



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Asperger-Syndrom zwischen Alltagsbewältigung, Krise und Komorbidität

Verfasserin

Tanja Jakob

Angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, Jänner 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A057/122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaften

Betreuer: MMag. Dr. Ferdinand Holub, MEd, MSc, BA

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe. Alle wörtlichen und sinngemäß übernommenen Ausführungen wurden als solche gekennzeichnet. Diese Arbeit wurde sowohl in gedruckter als auch in elektronischer Form abgegeben.

Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version vollständig mit der gedruckten Version übereinstimmt. Ich bin mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen hat.

.....
Datum

.....
Unterschrift

Danksagung

Ich möchte mich vor allem bei meinem Betreuer Dr. Ferdinand Holub bedanken, der mir immer mit Rat und Tat zur Seite gestanden hat.

Weiters möchte ich mich bei meinen Eltern Gertraud und Kurt Jakob bedanken, denn sie haben mir das Studium ermöglicht und mich stets unterstützt. Auch meiner Schwester Monika Jakob danke ich für das Korrekturlesen. Ebenso meinem Freund Philip Ruckelshausen und meinen Freunden vor allem Julia Öttl, die für mich immer ein offenes Ohr hatten.

Ich danke euch!

In der nachfolgenden Arbeit wurde bewusst auf geschlechterspezifische Benennungen verzichtet. Es wurde die maskuline Form gewählt, welche für weibliche als auch für männliche Personen gleichermaßen gilt.

Zusammenfassung

Das Asperger-Syndrom zählt zur Gruppe der Autismus-Spektrum-Störungen (ASS). In unserer Gesellschaft ist diese Form jedoch noch nicht so publik, wie der frühkindliche Autismus. Asperger-Autisten sind „anders“ als die „normale“ Bevölkerung. Ihre „Andersartigkeit“ treibt sie oft in soziale Isolation, denn Autismus ist eine Behinderung, welche oft sehr einsam macht. Die Lebensqualität der Betroffenen vermindert sich dadurch.

Die folgende Arbeit soll einen umfangreichen Einblick zum Thema „Asperger-Syndrom“ geben. Die Geschichte des Autismus, Symptomatik, Definition der ASS, Krankheitsverlauf, Krisen und die oft darauf folgenden Komorbiditäten, Bewältigungs-strategien und Kriseninterventionen sind in dieser Arbeit vertreten. Demzufolge sollen das Verständnis und Interesse für das Asperger-Syndrom verstärkt werden.

Ziele dieser Arbeit sind einen Bezug zur Pflege und zur Pflegewissenschaft herzustellen und das Fachwissen über Autismus zu verbreiten, um somit komorbide Erkrankungen und Krisen früher zu diagnostizieren und diese möglicherweise zu verhindern. Die Literatuarbeit wird anhand einiger Aussagen von Betroffenen, einem Beispielinterview und Studien praxisbezogen untermauert.

Abstract

Asperger's syndrome is among the autism spectrum disorders (ASS). In our society, this form is not as publicized as the early childhood autism. Autistics with AS are different than the normal population. Their difference often drives them into social isolation, because autism is a disability which could lead to loneliness. For concerned persons the quality of life is reduced.

The following thesis is to provide a comprehensive insight on Asperger's syndrome. The history of autism, symptoms, definition of ASS, disease course, crises and often followed by subsequent comorbidities, coping strategies and crisis interventions are topics in this thesis. Accordingly, the understanding and interest in Aspergers syndrome should be strengthened.

Objective of this work is to reference to nursing and nursing science to produce and disseminate the knowledge about autism, and therefore to diagnose comorbid diseases and crises earlier and to prevent from those. The literary work is supported by some statements of concerned people, a sample interview and studies.

Inhaltsverzeichnis

0.	Einleitung	1-3
1.	Die Geschichte des Autismus	4
1.1	<i>Kanners Fälle</i>	4-5
1.2	<i>Aspergers Fälle</i>	5
1.3	<i>Die Diskussion bezüglich Psychogenese versus biologischen Ursachen</i>	5-7
1.4	<i>Ätiologie</i>	7-9
1.5	<i>Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen dem frühkindlichen Autismus und dem Asperger-Syndrom - allgemeine Aspekte</i>	9-11
2.	Differenzierungen innerhalb umfassender Entwicklungsstörungen	12
2.1	<i>Autismus-Spektrum-Störungen (ASS), die tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (Pervasive Developmental Disorder - PDD)</i>	12-14
2.1.1	Diagnose und Klassifikation tiefgreifender Entwicklungsstörungen (ICD-10 und DSM-IV)	14-22
2.1.2	Weitere Aspekte bezüglich Diagnostik	22-28
2.2	<i>Häufigkeit und Epidemiologie</i>	28-29
2.3	<i>Krankheitsverlauf</i>	29-30
2.4	<i>Die Abgrenzung zu anderen Störungsbildern</i>	30
2.4.1	High-functioning Autismus	30-31
2.4.2	Schizoide Persönlichkeitsstörung	31
2.4.3	Zwangsstörung	31-32
2.4.4	Schizophrenie	32
2.4.5	Gilles-de-la-Tourette-Syndrom	32
2.5	<i>Symptomatik des Asperger-Syndroms</i>	32
2.5.1	Soziale Interaktion	32-33
2.5.2	Kommunikation	33-34

2.5.3	Stereotype Verhaltensmuster und Spezialinteressen	34-38
2.6	<i>Stigmatisierung</i>	38-39
2.7	<i>Theory of mind (ToM)</i>	39-41
3.	Krise, Komorbidität und Alltagsbewältigung	42
3.1	<i>Komorbidität</i>	42-43
3.1.1	Depression	43-44
3.1.2	Angststörung	44-45
3.1.3	ADHS	45
3.1.4	Zwangssymptome und -störung	45-46
3.1.5	Essstörung	46-47
3.1.6	Tics/Tourette-Syndrom	47
3.1.7	Persönlichkeitsstörung	48-49
3.1.8	Schlafstörung	49
3.1.9	Oppositionelles und aggressives Verhalten	49-50
3.1.10	Auto-aggressives Verhalten	50
3.2	<i>Krise</i>	50
3.2.1	Allgemeines	50-53
3.2.2	Krise und Asperger-Syndrom	53-57
3.2.3	Krisenintervention	57-58
3.2.4	Therapiemaßnahmen	58-61
3.2.5	Beratung	62-66
3.3	<i>Alltagsbewältigung</i>	67-68
3.3.1	Wohnen	68
3.3.2	Tagesablauf	68-69
3.3.3	Körperhygiene	69-70
3.3.4	Freizeit	70-72
3.3.5	Beruf	72
3.4	<i>Belastungen und Bewältigungsstrategien</i>	73
3.4.1	Belastungsarten	73-74
3.4.2	Belastungs- und Bewältigungsmodelle	74-78
3.4.3	Maßnahmen zur Unterstützung der Angehörigen	78-79
3.5	<i>Lebensqualität</i>	79
3.5.1	Lebensqualität und Pflege	80-81

3.6	<i>Ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlung</i>	81-82
3.6.1	Ambulante Behandlung	82
3.6.2	Teilstationäre und stationäre Behandlung	83-84
3.6.3	Aufgaben der (psychiatrischen) Pflege	84-85
4.	Interview	86-89
5.	Zusammenfassung/Diskussion	90-92
6.	Tabellenverzeichnis	93
7.	Abbildungsverzeichnis	94
8.	Abkürzungsverzeichnis	95-96
9.	Literaturverzeichnis	97-105
10.	Curriculum Vitae	106-107

0. Einleitung

In den achtziger Jahren begann durch die britische Forscherin Lorna Wing die fachliche Diskussion über das Asperger-Syndrom wieder aufzuflammen. Die beiden gängigen internationalen Klassifikationssysteme für psychische Störungen, der ICD-10 (WHO 1993) und der DSM-IV (Saß 2003) beinhalten die gängigen Definitionen des Asperger-Syndroms (vgl. Klaus, 2008, S. 31).

Heutzutage zählen autistische Störungen zu den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, da sie die betreffende Person in ihrem gesamten Kommunikations- und Interaktionsverhalten einschränkt. Desgleichen können die Auswirkungen des Asperger-Syndroms die Beziehungen zur Umwelt und die Teilnahme an der sozialen Umwelt hemmen. Vorhandene Einschränkungen sind häufig in den sprachlichen, motorischen, emotionalen, interaktionalen, wie auch kognitiven Fertigkeiten zu erkennen (vgl. Preißmann, 2009, S. 11f).

Laut Gillberg (2002) treten vor allem in der Adoleszenz vermehrt Krisen auf, dadurch entwickeln sich oft komorbide Erkrankungen, wie Depression oder Angststörungen. Diese Begleiterkrankungen schränken die Betroffenen in ihrem Alltag noch extremer ein. Die Lebensqualität sinkt weiter ab. Infolge dessen steigt die Suizidgefahr in dieser Lebensphase (vgl. Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 106).

Die Motivation mich mit dieser Thematik zu beschäftigen ist bei der tiefgreifenden Entwicklungsstörung „Asperger-Syndrom“ den Bezug zur Pflege und zur Pflegewissenschaft herzustellen. Es ist äußerst bedeutsam, dass die Betroffenen die Möglichkeit haben verschiedene Arten von Hilfen in Anspruch zu nehmen, wie zum Beispiel Selbsthilfegruppen oder Gespräche mit Gesundheitsprofessionen. Dies ist jedoch nur erreichbar, wenn die Bedürfnisse und Problematiken der Patienten erkannt und verstanden werden. Wichtig ist mir, das Bewusstsein für diese Erkrankung zu schärfen, um somit Krisen und Komorbiditäten früher zu diagnostizieren und diese möglicherweise zu verhindern. Außerdem kann dadurch ein unnötiger Leidensweg, bezogen auf die Betroffenen und deren Angehörigen, erspart und die Lebensqualität erhöht werden. Möglicherweise würden Fortbildungen zum Thema „Autismus“ bzw. zu psychischen Erkrankungen und Behinderungen helfen, mehr Verständnis und Wissen seitens der Pflege zu

erreichen, damit Pflegepersonen professionell agieren können, wenn behinderte und beeinträchtigte Personen in Krankenhäusern aufgenommen werden. Die Thematik Behinderung ist von der Pflegewissenschaft vermehrt zu thematisieren, um diese Materie ihrer Berufsgruppe vorzustellen und somit ein ausreichendes Fachwissen zu vermitteln. Aufklärungsarbeit ist ebenfalls erforderlich, diese kann z. B. durch Veröffentlichung von unterschiedlichen Studien in pflegewissenschaftlichen Zeitschriften erfolgen. Vorteilhaft wäre es für Österreich, wenn auch sogenannte ANP's in unserer Berufsgruppe integriert werden würden. Meiner Ansicht nach sind für die Pflegewissenschaft Autismus-Spektrum-Störungen ein lohnendes Gebiet, welches Forschung benötigt.

