen Spektrum, die Namensgebung geht auf den Wiener Kinderarzt Hans Asperger (1906-1980) zurück, der 1944 erstmals das Störungsbild beschrieb. Das Syndrom ist charakterisiert durch Probleme mit sozialer Interaktion und nonverbaler Kommunikation, zahlreiche Routinen oder Rituale im Lebensalltag und eingeschränkte Interessen.

Wie allgemein im autistischen Spektrum ist das männliche Geschlecht unter den Betroffenen häufiger vertreten, beim Asperger-Syndrom mit etwa 8:1. Die Diagnose wird heute im Regelfall in der Kindheit, mit ca. 11 Jahren gestellt. Allerdings scheint es zahlreiche nicht diagnostizierte Erwachsene zu geben, die aufwuchsen, als das Störungsbild noch weniger bekannt war.

Die Prävalenz wird in neuen Studien mit bis zu 1-3% der Bevölkerung angegeben. Die Ätiologie des Syndroms ist bislang nicht vollständig geklärt, allerdings scheinen genetische Faktoren eine wichtige Rolle zu spielen.

Fragestellung:

Ziel der Arbeit ist es zum Einen die Lebensumstände einer möglichst großen Anzahl erwachsener, spät diagnostizierter Asperger-Patienten abzubilden, hinsichtlich ihrer Integrationsfähigkeit im schulischen und beruflichen Alltag, ihrer familiären Verhältnisse, ihrer Wohnverhältnisse, ihrer Freundschaften und Partnerschaften, sowie ihrer Freizeitgestaltung. Zum Anderen geht es darum die Symptomatik spät diagnostizierter Erwachsener Asperger-Patienten zu erfassen, deren Ausprägung und Verlauf und das Auftreten von Komorbiditäten. Darüber hinaus sollen die Ergebnisse bezüglich des Asperger-Syndroms mit anderen Syndromen des autistischen Spektrums verglichen werden.

Methodik:

Retrospektiv wurden die Akten von 285 Patienten einer Inanspruchnahmepopulation der Spezialsprechstunde für Autismus-Spektrums-Störungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Freiburg ausgewertet und eine rein deskriptive Statistik durchgeführt. Darunter waren 194 Männer und Frauen, die die Diagnose Asperger-Syndrom erhielten. 30

Patienten wurden ausgeschlossen, da sie keine Diagnose aus dem autistischen Spektrum bekamen. Alle übrigen Patienten erhielten andere Diagnosen des autistischen Spektrums.

Ergebnisse:

Die Mehrzahl der Asperger-Patienten beendet die Schule mit dem Abitur, ebenfalls die Mehrzahl beendet eine Berufsausbildung im Sinne einer Lehre oder sogar mit Hochschulstudium. Trotzdem geht nur etwa ein Viertel der untersuchten Personen später einer regelmäßigen und dem Ausbildungsniveau entsprechenden Arbeitstätigkeit nach. Mehr als die Hälfte der Patienten war zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht arbeitstätig.

Mehr als ein Drittel der Asperger-Patienten gab an noch nie eine echte Freundschaft erlebt zu haben. Knapp ein Viertel gab an aktuell in einer stabilen Partnerschaft zu sein, mehr als ein Drittel hatte noch nie eine partnerschaftliche Beziehung geführt. Die Frage nach eigenen Kindern bejahte etwa ein Fünftel der Befragten.

Nur ein Drittel gab keine psychiatrischen Komorbiditäten an, der Rest gab eine bis drei Komorbiditäten an. Mit Abstand die häufigste Komorbidität ist die unipolare Depression, darunter leidet mehr als die Hälfte der Patienten, gefolgt von der einfachen Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung, die bei etwa einem Achtel der Patienten vorliegt. Weitere häufig aufgetretene Komorbiditäten sind Zwangserkrankungen, Ängste/ Phobien und Suchterkrankungen.

Insgesamt scheinen betroffene Männer ein etwas schlechteres Outcome im Sinne von seltenerer Berufstätigkeit, weniger Freundschaften und Partnerschaften und häufigeren psychiatrischen Komorbiditäten.

Schlussfolgerung:

Trotz guten Bildungserfolgen bei Erwachsenen mit Autismus-Spektrum-Störungen zeigt die Studie niedrige Beschäftigungsraten und hohe Raten für Komorbidität, insbesondere der unipolaren Depression. Diese Diskrepanz macht deutlich, dass ein hoher störungsspezifischer Unterstützungsbedarf im Erwachsenenalter besteht, um eine Integration von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen in den Arbeitsmarkt zu gewährleisten. Bislang bestehen in Deutschland nur wenige Angebote dieser Art.

1. Einleitung

1.1. Begriff des Asperger-Syndroms

Der Begriff des Asperger-Syndroms geht auf einen Wiener Kinderarzt, Hans Asperger (1906-1980), zurück, der 1944 erstmalig ein Störungsbild beschrieb, dem er den Namen „Autistische Psychopathie“ gab (Asperger, Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter, 1944).

Diese Bezeichnung verwendete er in Anlehnung an den von Eugen Bleuler 1911 eingeführten Begriff des „Autismus“, der dem extremen Egozentrismus, sowie der Isolation und Beziehungslosigkeit seiner Patienten zu ihren Mitmenschen gerecht werden sollte. Allerdings beschrieb Bleuler damit Patienten in der Schizophrenie, deren Kontaktverlust zur Umwelt progressiv war.

Die Arbeit von Asperger hingegen beschrieb vier Kinder im Alter von 6-11 Jahren, die ein einheitliches Muster an Verhaltensweisen aufzeigten. Allen gemeinsam waren charakteristische Schwierigkeiten in der sozialen Integration, mangelndes Einfühlungsvermögen, intensive Beschäftigung mit sehr speziellen Interessengebieten, sowie motorische Auffälligkeiten, trotz altersentsprechender kognitiver und verbaler Fähigkeiten.

Fast gleichzeitig, 1943, beschrieb Leo Kanner ein Störungsbild, das er später „Frühkindlichen Autismus“ nannte (Kanner, Autistic disturbances of affective contact, 1943). Erstaunlicherweise benutzte er damit denselben Begriff des „Autismus“ für ein ganz ähnliches Störungsbild wie das, das Hans Asperger beschrieb. Er untersuchte hierfür elf Kinder bei denen er eine „autistische Störung des affektiven Kontaktes“ fand. Im Vordergrund seiner Arbeit stand die massive Beziehungsunfähigkeit und Kontaktarmut seiner kleinen Patienten. Allerdings schienen diese Kinder im Gegensatz zu denjenigen, die Asperger untersuchte schwerer betroffen zu sein (drei davon waren stumm) und einige von ihnen waren außerdem geistig retardiert.

Asperger kannte zunächst die Arbeit von Kanner nicht. 1950 zeigte er sich jedoch beeindruckt von den Ähnlichkeiten der beiden Werke. Während Kanners Arbeit schnell an Einfluss gewann und man unter „Autismus“ bald allgemein die von Kanner beschriebene Entität verstand, wurde Aspergers in deutscher Sprache publiziertes Krankheitsbild international bis in die 1970er Jahre kaum wahrgenommen.

1979 führten Lorna Wing und Judith Gould den Begriff des „autistischen Spektrums“ ein (Wing & Gould, Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification, 1979). Sie beschrieben eine Gruppe von Kindern, die nicht dem typischen frühkindlichen Autismus zugerechnet werden konnten, die aber im Sozialverhalten so auffällig waren, dass eine psychiatrische Diagnose gerechtfertigt erschien. Wenig später, 1981 veröffentlichte Lorna Wing eine Studie an 34 Kindern (Wing, Asperger syndrome: a clinical account, 1981), denen sie die Diagnose „Asperger-Syndrom“ gab, in Anlehnung an die von Asperger beschriebene Entität. Mit dieser Namensgebung wollte sie einer Fehlinterpretation des Störungsbildes im englischen Sprachraum vorbeugen, in dem der Begriff „Psychopathie“ mit „Soziopathie“ gleichgesetzt wurde. In den folgenden Jahren nahm das Interesse der Fachwelt an der Störung sprunghaft zu.

1.2. Literaturübersicht

Das Asperger-Syndrom ist heute eine der meist diskutierten psychiatrischen Diagnosen. Aufgrund der überwältigenden Menge an aktueller Literatur soll im Folgenden nur auf einige wichtige Veröffentlichungen zum Thema eingegangen werden.

1971, einige Jahre nach den Veröffentlichungen von Asperger und Kanner, verglich D. Arn van Krevelen das Aspergersche Störungsbild der „Autistischen Psychopathie“ mit dem Kannerschen Störungsbild des „Frühkindlichen Autismus“ und arbeitete Gemeinsamkeiten und Unterschiede heraus, um den bestehenden Irrtum zu beseitigen, es handele sich um dasselbe Störungsbild (Van Krevelen, 1971). Jedoch gelang es ihm nicht, damit die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit auf Aspergers deutsche Publikation zu lenken. Erst mit der bereits erwähnten Studie von Lorna Wing im Jahr 1981 wuchs das Interesse am „Asperger-Syndrom“.

1977 veröffentlichten Susan Folstein und Micheal Rutter eine Studie an 21 Zwillingspaaren (Folstein & Rutter, 1977), von denen jeweils mindestens ein Kind unter Autismus litt, und stellten darin eine genetische Komponente in der Ätiologie des Autismus fest, verwiesen aber auch darauf, dass noch weitere Faktoren für die Krankheitsentstehung wichtig sein könnten, wie zum Beispiel perinatale Komplikationen und Hirnschäden.

Rutter verglich 1978 die Ergebnisse verschiedener Veröffentlichungen zum Thema Autismus mit dem Ziel, eine Definition für den Frühkindlichen Autismus zu erarbeiten, die dem

Syndrom Validität gäbe und „Autismus“ als eigenständiges Krankheitsbild gegenüber anderen Krankheitsbildern, insbesondere der Schizophrenie abgrenzte (Rutter, 1978). Es gelang ihm in seiner Arbeit, Autismus als eigenständige nosologische Entität herauszuarbeiten.

Heute sieht man sowohl den Frühkindlichen Autismus, als auch das Asperger-Syndrom eher auf einer Art Kontinuum innerhalb des Autistischen Spektrums. Die dazugehörigen Krankheitsbilder unterscheiden sich eher durch quantitative als durch qualitative Unterschiede (Lord, et al., 2000).

Mehr zu der Entwicklung der Definition sowohl des Autismus, als auch des Asperger-Syndroms in Kapitel 1.4.

Während es sich bei den bisher erwähnten Studien um Untersuchungen an Kindern handelt, sind für die aktuelle Arbeit vor allem Studien zum Asperger-Syndrom im Erwachsenenalter von Interesse, wie sie in Kapitel 1.8. näher erläutert werden.

1.3. Epidemiologie

Prävalenz

In letzter Zeit haben nicht nur die Anzahl der epidemiologischen Studien zum Asperger-Syndrom zugenommen, sondern auch die darin angegebenen Prävalenzzahlen.

Laut Eric Fombonne könnte ein Grund dafür sein, dass sich die Definitionen des „Autismus“ und des „Asperger-Syndroms“ immer wieder verändert haben und das autistische Spektrum in seiner Definition breiter wurde, in dem Sinne, dass heute auch weit weniger beeinträchtigte Personen zum autistischen Spektrum hinzugezählt werden als früher. Als weitere Gründe gibt er an, dass die Bemühungen, betroffene Patienten zu identifizieren, zugenommen haben und die Verfügbarkeit von entsprechenden Anlaufstellen (Fombonne, The prevalence of autism, 2003) und die Aufmerksamkeit sowohl der Fachwelt, als auch der Allgemeinbevölkerung anstiegen (Fombonne, Epidemiology of Pervasive Developmental Disorders, 2009), (Wing, Autistic spectrum disorders. No evidence for or against an increase in prevalence 312, 1996). Hinzu kommt, dass die Diagnose heute in den meisten Fällen schon sehr viel früher gestellt werden kann (Chakrabarti & Fombonne, 2001).

Die erste Prävalenzstudie stammt von Victor Lotter aus dem Jahr 1966. Er gibt eine Prävalenz für autistische Verhaltensweisen unter Kindern von 4,5 /10.000 an (Lotter, 1967).

Mark F. Blaxill verglich 2004 verschiedene Prävalenzstudien und schlussfolgerte, dass allein die Veränderung der diagnostischen Kriterien und der methodische Fortschritt in der Datenerhebung den Anstieg der Prävalenzzahlen nicht erklären. Er geht von einer tatsächlich steigenden Inzidenz aus (Blaxill, 2004). Er gibt für die USA und Großbritannien einen Anstieg von Autismus von <3/10.000 in den 1970ern auf >30/10.000 in den 1990ern an. Für das gesamte Spektrum gibt er einen Anstieg von 5-10/10.000 auf 50-80/10.000 an. Zahlen dieser Größenordnung werden auch von anderen Autoren genannt (Scott, Baron-Cohen, Bolton, & Brayne, 2002), (Fombonne, *Epidemiology of Pervasive Developmental Disorders*, 2009), (Chakrabarti & Fombonne, 2001). Aktuelle populationsbasierte Studien ergaben noch höhere Prävalenzzahlen zwischen 1 – 3% (Brugha, et al., 2011).

Für das Asperger-Syndrom selbst liegen die Angaben zwischen 6 und 8,4/10.000 (Fombonne, *Epidemiology of Pervasive Developmental Disorders*, 2009), (Chakrabarti & Fombonne, 2001). Stephan Ehlers und Christopher Gillberg führten 1993 eine Prävalenzstudie durch, der sie die Gillberg & Gillberg Diagnosekriterien (s.u.) zugrunde legen und errechnen eine Prävalenz von mindestens 36/10.000 (Ehlers & Gillberg, 1993).

Geschlechterverhältnis

Insgesamt ist im autistischen Spektrum das männliche Geschlecht wesentlich häufiger vertreten, allerdings nicht ganz so übermächtig wie beim Asperger-Syndrom und High-Functioning Autismus.

Asperger berichtete, es seien fast nur Knaben autistisch (Asperger, *Autistische Psychopathen*, 1968). Kanner war derselben Auffassung, ging aber darüber hinaus und meinte bei Mädchen würde die Krankheit außerdem erst später entdeckt (Kanner, *Follow-up study of eleven autistic children originally reported in 1943*, 1971).

Während die Angaben für das autistische Spektrum mit etwa 3:1 oder 4:1 zugunsten des männlichen Geschlechts (Remschmidt & Kamp-Becker, *Das Asperger-Syndrom - Eine Autismus-Spektrums-Störung*, 2007), (Scott, Baron-Cohen, Bolton, & Brayne, 2002), (Baumann & Remschmidt, 2005) angegeben werden, liegen die für das Asperger-Syndrom hingegen bei etwa 8:1 (Remschmidt & Kamp-Becker, *Das Asperger-Syndrom - Eine Autismus-Spektrums-Störung*, 2007), Suniti Chakrabarti spricht von einem männlichen Anteil von 84,6%, dies entspricht etwa einem Verhältnis von 6:1 (Chakrabarti & Fombonne, 2001).

Simon Baron-Cohen vermutet hinter dem verschobenen Geschlechterverhältnis eine Schwierigkeit darin, die Diagnose bei Frauen zu stellen, da diese sich vielleicht mit anderen Beschwerden präsentieren oder einfach mehr daran interessiert sind, sozial angepasst und normal zu wirken. Des Weiteren führt er die „extreme male brain theory“ an, eine Theorie, die besagt, autistische Verhaltensweisen hätten ihren Ursprung in einer Extremvariante des männlichen Gehirns (Baron-Cohen, Auyeung, Ashwin, Chakrabarti, & Knickmeyer, 2011). Deshalb seien auch männliche Interessen und Verhaltensweisen unter Mädchen und Frauen mit Asperger-Syndrom gehäuft zu finden (Jones, et al., 2011).

Ätiologie

Die Frage der Ätiologie des Asperger-Syndroms ist bislang ungeklärt. Schon Hans Asperger wies darauf hin, dass mindestens ein Elternteil ähnliche Persönlichkeitsmerkmale aufwies und vermutete genetische Faktoren als mögliche Ursache, diskutierte aber auch Hirnschädigung und andere Umweltfaktoren. Die erste Studie zu diesem Thema führten Folstein und Rutter 1971 an Zwillingen durch (s. Kap. 1.2) und bestätigten den Verdacht auf eine genetische Komponente. Ähnliche Persönlichkeitsmerkmale bei den Eltern oder nahen Verwandten fanden auch Baron-Cohen (Baron-Cohen & Hammer, Parents of children with Asperger Syndrome: What is the cognitive phenotype?, 1997), Mats Cederlund und Christopher Gillberg (Cederlund & Gillberg, One hundred males with Asperger syndrome: a clinical study of background and associated factors, 2004). Als weitere Ursachen werden unter anderem pränatale und perinatale Probleme diskutiert (Szatmari, 2003).

Alter bei Erstdiagnose

Die Diagnose „Asperger-Syndrom“ wird heute in den meisten Fällen um das 11. Lebensjahr herum gestellt (Howlin & Asgharian, The diagnosis of autism and Asperger syndrome: findings of a survey of 770 families, 1999), (Cederlund & Gillberg, One hundred males with Asperger syndrome: a clinical study of background and associated factors, 2004). Zu diesem Zeitpunkt haben die meisten betroffenen Familien schon einen langen Leidensweg hinter sich, haben sich bei verschiedenen Ärzten und Psychiatern vorgestellt und zum Teil sogar schon mehrere andere psychiatrische Diagnosen (Vordiagnosen) erhalten (Gilchrist, Green, Cox, Burton, Rutter, & Le Couteur, 2001). Viele Menschen erhalten heute noch ihre Diagnose erst im Erwachsenenalter, da die Diagnose Asperger-Syndrom vor 1980 nicht existierte und somit Patienten, die um 1970 oder früher geboren wurden nicht im Kindesalter diagnostiziert werden konnten.

1.4. Definition

Die ersten Definitionskriterien für das Asperger Syndrom wurden 1989 von Gillberg und Gillberg formuliert (Gillberg & Gillberg, 1989). Sie erfordern Beeinträchtigungen in sechs Bereichen:

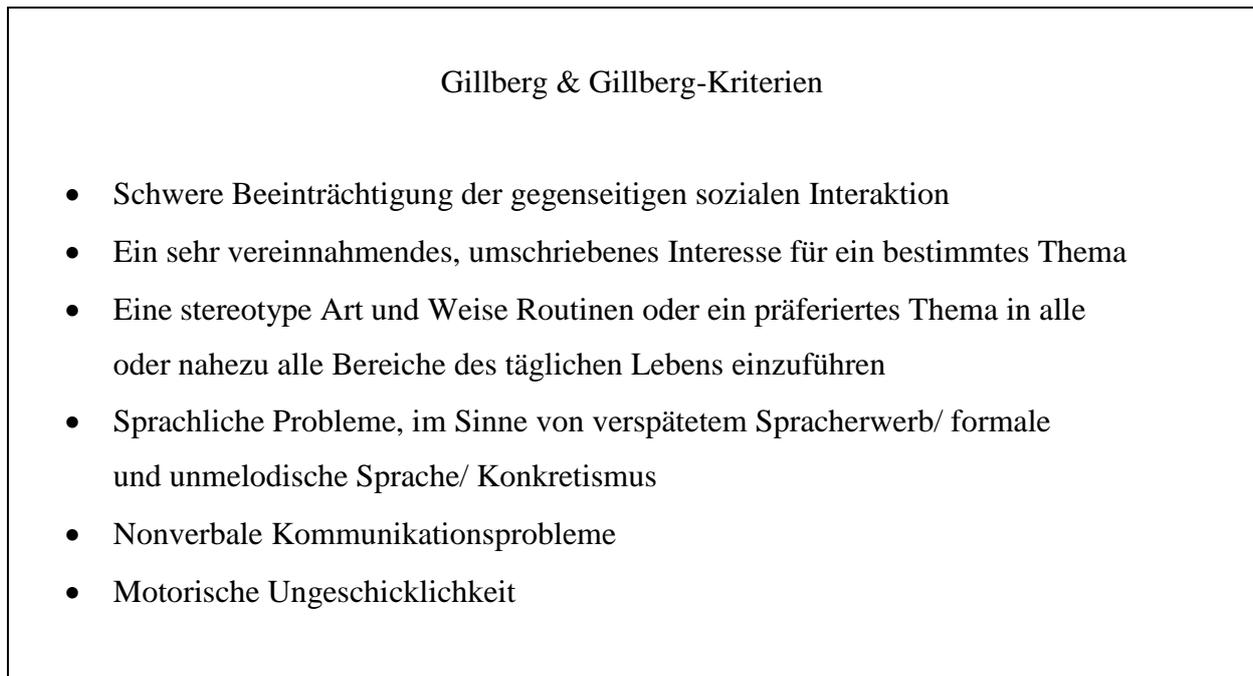


Abbildung 1: Gillberg & Gillberg-Kriterien

Im Jahr 1990 wurde das Asperger-Syndrom in die neunte Auflage der „International Classification of Diseases“ (ICD-9) der Weltgesundheitsorganisation WHO aufgenommen.

1994 fand es Eingang in die vierte Auflage des ebenfalls international anerkannten Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störung (DSM-IV) der American Psychiatric Association.

Die ICD-9 klassifizierte den Autismus zunächst nahe den Psychosen, da man davon ausging es handele sich um eine sehr früh beginnende Form der Schizophrenie. Dieser Gedanke geht auf Kanner zurück, der den Autismus nahe den Schizophrenien sah (Kanner, The conception of wholes and parts in early infantile autism, 1951). Die Studien von Rutter (Rutter, 1978) konnten aber zweifelsfrei zeigen, dass es sich beim Autismus um eine eigene Entität handelt. Diese Feststellung bildete die Grundlage zur Einführung der Kategorie „Tief greifende Entwicklungsstörungen“ in der zehnten Auflage der ICD-10.

Zu den „Tief greifenden Entwicklungsstörungen“ zählen die Autismus-Spektrums-Störungen und andere tiefgreifende Entwicklungsstörungen, wie die folgende Übersicht deutlich macht:

Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	
Autismus-Spektrums-Störungen:	
F84.0	„Frühkindlicher Autismus“
F84.1	„Atypischer Autismus“
F84.5	„Asperger-Syndrom“
F84.8	„Sonstige tief greifende Entwicklungsstörungen“
F84.9	„Tief greifende Entwicklungsstörung, nicht näher bezeichnet“
Andere tiefgreifende Entwicklungsstörungen:	
F84.2	„Rett-Syndrom“
F84.3	„Andere desintegrative Störung des Kindesalters“
F84.4	„Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien“

Abbildung 2: Tiefgreifende Entwicklungsstörungen

Die aktuelle Version der ICD-10 charakterisiert das Asperger-Syndrom anhand seiner Symptomatik. Diese soll im folgenden Kapitel erläutert werden.

ICD-10 Kriterien

F84.5 Asperger-Syndrom

Diese Störung von unsicherer nosologischer Validität ist durch dieselbe Form qualitativer Abweichungen der wechselseitigen sozialen Interaktionen, wie für den Autismus typisch, charakterisiert, zusammen mit einem eingeschränkten, stereotypen, sich wiederholenden Repertoire von Interessen und Aktivitäten. Die Störung unterscheidet sich vom Autismus in erster Linie durch fehlende allgemeine Entwicklungsverzögerung bzw. den fehlenden Entwicklungsrückstand der Sprache und der kognitiven Entwicklung. Die Störung geht häufig mit einer auffallenden Ungeschicklichkeit einher. Die Abweichungen tendieren stark dazu, bis in die Adoleszenz und das Erwachsenenalter zu persistieren. Gelegentlich treten psychotische Episoden im frühen Erwachsenenleben auf.

Abbildung 3: ICD-10 Kriterien für das Asperger-Syndrom

1.5. Symptomatik

Die nachfolgende Beschreibung des Störungsbildes basiert nicht nur auf aus Fachliteratur zum Asperger-Syndrom entnommenen Informationen, wie es durch Zitate gekennzeichnet ist, sondern darüber hinaus auch auf Selbstcharakterisierungen von Patienten mit Asperger-Syndrom, in deren Akten ich im Rahmen meiner wissenschaftlichen Tätigkeit Einblick erhalten habe.

1.5.1. Störung der sozialen Interaktion

Bei der Störung der sozialen Interaktion handelt es sich wohl um das augenfälligste Symptom von Asperger-Patienten. Sie zeigt sich dadurch, dass Betroffene oft sozial total isoliert zu sein scheinen, sie haben oft nur Kontakt zu einzelnen Personen, selten einen richtigen

Freundeskreis (Lang, 2004). Schon als Kinder fallen sie durch ihre Isoliertheit auf. Sie können mit Gleichaltrigen nur eingeschränkt in Kontakt treten, scheinen desinteressiert an anderen Personen und nehmen andere Kinder nicht als potentielle Spielgefährten wahr (Asperger, Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter, 1944). Häufig gehen sie lieber ihren eigenen Interessen nach und spielen für sich alleine. Auf diese Weise werden Situationen der frühen sozialen Entwicklung ausgespart und es kommt nicht zur Einübung sozialer Fertigkeiten (Gomolla, 2002). Bis ins Erwachsenenalter bleibt die Kontaktaufnahme schwierig, sowohl von Seiten der betroffenen Person, als auch von ihrem Umfeld. Die Personen selbst wissen oft nicht, wie sie mit ihrem Umfeld interagieren können, selbst wenn sie sich mehr Anschluss wünschen (Soderstrom, Rastam, & Gillberg, 2002). Oft bemühen sich diese Patienten auch um Kontakt; dieses Bemühen erscheint Anderen aber oft merkwürdig oder unangenehm, wenn zum Beispiel der räumliche Mindestabstand zum Gegenüber nicht eingehalten wird. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass Gefühle und Absichten Anderer von Betroffenen oft nicht wahrgenommen oder fehlgedeutet werden. Suchen andere Personen den Kontakt und geschieht dies für den Patienten unerwartet, werden diese oft eher als störende Eindringlinge in die eigene Gedankenwelt empfunden.

Darüber hinaus sind höfliche Unterhaltungen wie Small Talk vielen Asperger-Patienten überhaupt nicht möglich. Über Banales zu sprechen erscheint ihnen überflüssig. Nur ganz wenige sind in der Lage sich diese Form der Unterhaltung anzueignen. Daher wirken sie auf Andere oft unhöflich oder sogar arrogant. Im Gespräch selbst fallen sie oft ebenfalls negativ auf, weil ihnen die allgemeinen Gesprächsregeln nicht bekannt sind. Beispielsweise unterbrechen sie den Gesprächspartner oder sprechen ausführlich über ein präferiertes Thema, ohne zu bemerken, ob sich das Gegenüber vielleicht langweilt. Diese mangelnden kommunikativen Fähigkeiten führen oft zu Ablehnung, die die betroffene Person spürt, aber nicht deuten kann, und was dann möglicherweise in deren sozialen Rückzug resultiert. „Auf Außenstehende wirken Asperger-Autisten vielleicht etwas sonderbar oder aber auch ungezogen. Daher wird ihnen oft mit viel Unverständnis begegnet, sie werden gemobbt und beschimpft, als faul und unhöflich bezeichnet“ weiß Doktor Christine Preißmann, eine Ärztin und Psychotherapeutin, die selbst vom Asperger-Syndrom betroffen ist (Preißmann, 2007). Auch (ungeschriebene) Regeln des Zusammenseins werden von ihnen oft nicht eingehalten. Eine solche Regel könnte zum Beispiel sein, dass man Bekannte grüßt und verabschiedet. Was für andere mühelos und intuitiv machbar ist, müssen Menschen mit Asperger-Syndrom bewusst erlernen, dies ist für sie oft mit großen Anstrengungen verbunden.

Andere Autoren wiederum gehen davon aus, dass bei Menschen mit Asperger-Syndrom generell kein Bedürfnis nach Gesellschaft besteht (Gillberg & Gillberg, 1989). Die Weltgesundheits-ordnung (WHO) spricht von einem mangelnden Bedürfnis Freude, Interessen oder Erfolge mit anderen zu teilen.

Zur Störung der sozialen Interaktion gehört außerdem, dass es den Patienten schwerfällt während einer Unterhaltung die jeweils sprechende Person anzuschauen. Auch wenn sie selbst sprechen oder Fragen beantworten, schauen sie ihrem Gegenüber oft nicht in die Augen oder nehmen nur scheinbaren Blickkontakt auf, indem sie an den Augen des Anderen knapp vorbei schauen. Des Weiteren gelingt es vielen nicht dauerhafte Beziehungen zu führen, einen entstandenen Kontakt aufrecht zu erhalten, oder - im Falle einer Liebesbeziehung - die ständige Nähe einer anderen Person zu ertragen. Hier überwiegt oft der Wunsch, viele Stunden des Tages alleine zu verbringen.

Trotzdem ist die Beeinträchtigung der sozialen Interaktion beim Asperger-Syndrom weit geringer einzustufen, wie es beim Kanner-Autismus oder Frühkindlichen Autismus der Fall ist.

1.5.2. Routinen und Rituale

Im Störungsbild des Asperger-Autismus spielen auch feste Gewohnheiten, sogenannte Routinen oder Rituale eine große Rolle. Im Tagesablauf der Patienten finden sich unzählige Routinen, viele von ihnen wünschen sich sogar einen immer gleichen Tagesablauf. Zumindest die Rahmenstruktur eines jeden Tages sollte gleich sein. Das kann bedeuten, dass zum Beispiel immer zu denselben Uhrzeiten gegessen oder aufgestanden oder ins Bett gegangen wird. Darüber hinaus sollte aber auch die jeweilige Ausführung einer Tätigkeit jeden Tag gleich sein, zum Beispiel wird ein Gericht immer auf dieselbe Weise zubereitet, beim Duschen oder Anziehen eine strenge Abfolge eingehalten oder im Internet immer dieselben Seiten in derselben Reihenfolge aufgerufen.

Ein weiteres Beispiel ist das Einhalten des immer gleichen Weges (Kanner, The conception of wholes and parts in early infantile autism, 1951). Dabei ist es nicht wichtig, ob dieser Weg der kürzeste oder praktischste ist, sondern es ist einfach der Weg, der ursprünglich einmal gewählt und dann nicht wieder verändert wurde. Der Wunsch nach Gleichhaltung kann sogar so weit gehen, dass es für die betroffene Person ein echtes Problem darstellen kann, wenn die entsprechende Straße einmal beispielsweise durch eine Baustelle gesperrt sein sollte. Asperger-Patienten profitieren ungemein von diesen Routinen, weil sie Halt geben und

Sicherheit versprechen. Wenn sie sie einmal nicht einhalten können oder bei der Ausführung gestört werden, können sie nervös und unruhig oder sogar aggressiv werden (Kanner, The conception of wholes and parts in early infantile autism, 1951).

Patricia Howlin schreibt dazu, dass die Ausprägung des ritualisierten Verhaltens vom Vorhandensein sozialer, kommunikativer und kognitiver Fähigkeiten abhängt und umso ausgeprägter ist, je weniger soziale, kommunikative und kognitive Fähigkeiten vorhanden sind (Howlin, Goode, Hutton, & Rutter, 2004). Auch in ihrer Freizeit beschäftigen sich Menschen mit Asperger-Syndrom gern und ausdauernd mit den immer gleichen Themen oder Gegenständen. Hans Asperger selbst spricht sogar von „einer Einengung der Aktivität im Sinn von Stereotypie, z.B. fetischistischen Bindung an ein bestimmtes Spielzeug, die Bindung an eine Umweltsituation“ (Asperger, Zur Differentialdiagnose des kindlichen Autismus, 1968). Helmut Remschmidt hält dieses eingeschränkte, stereotype, sich wiederholende Repertoire von Interessen und Aktivitäten für eines der drei Hauptcharakteristika des Asperger-Syndroms (Remschmidt & Kamp-Becker, Das Asperger-Syndrom - Eine Autismus-Spektrums-Störung, 2007). In diesem Zusammenhang scheinen auch motorische und verbale Stereotypen erwähnenswert, wie zum Beispiel Händeflattern bei Aufregung, Schaukeln mit dem Oberkörper, Echolalie und das Wiederholen bestimmter Worte oder Satzteile.

Ein weiterer Punkt ist die Abneigung gegenüber Veränderungen. Viele Betroffene planen den Tag detailliert vom Aufstehen bis zum Zubettgehen. Termine, die über den gewohnten Tagesablauf hinausgehen, müssen lange im Voraus geplant werden. An einer einmal festgelegten „Ordnung“ darf nichts verändert werden, wie zum Beispiel die Möbel umgestellt werden oder ein Arrangement auf einer Kommode oder die Reihenfolge von Büchern im Regal, auch wenn es für Außenstehende vielleicht unordentlich aussieht. Kleine Veränderungen, wie zum Beispiel eine Freistunde in der Schule, ein kurzfristig abgesagter Termin oder unangemeldeter Besuch stellen für diese Patienten eine echte Herausforderung dar; sie sind dann irritiert, können nicht spontan auf die neue Situation reagieren und wollen am geplanten Ablauf festhalten. Solche Ereignisse sind für Betroffene sehr erschöpfend und kosten sie sehr viel mehr Energie als andere Menschen.

Große Veränderungen wie Reisen oder Umzüge können bei Asperger-Betroffenen eine regelrechte Krise auslösen, da sich hierbei nicht nur der Tagesablauf ändern kann, sondern auch das gesamte Umfeld; die Wohnung, die Einrichtung, der Weg zur Arbeit usw.

Eine treffende Beschreibung dieses Symptombereichs stammt von Kanner, der den Begriff „insistence on sameness“ verwendet, also das „Bestehen auf Gleicherhaltung“ (Kanner, Autistic disturbances of affective contact, 1943).

1.5.3. Theory of Mind

Menschen mit Asperger-Syndrom fehlt nach Ansicht mancher Autoren in einem bestimmten Maße die Fähigkeit sich vorstellen zu können, dass andere Menschen eigene Vorstellungen, Gedanken und Gefühle haben und ebenso die Fähigkeit, diese auch nachempfinden zu können (Roy, Dillo, Emrich, & Ohlmeier, 2009). Dieses Phänomen wird in der Neurowissenschaft als „Theory of Mind“ bezeichnet. Deshalb spricht man von einem Defizit der Theory of Mind bei Asperger-Patienten. Dazu zählt auch, dass Betroffene oft bei Mitmenschen Wissen voraussetzen, welches diese nicht haben können, weil sie in einer bestimmten Situation gar nicht anwesend waren oder weil der Betroffene seine Gedanken nicht laut ausgesprochen hat, diese aber trotzdem als bekannt voraussetzt (Baron-Cohen, Leslie, & Frith, Does the autistic child have a "theory of mind"?, 1985). Im Kindesalter fällt oft die Unfähigkeit zum Rollenspiel oder zum So-tun-als-ob-Spiel auf (Noterdaeme, Früherkennung autistischer Störungen, 2002). Es sei denn, das betroffene Kind kann die Rollenverteilung und den Inhalt des Spiels vorgeben, aber auch dann wird man feststellen, dass es sich immer um dasselbe Spiel handelt mit nahezu dem gleichen Wortlaut.

Vielen Betroffenen gelingt es mit der Zeit sich starre Regeln anzueignen, die ihnen den sozialen Umgang erleichtern, berichten aber selbst, dass es ihnen auch im Erwachsenenalter noch schwer fällt den aktuellen Gemütszustand ihres Gegenübers - und vor allem seine Intentionen - korrekt einzuschätzen.

1.5.4. Störung der nonverbalen Kommunikation

Zum Bereich der nonverbalen Kommunikation gehören sowohl der fehlende Blickkontakt, Schwierigkeiten mit Mimik und Gestik als auch die Schwierigkeiten bei der Stimmmodulation.

