

2. Autismus-Spektrum-Störungen (ASS)

Der Begriff *Autismus* (griech.: autos = selbst; ismos = Zustand/Orientierung) wurde erstmals Mitte der 40er Jahre unabhängig voneinander von dem Kinderpsychiater Leo Kanner und dem österreichischen Kinderarzt Hans Asperger verwendet. (vgl. Freitag: o.A.: online) Das von Kanner damals beschriebene Krankheitsbild ist heute als *frühkindlicher Autismus* oder *Kanner-Syndrom* bekannt. Seine Erkenntnisse wurden unter dem Titel *Autistic disturbances of affective contact* in der Zeitschrift *Nervous Child* (USA) veröffentlicht. (vgl. Bölte 2009a: 21) Asperger hingegen dokumentierte eine leichter ausgeprägte Form des Autismus, bei der das Sprachvermögen weniger beeinträchtigt ist, das so genannte *Asperger-Syndrom*. Erstmals sprach er bereits 1938 im Rahmen eines Vortrags an der Universität Wien über Fälle *autistischer Psychopathie*, der unter dem Titel „Das psychisch abnormale Kind“ in einer Ausgabe der Wiener klinischen Wochenzeitschrift desselben Jahres zu finden ist. (vgl. Bölte 2009a: 21) Autismus wird in dem Klassifikationssystem ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (F84) zugeordnet. Im Einzelnen zählen dazu:

- Frühkindlicher Autismus (F84.0)
- Asperger-Syndrom (F84.5)
- Atypischer Autismus (F84.1)
- Nicht näher bezeichnete tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84.9)
- Sonstige tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84.8)
- Rett-Syndrom (F84.2)
- Andere desintegrative Störung des Kindesalters (F84.3)
- Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungstereotypien (F84.4)

Autistische Verhaltensweisen können grundlegend in drei Bereiche gegliedert werden, die oft als klassische Trias bezeichnet werden: *Beeinträchtigungen in der Kommunikation*, *Beeinträchtigungen in der sozialen Interaktion* sowie *restriktives, stereotypes und repetitives Verhalten*. (vgl. Bölte 2009a: 33f.) Die Form und Ausprägung der Symptomatik ist bei autistischen Menschen sehr unterschiedlich. Ebenso können weitere vielfältige Verhaltensprobleme und somatische Erkrankungen das Gesamtbild im Einzelfall teilweise (mit-)prägen. Die autistische Phänomenologie kann zudem in Abhängigkeit von Intellekt, Geschlecht und Alter variieren.

In den letzten Jahren hat sich eine Wandlung des Begriffs Autismus vollzogen. Obwohl sich die Vergabe einer Autismus-Diagnose auf eine bestimmte Form fest-

legt, wird in der Literatur und in Fachkreisen in der Regel von „Autismus-Spektrum-Störung“ gesprochen. Da sich die Kriterien der autistischen Hauptkategorien *Frühkindlicher Autismus* und *Asperger-Syndrom* nicht valide voneinander trennen lassen, wurde diese Unterscheidung zugunsten eines dimensionalens Begriffs (ASS) aufgegeben, siehe dazu Kap. 2.1.

2.1 Klassifikation nach ICD-10 und Veränderungen im DSM-5

Die Diagnosekriterien für Autismus-Spektrum-Störungen sind im ICD-10 und DSM-5 verankert. ICD steht für „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (engl.: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*). Die ICD wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben. Es ist das wichtigste, weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem in der Medizin. DSM-5 ist die Abkürzung für die fünfte Auflage des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (übersetzt: *diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen*). Es wird von der American Psychiatric Association (APA) in den USA herausgegeben.

Bislang wurde das autistische Kernsyndrom in seiner aktuellen Definition nach ICD-10 und DSM-IV durch die folgenden drei Symptombereiche charakterisiert (vgl. Tebartz van Elst 2014: 52):

1. Qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktion,
2. qualitative Beeinträchtigung der Kommunikation und
3. repetitive, stereotype und zwangsartige Verhaltensweisen sowie eingeengte Interessen.