Diese Fragestellungen sollen in meiner Diplomarbeit anhand einer Literaturliste beantwortet werden:

- Wie stellt sich die Lebens- bzw. Alltagssituation von Menschen mit Asperger-Syndrom dar und in welcher Form erfolgt die Alltagsbewältigung?
- In welcher Weise beeinflussen die Verhaltensweisen und komorbiden Erkrankungen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben?
- Welche Aspekte können Krisen und krisenhafte Entwicklungen auslösen? Welche Kriseninterventionen kommen bei Betroffenen zum Einsatz?
- Mit welchen Maßnahmen könnte die Lebensqualität von Autisten gesteigert werden? Welche Bedürfnisse liegen bei Betroffenen vor?
- In welchen Bereichen und in welcher Form können die psychiatrische Pflege und die Pflegewissenschaft ihren Beitrag (allgemein in der Behindertenarbeit/speziell bei autistischen Menschen) leisten?

Im ersten Kapitel wird auf die Geschichte des Autismus und auf die Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen dem frühkindlichen Autismus und dem Asperger-Syndrom eingegangen. Im zweiten Kapitel werden die Differenzierungen innerhalb umfassender Entwicklungsstörungen näher betrachtet, ebenso die Epidemiologie, die Häufigkeit, der Krankheitsverlauf und die Abgrenzung zu anderen Störungen. Weiters erfolgt die Vorstellung der Symptomatik des Asperger-Syndroms vorgestellt, wie die Theory of Mind (ToM) und die Stigmatisierung. Im dritten Kapitel werden die bedeutsamsten Teilbereiche der Themen Krise, Komorbiditäten und die Alltagsbewältigung bezogen auf das Asperger-Syndrom bearbeitet, ebenso die

ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlung. Das vierte Kapitel beinhaltet ein Interview. Ziel dieser Diplomarbeit ist, einerseits das Wissen über das Asperger-Syndrom zu erweitern, wie z. B. über das Ausbrechen von Krisen, welche Rolle eine Krise mit der Komorbidität spielt und möglichen Kriseninterventionen. Andererseits die „besondere“ Situation Betroffener in der Alltagssituation und bei lebenspraktischen Tätigkeiten samt Probleme/Schwierigkeiten darstellen.

1. Die Geschichte des Autismus

Seit der Entstehung des Begriffs Autismus hat sich seine Bedeutung immer wieder verändert. Anfangs bezeichnete Autismus ein Grundsymptom der Schizophrenie. Durch Leo Kanner und Hans Asperger bekam der Autismus seine heutige Bedeutung. Ungefähr vor 65 Jahren beschrieben Leo Kanner (1943) und Hans Asperger (1944), unabhängig voneinander eine relativ ähnliche Sozial- und Kommunikationsstörung bei Kindern. Der Pädiater Hans Asperger reichte seine Arbeit zur Habilitation ebenfalls im Jahre 1943 an der Universität Wien ein. Die Veröffentlichung von „Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter“ erfolgte erst im Jahre 1944. Kanner und Asperger übernahmen den Terminus *Autismus*. Autismus – eine Zusammensetzung der griechischen Wörter „*autos*“ (selbst) und „*ismos*“ (Zustand, Orientierung), welche der Schweizer Psychiater Eugen Beuler bereits 1911 geformt hatte. Dabei wird der egozentrische Rückzug in sich selbst und die eigene Gedankenwelt, bei gleichzeitigem Abschied von der Außenwelt, im Rahmen schizophrener Störungen definiert. Laut Schirmer (2002) ist ein Hinweis auf Beuler nur bei Hans Asperger zu finden, nicht bei Kanner (vgl. Bölte, 2009, S.21f).

1.1 Kanners Fälle

Die Darstellungen zum Autismus wurden laut Leo Kanner in Abgrenzung zur sozialen Entwicklung gesunder Kinder hergestellt. Weiters beeinflusste Arnold Lucius Gesell Kanners Werk. Gesells Arbeiten belegten, dass Säuglinge und Kleinkinder ein natürliches Bedürfnis nach sozialer Interaktion hätten - hauptsächlich im Sinne eines affektiven Kontakts. Genau diesen Bedarf vermisste Kanner bei den acht Jungen und den drei Mädchen, welche er beschrieb. Aus diesem Grund stellte Autismus für Kanner eine emotionale Störung dar. Autismus würde durch ein spezifisches, angeborenes Syndrom, das durch eine Stoffwechselstörung bedingt sei und selten vorkäme, ausgelöst. Drei der elf Kinder waren stumm. Die anderen acht zeigten Auffälligkeiten der Sprache, wie zum Beispiel Echolalie und die Umkehr von Personalpronomina. Außerdem bestand die Unfähigkeit, Symbole und abstraktes Material zu deuten bzw. zu verstehen. Die unbelebte Welt interessierte sie dafür umso mehr. Kanner beobachtete, dass die Kinder vor allem auf Veränderung des Tagesablaufes und der Umgebung empfindsam reagierten. Neben all den Defiziten bemerkte Kanner bei einigen

Kindern bestimmte (Insel-) Begabungen. Insbesondere die Gedächtnisleistungen oder das große Vokabular bei den sprechenden Kindern. Die Eltern der Kinder waren laut Kanner intelligent. Weiters hatten sie eine Neigung für Wissenschaft und Kunst (vgl. Bölte, 2009, S.22).

1.2 Aspergers Fälle

Hans Asperger schrieb über vier Jungen zwischen sechs und elf Jahren. Asperger vermutete, dass eine angeborene Problematik den Autismus auslöst. Weiters ging er davon aus, dass die Anlagen vom Vater zum Sohn weitergegeben werden würden. Für ihn stellte Autismus eine extreme Variation eines normalen Persönlichkeitszuges dar. Heutzutage ist diese extreme Variation als Persönlichkeitsstörung bekannt. Asperger stellte fest, dass das Syndrom nicht vor dem dritten Lebensjahr „auffallen“ würde. Die Kommunikation und das Kontaktverhalten bekamen einen besonderen Stellenwert in seiner Beobachtung. Seine vier Patienten hatten einen merkwürdigen Blickkontakt, eine monotone, unmodulierte, kaum intonierte Sprechweise und eine Verarmung in der Gestik und Mimik. Die Verwendung der Sprache beispielsweise, der Gebrauch von Neologismen, eigentümliche Monologe und die fehlende Fähigkeit ein Gespräch zu führen waren für Hans Asperger „originell“ und zugleich „abnorm“. Seine Patienten hatten umschriebene Interessen und Aktivitäten. Der Affekt wurde von Hans Asperger als schwach empathisch und allgemein „intellektualisierend definiert“. Asperger vermutete, dass sie ausschließlich ihren eigenen Impulsen folgen würden, unabhängig von den Bedürfnissen anderer. Ihr Verhalten tendiere zu Aggressivität, welche schwer steuerbar wäre. Sie seien negativistisch veranlagt und sozial pauschal schlecht angepasst. Weiters bestand bei den betroffenen Personen ein Mangel an Aufmerksamkeit. Probleme der Motorik waren ebenso auffällig. Asperger fiel die bizarre, behäbige, schwerfällige Gangart, die Probleme bei der Koordination und das mangelnde Körpergefühl auf (vgl. Bölte, 2009, S. 22f).

1.3 Die Diskussion bezüglich Psychogenese versus biologische Ursachen

Asperger und Kanner gingen von der Hypothese aus, dass vererbte Anlagen und konstitutionelle, biologische Faktoren für das Zustandekommen der autistischen Verhaltensprobleme verantwortlich sein sollten. In den 1950er- und 1960er Jahren

rief die Schizophrenie weltweit – aber vor allem in den USA - großes Interesse hervor. Dieser Begriff schloss im Kindesalter ebenso Autismus mit ein. Während dieser Zeit dominierten psychogene, insbesondere psychoanalytische Erklärungsmodelle in der Psychiatrie. Die psychoanalytisch geprägte Theorie von Bruno Bettelheim fand sich bei der Erklärung zum Autismus wieder. Bruno Bettelheim, ein Schüler von Sigmund Freud, vertrat die Meinung, dass während der ersten Lebensjahre des Kindes, Erziehungsfehler der Mütter („Kühlschrankmutter“) einen großen Einfluss auf die Entstehung und Entwicklung des Autismus hätten (vgl. Bölte, 2009, S. 24). Zwei gravierende Erziehungsfehler wären zu wenig Liebe und Zuwendung (vgl. Aarons, Gittens, 2007, S. 35). Für den Ausbruch des Autismus wurden die „kalten, intellektuellen Eltern“ (Aarons, Gittens, 2007, S. 35) beschuldigt. Solche Auffassungen konnten in der Zwischenzeit, anhand praktischer Erfahrungen und Forschungsergebnisse, entkräftet werden (vgl. Aarons, Gittens, 2007, S.35).

Kanner selbst vertrat anfangs die Meinung, dass die mangelnde Erziehungskompetenz der Eltern die Ursache für Autismus wäre. Im Jahre 1971 widerrief Kanner während der jährlichen Tagung der National Society for Autistic Children seine Annahme, da diese obsolet sei und bat um Verzeihung, für die falsche und stigmatisierende Hypothese. Zu viele Fakten sprachen gegen die psychogenen Ursachen (vgl. Bölte, 2009, S. 24)

Laut Wing (1980) tritt Autismus bei allen sozialen Schichten von Familien auf. Des Weiteren haben Eltern von autistischen Kindern auch völlig gesunde Nachkommen. Laut Cantwell et al. (1979) und Mundy et al. (1986) gehen die Interaktionsprobleme der Eltern mit ihren autistischen Kindern eindeutig von den Kindern aus. Außerdem sprechen unterschiedliche Forschungsergebnisse für eine biologische Verursachung des Autismus (vgl. Bölte, 2009, S. 24). Als mögliche Ursache für Autismus gelten bestimmte Erkrankungen, zum Beispiel Röteln während der Schwangerschaft, frühkindliche Spasmen und die Stoffwechselerkrankung Phenylketonurie, wenn sie nicht rechtzeitig behandelt wird. Autistische Verhaltensweisen finden sich bei angeborenen Störungen, wie der tuberösen Sklerose, dem fragilen X-Syndrom und der Neurofibromatose (vgl. Aarons,Gittens, 2007, S. 35f).

Außerdem existieren verschiedene Annahmen über mögliche auslösende Noxen des Autismus. Bestimmte Virusarten, speziell das Herpes-Simplex-Virus und das Zytomegalo-Virus könnten an der Verursachung des Autismus beteiligt sein. Diese Viren infizieren das Baby im Uterus. Dabei wird der Säugling geringfügig geschädigt und erscheint deswegen bei der Geburt normal. Doch das Virus ist währenddessen

inaktiv und bricht erst später durch die Belastungen des Lebens aus. Ebenso werden die vorgeburtliche Medizin, der technische Aufwand bei der Geburt und die Umweltverschmutzung als Risikofaktoren betrachtet. Eine geringe Anzahl der betroffenen Kinder leidet an Asthma. Eine hirnorganische Dysfunktion wird ebenfalls nicht ausgeschlossen, da eine geringe Anzahl der Betroffenen an Epilepsie leidet. Derzeit rücken die biologischen Ursachen, welche für die Entstehung des Autismus verantwortlich sein sollen, in den Vordergrund. Dabei nimmt vor allem die Genetik einen entscheidenden Platz bei der Entwicklung von Erklärungsthesen ein (vgl. Müller, 2007, S. 21).