Menschen mit Asperger-Syndrom ist Blickkontakt oft unangenehm, viele berichten, sie könnten sich dabei nicht mehr auf den Inhalt des Gesprochenen konzentrieren. Andere weichen dem Blickkontakt aber auch komplett aus, da er ihnen keinen zusätzlichen Informationsgewinn bietet. Viele Betroffene erfahren erst im Erwachsenenalter, dass darüber auch Botschaften vermittelt werden können und dass andere Menschen Informationen daraus ableiten, zum Beispiel Gefühle darin lesen. Im Kindesalter werden viele der Patienten zum Blickkontakt aufgefordert und üben diesen dann aktiv ein (Asperger, Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter, 1944).

Mimische Botschaften werden oft nicht wahrgenommen, geschweige denn verstanden. Von Asperger-Betroffenen selbst werden Mimik und Gestik oft auch gar nicht angewandt. Einige versuchen es, Mimik und Gestik anzuwenden, um nicht so steif zu wirken, diese scheinen dann oft seltsam und unpassend oder unterstreichen nicht den Inhalt des Gesagten (Asperger, Autistische Psychopathen, 1968).

Nonverbale Signale können ebenfalls über die Stimmlage oder den Tonfall vermittelt werden, aber auch diese Form der Kommunikation fällt Asperger-Patienten schwer. Sie selbst können oft auf diesem Weg nur wenig Information vermitteln, wissen oft gar nicht um diese Möglichkeit. Bei vielen Betroffenen fällt eine monotone Stimme auf, die kaum fähig ist Emotionen auszudrücken oder abhängig vom Kontext zu variieren (Asperger, Autistische Psychopathen, 1968).

1.5.5. Sprachverständnis

Das Sprachverständnis scheint bei den Patienten ebenfalls eingeschränkt zu sein. Für sie dient Sprache lediglich der Übermittlung von deskriptiver Information, und wird primär auch genauso verstanden, nämlich wortwörtlich. Indirektes Sprechen oder ein sogenannter „Wink mit dem Zaunpfahl“ ist für viele Menschen mit Asperger-Syndrom nicht verständlich.

Ironie und Witz werden oft überhaupt nicht wahrgenommen oder nicht als witzig empfunden. Asperger nannte die von ihm untersuchten autistischen Kinder sogar „humorlos“ (Asperger, Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter, 1944). Ebenso stellt bildliche Sprache ein Problem dar. Metaphern und Redewendungen müssen auswendig gelernt werden wie Vokabeln, es fehlt ein intuitives Verständnis dafür.

In diesem Zusammenhang zeigt sich aber auch eine gute Seite: Asperger-Patienten sind nämlich äußerst ehrlich, viele berichten sie hätten noch nie gelogen und könnten gar nicht lügen. Im Gegenzug bemerken sie aber auch oft nicht, wenn sie selbst angelogen werden.

1.5.6. Wahrnehmung

Häufig finden sich bei Asperger-Betroffenen Besonderheiten der Wahrnehmung im Sinne von Überempfindlichkeiten. Dies kann sich auf alle Sinneswahrnehmungen beziehen, also auf die visuelle Wahrnehmung (hier wird v.a. grelles Licht oder Neonlicht als unangenehm empfunden) und die auditive Wahrnehmung (v.a. laute Geräusche), genauso wie auf die

olfaktorische (bestimmte Gerüche werden stark aversiv erlebt) und die gustatorische Wahrnehmung. Aber auch Berührungen und dabei besonders unerwartete Berührungen werden oft nicht toleriert. Das kann sich auch an bestimmter Kleidung äußern, deren Materialien auf der Haut als unangenehm empfunden werden oder an der Konsistenz mancher Speisen im Mund. Die Überempfindlichkeit gegenüber Geräuschen, Berührung und Geschmack mancher Speisen erwähnte schon Hans Asperger in seiner ersten Beschreibung des Syndroms (Asperger, Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter, 1944).

1.5.7. Sonderinteressen

Sonderinteressen sind ein häufiges und vor allem typisches Merkmal des Asperger-Syndroms und in dieser Ausprägung beim Frühkindlichen Autismus nicht zu finden. Oft dominiert ein bestimmtes Interesse den gesamten Tagesablauf und schließt alle weiteren Aktivitäten aus (Gillberg & Gillberg, 1989). Weder in der ICD-10 noch im DSM-IV gehören die Sonderinteressen zu den Diagnosekriterien, wurden aber 1993 in die ICD-10-Forschungskriterien als „häufiges, aber nicht notwendiges Kriterium“ aufgenommen (WHO 1993). Wie schon erwähnt können Asperger-Autisten sich exzessiv mit einem bestimmten Thema beschäftigen, beliebte Interessengebiete sind hier die Naturwissenschaften, Technik oder das Programmieren am Computer.

Oft fällt schon im Kindesalter auf, mit welcher Ausdauer dem eigenen Interesse und Hobby nachgegangen wird, gerade weil für Außenstehende die Wahl des Hobbys so ungewöhnlich erscheint oder auch unpassend zum Alter oder Geschlecht der jeweiligen Person. Im Mittelpunkt stehen oft die Details, zum Beispiel nur die Räder der Spielzeugautos oder sehr seltene Tierrassen oder Lexikoneinträge. Jedes verfügbare Detail wird unter enormem Zeitaufwand verschlungen (Wing, Asperger syndrome: a clinical account, 1981), sodass die Personen zu Spezialisten ihres jeweiligen Themas/ Interessengebietes werden. Oft berichten sie darüber in epischer Breite unabhängig vom Anlass oder vom Interesse ihres Gegenübers. Patienten mit Asperger-Syndrom zeigen sich oft sehr anhänglich an bestimmte Besitzobjekte, die diesem Spezialinteresse angehören.

1.5.8. Motorik

Die motorische Ungeschicklichkeit fällt besonders im Kindesalter auf. Einige Asperger-Patienten lernen nie einen Ball zu fangen, scheinen eher unsportlich zu sein und erinnern sich an den Schulsport als „puren Horror“. Es scheint vor allem die Grobmotorik gestört zu sein, dies macht sich bei Erwachsenen zum Teil am Gang und an der Haltung bemerkbar (Gillberg & Gillberg, 1989).

1.6. Komorbidität

Komorbiditäten sind sehr häufig beim Asperger-Syndrom.

Die wohl häufigste Komorbidität im Erwachsenenalter ist die Depression (Remschmidt & Kamp-Becker, Das Asperger-Syndrom - Eine Autismus-Spektrums-Störung, 2007). Björn Hofvander findet sie bei 52% seiner erwachsenen Patienten (Hofvander, et al., 2009).

Darauf folgt die Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung ADHS, welche im Kindesalter am häufigsten ist, aber auch bei Erwachsenen sehr oft vorkommt (Remschmidt & Kamp-Becker, Das Asperger-Syndrom - Eine Autismus-Spektrums-Störung, 2007). Hofvander findet ein ADHS bei 36% seiner erwachsenen Asperger-Patienten (Hofvander, et al., 2009), Milena Pondé findet sie bei knapp der Hälfte der von ihr untersuchten autistischen Kinder (Pondé, Novaes, & Losapio, 2010). Obwohl laut ICD-10 und DSM IV die Doppeldiagnose ADHS plus Asperger-Syndrom gar nicht möglich ist, geben viele Autoren dieses Störungsbild an (Hofvander, et al., 2009), (Pondé, Novaes, & Losapio, 2010), (Banaschewski, Poustka, & Holtmann, 2011).

Zu den weiteren Komorbiditäten, die in der Literatur häufig genannt werden zählen Zwangsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Tic-Störungen, Essstörungen, Ängste und Psychosen (Cederlund, Hagberg, Billstedt, Gillberg, & Gillberg, 2008), (Hofvander, et al., 2009), (Cederlund & Gillberg, One hundred males with Asperger syndrome: a clinical study of background and associated factors, 2004), (Lehnhardt F. , Gawronski, Schilbach, Tepest, Huff, & Vogeley, 2011), (Berney, 2004).

In einer Arbeit von Cederlund und Gillberg hatte ein Drittel der untersuchten Asperger-Patienten mindestens eine zusätzliche Diagnose (Cederlund & Gillberg, One hundred males with Asperger syndrome: a clinical study of background and associated factors, 2004).

Zusätzliche Erkrankungen, wie die Depression manifestieren sich v.a. in Übergangssituationen, also zum Beispiel beim Übergang vom Kindes- ins Jugend- oder Erwachsenenalter, beim Übergang von der Schule auf die Universität, bei Ortswechseln, nach dem Tod nahestehender Personen oder Trennungen von Lebenspartnern.

Eine wichtige neurologische Komorbidität ist die Epilepsie (Noterdaeme, Autismus-Spektrums-Störungen - Ein Überblick zum aktuellen Forschungsstand, 2011), (Berney, 2004). Gelegentlich entwickeln die Patienten im Erwachsenenalter epileptische Anfälle, obwohl sie in ihrer Kindheit keine Hinweise auf eine neurologische Beeinträchtigung zeigten (Rutter, 1978), (Folstein & Rutter, 1977).

1.7. Differentialdiagnose

Häufig genannte Differentialdiagnosen sind der Frühkindliche Autismus und andere Tiefgreifende Entwicklungsstörungen, Schizophrenie und schizoide Persönlichkeitsstörung, Zwangsstörung, Tourette-Syndrom, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Depression (eher im Erwachsenenalter), soziale Phobie und nonverbale Lernstörung (Asperger, Autistische Psychopathen, 1968), (Remschmidt, Das Asperger-Syndrom: Eine zu wenig bekannte Störung?, 2000), (Fitzgerald & Corvin, 2001), (Fischer & Probst, 2006), (Lehnhardt F. , Gawronski, Schilbach, Tepest, Huff, & Vogeley, 2011), (Remschmidt & Kamp-Becker, Das Asperger-Syndrom - Eine Autismus-Spektrums-Störung, 2007), (Berney, 2004).

1.8. Das Asperger-Syndrom bei spät diagnostizierten Erwachsenen

Das Asperger-Syndrom bei spät diagnostizierten Erwachsenen ist der Mittelpunkt dieser Arbeit. Spät diagnostiziert bezeichnet in diesem Fall die Tatsache, dass unsere Patienten die Diagnose erst im Erwachsenenalter erhielten. Um verständlich zu machen, was diesen Umstand zu einem besonderen macht und was spät diagnostizierte von typisch diagnostizierten Erwachsenen Asperger-Patienten unterscheidet, sind im Folgenden einige Erläuterungen angeführt.

Zunächst kann man sich über die Gründe für die späte Diagnose Gedanken machen. Dies könnte zum einen daran liegen, dass die Diagnose noch in den 70er Jahren sehr selten vergeben wurde und auch landläufig kaum bekannt war. Zum anderen könnte es aber auch daran liegen, dass es sich bei diesem Patientenkollektiv um Individuen mit besonders guten Kompensationsmechanismen handelt. Diesbezüglich beachte man den Umstand, dass diese Patienten aufwuchsen ohne eine Erklärung für ihr Anderssein zu haben oder mit einer (Vor-) Diagnose lebten, die nie so richtig passte. Es handelt sich also um Patienten, denen von offizieller Seite keinerlei Unterstützung zu Gute kam und die sich immer wieder gegen Unverständnis und Ablehnung in ihrem Umfeld behaupten mussten. Damit standen sie möglicherweise unter einem hohen Anpassungsdruck und sahen sich gezwungen, ihre Defizite so gut es ging zu überspielen oder zu kompensieren. Dies mag dem Einen besser oder schlechter gelungen sein als einem Anderen. Eine Studie von Samantha Marriage et al. kommt zu dem Ergebnis, dass spät diagnostizierte Asperger-Patienten im Vergleich mit typisch diagnostizierten bessere Ergebnisse im Bereich Bildung und Unabhängigkeit erreichten (Marriage, Wolverton, & Marriage, 2009).

Patricia Howlin hingegen sieht in der späten Diagnosestellung eine Begünstigung der Entwicklung von emotionalen und psychiatrischen Erkrankungen, da die Probleme der Betroffenen zu spät erkannt werden und sie keine Unterstützung erfahren (Howlin, Outcome in adult life for more able individuals with autism or Asperger syndrome, 2000). Die Entwicklung von Komorbiditäten macht es auch nicht einfacher die Diagnose Asperger-Syndrom zu stellen. Schließlich könnten diese die zugrundeliegende autistische Symptomatik überdecken oder verändern und damit zu Fehldiagnosen führen.

Sicherlich ist das „Funktionsniveau“ erwachsener Asperger-Patienten zu großen Teilen dem Maß an Unterstützung geschuldet, welches diese schon im Kindesalter erfahren (Howlin, Goode, Hutton, & Rutter, 2004). Genauso wichtig scheint die Entwicklung flüssiger Sprache im frühen Kindesalter (Szatmari, Bryson, Streiner, Wilson, Archer, & Ryerse, 2000). Eine Vielzahl von Autoren gibt einen hohen IQ als günstigen prognostischen Faktor an. Sie sind sich jedoch auch einig, dass selbst unter Patienten mit hohem IQ das Outcome im Erwachsenenalter sehr variabel ist.

Auffällig ist auch die Tatsache, dass mehrere Autoren ein Geschlechterverhältnis bei spät diagnostizierten Asperger-Patienten von nur noch 2:1 zugunsten der Männer fanden (Lehnhardt F. , Gawronski, Schilbach, Tepest, Huff, & Vogeley, 2011), (Lehnhardt F. , Gawronski, Volpert, Schilbach, Tepest, & Vogeley, 2012), (Hofvander, et al., 2009).

1.9. Zielsetzung

Ziel der Arbeit ist es zum einen die Lebensumstände einer möglichst großen Anzahl erwachsener, spät diagnostizierter Asperger-Patienten abzubilden, hinsichtlich ihrer Integrationsfähigkeit im schulischen und beruflichen Alltag, ihrer familiären Verhältnisse, ihrer Wohnverhältnisse, ihrer Freundschaften und Partnerschaften und ihrer Freizeitgestaltung. Zum anderen geht es darum die Symptomatik spät diagnostizierter Erwachsener Asperger-Patienten zu erfassen, deren Ausprägung und Verlauf und das Auftreten von Komorbiditäten. Darüber hinaus sollen die Ergebnisse bezüglich des Asperger-Syndroms mit anderen Syndromen des autistischen Spektrums verglichen werden. Dies alles soll in den folgenden Kapiteln im Detail erläutert werden.

2. Methodik

2.1. Patientengut

Bei der Patientenstichprobe, die für diese Arbeit verwendet wurde, handelt es sich um eine Inanspruchnahmepopulation der Spezialsprechstunde für Autismus-Spektrums-Störungen im Erwachsenenalter in der Ambulanz der Psychiatrischen Universitätsklinik Freiburg. Ausgewertet wurden die Krankenakten von 285 Patienten und Patientinnen, die in einem Zeitraum von zwei Jahren, vom 01. Oktober 2009 bis 01. Oktober 2011 einen Diagnostiktermin in dieser Spezialsprechstunde wahrnahmen. In diesem Zeitraum wurde 255 Mal die Diagnose einer Autismus-Spektrum-Störung vergeben. Einzelheiten siehe Tabelle. 30 Patienten erhielten keine Diagnose des Autistischen Spektrums.

Tabelle 1: Diagnosen der Inanspruchnahmepopulation

Gesamtzahl der Patienten mit einer Diagnose aus dem autistischen Spektrum	255
Davon Diagnose Asperger-Syndrom	194
Davon Diagnose autistische Züge	15
Davon Diagnose Autismus im Rahmen eines übergeordneten Syndroms	20
Davon Diagnose Frühkindlicher Autismus	5
Davon Diagnose Atypischer Autismus	21
Keine Diagnose aus dem autistischen Spektrum	30

Es handelt sich hierbei allerdings um vorselektiertes Patientengut, da mehrere Psychiater an der Sichtung dieses Patientenkollektivs beteiligt waren und es im Nachhinein nicht mehr möglich war, alle diejenigen Patienten auszumachen, die zwar vorstellig geworden waren, aber keine Diagnose erhielten.

Zunächst wurden alle diese Patienten in die aktuelle Arbeit miteinbezogen, unabhängig davon, welche Diagnose sie zugewiesen bekamen oder ob sie überhaupt eine Diagnose aus dem autistischen Spektrum zugewiesen bekamen. Allerdings entschlossen wir uns zu einem

späteren Zeitpunkt, die Ergebnisse derjenigen Patienten, die keine Autismus-Diagnose zugewiesen bekommen hatten, auszuschließen (s.u.), da sich die Daten dieser Patienten nur zum geringeren Teil als zugänglich erwiesen.

Das Geschlechterverhältnis der Inanspruchnahmepopulation betrug in etwa 2:1 (186:99) zugunsten der männlichen Patienten.

Das Durchschnittsalter bei Vorstellung in der Ambulanz betrug 33,99 Jahre (bei den Männern 33,97 Jahre, bei den Frauen 34,04 Jahre). Der jüngste Patient war zu diesem Zeitpunkt 17 Jahre alt und der älteste Patient 64 Jahre alt. Die jüngste Patientin hingegen war 18 Jahre alt und die älteste 60 Jahre alt.

Tabelle 2: Alter der Inanspruchnahmepopulation

	Männer	Frauen	Gesamt
Jüngster Patient	17 Jahre	18 Jahre	17 Jahre
Ältester Patient	64 Jahre	60 Jahre	64 Jahre
Durchschnittsalter	33,97 Jahre	34,04 Jahre	33,99 Jahre

2.2. Auswertung der Krankenakten

Die Krankenakten dieser 285 Patienten und Patientinnen wurden retrospektiv ausgewertet.

Die vorliegende Arbeit wurde von der zuständigen Ethikkommission bewilligt unter der Antragsnummer: 422/11.

Diagnosestellung

Die Diagnose wurde jeweils von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie gestellt. Die dafür benötigten Fragebögen werden im Voraus zur Vorbereitung auf das Diagnosegespräch an die Patienten verschickt und zumeist bereits ausgefüllt in die Ambulanz mitgebracht. Sie dienen dazu, die im Gespräch gewonnenen Informationen zu vervollständigen, insbesondere was Vorerkrankungen, Komorbiditäten, vorausgehende Behandlungen und familiäre Belastungen angeht. Zusätzlich sollen sie auch die autistische Symptomatik objektivieren. Der Inhalt solcher Gespräche soll im folgenden Kapitel dargestellt werden.

Für die Diagnosestellung unbedingt erforderlich ist eine Fremdanamnese zur Kindheit, um die Kontinuität der Symptomatik bis ins Kleinkindalter nachweisen zu können. Dies kann in Form eines Fragebogens für Eltern oder Erziehungspersonen oder durch ein Telefongespräch mit einem Elternteil erfolgt sein.

Datenerhebung

Hier soll eine kurze Übersicht über die zur Datenerhebung verwendeten Instrumente gegeben werden:

- *Fragebogen zur Person und ihrem Umfeld, sowie zu bisherigen Erkrankungen und Vorbehandlungen*
- Aufzeichnungen des Arztes, die während des Gesprächs erhoben wurden
- Die Ergebnisse der standardisierten Fragebögen AQ (Autism Questionnaire), EQ (Empathy Questionnaire), ASAS (Australische Einschätzungsskala für das Asperger-Syndrom) und BDI (Beck Depressions Inventar)
- der Arztbrief

In seltenen Fällen von Unklarheit wurden zusätzlich ein beigelegter Lebenslauf oder Schulzeugnisse des Patienten oder etwaige in der Akte befindliche E-Mail-Korrespondenzen zwischen Arzt und Patient verwendet.

Tabelle 3: Mittel zur Datenerhebung

	Vorhanden	nicht vorhanden
Arztbrief	271	11
Fragebogen	251	27
Aufzeichnungen	272	6

Die vier Fragebögen lagen in wenigstens 103 Akten ausgefüllt vor.

An dieser Stelle ist es wichtig zu erwähnen, dass fast alle gesammelten Informationen - einschließlich derjenigen, die aus ursprünglich in ganzen Sätzen formulierten Antworten der Patienten gewonnen wurden - im Rahmen dieser Arbeit in eine zweidimensionale Form

überführt wurden (Antwortschema Ja/ Nein), um das Vorhandensein bestimmter Autismus-typischer Symptome in eindeutiger Form darstellen zu können.

2.3. Untersuchungsinstrumentarien

2.3.1. Fragebogen zur Person und ihrem Umfeld, sowie zu bisherigen Erkrankungen und Vorbehandlungen

Dies ist ein Fragebogen, den die Psychiatrische Universitätsklinik Freiburg zur Vorbereitung auf den Diagnostiktermin an die Patienten verschickt und den die Patienten bereits ausgefüllt zum Arztgespräch mitbringen. Der Fragebogen umfasst sowohl geschlossene als auch offene Fragen, auf die die Patienten unterschiedlich umfangreich antworteten. Der Fragebogen lag bei 251 von 285 Patienten zur Auswertung vor.

Ein Originalexemplar befindet sich im Anhang.

Es wurden für die aktuelle Arbeit nicht alle damit erfassten Daten benötigt, nur die relevanten Fragen sollen daher im Folgenden explizit aufgeführt werden:

- „Was haben Sie als Kind gerne gespielt? Mit wem haben Sie gespielt?“
- „Waren Sie im Kindergarten? Wenn ja, wie haben Sie Ihre Kindergartenzeit erlebt? Hatten Sie Kontakte zu den anderen Kindern? Haben Sie an Gruppenaktivitäten teilgenommen?“
- „Hatten Sie als Kind Kontakte zu Nachbarskindern? Haben Sie gemeinsam gespielt? Wenn ja, was?“
- „Hatten Sie als Kind Freunde? Wenn ja, wie war das Verhältnis zu Ihren Freunden? Gab es eine beste Freundin/ einen besten Freund? Wie oft haben Sie Ihre Freunde getroffen und was haben Sie gespielt/ unternommen?“
- „Waren Sie Mitglied in Jugendgruppen oder Vereinen? Wenn ja, in welchen? Sind Sie heute Mitglied in einem Verein? Wenn ja, in welchem?“
- „Gingen Sie gerne zu Partys, Tanzveranstaltungen, in Diskotheken oder zu anderen ähnlichen Veranstaltungen? Wenn ja, welche?“
- „Welche Schulen haben Sie besucht und welchen schulischen Abschluss mit welchem Notendurchschnitt haben Sie gemacht?“
- „Wie haben Sie Ihre Schulzeit erlebt? Hatten Sie Kontakte zu Ihren Mitschülern oder waren Sie ein Außenseiter? Wurden Sie von den anderen gehänselt?“
- „Haben Sie einen Beruf erlernt? Wenn ja, welchen Beruf und mit welchem Notendurchschnitt haben Sie abgeschlossen?“

- „Gehen Sie derzeit einer beruflichen Tätigkeit nach? Wenn ja, welcher?“
- „Wie würden Sie das Verhältnis zu Ihren Arbeitskollegen beschreiben?“
- „Hatten Sie schon einmal eine psychische Erkrankung wie z.B. Depressionen, Ängste, Essstörungen? Wenn ja, welche?“
- „Befanden Sie sich aufgrund einer psychischen Erkrankung schon einmal in einer ambulanten oder stationären Behandlung? Wenn ja, geben Sie bitte die Klinik, die Therapieform, die Dauer der Behandlung und die durch den Arzt gestellte Diagnose an.“
- „Wurden Ihnen bei dieser Behandlung Medikamente verabreicht? Wenn ja welche?“
- „Gab es entzündliche Erkrankungen des Gehirns (z.B. Meningitis, Encephalitis), oder starke Fieberkrämpfe in Ihrer Kindheit? Gibt es dadurch bleibende Beeinträchtigungen?“
- „Hatten Sie jemals ein Hirntrauma z.B. durch einen Unfall oder einen Sturz?“
- „Gab es als Ihre Mutter mit Ihnen schwanger war Probleme während der Schwangerschaft? Sind bei Ihrer Geburt Komplikationen aufgetreten? Wenn ja, welche? Gibt es dadurch bleibende Beeinträchtigungen?“
- „Ist Ihre motorische Entwicklung (z.B. Laufen lernen) und Ihre sprachliche Entwicklung normal verlaufen oder gab es Verzögerungen bzw. andere Beeinträchtigungen?“
- „Nehmen Sie zur Zeit Medikamente?“
- „Gibt es in Ihrer Familie jemanden, der ähnlich ist wie Sie (z.B. ähnliche Probleme hat, ähnlich im Umgang mit anderen Menschen ist oder anderes)?“

Wie oben bereits erwähnt wurden die Antworten auf diese Fragen wann immer möglich in eine zweidimensionale Form überführt. Hierbei wurden die Fragen zu kurzen Stichpunkten zusammengefasst, die gezielt das Vorhandensein von Symptomen des Asperger-Syndroms abfragen sollten und sich mit einem einfachen „Ja“ oder „Nein“ beantworten ließen. Die Bejahung oder Verneinung der Stichpunkte erfolgte auf der Grundlage der schriftlichen Antworttexte, die die Patienten im Fragebogen hinterlassen hatten.

In Kapitel 2.4.1. sollen die hierbei entstandenen Stichpunkte aufgeführt werden. Zusätzlich sollen unklare Begriffe eine dazugehörige Begriffsklärung erhalten, die dem Leser veranschaulicht, welche Definitionen hinter den Stichpunkten stecken und welche Kriterien zu der Entscheidung über das Vorhandensein oder das Fehlen eines Symptoms und damit zu einem „Ja“ oder einem „Nein“ geführt haben.

2.3.2. Aufzeichnungen des Arztes, die während des Gespräches erhoben wurden

Die hierbei erfassten Daten orientierten sich an den Diagnosekriterien der ICD-10 für das Asperger-Syndrom (s. Abbildung 3).

Aufzeichnungen waren in den Akten von 272 Patienten vorhanden.

Die für diese Arbeit relevanten Daten konnten beinhalten:

- Informationen zum Vorstellungsgrund, zum sozialen Umfeld des Patienten und seinen Interaktionen mit diesem, sowie seinen Problemen in sozialen Kontexten
- Quantität und Qualität bestehender Beziehungen
- Informationen über den Tagesablauf des Patienten und eventuell bestehende Routinen und Rituale
- Seine Interessen und Hobbies
- Besonderheiten seiner Wahrnehmung, sei es im auditiven, visuellen, olfaktorischen oder taktilen Bereich
- Quantität und Qualität des Blickkontakts
- Das Sprachverständnis des Patienten hinsichtlich bildhafter Sprache, Ironie, Witzen und indirekter Sprache
- Das Emotionswahrnehmungs- und -differenzierungsvermogen des Patienten in Bezug auf sich selbst, aber auch bei anderen Personen
- Besonderheiten des Gedächtnisses
- Beobachtungen des Untersuchers hinsichtlich des Blickkontakts, der Stimmung, Mimik und Gestik, Tonfall, Ablenkbarkeit, Kontextverständnis und Antwortverhalten.

Hierbei ist es wichtig zu beachten, dass jedes Gespräch unterschiedlich verläuft und dass nicht zwingend jeder der oben genannten Themenbereiche in jedem Gespräch erfragt wurde. Der Umfang und die Ausführlichkeit der Fragen und der Aufzeichnungen wurden natürlich in besonderem Maße von der Klarheit der Symptomatik beeinflusst.

Auch aus diesen Informationen wurden Stichpunkte angefertigt, die sich mit „Ja“ oder „Nein“ beantworten ließen. Diese Stichpunkte und ihre Erläuterungen sollen ebenfalls in Kapitel 2.4.1. aufgeführt werden.

Grundsätzlich wurden im Arztgespräch immer diese allgemeinen Informationen zur Person erfasst:

- Das Datum der Diagnostik
- Das Alter des Patienten
- Das Geschlecht
- Der Familienstand (Partnerschaft und Kinder)
- Die aktuelle berufliche Situation
- Der Psychopathologische Befund, darunter Mimik, Gestik, Blickkontakt, Stimmung, Zwänge
- Die aktuelle Medikation, vor allem die psychiatrische Medikation
- Eventuell laufende Therapien

2.3.3. Die standardisierten Fragebögen

AQ – “Autism-spectrum quotient” entworfen 2001 von S. Baron-Cohen und S. Wheelwright (S. Baron-Cohen, The Autism-Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger Syndrome/ High-Functioning Autism, males and females, scientists and mathematicians, 2001)

EQ – “Empathy quotient” entworfen 2004 von S. Baron-Cohen und S. Wheelwright (S. Baron-Cohen, 2004)

ASAS – “Australian Scale for Asperger’s Syndrome” entworfen 1995 von M. Garnett und A. J. Attwood

BDI – „Beck depression inventory“, entworfen von A. T. Beck 1961

2.3.4. Der Arztbrief

Der Arztbrief diente als Bestätigung und Zusammenfassung der gewonnenen Daten. Er konnte in 271 Fällen ausgewertet werden.

Auch wurde er bei Unleserlichkeit der handschriftlichen Aufzeichnungen des Arztes zur Klärung herangezogen.

Zusätzlich enthielt er Informationen darüber von welchem Arzt das entsprechende Diagnosegespräch geführt wurde.

2.4. Datenaufarbeitung

2.4.1. Datenaufarbeitung des Fragebogens

Die gewonnenen Stichpunkte aus dem *Fragebogen zur Person und ihrem Umfeld*, sowie zu *bisherigen Erkrankungen und Vorbehandlungen* sollen im Folgenden aufgeführt werden. Zu den einzelnen Stichpunkten (linke Spalte) wurden wo es nötig schien Erläuterungen (rechte Spalte) hinzugefügt:

Tabelle 4: Stichpunkte aus dem Fragebogen zur Person und ihrem Umfeld, sowie zu bisherigen Erkrankungen und Vorbehandlungen

Stichpunkte	Erläuterungen
Kontaktverhalten:	
Einzelfreunde	Im Gegensatz zu einer Clique. Einzelne Personen als „Anker“ in ein soziales Leben.
Noch nie richtige Freunde gehabt	
Niemals längerfristiges Mitglied in Jugendgruppen/ Vereinen gewesen	Hier gilt keine passive Mitgliedschaft oder nur finanzielle Unterstützung eines Vereins. Was abgefragt werden soll ist die Geselligkeit, Teamfähigkeit und der soziale Kontakt.
Keine Tanzveranstaltungen/ Partys mögen	Außer Standardtanzkurse; hierbei wird ja nach vorgegebenen Regeln und immer mit demselben Partner getanzt. Aufgrund der Menschenmenge, dem unerwarteten angesprochen werden, flirten, nonverbaler Kommunikation bei lauter Musik, tanzen und vielleicht dadurch auffallen usw...
Einzelgängertum	Wenige soziale Kontakte außerhalb der Familie, von Kindheit an. Unabhängig davon, ob ein Wunsch dazu prinzipiell besteht oder nicht.
Gehänselt als Kind	Aufgrund des Andersseins.
Als Außenseiter gelten	Bezieht sich auf die Schulzeit oder das Berufsleben. Nicht integriert sein in die Klassengemeinschaft oder die Gemeinschaft der Kollegen.
Spielverhalten:	
Als Kind kein Interesse an Gruppenaktivitäten im KiGa gehabt	Die anderen Kinder werden als störend wahrgenommen, ihre Spiele nicht verstanden. Sie wirken laut und „wild“ und unberechenbar.

Als Kind am liebsten konstruktive Spiele/ Brettspiele/ Computerspiele gemacht	Dazu zählt das ausdauernde Lego-Spielen, aber auch das Sammeln und Ordnen von Gegenständen oder exzessives (Lexika-) Lesen.
Als Kind wenig Kontakt mit anderen Kindern/ Nachbarskindern gehabt	Kinder waren vielleicht schon in der Nähe, aber es wurde eher nebeneinander gespielt als miteinander oder aber es gab überhaupt keinen Kontakt.
Bildung und Beruf:	
Hauptschulabschluss/ Realschulabschluss/ Abitur	
Hochschule/ Fachhochschule/ Berufsausbildung	
Aktuell berufstätig im gelernten Beruf/ Arbeitstätigkeit weniger anspruchsvoll	
Aktuelle berufliche Situation	
Schwieriges Verhältnis zu Kollegen	
Psychiatrische Aspekte:	
Depression, Angst, Zwänge, Tics, Somatisierung	Subjektive Einschätzung, aktuell oder in der Vergangenheit.
Ambulante psychiatrische Behandlung, Stationäre psychiatrische Behandlung	In der Vergangenheit.
Psychiatrische Medikamente aktuell, nicht-psychiatrische Medikamente aktuell, psychiatrische Medikamente in der Vorgeschichte	
Neurologie:	
Hirnorganische Vorgeschichte	Entzündliche Krankheiten, Epilepsien, starke Fieberkrämpfe...
Epileptische Anfälle	In der Vergangenheit oder aktuell.
Auffälliges EEG bekannt	Wenn ein EEG schon einmal durchgeführt wurde und Auffälligkeiten darin festgestellt wurden.
Entwicklung:	
Komplikationen in der Schwangerschaft oder bei Geburt	z.B. Nabelschnurverschlingung, Frühgeburt, Atemnotsyndrom...

Auffällige motorische Entwicklung	z.B. verspätetes Laufen lernen, aber auch eine bis ins Erwachsenenalter bestehende motorische Ungeschicklichkeit, bei der ein Patient u.a. nie lernt einen Ball zu fangen oder schnell zu laufen ohne über die eigenen Beine zu stolpern.
Auffällig sprachliche Entwicklung	z.B. verzögertes Sprechen oder andere Auffälligkeiten, wie das Verwechseln von „ich“ und „du“.
Familienanamnese:	
Ähnliches Familienmitglied	Im Hinblick auf autistische Verhaltensweisen.

2.4.2. Datenaufarbeitung des Arztgesprächs

Die gewonnenen Stichpunkte und ihre Erläuterungen aus den Aufzeichnungen des Arztgesprächs lauten:

Tabelle 5: Stichpunkte aus den Aufzeichnungen des Arztgesprächs

Stichpunkte	Erläuterungen
Routinen und Rituale:	
Wunsch nach identischer Tagesstruktur	Sich wünschen jeder Tag wäre exakt gleich. Oder zumindest der Rahmen jeden Tages wäre genau gleich. Dazu gehört auch ein ausgeprägtes Aufsteh- und Zubettgehritual und Mahlzeiten zu immer denselben Uhrzeiten. Nichts Unvorhergesehenes, wie z B unangemeldeter Besuch.
Immer gleiche Wege nehmen	Immer denselben bekannten Weg gehen, auch wenn es einen kürzeren gäbe. Oder auch immer an derselben Stelle eine Straße überqueren wollen, unabhängig von der Verkehrslage, nur um nicht von der täglichen Routine abzuweichen. V.a. im Kindesalter.
Rituale beim Anziehen	z.B. immer in derselben Reihenfolge oder immer links vor rechts (linker Socken vor rechtem Socken).
Rituale beim Waschen	z.B. immer in derselben Reihenfolge.
Rituale beim Essen	z.B. immer um dieselbe Uhrzeit oder immer alles einzeln (erst Fleisch, dann Nudeln, dann Soße).