Die folgende Tabelle nach Tebartz van Elst (2014) et al. stellt eine ausführlichere Beschreibung der Verhaltensweisen dar, wobei nach ICD-10 und DSM-VT nur die drei erstgenannten Kriterien zum autistischen Kernsyndrom gehören.

| Klinische Charakteristika des autistischen Syndroms | |
|---|---|
| Syndromales Kriterium | Klinische Konkretion des Gemeinten |
| Qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktion | <p>Beeinträchtigte basale soziale Wahrnehmung: Gesichter erkennen, Emotionen erkennen, Prosodie erkennen, Sprecher im reizreichen Kontext identifizieren (filtern)</p> <p>Beeinträchtigte soziale Kognition: beeinträchtigte Fähigkeit, mentale Zustände anderer zu erkennen (Mentalisierung, kognitive Empathie, Theory of mind)</p> |
| Qualitative Beeinträchtigung der Kommunikation | <p>Expressive Kommunikationsprobleme: nonverbale Kommunikation durch Mimik, Gestik, Prosodie beeinträchtigt</p> <p>Schwierigkeiten im wechselseitigen Miteinander in kommunikativen Situationen, Schwierigkeiten beim Telefonieren</p> <p>Sprachliche Schwierigkeiten: Konkretismus, das heißt, metaphorische Sprache wird primär wörtlich verarbeitet, die Sprachpragmatik, das heißt, kontexteingebundenes Sprachverständnis und -verhalten sind beeinträchtigt</p> |
| Repetitive und stereotype Verhaltensweisen und eingeengte Interessen | <p>Bedürftigkeit nach erwartungsgemäßen Tagesabläufen: rigide Aufsteh-, zu-Bett-geh- oder Ablaufroutinen in alltäglichen Dingen</p> <p>Variierende Tagesabläufe (vor allem im sozialen Bereich) werden detailliert geplant und vorbereitet</p> <p>Systematische und enzyklopädische Sonderinteressen</p> |
| Sensorische Besonderheiten | <p>Sensorische Überempfindlichkeiten: Anfälligkeit für Reizüberflutung, vor allem im akustischen aber auch im visuellen und olfaktorischen Erleben; Detailorientiertheit vor allem der visuellen Wahrnehmung, Empfindlichkeit vor allem für leichte und unerwartete Berührungen</p> |
| Motorische Besonderheiten | <p>Blickmotorik: fehlender spontaner Blickkontakt oder auffällige Blickdynamik bei bewusst antrainiertem Blickverhalten, oft Blick zwischen die Augen des Gegenübers</p> <p>Wenig expressive mimisch-gestische, prosodische und behaviorale Ausdrucksmotorik</p> <p>Motorische Koordination: Schwierigkeiten bei der Feinmotorik oder Gruppensportarten wie Fußball, Volleyball, Handball etc.</p> |
| Autistische Stressreaktion | <p>Reizüberflutung, Erwartungsfrustration, Missverständnisse, Berührungen können hervorrufen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wutattacken mit überschießender Aggression 2. Dissoziativen Rückzug, Mutismus, Anspannungszustände und Selbstverletzungen 3. motorische Stereotypien zur Anspannungsregulation: Schaukeln, Flattern, im Kreis laufen etc. |

Tabelle 1: Klinische Charakteristika des autistischen Syndroms

Quelle: Klinische Charakteristika des autistischen Syndroms. In: Info Neurologie & Psychiatrie 16 (4). S.51.

Autismus wird im ICD-10 unter der Kategorie *Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (TE)* geführt. Nach jüngsten Publikationen werden Entwicklungsstörungen durch folgende Kriterien definiert (vgl. Tebartz van Elst 2014: 52):

1. Der Beginn einer charakteristischen Klinik ist klar in der ersten Dekade der Betroffenen identifizierbar,
2. es kommt zu einer Einschränkung oder Verzögerung der Entwicklung von Funktionen, die mit der biologischen Reifung des Gehirns verbunden sind, und
3. im Hinblick auf diese charakteristische Symptomatik kann ein stetiger Verlauf beobachtet werden, das heißt, es kommt nicht zu den für viele andere psychische Störungen typischen Fluktuationen.