1.4 Ätiologie

Genetische Ursachen

Bailey et al. (1995) gehen davon aus, dass Autismus-Spektrum-Störungen größtenteils durch genetische Komponente ausgelöst werden. Bei Zwillings- und Familienstudien kam eine Heritabilität von >90 % heraus (vgl. Freitag, 2008, S. 24). Die charakteristische Geschlechterverteilung könnte ein Hinweis auf die genetische Komponente sein. Weiters zählen einige Studien ein gehäuftes Auftreten von Autismus in bestimmten Familien auf. Nach Smalley et al. (1988), Bolton et al. (1994) und Ritvo et al. (1989) haben ca. zwei bis acht Prozent der Geschwister von autistischen Kindern die gleiche Störung. Rutter et al. (1997) und Bolton et al. (1994) ergänzen, dass bei einer beträchtlichen Anzahl von Geschwistern autismusähnliche Verhaltensweisen nachzuweisen sind. Dies könnte allerdings auch durch die Übernahme bestimmter Verhaltensweisen durch die Geschwister bedingt sein (lernen am Modell). Nach anderen Studien sollen die Eltern von autistischen Kindern, hauptsächlich die Väter, die Neigung zu sozialen Schwierigkeiten und speziellen Interessen aufweisen (vgl. Müller, 2007, S. 21). Manchmal gehen vor bzw. bei der Befruchtung wichtige genetische Informationen verloren. Normalerweise befinden sich in der menschlichen Zelle 46 Chromosomen (= Träger der Erbsubstanz). Bei der Deletion sind kleine Teile eines Chromosoms nicht vorhanden. Bei der Duplikation entstehen bestimmte Bereiche doppelt. Falls auf dem Chromosom 2, 7, 15 oder 22 eine Deletion bzw. eine Duplikation vorliegt, könnte dies möglicherweise eine Autismus-Spektrum-Störung auslösen (vgl. Freitag, 2008, S. 24f).

Monogene Erkrankungen

Wie im Punkt 1.3 erwähnt können die tuberöse Hirnsklerose und das Fragiles-X-Syndrom Autismus-Spektrum-Störungen auslösen. Das Smith-Lemli-Opitz-Syndrom zählt, wie das Fragiles-X-Syndrom, zu den monogenen Erkrankungen und steht mit dem Vorkommen der Autismus-Spektrum-Störungen in Verbindung. Bei Kindern mit dem Smith-Lemli-Opitz-Syndrom sind häufig die zweite und dritte Zehe zusammengewachsen. Es liegt eine leichte geistige Behinderung vor und deren Kopf ist extrem klein (vgl. Freitag, 2008, S. 25f).

Molekulargenetik

Die Gene des Glutamat- und GABA-Stoffwechsels stehen auch mit der Entwicklung der Autismus-Spektrum-Störungen im Zusammenhang. Diese zwei Gene sind Überträgersubstanzen (=Neurotransmitter). Die Nervenzellen benötigen bei der Entwicklung und der Verknüpfung mit anderen Nervenzellen Neurotransmitter. Bei einigen Asperger-Autisten wurden Auffälligkeiten im Serotonin-Stoffwechsel entdeckt (vgl. Freitag, 2008, S. 26).

Impfungen und Allergien

Einige Zeit existierte die Meinung, dass die Masern-Mumps-Röteln-Impfung möglicherweise Autismus-Spektrum-Störungen nach sich ziehen könnte. Als ein weiterer auslösender Faktor für Autismus galt eine zeitlang Quecksilber (z.B. auch als Impfstoffzusatz). Allergien (z.B. Hausstaub- oder Pollenallergie) und Zöliakie werden ebenfalls häufig mit Autismus in Verbindung gebracht (vgl. Freitag, 2008, S. 28f).

Erhöhtes Gehirnvolumen, Hirnschädigungen und Hirnfunktionsstörungen

Laut Hazlett et al. (2005) hatten Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen im Alter von zwei Jahren ein größeres Hirnvolumen als die „normalen“ Kinder der Kontrollgruppe. Davon war die graue Substanz (in dieser liegen die Nervenzellen) und die weiße Substanz (durch diese stehen die Nervenzellen in Verbindung) betroffen. Im Laufe der Jahre bildet sich das erhöhte Gehirnvolumen zurück. Laut Lainhart (2006) konnte bei Erwachsenen mit Autismus-Spektrum-Störungen im Frontal- und Temporallappen weniger graue Substanz festgestellt werden, als bei

der Kontrollgruppe (vgl. Freitag, 2008, S. 32). Eine Hirndysfunktion liegt bei fast allen Formen des Autismus vor (vgl. Aarons, Gittens, 2007, S.35ff). Nach Schultz et al. (2000) und McKelvey et al. (1995) wurde bei Asperger-Autisten hauptsächlich eine Funktionsstörung der rechten Gehirnhälfte nachgewiesen, beim frühkindlichen Autismus betraf es dagegen die linke Gehirnhälfte. Beim Asperger-Syndrom kommen (vgl. Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 39ff) „*Abweichungen in der Anordnung (Struktur d. Zellsäulen in 2 Hirnregionen)*“ (Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 41) vor.

1.5 Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen dem frühkindlichen Autismus und dem Asperger-Syndrom – allgemeine Aspekte

Wie bereits erwähnt beschäftigte sich der Kinderarzt Asperger im Jahre 1944 mit dem Krankheitsbild der „autistischen Psychopathen“, welches später unter dem Namen *Asperger'scher Autismus* oder *Asperger-Syndrom* publik wurde. Zur gleichen Zeit etwa beschrieb Kanner in den USA das Syndrom des frühkindlichen Autismus. Asperger berichtete über eine Vielzahl von Fällen, die Gemeinsamkeiten aufwiesen (vgl. Klicpera, Innerhofer, 2002, S. 228f).

Im Speziellen handelt es sich um Kinder, die bereits früh durch ihre geringe Anteilnahme an der Umwelt und durch die scheinbar nicht vorhandene Bindung an Bezugspersonen auffällig werden (vgl. Klicpera, Innerhofer, 2002, S. 228f).

Diese Kinder benehmen sich von klein auf wie Einzelgänger. Sie zeigen keine Lust an Gruppenaktivitäten, wie beispielsweise das Spielen mit anderen Kindern. Die Mütter haben das Gefühl, dass ihre Kinder für sie unerreichbar sind. Ihr Verhalten wirkt unverständlich und es hat den Anschein, dass sie ganz in ihrer eigenen Welt und in ihren Interessen versunken wären. Vor allem in der Schule zeigt sich ihr Verhalten noch auffälliger. Die Kinder weigern sich oft am Unterricht teilzunehmen. Während der Zeit des Schulalters ist zu erkennen, dass sie nur wenig Verständnis für die Regeln sozialer Interaktion haben. Zärtlichkeit ist für diese Kinder unangenehm und störend, selbst von den eigenen Eltern. Sporadische Zärtlichkeitsanwandlungen dieser Kinder sind plötzlich und oft unangemessen. Sie wissen nicht, was andere erwarten und wie andere empfinden. Durch ihr Verhalten

finden sie schwer Freunde und haben nur wenig Kontakt zu anderen Menschen (vgl. Klicpera, Innerhofer, 2002, S. 229).

Bei den Betroffenen ist kaum Gestik und Mimik vorhanden. Ihr Gesicht wirkt meist leer und schlaff, die Gestiken „tölpelhaft“ und unangemessen. Die Kommunikation wirkt aufgrund dessen ungewöhnlich. Die Stimme ist der Gesprächssituation häufig nicht angepasst (monoton oder übermäßig moduliert) und schrill. Das Blickverhalten ist bei Kindern mit dem Asperger-Syndrom, wie auch beim frühkindlichen Autismus, auffällig. Es hat den Anschein, dass der Blick in die Ferne gerichtet ist und nicht auf die Objekte der Umgebung. Problematisch wird es beim Gespräch bzw. bei der Interaktion. Die betroffenen Kinder sind nicht in der Lage durch Blicke ihrem Gesprächspartner zu signalisieren, Kontakt herstellen zu wollen. (vgl. Klicpera, Innerhofer, 2002, S. 229).

Eine Vielzahl der Kinder ist gut begabt und ihre Sprache entwickelt sich fast immer genauso schnell wie bei „normalen“ Kindern. Bei Kindern mit der Diagnose Asperger-Syndrom ist ein metaphorischer Sprachgebrauch feststellbar. Neue Wörter werden erfunden und sie sprechen in übermäßiger Exaktheit – sie reden ähnlich wie Erwachsene. Die Sprachinhalte sind auffällig, zum Beispiel werden auf Fragen in der Konversation mehrfach irrelevante Antworten gegeben und ablenkende Andeutungen gemacht. Auf Bemerkungen des Gesprächspartners gehen sie kaum ein. Häufig haben die Menschen mit dem Asperger-Syndrom Spezialinteressen und ein großes Wissen darüber, doch Allgemeinkenntnisse fehlen (vgl. Klicpera, Innerhofer, 2002, S. 230). Spezialinteressen werden im Punkt 2.5.3 ausführlich beschrieben.

Sie können sich mit selbstentdeckten Zusammenhängen beschäftigen, allerdings kaum von anderen lernen. Im Gegensatz dazu wies bereits Kanner (1943) bei seinem Klientel auf die Probleme beim Auswendiglernen und beim Sich-Aneignen von schulischen Lerninhalten hin. Eine wichtige Rolle spielt die motorische Ungeschicklichkeit bei beiden Syndromen, wie zum Beispiel beim Schreiben oder Sich-Anziehen (vgl. Klicpera, Innerhofer, 2002, S. 230).

Laut Wing (1981) und Wolff & Chick (1980) haben die Betroffenen mit AS eine hohe Empfindsamkeit. Einerseits entstehen durch diese Sensibilität in der Adoleszenz oft depressive Verstimmungen, welche ernst genommen werden müssen. Denn es besteht die Gefahr, dass sich durch die depressiven Reaktionen Selbstmordgedanken/Selbstmordversuche entwickeln können. Andererseits führt diese Sensibilität zu einer misstrauischen Haltung der Umwelt gegenüber, welche bis zur Entwicklung von paranoiden Vorstellungen führen kann (vgl. Klicpera, Innerhofer, 2002, S. 231). Im Kapitel 3 werden diese näher erläutert.

Kinder mit dem Asperger-Syndrom haben sporadisch Stereotypien, ebenso Kinder mit dem frühkindlichen Autismus. Sie haben zum Beispiel große Freude an drehenden Dingen. Laut Asperger (1944) haben die Kinder die Tendenz nach einer unveränderten Ordnung in ihrer Umgebung (Heimwehreaktion) (vgl. Klicpera, Innerhofer, 2002, S. 231).