Eingeschränkte Kleiderwahl	Immer dieselben Modelle nachkaufen oder dasselbe Modell in verschiedenen Farben besitzen oder sogar nur eine bestimmte Farbe oder ein bestimmtes Material tragen.
Verzehr von nur wenigen bestimmten Speisen	Jeden Tag dasselbe Frühstück/ Mittagessen/ Abendessen. Immer exakt dieselben Produkte einkaufen und es jeden Tag gleich zubereiten. Oder einen Essensplan haben, zu jedem Wochentag ein bestimmtes Gericht.
Adaptationsfähigkeit:	
Empfindlichkeit gegenüber Veränderungen	Unspontan sein. Auf Abweichungen vom geplanten Tagesablauf nicht reagieren können, nervös oder unruhig werden. Bei Kindern auch aggressive Reaktionen.
Unbehagen beim Verrücken von Möbeln	Kleinste Veränderungen, z.B. das Verrücken des Tisches um 1cm fallen dem Patienten nicht nur auf, sondern stören ihn. Er hat das Bedürfnis das entsprechende Möbelstück wieder in die alte Position zu rücken.
Unbehagen beim Verrücken von Dingen auf dem Schreibtisch	z.B. wenn Stifte nicht in derselben Position aufgefunden werden, wie sie auf dem Schreibtisch hinterlassen wurden.
Erschwertes Wiederfinden von gering Verschobenem	Aktives Suchen von Gegenständen, die nicht am gewohnten Platz liegen, aber nur gering verschoben wurden, z.B. wenn die Mikrowelle nicht mehr links neben dem Herd sondern rechts daneben steht. Solche Gegenstände können zum Teil nicht wiedergefunden werden.
Probleme umzuziehen oder zu verreisen	Nicht im gewohnten Umfeld sein, den gewohnten Tagesablauf nicht einhalten können usw. führt zu Stress und innerer Anspannung.
Stereotypien:	
Bedürfnis nach inneren (Silben- oder Satz-) Wiederholungen	Wenn z.B. ein bestimmtes Wort gefällt oder neu ist oder Lieblingsworte im Kopf wiederholt werden. Dies hat einen beruhigenden Effekt.
Bedürfnis zu Schaukeln	Mit dem Oberkörper vor und zurück zur Beruhigung.
Selbstgespräche laut, Selbstgespräche leise	
Innere Echolalie	Die letzten gesprochenen Silben oder Worte werden im Kopf wiederholt.

Blickkontakt:	
Blickkontakt unangenehm/ erlernt	Blickkontakt wird von alleine nicht aufgebaut, nur nach Aufforderung (oft in der Kindheit so erfolgt). Soll Blickkontakt gehalten werden kann sich der Patient schlechter auf Gesagtes konzentrieren und seinem Gegenüber schlechter folgen. Auch zum Überlegen schaut der Patient weg. Blickkontakt bringt dem Patienten keinen Informationsgewinn.
Beim Sprechen Blick auf eine andere Stelle als die Augen	Um sich im Gespräch unauffällig zu verhalten schaut der Patient scheinbar in die Augen des Gegenübers, z.B. zwischen die Augen, auf die Stirn, Mund oder Nase.
Besonderheiten der Wahrnehmung:	
Gefühl der Reizüberflutung	Zu viele Informationen „überfluten“ den Patienten. Dies können akustische, visuelle, taktile usw. Informationen sein. Man spricht auch von einer Reizfilterstörung: Der Patient kann z.B. nicht selektiv hören, er hört immer sämtliche Geräusche in seinem Umfeld. Gleichzeitig kann er auch weitere Sinneseindrücke nicht ausblenden, z.B. was er sieht oder wie sich das Material seines T-Shirts auf der Haut anfühlt.
Empfindlichkeit gegenüber Geräuschen	Bestimmte Geräusche oder laute Geräusche werden als unangenehm erlebt und stressen den Patienten.
Empfindlichkeit gegenüber Licht	V.a. grelles Licht wird als unangenehm erlebt.
Empfindlichkeit gegenüber Gerüchen	Bestimmte Gerüche werden als unangenehm erlebt und sind mit einer Stressreaktion verbunden.
Empfindlichkeit gegenüber Berührung	Am liebsten möchten die Patienten überhaupt nicht angefasst werden. Oft wird angegeben Berührung sei innerhalb der Familie ok, oder auch nach Vorankündigung.
Sehr leise Hintergrundgeräusche wahrnehmen	Standby-Geräusche, Lüftungen, das Surren von Neonröhren kann nicht ausgeblendet werden und wird immer bewusst wahrgenommen.
Diskriminationsstörung	Wenn mehrere Menschen gleichzeitig sprechen wird ein „Klangbrei“ wahrgenommen. Die Information kann nicht in getrennten sinnvollen Sätzen aufgenommen werden. Auch wenn vor einem lauten Hintergrund gesprochen wird, kann nicht selektiv einem Gespräch gefolgt werden. Die sinnvolle Information vermischt mit Geräuschen aus dem Hintergrund, z.B. Verkehrslärm, Musik oder anderen Unterhaltungen.

Bedürfnis nach Ruhe und Ordnung	Im eigenen Heim oder im eigenen Zimmer haben alle Gegenstände einen bestimmten Platz. V.a. Spielsachen. Diese (Un-) Ordnung muss eingehalten werden, niemand darf etwas verstellen oder es soll sogar niemand eintreten. Gäste werden als Fremdkörper erlebt.
Gerne alleine sein, >8h am Tag	Lieber den eigenen Interessen nachgehen ohne „störende“ Sozialkontakte.
Menschenmengen/ Trubel meiden	Menschen als „bewegliche Hindernisse“ sind unberechenbar und in der Gruppe auch laut.
Unbehagen bei Unordnung/ Chaos	Alles muss in die eigene Ordnung gebracht werden, dies muss dann für Außenstehende nicht unbedingt ordentlicher wirken. Hierbei wird z.B. nach Farben oder Größen sortiert.
Vorliebe für Details	Details werden vermehrt wahrgenommen. z.B. eine Baumkrone als Summe vieler Blätter oder ein Satz als Summe mehrerer Wörter. Vermeintlich unwichtige Details werden als interessant erlebt, der Patient kann sich lange Zeit damit beschäftigen, sich darin verlieren.
Schwierigkeiten haben Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden	z.B. beim Lernen nicht unterscheiden zu können welche Informationen wirklich relevant sind und welche überflüssig. Oder beim Arbeiten Fristen nicht einhalten können, weil man sich „verzettelt“.
Interesse für Muster/ Symmetrie	Auf der Tapete, dem Fliesenboden, in Regalfächern und überall werden Symmetrien oder Muster erkannt. Sie springen dem Patienten ins Auge.
Fehlererkennung	Fehler springen ins Auge, z.B. Rechtschreibfehler in der Zeitung oder Programmierfehler.
Zahlenliebe:	
Vorliebe für Zahlen	z.B. wird zur Beruhigung gezählt oder gerechnet.
Vorliebe für Telefonnummern	Viele Telefonnummern auswendig können, das örtliche Telefonbuch auswendig gelernt haben oder einfach die Aneinanderreihung von Zahlen als etwas Schönes empfinden.
Vorliebe für Autokennzeichen	Besonderes Interesse und Merkvermögen für Autokennzeichen.
Sonderinteressen:	Ein bestimmtes außergewöhnliches Interessengebiet wird intensiv bearbeitet und über lange Zeit beibehalten. Der Patient wird darin zum Spezialisten. Es liegt zu einer bestimmten Zeit meist nur jeweils ein solches Interesse vor.

Auffälligkeiten im sozialen Kontakt:	
Schwer voraussagen können, was ein Anderer tun wird	Andere nicht durchschauen können, Situationen nicht richtig einschätzen können, z.B. weil emotionale Reaktionen nicht eingeplant werden.
Schwer verstehen, was ein Anderer mit einer Handlung erreichen will	Absichten nicht erkennen können.
Probleme der sozialen Interaktion	Geschildertes subjektives Empfinden des Patienten oft mit dem Versuch des Vermeidens jeglicher sozialer Kontexte.
Probleme beim Small Talk	Small Talk wird ungern gemacht oder komplett vermieden. Die Themen werden als uninteressant und belanglos empfunden. Der Sinn von Small Talk erschließt sich dem Patienten nicht.
Als unhöflich/ taktlos gelten	z.B. durch sehr direktes und „rücksichtsloses“ (ehrliches) Antworten.
Ungeschriebene Regeln nicht intuitiv verstehen	z.B. Gesprächsregeln oder Benimmregeln.
In der Gruppe als Letzter mitkriegen was los ist	In Gruppen Schwierigkeiten haben dem Gespräch zu folgen, erst im Nachhinein verstehen von was gesprochen wurde. Die Gruppendynamik nicht zu erkennen, z.B. ob Feindlichkeit, Konkurrenz oder Sympathie im Gespräch vorherrschen und wer mit wem gut aus kommt und wer nicht.
Unbehagen in der Gruppe	Sich unwohl fühlen, nicht wissen wie man sich verhalten soll, nicht im Mittelpunkt stehen wollen. Nichts zu sagen wissen oder das Gefühl haben nicht schnell genug zu sein, im Gespräch hinterherzuhinken.
Planung von sozialen Interaktionen im Voraus	Detaillierte Planung z.B. von Gesprächen mit möglichen Reaktionen und Antworten des Gegenübers. Zum Teil sogar schriftlich. Manchmal auch nur stichpunktartig.
Schwierigkeiten haben beim Telefonieren	Nicht wissen wann man dran ist zu sprechen, wird ungern gemacht, nur zur Informationsübermittlung oder geschäftlich, nie nur um des Redens Willen.
Hand geben unverständlich/ unangenehm	Die Geste wird nicht verstanden. Der Patient will auch von Fremden nicht angefasst werden.
Gesichtserkennung erschwert	In einem anderen Kontext werden auch bekannte Personen nicht erkannt, z.B. der Nachbar im Supermarkt. Auch werden zum Teil Protagonisten im Film nicht wiedererkannt und deshalb die Handlung nicht verstanden.

Probleme beim Gesichter lesen	Mimische Botschaften und Gesten oder Blicke werden nicht verstanden bzw. gar nicht wahrgenommen oder Gesichtsausdrücke falsch interpretiert. Lachen und Weinen ausgenommen.
Probleme beim Körpersprache lesen	Gesten und Körpersprache werden gar nicht wahrgenommen.
Erschöpfung von der Anpassungsanstrengung	Der Patient unternimmt große Anstrengungen um in sozialen Situationen so unauffällig wie möglich zu erscheinen und um nicht anzuecken. Dabei wird kognitiv erschlossen was nicht intuitiv wahrgenommen wird, der Patient muss auf sehr viele Dinge aktiv achten.
Gerechtigkeitsempfinden >8/10	Subjektive Einschätzung des Gerechtigkeitsempfindens und -bedürfnisses.
Sprachverständnis:	
Schwierigkeiten beim Verstehen von indirektem Sprechen	
Schwierigkeiten Ironie zu bemerken oder zu verstehen/ Witze nicht witzig finden oder nicht verstehen	
Bewusstes Erlernen metaphorischer Redewendungen	Die Bedeutung von Redewendungen wird bewusst auswendig gelernt, sodass die Redewendung zukünftig als Redewendung erkannt wird und in einem zweiten Schritt auch übersetzt werden kann.
Bei Sprichwörtern Bild vor Bedeutung	Auch wenn eine Metapher schon bekannt ist und auch übersetzt werden kann erscheint trotzdem zuerst das entsprechende Bild vor dem inneren Auge des Patienten.
Erschwertes Verstehen von übertragenen Bedeutungen	Eine Patientin erzählte, sie habe „du blöde Kuh“ lange Zeit für eine Lüge gehalten.
Alles wörtlich nehmen	Konkretistisches Sprachverständnis.
Nicht bemerken wenn andere lügen	Die Patienten selbst würden nie lügen und halten das deshalb auch bei anderen nicht für möglich.
Interaktionelle Phantasie:	
Unvermögen selbst zu lügen	
Keine Als-ob-Spiele gemocht haben	Keine Rollenspiele machen können, es sei denn der Betroffene darf das Spiel bis zum Wortlaut vorgeben. Danach bleibt es dann immer bei demselben Spiel.

Lieber Zeitung oder Sachbücher als Romane lesen/ Lieber Nachrichten oder Dokus als Spielfilme sehen	Spiegelt das Unvermögen sich in die Protagonisten hineinzusetzen oder nicht vorhandenes Interesse am Innenleben Anderer.
Pläne/ Architektur mögen, darüber phantasieren	z.B. Grundrisse, Stadtpläne, Baupläne.
Phantasieaufsätze waren immer zu kurz, lieber Diktate als Aufsätze mögen, Probleme mit Gedichtinterpretation	In der Schule.
Probleme Geschichten zu erzählen	Auch für die eigenen Kinder nicht. Handlungen mit Personen können nicht ausgedacht werden.
Empathie:	
Mangelndes Einfühlungsvermögen	Oder mangelnde Bereitschaft sich in andere einzufühlen.
Schwierigkeiten bei sich selbst Emotionen zu differenzieren	
Schwierigkeiten Emotionen anderer (in deren Mimik) zu erkennen	
Schwierigkeiten Emotionen auszudrücken	In Worte zu fassen.
Besonderheiten des Gedächtnisses:	
Photographisches Gedächtnis	
DVD-Gedächtnis	Erlebtes kann detailliert wiedergegeben werden, auch nach langer Zeit. Die Erinnerung läuft wie ein Film ab. Dieser kann womöglich „zurückgespult“ werden, um z.B. auf etwas Bestimmtes zu achten.
Geruchsgedächtnis	Gerüche können besonders gut erinnert werden.
Zahlengedächtnis	z.B. für Daten.
Emotionales Elefantengedächtnis	Bei der Erinnerung an emotionale Situationen kommen alle Gefühle in derselben Intensität wie sie damals erlebt wurden hoch, egal wie viel Zeit seitdem vergangen ist.
Synästhesien	z.B. werden Musik oder Zahlen als Farben wahrgenommen.
Absolutes Gehör	
Psychiatrische Aspekte:	
Psychosenahes Erleben in der Vorgeschichte	Meint, ob beim Patienten in der Vergangenheit einmal psychotische Symptome bestanden, z.B. Verfolgungswahn.

ADS-Eindruck	Nach Einschätzung des Untersuchers.
Nonverbale Lernstörungen:	
Dyskalkulie	
Lese-Rechtschreib-Schwäche	
Körperliche Auffälligkeiten:	Um einen Autismus im Rahmen eines genetischen Syndroms auszuschließen.
Beobachtungen:	
Auffälliger Blickkontakt	Auffälligkeiten oder Abwesenheit von Blickkontakt wird schriftlich notiert.
Defokussieren bei der Unterhaltung	„Unschärf stellen“, ins Leere blicken.
Blickführung wenig schwingend, starrend	Blick ist bewusst auf die Augen/ das Gesicht des Untersuchers geheftet und schwingt nicht im Gespräch.
Schwierigkeiten haben Mimik selbst anzuwenden, Schwierigkeiten haben Gestik selbst anzuwenden	Der Patient wirkt eher steif und unbeweglich, kann Gesagtes nicht durch Mimik oder Gestik unterstreichen, in seinem Ausdruck sind keine Emotionen lesbar. Auch möglich, dass Mimik und Gestik übertrieben angewandt werden, aber nicht zum Inhalt des Gesagten passen.
Metaphorische Redewendungen mit Verzögerung/ gar nicht verstehen	Vom Untersucher abgefragte oder zufällig ins Gespräch integrierte Metaphern werden nicht verstanden.
Eigene Prosodie	Monotone Stimme, keine Modulation darin, auch nicht wenn über emotionale Inhalte gesprochen wird, oder eigenwillige Modulation, die nicht angepasst erscheint.
Tendenz zu Normantworten	Patient wirkt so, als würde er versuchen bewusst oder unbewusst sozial erwünschte Antworten zu geben, die aber nicht unbedingt der Wahrheit entsprechen.
Schwierigkeiten mit dem Kontextverständnis	Der Patient versteht nicht auf Anhieb, auf was eine Frage abzielt, vor allem nach Themenwechseln muss er rückfragen.
Nicht intuitiv wissen wann man dran ist	Nicht wissen, wann man im Gespräch dran ist zu sprechen oder zu antworten und kein Gespür für die gewünschte Antwortlänge.
Monologisieren/ Vorträge halten/ Schwierigkeiten mit dem Gesprächsrhythmus	Nicht bemerken, wenn eine Antwort zu umfangreich ausfällt oder sich der Untersucher überhaupt nicht für das Erzählte interessiert. Nicht beachten, dass in einem Gespräch abwechselnd gesprochen wird und man auf das vom Gegenüber Gesagte eingehen sollte.
Gesprächsrhythmus kognitiv gesteuert	Der Patient bemüht sich merklich die Gesprächsregeln zu beachten.

Schwierigkeiten mit nonverbalen Signalen im Gespräch	Ins Gespräch einfließende nonverbale Signale des Untersuchers werden nicht bemerkt oder nicht verstanden.
Desorientiertheit im Raum	Der Patient fällt durch Unsicherheit im Raum auf, braucht lange um sich darin zu orientieren, blickt im Raum umher.
Ablenkbarkeit	Leichte Ablenkbarkeit z.B. durch Schritte auf dem Flur, einem Telefonklingeln oder Klopfen an der Tür.
Stereotype Bewegungen	z.B. wackeln mit dem Oberkörper, wippen mit dem Fuß usw.

Die gesamte Datenmenge wurde in eine SPSS-Tabelle eingetragen und damit auch weiterverarbeitet. Hierbei wurde das binäre Ja-Nein-Antwortsystem durch Einsen und Nullen repräsentiert. Für eine Zustimmung („Ja“) wurde also eine „1“ eingetragen und für eine Verneinung („Nein“) eine „0“.

2.5. Datenanalyse

Nach der Sammlung dieser enormen Datenmenge wurde eine rein deskriptive Statistik durchgeführt und die Daten unter immer neuen Gesichtspunkten betrachtet und in tabellarischer Form zusammengestellt. Dabei wurde der größte Wert auf die Unterscheidung der jeweiligen diagnostischen Subgruppen und die Unterscheidung der Geschlechter gelegt.

3. Ergebnisse

3.1. Allgemeines

3.1.1. Geschlechterverhältnis

Die Akten von 285 Patienten konnten in unsere vorliegende Studie eingeschlossen werden. Das Patientenkollektiv schließt 186 Männer und 99 Frauen ein. Das Geschlechterverhältnis liegt also ungefähr bei 2:1.

3.1.2. Alter

Die Altersspanne aller untersuchten Patienten reicht von 17 bis 64 Jahre.

Der jüngste männliche Patient war zum Untersuchungszeitpunkt 17 Jahre und der älteste 64 Jahre alt; die jüngste weibliche Patientin war zum Untersuchungszeitpunkt 18 Jahre, die älteste 60 Jahre alt.

Das Durchschnittsalter aller Patienten lag bei 33,99 Jahren, allein für die Männer bei 33,97 und für die Frauen bei 34,04 Jahren.

3.1.3. Diagnosen

Bei 30 Patienten (10,5%) konnte gar keine Diagnose aus dem autistischen Spektrum vergeben werden. 255 Patienten konnte eine Diagnose aus dem autistischen Spektrum zugeordnet werden, davon erhielten 194 Patienten die Diagnose Asperger-Syndrom, dies entspricht 76% der autistischen Diagnosen.

Die Diagnose „Autistische Züge“ wurde 15 Mal vergeben, 5 Patienten wurde die Diagnose „Frühkindlicher Autismus“ zugewiesen und 21 Patienten die Diagnose „Atypischer Autismus“. Bei 20 Patienten wurde zwar die Diagnose „Autismus“ vergeben, aber als Teil

eines übergeordneten Syndroms gesehen. Diese Gruppe wird im Folgenden als „Autismus im Rahmen eines Syndroms“ bezeichnet.

Tabelle 6: Diagnosen, nach Geschlechtern dargestellt

Autismus-Spektrums-Störung	Geschlecht männlich	Geschlecht weiblich
Autistische Züge	9	2
Asperger-Syndrom	68	23
Autismus i. R. eines Syndroms	12	6
Frühkindlicher Autismus	3	2
Atypischer Autismus	17	4

3.2. „Tabellenscreening“ – Häufigkeit typischer Symptome des Asperger-Syndroms

In diesem Kapitel soll es um die Häufigkeiten abgefragter typischer Symptome des Asperger-Syndroms gehen. Die angegebenen Ergebnisse und Zahlen beziehen sich daher nur auf diejenigen (194) Patienten, die die Diagnose Asperger-Syndrom erhalten haben. Das sind 118 Männer und 76 Frauen.

Es ergibt sich hier ein neues Geschlechterverhältnis von ungefähr 1,5:1.

Der Altersdurchschnitt liegt jetzt bei 33,72 Jahre, für männliche Asperger-Patienten bei 32,82 Jahren und für weibliche bei 35,11 Jahren. In dieser Gruppe war der jüngste männliche Patient 17 und der älteste 57 Jahre, die jüngste Patientin 18 und die älteste 60 Jahre alt.

Übersicht über die Altersdurchschnitte:

Tabelle 7: Altersdurchschnitte der Asperger-Patienten verglichen mit der gesamten Inanspruchnahmepopulation

	Männer	Frauen	Gesamt
Asperger-Syndrom	32,82 Jahre	35,11 Jahre	33,72 Jahre
Alle Patienten der Sprechstunde	33,97 Jahre	34,04 Jahre	33,99 Jahre

3.2.1. Symptomatik beim Asperger-Syndrom

Im Folgenden sollen beispielhaft ein paar wenige Stichpunkte aus jedem Symptomenbereich ausgewählt werden, und zwar diejenigen, die die meiste Aussagekraft hinsichtlich der Symptomatik zu haben scheinen, also von Asperger-Patienten am häufigsten mit „Ja“ beantwortet wurden. Es muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass nicht alle Stichpunkte gleich häufig abgefragt und beantwortet wurden. Die angegebenen Ergebnisse (in Form von Prozentzahlen) beziehen sich also auf verschiedene Gesamtzahlen. Die vollständigen Ergebnisse finden sich in tabellarischer Form im Anhang.

Routinen und Rituale

98% bejahten eine „eingeschränkte Kleiderwahl“

95% bejahten den „Verzehr von nur wenigen bestimmten Speisen“.

81% gaben an „Rituale beim Waschen“ zu haben.

88% versuchen im Alltag „wenn möglich immer dieselben Wege“ zu gehen und

85% wünschen sich eine „identische Tagesstruktur“.

Stereotypien

93% führen „leise Selbstgespräche“, 81% führen „laute Selbstgespräche“.

67% gaben ein Bedürfnis nach inneren Silben- oder Satzwiederholungen an.

65% kennen das „Bedürfnis mit dem Oberkörper zu schaukeln“.

Adaptationsfähigkeit

96% gaben eine „Empfindlichkeit gegenüber Veränderungen“ an.

87% fühlen ein „Unbehagen beim Verrücken von Möbeln“, immerhin

86% beim „Verrücken von Dingen auf ihrem Schreibtisch“.

84% fällt es schwer umzuziehen oder zu verreisen.

Kontaktverhalten

98% halten sich selbst für „Einzelgänger“,

93% glauben auch, dass sie „als Außenseiter gelten“.

92% „meiden Menschenmengen und Trubel“.

Auffälligkeiten im sozialen Kontext

- 90% gaben an „schwer voraussagen zu können was ein anderer Mensch tun wird“,
- 94% gaben an „Schwierigkeiten zu haben zu verstehen, was jemand mit einer Handlung erreichen will“.
- 100% gaben an „Probleme bei sozialen Interaktionen zu haben“.
- 98% haben „Probleme mit Small-Talk“,
- 94% gelten als „unhöflich oder taktlos“.
- 96% können „ungeschriebene Regeln nicht intuitiv verstehen“.
- 93% „kriegen in einer Gruppe als Letzter mit was los ist“ und
- 95% fühlen ein „Unbehagen in der Gruppe“.
- 94% gaben an „erschöpft zu sein von der Anpassungsanstrengung“ und ebenfalls
- 94% beziffern ihr „Gerechtigkeitsbedürfnis auf mindestens 8 von 10“.

Spielverhalten

- 91% gaben an „wenig Kontakt mit anderen Kindern“ gehabt zu haben.
- 85% erzählten von sich „als Kind kein Interesse an Gruppenaktivitäten im Kindergarten“ gehabt zu haben.

Sonderinteressen

- 95% gaben an ein „Sonderinteresse“ für ein ausgefallenes Thema zu haben.

Blickkontakt

- 93% finden „Blickkontakt unangenehm“,
- 77% gaben an „beim Sprechen auf eine andere Stelle als die Augen zu schauen“.

Nonverbale Kommunikation

- 93% gaben „Probleme in der Mimikererkennung“ an,
- 86% haben „Probleme Körpersprache zu lesen“.

Sprachverständnis

- 97% haben „Schwierigkeiten beim Verstehen von indirektem Sprechen“.
- 95% „verstehen intuitiv keine übertragenen Bedeutungen“.
- 96% bejahten „primär alles wörtlich zu nehmen“.
- 91% gaben an „nicht zu bemerken wenn andere lügen“.

Interaktionelle Phantasie

- 100% berichteten von einer „Schwäche der interaktionellen Phantasie“.
- 94% behaupteten von sich „nicht in der Lage zu sein selbst zu lügen“.
- 91% gaben an als Kinder „keine Als-ob-Spiele gemacht“ zu haben.
- 90% hatten während der Schulzeit „Probleme bei der Gedichtinterpretation“.

Empathie

- 89% leiden unter „mangelndem Einfühlungsvermögen“.
- 94% haben „Schwierigkeiten Emotionen Anderer in deren Mimik zu erkennen“.

Besonderheiten der Wahrnehmung

- 94% kennen ein „Gefühl der Reizüberflutung“
- 91% zeigen eine „Empfindlichkeit gegenüber Geräuschen,
- 92% zeigen eine „Empfindlichkeit gegenüber Berührung“.
- 93% „nehmen sehr leise Hintergrundgeräusche wahr“,
- 90% leiden unter einer „Diskriminationsstörung“.
- 86% gaben an sich „unwohl zu fühlen bei Chaos oder Unordnung“.
- 93% haben eine „Vorliebe für Details“ und
- 95% haben „Schwierigkeiten Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden“. Ebenfalls
- 95% gaben an besonders gut in der „Fehlererkennung“ zu sein.

Besonderheiten des Gedächtnisses

- 62% haben ein sogenanntes „DVD-Gedächtnis“,
- 59% ein „Zahlengedächtnis“ und
- 57% ein sogenanntes „Emotionales Elefantengedächtnis“.

Zahlenliebe

- 88% bejahten die Fragen nach einer „Vorliebe für Zahlen“.

Beobachtungen des Untersuchers

- 95% zeigten eine „wenig schwingende, starrende Blickführung“, bei
- 93% waren „Schwierigkeiten mit nonverbalen Signalen“ zu entdecken.
- 91% zeigten eine „Desorientiertheit im Raum“ und
- 93% ließen sich im Gespräch „leicht von Außenreizen ablenken“.

3.2.2. Testergebnisse

AQ (Autism-spectrum quotient)

In 173 Akten befanden sich ausgefüllte AQ-Testbögen. Der niedrigste Wert, der von einem Patienten mit Asperger-Syndrom erzielt wurde, lag bei 13, der höchste Wert bei 49. Der Mittelwert lag bei 38,13.

Der Cut-off liegt bei 32 Punkten. In der Regel erzielen 80% der Asperger-Patienten einen Wert von 32 Punkten oder mehr. In dieser Gruppe (Asperger-Gruppe) erzielten 83,2% einen Wert von 32 Punkten oder mehr.

EQ (Empathy quotient)

Es lagen ebenfalls 173 ausgefüllte EQ-Fragebögen vor. Der niedrigste Wert, der hier von einem Asperger-Patient erzielt wurde, war 0, der höchste 53. Der Mittelwert lag bei 16,54.

Der Cut-off liegt hier bei 30 Punkten. In der Regel erzielen 80% der Asperger-Patienten höchstens diese Punktzahl. In dieser Gruppe erzielten 92,5% 30 Punkte oder weniger.

ASAS (Australian Scale for Asperger's Syndrome)

In 103 Fällen lagen ASAS-Fragebögen zur Auswertung vor. Die hier untersuchten Asperger-Patienten erzielten Werte zwischen 0 und 88. Im Mittel erzielten sie 52,95 Punkte. Einen wissenschaftlich definierten Cut-Off-Wert gibt es für den ASAS nicht.

BDI (Beck depression inventory)

158 Asperger-Patienten füllten einen BDI-Fragebogen aus. Der niedrigste erzielte Wert lag hier bei 0, der höchste bei 50. Der Mittelwert lag bei 19,59.

Ein erzielter Wert von über 18 Punkten spricht für eine manifeste Depression, Werte zwischen 11-17 Punkten für eine mildere depressive Symptomatik.

3.3. Das psychosoziale Funktionsniveau beim Asperger-Syndrom im Vergleich mit den anderen autistischen Subgruppen

In diesem Kapitel soll es darum gehen, die Gruppe der Patienten mit Asperger-Syndrom mit den anderen Subgruppen zu vergleichen, nämlich mit den Gruppen „Autistische Züge“, „Autismus im Rahmen eines Syndroms“, „Frühkindlicher Autismus“ und „Atypischer Autismus“. Die Gruppengrößen variieren stark. Daher sind die Patientenzahlen (n) in sämtlichen Schaubildern mit angegeben.

Außerdem werden die Angaben der männlichen und weiblichen Asperger-Patienten getrennt dargestellt.

3.3.1. Wohnsituation

Wohnsituation

Bei 187 Patienten mit Asperger-Syndrom fanden sich Angaben zur aktuellen Wohnsituation. Davon waren 112 Patienten männlich und 75 weiblich.

60 Patienten gaben an noch bei den Eltern zu wohnen, 61 lebten alleine und 16 gaben an in Wohngemeinschaften zu leben. Nur 48 von 187 (26%) gaben an mit Partner und/ oder Kindern zusammenzuleben. Zwei weitere Patienten lebten zum Zeitpunkt der Datenerhebung in betreuten Wohneinrichtungen.

Männer und Frauen unterschieden sich v.a. in den Punkten „bei den Eltern lebend“ und „mit Partner und/ oder Kindern lebend“, denn von den männlichen Asperger-Patienten gaben 39% an bei den Eltern zu leben, dies bejahten aber nur 21% der Asperger-Patientinnen. Hingegen gaben 18% der Männer an mit Partner und/ oder Kindern zusammen zu leben, diese Frage wiederum bejahten immerhin 37% der Frauen.

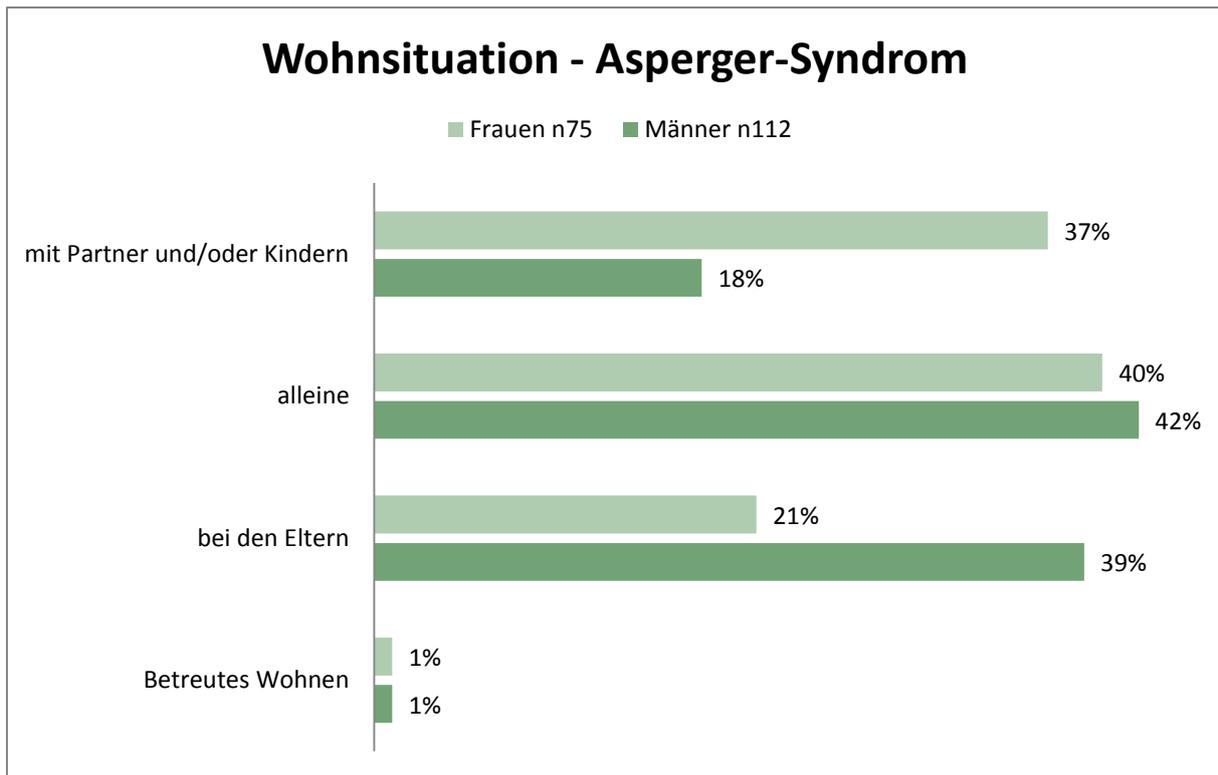


Abbildung 4: Wohnsituation beim Asperger-Syndrom

Die Wohnsituation der anderen Gruppen ist nachfolgender Tabelle zu entnehmen:

Tabelle 8: Wohnsituation

	Autistische Züge	Asperger-Syndrom	Autismus im Rahmen eines Syndroms	Frühkindlicher Autismus	Atypischer Autismus
Betreutes Wohnen		2 (1%)	3 (16%)		2 (11%)
Bei den Eltern	2 (14%)	60 (32%)	11 (58%)	3 (60%)	9 (50%)
Alleine	2 (14%)	61 (33%)	4 (21%)	2 (40%)	4 (22%)
WG	3 (21%)	16 (9%)	1 (5%)		1 (6%)
Mit Partner und/oder Kindern	7 (50%)	48 (26%)			2 (11%)
N	14	187	19	5	18

3.3.2. Sozialverhalten

Psychosoziale Konflikte

Bei 179 Patienten mit Asperger-Syndrom (106 männliche und 73 weibliche) fanden sich Antworten, die Hinweise gaben auf subjektiv empfundene Konflikte, die sich zwei sozialen Bereichen zuordnen ließen, dem Bereich „Familie, Freunde, Partner“ und dem Bereich „Arbeitsplatz“.

118 davon gaben an Konflikte in ihrem sozialen Umfeld zu haben. Dies entspricht 66% der Antworten. Konflikte in der Familie oder mit dem Partner wurden hierbei am häufigsten genannt, vor Konflikten am Arbeitsplatz.

81 (45%) gaben Konflikte in nur einem sozialen Bereich an, also entweder am Arbeitsplatz oder in der Familie/ mit dem Partner.

37 (21%) gaben Konflikte in zwei sozialen Bereichen an, also sowohl Konflikte am Arbeitsplatz als auch im familiären Bereich.

61 (34%) gaben überhaupt keine relevanten Konflikte im sozialen Bereich an.