Im Mai 2013 erschien die fünfte Version des DSM (DSM-5). Sie zeichnet sich teilweise durch Weiterentwicklung und teilweise durch Abkehr vom bisherigen Autismusverständnis aus. Im Folgenden werden die Entwicklungen im Einzelnen erläutert. (vgl. Tebartz van Elst 2014: 52ff.)

1. Das Konzept der neuronalen Entwicklungsstörungen wird konsequent weiterentwickelt und neu geordnet

Der frühe Beginn eines klar identifizierbaren symptomatischen Musters wird in der ersten Dekade als gemeinsames Merkmal der genannten Störungsbilder konsequent zur Definition der Störungsgruppe herangezogen. Im Sinne der zuvor beschriebenen Definition von Entwicklungsstörungen werden demnach im DSM-5 folgende Störungsbilder unter dieser Kategorie zusammengefasst: 1. *Intelligenzminderung*, 2. *Kommunikationsstörungen inklusive Sprachstörungen und Störung der sozialen (pragmatischen) Kommunikation*, 3. *ASS*, 4. *Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung*, 5. *spezifische Lernstörung*, 6. *Störungen der Motorik inklusive Tic-Störungen und Tourette-Syndrom*. (vgl. Tebartz van Elst 2014: 52)

2. Das Konzept kategorialer autistischer Subtypen wird zugunsten eines Spektrumskonzeptes aufgegeben

Da sich die beiden autistischen Hauptkategorien *Frühkindlicher Autismus* und *Asperger-Syndrom* nicht valide voneinander trennen lassen, wurde diese Unterscheidung zugunsten des dimensional Begriffs „Autismus-Spektrum-Störung“ aufgegeben. Klinische Beobachtungen ergaben, dass es fließende Übergänge zwischen den bisherigen Unterkategorien des Autismus, zwischen den verschiedenen neuronalen Entwicklungsstörungen, zwischen typischer und atypischer Entwicklung sowie auch zwischen psychischer Gesundheit und psychiatrischer Erkrankung

gibt. Ein Beispiel dafür ist der sogenannte „High-Functioning Autismus“, der allerdings zurzeit in keiner offiziellen Diagnoseklassifikation vermerkt ist. Der High-Functioning Autismus ist eine Variante des Frühkindlichen Autismus bei relativ hoher Intelligenz. (vgl. Autismus-Therapie-Ambulanz Niederrhein: online) Die Betroffenen zeigen nicht die typischen Merkmale des Asperger-Syndroms, sondern entsprechen dem klassischen Bild eines Frühkindlichen Autismus mit einer relativ hohen Intelligenz bzw. besonderen Fähigkeiten in einzelnen Bereichen. Die Kriterien der kognitiven Leistungen dienen bisher einer Differenzialdiagnostik, die nach ICD-10 zur Diagnosevergabe einer spezifischen Tiefgreifenden Entwicklungsstörung erforderlich ist. Die High-Functioning-Symptomatik wird deshalb dem Frühkindlichen Autismus zugeordnet. Zur Abgrenzung von nicht krankheitswertigen Merkmalen dienen im DSM-5 die Kriterien C und D, siehe Tab 2. (vgl. Tebartz van Elst 2014: 52f.)

3. Die autistische Kernsymptomatik der sozialen Interaktions- und Kommunikationsstörungen wird in einem Kriterium (A) zusammengefasst

Die beiden Hauptkriterien der ICD-10, *soziale Interaktion* und *Kommunikation*, wurden zu einem Kriterium fusioniert, da sie sich nicht valide voneinander trennen ließen. Das Kriterium A wird definiert als „Andauernde Defizite der Kommunikation und sozialen Interaktion in mehreren Kontexten, die aktuell oder anamnestisch vorhanden sind und nicht durch eine generelle Entwicklungsverzögerung besser erklärt werden können“ (Tebartz van Elst 2014: 54).