	Frühkindlicher Autismus	Asperger'sches Syndrom
Sprache	oft stumm Sprache verzögert und abnorm	Syntax und Vokabular gut, Inhalt abnorm, Probleme beim Verstehen komplexer Bedeu- tungen, pendantischer Sprachstil
Sozialverhalten	isoliert, in sich zurückgezogen, wenig Anteilnahme an anderen Menschen	Passiv, unangemessenes, ein- seitiges Auf-andere-Zugehen
Stereotypien Zwanghaftigkeit	viele Stereotypien, repetitive, gleichförmige Aktivitäten	Auswahl eines besonderen Interessengebietes
Motorik	im Vorschulalter gut bei grob- motorischen Aktivitäten, ältere Autisten oft ungeschickt	schlechte motorische Koordination

Tabelle 1: In: KLICPERA, INNERHOFER, 2002, S. 234.

Die Intelligenz ist bei Kindern mit Asperger-Syndrom und bei Kindern mit frühkindlichen Autismus unterschiedlich. Asperger-Autisten haben eine normale bis überdurchschnittliche Intelligenz. Wiederum Personen mit dem frühkindlichen Autismus weisen eine eingeschränkte Intelligenz auf (vgl. <http://www.autismus-web.de/terminologie.htm>. 02.01.2012). Auf spezifische differentialdiagnostische Merkmale wird im Unterkapitel 2.1.1 näher eingegangen.

2. Differenzierungen innerhalb umfassender Entwicklungsstörungen

Die psychiatrische Klassifikation unterscheidet innerhalb des Spektrums der umfassenden Entwicklungsstörungen mehrere Formen von Beeinträchtigungen. Bei den Entwicklungsstörungen ist ebenfalls die zwischenmenschliche Beziehung betroffen (vgl. Klicpera, Innerhofer, 2002, S. 228).

Die verschiedenen Störungen sind

- der frühkindlicher Autismus bzw. die autistische Störung im engeren Sinn,
- das Asperger'sche Syndrom,
- das Rett-Syndrom,
- die desintegrative Psychose und
- nicht näher gekennzeichnete umfassende Entwicklungsstörungen – einschließlich des atypischen Autismus (vgl. Klicpera, Innerhofer, 2002, S. 228).

Der Schwerpunkt dieser Diplomarbeit liegt beim Asperger-Syndrom, auf den frühkindlichen Autismus kann nur kurz eingegangen werden.

2.1 *Autismus-Spektrum-Störungen (ASS), die tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (Pervasive Developmental Disorder – PDD)*

Autistische Störungen werden heutzutage den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen zugeordnet. Autismus-Spektrum-Störungen unterteilen sich in den frühkindlichen Autismus, das Asperger-Syndrom, den atypischen Autismus und den nicht näher bezeichneten tief greifenden Entwicklungsstörungen (PDD-NOS) (vgl. Bölte, 2009, S.11). Laut der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) fallen Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) unter die Gruppe der Entwicklungsstörungen (vgl. Noterdaeme, 2009, S. 46). Dabei handelt es sich „um komplexe, neurobiologische bedingte Störungen“ (Noterdaeme, 2009, S. 46). Weiters fallen qualitative Beeinträchtigungen in der sozialen Interaktion, in der Sprache und Kommunikation auf. Repetitive Verhaltensweisen, beispielsweise Sonderinteressen und stereotype Bewegungsmuster, sind ebenfalls erkennbar. Dies

sind die Kernmerkmale, jedoch zeigen Personen mit ASS häufig verschiedene Begleitsymptome (vgl. Noterdaeme, 2009, S. 46).

Wing & Gould (1979) teilen autistische Verhaltensweisen in drei Bereiche ein. Diese Teilbereiche sind eine Triade der sozialen Beeinträchtigungen, welche die soziale, kommunikative und imaginative Störung einschließt (vgl. Bölte, 2007, S.33).

Die imaginative Störung ist ein „*besonders restriktives, stereotypes und repetitives Verhalten*“ (Bölte, 2009, S.33).

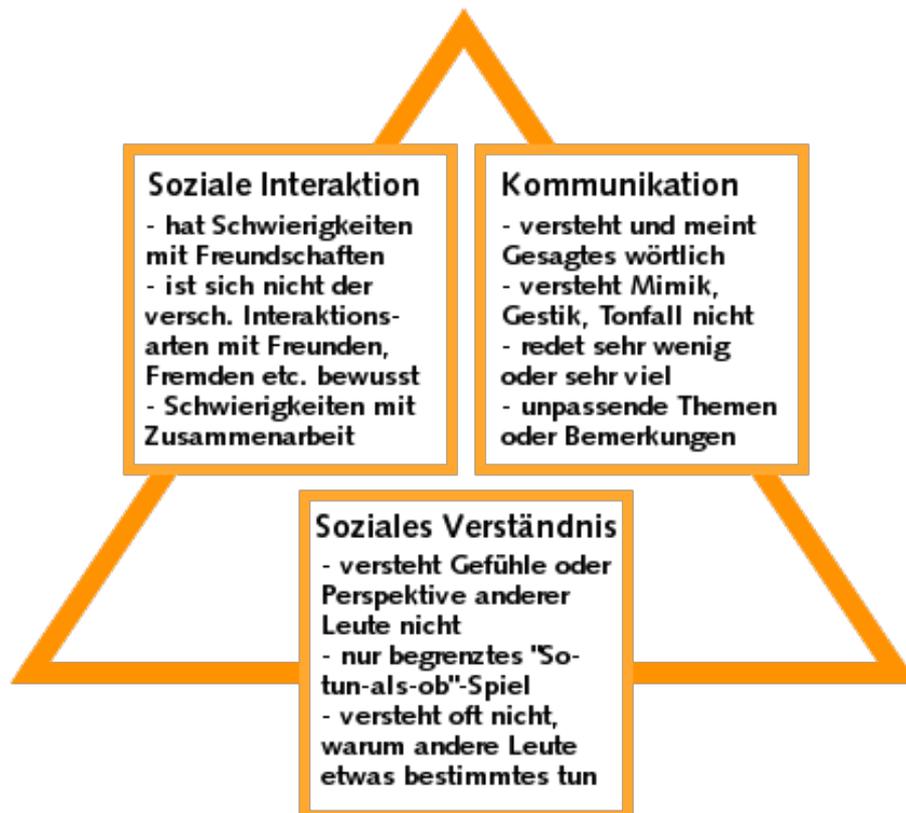


Abb. 1: <http://autismus-kultur.de/autismus/autipedia/asperger-syndrom.html>, 23.06.2011.

Wing formulierte zu dieser Triade außerdem den Hang zu eng begrenzten und repetitiven Aktivitäten (repetitive pattern of activity). Genauso die weiteren Besonderheiten in unterschiedlichen psychischen Funktionen. Das autistische Kontinuum wird laut Wing (1996) in vier Gruppen gegliedert (vgl. Müller, 2007, S.15):

- aloof (=Personen mit der stärksten autistischen Beeinträchtigung; diese Gruppe wird als „abseits stehend“ definiert),
- passiv (=diese Gruppe von Menschen ist „passiv“)

- c) active but odd (= diese Personen sind „aktiv, aber seltsam“) und
- d) over-formal, stilted (= diese Individuen sind „überformal gestelzt“) (vgl. Müller, 2007, S. 15).

Der Begriff Autismus-Spektrum-Störungen versucht die Vielfalt dieser Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Das autistische Kontinuum und seine vier Untergruppen trugen, zur Bekanntmachung dieses Begriffs bei. Laut des National Institute of Mental Health (2007) steht die Definition als Synonym für die tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (vgl. Müller, 2007, S.15). Das Asperger-Syndrom wurde in den 80er Jahren v.a. durch Lorna Wing bekannt (vgl. <http://autismus-kultur.de/autismus/autipedia/asperger-syndrom.html>, 23.06.2011).

2.1.1 Diagnose und Klassifikation tiefgreifender Entwicklungsstörungen (ICD-10 und DSM-IV)

Zur Klassifizierung von psychischen Störungen wird die zehnte Ausgabe der internationalen, statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (**I**nternational **C**lassification of **D**isease) der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10, WHO, 1992) und die textrevidierte vierte Ausgabe des diagnostischen und statistischen Handbuchs psychischer Störungen (**D**iagnostic and **S**tatistical **M**anual of Mental Disorders) der American Psychiatric Association (DSM-IV-TR, APA, 1994) verwendet (vgl. Bölte, 2009, S. 34). Seit 1996 ist das DSM-IV auch in deutscher Übersetzung vorhanden. Das Diagnose- und Klassifikationssystem arbeitet auf eine einheitliche Beschreibung und Gruppierung psychischer Störungen hin, um der Wissenschaft und Praxis einen Bezugsrahmen zu bieten. Die terminologischen und kategorialen Verschiedenheiten zwischen ICD-10 und DSM-IV sind, dass das ICD ein System umfasst an dessen Entwicklung Forscher aus über 140 Ländern beteiligt waren und die Konsensfindung einen beträchtlichen Stellenwert hatte. DSM-IV stellt ein System dar, welches auch in seiner aktuellen Version nicht allein klinisch-diagnostisch, sondern immer noch sehr auf die Forschung ausgerichtet ist (vgl. Kusch, Petermann, 2001, S.19f).

Die tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (TE) und Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) werden in der ICD-10 und dem DSM-IV-TR wie folgt aufgegliedert:

ICD-10	DSM-IV-TR
<p>TE</p> <p>ASS</p> <p>Frühkindlicher Autismus (F84.0)</p> <p>Asperger-Syndrom (F84.5)</p> <p>Atypischer Autismus (F84.1)</p> <p>Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörungen (F84.9)</p> <p>Sonstige tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84.8)</p> <p>Andere TE</p> <p>Rett-Syndrom (F84.2)</p> <p>Andere desintegrative Störung des Kindesalters (F84.3)</p> <p>Ueberaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungstereotypien (F84.4)</p>	<p>TE</p> <p>ASS</p> <p>Autistische Störung (299.00)</p> <p>Asperger-Störung (299.80)</p> <p>Nicht näher bezeichnete tiefgreifende Entwicklungsstörung (NNB-TE; 299.80)</p> <p>NNB-TE</p> <p>NNB-TE</p> <p>Andere TE</p> <p>Rett-Störung (299.80)</p> <p>Desintegrative Störungen im Kindesalter (299.10)</p> <p>keine Entsprechung im DSM-IV-TR</p>

Tabelle 2: In: BÖLTE, 2009, S. 37.

ASS werden in zwei Untergruppen gegliedert, in die *low-functioning* und *high-functioning* Autisten. Diese Gliederung resultiert aus der intellektuellen Leistungsfähigkeit. Damit wird ersichtbar, ob ASS mit durchschnittlicher, über- oder unterdurchschnittlicher Intelligenz einhergeht (vgl. Bölte, 2009, S. 39). Im Kindesalter ist bei den *high-functioning* Autisten eine verzögerte Sprachentwicklung vorzufinden. Im weitere Leben eigenen sich die betroffenen Menschen meist eine gute verbale Fähigkeit an (vgl. Kumbier, Domes, Herpertz-Dahlmann, Herpertz, 2010, S.60).