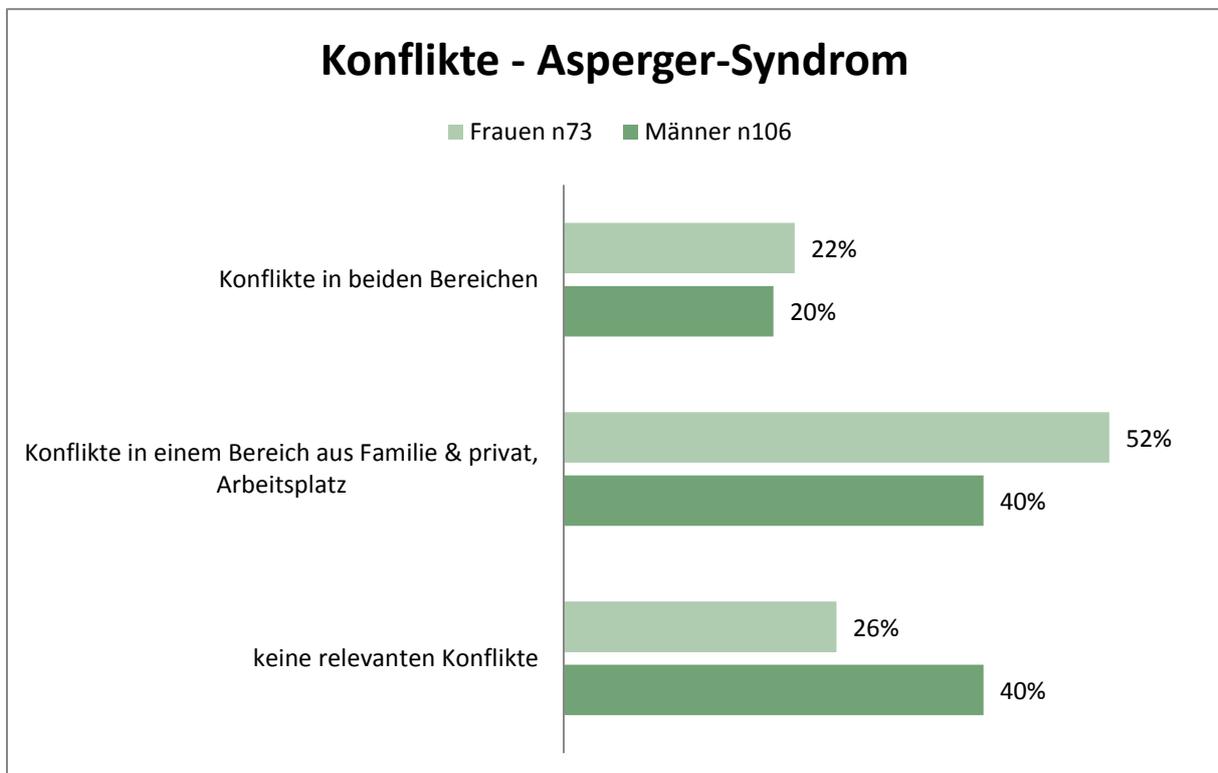


Abbildung 5: Anzahl der Konfliktbereiche beim Asperger-Syndrom, getrennt dargestellt nach Männern und Frauen

40% der Männer gaben an in keine relevanten Konflikte verwickelt zu sein, dies bestätigten nur 26% der Frauen. Ebenfalls 40% der Männer befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung subjektiv in zumindest einer konfliktreichen Situation, hingegen aber 52% der Frauen.

Bei den männlichen Patienten wurde außerdem der Arbeitsplatz häufiger als konfliktreich angegeben als die Familie oder der Partner.

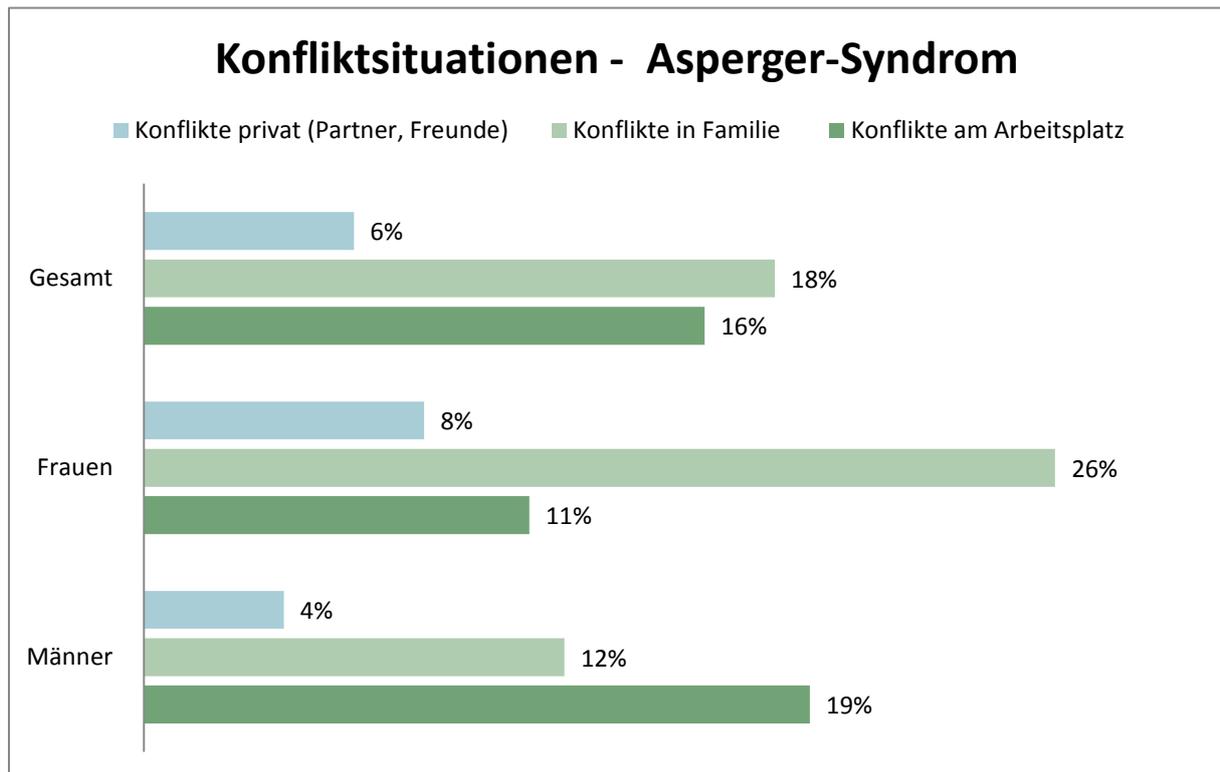


Abbildung 6: Soziale Konfliktbereiche beim Asperger-Syndrom

Mit 62% antwortete die Gruppe „Autistische Züge“ am häufigsten mit „Konflikte in einem Bereich“. Genauer zeigt Tabelle 8:

Tabelle 9: Anzahl der Konfliktbereiche der autistischen Subgruppen

	Autistische Züge	Asperger-Syndrom	Autismus im Rahmen eines Syndroms	Frühkindlicher Autismus	Atypischer Autismus
Keine relevanten Konflikte	3 (23%)	61 (34%)	6 (35%)	1 (20%)	8 (44%)
Konflikte in einem Bereich aus Familie & privat, Arbeitsplatz	8 (62%)	81 (45%)	7 (41%)	3 (60%)	5 (28%)
Konflikte in beiden Bereichen	2 (15%)	37 (21%)	4 (24%)	1 (20%)	5 (28%)
n	13	179	17	5	18

Freundschaften

Von 190 Asperger-Patienten gaben 74, also mehr als ein Drittel, an, noch nie einen Freund oder eine Freundin gehabt zu haben. 116 Patienten hatten zumindest einmal eine Freundschaft erlebt, dies entspricht 61% der Antworten.

Allerdings antworteten fast doppelt so viele Männer wie Frauen mit „noch nie Freunde gehabt“.

Ebenfalls 61% der Gruppe „Autismus im Rahmen eines Syndroms“ hatten zu diesem Zeitpunkt mindestens einmal eine Freundschaft geführt, die beiden Gruppen „Frühkindlicher Autismus“ und „Atypischer Autismus“ deutlich seltener, vor allem die frühkindlichen Autisten. Das Ergebnis der Gruppe „Autistische Züge“ lag bei 86%.

3.3.3. Bindungsverhalten

Aktuelle Partnerschaft

123 (65%) von insgesamt 190 Asperger-Patienten verneinten die Frage nach einer aktuellen Partnerschaft. 21 (11%) gaben an im Moment zwar einen Partner zu haben, die Beziehung sei aber eher instabil und 46 (24%) Patienten und Patientinnen führten eine stabile Beziehung oder waren verheiratet.

Im letztgenannten Punkt unterscheiden sich Männer und Frauen insofern, als 20% der Männer, aber 30% der Frauen verheiratet waren oder eine stabile Beziehung führten.

Im Vergleich mit den anderen Subsyndromen schneidet die „Asperger-Gruppe“ eher gut ab. In den Gruppen „Autismus im Rahmen eines Syndroms“, „Frühkindlicher Autismus“ und „Atypischer Autismus“ waren noch weniger Patienten in festen Beziehungen oder niemand aus der Gruppe. Den Patienten der Gruppe „Autistische Züge“ gelang es etwas häufiger feste Beziehungen zu führen.

Historie des Bindungsverhaltens

Die Antworten von 66 männlichen und 48 weiblichen Asperger-Patienten gingen in die Auswertung ein.

Insgesamt 39% gaben an, noch nie eine Partnerschaft geführt zu haben. 28% hatten wenige und jeweils kurze und 33% hatten in der Vergangenheit langdauernde Beziehungen geführt oder waren geschieden.

Große Unterschiede zwischen Männern und Frauen gab es in zwei Punkten: „Nie eine Partnerschaft gehabt“ bejahten 50% der Männer und 26% der Frauen, und „langdauernde Partnerschaft gehabt oder geschieden“ bejahten 23% der Männer und wiederum 45% der weiblichen Patienten.

Ganz ähnlich waren die Ergebnisse der Gruppe „Autismus im Rahmen eines Syndroms“. Von den „Atypischen Autisten“ hatten 80% nie eine Partnerschaft erlebt und von den „Frühkindlichen Autisten“ hatte niemand je eine Beziehung geführt. In der Gruppe „Autistische Züge“ gab es zwar keine langdauernden Beziehungen, jedoch hatten immerhin 67% schon eine oder mehrere kurze Beziehungen ausprobiert.

Eigene Kinder

Von 193 Antworten fielen nur 42 (22%) positiv aus. 18 männliche und 24 weibliche Asperger-Patienten stimmten zu eigene Kinder zu haben. Dies entspricht 15% der Antworten der Männer und 32% der Antworten der Frauen der Gruppe.

Aus der Gruppe „Autistische Züge“ hatten immerhin 40% eigene Kinder. Aus den Gruppen „Autismus im Rahmen eines Syndroms“ und „Atypischer Autismus“ bejahten 5% beziehungsweise 10%. Von den „Frühkindlichen Autisten“ hatte niemand eigene Kinder.

Die Ergebnisse der Kategorie Bindungsverhalten noch einmal übersichtlich dargestellt:

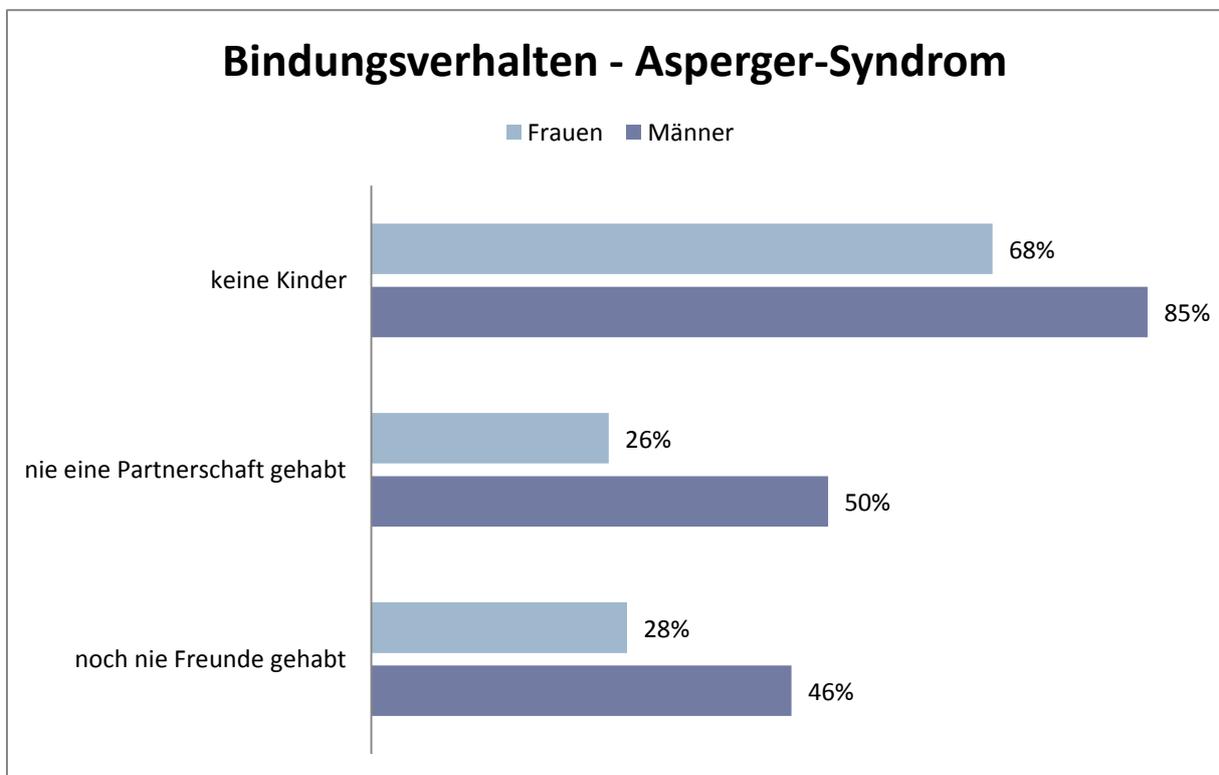


Abbildung 7: Ergebnisse der Kategorie Bindungsverhalten beim Asperger-Syndrom

Übersichtstabellen und Vergleiche unter den Subsyndromen finden sich im Anhang.

3.3.4. Nonverbale Kommunikation

Gesichtserkennung

Zu diesem Punkt gibt es Angaben in 171 Fällen. 95 Personen davon gaben an, Schwierigkeiten damit zu haben Gesichter wiederzuerkennen.

52% der Männer und 61% der Frauen gaben diese Schwierigkeiten an.

Ein ähnliches Ergebnis hatten Personen mit Frühkindlichem Autismus und Atypischem Autismus. Die Gruppe „Autistische Züge“ gab in 33% der Fälle an ein Problem mit der Gesichtswiedererkennung zu haben. Personen mit Autismus im Rahmen eines Syndroms gaben nur in 18% der Fälle an ein solches Problem zu haben.

Mimikerkennung

114 von 123 Asperger-Patienten (das sind 93%) gaben an nicht oder nur wenig in Gesichtern lesen zu können.

Männer und Frauen unterschieden sich in diesem Punkt kaum, sie gaben 92% beziehungsweise 93% an.

Alle Patienten mit Frühkindlichem Autismus gaben dieses Problem an. 83% der Patienten mit Autismus im Rahmen eines Syndroms ebenfalls. In der Gruppe „Autistische Züge“ waren es 73% und in der Gruppe „Atypischer Autismus“ 59%.

Tabelle 10: Mimikerkennung beim Asperger-Syndrom

	Kein Problem bei der Gesichtswiedererkennung	Problem bei der Gesichtswiedererkennung	Gesamt
Kein Problem Mimik zu erkennen	34	28	62
Problem Mimik zu erkennen	47	67	114
Gesamt	81	95	176

Körpersprache lesen

Zu 77 Patienten lagen Angaben bezüglich der Selbsteinschätzung der Fähigkeit, Körpersprache interpretieren zu können, vor: 66 von 77 Asperger-Patienten gaben an Gesten und Körpersprache nicht interpretieren zu können. Das sind 86%.

Männer scheinen hier etwas häufiger als Frauen Probleme zu haben, sie bejahten in 88% der Fälle, Frauen in 83%.

Die Gruppe „Autismus im Rahmen eines Syndroms“ gab ein ganz ähnliches Bild ab, die Frühkindlichen Autisten gaben alle an Probleme mit der Interpretation von Körpersprache zu haben. Atypische Autisten bejahten in 67%, Patienten mit autistischen Zügen in 50% der Fälle.

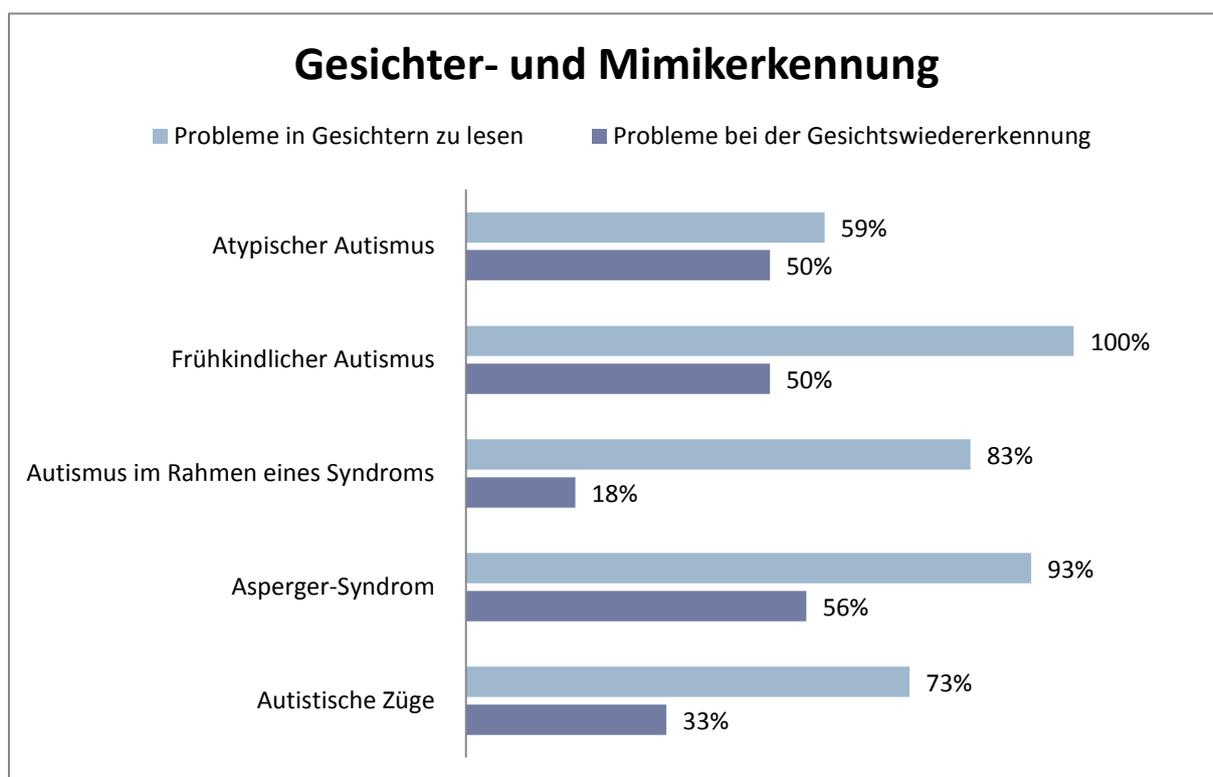


Abbildung 8: Gesichter- und Mimikerkennung bei den autistischen Subgruppen im Vergleich

3.3.5. Karriere

Berufsstatus

In 188 Fällen fanden sich Angaben zum aktuellen Berufsstatus der Asperger-Patienten. Darunter sind 114 Männer und 74 Frauen.

22 Patienten waren noch nie in ihrem Leben berufstätig in irgendeiner Form. 37 gaben an arbeitslos zu sein und 22 waren berentet oder krankgeschrieben. 8 weitere Patienten gingen einem Minijob nach. 11 hatten zwar eine regelmäßige Arbeit, diese lag jedoch deutlich unter

ihrem Ausbildungsniveau und lediglich 44 gingen einer regelmäßigen Arbeit nach, die auch ihrem Ausbildungsniveau entsprach. Ebenfalls 44 Patienten befanden sich zum Zeitpunkt der Untersuchung noch in der Ausbildung.

Tabelle 11: Berufsstatus beim Asperger-Syndrom, Männer und Frauen getrennt dargestellt

	Männer n114	Frauen n74	Gesamt n188
nie strukturiert arbeitstätig gewesen	17 (15%)	5 (7%)	22 (12%)
Arbeitslos, HARTZ IV, Grundsicherung oder Äquivalent	23 (20%)	14 (19%)	37 (20%)
berentet oder dauerhaft krankgeschrieben	10 (9%)	12 (16%)	22 (12%)
Berufstätigkeit nicht dem Ausbildungsniveau entsprechend	11 (10%)	8 (11%)	19 (10%)
regelmäßige Berufstätigkeit entsprechend dem Ausbildungsniveau	24 (21%)	20 (27%)	44 (23%)
in der Ausbildung	29 (25%)	15 (20%)	44 (23%)

Zum Zeitpunkt der Untersuchung waren also 81 (56%) aller Asperger-Patienten nicht berufstätig.

Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind Tabelle 10 zu entnehmen. Insgesamt sind die Patientinnen mit Asperger-Syndrom etwas öfter berufstätig und auch etwas öfter entsprechend ihres Ausbildungsniveaus.

Das Asperger-Syndrom stellt sich im Vergleich mit den Autismus-Subsyndromen folgendermaßen dar:

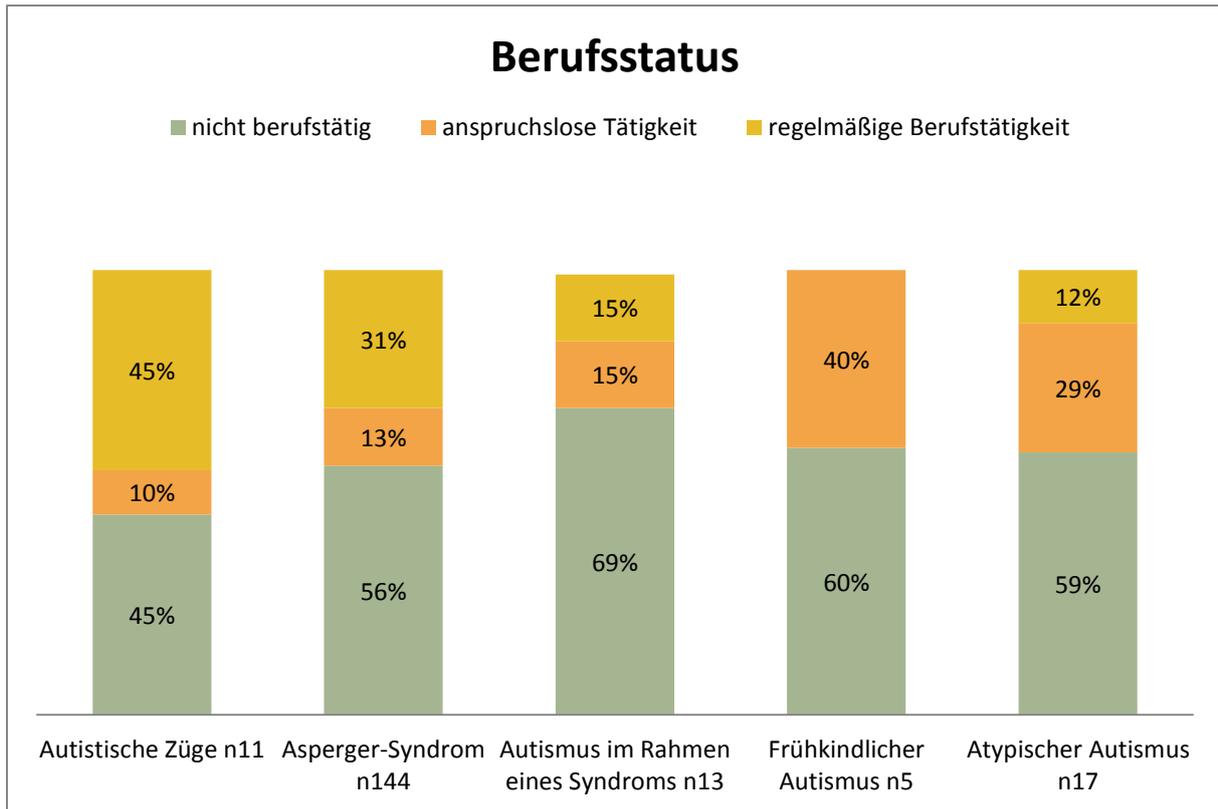


Abbildung 9: Berufsstatus der autistischen Subgruppen im Vergleich

Höchster Bildungsabschluss

26 Personen mit Asperger-Syndrom von insgesamt 188 haben keinerlei abgeschlossene Ausbildung. Weitere 32 Personen befanden sich zum Untersuchungszeitpunkt noch in Ausbildung. 71 und damit der größte Anteil haben eine Lehre abgeschlossen, 59 haben ein Fachhochschul- oder Hochschulstudium absolviert.

Prozentual gesehen haben es mehr Frauen als Männer geschafft eine Ausbildung zu beenden, d.h. eine Lehre oder ein Studium.

In den Gruppen „Autismus im Rahmen eines Syndroms“, „Frühkindlicher Autismus“ und „Atypischer Autismus“ haben noch mehr Personen keine Ausbildung. 40% der „Frühkindlichen Autisten“ haben jedoch ein Studium absolviert. In der Gruppe „Autistische Züge“ war niemand ohne Ausbildung, 64% hatten einen Fachhochschul- oder Universitätsabschluss.

Höchster Schulabschluss

13% der Asperger-Patienten haben einen Hauptschulabschluss, 35% die Mittlere Reife und 52% ein Abitur. Lediglich 1% hatte die Schule noch nicht beendet.

Frauen und Männer unterscheiden sich in den letzten beiden Punkten. Mittlere Reife haben 41% der männlichen und 25% der weiblichen Asperger-Patienten, Abitur haben 47% der Patienten versus 61% der Patientinnen.

Von den Patienten mit autistischen Zügen hatten 86% ein Abitur und niemand einen Hauptschulabschluss. In allen anderen Gruppen gibt es auch Personen ohne Schulabschluss. Ein Abitur wurde hier deutlich seltener erreicht; unter den Frühkindlichen Autisten sind es aber immerhin 40% mit Abitur.

Die Ergebnisse der Kategorie „Karriere“ im Hinblick auf die Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Personen mit Asperger-Syndrom fasst Abbildung 10 zusammen:

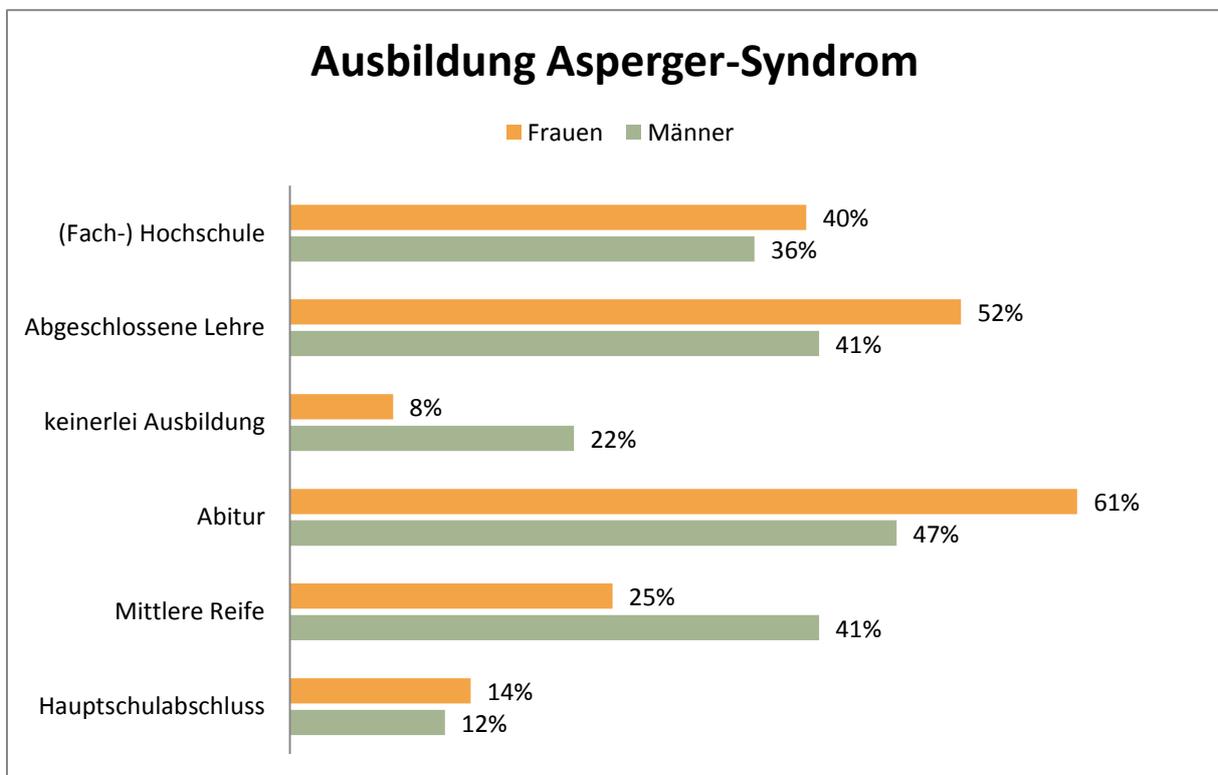


Abbildung 10: Schulabschluss und Ausbildungsabschluss beim Asperger-Syndrom

3.3.6. Familie

Ähnliches Familienmitglied

164 Asperger-Patienten machten Angaben zu ähnlichen Familienmitgliedern. 99 davon waren männlich, 65 weiblich.

Dreiviertel aller Patienten und Patientinnen beschrieben mindestens ein Familienmitglied, das ihnen hinsichtlich der autistischen Symptomatik ähnelte.

Dies schien vor allem bei weiblichen Personen der Fall zu sein. 89% der Frauen gaben an eine solche Person in der Verwandtschaft zu haben, 66% der Männer bestätigten dies.

In den anderen Autismus-Subgruppen zeigt sich ein ähnliches Bild.

Diagnose bei einem Verwandten

31 von 189 Personen der Asperger-Gruppe haben einen Verwandten mit Autismus-Diagnose. Das entspricht 16%.

Bei den Frauen war das Ergebnis ein wenig ausgeprägter, wie auch beim „ähnlichen Familienmitglied“. Sie gaben in 20% der Fälle mindestens einen diagnostizierten Autisten in der Verwandtschaft an, die Männer hingegen in nur 14% der Fälle.

Die Gruppen „Autismus im Rahmen eines Syndroms“ und „Frühkindlicher Autismus“ gaben gar keinen Verwandten mit Autismus-Diagnose an, die Gruppe „Autistische Züge“ in 21% der Fälle und die Atypischen Autisten in 16% der Fälle.

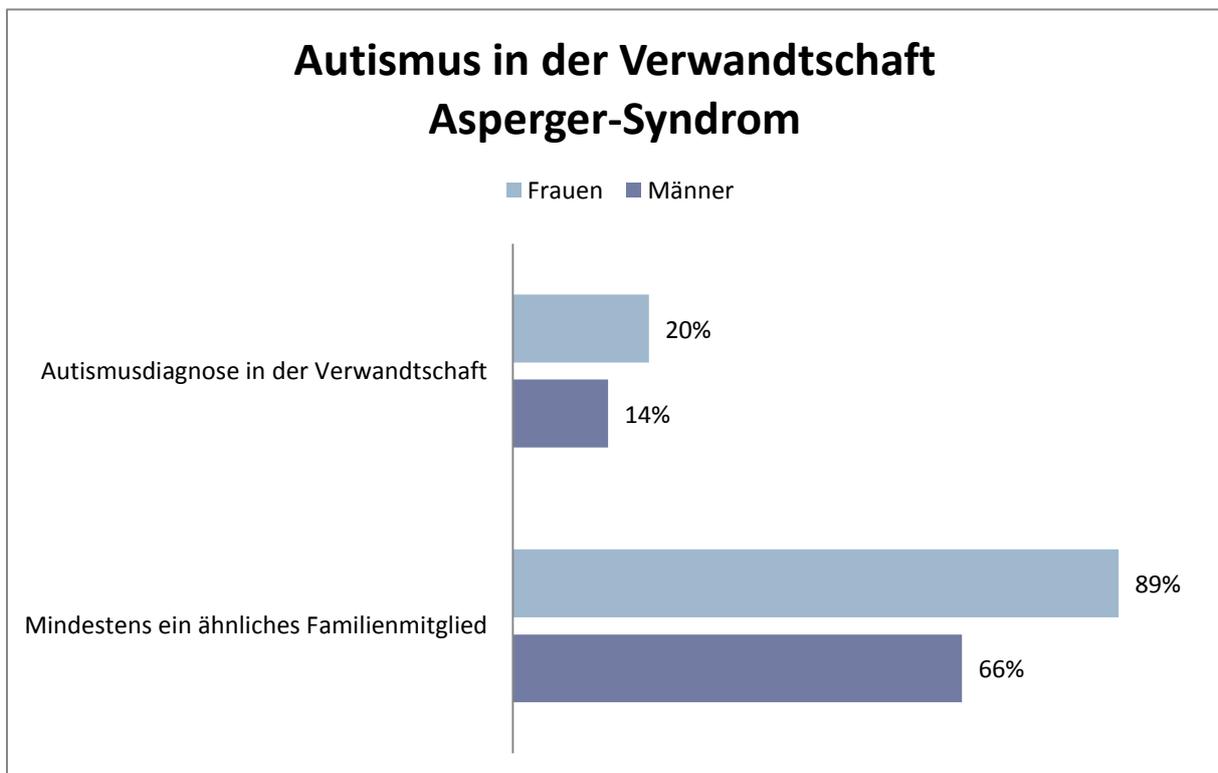


Abbildung 11: Autismus in der Verwandtschaft beim Asperger-Syndrom, getrennt dargestellt nach Männern und Frauen

Einzelkind

18% der 186 ausgewerteten Personen mit Asperger-Syndrom sind als einziges Kind ihrer Eltern aufgewachsen.

Das Ergebnis splittet sich unter den Geschlechtern folgendermaßen auf: Die männlichen Patienten waren in 20% der Fälle Einzelkinder, die weiblichen Patienten in 15% der Fälle.

Abweichende Ergebnisse zeigen die Gruppen „Autistische Züge“ und „Atypischer Autismus“. Personen mit autistischen Zügen sind in 7% und Atypische Autisten in 6% der Fälle Einzelkinder.

3.3.7. Behandlung

Ambulante psychiatrische Behandlung

125 von 177 Asperger-Patienten hatten bis zum Zeitpunkt der Studie bereits ambulante psychiatrische Behandlung in Anspruch genommen. Dies entspricht etwa 70%, sowohl unter den Männern, als auch unter den Frauen.

Diese Zahl wird lediglich von den Frühkindlichen Autisten überboten, bei ihnen nahmen 80% ambulante psychiatrische Hilfe in Anspruch. Die Gruppen „Autismus im Rahmen eines Syndroms“ und „Atypischer Autismus“ hatten sich mit 63% etwas seltener in ambulante Behandlung begeben und die Personen mit autistischen Zügen nur zu 37%.

Stationäre psychiatrische Behandlung

81 von 174 Asperger-Patienten hatten sogar schon stationäre psychiatrische Behandlungen hinter sich. Dies entspricht einer Prozentzahl von 47%.

Auch hier sind die Ergebnisse von Männern und Frauen sehr ähnlich, die Angaben der Männer belaufen sich auf 47%, die der Frauen auf 45%.

Auch die Ergebnisse der anderen Gruppen sind mit dem der Asperger-Gruppe relativ einheitlich.

Aktuelle Einnahme psychiatrischer Medikamente

184 Patienten machten Angaben über ihre aktuelle Medikamenteneinnahme. 76 von ihnen bejahten die aktuelle Einnahme von psychiatrischer Medikation.

Die Angaben der Männer und Frauen lagen bei 41% beziehungsweise 42%.

Die Ergebnisse der Gruppen „Autismus im Rahmen eines Syndroms“, „Frühkindlicher Autismus“ und „Atypischer Autismus“ ähneln denen der Asperger-Gruppe. Die Gruppe „Autistische Züge“ erreichte Werte um 30% und benötigte damit etwas seltener psychiatrische Medikation.