4. Das Kriterium der begrenzten, repetitiven und stereotypen Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten wird als „B-Kriterium“ aufgewertet und ausgeweitet

Unter dem neuen B-Kriterium werden neben den klassischen repetitiven und stereotypen Verhaltensweisen und Interessenmustern auch sensorische Besonderheiten wie etwa eine Empfindlichkeit gegenüber Reizüberflutung geführt. Im alten Autismuskonzept nach DSM-IV wurden diese noch nicht berücksichtigt. Für eine Diagnosestellung werden mindestens zwei Symptome aus diesem Bereich gefordert. (vgl. Tebartz van Elst 2014: 54)

5. Eine Diversifizierung der Diagnose wird über Komorbiditäten möglich

In individuellen Fällen kann nach DSM-5 eine größere Breite von Zusatzdiagnosen zugelassen werden. Dies trifft insbesondere für eine ADHS-Diagnose zu, die nach DSM-IV und ICD-10 bei Autismus bislang ausgeschlossen war. (vgl. Tebartz van Elst 2014: 54)

6. Der Schweregrad wird operationalisiert

Die diagnostische Einordnung wurde um eine Einteilung in Schweregrade erweitert, was in den kategorialen Konzepten weitgehend fehlte. (vgl. Tebartz van Elst 2014: 54)

7. Das Konzept einer von ASS separierten sozialen Kommunikationsstörung wird eingeführt

Die *soziale Kommunikationsstörung* ist weitgehend in Analogie zum A-, C- und D-Kriterium der ASS konzipiert, siehe Tabelle 2, wobei Symptome im Sinne des B-Kriteriums nicht gefordert werden und eine ASS ausgeschlossen sein soll. Diese Kategorie soll Menschen mit sub-syndromalen autistischen Zügen die Option eröffnen, eine ASS-Diagnose zu bekommen, sofern diese zu psychosozialen Beeinträchtigungen führen. (vgl. Tebartz van Elst 2014: 54)

| Kriterien der ASS gemäß Vorschlag nach DSM-5 | |
|--|--|
| A | Andauernde Defizite der sozialen Kommunikation und sozialen Interaktion in allen Kontexten, die nicht durch generelle Entwicklungsverzögerungen erklärt werden und sich in allen folgenden Bereichen manifestieren: |
| 1. | Defizite der sozial-emotionalen Gegenseitigkeit |
| 2. | Defizite im nonverbalen kommunikativen Verhalten in der sozialen Interaktion |
| 3. | Defizite beim Eingehen und Aufrechterhalten von Beziehungen entsprechend dem Entwicklungsstand (ausgenommen solcher Bezugspersonen) |
| B | Restriktive, repetitive Verhaltensmuster, Interessenmuster oder Aktivitätsmuster, die sich in wenigstens zwei der folgenden Bereiche manifestieren: |
| 1. | Stereotype/s/r oder repetitive/s/r Sprechen, Bewegungen oder Gebrauch von Objekten (wie zum Beispiel einfache motorische Stereotypen, Echolalie, repetitiver Gebrauch von Objekten oder idiosynkratische Phrasen) |
| 2. | Exzessives Festhalten an Routinen, ritualisierte Muster verbalen oder nonverbalen Verhaltens oder exzessiver Widerstand gegen Veränderungen (wie zum Beispiel behaviorale Rituale, Bestehen auf gleicher Wegstrecke, gleiches Essen, repetitive Fragen oder extremer Stress durch kleine Änderungen) |
| 3. | Hochgradig eingegrenzte, fixierte Interessen, die nicht normal in Hinblick auf Intensität oder Thema sind (wie zum Beispiel starke Bindung an oder Beschäftigung mit ungewöhnlichen Objekten, exzessive eingeengte oder perseverierende Interessen) |
| 4. | Hyper- oder Hypo-Reaktivität auf sensorischen Input oder ungewöhnliches Interesse an sensorischen Aspekten der Umgebung (wie zum Beispiel offensichtliche Unempfindlichkeit gegenüber Schmerz/Hitze/Kälte, starke überempfindliche Reaktion auf spezifische Geräusche oder Texturen, exzessives Riechen oder Berühren von Objekten, Faszination von Lichtern oder sich bewegenden Objekten). |