- Diagnostische Kriterien des DSM-IV der autistischen Störung – Typ Kanner (299.00)

In Bezug auf die Diagnose des frühkindlichen Autismus bestehen die Kriterien für die Auffälligkeiten aus drei definierten Bereichen. Daneben muss das Kind vor dem vierten Lebensjahr eine Sprach- oder andere Entwicklungsverzögerung aufweisen (vgl. Freitag, 2008, S. 19).

- A. Es müssen mindestens sechs Kriterien aus (1), (2) und (3) zutreffen, wobei mindestens zwei Kriterien aus (1) und je ein Kriterium aus (2) und (3) stammen müssen:
- (1) qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktion in mindestens zwei der folgenden Bereiche:
- (a) ausgeprägte Beeinträchtigung im Gebrauch vielfältiger nonverbaler Verhaltensweisen wie beispielsweise Blickkontakt, Gesichtsausdruck, Körperhaltung und Gestik zur Steuerung sozialer Interaktionen,
 - (b) Unfähigkeit, entwicklungsgemäße Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzunehmen,
 - (c) Mangel, spontan Freude, Interessen oder Erfolge mit anderen zu teilen (z.B. Mangel, anderen Menschen Dinge, die für die Betroffenen von Bedeutung sind, zu zeigen, zu bringen oder darauf hinzuweisen),
 - (d) Mangel an sozio-emotionaler Gegenseitigkeit;
- (2) qualitative Beeinträchtigung der Kommunikation in mindestens einem der folgenden Bereiche:
- (a) verzögertes Einsetzen oder völliges Ausbleiben der Entwicklung von gesprochener Sprache (ohne den Versuch zu machen, die Beeinträchtigungen durch alternative Kommunikationsformen wie Gestik oder Mimik zu kompensieren),
 - (b) bei Personen mit ausreichendem Sprachvermögen deutliche Beeinträchtigung der Fähigkeit, ein Gespräch zu beginnen oder fortzuführen,
 - (c) stereotyper oder repetitiver Gebrauch der Sprache oder idiosynkratische Sprache,
 - (d) Fehlen von verschiedenen entwicklungsgemäßen Rollenspielen oder sozialen Imitationsspielen;
- (3) beschränkte, repetitive und stereotype Verhaltensweisen, Interessen und Aktivitäten in mindestens einem der folgenden Bereiche:
- (a) umfassende Beschäftigung mit einem oder mehreren Stereotypen oder begrenzten Interessen, wobei Inhalt und Intensität abnorm sind,
 - (b) auffälliges, starres Festhalten an bestimmten nicht-funktionalen Gewohnheiten oder Ritualen,
 - (c) stereotype und repetitive motorische Manierismen (z. B. Biegen oder schnelle Bewegungen von Händen oder Fingern oder komplexe Bewegungen des ganzen Körpers),

- (d) ständige Beschäftigung mit Teilen von Objekten.
- B. Beginn vor Vollendung des dritten Lebensjahres und Verzögerung oder abnorme Funktionsfähigkeit in mindestens einem der folgenden Bereiche:
 - (1) soziale Interaktion,
 - (2) Sprache als soziales Kommunikationsmittel oder
 - (3) symbolisches oder Phantasiespiel.
- C. Die Störung kann nicht besser durch die Rett-Störung oder die desintegrative Störung im Kindesalter erklärt werden.

Tabelle 3: In: KUSCH, PETERMANN, 2001, S.21.

- ICD-10 Kriterien für (frühkindlichen) Autismus (F84.0)

Um die Diagnose für den frühkindlichen Autismus stellen zu können, müssen nach der ICD-10 mindestens sechs Symptome aus den folgenden drei Bereichen vorhandenen sein. Aus den qualitativen Auffälligkeiten der gegenseitigen sozialen Interaktion müssen mindestens zwei Symptome diagnostiziert werden. Ein Symptom muss bei den qualitativen Auffälligkeiten der Kommunikation und Sprache vorhanden sein, wie bei den begrenzten, repetitiven und stereotypen Verhaltensmustern, Interessen und Aktivitäten. Das klinische Erscheinungsbild kann keiner anderen psychischen Störung untergeordnet werden (vgl. Bölte, 2009, S. 36f).

<p>A. Vor dem dritten Lebensjahr manifestiert sich eine auffällige und beeinträchtigte Entwicklung in mindestens einem der folgenden Bereiche:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rezeptive oder expressive Sprache, wie sie in der sozialen Kommunikation verwendet wird 2. Entwicklung selektiver sozialer Zuwendung oder reziproker sozialer Interaktion 3. Funktionales oder symbolisches Spielen. <p>B. Insgesamt müssen mindestens sechs Symptome von 1., 2. und 3 vorliegen, davon mindestens zwei von 1. und mindestens je eins von 2. und 3.:</p>	<p>b) relative Unfähigkeit, einen sprachlichen Kontakt zu beginnen oder aufrechtzuerhalten (auf dem jeweiligen Sprachniveau), bei dem es einen gegenseitigen Kommunikationsaustausch mit anderen Personen gibt</p> <p>c) stereotype und repetitive Verwendung der Sprache oder idiosynkratischer Gebrauch von Worten oder Phrasen</p> <p>d) Mangel an verschiedenen spontanen Als-ob-Spielen oder (bei jungen Betroffenen) sozialen Imitations-spielen.</p>
--	---

<p>1. Qualitative Auffälligkeiten der gegenseitigen sozialen Interaktion in mindestens zwei der folgenden Bereiche:</p> <p>a) Unfähigkeit, Blickkontakt, Mimik, Körperhaltung und Gestik zur Regulation sozialer Interaktionen zu verwenden</p> <p>b) Unfähigkeit, Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzunehmen, mit gemeinsamen Interessen, Aktivitäten und Gefühlen (in einer für das geistige Alter angemessenen Art und Weise trotz hinreichender Möglichkeiten)</p> <p>c) Mangel an sozio-emotionaler Gegenseitigkeit, die sich in einer Beeinträchtigung oder devianten Reaktion auf die Emotionen anderer äußert; oder Mangel an Verhaltensmodulation entsprechend dem sozialen, emotionalen und kommunikativen Verhaltens</p> <p>d) Mangel, spontan Freude, Interessen oder Tätigkeiten mit anderen zu teilen (z.B. Mangel, anderen Menschen Dinge, die für die Betroffenen von Bedeutung sind, zu zeigen, zu bringen oder zu erklären).</p>	<p>3. Begrenzte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten in mindestens einem der folgenden Bereiche:</p> <p>a) umfassende Beschäftigung mit gewöhnlich mehreren stereotypen und begrenzten Interessen, die in Inhalt und Schwerpunkt abnorm sind, es kann sich aber auch um ein oder mehrere Interessen ungewöhnlicher Intensität und Begrenztheit handeln</p> <p>b) offensichtlich zwanghafte Anhänglichkeit an spezifische, nicht funktionale Handlungen oder Rituale</p> <p>c) stereotype und repetitive motorische Manierismen mit Hand- und Fingerschlagen oder verbiegen, oder komplexe Bewegungen des ganzen Körpers</p> <p>d) vorherrschende Beschäftigung mit Teilobjekten oder nicht funktionalen Elementen des Spielmaterials (z.B. ihr Geruch, die Oberflächenbeschaffenheit oder das von ihnen hervorgebrachte Geräusch oder ihre Vibration).</p>
<p>2. Qualitative Auffälligkeiten oder Kommunikation in mindestens einem der folgenden Bereiche:</p> <p>a) Verspätung oder vollständige Störungen der Entwicklung der gesprochenen Sprache, die nicht begleitet ist durch die Kompensationsversuch durch Gestik oder Mimik als Alternative zur Kommunikation (vorausgehend oft fehlendes kommunikatives Geplapper)</p>	<p>C. Das klinische Bild kann nicht einer anderen tiefgreifenden Entwicklungsstörung zugeordnet werden, einer spezifischen Entwicklungsstörung der rezeptiven Sprache (F80.2) mit sekundären sozio-emotionalen Problemen, einer reaktiven Bindungsstörung (F94.1), einer Bindungsstörung mit Enthemmung (F94.2), einer Intelligenzminderung (F70-F72), mit einer emotionalen oder Verhaltensstörung, einer Schizophrenie (F20) mit ungewöhnlich frühem Beginn oder einem Rett-Syndrom (F84.2).</p>

Tabelle 4: In: BÖLTE, 2009, S. 38.

- ICD-10-Kriterien für das Asperger-Syndrom (F84.5)

Im ICD-10 bzw. im DSM-IV-TR ist beim Asperger-Syndrom (F84.5) die abnorme sprachliche oder kognitive Entwicklung nicht vorhanden. In den ersten drei Lebensjahren entsprechen die Selbsthilfefertigkeiten, das adaptive Verhalten und die Neugier an der Umgebung einer normalen Entwicklung. Die weiteren Eigenschaften für Autismus werden nach diesen Kriterien erfüllt. Im Abschnitt stereotypes Verhalten sind die motorische Manierismen und die Beschäftigung mit Teilobjekten oder nicht-funktionalen Elementen von Spielmaterial ungewöhnlich. Inselbegabungen und motorische Ungeschicklichkeit können vorliegen (vgl. Bölte, 2009, S. 37).

<p>A. Es fehlt eine klinisch eindeutige allgemeine Verzögerung der gesprochenen oder rezeptiven Sprache oder der kognitiven Entwicklung. Die Diagnose verlangt, dass einzelne Worte bereits im zweiten Lebensjahr oder früher und kommunikative Phrasen im dritten Lebensjahr oder früher benutzt werden. Selbsthilfefertigkeiten, adaptives Verhalten und die Neugier an der Umgebung sollten während der ersten drei Lebensjahre einer normalen intellektuellen Entwicklung entsprechen. Allerdings können Meilensteine der motorischen Entwicklung etwas verspätet auftreten und eine motorische Ungeschicklichkeit ist ein häufiges (aber kein notwendiges) diagnostisches Merkmal. Isolierte Spezialfertigkeiten, oft verbunden mit einer auffälligen Beschäftigung sind häufig, aber für die Diagnose nicht erforderlich.</p> <p>B. Qualitative Beeinträchtigungen der gegenseitigen sozialen Interaktion (entsprechend den Kriterien für Autismus).</p>	<p>C. Ein ungewöhnlich intensives umschriebenes Interesse oder begrenzte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten (entspricht dem Kriterium für Autismus, hier sind aber motorische Manierismen, ein besonderes Beschäftigtsein mit Teilobjekten oder mit nicht-funktionalen Elementen von Spielmaterial ungewöhnlich).</p> <p>D. Die Störung ist nicht einer anderen tiefgreifenden Entwicklungsstörung, einer schizotypen Störung (F21), einer Schizophrenia simplex (F20.6), einer reaktiven Bindungsstörung des Kindesalters oder einer Bindungsstörung mit Enthemmung (F94.1 und F94.2) einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung (F60.5) oder einer Zwangstörung (F42) zuzuordnen.</p>
--	--

Tabelle 5: In: BÖLTE, 2009, S. 39.