Psychiatrische Medikamente in der Vorgeschichte

Knapp mehr als die Hälfte (52%) der Patienten mit Asperger-Syndrom sind in der Vorgeschichte bereits mit psychiatrischen Medikamenten therapiert worden.

Hier weichen die Zahlen für Männer und Frauen etwas voneinander ab. 55% (102 von 169) der Männer und 48% (67 von 169) der Frauen bekamen diese Form der Therapie.

Bei den Patienten mit autistischen Zügen und bei den Frühkindlichen Autisten sind die Zahlen deutlich geringer. Bei den anderen beiden Gruppen sind die Zahlen allerdings höher als beim Asperger-Syndrom, 65% bei den Atypischen Autisten und immerhin dreiviertel der Gruppe „Autismus im Rahmen eines Syndroms“ wurden in der Vergangenheit therapeutisch mit psychiatrischer Medikation versorgt.

Die therapeutischen Maßnahmen beim Asperger-Syndrom sollen hier noch einmal zusammengefasst werden:

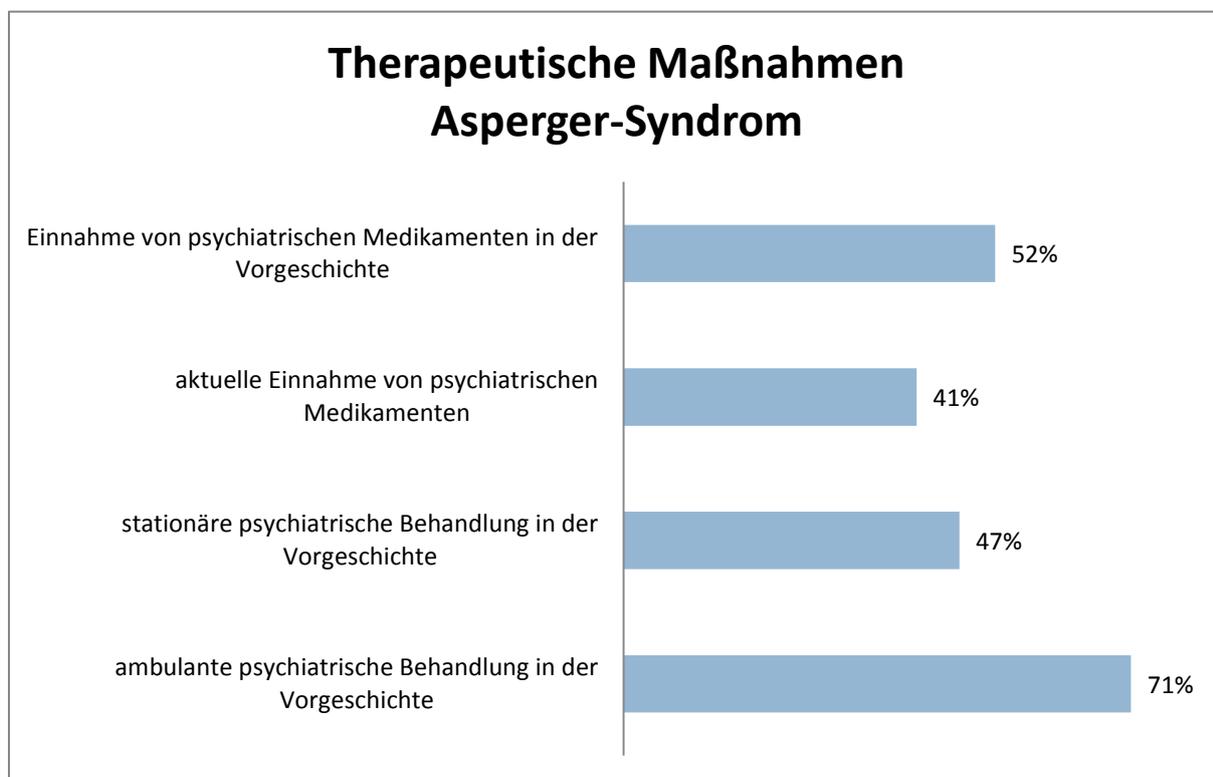


Abbildung 12: Therapeutische Maßnahmen beim Asperger-Syndrom

3.3.8. Komorbidität

Anzahl psychiatrischer Komorbiditäten

Die Angaben von 191 Patienten gingen in die Auswertung ein.

Etwa ein Drittel (31%) der Asperger-Patienten haben keine Komorbiditäten. Etwa die Hälfte (49%) hat eine zusätzliche Diagnose aus dem psychiatrischen Bereich. 17% haben zwei weitere und 3% haben drei weitere psychiatrische Diagnosen.

Dies trifft vor allem auf die männlichen Patienten zu. Von ihnen sind 28% ohne Komorbiditäten, bei den Frauen sind es 35%. Außerdem hat nur 1% der Frauen drei zusätzliche psychiatrische Diagnosen, hingegen 3% der Männer.

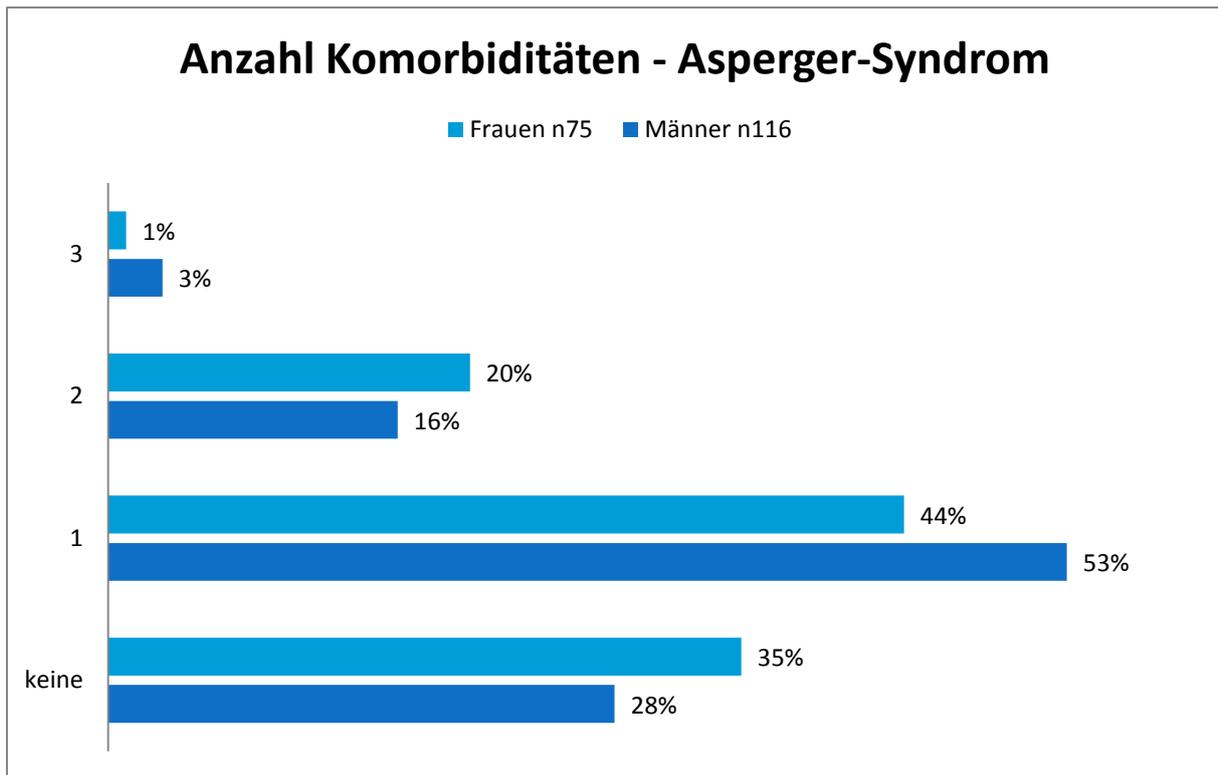


Abbildung 13: Anzahl an Komorbiditäten beim Asperger-Syndrom, getrennt dargestellt nach Männern und Frauen

Die Gruppe „Autismus im Rahmen eines Syndroms“ ist die einzige Gruppe, die Patienten mit vier Komorbiditäten enthält. Von den Frühkindlichen Autisten haben 40% lediglich eine zusätzliche Diagnose, bei den Patienten mit autistischen Zügen sind es immerhin 73%. Weitere Komorbiditäten kommen in diesen beiden Gruppen nicht vor. Die Ergebnisse der Gruppe „Atypischer Autismus“ ähneln denen des Asperger-Syndroms.

Psychiatrische Komorbiditäten

Die Häufigkeiten der einzelnen Diagnosen beim Asperger-Syndrom sind der untenstehenden Tabelle zu entnehmen.

Tabelle 12: Häufigkeiten von Komorbiditäten beim Asperger-Syndrom

	Asperger-Syndrom n=172
Suchterkrankungen F10-19	6
Schizophreniforme Syndrome F 20-29	5
Unipolare depressive Syndrome F32.x + F33.x + F34.x	101
Bipolare depressive Syndrome F31.x	2
Angsterkrankungen & Phobien F40.x + F41.x	8
Zwangssyndrome F42.x	9
PTBS F43.x + Anpassungsstörung	5
Essstörungen F50.x	3
Persönlichkeitsstörungen F60.x	1
ADHS F90.x	23
Tic-Störungen & Tourette-Syndrom F95.x	4
Epilepsien	4
Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten F81.x	1

Mit großem Abstand am häufigsten ist beim Asperger-Syndrom die unipolare depressive Störung. Sie ist bei unseren Patienten in 59% der Fälle vorhanden. Auch sehr häufig ist die Zusatzdiagnose Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung ADHS, davon sind 13% betroffen.

Beide Diagnosen waren unter den männlichen Patienten etwas häufiger, die unipolare Depression bei 61% und ADHS bei 14% der Männer. Bei den weiblichen Betroffenen waren unipolare Depressionen mit einer Häufigkeit von 55% etwas seltener. ADHS lag in 12% der Fälle vor.

Außerdem sind Zwangssyndrome und Angsterkrankungen häufig vertretene Komorbiditäten des Asperger-Syndroms.

Von Zwangserkrankungen sind 7% der männlichen Patienten betroffen (gegenüber 3% der weiblichen Patienten), von Ängsten und Phobien 5% der Männer (gegenüber 4% der Frauen). Die dritthäufigste Komorbidität der Frauen ist im vorliegenden Patientengut die posttraumatische Belastungsstörung PTBS (7%), gefolgt von Angsterkrankungen und Phobien (4%), Essstörungen (4%) und Epilepsien (4%).

Bei den Männern waren außerdem Suchterkrankungen (4%) und schizophreniforme Syndrome (4%) häufige Erkrankungen.

In der Gruppe „Autistische Züge“ sind 80% der Patienten an unipolaren Depressionen erkrankt, 20% leiden an PTBS. ADHS war hier in 20% der Fälle vertreten, gefolgt von schizophreniformen Erkrankungen und Zwangssyndromen. Beim „Autismus im Rahmen eines Syndroms“ war ADHS die häufigste Komorbidität mit 25% der Fälle, den zweiten Platz teilen sich hier organische Syndrome und PTBS mit jeweils 17%. In den Gruppen „Frühkindlicher Autismus“ und „Atypischer Autismus“ ist die unipolare depressive Störung ebenfalls die häufigste zusätzlich vergebene Diagnose, beim „Atypischen Autismus“ stehen an zweiter Stelle schizophreniforme Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen. Details sind den Tabellen im Anhang zu entnehmen.

Eigeneinschätzung Depression

Von 177 Patienten mit Asperger-Syndrom gaben 139 (79%) an subjektiv schon unter Depressionen gelitten zu haben auch wenn diese nicht diagnostiziert worden waren.

Bei den Frauen waren dies 82%, bei den Männern 77%.

Ganz ähnliche Ergebnisse zeigen auch die anderen Gruppen, überraschenderweise auch die Gruppe „Autismus im Rahmen eines Syndroms“ deren häufigste diagnostizierte Komorbidität nicht die unipolare Depression ist.

Alle befragten Frühkindlichen Autisten gaben an unter Depressionen zu leiden oder schon gelitten zu haben.

Eigeneinschätzung Ängste

Mehr als die Hälfte (82 von 135) der Asperger-Patienten haben nach ihrer eigenen Einschätzung mit Ängsten zu tun gehabt.

Auch hier liegen die Frauen etwas vorn mit 64% gegenüber 58% der Männer.

In der Gruppe „Autistische Züge“ wurden Ängste nur in 27% der Fälle angegeben, beim „Atypischen Autismus“ in 77%. Beim „Frühkindlichen Autismus“ kam diese Einschätzung überhaupt nicht vor. Die Antworten der Gruppe „Autismus im Rahmen eines Syndroms“ ähneln denen der Asperger-Gruppe.

Eigeneinschätzung Zwänge

32% (38 von 117) der Patienten mit Asperger-Syndrom leiden oder litten subjektiv unter Zwängen.

Männer und Frauen unterscheiden sich in dieser Hinsicht kaum.

Auch die Ergebnisse der anderen Gruppen unterscheiden sich kaum, mit Ausnahme der Frühkindlichen Autisten. Hier geben 67% an unter Zwängen zu leiden oder schon gelitten zu haben.

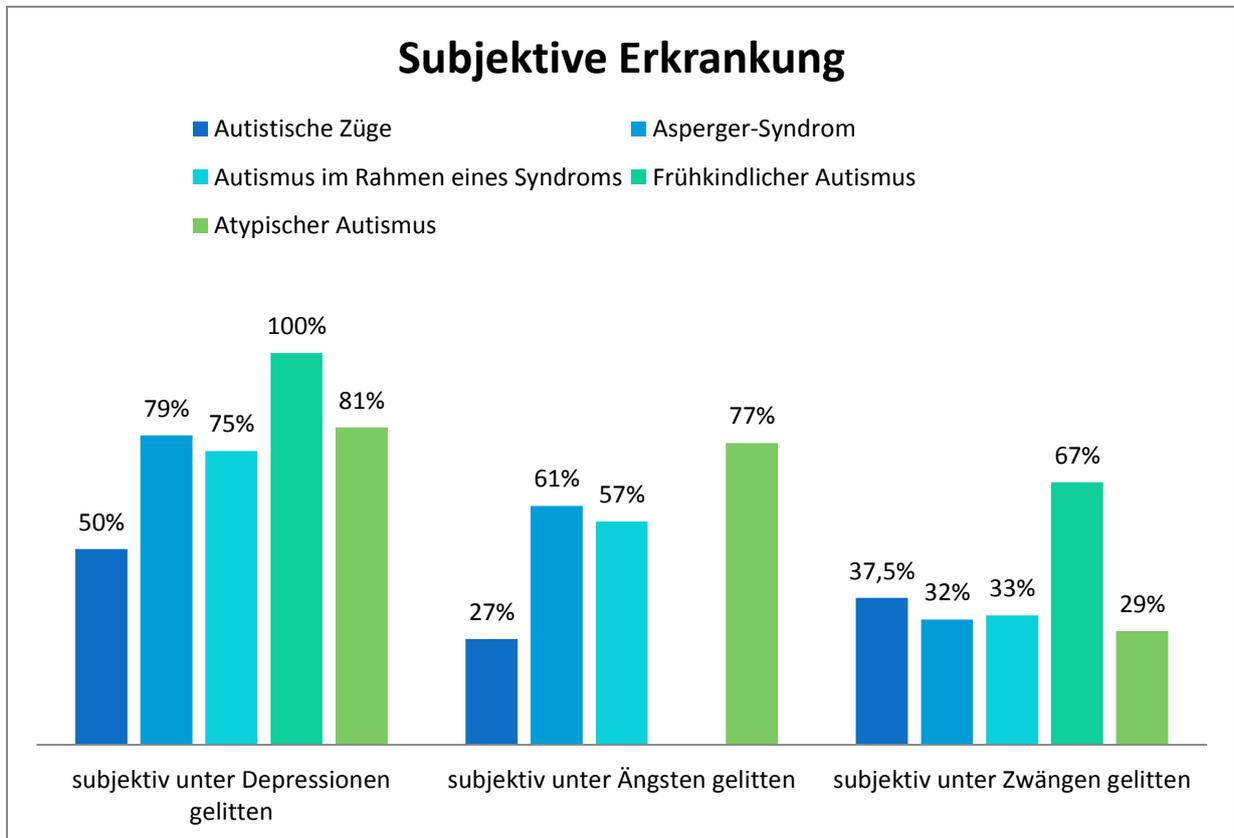


Abbildung 14: Subjektive Erkrankung im Vergleich der Subgruppen

3.3.9. Entwicklung

Prä- und perinatale Komplikationen

Von den Asperger-Patienten gaben 19 von insgesamt 157 (12%) Komplikationen während der Prä- und Perinatalperiode an. Als Komplikationen wurden für alle Subgruppen folgende Antworten gewertet:

„Infektion als Neugeborenes und zwei Wochen Quarantäne“, 2x „Mutter hat viel geraucht während der Schwangerschaft“, „Frühgeburtlichkeit und Hirnblutung“, „Zwerchfellbruch mit Sauerstoffmangel“, „Schwangerschaftsdiabetes“, „Steißlage, Nabelschnurumschlingung, Kaiserschnitt“, „Anpassungsstörung und zweitägiger Aufenthalt auf der Neonatologie“, „Saugglockengeburt mit Schlüsselbeinbruch und Nabelschnurumschlingung“,

„Alkoholkonsum der Mutter mit Spina bifida zur Folge“, 2x „Frühgeburtlichkeit“, „Frühgeburtlichkeit mit Sepsis“, „Gestose mit folgender Frühgeburt“, „Hypoxischer Hirnschaden“, „Frühgeburt mit Geburtsgewicht 1000 Gramm“, 2x „fraglicher Sauerstoffmangel unter der Geburt“, 2x „Sauerstoffmangel unter der Geburt“, „plazentare Minderversorgung in der späten Schwangerschaft“, „Windpocken“, „zwölf Wochen zu früh“, „zehn Wochen zu früh“, „Blutungen ab der sechsten Schwangerschaftswoche“, „schwere Blutungen mit wochenlangem Liegen“, „Krämpfe nach Impfung“, „Subduralerguss im ersten Lebensjahr“, „Frühgeburt und Trennung von der Mutter, wegen langem Krankenhausaufenthalt“, „ungewöhnlich langer Geburtsvorgang und verformter Schädel“, „Liegen ab dem dritten Schwangerschaftsmonat, Zwillingsgeburt, Zwillingsbruder stirbt bei der Geburt, Atemnotsyndrom Stufe IV, Subarachnoidalblutung, Krämpfe, BNS-Krämpfe im ersten Lebensjahr“, „Frühgeburt und prolongierter Neugeborenenikterus, mit Phototherapie behandelt“.

Dieses Ergebnis splittet sich unter den Geschlechtern wie folgt: Männer 15%, Frauen 8%.

Die Gruppe „Atypischer Autismus“ hat ähnliche Ergebnisse. In der Gruppe „Autismus im Rahmen eines Syndroms“ gab fast die Hälfte prä- und perinatale Komplikationen an, von den Frühkindlichen Autisten ein Viertel. Aus der Gruppe „Autistische Züge“ hatte niemand solche Komplikationen.

Hirnorganische Vorgeschichte

14% der Patienten mit Asperger-Syndrom gaben an im Laufe ihrer Entwicklung hirnorganische Komplikationen erlebt zu haben. Dazu zählte bei allen Subgruppen:

„Loch im Kopf“ nach Sturz“, „Schädelfraktur nach Sturz vom Wickeltisch“, „Hirnblutung“, „Meningitis im Alter von 18 Monaten mit kleinen periventriculären Läsionen im cMRT“, „Schädelfraktur in der Kindheit und häufige Kopfschmerzen“, 4x „Fieberkrampf“, „Schädelfraktur im Säuglingsalter nach Sturz“, 2x „V.a. frühkindlichen Hirnschaden“, „Meningitis im Alter von neun Monaten mit nachfolgender Schwerhörigkeit“, „Fieberkrampf im Alter von neun Monaten, später Grand-Mal-Epilepsie“, „Schädel-Hirn-Trauma, danach linkes Blickfeld für einige Tage eingeengt“, „Fieberkrämpfe und Sauerstoffmangel unter der Geburt“, „Meningitis nach Pockenimpfung, ein epileptischer Anfall; beide Male stationäre Aufenthalte“, „Enzephalitis im Alter von zwei Jahren“, „Epileptische Anfälle seit dem 15. Lebensjahr“, „Meningitis, Enzephalitis im Erwachsenenalter, Gehirnerschütterung“, „Krampfanfall im Säuglingsalter nach Impfung“, „Meningitis durch Herpes Zoster“,

„Meningitis im Säuglingsalter“, „Subduralerguss im ersten Lebensjahr“, „Fieberkrämpfe und Gehirnerschütterung mit Bewusstlosigkeit“.

11% der Männer und 17% der Frauen hatten das Gehirn betreffende Komplikationen in der Vorgeschichte.

Die Gruppe „Atypischer Autismus“ hatte auch hier wieder ähnliche Ergebnisse wie die „Asperger-Gruppe“. Die meisten Komplikationen gab es auch hier wieder bei der Gruppe „Autismus im Rahmen eines Syndroms“ (24%), gefolgt von den Frühkindlichen Autisten mit 20%. Die wenigsten Komplikationen gab es bei den „Autistischen Zügen“ (8%).

Lernstörung

In 46 Akten von Asperger-Patienten fanden sich auswertbare Hinweise auf das Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein einer Lernstörung.

31 Patienten waren nicht von einer Lernstörung betroffen. Vier Patienten litten unter Dyskalkulie, neun unter Lese-Rechtschreib-Schwäche und zwei litten unter sowohl Dyskalkulie als auch Lese-Rechtschreib-Schwäche.

Lernstörungen waren bei männlichen Patienten häufiger zu finden. Unter den Dyskalkulie-Betroffenen ist nur eine weibliche Person, von einer Lese-Rechtschreib-Schwäche sind drei weibliche Personen betroffen.

Die Lese-Rechtschreib-Schwäche ist auch bei den anderen Subsyndromen häufiger als die Dyskalkulie. Am häufigsten war die Lese-Rechtschreib-Schwäche bei der Gruppe „Autistische Züge“ zu finden: hier sind 33% der Personen betroffen, beim „Autismus im Rahmen eines Syndroms“ sind es 29%. Irgendeine Form der Lernstörung haben in der Gruppe „Autistische Züge“ 50% und beim „Autismus im Rahmen eines Syndroms“ 57%. Beim „Frühkindlichen Autismus“ und „Atypischen Autismus“ war weder die Dyskalkulie noch die Lese-Rechtschreib-Schwäche vertreten.

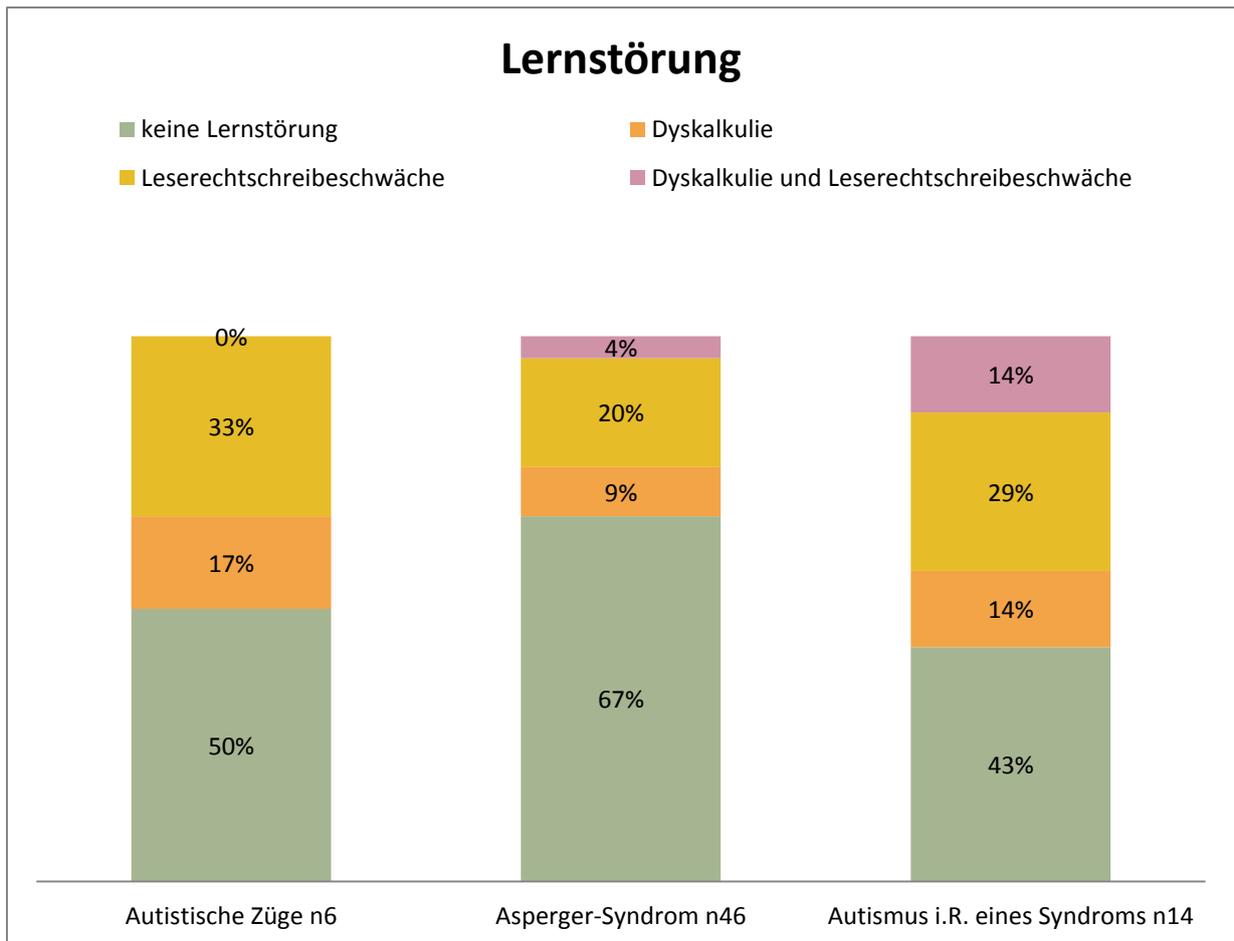


Abbildung 15: Lernstörung bei den Subgruppen „Autistische Züge“, „Asperger-Syndrom“ und „Autismus im Rahmen eines Syndroms“

Motorische Entwicklung

60% (109 von 181) der Personen aus der Asperger-Gruppe gaben an, Probleme mit der motorischen Entwicklung gehabt zu haben, wobei die Männer mit 63% etwas vorn liegen, respektive 57% der Frauen.

Nur beim „Atypischen Autismus“ scheint die motorische Entwicklung noch häufiger Probleme gemacht zu haben, hier waren 65% betroffen. Aus der Gruppe „Autismus im Rahmen eines Syndroms“ hatten 47% der Patienten in ihrer Entwicklung Auffälligkeiten der Motorik gezeigt, aus der Gruppe der Frühkindlichen Autisten 40%. In der Gruppe „Autistische Züge“ war dies seltener der Fall, hier waren 25% betroffen.

Sprachliche Entwicklung

Die sprachliche Entwicklung verlief bei Asperger-Patienten etwas weniger problematisch, immerhin bei 36% (60 von 168) aber auffällig.

Die männlichen Patienten schneiden auch hier etwas schlechter ab, sie gaben in 40% der Fälle Probleme mit der sprachlichen Entwicklung an, die Frauen in 29%.

Die Ergebnisse beim „Atypischen Autismus“ ähneln denen der Asperger-Gruppe. Die Gruppe „Frühkindlicher Autismus“ hatte - wie aufgrund der Definition der Erkrankung zu erwarten - am häufigsten mit Auffälligkeiten in der sprachlichen Entwicklung zu kämpfen. Hier sind sogar 80% der Patienten betroffen, gefolgt von der Gruppe „Autismus im Rahmen eines Syndroms“ mit 44%. Weniger häufig kam die Störung der Sprachentwicklung bei den Patienten mit autistischen Zügen (17%) vor.

Die Häufigkeiten von Auffälligkeiten der Entwicklung soll im Folgenden für das Asperger-Syndrom bildlich dargestellt werden:

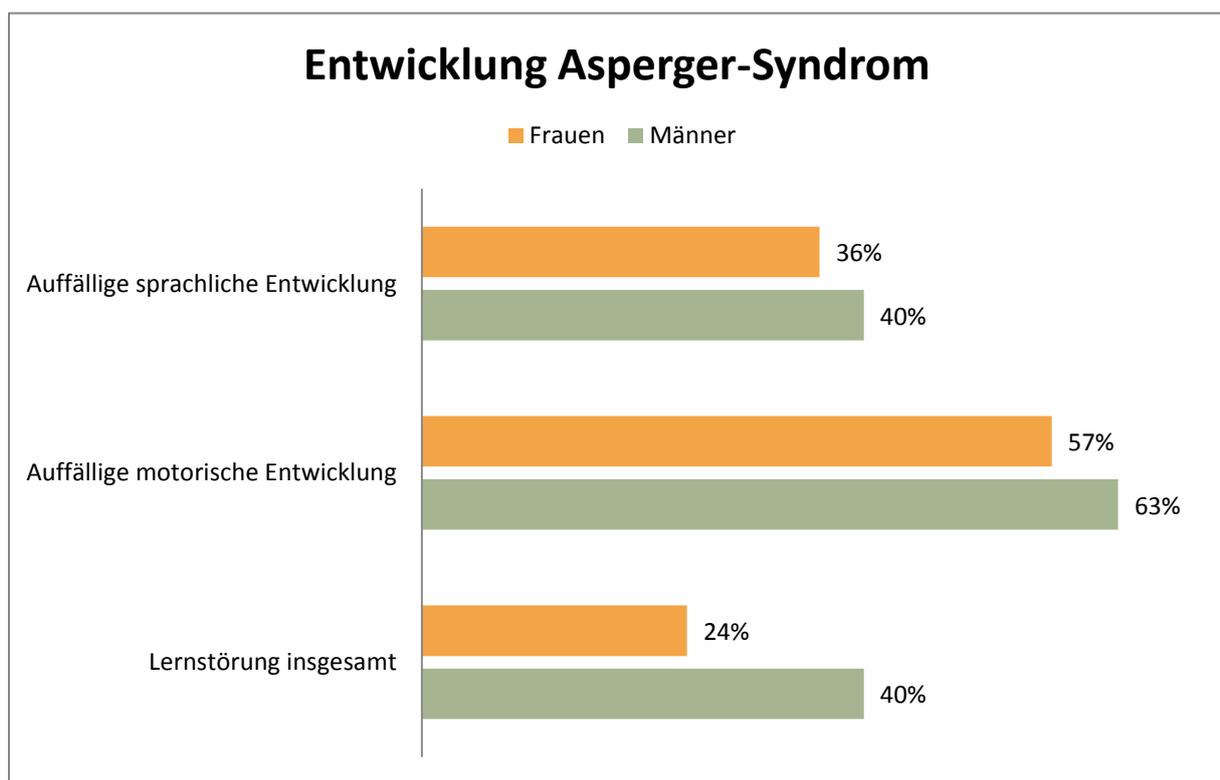


Abbildung 16: Entwicklung beim Asperger-Syndrom, getrennt dargestellt nach Männern und Frauen

Epileptische Anfälle

57 Patienten mit Asperger-Syndrom machten Angaben zu epileptischen Anfällen. 50 Personen verneinten, sieben (14%) bejahten stattgehabte Krampfanfälle.

Frauen gaben in 15% der Fälle Krampfanfälle in der Vorgeschichte an, Männer in 10%.

In der Gruppe „Autismus im Rahmen eines Syndroms“ gaben 7% epileptische Anfälle als Teil ihrer Vorgeschichte an. In den anderen Gruppen hatte niemand epileptische Anfälle erlebt.

EEG-Veränderungen

61 Asperger-Patienten wussten um das Ergebnis eines schon im Voraus abgeleiteten Elektroenzephalogramms (EEG). Sieben von 61 Patienten mit Asperger-Diagnose zeigten darin (pathologische) Veränderungen, also 11%.

Bei den Männern waren es sogar 16%, bei den Frauen 4%.

In der Gruppe „Autismus im Rahmen eines Syndroms“ zeigten 18% Veränderungen im EEG. Von den Patienten aus den anderen Gruppen gab niemand an Veränderungen im EEG zu haben.

Alle hier beschriebenen das Gehirn betreffenden Veränderungen beim Asperger-Syndrom sollen im nachfolgenden Schaubild zusammengefasst werden:

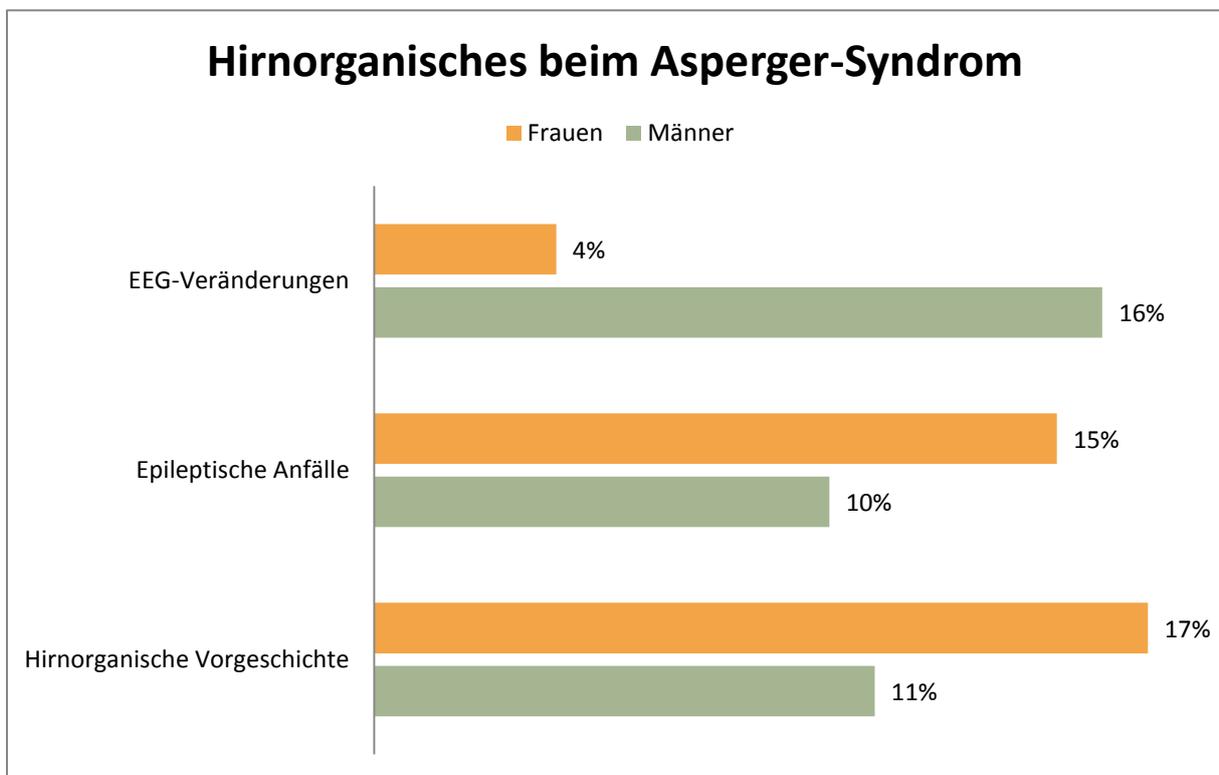


Abbildung 17: Hirnorganische Auffälligkeiten beim Asperger-Syndrom

3.3.10. Vordiagnosen

Der Begriff „Vordiagnose“, wird hier verwendet für eine Diagnose, die jemandem gestellt wurde in dem Versuch seine Andersartigkeit zu erklären, die aber nicht der Asperger-Diagnose entsprach und somit durch diese ersetzt wurde. Sie ist nicht zu verwechseln mit der Komorbidität, die eine zusätzliche Diagnose darstellt.