| Kriterien der ASS gemäß Vorschlag nach DSM-5 | |
|--|--|
| C | Symptome müssen seit früher Kindheit vorhanden sein (aber können erst dann offensichtlich werden, wenn soziale Anforderungen die Kompensationsmöglichkeiten überschreiten). |
| D | Symptome begrenzen und beeinträchtigen insgesamt das alltägliche Funktionieren. |

Tabelle 2: Kriterien der ASS gemäß Vorschlag nach DSM-5

Quelle: Kriterien der ASS gemäß Vorschlag nach DSM-5. In: Info Neurologie & Psychiatrie 16 (4). S.54.

Tebartz van Elst et al. erklären, dass bei Unkenntnis des Konzeptes von ASS das klinische Bild vor allem bei Betroffenen mit normalen oder überdurchschnittlichen intellektuellen Fähigkeiten oft übersehen oder falsch eingeordnet wird. Eine korrekte Diagnosestellung habe fast immer weitreichende und meist positive Implikationen, da sie adäquates Verständnis der autistischen Eigenschaften und der sich daraus entwickelnden psychiatrischen Symptomatik sowie einen angemessenen und verständnisvollen Umgang damit erlaube.

2.2 Ätiologie

Es gibt verschiedene Erklärungsansätze für die Entwicklung von Autismus. Eine allgemeingültige Ursache konnte bisher jedoch nicht bewiesen werden. Epidemiologische Untersuchungen anhand von Familien- und Zwillingsstudien deuten auf eine hohe Erblichkeit hin. Umweltfaktoren wird daher eher eine untergeordnete Rolle bei der Entstehung der ASS zugeschrieben. (vgl. Klauck 2009: 87)

Genetische Faktoren

Genetische Faktoren gelten als eine der Hauptursachen für autistische Störungen.

„Aufgrund der Heterogenität der ASS wird vermutet, dass es sich bei den genetischen Risikofaktoren um seltene, hoch-penetrante Mutationen in Genen oder regulatorischen Genloci handelt. Störungen dieser Genfunktionen greifen in biologische Stoffwechselwege ein, die verantwortlich sind für die Formung der für Verhaltensprozesse wichtigen Gehirnstrukturen und deren funktioneller Steuerung im ausdifferenzierten Stadium.“ (Klauck 2009: 87)

Das Risiko, ein autistisches Kind zu bekommen, ist bei einem Elternteil, das selbst eine ASS hat, demnach stark erhöht. (vgl. Freitag o.A.b: online) Derzeit wird die Heritabilität von ASS auf ca. 90 % geschätzt.

In etwa 10 bis 15% der Fälle mit einer ASS liegt ein monogenetischer Defekt als Ursache für die Erkrankung zugrunde. (vgl. Klauck 2009: 88) Diese werden als „syndromaler Autismus“ bezeichnet. Ein Beispiel dafür ist das fragile-X-Syndrom.

Diese Genveränderungen sind schon weitgehend aufgeklärt, insbesondere bezüglich ihrer Folgen auf die Entwicklung des Nervensystems. (vgl. Freitag o.A.b: online) Bei idiopathischem ASS ist die genetische Ursache bisher noch weitgehend unbekannt, wobei inzwischen ein komplexes multifaktorielles Vererbungsmodell mit einer unbekannten Anzahl von interagierenden Genen angenommen wird.