- DSM-IV (1996) Asperger-Syndrom

DSM-IV (1996) listet beim Asperger-Syndrom folgende Kriterien auf:

- A. Qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktion, die sich in mindestens zwei der folgenden Bereiche manifestiert:
- (1) ausgeprägte Beeinträchtigung im Gebrauch multipler nonverbaler Verhaltensweisen wie beispielsweise Blickkontakt, Gesichtsausdruck, Körperhaltung und Gestik zur Regulation sozialer Interaktionen,
 - (2) Unfähigkeit, entwicklungsgemäße Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzubauen,
 - (3) Mangel, spontan Freude, Interessen oder Erfolge mit anderen zu teilen (z.B. Mangel, anderen Menschen Dinge, die für die Betroffenen von Bedeutung sind, zu zeigen, zu bringen oder darauf hinzuweisen),
 - (4) Mangel an sozio-emotionaler Gegenseitigkeit
- B. Eingeschränkte repetitive und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten in mindestens einem der folgenden Bereiche:
- (1) umfassende Beschäftigung mit einem oder mehreren stereotypen und begrenzten Interessen, wobei Inhalt und Intensität abnorm sind,
 - (2) auffällig starres Festhalten an bestimmten nicht-funktionalen Gewohnheiten und Ritualen,
 - (3) stereotype und repetitive motorische Manierismen (z.B. Biegen oder schnelle Bewegungen des ganzen Körpers),
 - (4) ständige Beschäftigung mit Teilen von Objekten.
- C. Die Störung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- D. Es tritt kein klinisch bedeutsamer allgemeiner Sprachrückstand auf (es werden z.B. bis zum Alter von zwei Jahren einzelne Wörter, bis zum Alter von drei Jahren kommunikative Sätze benutzt).
- E. Es treten keine klinisch bedeutsamen Verzögerungen der kognitiven Entwicklung oder der Entwicklung von altersgemäßen Selbsthilfefertigkeiten, im Anpassungsverhalten (außerhalb der sozialen Interaktionen) und bezüglich des

Interesses des Kindes an der Umgebung auf.

F. Die Kriterien für eine andere spezifische tiefgreifenden Entwicklungsstörungen oder für Schizophrenie sind nicht erfüllt.

Tabelle 6: In: MÜLLER, 2007, S. 17f.

Mark Woodbury-Smith, Ami Klein und Frank Volkmar führten 2005 eine Studie über *Asperger's Syndrome: A Comparison of Clinical Diagnoses and Those Made According to the ICD-10 and DSM-IV* durch. Einerseits, weil die diagnostischen Merkmale, die das Asperger-Syndrom ausmachen, wiederholt im Zentrum kontroverser Diskurse standen (Kritikpunkte betrafen vor allem die begrenzten Aussagen). Andererseits, weil die Priorität in der Diagnostikhierarchie noch immer der (frühkindliche) Autismus einnimmt.

Hippler und Klicpera (2003) vollzogen eine Reanalyse von 44 Fällen (Personen mit Asperger-Syndrom), welche von Asperger selbst als autistische Psychopathen diagnostiziert wurden. Diese Personen verglichen sie mit den Kriterien von ICD-10. Nach diesen entsprachen nur 68 % (30 Personen) der Diagnose Asperger-Syndrom.

Für die aktuelle Studie wurden als Partizipanten nur Personen mit der klinischen Diagnose AS aufgenommen. Am Ende gab es 48 Individuen mit AS (38 männlich, zehn weiblich) mit einem Durchschnittsalter von 12,7 Jahren und einen Full Scale IQ von 95,9. Die Analyse ergab, dass elf Kinder (23%) die Diagnose (frühkindlichen) Autismus aufwiesen, entweder nach ICD-10 (childhood autism) oder DSM-IV-Kriterien (autistic disorder). Im Gegensatz zur Annahme über die Dominanz des frühkindlichen Autismus wurde die Mehrheit der klinischen Fälle AS gemäß ICD-10 und DSM-IV dem AS zugeordnet. Aus diesen Fällen entstanden zwei Kategorien. Die erste Gruppe (18 Personen, 38 %) beinhaltete jene, die in allen drei Entwicklungsdomänen Beeinträchtigungen hatten, jedoch keine frühen Sprachschwierigkeiten und keine in der kognitiven Entwicklung. Die zweite Gruppe (15 Personen, 31 %) bestand aus denen, welche Beeinträchtigungen in den zwei Domänen soziale Interaktion und restriktive sowie repetitiven Verhaltensmuster hatten, ohne frühe Sprachschwierigkeiten und Beeinträchtigung in der Entwicklung. Die restlichen Fälle (vier Personen) zeigten in zwei Domänen der sozialen Interaktion und der restriktiven und repetitiven Verhaltensmustern Auffälligkeiten, wie auch frühe Sprach- und kognitive Entwicklungsverzögerungen. Von den 48

Fällen fanden sich bei 23 (48%) eine motorische Ungeschicklichkeit und bei 37 (77%) spezielle Fähigkeiten.

Bei der Diagnose tendieren Experten allgemein meist zum frühkindlichen Autismus. In beiden diagnostischen Systemen gibt es keine Differenzen im Bezug auf die motorische Ungeschicklichkeit, die speziellen Fähigkeiten und der intellektuellen Begabung. Das Asperger-Syndrom benötigt somit mehr Forschungsergebnisse, um die Diagnosen mehr reliabel zu machen (vgl. Woodbury-Smith, Klein, Volkmar, 2005, S. 235ff).

2.1.2 Weitere Aspekte bezüglich Diagnostik

Sind bei einem Kind Hinweise auf eine Autismus-Spektrum-Störung vorhanden, dann haben folgende Aspekte besondere Bedeutung:

- Schwangerschafts- und Geburtsverlauf,
- psychiatrische Erkrankungen in der Familie,
- Hör- und Sehüberprüfung,
- Infektionen in der Schwangerschaft,
- Spontanaborte bei der Mutter,
- EEG-Veränderungen und
- Epilepsie (vgl. Freitag, 2008, S. 58).

Bei der diagnostischen Abklärung werden die soeben genannten Bereiche mit höchster Relevanz fokussiert (vgl. Freitag, 2008, S. 58).

Standardisierte Diagnostik, Screening-, testpsychologische-, internistische-neurologische-, Labor- und EEG-Untersuchungen, sowie bildgebende Verfahren sind Maßnahmen um das Asperger-Syndrom zu diagnostizieren (vgl. Freitag, 2008, S. 60). Ebenso ist der Childhood Asperger Syndrome Test ein Diagnoseinstrument (vgl. Müller, 2007, S. 19). Auf diese zwei Untersuchungen soll nun näher eingegangen werden.

A. Screening-Untersuchungen

Um autistische Störungen bei Kindern nachzuweisen, werden häufig Screening-Untersuchungen verwendet. Positiv ist der geringe Zeitaufwand im Gegensatz zum ADOS (Autismus-Diagnostischen Beobachtungsinstrument). Negativ sind bei den

Screening-Fragebögen die sehr testtheoretischen Fragestellungen, zur klinischen Diagnose müssen bestimmten Aspekte noch näher untersucht werden.

Im deutschsprachigen Raum wird der ins Deutsche übersetzte Fremdbeurteilungsfragebogen ASAS von Tony Attwood und die *Marburger Asperger Skala* als Diagnoseinstrument für das Asperger-Syndrom angewendet. Die beiden Fragebögen konnten bis jetzt noch nicht komplett evaluiert werden. Aus diesem Grund kommt es manchmal zu „falsch positiven“ und „falsch negativen“ Ergebnissen (vgl. Freitag, 2008, S. 59).

B. Standardisierte Diagnostik

Wenn durch den Fragebogen erkennbar ist, dass eindeutige Hinweise auf eine autistische Störung existieren, wird eine autismusspezifische Diagnostik durchgeführt. Diese kann anhand des klinischen Urteils von ICD-10 bzw. DSM-IV gestellt werden, oder durch die beiden diagnostischen Instrumente ADI-R (Autismus-Diagnostischen Interviews in der revidierten Fassung) und ADOS (Autismus-Diagnostischen Beobachtungsinstrumente). Laut Bolte/Peustka (2005) sind die beiden Instrumente testtheoretisch gut evaluiert. Sie erkennen die leichteren autistischen Störungen und durch die Instrumente kann das variable Erscheinungsbild der autistischen Störungen über den Entwicklungszeitraum vom Kindes- bis ins Erwachsenenalter in Bezug auf das Intelligenzalter erfasst werden. Die standardisierte Diagnostik gilt als empfehlenswert, da sie bei der Abgrenzung von anderen Erkrankungen hilfreich sein kann, wie auch bei der Diagnosefindung (vgl. Freitag, 2008, S. 60).

- Das Interview mit den Bezugspersonen

Durch ein halbstrukturiertes Autismus-Diagnostisches Interview (ADI-R) in der revidierten Fassung mit Eltern oder näheren Bezugspersonen kann viel über das Kind erfahren werden. Bezogen auf das Asperger-Syndrom ist das ADI-R nicht wirklich hilfreich, denn es sind keine speziellen Kriterien für diese Autismusform vorhanden (vgl. Freitag, 2008, S. 60f).

- Die direkte Verhaltensbeobachtung

Das Autismus-Diagnostische Beobachtungsinstrument (ADOS) ist neben der Information durch die Eltern und Bezugspersonen zur Diagnose notwendig. Das ADOS wird mit der direkte Beobachtung des Verhaltens des Kindes gleichgesetzt. Dieses Instrument definiert keine Kriterien für das Asperger-Syndrom (vgl. Freitag, 2008, S. 61f).

Zusammengefasst besitzen beide Diagnostikformen keine eigenen Kriterien für das Asperger-Syndrom. Aus diesem Grund wird das Asperger-Syndrom diagnostiziert, wenn das ADI-R und das ADOS die Autismus-Kriterien im Bereich der sozialen Interaktion feststellt (vgl. Freitag, 2008, S. 62).

Jonathan M. Campbell: Diagnostic Assessment of Asperger's Disorder: A Review of Five Third-Party Rating Scales

Das Review vergleicht fünf Beurteilungsskalen, welche gegenwärtig für die Feststellung und die Identifizierung von Individuen mit Asperger-Syndrom angewendet werden. Drei von den fünf Skalen sind nach den genormten Kriterien (*ASDS = Asperger Syndrome Diagnostic Scale; GADS = Gilliam Asperger's Disorder Scale und KADI = Krug Asperger's Disorder Index*) und zwei nach Forschungsinstrumenten (*ASSQ = Autism Spectrum Screening Questionnaire und CAST = Childhood Asperger's Screening Test*) geordnet (vgl. Campbell, 2005, S.25f).