Anzahl der Vordiagnosen

Insgesamt 64% (120 von 194) der Asperger-Patienten haben keine sogenannte Vordiagnose bekommen. Bei den anderen 36% reicht die Anzahl der Vordiagnosen von eins bis acht. Die Angaben von einer, zwei, drei und vier Vordiagnosen sind fast gleich häufig mit 8-10%. Die Angaben von fünf, sechs, sieben und acht Vordiagnosen wurden in jeweils 1% der Fälle gemacht.

Bei Frauen kam es häufiger zu Vordiagnosen.

Tabelle 13: Vordiagnosen beim Asperger-Syndrom, getrennt dargestellt nach Männer und Frauen

Anzahl der Vordiagnosen	Männer	Frauen
0	65%	58%
1	10%	8%
2	8%	12%
3	7%	11%
4	6%	9%
5	1%	1%
6	1%	0%
7	1%	1%
8	1%	0%
N	110	74

Patienten mit autistischen Zügen haben in 18% der Fälle eine Vordiagnose erhalten. Die Patienten der Gruppen „Autismus im Rahmen eines Syndroms“ und „Frühkindlicher Autismus“ erhielten in 50% und in 60% der Fälle Vordiagnosen. Die Ergebnisse der

„Atypischen Autisten“ waren denen der Asperger-Autisten sehr ähnlich.

Häufigkeiten der Vordiagnosen

Die Häufigkeiten der Vordiagnosen beim Asperger-Syndrom sind in Tabelle 13 dargestellt. Mehrfachnennungen sind möglich.

Tabelle 14: Häufigkeiten von Vordiagnosen beim Asperger-Syndrom

	Asperger-Syndrom n123	Angabe in Prozent
Organische Syndrome F00-F09	1	1%
Suchterkrankungen F10-F19	4	3%
Schizophreniforme Syndrome F20-F29	9	7%
Unipolar depressive Syndrome F32+F33+F34.x	38	31%
Bipolar depressive Syndrome F31.x	1	1%
Angsterkrankungen und Phobien F40+F41	25	20%
Zwangserkrankungen F42.x	10	8%
PTBS F43.x und Anpassungsstörungen	11	9%
Essstörungen F50.x	12	10%
Persönlichkeitsstörungen F60.x	43	35%
ADHS F90.x	13	11%

Beim „Autismus im Rahmen eines Syndroms“ waren schizophreniforme Syndrome die am häufigsten genannte Vordiagnose und beim „Atypischen Autismus“ die Persönlichkeitsstörungen. Bei den Gruppen „Autistische Züge“ und „Frühkindlicher Autismus“ führen die unipolaren depressiven Syndrome die Liste der Vordiagnosen an, genau wie beim Asperger-Syndrom.

4. Diskussion

4.1. Erläuterung der Ergebnisse und Vergleich mit Ergebnissen anderer Studien

4.1.1. Allgemeines

Die Stichprobe ergab ein Geschlechterverhältnis von 1,5:1 zugunsten der männlichen Asperger-Patienten. Ein ähnliches Ergebnis erzielte auch eine andere Studie, die sich mit spät diagnostizierten Asperger-Patienten beschäftigt, nämlich 1,8:1 (Lehnhardt F. , Gawronski, Schilbach, Tepest, Huff, & Vogeley, 2011). Eine weitere Studie mit einem Geschlechterverhältnis von 2:1 untersuchte Menschen mit Autismus-Spektrums-Störung, davon waren 92% vom Asperger-Syndrom betroffen (Lehnhardt F. , Gawronski, Volpert, Schilbach, Tepest, & Vogeley, 2012).

Das durchschnittliche Alter der Stichprobe lag in der Asperger-Gruppe bei 33,72 Jahren (für männliche Patienten bei 32,82 Jahren und für weibliche Patienten bei 35,11 Jahren), bei vergleichbaren Studien bei 34,1+-9,5 Jahre (Lehnhardt F. , Gawronski, Volpert, Schilbach, Tepest, & Vogeley, 2012) und 31,1+-8,9 Jahre (Lehnhardt F. , Gawronski, Schilbach, Tepest, Huff, & Vogeley, 2011).

4.1.2. Psychosoziales Funktionsniveau spät diagnostizierter erwachsener Asperger-Patienten

Zum aktuellen Zeitpunkt existieren noch kaum Studien, die das psychosoziale Outcome von erwachsenen Asperger-Patienten untersuchen. Einige Autoren haben Follow-up-Studien veröffentlicht, die zwar das Funktionsniveau im Erwachsenenalter darstellen sollen, allerdings handelt es sich um Patienten, die bereits im Kindesalter die Diagnose Asperger-Autismus bekommen hatten. Nur ganz wenige Arbeiten beschäftigen sich tatsächlich mit erwachsenen spät diagnostizierten Patienten. Im Folgenden sollen einige Vergleiche zwischen den

vorliegenden Ergebnissen und anderen Studien angestellt werden, die sich mit den Lebensumständen erwachsener Menschen mit Asperger-Syndrom beschäftigen.

Wohnen

Ungefähr zwei Drittel der Patienten gaben an unabhängig vom Elternhaus oder einer Institution zu leben. Etwa ein Drittel gab an noch bei den Eltern zu wohnen. Lediglich 1% der Befragten gab an in einer betreuten Wohneinrichtung zu leben. Dabei muss allerdings zwischen den Geschlechtern unterschieden werden. Weitaus mehr Männer gaben an noch im Elternhaus zu leben, dafür leben mehr Frauen mit Partner/ mit Partner und Kindern/ mit Kind. Lehnhardt veröffentlichte 2012 ähnliche Ergebnisse, allerdings umfassen seine Angaben neben Patienten mit Asperger-Syndrom auch Patienten mit hochfunktionalem Autismus. Ebenfalls ein Drittel seiner 178 Patienten lebt im Elternhaus oder mit vereinzelter Unterstützung aus entsprechenden Institutionen, etwas mehr als ein Drittel lebt alleine und der Rest mit Partner oder eigener Familie (Lehnhardt F. , Gawronski, Volpert, Schilbach, Tepest, & Vogeley, 2012). Verena Jeon und Helmut Remschmidt stellen 2006 eine katamnestiche Untersuchung an 21 erwachsenen, in der Kindheit diagnostizierten Asperger-Patienten an und fanden nahezu die Hälfte ihrer Patienten wohnhaft im Elternhaus vor. Lediglich 10% der Patienten lebte zum Zeitpunkt der Befragung mit Partner oder eigener Familie (Jeon & Remschmidt, 2006). In einer Studie von Annette Gomolla von 2002 lebte ebenfalls ein Drittel der befragten Patienten unabhängig, ein Drittel im Elternhaus und das letzte Drittel sogar in betreutem Wohnen. Allerdings handelt es sich hierbei um eine Studie mit geringer Fallzahl (n = 10) und ein gemischtes Patientengut aus Asperger-Patienten und hochfunktionalen Autisten (Gomolla, 2002).

Freunde

39% der Teilnehmer der aktuellen Studie gaben an noch nie im Leben einen Freund oder eine Freundin gehabt zu haben. Diese Antwort gaben allerdings doppelt so viele Männer wie Frauen. Gomolla berichtet zu diesem Thema, dass nur drei von 10 ihrer Asperger-Patienten und hochfunktionalen Autisten in der Kindheit eine Freundschaft erlebten. Alle Teilnehmer hätten darin übereingestimmt, dass die Motivation zur Kontaktaufnahme durch gemeinsame Interessen bedingt gewesen sei und nicht durch die besonderen Merkmale einer Freundschaft, wie Vertrauen und Reziprozität (Gomolla, 2002).

Partnerschaft und Kinder

65% (70% der männlichen und 57% der weiblichen) der befragten Asperger-Patienten sind aktuell nicht in eine feste Partnerschaft eingebunden. 39% gaben an noch nie eine Partnerschaft gehabt zu haben. Hier unterscheiden sich die männlichen und weiblichen Patienten gewaltig, 50% der Männer und nur 26% der Frauen machten diese Angabe. 22% der Befragten haben eigene Kinder. Bei Lehnhardt hatte rund jeder zweite Patient schon einmal eine Partnerschaft erlebt und ebenfalls jeder Fünfte hatte Kinder (Lehnhardt F. , Gawronski, Volpert, Schilbach, Tepest, & Vogeley, 2012). Aus der Studie von Gomolla waren von 21 Asperger-Patienten nur einer verheiratet und nur zwei hatten Kinder (Gomolla, 2002).

Berufstätigkeit

In der vorliegenden Studie gaben 12% der teilnehmenden Asperger-Patienten an noch nie berufstätig gewesen zu sein; nicht mitgezählt wurden diejenigen, die sich zum Zeitpunkt der Studie noch in Ausbildung befanden. Hierin unterschieden sich männliche (15%) und weibliche (7%) Patienten stark. 32% (20% arbeitslos und 12% krankgeschrieben oder frühberentet) waren zum Zeitpunkt der Befragung nicht berufstätig und weitere 10% gaben an nur geringfügig beschäftigt zu sein. In diesem Punkt unterschieden sich männliche und weibliche Patienten kaum. Lediglich ein Viertel gab an einer regelmäßigen Arbeitstätigkeit nachzugehen, die auch ihrem Ausbildungsniveau entsprach. Fritz-Georg Lehnhardt fand unter seinen 178 Asperger- und hochfunktionalen Autisten 27% ohne jeglichen beruflichen Abschluss vor. 37% hatten eine Lehre absolviert und 36% verfolgten ein (Fach-) Hochschulstudium oder hatten dieses bereits abgeschlossen (Lehnhardt F. , Gawronski, Volpert, Schilbach, Tepest, & Vogeley, 2012). Dies deckt sich mit den Daten der vorliegenden Studie: 38% der Patienten hatten eine abgeschlossene Lehre und 32% ein abgeschlossenes (Fach-) Hochschulstudium. Knapp mehr als die Hälfte der Patienten hat ein Abitur. 17% befanden sich noch in der Ausbildung. B. Hofvander findet 2009 unter 122 normal intelligenten Personen mit Diagnose einer Autismus-Spektrums-Störung 57% Arbeitslose oder Krankgeschriebene (Hofvander, et al., 2009), das sind etwas mehr als in diesem Patientenkollektiv.

Familie

Mats Cederlund und Christopher Gillberg fanden 2004 unter 100 männlichen Asperger-Patienten 70 Personen, die einen oder mehrere Familienmitglieder hatten, die Autismus-ähnliche Probleme, z. B. im Bereich soziale Interaktion, gegenseitige Kommunikation oder

Verhaltens-/ Interessensangelegenheiten zeigten. Darunter waren vier Personen mit diagnostiziertem Frühkindlichem Autismus und zwei Brüderpaare mit Asperger-Syndrom. In 28 Fällen wurde die vollständige Symptomatik eines Asperger-Syndroms beschrieben, war aber im Voraus nie diagnostiziert worden (Cederlund & Gillberg, One hundred males with Asperger syndrome: a clinical study of background and associated factors, 2004). Francesca Happé schreibt zu diesem Thema, dass es vorkommen könne, dass Patienten im Erwachsenenalter die eigene autistische Symptomatik erst bei Autismusdiagnose des Kindes entdeckten (Happé & Charlton, 2011). In der vorliegenden Arbeit antworteten 75% (66% der männlichen und 89% der weiblichen) der Asperger-Patienten sie hätten mindestens ein Familienmitglied, das autistische Symptome zeigen würde. In 16% (bei den Männern 14%, bei den Frauen 20%) der Fälle war auch in der Verwandtschaft eine Diagnose aus dem autistischen Spektrum gestellt worden. Hierbei handelte es sich oft um die Kinder oder Neffen/ Nichten der Patienten. In der Eltern- und Großelterngeneration dieser Personen dürfte die Diagnose Asperger-Syndrom wohl noch nicht bekannt gewesen sein. Auffällig ist es, dass mehr Frauen antworteten es gäbe autistische Verhaltensweisen unter Angehörigen, wie auch Diagnosen aus dem autistischen Spektrum in der Familie. Craig J. Newschaffer schreibt zum Thema Erbllichkeit von Autismus, dass bei weiblichen Betroffenen höhere Prävalenzraten für autistische Geschwisterkinder gefunden werden (Newschaffer, et al., 2007).

Komorbidität

Die Hälfte der hier teilnehmenden Patienten hat eine weitere psychiatrische Diagnose. Fast jeder Fünfte hat zwei weitere psychiatrische Diagnosen und immerhin 3% der Asperger-Patienten hat eine dritte zusätzliche psychiatrische Diagnose. Die männlichen Patienten boten insgesamt etwas höhere Zahlen als die Patientinnen. Immerhin ein Drittel aller Patienten gab an keine zusätzlichen psychiatrischen Diagnosen zu haben. Die mit Abstand am häufigsten genannte Erkrankung ist mit 101 Fällen (entspricht 59%) die unipolare Depression. Auch sehr häufig genannt wurde ADHS (13% der Fälle) und Angsterkrankungen und Zwangssyndrome mit jeweils 5%. Männer litten häufiger unter diesen Erkrankungen. Von den Frauen wurde als dritthäufigste Erkrankung (mit 7%) die Anpassungsstörung genannt. 4% von ihnen litten unter Essstörungen. Lehnhardt nennt in diesem Zusammenhang ebenfalls als mit großem Abstand am häufigste Komorbidität die Depression, ebenfalls die Hälfte seiner Patienten war daran erkrankt. 11% waren an ADHS erkrankt, je 9% an sozialer Phobie und Essstörungen und 5% an schizoider Persönlichkeitsstörung. Ein Fünftel seiner Patienten hatte keine zusätzlichen psychiatrischen Diagnosen (Lehnhardt F. , Gawronski, Volpert, Schilbach, Tepest, &

Vogeley, 2012). Hofvander nennt folgende Daten für 67 Patienten mit Asperger-Syndrom: 52% depressive Störungen, 51% Angststörungen, 36% ADHS, je 21% Zwangssyndrome und Tic-Störungen und 15% Psychosen (Hofvander, et al., 2009). P. Howlin nennt in einem 2000 veröffentlichten Review zum Outcome von Asperger-Syndrom und Hochfunktionalem Autismus im Erwachsenenalter 41% depressive Erkrankungen und stimmt damit mit den anderen beiden genannten Ergebnissen überein. Allerdings nennt sie als zweithäufigste Komorbiditäten bipolare Depression und schizophrene Syndrome und als dritthäufigste Komorbidität die Angststörung. Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung wird nicht erwähnt (Howlin, Outcome in adult life for more able individuals with autism or Asperger syndrome, 2000), wahrscheinlich aufgrund der klassifikatorischen Schwierigkeiten und dem definitionsgemäßen Ausschluss der Doppeldiagnose Asperger-Syndrom plus ADHS. Die Angststörung wird in den genannten Studien etwas häufiger erwähnt als in der vorliegenden. Allerdings gaben 61% der Patienten (vor allem die Frauen) an subjektiv schon unter Angstzuständen gelitten zu haben. Auch die Eigeneinschätzungen zu Depressionen und Zwangssyndromen liegt deutlich höher als die Zahl der diesbezüglich gestellten Diagnosen.

Ambulante/ Stationäre/ Medikamentöse Behandlung

71% der Asperger-Patienten gaben an, schon einmal wegen psychiatrischer Probleme in ambulanter Behandlung gewesen zu sein, 47% waren deshalb sogar schon einmal stationär aufgenommen worden. 41% nahmen bei Datenerhebung Psychopharmaka ein, 52% berichteten, sie seien in der Vergangenheit schon einmal medikamentös therapiert worden. In einer vergleichbaren Studie werden folgende Zahlen genannt: 78% befanden sich in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Vorbehandlung, 35% noch immer zum Zeitpunkt der Datenerhebung und 28% nahmen regelmäßig Psychopharmaka ein, darunter am häufigsten Antidepressiva (Lehnhardt F. , Gawronski, Volpert, Schilbach, Tepest, & Vogeley, 2012).

Epilepsie

Epilepsien wurden von den Frauen in 4% der Fälle angegeben, von den Männern in 1% der Fälle. Insgesamt 14% der Patienten (10% der männlichen und 15% der weiblichen) gaben an schon Krampfanfälle gehabt zu haben, diese waren aber in deren Akte nicht als manifeste Epilepsie diagnostiziert. Bei 61 Patienten wurde schon einmal ein EEG abgeleitet, dieses erbrachte in 7 Fällen ein auffälliges Ergebnis. Eine vergleichbare Untersuchung ergibt 4 Fälle von Epilepsie unter 100 männlichen Asperger-Patienten (Cederlund & Gillberg, One hundred

males with Asperger syndrome: a clinical study of background and associated factors, 2004). Epilepsien scheinen bei autistischen Störungen gehäuft aufzutreten, umso häufiger, je schwerer eine bestehende Intelligenzminderung ist und sofern der Autismus im Rahmen eines Syndroms auftritt, das noch weitere Behinderungen beinhaltet. Oft werden diese erst im Erwachsenenalter manifest (Howlin, Outcome in adult life for more able individuals with autism or Asperger syndrome, 2000), (Berney, 2004), (Noterdaeme, Autismus-Spektrums-Störungen - Ein Überblick zum aktuellen Forschungsstand, 2011).

Perinatale Komplikationen und hirnorganische Komplikationen

Newschaffer bezeichnet in einem Review folgende prä- und perinatalen Komplikationen als assoziiert mit Autismus: Uterine Blutung, Kaiserschnitt, niedriges Geburtsgewicht, Frühgeburtlichkeit und niedriger Apgar-Score (Vitalparameter, der bei der Geburt erhoben wird). Diese träten bei Kindern mit Autismus-Spektrums-Störung häufiger auf als in der Normalbevölkerung (Newschaffer, et al., 2007). 12% der Asperger-Patienten aus der vorliegenden Studie antworteten, es hätte solche Komplikationen auch bei ihrer Geburt gegeben. Eine andere Studie nennt doppelt so häufig Komplikationen im Geburtsverlauf (60%) als im Schwangerschaftsverlauf (30%), diese Zahlen beziehen sich allerdings nur auf den Anteil derjenigen Patienten, die überhaupt Angaben zu diesem Thema machen konnte (Baumann & Remschmidt, 2005). Cederlund und Gillberg nennen Infektionen, uterine Blutungen, Präeklampsie, Frühgeburtlichkeit bzw. Übertragensein, Kaiserschnitt, niedriger Apgar-Score, vergrößerter Kopfumfang und Hyperbilirubinämie als Komplikationen, die bei Asperger-Patienten häufiger auftreten, als in der Allgemeinbevölkerung (Cederlund & Gillberg, One hundred males with Asperger syndrome: a clinical study of background and associated factors, 2004).

Sprachliche und motorische Entwicklung

Eine Sprachentwicklungsverzögerung trat in 36% der Fälle auf, etwas häufiger unter den männlichen Individuen. Eine motorische Entwicklungsverzögerung bestand bei 60%. Hier waren ebenfalls die Männer häufiger betroffen. Eine vergleichbare Studie nennt eine motorische Entwicklungsverzögerung in 50% der Fälle, eine sprachliche Entwicklungsverzögerung in 30% der Fälle (Baumann & Remschmidt, 2005). Die Diagnosekriterien der ICD-10 für das Asperger-Syndrom schließen eine Sprachentwicklungsverzögerung ganz klar aus. Zahlreiche Autoren schließen sich dieser Meinung an (Noterdaeme, Früherkennung autistischer Störungen, 2002). Weitere ähnliche

Ergebnisse liefern Cederlund und Gillberg, 49% der Asperger-Patienten ihrer Studie zeigten eine sprachliche Entwicklungsverzögerung, das Laufen wurde rund 2 Monate verzögert erlernt. Als Beispiele für motorische Auffälligkeiten werden genannt: Seltsamer Gang, seltsame Haltung oder schlechte Koordination. Diese scheinen auch im Erwachsenenalter noch vorhanden zu sein (Gilchrist, Green, Cox, Burton, Rutter, & Le Couteur, 2001). Eine Studie von Howlin et al. nennt den Spracherwerb vor dem 5. Lebensjahr als wichtigen Prognosefaktor für das soziale Outcome im Erwachsenenalter (Howlin, Goode, Hutton, & Rutter, 2004).

4.2. Erörterung aufkommender Fragen

Warum ist das Geschlechterverhältnis bei spät diagnostizierten Asperger-Patienten anders als im Kindesalter?

Über den Grund warum sich das Geschlechterverhältnis bei später Diagnose im Vergleich zu dem Verhältnis bei früher Erstdiagnose so stark unterscheidet, lässt sich viel spekulieren. Ein möglicher Grund könnte sein, dass betroffene männliche Individuen einfach früher auffällig werden, da ihre Kompensationsmöglichkeiten und sozialen Kompetenzen weniger gut ausgeprägt sind, wie die der betroffenen Mädchen. Schließlich gaben mehr Männer an noch nie Freundschaften geführt zu haben, was aber vielen Frauen gelang. Dies spricht für das Vorliegen von sozialer Kompetenz, auch durch den besseren Kontakt mit anderen Kindern können betroffene Mädchen ihre sozialen Fertigkeiten weiter verbessert haben.

Eine weitere mögliche Erklärung könnte sein, dass die Mädchen primär aus anderen Gründen in der Klinik vorstellig werden, z.B. wegen Anorexie oder Depressionen und so erst über Umwege (verspätet) zur richtigen Diagnose gelangen. Für diese Theorie spräche auch, dass Vordiagnosen in der vorliegenden Studie bei Frauen häufiger waren.

Eine weitere mögliche Ursache nennt Lehnhardt: Die autistischen Symptome könnten bei Mädchen im Kindes- und Jugendalter fälschlicherweise als Introvertiertheit oder übermäßige Schüchternheit fehlinterpretiert werden (Lehnhardt F., Gawronski, Volpert, Schilbach, Tepest, & Vokeley, 2012).

Eine andere Interpretationsmöglichkeit wäre, dass von erwachsenen Frauen in der Gesellschaft ein gewisses soziales Verhalten, Mütterlichkeit und Feingefühl im Umgang mit

anderen Menschen erwartet wird, und dass so vom Asperger-Syndrom betroffene Frauen im Erwachsenenleben eher auffallen. Wohingegen es vielleicht gesellschaftlich eher akzeptiert wird, wenn Männer „eigenbrötlerisch“ und zurückgezogen leben.

Der vorliegende Datensatz kann also diese Frage nicht ausreichend beantworten und gibt lediglich Hinweise darauf, dass vermutlich schon im Kindesalter bei Mädchen mit Asperger-Syndrom bessere soziale Fertigkeiten bestehen und dass sich Mädchen eher mit anderen Problemen bei entsprechenden Anlaufstellen vorstellen oder zumindest primär andere Diagnosen erhalten.

Was führt zur späten Diagnosestellung?

Lehnhardt vermutet als Grund für die späte Diagnosestellung „früh und erfolgreich einsetzende kognitive Kompensationsstrategien“ und zeigt in seiner Arbeit ein Nachlassen der Adaptationsleistung in der 3. und 4. Lebensdekade. Dies deckt sich mit dem hier dargebotenen Durchschnittsalter bei Erstdiagnose. Mögliche Kompensationsstrategien, die zu einer verspäteten Diagnose führen, könnten sein: Das bewusste Erlernen von Gesichtszugcharakteristika und von sozialen Regeln, das bewusste Erlernen von Blickkontakt und das Erlernen von Sprichwörtern und Redewendungen (Biscaldi-Schäfer, Rauh, Tebartz van Elst, & Riedel, 2012).

Als weitere Erklärung für die späte Diagnosestellung gibt Lehnhardt an, die Patienten könnten bei Einführung des Asperger-Syndroms in die Diagnoseliste des ICD-10 und DSM-IV Mitte der 90-er Jahre bereits das Kindes- und Jugendalter überschritten gehabt haben. Dies trifft ebenfalls auf die hier untersuchten Patienten zu: Die Untersuchungen dauerten bis Oktober 2011 an, das Durchschnittsalter der Stichprobe ist 33,99 Jahre. Die Patienten waren also bei Einführung der Diagnose mindestens 13 Jahre und älter.

Oder es wurde eine andere (Fehl-) Diagnose gestellt, mit der die Patienten lange Zeit lebten, die aber nie richtig passte. Im vorliegenden Datensatz hatten 36% der untersuchten Asperger-Patienten mindestens eine Vordiagnose im Vorfeld erhalten.

Eine weitere Überlegung stammt von Francesca Happé: Eltern (vor allem Väter) könnten erst bei einer Autismus-Diagnose ihrer Kinder die eigenen autistischen Verhaltensweisen entdecken (Happé & Charlton, 2011). Hierzu passt, dass sich in der vorliegenden Arbeit bei immerhin 16% der Asperger-Patienten weitere Fälle von Autismus in der Verwandtschaft finden und dies vorrangig in der Generation der Kinder.

Es wäre möglich, dass weniger schwer betroffene Individuen und solche, die mehr Unterstützung aus ihrer Umwelt erfahren, erst später klinisch auffällig werden. Umgekehrt

könnte man vermuten, dass umso weniger Unterstützung eine Person aus ihrem Umfeld erfährt und umso weniger Verständnis in ihrem Umkreis für ihre Andersartigkeit herrscht, desto höher wäre der Anpassungsdruck und desto eher habe eine solche Person gelernt ihre Defizite zu kompensieren. Um herauszufinden welchen Einfluss eine störungsspezifische Unterstützung ab Kindheit an auf das Outcome im Erwachsenenalter auswirkt, müsste man das Funktionsniveau spät diagnostizierter Asperger mit dem typisch diagnostizierter vergleichen. Dies wäre im Rahmen weiterer Studien möglich.

Lehnhardt sieht die späte Diagnose durch eine höhere Intelligenz bedingt. (Lehnhardt F., Gawronski, Volpert, Schilbach, Tepest, & Vogeley, 2012). Die Intelligenz wurde am vorliegenden Patientengut nicht getestet, somit kann hier auf diese Frage keine Antwort gefunden werden. Dies wäre ebenfalls ein interessanter Aspekt, der sich in zukünftigen Studien untersuchen ließe.

Warum gelingt es Frauen mit Asperger-Syndrom besser zwischenmenschliche Beziehungen zu führen als betroffenen Männern?

Viele befragte Asperger-Patienten gaben an, sich mehr Kontakt zu anderen Menschen zu wünschen und sich auch eine partnerschaftliche Beziehung zu wünschen. Betroffene Frauen scheinen in der Umsetzung allerdings erfolgreicher zu sein: Mehr Frauen gaben an schon Freundschaften geführt zu haben, Partnerschaften gehabt zu haben und Kinder zu haben. Vielleicht ist bei weiblichen Individuen der Kontaktwunsch stärker ausgeprägt als bei betroffenen männlichen Individuen oder es gelingt ihnen besser ihre Schwierigkeiten im sozialen Umgang zu kompensieren. Oder sie fügen sich besser den gesellschaftlichen Erwartungen, die an Frauen allgemein gestellt werden, wie etwa über Familiensinn zu verfügen oder über eine gewisse Geselligkeit. Man könnte vermuten, dass in der Erziehung von Mädchen im Allgemeinen mehr Wert darauf gelegt wird Umgangsformen, Höflichkeit und Anstand zu vermitteln und dass vor allem in Gesellschaft von Mädchen vielleicht eher als von Jungen Anpassung erwartet wird. Dies könnte dazu führen, dass betroffene Mädchen von Kindheit an eher lernen sich an verschiedenste Situationen anzupassen und über kognitive Strategien erlernen ihre autistische Symptomatik zu überspielen. Um dies herauszufinden müsste man Erziehungsfragen in der Anamneseerhebung der Eltern autistischer Personen mit einbeziehen.

Warum scheitern weniger Frauen mit Asperger-Syndrom im beruflichen Alltag?

Für das berufliche Scheitern bei Asperger-Patienten geben Marriage et al. drei mögliche Gründe an:

1. Viele Patienten beschrieben das Gefühl von Eindrücken überflutet zu sein und unfähig in Gegenwart anderer Menschen klar zu denken.
2. Einige könnten durch ihre Andersartigkeit Opfer von Mobbing geworden sein.
3. Eine Unfähigkeit sich für Arbeit zu motivieren, die der jeweiligen Person keinen Spaß macht oder eine Unfähigkeit voraus zu planen könnten eine Ursache sein (Marriage, Wolverton, & Marriage, 2009).

Tom Berney nennt als möglichen Grund, dass in vielen Jobs und vor allem in Vorstellungsgesprächen unvorhersehbare und unerwartete Dinge passieren können, woran Asperger-Patienten scheitern könnten (Berney, 2004).

Asperger-Patientinnen gaben an höhere Schulabschlüsse zu haben und mehr Frauen hatten abgeschlossene Ausbildungen. Ein Viertel von ihnen ging zum Zeitpunkt der Untersuchung einer Tätigkeit nach, die auch dem Ausbildungsniveau entsprach (respektive ein Fünftel der männlichen Patienten). Weit weniger Frauen als Männer gaben an noch nie strukturiert arbeitstätig gewesen zu sein. 32% der Frauen gaben jedoch auch an Mutter zu sein, daraus ließe sich schlussfolgern, dass die Diskrepanz zwischen betroffenen Patientinnen und Patienten noch größer wäre, gäbe es keine Frauen, die zugunsten der Kinderbetreuung nicht arbeiteten. Dies wurde allerdings im vorliegenden Datensatz nicht erfragt. „Hausfrauen“ könnten sich etwa in den Gruppen „nie strukturiert arbeitstätig gewesen“, „arbeitslos, HARTZ-IV, Grundsicherung oder Äquivalent“, „berentet oder dauerhaft krankgeschrieben“, „anspruchlose Tätigkeit, Mini-Jobs o. Ä.“ oder „strukturierte Berufstätigkeit in weniger anspruchsvollem Beruf“ verstecken. Allerdings könnte man - selbst wenn es bewiesen wäre, dass die weiblichen Asperger-Patientinnen nicht am Berufsleben teilnehmen können, weil sie mit Kindererziehung und Haushalt beschäftigt sind - noch nicht darauf schließen, dass sie eher als die männlichen Asperger-Patienten dazu in der Lage wären im erlernten Beruf tätig zu sein.

Wie bereits mehrfach erwähnt verfügen betroffene Frauen möglicherweise über bessere Kompensationsmechanismen oder es gelingt ihnen besser sich für die Dauer des Arbeitstages anzupassen und die autistische Symptomatik mit kognitiven Strategien zu überspielen (s.o.). Dies müsste ebenfalls gesondert erfragt werden.

Warum gibt es so häufig Komorbiditäten?

Komorbiditäten treten am häufigsten beim Übergang ins Erwachsenenalter auf. Man könnte vermuten, dass dies der Zeitpunkt ist, wo die Betroffenen anfangen Vergleiche zu ziehen zwischen sich und Gleichaltrigen und ihr Anderssein erstmals selbst bemerken und negativ bewerten. Gleichzeitig wächst vielleicht der Druck aus dem Umfeld, die Kindheit ist vorüber und Selbstständigkeit ist gefragt. Berufswahl, Lehrstellensuche, Bewerbungen und Vorstellungsgespräche erfordert Eigeninitiative. Diese Umbruchsphase ist zusätzlich von vielen Veränderungen im Leben der jungen Patienten begleitet, wie etwa dem Wechsel auf eine weiterführende Schule oder in die Lehre oder Universität. Damit kann ein Umzug verbunden sein, der Verlust des gewohnten Umfelds und eine Änderung im Tagesablauf. Dies alles ist für Menschen mit Asperger-Syndrom eine noch größere Herausforderung als für andere Jugendliche und kann zu großer Verunsicherung führen. Dies könnte eine Erklärung für die Entstehung psychischer Erkrankungen sein. Andererseits könnte man aber auch eine Erschöpfung von der Anpassungsleistung, die die Betroffenen erbringen als Ursache sehen. 94% der Befragten gaben an sich erschöpft zu fühlen von den Anstrengungen sich an ihr Umfeld anzupassen.

Gibt es Charakteristika, die nicht in den gängigen Diagnosesystemen enthalten sind?

Die vorliegende Arbeit verfügt über eine sehr umfangreiche und detaillierte Darstellung der autistischen Symptomatik (siehe Kapitel 3.2. Tabellenscreening und die Tabellen im Anhang). Große Teile der dargestellten Symptomatik sind in den diagnostischen Kriterien des Asperger-Syndroms gefordert (s. Kapitel 1.4. Definition), weshalb es nicht verwundert, dass nahezu alle Teilnehmer mit Asperger-Syndrom Symptome aus den Themenbereichen Beeinträchtigung sozialer Interaktion, eingeschränkte Interessen und Aktivitäten, stereotype Verhaltensmuster, beeinträchtigte nonverbale Kommunikation und motorische Ungeschicklichkeit angaben. Gillberg gibt als weiteres diagnostisches Kriterium noch eine verzögerte Sprachentwicklung an, was laut ICD-10-Kriterien eine Diagnose des Asperger-Syndroms ausschließt. In der vorliegenden Untersuchung gaben jedoch immerhin 36% der Asperger-Patienten an, eine sprachliche Entwicklungsverzögerung gehabt zu haben. Darüber hinaus zeigten fast alle Teilnehmer ein konkretistisches Sprachverständnis, was ebenfalls nur Teil der Gillberg'schen Diagnosekriterien ist, von den ICD-10-Kriterien nicht genannt wird, jedoch auch nicht ausgeschlossen wird. Diesen Umstand bemängeln zahlreiche andere Autoren (Leekam, Libby, Wing, Gould, & Gillberg, 2000).

Ebenfalls nicht in den ICD-10-Kriterien enthalten, oder zumindest nicht wörtlich erwähnt - von Gillberg hingegen gefordert - sind Sonderinteressen. Die Frage danach bejahten jedoch 95% der teilnehmenden Asperger-Patienten. Gerade diese scheint eine ganz typische Eigenheit von Menschen mit Asperger-Syndrom zu sein. Neben Gillberg & Gillberg teilen noch viele weitere Autoren diese Ansicht. (Gillberg & Gillberg, 1989), (Asperger, Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter, 1944), (Wing, Asperger syndrome: a clinical account, 1981), (Lang, 2004).

Es fällt jedoch auf, dass es, wie in dieser Arbeit gezeigt, weitere Symptome gibt, die die meisten teilnehmenden Asperger-Patienten aufweisen, die aber nicht Teil eines der gängigen Diagnosesysteme sind. So gibt z.B. eine überragende Mehrheit an, wenig adaptionsfähig zu sein. 96% sind empfindlich gegenüber Veränderungen ihres Umfelds und über 80% haben selbst mit winzigen Veränderungen ihres Umfelds Probleme, z.B. dem Verrücken von Möbeln in der Wohnung. Diesen Drang zur Gleichhaltung beschrieb schon Kanner 1943 und nach ihm noch viele andere Autoren auch speziell für das Asperger-Syndrom (Kanner, Autistic disturbances of affective contact, 1943), (Fischer & Probst, 2006), (Gilchrist, Green, Cox, Burton, Rutter, & Le Couteur, 2001), (Biscaldi-Schäfer, Rauh, Tebartz van Elst, & Riedel, 2012).