Neurologische Auffälligkeiten

Bei einigen Betroffenen können Störungen der Fein- und Grobmotorik sowie Unregelmäßigkeiten der elektrischen Hirnströme beobachtet werden. (vgl. Freitag o.A.b: online) Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass die Gehirnentwicklung bei Personen mit ASS schon vorgeburtlich anders verläuft als bei gesunden Kindern. Zahlreiche funktionelle und strukturelle bildgebende Studien des Gehirns konnten veränderte Funktionen und Strukturen in den Schläfenlappen, den Frontallappen des Großhirns und auch des Kleinhirns bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ASS nachweisen. Zudem wurde beobachtet, dass die Zellen der Großhirnrinde eine andere Funktion sowie ein anderes Aussehen aufweisen, als bei Menschen ohne ASS. Diese Veränderungen sind für die kognitiven Besonderheiten verantwortlich, wie beispielsweise die guten Fertigkeiten in der Formerkennung, aber die Schwierigkeiten in der Bewegungswahrnehmung; die guten logisch-schlussfolgernden Fertigkeiten, aber die Schwierigkeiten in der Handlungsplanung und der Zielorientierung und für die anderen kognitiven Besonderheiten und Einschränkungen. (vgl. Freitag o.A.b: online)

Umweltfaktoren

Obwohl ASS überwiegend genetisch bedingt sind, wurden einige Umweltfaktoren erkannt, die das Risiko für die Störung erhöhen oder das Krankheitsbild direkt verursachen können. (vgl. Freitag 2009: 108) Im Rahmen der Ätiopathogenese autistischer Störungen sind bezüglich der psychosozialen Risikofaktoren insbesondere extreme Deprivationsbedingungen in den ersten Lebensjahren berichtet worden. Bei der Untersuchung biologischer Umweltrisikofaktoren konnten nur wenige als ursächlich in der Entstehung von ASS belegt werden.

Es gibt belegte Risikofaktoren für ASS, die sich auf bestimmte Infektionskrankheiten der Mutter in der Schwangerschaft beziehen. (vgl. Freitag o.A.b: online) Mehrere populationsbasierte Studien weisen darauf hin, dass eine (starke) Frühgeburtlichkeit das Risiko für ASS erhöht. Als allgemeine schwangerschaftsassozierte Risi-

kofaktoren sind mütterlicher Diabetes sowie postpartale Hypoglykämie und Lungenfunktionsprobleme beschrieben worden. Des Weiteren gibt es Untersuchungen zu Medikamenteneinnahmen während der Schwangerschaft. Eine Studie diskutiert beispielsweise die Einnahme von Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) in der Schwangerschaft als Risikofaktor, wobei die Anzahl der Kinder, die SSRIs in der Schwangerschaft ausgesetzt waren, relativ gering war. (vgl. Freitag o.A.b: online) Auch Antiepileptika waren in klinischen Studien mit erhöhten Raten von ASS bei Kindern assoziiert. Als schwangerschaftsassozierte Risikofaktoren ausgeschlossen werden konnten bisher Alkoholkonsum und starke psychosoziale Belastung der Mutter.

Neuropsychologische Aspekte

Es wird angenommen, dass eine Reihe von neurokognitiven Besonderheiten und Dysfunktionen den ASS zugrunde liegen. (vgl. Herbert 2004 zit. nach Dziobek 2009: 131) Gegenstand der Neuropsychologie ist die Ergründung der Zusammenhänge zwischen Strukturen und Prozessen des zentralen Nervensystems sowie des Verhalten und Erlebens. Die drei einflussreichsten Modelle im Zusammenhang mit ASS sind die *Theory of mind*, *Exekutive Dysfunktionen* und die *schwache zentrale Kohärenz*.

Theory of mind

Ein Mangel an *Theory of mind* äußert sich durch Probleme, sich selbst und anderen geistige Zustände, zum Beispiel Emotionen, Gedanken oder Absichten zu schreiben zu können. (vgl. Dziobek 2009: 132f.) Diese Auffälligkeiten werden häufig herangezogen, um die sozialen und kommunikativen Probleme bei ASS zu erklären.