Für jede dieser Skalen existiert eine genaue Beschreibung, beispielsweise über die Länge, das Format und den geplanten Zweck. Die Erklärung folgt nach einem Review jeder Skala, bezogen auf die Darstellung und die psychometrischen Eigenschaften, beispielsweise diverse Formen von Reliabilität und Validität. Jede Skala wurde mit den psychometrischen Kriterien von Bracken (1987) verglichen und kontrolliert, inwieweit die „terms“ auf die Merkmale zutrafen (vgl. Campbell, 2005, S. 25f).

- ASDS (Asperger Syndrome Diagnostic Scale)

Das ASDS ist eine *50 Item norm-referenced Beurteilungsskala*, welche den Befragten auffordert, die An- und Abwesenheit von Indikatoren des Aspergerverhaltens festzustellen. Das ASDS enthält fünf Sub-Skalen:

1. nicht adaptive Skala,
2. Sprachskala,
3. Sozialskala,
4. kognitive Skala und
5. sensomotorische Skala (vgl. Campbell, 2005, S. 26).

Die Zielsetzung von der ASDS Manuel-Skala umfasst:

- (a) die Identifikation von Personen mit dem Asperger-Syndrom zu fördern,
- (b) den Verhaltensprozess zu dokumentieren,
- (c) zum Sollziel zu führen und
- (d) die Daten für die Forschung zu verwenden (vgl. Campbell, 2005, S. 27).

„Raters“ können sein:

- (a) Lehrer,
- (b) Sonderschullehrer,
- (c) „Paraprofessionelle“ oder
- (d) Eltern (vgl. Campbell, 2005, S. 27).

Ein sogenannter „Rater“ muss mindestens zwei Wochen mit Menschen, welche die Diagnose Asperger-Syndrom haben, verbracht haben. ASDS wurde durch eine Stichprobe von 115 Personen mit Asperger-Syndrom (83 % männlich), in den USA erhoben, standardisiert und genormt. Die Probanden waren im Alter von fünf bis 18 Jahre. Die Items basieren auf dem Review von „diagnostic manuals“, wie dem DSM-IV und auf einem Literaturreview von AD (Asperger Disorder) (vgl. Campbell, 2005, S. 27f).

- GADS (Gilliam Asperger's Disorder Scale)

GADS ist eine *32 Item norm-referenced Bewertungsskala*. Der Befragte gibt die Verhaltenshäufigkeit hinweisend auf AD an. Vier Subskalen sind vorhanden:

1. soziale Interaktion,
2. restriktive Verhaltensweisen
3. kognitives Verhalten und
4. pragmatische Fähigkeiten (vgl. Campbell, 2005, S.31).

Der "yield scaled scores" und der "percentile ranks" finden für die Auswertung Verwendung. Die Subtestauswertungen werden zusammengezählt und anhand des ADQ (Asperger Disorder Quotient) der Quotient berechnet. Dieser ist das Standardmaß, der die Wahrscheinlichkeit für AD einschätzt. GADS inkludiert außerdem ein Elterninterview, um die Faktoren der Sprachverzögerung, die Beeinträchtigung der kognitiven Entwicklung, des adaptiven Verhalten und die mentale Retardierung auszuschließen. Diese Ausschlussgründe sind für die DSM-IV-TR notwendig, um AD zu diagnostizieren. Die Elterninterviews werden nicht zum Quotienten gerechnet (vgl. Campbell, 2005, S.31).

GADS verfolgt bei der Auswertung bestimmte Zielsetzungen:

- (a) um Individuen mit dem Asperger-Syndrom zu identifizieren,
- (b) um Personen zu diagnostizieren, welche ein besonderes Verhalten aufzeigen,
- (c) um den Verhaltensprozess zu dokumentieren,
- (d) um Ziele für IEP's zu planen und
- (e) um die Daten für die Forschung zu verwenden (vgl. Campbell, 2005, S. 31).

Raters können sein: (a) Lehrer,

(b) Aushilfslehrer,

(c) Eltern, Psychologen und

(d) psychologische Mitarbeiter (vgl. Campbell, 2005, S.31).

Dieses Beurteilungsinstrument kann durchschnittlich innerhalb von fünf bis zehn Minuten ausgefüllt werden. Die 32 Items wurden anhand von Literaturreviews über AD, Reviews der DSM-IV-TR und ICD-10 Kriterien, Reviews über bestehende Instrumente zur Klassifizierung von AD und durch ASSQ erhoben. Ursprünglich gab es 70 Items, welche aber auf 32 Items gekürzt worden sind (vgl. Campbell, 2005, S. 31).

- KADI (Krug Asperger's Disorder Index)

KADI ist eine *32 Item norm-referenced Auswertungsskala*, welche den Befragten befähigt Verhaltensindikatoren festzustellen. Die Auswertung wird summiert und anhand der Punkteanzahl gewichtet. Es gibt einen Maximalwert und je näher dieser erreicht wird, desto wahrscheinlicher ist die Diagnose AD. KADI beinhaltet zwei

Sorten von Items. Ein *subset* von elf Items, welche für das *Initial Screening* benötigt werden. Den KADI Totalwert machen die 32 Items aus. Falls die elf Itemsskala die *18 raw-score Punkte* nicht erreicht, wird dem „Rater“ gestattet, die kompletten, restlichen Items zu unterlassen (vgl. Campbell, 2005, S. 32).

KADI unterscheidet ebenso zwei Gruppen von Jugendlichen, zum einen die „elementary-form“, diese sind zwischen sechs und elf Jahren und zum andere die „secondary-form“, diese sind zwischen zwölf und 21 Jahren (vgl. Campbell, 2005, S. 32).

Zielsetzungen von KADI manuel states sind:

- (a) die Identifizierung von Individuen mit Asperger-Syndrom,
- (b) die Ziele für IEP's zu planen und
- (c) die Verwendung von Daten für die Forschung (vgl. Campbell, 2005, S. 33).

Die Autoren befähigen einen Menschen, der im „sixth grade level“ lesen kann und der täglich Kontakt (über mehrere Wochen) mit einem Individuum mit AD hat, als einen geeigneten „Rater“. Das KADI Diagnoseinstrument kennt keine Zeitvorgabe, jedoch brauchen die meisten „Rater“ ungefähr fünf bis zehn Minuten. Die ursprünglichen vorgegebenen 106 Items wurden auf 32 Items gekürzt. Die Beurteilungsskala wird verwendet um zwischen Kindern mit AD, Kindern mit HFA und „normalen“ Kindern zu unterscheiden (vgl. Campbell, 2005, S. 33).

- ASSQ (Autism Spectrum Screening Questionnaire)

Das ASSQ fasst 27 Verhaltensbeschreibungen zusammen, welche mit einer 3-Punkt-Skala beurteilt werden. ASSQ ist ein Screening Instrument mit dessen Hilfe eine Unterscheidung zwischen Kindern mit AD und Kinder mit HFA möglich wird. Laut Ehlers hebt sich das Kind mit AD von anderen gleichaltrigen Kindern hervor. Der „Rater“ gibt die Symptome an, welche vorkommen. „0“ bedeutet, dass die Symptome nicht vorhanden, „1“ zeigt, dass sie teilweise präsent und „2“ besagt, dass die Symptome präsent sind (vgl. Campbell, 2005, S. 29).

Die Items werden summiert, die Ergebnisse können zwischen 0-54 liegen. Die Items sprechen die Probleme in der sozialen Interaktion, der Kommunikation, der eingeschränkten und repetitiven Verhaltensweisen, der motorische Ungeschicktheit

und damit verbundene Symptome, wie motorische und verbale Tics an. Das ASSQ dauert etwa zehn Minuten (vgl. Campbell, 2005, S.29).

- CAST (Childhood Asperger's Screening)

CAST wurde zur Bestimmung von verschiedenen Verhaltensweisen von Schulkindern, beispielsweise AD, entwickelt. CAST ist ein *37-Item parent-rating-score*, welche über die Verhaltensindikatoren von AD berichtet und bestimmt, ob die Indikatoren präsent oder nicht präsent sind. 31 der 37 Items werden summiert und ergeben den Gesamtwert, die restlichen sechs Items fragen die generelle Entwicklung ab und werden nicht zu der Gesamtauswertung dazugezählt. Die Items orientieren sich am ICD-10 und DSM-IV (vgl. Campbell, 2005, S. 30f).

Die soeben beschriebenen fünf Beurteilungsskalen benötigen laut Campbell noch eine Überarbeitung (vgl. Campbell, 2005, 34f).

2.2 Häufigkeit und Epidemiologie

Lange Zeit gab es keine aussagekräftigen Daten über die Häufigkeit des Asperger-Syndroms. Autismus-Spektrum-Störungen nahmen gegenwärtig zu. Das kann auf die besseren Diagnoseinstrumente und einer größeren Vertrautheit mit dem Thema Autismus (hauptsächlich über das Asperger-Syndrom) zurückgeführt werden. Zum frühkindlichen Autismus liegen die meisten Untersuchungen vor. Aussagen zur Häufigkeit des Asperger-Syndroms sind sehr diskrepant, sie liegen *zwischen zwei bis 48 Personen auf 10.000 Geburten* (vgl. Müller, 2007, S.20). Laut Freitag liegt die Prävalenz bei *ca. zwei auf 10.000 Personen* (vgl. Freitag, 2008, S.22).

Das männliche Geschlecht ist von diesem Syndrom häufiger als das weibliche betroffen - das Verhältnis dürfte 8:1 betragen. Laut Fombonne (2001) macht das Asperger-Syndrom etwa 25% innerhalb der ASS aus (vgl. http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/faust_asperger.pdf, 20.04.2011).

Für Deutschland liegen noch keine aussagekräftigen Daten über das Vorkommen bzw. die Häufigkeit von Autismus vor. Die folgende Tabelle wurde durch Untersuchungen in Europa, Kanada und in den USA erstellt (vgl. <http://w3.autismus.de/pages/startseite/was-ist-autismus.php>, 20.04.2011).

Alle autistischen Spektrumsstörungen:	6-7	pro 1000
Frühkindlicher Autismus:	1,3-2,2	pro 1000
Asperger-Autismus:	1-3	pro 1000
Andere tiefgreifende Entwicklungsstörungen:	3,3	pro 1000

Tabelle 7: <http://w3.autismus.de/pages/startseite/was-ist-autismus.php>,
20.04.2011.

Eine ältere Studie *The epidemiology of Asperger syndrome. A total population study*, welche differenzierte Ergebnisse über die Epidemiologie des Asperger-Syndroms lieferte, stammt von Ehlers und Gillberg (1993). Die Studie wurde in der Gegend von Göteborg (Schweden) durchgeführt. Die demographischen Normen entsprachen ungefähr dem schwedischen Durchschnitt. Die Zielgruppe waren sieben bis 16-jährige Schüler inner- und außerhalb Göteborgs. Um Kinder mit Asperger-Syndrom „korrekt“ identifizieren zu können, wurden Screeningverfahren über mehrere Phasen und exakte Diagnosen anhand des Diagnoseschemas von Gillberg und Gillberg (1989), von Szatmari (1989) und der Kriterien des ICD-10 (1990) verwendet. Anzumerken ist, dass sich die Autoren trotz aller Screeningverfahren und Diagnosekriterien bei manchen Fällen nicht 100%ig sicher waren, ob die Diagnose Asperger-Syndrom korrekt sei. Nach den Kriterien von Gillberg und Gillberg lagen ein *männlicher/weiblicher Anteil von 4:1* und eine *minimale Prävalenz von 3,6 auf 1.000 Kindern vor (7,1 auf 1.000 Kindern* stellte man durch die Kriterien von Szatmari e. al. fest). Nach der ICD-10 konnten nur *2,9 von 1.000 Kindern* mit dem Asperger-Syndrom diagnostiziert werden (vgl. Ehlers, Gillberg, 1993, S. 1327ff).