Zum Thema Kontaktverhalten gaben 98% der hier untersuchten Asperger-Patienten an Einzelgänger zu sein. Mehr als ein Drittel gab an noch nie eine echte Freundschaft erlebt zu haben. Es ist davon auszugehen, dass anders als von den ICD-10-Kriterien gefordert nicht nur eine qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktion, sondern darüber hinaus auch eine quantitative Beeinträchtigung vorliegt. Erwähnenswert scheint es, dass 77% der befragten Asperger-Patienten angeben beim Sprechen nicht in die Augen ihres Gegenübers zu schauen und 93% Blickkontakt unangenehm finden. Dies lässt sich allerdings ganz gut in das Diagnosekriterium Schwierigkeiten mit (nonverbaler) Kommunikation einordnen. Der fehlende Blickkontakt wird in zahlreichen Arbeiten zum Thema Asperger-Autismus beschrieben (Lang, 2004), (Remschmidt & Kamp-Becker, Das Asperger-Syndrom - Eine Autismus-Spektrums-Störung, 2007), (Lord, Rutter, & Le Couteur, Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible Pervasive Developmental Disorders, 1994).

Ebenfalls nicht in die gängigen Diagnosekriterien eingeschlossen sind ein Mangel an interaktioneller Phantasie und Empathie. Alle befragten Asperger-Patienten gaben an Schwierigkeiten mit interaktioneller Phantasie zu haben. Beispielhaft sei erwähnt, dass jeweils über 90% der Patienten angeben nicht lügen zu können und Als-ob-Spiele nicht zu

verstehen oder als Kind nicht verstanden zu haben. Immerhin 89% gaben an, es fiel ihnen schwer sich in andere Menschen einzufühlen (Baron-Cohen & Wheelwright, *The empathy quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or High functioning autism, and normal sex differences*, 2004), (Wing, *Asperger syndrome: a clinical account*, 1981), (Lord, Rutter, & Le Couteur, *Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible Pervasive Developmental Disorders*, 1994).

Weitere Themen, die hier zusätzlich behandelt wurden sind Besonderheiten der Wahrnehmung, Besonderheiten des Gedächtnisses und Priorisierungsprobleme. 94% der befragten Asperger-Patienten kennen ein Gefühl der Reizüberflutung, am häufigsten ausgelöst durch akustische und taktile Reize (Lang, 2004), (Kanner, *Autistic disturbances of affective contact*, 1943), (Asperger, *Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter*, 1944). Besonderheiten des Gedächtnisses waren immerhin bei mehr als der Hälfte der Asperger-Patienten zu finden. 93% sind detailversessen und noch größer ist die Zahl derer, die Wichtiges von Unwichtigem nicht unterscheiden können (Fischer & Probst, 2006).

4.3. Bewertung der Arbeit

4.3.1. Im Hinblick auf die Zielsetzung

Eines der Hauptziele dieser Arbeit war es, anhand einer möglichst großen Patientenzahl Lebensumstände, Komorbiditäten und Symptomatik einer Inanspruchnahmepopulation spät-diagnostizierter Patienten mit Autismus-Spektrum-Störungen zu erfassen. Dazu konnten die Daten von 285 Patienten (186 männliche und 99 weibliche) für die Zwecke dieser Arbeit genutzt werden. Dies stellt eine der umfangreichsten Datensammlungen zum Themengebiet der erwachsenen, insbesondere spät-diagnostizierten Asperger-Patienten dar, vergleiche dazu Björn Hofvander und Fritz-Georg Lehnhardt (Hofvander, et al., 2009), (Lehnhardt F. , Gawronski, Schilbach, Tepest, Huff, & Vogeley, 2011), (Lehnhardt F. , Gawronski, Volpert, Schilbach, Tepest, & Vogeley, 2012). Es gelang deren autistische Symptomatik detailliert darzustellen und somit auch eine Abgrenzung von weiteren psychiatrischen Diagnosen zu schaffen, die erst im Erwachsenenalter hinzutreten und möglicherweise die autistische

Symptomatik überlagern. Des Weiteren gelang es einen Überblick über die Lebensumstände dieser Patienten zu geben hinsichtlich schulischem und beruflichem Erfolg, Partnerschaft und Freundschaft, eigenständigem Wohnen, Entwicklung und Komorbidität und diese Ergebnisse mit anderen Subgruppen des Autistischen Spektrums zu vergleichen und somit Gemeinsamkeiten und Unterschiede herauszuarbeiten.

4.3.2. Schwächen im Studiendesign

Stichprobengewinnung

Die Daten, die für diese Arbeit verwendet wurden, stammen wie oben bereits erwähnt von einer Inanspruchnahmepopulation der Spezialsprechstunde für Autismus-Spektrums-Störungen im Erwachsenenalter in der Ambulanz der Psychiatrischen Universitätsklinik Freiburg. Sie wurden von verschiedenen Untersuchern gesehen und erhielten somit auch von verschiedenen Untersuchern ihre Diagnose. Leider war es nicht möglich von allen Untersuchern sämtliche Akten derjenigen Patienten zu bekommen, die im angegebenen Zeitraum vom 01. Oktober 2009 bis zum 01. Oktober 2011 gesehen wurden. Nur ein Untersucher konnte die Akten sämtlicher Patienten zur Verfügung stellen, die er in diesem Zeitraum gesehen hatte, also auch von denjenigen, die keine Autismus-Diagnose bekamen. Die anderen Untersucher konnten nur die Akten derjenigen Patienten zur Verfügung stellen, die auch tatsächlich eine Diagnose aus dem Bereich der Autismus-Spektrums-Störungen erhalten hatten. Somit sind die Ergebnisse verzerrt; 255 von 285 Patienten (89%) erhielten eine Diagnose aus dem autistischen Spektrum und nur 30 Patienten keine. In Wirklichkeit wurden sehr wahrscheinlich mehr Patienten im selben Zeitraum gesehen, die keine Diagnose aus dem autistischen Spektrum erhielten. Natürlich ist es wahrscheinlich in einer solchen Inanspruchnahmepopulation eine hohe Rate an „Treffern“ zu haben, da sich nur Personen dort vorstellen, die an sich selbst autistische Verhaltensweisen feststellen oder zumindest von ihrem Umfeld als autistisch wahrgenommen werden und dann einen Termin in der Autismus-Sprechstunde vereinbaren. Es könnte sich auch um Patienten handeln, die sich bereits in psychiatrischer Behandlung befanden und an die Autismus-Sprechstunde überwiesen wurden. Nichtsdestotrotz sind 89% Autismus-Diagnosen für die vorliegende Stichprobe ein zu großer Anteil und dieser wäre sicherlich nicht so hoch, wäre es möglich gewesen die Daten wirklich aller in diesem Zeitraum vorstellig gewordenen Patienten mit einzubeziehen. Dazu kommt die Problematik, dass eine Inanspruchnahmepopulation immer in gewisser Weise vorselektiert ist,

da nur Menschen, die subjektiv leiden auch tatsächlich in einer Ambulanz - in diesem Fall der Sprechstunde für Autismus-Spektrums-Störungen - vorstellig werden. Dadurch kommt es einerseits zu der hohen Rate an Diagnosen, andererseits kann aber auch das psychosoziale Funktionsniveau der dort diagnostizierten Asperger-Patienten in Richtung einem niedrigeren Niveau verzerrt sein.

Vergleichbarkeit der Subgruppen

Anhand der Diagnosen wurden die Patienten zunächst in sechs Subgruppen eingeteilt. Eine Gruppe „autistische Züge“, eine Gruppe „Asperger-Syndrom“, eine Gruppe „Frühkindlicher Autismus“, außerdem „Autismus im Rahmen eines Syndroms“, „Atypischer Autismus“ und „keine Autismus-Diagnose“. Letztere wurde zu einem späteren Zeitpunkt aus der Auswertung herausgenommen, da diese Gruppe weder vollständig erfasst werden konnte, noch als echte Vergleichsgruppe dienen kann.

Damit verbleiben also fünf Subgruppen, die im Ergebnisteil ausführlich besprochen wurden. Es handelt sich um 194 Asperger-Patienten, 15 Patienten mit autistischen Zügen, 20 Patienten mit Autismus im Rahmen eines Syndroms, 5 Patienten mit Frühkindlichem Autismus und 21 Patienten mit Atypischem Autismus. Es ist offensichtlich, dass die Gruppengrößen in dieser Stichprobe stark variieren. Die Zahl der Patienten mit Asperger-Syndrom ist mit Abstand am größten, die anderen Gruppengrößen sind im Verhältnis dazu relativ einheitlich. Dies schränkt die Vergleichbarkeit der Nicht-Asperger-Gruppen mit der Asperger-Gruppe ein. Außerdem ist die Aussagekraft der zum Teil sehr kleinen Nicht-Asperger-Gruppen eingeschränkt. Trotzdem haben wir uns entschieden alle Patienten (bis auf diejenigen ohne Autismus-Diagnose) in Form von Subgruppen mit in die Auswertung mit einzubeziehen. Hier ist besondere Vorsicht geboten, wenn die Angaben in Prozent gemacht werden. Deshalb wurde auch bei allen Schaubildern, die hier verwendet wurden darauf geachtet die Patientenzahlen (n) mit anzugeben. Auf diese Weise soll sichergestellt werden, dass jeder Leser die dargestellten Ergebnisse richtig interpretiert und zum Beispiel die Angabe „80% der Asperger-Patienten“ für sich selbst anders bewertet als die Angabe „80% der Patienten mit autistischen Zügen“.

4.4. Bedeutung der erzielten Ergebnisse und Ausblick

Was es für Betroffene und deren Umfeld wirklich bedeutet an einem Asperger-Syndrom zu leiden lässt sich anhand der erzielten Ergebnisse etwas besser nachvollziehen. Oftmals befinden sich die Patienten in einer Situation aus verschiedenen Problemen, die teils auf die Symptomatik, teils aber auch auf deren Folgen zurückzuführen sind, was für die jeweiligen Personen nicht immer einfach zu trennen ist. Hier seien Komorbiditäten wie zum Beispiel Depressionen, schulische und berufliche Misserfolge und das Scheitern in privaten Beziehungen, in Partnerschaften, wie in Freundschaften zu nennen. Dies kann sich wiederum gegenseitig begünstigen. Eine psychiatrische Erkrankung kann zu beruflichem Misserfolg führen, aber auch das Scheitern von Partnerschaft oder Freundschaft bedingen. Beruflicher Misserfolg und soziale Isoliertheit oder Einsamkeit können wiederum eine psychiatrische Komorbidität begünstigen. Das kann es für Betroffene schwierig machen zu erkennen welcher Anteil an der Problematik nicht mehr allein durch die Symptomatik erklärt werden kann und gesonderter Hilfe oder Unterstützung bedarf.

Abschließend kann gefolgert werden, dass es zukünftig weiterer Bemühungen bedarf, Betroffene zu identifizieren, insbesondere auch im Erwachsenenalter. Es zeigte sich deutlich, wie sehr Menschen mit Asperger-Syndrom in verschiedensten Lebensbereichen mit Misserfolgen zu kämpfen haben und Unterstützung dringend benötigen. Sei es bei Ausbildung/ Studium oder im beruflichen Alltag, sei es bei unabhängigem Wohnen oder eigenständiger Lebensführung. Ebenfalls könnte eine Unterstützung in der Gestaltung sozialer Kontakte hilfreich sein. Ziele der Unterstützung könnten eine Ausbildung sein, die eher den individuellen Neigungen der Betroffenen entsprechen und Defizite im zwischenmenschlichen Bereich berücksichtigen, sodass es mehr betroffenen Personen möglich wäre auch dauerhaft in ihrem gewählten Beruf zu arbeiten. Ebenso müsste an der (Wieder-) Eingliederung von Krankgeschriebenen oder auf niedrigerem Niveau Beschäftigten gearbeitet werden. So könnte man vielleicht eine höhere Zufriedenheit und höhere Lebensqualität der Menschen mit Asperger-Syndrom erreichen und entstehende Komorbiditäten wie Depressionen verhindern. Außerdem bleibt es nach wie vor wichtig, die Eigenheiten des Syndroms in der Allgemeinbevölkerung bekannt zu machen, um Vorurteile und Ablehnung Betroffenen gegenüber abzubauen. Dies wiederum könnte auch zu einer früheren Diagnosestellung beitragen, wenn Angehörige früher auf die vorherrschenden Symptome aufmerksam würden

und diese besser einordnen könnten. Damit wäre ein früher Zugang zu Hilfsangeboten möglich wodurch das Outcome gebessert werden könnte.

Literaturverzeichnis

- Asperger, H. (1944). Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 117, S. 76-136.
- Asperger, H. (1968). Autistische Psychopathen. In H. Asperger, *Heilpädagogik 5. Auflage* (S. 177-204). Wien, New York: Springer-Verlag.
- Asperger, H. (1968). Zur Differentialdiagnose des kindlichen Autismus. *Acta paedopsychiatrica* 35, S. 136-145.
- Banaschewski, T., Poustka, L., & Holtmann, M. (2011). Autismus und ADHS über die Lebensspanne. Differentialdiagnosen oder Komorbidität. *Der Nervenarzt* 82, S. 573-581.
- Baron-Cohen, S. L., Auyeung, B., Ashwin, E., Chakrabarti, B., & Knickmeyer, R. (2011). Why are autism spectrum conditions more prevalent in males? *PLoS Biology* 9.
- Baron-Cohen, S., & Hammer, J. (1997). Parents of children with Asperger Syndrome: What is the cognitive phenotype? *Journal of Cognitive Neuroscience* 9, S. 548-554.
- Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (2004). The empathy quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or High functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 34, S. 163-175.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition* 21, S. 37-46.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J., & Clubley, E. (2001). The Autism-Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger Syndrome/ High-Functioning Autism, males and females, scientists and mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 31, S. 5-17.
- Baumann, A., & Remschmidt, H. (2005). *Katamnestischen Untersuchungen bei Patienten mit Asperger Syndrom und tiefgreifenden Entwicklungsstörungen*. Marburg.

- Berney, T. (2004). Asperger syndrome from childhood into adulthood. *Advances in Psychiatric Treatment* 10, S. 341-351.
- Biscaldi-Schäfer, M., Rauh, R., Tebartz van Elst, L., & Riedel, A. (2012). Autismus-Spektrums-Störungen vom Kindes- bis ins Erwachsenenalter. *Nervenheilkunde* 31, S. 498-507.
- Blaxill, M. (November 2004). What's going on? The question of time trends in autism. *Public Health Reports* 119, S. 536-551.
- Brugha, T., McManus, S., Bankart, J., Scott, F., Purdon, S., Smith, J., et al. (2011). Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community of England. *Archives of general psychiatry*.
- Cederlund, M., & Gillberg, C. (2004). One hundred males with Asperger syndrome: a clinical study of background and associated factors. *Developmental Medicine & Child Neurology* 46, S. 652-660.
- Cederlund, M., Hagberg, B., Billstedt, E., Gillberg, C., & Gillberg, C. (2008). Asperger syndrome and autism: A comparative longitudinal follow-up study more than 5 years after original diagnosis. *J. Autism Dev. Disord.* 38, S. 72-85.
- Chakrabarti, S., & Fombonne, E. (2001). Pervasive Developmental Disorders in preschool children. *JAMA* 285, S. 3093-3099.
- Ehlers, S., & Gillberg, C. (1993). The epidemiology of asperger syndrome. A total population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 34, S. 1327-1350.
- Fischer, C., & Probst, P. (2006). Zwangsphänomene bei Asperger-Syndrom und High-functioning-Autismus. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 54, S. 277-292.
- Fitzgerald, M., & Corvin, A. (2001). Diagnosis and differential diagnosis of Asperger syndrome. *Advances in Psychiatric Treatment* 7, S. 310-318.
- Folstein, S., & Rutter, M. (1977). Infantile autism: A genetic study of 21 twin pairs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 18, S. 297-321.
- Fombonne, E. (2003). The prevalence of autism. *JAMA* 289, S. 87-89.
- Fombonne, E. (2009). Epidemiology of Pervasive Developmental Disorders. *Pediatric*

Research 65, S. 591-598.

- Gilchrist, A., Green, J., Cox, A., Burton, D., Rutter, M., & Le Couteur, A. (2001). Development and current functioning in adolescents with Asperger syndrome: A comparative study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 42, S. 227-240.
- Gillberg, C., & Gillberg, C. (1989). Asperger Syndrome - Some epidemiological considerations: A research note. *Journal of child psychology and psychiatry* 30, S. 631-638.
- Gomolla, A. (September 2002). *Der Lebensverlauf von Menschen mit Asperger Syndrom / High-Functioning Autismus*. Konstanz.
- Happé, F., & Charlton, R. (2011). Aging in autism spectrum disorders: a mini-review. *Gerontology* 58, S. 70-78.
- Hofvander, B., Delorme, R., Chaste, P., Nydén, A., Wentz, E., Stahlberg, O., et al. (2009). Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry*, S. 9-35.
- Howlin, P. (2000). Outcome in adult life for more able individuals with autism or Asperger syndrome. *autism* 4, S. 63-83.
- Howlin, P., & Asgharian, A. (1999). The diagnosis of autism and Asperger syndrome: findings of a survey of 770 families. *Developmental Medicine & Child Neurology* 41, S. 834-839.
- Howlin, P., Goode, S., Hutton, J., & Rutter, M. (2004). Adult outcome for children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45, S. 212-229.
- Jeon, V., & Remschmidt, H. (2006). *Katamnestiche Untersuchung und Entwicklung eines Screening-Fragebogens bei Patienten mit Asperger-Syndrom und Patienten mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen*. Marburg.
- Jones, R., Wheelwright, S., Farrel, K., Martin, E., Green, R., Di Ceglie, D., et al. (2011). Brief report: female-to-male transsexual people and autistic traits. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 42, S. 301-306.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nerv. Child* 2, S. 217-250.
- Kanner, L. (1951). The conception of wholes and parts in early infantile autism. *American*

journal of psychiatry 108, S. 23-26.

Kanner, L. (1971). Follow-up study of eleven autistic children originally reported in 1943.

Journal of Autism and Childhood Schizophrenia 1, S. 119-145.

Klin, A., Volkmar, F., Sparrow, S., Cicchetti, D., & Rourke, B. (1995). Validity and neuropsychological characterization of Asperger syndrome: convergence with Nonverbal Learning Disabilities Syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry 36, S. 1127-1140.*

Lang, J. (2004). *Wenn das Denken einsam macht.*

Leekam, S., Libby, S., Wing, L., Gould, J., & Gillberg, C. (2000). Comparison of ICD-10 and Gillberg's criteria for Asperger syndrome. *autism 4, S. 11-28.*

Lehnhardt, F., Gawronski, A. V., Schilbach, L., Tepest, R., Huff, W., & Vogeley, K. (2011). Autismus-Spektrums-Störungen im Erwachsenenalter: Klinische und neuropsychologische Befunde spätdiagnostizierter Asperger-Syndrome. In *Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie* (S. 290-297). Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.

Lehnhardt, F., Gawronski, A., Volpert, K., Schilbach, L., Tepest, R., & Vogeley, K. (2012). Das psychosoziale Funktionsniveau spätdiagnostizierter Patienten mit Autismus-Spektrums-Störungen. In *Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie* (S. 88-97). Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.

Lord, C., Risi, S., Lambrecht, L., Cook, E., Leventhal, B., DiLavore, P., et al. (2000). The Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic: a standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders 30, S. 205-223.*

Lord, C., Rutter, M., & Le Couteur, A. (1994). Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible Pervasive Developmental Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders 24, S. 659-685.*

Lotter, V. (1967). Epidemiology of autistic conditions in young children. *Social Psychiatry 1, S. 163-173.*

Marriage, S., Wolverton, A., & Marriage, K. (2009). Autism Spectrum Disorder grown up. *J.*

- Can. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 18, S. 322-328.
- Newschaffer, C., Croen, L., Daniels, J., Giarelli, E., Grether, J., Levy, S., et al. (2007). The epidemiology of Autism spectrum disorders. *Annual Review of Public Health* 28, S. 235-258.
- Noterdaeme, M. (2002). Früherkennung autistischer Störungen. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 150, S. 149-156.
- Noterdaeme, M. (2011). Autismus-Spektrums-Störungen - Ein Überblick zum aktuellen Forschungsstand. In *Klinische Pädiatrie*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Pondé, M., Novaes, C., & Losapio, M. (2010). Frequency of symptoms of attention deficit and hyperactivity disorder in autistic children. *Arquivos de neuro-psiquiatria* 68, S. 103-106.
- Preißmann, C. (2007). Durchaus liebenswerte Persönlichkeiten. *Deutsches Ärzteblatt*, S. 566-568.
- Remschmidt, H. (2000). Das Asperger-Syndrom: Eine zu wenig bekannte Störung? *Deutsches Ärzteblatt* 97, S. 36-63.
- Remschmidt, H., & Kamp-Becker, I. (2007). Das Asperger-Syndrom - Eine Autismus-Spektrums-Störung. *Deutsches Ärzteblatt* 104, S. 873-882.
- Roy, M., Dillo, W., Emrich, H., & Ohlmeier, M. (Januar 2009). Das Asperger-Syndrom im Erwachsenenalter. *Deutsches Ärzteblatt* 106, S. 59-64.
- Rutter, M. (1978). Diagnosis and definition of childhood autism. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia* 8, S. 139-161.
- Scott, F., Baron-Cohen, S., Bolton, P., & Brayne, C. (2002). Brief report: Prevalence of autism spectrum conditions in children aged 5-11 years in Cambridgeshire, UK. *Autism* 6, S. 231-237.
- Soderstrom, H., Rastam, M., & Gillberg, C. (2002). Temperament and character in adults with Asperger syndrome. *Autism* 6, S. 287-297.
- Szatmari, P. (2003). The causes of autism spectrum disorders. *BMJ* 326, S. 173-174.
- Szatmari, P., Bryson, S., Streiner, D., Wilson, F., Archer, L., & Rye, C. (2000). Two-year

outcome of preschool children with autism or Asperger's syndrome. *The American journal of psychiatry* 157, S. 1980-1987.

Van Krevelen, A. (1971). Early infantile autism and autistic psychopathy. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia* 1, S. 82-86.

Wing, L. (1981). Asperger syndrome: a clinical account. *Psychological medicine* 11, S. 115-129.

Wing, L. (1996). Autistic spectrum disorders. No evidence for or against an increase in prevalence 312. *BMJ*, S. 312-327.

Wing, L., & Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 9, S. 11-29.

Anhang 1

Ergebnisse Allgemeines

Geschlechterverhältnis Gesamtpatienten

	Häufigkeit n	Prozent %
Männer	186	65,3
Frauen	99	34,7
Gesamt	285	100

Autistisches Subsyndrom Gesamtpatienten

	Häufigkeit n	Prozent %
Autistische Züge	15	5,3
Asperger-Syndrom	194	68,1
Autismus im Rahmen eines Syndroms	20	7,0
Frühkindlicher Autismus	5	1,8
Atypischer Autismus	21	7,4
kein Autismus	30	10,5
Gesamt	285	100

Alter Gesamtpatienten

	Minimum (Jahre)	Maximum (Jahre)	Mittelwert (Jahre)
Männer n184	17	64	33,97
Frauen n 95	18	60	34,04
Gesamt n 279	17	64	33,99

Ergebnisse Asperger-Screening

Wunsch nach identischer Tagesstruktur

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	123	22	145
Nicht Asperger-Syndrom	30	37	67

Wenn möglich immer gleiche Wege nehmen

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	90	12	102
Nicht Asperger-Syndrom	31	32	63

Rituale beim Anziehen

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	35	12	47
Nicht Asperger-Syndrom	14	35	49

Rituale beim Waschen

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	53	13	66
Nicht Asperger-Syndrom	22	33	55

Rituale beim Essen

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	38	13	51
Nicht Asperger-Syndrom	13	28	41

Eingeschränkte Kleiderwahl

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	52	1	53
Nicht Asperger-Syndrom	14	13	27

Verzehr von nur wenigen bestimmten Speisen

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	76	4	80
Nicht Asperger-Syndrom	10	21	31

Empfindlichkeit gegenüber Veränderung

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	160	7	167
Nicht Asperger-Syndrom	48	19	67

Unbehagen beim Verrücken von Möbeln

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	58	8	66
Nicht Asperger-Syndrom	22	23	45

Unbehagen beim Verrücken von Dingen auf dem Schreibtisch

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	25	4	29
Nicht Asperger-Syndrom	12	14	26

Erschwertes Wiederfinden von gering Verschobenem

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	22	11	33
Nicht Asperger-Syndrom	6	19	25

Probleme umzuziehen oder zu verreisen

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	30	6	36
Nicht Asperger-Syndrom	10	8	18

Bedürfnis nach inneren Silben- oder Satzwiederholungen

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	52	23	75
Nicht Asperger-Syndrom	16	27	43

Bedürfnis mit dem Oberkörper zu schaukeln

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	60	33	93
Nicht Asperger-Syndrom	23	37	60

Selbstgespräche laut

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	57	13	70
Nicht Asperger-Syndrom	28	24	52

Selbstgespräche leise

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	14	1	15
Nicht Asperger-Syndrom	3	6	9

Innere Echolalie

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	27	26	53
Nicht Asperger-Syndrom	17	22	39

Beim Sprechen Blick auf eine andere Stelle als die Augen

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	99	31	130
Nicht Asperger-Syndrom	34	36	70

Gefühl der Reizüberflutung

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	104	7	111
Nicht Asperger-Syndrom	40	20	60

Empfindlichkeit gegenüber Geräuschen

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	142	15	157
Nicht Asperger-Syndrom	49	27	76

Empfindlichkeit gegenüber Licht

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	83	37	120
Nicht Asperger-Syndrom	16	40	56

Empfindlichkeit gegenüber Gerüchen oder Geschmack

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	84	41	125
Nicht Asperger-Syndrom	17	43	60

Empfindlichkeit gegenüber Berührung

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	137	13	150
Nicht Asperger-Syndrom	40	28	68

Sehr leise Hintergrundgeräusche wahrnehmen

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	81	6	87
Nicht Asperger-Syndrom	26	22	48

Diskriminationsstörung

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	83	10	93
Nicht Asperger-Syndrom	37	20	57

Bedürfnis nach Ruhe und Ordnung

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	21	0	21
Nicht Asperger-Syndrom	66	0	66

Menschenmengen/ Trubel meiden

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	58	5	63
Nicht Asperger-Syndrom	25	3	28

Unbehagen bei Unordnung/ Chaos

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	6	1	7
Nicht Asperger-Syndrom	2	0	2

Vorliebe für Details

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	146	12	158
Nicht Asperger-Syndrom	45	25	70

Schwierigkeiten haben Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	52	3	55
Nicht Asperger-Syndrom	22	12	34

Interesse für Muster/ Symmetrie

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	79	20	99
Nicht Asperger-Syndrom	26	32	58

Fehlererkennung

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	115	4	119
Nicht Asperger-Syndrom	44	13	57

Vorliebe für Telefonnummern

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	26	19	45
Nicht Asperger-Syndrom	7	29	36

Vorliebe für Autokennzeichen

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	46	21	67
Nicht Asperger-Syndrom	18	26	44

Sonderinteressen

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	168	7	175
Nicht Asperger-Syndrom	60	17	77

Einzelgängertum

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	181	3	184
Nicht Asperger-Syndrom	75	11	86

Gehänselt als Kind

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	124	33	157
Nicht Asperger-Syndrom	42	29	71

Als Außenseiter gelten

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	153	12	165
Nicht Asperger-Syndrom	52	16	68

Schwer voraussagen können was ein anderer Mensch tun wird

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	45	5	50
Nicht Asperger-Syndrom	13	6	19

Schwer verstehen, was jemand mit einer Handlung erreichen will

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	61	4	65
Nicht Asperger-Syndrom	18	10	28

Probleme bei sozialen Interaktionen

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	173	0	173
Nicht Asperger-Syndrom	70	4	74

Probleme beim Small Talk

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	163	3	166
Nicht Asperger-Syndrom	54	15	69

Als unhöflich/ taktlos gelten

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	131	9	140
Nicht Asperger-Syndrom	44	17	61

Ungeschriebene Regeln intuitiv nicht verstehen

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	127	6	133
Nicht Asperger-Syndrom	39	12	51

In der Gruppe als letzter mitkriegen was los ist

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	50	4	54
Nicht Asperger-Syndrom	12	9	21

Unbehagen in der Gruppe

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	142	7	149
Nicht Asperger-Syndrom	43	11	54

Planung von sozialen Aktionen im Voraus

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	121	15	136
Nicht Asperger-Syndrom	28	31	59

Schwierigkeiten haben beim Telefonieren

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	119	17	136
Nicht Asperger-Syndrom	28	18	46

Hand geben unverständlich/ unangenehm

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	57	17	74
Nicht Asperger-Syndrom	9	15	24

Gesichtswiedererkennung erschwert

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	93	74	17
Nicht Asperger-Syndrom	29	50	79

Probleme in Gesichtern zu lesen

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	11	8	119
Nicht Asperger-Syndrom	46	26	72

Probleme Körpersprache zu lesen

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	66	10	76
Nicht Asperger-Syndrom	18	15	33

Schwierigkeiten beim Verstehen von indirektem Sprechen

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	85	3	88
Nicht Asperger-Syndrom	32	8	40

Schwierigkeiten Ironie zu bemerken/ zu verstehen

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	129	33	162
Nicht Asperger-Syndrom	45	36	81

Witze nicht witzig finden/ nicht verstehen

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	116	32	148
Nicht Asperger-Syndrom	37	29	66

Bewusstes Erlernen metaphorischer Redewendungen

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	116	30	146
Nicht Asperger-Syndrom	17	38	55

Bei Sprichwörtern Bild vor Bedeutung

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	92	19	111
Nicht Asperger-Syndrom	23	29	52

Erschwertes Verstehen von übertragenen Bedeutungen

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	135	8	143
Nicht Asperger-Syndrom	48	13	61

Alles wörtlich nehmen

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	90	4	94
Nicht Asperger-Syndrom	31	10	41

Nicht bemerken wenn andere lügen

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	83	9	92
Nicht Asperger-Syndrom	42	10	52

Schwäche der interaktionellen Phantasie

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	91	0	91
Nicht Asperger-Syndrom	41	5	46

Unvermögen selbst zu lügen

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	106	7	113
Nicht Asperger-Syndrom	50	14	64

Keine Als-ob-Spiele gemacht

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	108	10	118
Nicht Asperger-Syndrom	51	20	71

Lieber Zeitung/ Sachbücher als Romane lesen

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	30	6	36
Nicht Asperger-Syndrom	7	9	16

Lieber Nachrichten/ Dokus als Spielfilme sehen

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	14	6	20
Nicht Asperger-Syndrom	4	4	8

Pläne/ Architektur mögen, darüber phantasieren

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	31	0	31
Nicht Asperger-Syndrom	8	2	10

Phantasieaufsätze waren immer zu kurz

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	27	7	34
Nicht Asperger-Syndrom	13	15	28

Lieber Diktate als Aufsätze gemocht

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	22	12	34
Nicht Asperger-Syndrom	12	12	24

Probleme mit Gedichtinterpretation

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	26	3	29
Nicht Asperger-Syndrom	14	9	23

Probleme Geschichten zu erzählen

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	38	6	44
Nicht Asperger-Syndrom	19	11	30

Mangelndes Einfühlungsvermögen

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	49	6	55
Nicht Asperger-Syndrom	34	3	37

Schwierigkeiten bei sich selbst Emotionen zu differenzieren

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	87	38	125
Nicht Asperger-Syndrom	29	24	53

Schwierigkeiten Emotionen anderer in deren Mimik zu erkennen

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	118	8	126
Nicht Asperger-Syndrom	36	14	50

Schwierigkeiten Emotionen auszudrücken

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	63	10	73
Nicht Asperger-Syndrom	26	9	35

Als Kind am liebsten konstruktive Spiele gemacht

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	107	59	166
Nicht Asperger-Syndrom	28	49	77

Als Kind kein Interessen an Gruppenaktivitäten im Kindergarten gehabt

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	152	25	177
Nicht Asperger-Syndrom	40	33	73

Wenig Kontakt mit anderen Kindern/ Nachbarskindern gehabt

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	167	15	182
Nicht Asperger-Syndrom	59	22	81

Eher Einzelfreunde als Clique gehabt

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	138	42	180
Nicht Asperger-Syndrom	73	12	85

Im Leben schon einmal einen Freund/ Freunde gehabt

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	71	114	185
Nicht Asperger-Syndrom	31	57	88

Niemals längerfristiges Mitglied in Jugendgruppen/ Vereinen gewesen

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	83	87	170
Nicht Asperger-Syndrom	28	52	80

Keine Tanzveranstaltungen/ Partys besucht

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	116	56	172
Nicht Asperger-Syndrom	54	25	79

Dyskalkulie

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	5	32	37
Nicht Asperger-Syndrom	9	24	33

Lese-Rechtschreib-Schwäche

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	10	31	41
Nicht Asperger-Syndrom	11	21	32

Lernstörung

	Asperger-Syndrom	Nicht Asperger-Syndrom
Keine Lernstörung	31	20
Dyskalkulie	4	5
Lese-Rechtschreibe-Schwäche	9	7
Dyskalkulie + Lese-Rechtschreibe-Schwäche	1	4
Gesamt	45	36

Photographisches Gedächtnis

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	42	54	96
Nicht Asperger-Syndrom	16	30	46

DVD-Gedächtnis

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	54	33	87
Nicht Asperger-Syndrom	17	29	46

Geruchsgedächtnis

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	26	22	48
Nicht Asperger-Syndrom	3	19	22

Zahlengedächtnis

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	46	29	75
Nicht Asperger-Syndrom	15	24	39

Emotionales Elefantengedächtnis

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	51	39	90
Nicht Asperger-Syndrom	25	21	26

Synästhesien

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	28	55	83
Nicht Asperger-Syndrom	2	40	42

Absolutes Gehör

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	7	45	52
Nicht Asperger-Syndrom	1	27	28

Erschöpfung von der Anpassungsanstrengung

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	72	5	77
Nicht Asperger-Syndrom	22	13	35

Gerechtigkeitsempfinden mindestens 8 von 10

	Ja	Nein	Gesamt
Asperger-Syndrom	71	5	76
Nicht Asperger-Syndrom	40	10	50

Ergebnisse aller Subgruppen, in Bezug auf das Funktionsniveau

Ergebnisse Wohnsituation

Wohnsituation

		Autistische Züge	Asperger-Syndrom	Autismus i. R. eines Syndroms	Frühkindlicher Autismus	Atypischer Autismus
Bei den Eltern	Männer	2	44	8	2	7
	Frauen	0	16	3	1	2
Alleine	Männer	2	36	2	1	3
	Frauen	0	25	2	1	1
Mit dem Partner	Männer	1	8			
	Frauen	1	9			
Mit Partner u. Kindern	Männer	4	12			2
	Frauen	1	14			0
Mit Kindern	Männer					
	Frauen		5			
WG	Männer	3	11	1		0
	Frauen	0	5	0		1
Betreutes Wohnen	Männer		1	3		2
	Frauen		1	0		0
Gesamt	Männer	12	112	14	3	14
	Frauen	2	75	5	2	4
	Gesamt	14	187	19	5	18

Ergebnisse Sozialverhalten

Psychosoziale Konflikte

		Autistische Züge	Asperger-Syndrom	Autismus i. R. eines Syndroms	Frühkindlicher Autismus	Atypischer Autismus
keine relevanten Konflikte	Männer	3	42	5	0	6
	Frauen	0	19	1	1	2
Konflikte am Arbeitsplatz oder Äquivalent	Männer	2	20	2	3	0
	Frauen	0	8	2	0	1
Konflikte in Familie oder Äquivalent	Männer	2	13	2		3
	Frauen	1	19	1		0
Konflikte im privaten Umfeld	Männer	1	4			
	Frauen	0	6			
Konflikte Familie u. Arbeit	Männer	1	15	1	0	3
	Frauen	1	9	1	1	1
Konflikte Familie u. privat	Männer	2	6			1
	Frauen	0	5			0
Konflikte Arbeit u. privat	Männer					1
	Frauen					
Konflikte in allen Bereichen	Männer		6	2		
	Frauen		7	0		
Gesamt	Männer	11	106	12	3	14
	Frauen	2	73	5	2	4
	Gesamt	13	179	17	5	18