Exekutive Dysfunktionen

Die *Exekutiven Funktionen* stellen ein multidimensionales Konstrukt dar, das Funktionen wie beispielsweise kognitive Flexibilität, Reaktions- und Antworthemmung, Arbeitsgedächtnis, Problemlösen und Planen, zeitliche Organisation und Interferenzanfälligkeit einschließt. Norman und Shallice (1980) postulierten ein hierarchisch übergeordnetes Kontroll- und Planungssystem, das als System vor allem in neuen und unvorhergesehenen Situationen und für komplexe oder konfliktreiche Aufgaben im Alltag essentiell ist. (vgl. Godefroy, zit. nach Dziobek 2009: 141) Durch eine Störung der Exekutiven Funktionen lassen sich beispielsweise autismspezifische Symptome wie Veränderungsängste oder mangelnde Vorhersehbarkeit erklären.

Schwache zentrale Kohärenz

Das Konzept der *zentralen Kohärenz* geht von einem Defizit kontextorientierter, globaler Wahrnehmung und Informationsverarbeitung aus. (vgl. Dziobek 2009: 141) Gemeint ist die fehlende Fähigkeit, Einzelaspekte in einen Gesamtzusammenhang einfügen zu können. Weitere erwähnenswerte Aspekte sind unter anderem die *Soziale Reaktivität* und die *Soziale Perzeption*. Soziale Reaktivität bedeutet das Fehlen einer natürlichen Präferenz für soziale Reize und mangelndes Imitationsverhalten. (vgl. Dziobek 2009: 132) Die Soziale Perzeption beschreibt Probleme bei der Gesichtsidentifikation und Beeinträchtigungen in der Fähigkeit, emotionale Gesichtsausdrücke zu dekodieren, Emotionen anhand von Stimmintonationen zu erkennen und emotionalen Gesichtsausdrücken passende Prosodie zuzuordnen. (vgl. Dziobek 2009: 132 zit. nach Bölte/Poustka 2003; Rutherford 2002; Boucher 2000)

Des Weiteren wird vermutet, dass ein defizitäres Spiegelneuronensystem zur Symptomatik der ASS beiträgt.

„Spiegelneurone sind vor allem im inferioren frontalen- bzw. prämotorischen Kortex lokalisierte Nervenzellen, die bei der Beobachtung von Bewegung Anderer die gleichen Potenziale auslösen wie bei der entsprechenden eigenen Bewegung.“ (Dziobek 2009: 141)

Mit diesem Konzept werden oft das mangelnde Imitationsverhalten sowie die beeinträchtigte Verarbeitung von Mimik bei ASS erklärt.

2.3 Epidemiologie

Viele Studien zwischen den Jahren 2004 und 2008 weisen eine Prävalenz der ASS zwischen 0,01 und 0,07% auf. (vgl. Bölte 2009c: 69f.) Studien, die seit dem Jahr 2000 durchgeführt und publiziert wurden, legten eine höhere Verbreitung von ASS nahe, als früher angenommen wurde. Zusammenfassend ergeben diese jüngeren Studien eine Prävalenzrate des Autismus (frühkindlicher Autismus) von ca. 0,3% und der ASS von insgesamt etwa 0,9%. Zur Verteilung der Geschlechter ist ein über die Studien gemitteltes Verhältnis von ca. 4 (Jungen): 1 (Mädchen) zu verzeichnen. Für Deutschland liegen bisher keine genauen Angaben über die Prävalenz der ASS vor. Der Bundesverband Autismus Deutschland e.V. veröffentlicht auf seiner Internetseite (vgl. Autismus Deutschland e.V. o.A.) folgende Tabelle zur Häufigkeit der ASS. Die Daten gehen auf Untersuchungen in Europa, Kanada und den USA zurück.

Aktive Elternrolle bei der Therapie von
Autismus-Spektrum-Störungen
Belastungen nehmen, Kompetenzen fördern
Rabsahl, A.K.
2016, X, 116 S. 20 Abb., Softcover
ISBN: 978-3-658-11029-1