Freunde

		Autistische Züge	Asperger-Syndrom	Autismus i. R. eines Syndroms	Frühkindlicher Autismus	Atypischer Autismus
Freunde gehabt	Männer	10	61	8	1	9
	Frauen	2	55	3	0	1
noch nie Freunde gehabt	Männer	2	53	5	2	7
	Frauen	0	21	2	2	3
Gesamt	Männer	12	114	13	3	16
	Frauen	2	76	5	2	4
	Gesamt	14	190	18	5	20

Ergebnisse Bindungsverhalten

Aktuelle Partnerschaft

		Autistische Züge	Asperger-Syndrom	Autismus i. R. eines Syndroms	Frühkindlicher Autismus	Atypischer Autismus
keine partnerschaftliche Beziehung	Männer	7	80	12	3	12
	Frauen	0	43	4	2	3
partnerschaftliche Beziehung instabil oder unklar	Männer		11	2		
	Frauen		10	1		
stabile, eheähnliche Beziehung; Ehe	Männer	5	24			2
	Frauen	2	22			0
Gesamt	Männer	12	115	14	3	14
	Frauen	2	75	5	2	3
	Gesamt	14	190	19	5	17

Historie des Bindungsverhaltens

		Autistische Züge	Asperger-Syndrom	Autismus i. R. eines Syndroms	Frühkindlicher Autismus	Atypischer Autismus
nie eine Partnerschaft gehabt	Männer	2	33	1	1	8
	Frauen	0	12	1	2	4
wenige, kurze Partnerschaften	Männer	3	18	1		1
	Frauen	1	14	0		0
längere Partnerschaften gehabt	Männer		10	0		1
	Frauen		10	1		0
lange, stabile Partnerschaften, eheähnlich, geschieden	Männer		5			1
	Frauen		12			0
Gesamt	Männer	5	66	2	1	11
	Frauen	1	48	2	2	4
	Gesamt	6	114	4	3	15

Eigene Kinder

		Autistische Züge	Asperger-Syndrom	Autismus i. R. eines Syndroms	Frühkindlicher Autismus	Atypischer Autismus
Keine Kinder	Männer	8	99	13	3	14
	Frauen	1	52	6	2	4
Kinder	Männer	4	18	1		2
	Frauen	2	24	0		0
Gesamt	Männer	12	117	14	3	16
	Frauen	3	76	6	2	4
	Gesamt	15	193	20	5	20

Ergebnisse nonverbale Kommunikation

Gesichtswiedererkennung

		Autistische Züge	Asperger-Syndrom	Autismus i. R. eines Syndroms	Frühkindlicher Autismus	Atypischer Autismus
Keine Probleme bei der Gesichtswiedererkennung	Männer	7	49	9	1	6
	Frauen	1	27	5	0	2
Probleme bei der Gesichtswiedererkennung	Männer	2	53	2	1	7
	Frauen	2	42	1	0	1
Gesamt	Männer	9	102	11	2	13
	Frauen	3	69	6	0	3
	Gesamt	12	171	17	2	16

Gesichter lesen

		Autistische Züge	Asperger-Syndrom	Autismus i. R. eines Syndroms	Frühkindlicher Autismus	Atypischer Autismus
Keine Probleme in Gesichtern zu lesen	Männer	3	6	2		5
	Frauen	0	3	1		2
Probleme in Gesichtern zu lesen	Männer	5	72	10	2	8
	Frauen	3	42	5	1	2
Gesamt	Männer	8	78	12	2	13
	Frauen	3	45	6	1	4
	Gesamt	11	123	18	3	17

Körpersprache lesen

		Autistische Züge	Asperger-Syndrom	Autismus i. R. eines Syndroms	Frühkindlicher Autismus	Atypischer Autismus
keine Probleme Körpersprache zu lesen	Männer	2	5	0		3
	Frauen	0	6	1		0
Probleme Körpersprache zu lesen	Männer	2	37	5	2	2
	Frauen	0	29	2	0	4
Gesamt	Männer	4	42	5	2	5
	Frauen	0	35	3	0	4
	Gesamt	4	77	8	2	9

Ergebnisse Karriere

Berufsstatus

		Autistische Züge	Asperger-Syndrom	Autismus i. R. eines Syndroms	Frühkindlicher Autismus	Atypischer Autismus
nie strukturiert arbeitstätig gewesen	Männer	1	17	3		5
	Frauen	0	5	2		2
Arbeitslos, HARTZ IV, Grundsicherung oder äquivalent	Männer	2	23	2	1	2
	Frauen	1	14	0	1	1
berentet oder dauerhaft krankgeschrieben	Männer	1	10	2	1	
	Frauen	0	12	0	0	
anspruchslose Berufstätigkeit, Mini-Jobs oder Ähnliches	Männer	1	4	0	0	2
	Frauen	0	4	1	1	0
strukturierte Berufstätigkeit, in weniger anspruchsvollem Beruf	Männer		7	1	1	2
	Frauen		4	0	0	1
regelmäßige Berufstätigkeit entsprechend Ausbildungsniveau	Männer	4	24	2		2
	Frauen	1	20	0		0
in der Ausbildung	Männer	3	29	3		2
	Frauen	0	15	2		0
Gesamt	Männer	12	114	13	3	15
	Frauen	2	74	5	2	4
	Gesamt	14	188	18	5	19

Höchster Bildungsabschluss

		Autistische Züge	Asperger-Syndrom	Autismus i. R. eines Syndroms	Frühkindlicher Autismus	Atypischer Autismus
keinerlei Ausbildung	Männer		21	5	1	3
	Frauen		5	3	1	3
abgeschlossenen Lehre	Männer	3	39	5	1	5
	Frauen	1	32	0	0	0
Fachhochschulabschluss	Männer	1	17			1
	Frauen	0	9			1
Hochschulabschluss	Männer	5	17	1	1	3
	Frauen	1	16	1	1	0
noch in der Ausbildung	Männer	3	20	2		2
	Frauen	0	12	2		0
Gesamt	Männer	12	114	13	3	14
	Frauen	2	74	6	2	4
	Gesamt	14	188	19	5	18

Höchster Schulabschluss

		Autistische Züge	Asperger-Syndrom	Autismus i. R. eines Syndroms	Frühkindlicher Autismus	Atypischer Autismus
kein Schulabschluss	Männer			1	1	1
	Frauen			0	1	0
Hauptschulabschluss	Männer		13	5	1	3
	Frauen		10	3	0	1
Realschulabschluss & Mittlere Reife	Männer	2	46	6		7
	Frauen	0	18	2		1
Abitur	Männer	9	52	1	1	3
	Frauen	3	44	1	1	2
noch in der Schule	Männer		2			1
	Frauen		2			0
Gesamt	Männer	11	113	13	3	15
	Frauen	3	74	6	2	4
	Gesamt	14	187	19	5	19

Ergebnisse Familie

Ähnliches Familienmitglied

		Autistische Züge	Asperger-Syndrom	Autismus i. R. eines Syndroms	Frühkindlicher Autismus	Atypischer Autismus
Kein ähnliches Familienmitglied	Männer	3	34	3	2	4
	Frauen	0	7	2	0	0
Ähnliches Familienmitglied	Männer	7	65	7	1	10
	Frauen	2	58	4	1	3
Gesamt	Männer	10	99	10	3	14
	Frauen	2	65	6	1	3
	Gesamt	12	164	16	4	17

Diagnose bei einem Verwandten

		Autistische Züge	Asperger-Syndrom	Autismus i. R. eines Syndroms	Frühkindlicher Autismus	Atypischer Autismus
Keine Autismusdiagnose in der Verwandtschaft	Männer	10	98	14	3	14
	Frauen	1	60	5	2	2
Autismusdiagnose in der Verwandtschaft	Männer	2	16			1
	Frauen	1	15			2
Gesamt	Männer	12	114	14	3	15
	Frauen	2	75	5	2	4
	Gesamt	14	189	19	5	19

Einzelkind

		Autistische Züge	Asperger-Syndrom	Autismus i. R. eines Syndroms	Frühkindlicher Autismus	Atypischer Autismus
Geschwister	Männer	11	90	10	2	12
	Frauen	2	62	5	2	4
Einzelkind	Männer	1	23	4	1	1
	Frauen	0	11	0	0	0
Gesamt	Männer	12	113	14	3	13
	Frauen	2	73	5	2	4
	Gesamt	14	186	19	5	17

Ergebnisse Behandlung

Ambulante psychiatrische Behandlung in der Vorgeschichte

		Autistische Züge	Asperger-Syndrom	Autismus i. R. eines Syndroms	Frühkindlicher Autismus	Atypischer Autismus
Keine ambulante psychiatrische Behandlung in der Vorgeschichte	Männer	6	33	4	0	4
	Frauen	1	19	2	1	2
Ambulante psychiatrische Behandlung in der Vorgeschichte	Männer	3	76	7	3	8
	Frauen	1	49	3	1	2
Gesamt	Männer	9	109	11	3	12
	Frauen	2	68	5	2	4
	Gesamt	11	177	16	5	16

Stationäre psychiatrische Behandlung in der Vorgeschichte

		Autistische Züge	Asperger-Syndrom	Autismus i. R. eines Syndroms	Frühkindlicher Autismus	Atypischer Autismus
Keine stationäre psychiatrische Behandlung in der Vorgeschichte	Männer	7	58	5	1	6
	Frauen	1	35	4	1	2
Stationäre psychiatrische Behandlung in der Vorgeschichte	Männer	4	52	5	0	6
	Frauen	1	29	2	1	2
Gesamt	Männer	11	110	10	1	12
	Frauen	2	64	6	2	4
	Gesamt	13	174	16	3	16

Aktuelle Medikamenteneinnahme

		Autistische Züge	Asperger-Syndrom	Autismus i. R. eines Syndroms	Frühkindlicher Autismus	Atypischer Autismus
Aktuelle keine Einnahme von psychiatrischen Medikamenten	Männer	8	66	7	1	6
	Frauen	2	42	4	2	3
Aktuell Einnahme von psychiatrischen Medikamenten	Männer	3	45	7	2	8
	Frauen	1	31	1	0	1
Gesamt	Männer	11	111	14	3	14
	Frauen	3	73	5	2	4
	Gesamt	14	184	19	5	18

Einnahme von psychiatrischen Medikamenten in der Vergangenheit

		Autistische Züge	Asperger-Syndrom	Autismus i. R. eines Syndroms	Frühkindlicher Autismus	Atypischer Autismus
Keine Einnahme von psychiatrischen Medikamenten in der Vergangenheit	Männer	6	46	3	2	3
	Frauen	1	35	1	1	3
Einnahme von psychiatrischen Medikamenten in der Vergangenheit	Männer	4	56	8	1	10
	Frauen	0	32	4	0	1
Gesamt	Männer	10	102	11	3	13
	Frauen	1	67	5	1	4
	Gesamt	11	169	16	4	17

Ergebnisse Komorbidität

Anzahl Komorbiditäten

		Autistische Züge	Asperger-Syndrom	Autismus i. R. eines Syndroms	Frühkindlicher Autismus	Atypischer Autismus
0	Männer	2	33	5	1	8
	Frauen	1	26	1	2	0
1	Männer	7	61	4	2	7
	Frauen	1	33	3	0	4
2	Männer	7	61	4	2	7
	Frauen	1	33	3	0	4
3	Männer		4	1		
	Frauen		1	0		
4	Männer			1		
	Frauen			0		
Gesamt	Männer	9	116	14	3	17
	Frauen	2	75	5	2	4
	Gesamt	11	191	19	5	21

Psychiatrische Komorbidität

		Autistische Züge	Asperger-Syndrom	Autismus i. R. eines Syndroms	Frühkindlicher Autismus	Atypischer Autismus
Organische Syndrome F 00-09	Männer			2		
	Frauen					
Suchterkrankungen F 10-19	Männer		4	1		1
	Frauen		2	0		0
Schizophreniforme Syndrome F 20-29	Männer		4			3
	Frauen		1			
Unipolare depressive Syndrome F32.x + F33.x + F34.x	Männer	3	64	1	2	5
	Frauen	1	37	0	0	1
Bipolare depressive Syndrome F31.x	Männer		1			
	Frauen		1			
Angsterkrankungen & Phobien F40.x + F41.x	Männer		5			0
	Frauen		3			2
Zwangssyndrome F42.x	Männer	1	7			
	Frauen	0	2			
PTBS F43.x + Anpassungsstörung	Männer		0	1		
	Frauen		5	1		
Essstörungen F50.x	Männer					
	Frauen		3	1		
Persönlichkeitsstörungen F60.x	Männer		0			
	Frauen		1			
ADHS F90.x	Männer		15	1		2
	Frauen		8	2		1
Ticstörungen & Tourette Syndrom F95.x	Männer		3			
	Frauen		1			
Epilepsien	Männer		1	1		
	Frauen		3	0		
Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten F81.x	Männer		1	1		
	Frauen					
Gesamt	Männer	4	105	8	2	11
	Frauen	1	67	4	0	4
	Gesamt	5	172	12	2	15

Eigeneinschätzung Depression

		Autistische Züge	Asperger-Syndrom	Autismus i. R. eines Syndroms	Frühkindlicher Autismus	Atypischer Autismus
subjektiv nie unter Depressionen gelitten	Männer	5	26	3		3
	Frauen	1	12	1		0
subjektiv unter Depressionen gelitten	Männer	5	85	8	3	9
	Frauen	1	54	3	1	4
Gesamt	Männer	10	111	12	3	12
	Frauen	2	66	4	1	4
	Gesamt	12	177	16	4	16

Eigeneinschätzung Ängste

		Autistische Züge	Asperger-Syndrom	Autismus i. R. eines Syndroms	Frühkindlicher Autismus	Atypischer Autismus
Subjektiv nie unter Ängsten gelitten	Männer	8	33	3	1	3
	Frauen	2	20	3	0	0
Subjektiv unter Ängsten gelitten	Männer	1	46	7		7
	Frauen	0	36	1		3
Gesamt	Männer	9	79	10	1	10
	Frauen	2	56	4	0	3
	Gesamt	11	135	14	1	13

Eigeneinschätzung Zwänge

		Autistische Züge	Asperger-Syndrom	Autismus i. R. eines Syndroms	Frühkindlicher Autismus	Atypischer Autismus
Subjektiv nie unter Ängsten gelitten	Männer					
	Frauen					
Subjektiv unter Ängsten gelitten	Männer					
	Frauen					
Gesamt	Männer					
	Frauen					
	Gesamt					

Ergebnisse Entwicklung

Prä- und perinatale Komplikationen

		Autistische Züge	Asperger-Syndrom	Autismus i. R. eines Syndroms	Frühkindlicher Autismus	Atypischer Autismus
Keine Komplikationen	Männer	10	79	5	2	11
	Frauen	1	59	4	1	4
Komplikationen	Männer		14	6	0	2
	Frauen		5	2	1	0
Gesamt	Männer	10	93	11	2	13
	Frauen	1	64	6	2	4
	Gesamt	11	157	17	4	17

Hirnorganische Vorgeschichte

		Autistische Züge	Asperger-Syndrom	Autismus i. R. eines Syndroms	Frühkindlicher Autismus	Atypischer Autismus
Keine Komplikationen	Männer	10	94	9	3	12
	Frauen	2	58	4	1	4
Komplikationen	Männer	1	12	4	0	2
	Frauen	0	12	0	1	0
Gesamt	Männer	11	106	13	3	14
	Frauen	2	70	4	2	4
	Gesamt	13	176	17	5	18

Lernstörung

		Autistische Züge	Asperger-Syndrom	Autismus i. R. eines Syndroms	Frühkindlicher Autismus	Atypischer Autismus
keine Lernstörung	Männer	3	15	5	1	6
	Frauen	0	16	1	0	2
Dyskalkulie	Männer	0	3	0		
	Frauen	1	1	2		
Leserechtschreibschwäche	Männer	2	6	3		
	Frauen	0	3	1		
Dyskalkulie und Leserechtschreibschwäche	Männer		1	1		
	Frauen		1	1		
Gesamt	Männer	5	25	9	1	6
	Frauen	1	21	5	0	2
	Gesamt	6	46	14	1	8

Motorische Entwicklung

		Autistische Züge	Asperger-Syndrom	Autismus i. R. eines Syndroms	Frühkindlicher Autismus	Atypischer Autismus
Normale motorische Entwicklung	Männer	8	40	5	2	3
	Frauen	1	32	4	1	3
Auffällige motorische Entwicklung	Männer	2	67	6	1	10
	Frauen	1	42	2	1	1
Gesamt	Männer	10	107	11	3	13
	Frauen	2	74	6	2	4
	Gesamt	12	181	17	5	17

Sprachliche Entwicklung

		Autistische Züge	Asperger-Syndrom	Autismus i. R. eines Syndroms	Frühkindlicher Autismus	Atypischer Autismus
Normale sprachliche Entwicklung	Männer	9	60	7	1	9
	Frauen	1	48	3	0	1
Auffällige sprachliche Entwicklung	Männer	2	40	5	2	3
	Frauen	0	20	3	2	3
Gesamt	Männer	11	100	12	3	12
	Frauen	1	68	6	2	4
	Gesamt	12	168	18	5	16

Epileptische Anfälle

		Autistische Züge	Asperger-Syndrom	Autismus i. R. eines Syndroms	Frühkindlicher Autismus	Atypischer Autismus
Nie epileptische Anfälle gehabt	Männer	8	27	10	1	7
	Frauen	2	23	4	1	3
Epileptische Anfälle gehabt	Männer		3	1		
	Frauen		4	0		
Gesamt	Männer	8	30	11	1	7
	Frauen	2	27	4	1	3
	Gesamt	10	57	15	2	10

EEG-Veränderungen

		Autistische Züge	Asperger-Syndrom	Autismus i. R. eines Syndroms	Frühkindlicher Autismus	Atypischer Autismus
normales EEG oder unbekannt	Männer	6	31	9	1	7
	Frauen	2	23	5	2	3
Veränderungen im EEG bekannt	Männer		6	3		
	Frauen		1	0		
Gesamt	Männer	6	37	12	1	7
	Frauen	2	24	5	2	3
	Gesamt	8	61	17	3	10

Ergebnisse Vordiagnosen

Anzahl Vordiagnosen

		Autistische Züge	Asperger- Syndrom	Autismus i. R. eines Syndroms	Frühkindlicher Autismus	Atypischer Autismus
0	Männer	9	71	9	1	9
	Frauen	2	43	0	1	2
1	Männer	1	11	2	1	2
	Frauen	0	6	3	1	1
2	Männer		9	1	1	2
	Frauen		9	1	0	0
3	Männer		8			0
	Frauen		8			1
4	Männer		7	0		
	Frauen		7	1		
5	Männer		1	1		
	Frauen		1	0		
6	Männer		1			
	Frauen					
7	Männer		1			
	Frauen		1			
8	Männer		1			1
	Frauen					
Gesamt	Männer	10	110	13	3	14
	Frauen	2	74	5	2	4
	Gesamt					

Vordiagnosen

		Autistische Züge	Asperger- Syndrom	Autismus i. R. eines Syndroms	Frühkindlicher Autismus	Atypischer Autismus
Keine psychiatrischen Vordiagnosen	Männer	9	76	9	1	10
	Frauen	2	44	1	1	2
Organische Syndrome F00-F09	Männer		1			
	Frauen					
Suchterkrankungen F10- F19	Männer		3			
	Frauen		1			
Schizophreniforme Syndrome F20-F29	Männer		8	3		2
	Frauen		1	1		0
Unipolar depressive Syndrome F32+F33+F34.x	Männer	1	18	1	1	0
	Frauen	0	20	1	1	2
Bipolar depressive Syndrome F31.x	Männer		1			
	Frauen					
Angsterkrankungen und Phobien F40+F41	Männer		13		1	0
	Frauen		12		0	1
Zwangserkrankungen F42.x	Männer		7			1
	Frauen		3			0
PTBS F43.x und Anpassungsstörungen	Männer		1			
	Frauen		10			
Essstörungen F50.x	Männer		2			
	Frauen		10	1		
Persönlichkeitsstörungen F60.x	Männer		22	0	1	5
	Frauen		21	1	0	1
ADHS F90.x	Männer		10	1		1
	Frauen		3	2		0
Ticstörungen und Tourette-Syndrom F95.x	Männer			2		
	Frauen					
Gesamt	Männer	10	162	16	4	19
	Frauen	2	125	7	2	6
	Gesamt	12	187	23	6	25

Anhang 2: Fragebogen zur Person und Ihrem Umfeld, sowie zu bisherigen Erkrankungen und Vorbehandlungen

UNIVERSITÄTSKLINIKUM FREIBURG
 Psychiatrie, Hauptstraße 5,
 79104 Freiburg
 Tel.: 0761-270-65500



Fragebogen zur Person und Ihrem Umfeld sowie zu bisherigen Erkrankungen und Vorbehandlungen

Sie haben vor, sich in unserer Asperger Spezialsprechstunde zur Abklärung eines etwaigen Asperger-Syndroms vorzustellen.

Um Ihnen und uns das Vorgehen etwas zu erleichtern, und um uns schon vorab ein Bild Ihrer bisherigen Entwicklungsgeschichte zu machen, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen vorab schriftlich zu beantworten und uns den Fragebogen sowie die mit diesem Fragebogen zusätzlich zugesandten Fragebögen zurückzusenden. In der Postsendung finden Sie einen Rückumschlag, den Sie dafür benutzen können. Bitte frankieren Sie diesen mit einer 1,45€ Briefmarke. Möchten Sie den Erhalt Ihrer Fragebögen von uns bestätigt haben, legen Sie bitte außerdem dem Rückumschlag eine frankierte und mit "Sendung erhalten" versehene Postkarte mit Ihrer Adresse bei.

Sie leisten durch die Beantwortung dieser Fragebögen einen wesentlichen Beitrag zu einer effektiven Nutzung Ihres Abklärungstermins. Bitte geben Sie auf dem nachfolgenden Blatt kurz Ihre Anschrift und Telefonnummer an. Für eine Terminabsprache werden wir Sie **telefonisch kontaktieren**.

Bitte füllen Sie diejenigen Fragebögen (insbesondere den ersten), die Freitext enthalten stichwortartig und kurz aus, so dass sie das Wesentliche enthalten.

WICHTIG:

- **Bitte ALLE Fragebögen, die Sie selbst ausfüllen können, beantworten und zurückschicken!**
- **Bitte vergessen Sie nicht Ihre Anschrift und Telefonnummer mitzuschicken, damit wir Sie zwecks eines Termins kontaktieren können.**

Wir versichern Ihnen, dass sämtliche Angaben von Ihnen streng vertraulich behandelt werden.

Vielen Dank!

Einwilligung zur wissenschaftlichen Aktenauswertung und/oder zur weiteren Kontaktaufnahme für Forschungsprojekte der Arbeitsgruppe Autismus im Erwachsenenalter

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie möchten sich in unserer Spezialsprechstunde für Autismus vorstellen oder haben um einen Termin nachgesucht. Wie Sie vielleicht wissen, gibt es im Themenbereich Autismus noch viele ungeklärte Fragen. Die Arbeitsgruppe Autismus der Universitätsklinik Freiburg möchte dazu beitragen, diese ungeklärten Fragen zu erhellen und damit die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten für Menschen mit Autismus / Asperger-Syndrom zu verbessern. Dazu sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Konkret möchten wir Sie um Ihr Einverständnis bitten, Ihre Fragebogen- und Anamnesedaten (selbstverständlich vollständig anonymisiert) wissenschaftlich auswerten zu dürfen. Dabei werden natürlich die Richtlinien zum Datenschutz eingehalten; d.h. z.B., dass die Daten wie sonstige Patientendaten nach 10 Jahren gelöscht werden.

Weiterhin würden wir gerne (z.B. im Rahmen wissenschaftlicher Studien) erneut mit Ihnen Kontakt aufnehmen, um Ihnen die jeweilige Studie genauer zu erklären und zu erfragen, ob Sie an einer Teilnahme Interesse hätten. Deshalb bitten wir um Ihr Einverständnis, dass wir wieder mit Ihnen in Kontakt treten können. Selbstverständlich können Sie dann immer noch frei entscheiden, ob Sie an der jeweiligen Studie teilnehmen wollen oder nicht.

Natürlich können Sie auch Ihr Einverständnis jederzeit und ohne Angaben von Gründen zurückziehen. Bei Fragen wenden Sie sich bitte gerne an Ihre(n) zuständige(n) Ärztin/Arzt, bzw. Psychologin/Psychologen.

Persönliche Angaben					
Name:		Geburtsname:			
Vorname:		Geburtsdatum:			
Straße und Hausnummer:					
PLZ und Ort:					
Tel-Nr.:		Mobil-Nr.:			
E-Mail:					
Terminvergabe für die AS-Sprechstunde erfolgt telefonisch:		Telefon	Mobil	E-Mail	Post
Weitere Kontakte wünsche ich über:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Info auf Mailbox/Anrufbeantworter o.k.?		Ja:	<input type="checkbox"/>	Nein:	<input type="checkbox"/>

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die Arbeitsgruppe Autismus im Erwachsenenalter

- mit mir wegen wissenschaftlicher Untersuchungen zu einem späteren Zeitpunkt wieder Kontakt aufnimmt.
- die von mir ausgefüllten Fragebögen und Anamnesedaten im Rahmen von wissenschaftlichen Untersuchungen (vollständig anonymisiert und unter Berücksichtigung der Datenschutzrichtlinien) auswertet.
-
- Ich wünsche KEINE Kontaktaufnahme und möchte nicht, dass die Daten wissenschaftlich ausgewertet werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in)

Anamnesebogen

1. Name und Anschrift des überweisenden Arztes/Hausarztes.

2. a) Wann sind Sie geboren (Datum, z.B. TT.MM.JJJJ also: 01.11.1957)?

b) Wo sind Sie geboren?

c) Wo sind Sie aufgewachsen?

3. Familienstand ?

<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> eingetragene Lebensgemeinschaft
<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden
<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> getrennt lebend (falls Trennungsjahr Scheidung)

Falls Sie in einer Partnerschaft leben:

4. Wie alt ist Ihre Partnerin/Ihr Partner und was macht sie/er beruflich?

5. Wie würden Sie die Beziehung zu Ihrer Partnerin/Ihrem Partner beschreiben?

6. Haben Sie Kinder (Tochter/Sohn)? Wenn ja, wie alt sind die Kinder?

7. Wie würden Sie das Verhältnis zu Ihren Kindern beschreiben?

8. Wie ist Ihre derzeitige Wohnsituation (z.B. Wohngemeinschaft, bei den Eltern, allein lebend, etc.)?

Fragen zu Ihrem Vater:

9. Alter und Beruf des Vaters?
10. a) Wie war das Verhältnis zu Ihrem Vater früher?

b) Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihrem Vater heute?

c) Haben Sie noch Kontakt zu Ihrem Vater?

d) Falls Sie noch Kontakt haben, in welcher Form?
11. Falls Ihr Vater bereits verstorben ist: Wann starb er und was war die Ursache?

Fragen zu Ihrer Mutter:

12. Alter und Beruf der Mutter?
13. a) Wie war das Verhältnis zu Ihrer Mutter früher?

b) Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihrer Mutter heute?

c) Haben Sie noch Kontakt zu Ihrer Mutter?

d) Falls Sie noch Kontakt haben, in welcher Form?
14. Falls Ihre Mutter bereits verstorben ist, wann starb sie und was war die Ursache?

Falls Sie nicht bei Ihren Eltern aufgewachsen sind (ansonsten 15a-15d nicht ausfüllen!):

15. a) Bei wem sind Sie aufgewachsen?
- b) Warum sind Sie nicht bei den Eltern aufgewachsen?
- c) Wie war das Verhältnis zu Ihren Kontaktpersonen?
- d) Besteht heute noch Kontakt zu Ihnen? Falls ja, in welcher Form?

Fragen zu Geschwistern:

16. a) Haben Sie Geschwister (Schwester/Bruder)?
- b) Wenn ja, wie alt sind sie?
- c) Was machen Ihre Geschwister beruflich?
17. a) Wie war das Verhältnis zu Ihren Geschwistern früher?
- b) Wie ist das Verhältnis zu Ihren Geschwistern heute?
- c) Haben Sie noch Kontakt? Falls ja, in welcher Form?

Kindheit:

18. a) Was haben Sie als Kind gerne gespielt?

b) Mit wem haben Sie gespielt?

19. a) Waren Sie im Kindergarten?

b) Wenn ja, wie haben Sie Ihre Kindergartenzeit erlebt?

c) Hatten Sie Kontakte zu den anderen Kindern im Kindergarten?

d) Haben Sie an Gruppenaktivitäten teilgenommen?

20. a) Hatten Sie als Kind Kontakte zu Nachbarskindern?

b) Haben Sie mit Nachbarskindern gemeinsam gespielt? Wenn ja, was?

21. a) Hatten Sie als Kind Freunde?
- b) Falls Sie Freunde hatten: Wie war das Verhältnis zu Ihren Freunden?
- c) Gab es eine beste Freundin/einen besten Freund?
- d) Falls Sie Freunde hatten: Wie oft haben Sie Ihre Freunde getroffen?
- e) Falls Sie Freunde hatte: Was haben Sie gespielt/unternommen?

Jugendzeit:

22. a) Waren Sie Mitglied in Jugendgruppen oder Vereinen? Wenn ja, in welchen/welchen?
- b) Sind Sie heute Mitglied in einem Verein? Wenn ja, in welchem?
23. Gingen oder gehen Sie gerne zu Partys, Tanzveranstaltungen, in Diskotheken oder zu anderen, ähnlichen Veranstaltungen? Wenn ja, zu welchen?

Schule

24. a) Welche Schulen haben Sie besucht?
- b) Welchen schulischen Abschluss mit welchem Notendurchschnitt haben Sie gemacht?
25. a) Wie haben Sie Ihre Schulzeit erlebt?
- b) Hatten Sie Kontakte zu Ihren Mitschülern oder waren Sie ein Außenseiter?
- c) Wurden sie von den anderen Personen (z.B. Mitschülern) gehänselt?

Ausbildung und Beruf:

26. a) Absolvieren Sie zur Zeit eine Ausbildung oder ein Studium?
- b) Wenn ja, um welche Ausbildung bzw. welches Studium handelt es sich?

27. a) Haben Sie einen Beruf erlernt?

b) Wenn ja, welchen Beruf und mit welchem Notendurchschnitt haben Sie Ihre Ausbildung abgeschlossen?

c) Falls Sie einen Beruf erlernt haben: Arbeiten Sie zur Zeit in diesem Beruf?

d) Wenn Sie nicht in Ihrem Beruf arbeiten: Gehen Sie momentan einer anderen Arbeitstätigkeit nach? Wenn ja, welcher?

e) Falls Sie in einen anderen Beruf gewechselt haben, was war der Grund?

f) Wie häufig haben Sie bisher Ihre Arbeitsstelle gewechselt?

g) Falls Sie Ihre Arbeitsstelle gewechselt haben: Was war der Grund für den Wechsel?

28. Gehen Sie derzeit einer beruflichen Tätigkeit nach? Wenn ja, welcher?

29. Wie würden Sie das Verhältnis zu Ihren Arbeitskollegen beschreiben?

Psychische Erkrankungen:

30. Hatten Sie schon einmal eine psychische Erkrankung wie z. B. Depressionen, Ängste, Essstörungen? Wenn ja, welche?

31. a) Befanden Sie sich aufgrund einer psychischen Erkrankung schon einmal in einer ambulanten oder stationären Behandlung?

b) Wenn ja, geben Sie bitte die Klinik, die Therapieform, die Dauer der Behandlung und die durch den Arzt gestellte(n) Diagnose(n) an.

Medikamente (früher):

32. Wurden Ihnen in der Vergangenheit bei einer Behandlung Medikamente verabreicht? Wenn ja, welche Medikamente in welcher Dosierung? Haben diese Medikamente geholfen? Hatten Sie Nebenwirkungen?

Medikament	Dosierung	gehoffen ja/nein	Nebenwirkungen

Körperliche Erkrankungen:

33. a) Liegen bei Ihnen körperliche Erkrankungen vor? Wenn ja, welche?

b) Falls körperliche Erkrankungen vorlagen/vorliegen: Wie wurden/werden diese behandelt?

c) Falls körperliche Erkrankungen vorlagen/vorliegen: Gibt es dadurch bleibende Beeinträchtigungen?

34. a) Hatten Sie in Ihrer Kindheit oder Jugend irgendeine körperliche Erkrankung? Wenn ja, welche?

b) Falls Sie in Ihrer Kindheit/Jugend (eine) körperliche Erkrankung(en) hatten: Wie wurde(n) diese behandelt?

c) Falls Sie in Ihrer Kindheit/Jugend eine körperliche Erkrankung hatten: Gibt es durch die Erkrankung(en) bleibende Beeinträchtigungen?

35. a) Gab es entzündliche Erkrankungen des Gehirns (z. B. Meningitis, Encephalitis), oder starke Fieberkrämpfe in der Kindheit?

b) Falls es entzündliche Erkrankungen des Gehirns gab: Gibt es dadurch bleibende Beeinträchtigungen?

36. a) Hatten Sie jemals ein Hirntrauma z. B. durch einen Unfall oder einen Sturz?

b) Falls Sie ein Hirntrauma hatten: Gibt es dadurch bleibende Beeinträchtigungen?

37. a) Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, an was und wann?

b) Falls Sie schon einmal operiert wurden: Gab es dabei irgendwelche Komplikationen?

38. a) Gab es, als Ihre Mutter mit Ihnen schwanger war, Probleme während der Schwangerschaft?

b) Sind bei Ihrer Geburt Komplikationen aufgetreten? Wenn ja, welche?

c) Falls es Komplikationen während der Schwangerschaft Ihrer Mutter oder während der Geburt gab: Gibt es dadurch bleibende Beeinträchtigungen?

d) Ist bei Ihrer Mutter eine Epilepsie oder eine Depression bekannt?

e) Hat Ihre Mutter, während Sie mit Ihnen schwanger war, Medikamente eingenommen?

f) Falls Ihre Mutter, während der Schwangerschaft, Medikamente eingenommen hat: Welche und wie häufig?

Entwicklung:

39. a) Ist Ihre motorische Entwicklung (z. B. Laufen lernen) normal verlaufen oder gab es Verzögerungen?
- b) Ist Ihre sprachliche Entwicklung normal verlaufen oder gab es Verzögerungen?
- c) Hatten/haben Sie Schwierigkeiten beim Essen bestimmter Speisen? Wenn ja, warum?
- d) Hatten/haben Sie Schwierigkeiten bestimmte Kleidungsstücke auf der Haut zu tragen? Wenn ja, warum?
- e) Haben Sie Körperkontakt (z.B. mit den Eltern) vermieden? Wenn ja, warum?
- f) Waren bestimmte Lichtquellen für Sie unangenehm? Wenn ja, welche und wie wirkte sich das aus?
- g) Sind Sie geräuschempfindlich? Wenn ja, welche Geräusche sind problematisch?
- h) Haben Sie Ansammlungen von Menschen vermieden (Kindergarten, Einkaufszentrum, etc.)? Wenn ja, warum?
- i) Gibt es andere/weitere Beeinträchtigungen/Besonderheiten?

Medikamente (aktuell):

40. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? Wenn ja, in welcher Dosierung?

Medikament	Dosierung

41. Haben Sie Medikamentenunverträglichkeiten? Wenn ja, gegen welche Medikamente und wie wirkt sich dies aus?

Fragen zu Genussmitteln/Drogen:

42. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

43. Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, was und wie viel Liter pro Woche?

44. Nehmen Sie Drogen, oder haben Sie einmal mit Drogen experimentiert? Wenn ja, welche Drogen?