2.3 Krankheitsverlauf

Die ersten Lebensjahre der Betroffenen verlaufen überwiegend unauffällig. Manchmal treten schon im Alter von zwei oder drei Jahren die erste Anzeichen einer Eigentümlichkeit auf, wie zum Beispiel die „Verwirrung“ bei Änderungen im täglichen Ablauf, die übertriebene Abhängigkeit von der Alltagsroutine und die extreme Verletzlichkeit. Erst nach dem vierten bis sechsten Lebensjahr ist eine systematische Krankheitsbestimmung durchführbar. Mit dem Beginn des Schulalters summieren sich meist die Anzeichen, denn in dieser Zeit werden die zwischenmenschlichen Beziehungen enger und das Kind entwickelt eigene Interessen und eigene Verhaltensmuster. Meistens wird die Eigenheit dieser Kinder

im Kindergarten entdeckt, da sie wenig Interesse an Gleichaltrigen zeigen und sich mit diesen kaum beschäftigen. Eltern ist häufig bewusst, dass ihr Kind gewisse Unterschiede zu anderen aufweist. Die Sprachentwicklung dieser Kinder verläuft nicht auffällig, nur ein wenig verspätet. Die Sprache wird anders verwendet. Das liegt weniger an den Sprachproblemen, sondern eher an den zwischenmenschlichen Kommunikationsproblemen. Menschen mit Asperger-Syndrom können meist aus den täglichen zwischenmenschlichen Erfahrungen lernen. Geprägt werden sie von den Reaktionen der anderen. Es existiert bisher nur eine geringe Anzahl an Untersuchungen über den Verlauf des Asperger-Syndroms (Kindheit – Jugend – Erwachsenenalter). Anhand von Biografien ist zu erkennen, dass das Asperger-Syndrom chronisch verläuft, d.h. dass die Krankheit normalerweise das ganze Leben besteht. Die Prognose für ein selbstständiges Leben ist beim Asperger-Syndrom viel wahrscheinlicher als beim frühkindlichen Autismus. Die Probleme im praktischen Alltag werden höchstwahrscheinlich andauernd gegenwärtig sein (vgl. http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/faust_asperger.pdf, 20.4.2011).

2.4 Die Abgrenzung von anderen Störungen

Es liegen Beeinträchtigungen, welche Ähnlichkeiten und gleichzeitig Unterschiede zum Asperger-Syndrom aufweisen, vor. Aus diesem Grund ist die Differentialdiagnose manchmal schwierig (vgl. Remschmidt, 2000, S. 46).

2.4.1 High-functioning Autismus

Oftmals bestehen Schwierigkeiten bei der Unterscheidung zwischen dem Asperger-Syndrom und den High-functioning Autismus. Kinder mit dem High-functioning Autismus weisen Störungen und Charakteristika des frühkindlichen Autismus auf. Doch die Betroffenen verfügen über eine gute intellektuelle Begabung. Klin et al. (1995) haben die beiden Störungen erforscht und vertreten die Meinung, dass die beiden Syndrome durch bestimmte Parameter voneinander unterschieden werden können. Größtenteils sind Unterscheidungen im neuropsychologischen Profil feststellbar. In Bezug auf Lebensalter und IQ sind die beiden Gruppen vergleichbar. Nach den Forschungskriterien von ICD-10 ist in elf neuropsychologischen Bereichen ein Unterschied zwischen dem Asperger-Syndrom und dem High-Function Autismus vorhanden. Sechs gelten als verlässliche Prädiktoren für die

Diagnose eines Asperger-Syndroms. Diese betreffen die Defizite in der Feinmotorik, visuellen Raumwahrnehmung, visuomotorischen Integration, Grobmotorik, nonverbalen Konzeptbildung und in dem visuellen Gedächtnis. Fünf Faktoren gelten ebenfalls als effiziente Prädiktoren für den Ausschluss eines Asperger-Syndroms, diese beziehen sich auf Artikulation, verbaler Ausdruck, Wortschatz, verbales Gedächtnis und auditive Wahrnehmung. In Forschungen von Ozonoff et al. (1991) und Szatmari et al. (1990) konnten keine derart exakten Unterschiede zwischen dem Asperger-Syndrom und dem High-functioning Autismus beobachtet werden (vgl. Remschmidt, 2000, S. 46f).

2.4.2 Schizoide Persönlichkeitsstörung

Eine spezifische Persönlichkeitsstörung wird laut der diagnostischen Leitlinien von ICD-10, wie folgt definiert:

„...eine schwere Störung der charakterlichen Konstitution und des Verhaltens, die mehrere Bereiche der Persönlichkeit betrifft. Sie geht meist mit persönlichen und sozialen Beeinträchtigungen einher. Persönlichkeitsstörungen treten häufig erstmal in der Kindheit oder in der Adoleszenz in Erscheinung und manifestieren sich endgültig im Erwachsenenalter. Daher ist die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vor dem Alter von 16 oder 17 Jahren wahrscheinlich unangemessen (zit. in: Remschmidt, 2000, S. 47f).“

Durch diese Definition kommt es zu einer altersbedingten Einschränkung. Außerdem schließt die Diagnose einer schizoiden Persönlichkeitsstörung ein Asperger-Syndrom aus. Wiederum stellt das Asperger-Syndrom eine Beziehung zur schizoiden Störung im Kindesalter her. Aufgrund der geringen Anzahl von Forschungen, bezogen auf den Versuch die Merkmale des Asperger-Syndroms und der schizoiden Persönlichkeitsstörung im Kindesalter zu klären, bleibt offen, ob das Asperger-Syndrom und die schizoide Persönlichkeit im Kindesalter die gleiche Störung darstellt (vgl. Remschmidt, 2000, S. 48).

2.4.3 Zwangsstörung

Betroffene mit dem Asperger-Syndrom können Merkmale einer Zwangserkrankung oder einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung aufweisen. Bezogen auf die Zwangsstörung ist eine zuverlässige Differentialdiagnose möglich, bei der zwanghaften Persönlichkeitsstörung nur stellenweise (vgl. Remschmidt, 2000, S.

49). Anhand von Beobachtungen und der Anamnese wird eine Abgrenzung zu Autismus-Spektrum-Störungen möglich (vgl. Bölte, 2010, S. 61).

2.4.4 Schizophrenie

Durch den Verlauf, die andersartige Symptomatik und ihre Vorgeschichte lassen sich schizophrene Erkrankungen von dem Asperger-Syndrom unterscheiden. Wahn und Halluzinationen sind beim Asperger-Syndrom nicht vorhanden. Auch der Verlauf der Krankheit zeigt Unterschiede. Bei der schizophrenen Erkrankung liegt ein relativ akuter Krankheitsbeginn oder ein progredient schleichender Verlauf mit Rückzug, Antriebsarmut, Spracharmut, Apathie, Denkstörungen und produktiven Symptomen, wie Wahn und Halluzinationen vor (vgl. Remschmidt, 2000, S.50f).

2.4.5 Gilles-de-la-Tourette-Syndrom

In manchen Fällen besteht neben dem Asperger-Syndrom auch das Tourette-Syndrom. Das Tourette-Syndrom ist eine Störung, die im Kindesalter beginnt und durch ihre motorischen und verbalen Tics auffällt. Weiters nimmt die Störung einen chronischen Verlauf an. Gillberg und Ehlers (1993) entdeckten bei einer epidemiologischen Studie über das Asperger-Syndrom, dass eines der fünf Kinder ein Tourette-Syndrom aufwies. Von den fünf hatten drei zusätzliche Tics (vgl. Remschmidt, 2000, S. 49). Nähere Einzelheiten sind im Kapitel 3.1.6 angeführt.

2.5 Symptomatik des Asperger-Syndroms

Wie bereits angeführt liegen bei Menschen mit dem Asperger-Syndrom ein Mangel an Empathie, eine abweichende soziale Interaktion, eine andersartige Kommunikation (verbal und nonverbal), Spezialinteressen, Zwangsstörungen, eine begrenztes Einfallsreichtum und motorische Ungeschicklichkeit vor. Die folgenden Ausführungen gehen näher auf die Aspekte soziale Interaktion, Kommunikation und der Spezialinteressen ein.

2.5.1 Soziale Interaktion

Das größte Problem für Menschen mit Asperger-Syndrom stellt wahrscheinlich das beeinträchtigte soziale Interaktionsverhalten dar. Die nonverbale Kommunikation

und die Fähigkeit eine soziale Beziehung einzugehen und Freundschaften mit Gleichaltrigen zu knüpfen, sind eingeschränkt. Dieses Bedürfnis entsteht meist in der Adoleszenz, aber die Fähigkeit, eine Beziehung mit einer Person zu entwickeln, wird selten erlernt. Die Beeinträchtigung in der nonverbalen Kommunikation betrifft das Verstehen nonverbaler Botschaften anderer Menschen und das Aussenden eigener nonverbaler Signale. Nach Außen hin zeigen Asperger-Autisten keine erkennbaren Anzeichen einer Behinderung bzw. Beeinträchtigung. Personen, die ansonsten behinderten Menschen tolerant gegenüber treten und keine Asperger-Autisten kennen, können das Verhalten und die Reaktionen der Autisten als Provokation empfinden. Zum Beispiel, wenn der Betroffene auf keine Frage reagiert bzw. schweigt. Dies wird oft als beleidigend, unhöflich und stur gedeutet. Vor allem im Alltag machen sich die Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion bemerkbar. Wie schon erwähnt, fällt Autisten das Aufnehmen und das Halten von Augenkontakten schwer, ebenfalls Körperkontakte, wie zum Beispiel Hände schütteln. Bei belanglosen Gesprächen kommt ihre Unsicherheit ebenfalls zum Vorschein. Was andere Menschen intuitiv beherrschen, beispielsweise soziale Regeln, müssen sich die Asperger-Autisten mühevoll aneignen, was meist länger dauert. Die Gefühle und die Stimmung des Gegenübers kann eine Person, mit der Diagnose Asperger-Syndrom kaum ablesen oder deuten und sie kann sich nicht in die Lage anderer hineinversetzen. Manche Redewendungen sind für sie nicht nachvollziehbar. Die eigenen Gefühle zu zeigen fällt genauso schwer. Durch eine gewisse Naivität und durch Missverstehen gefährlicher Anzeichen, geraten sie immer wieder in Gefahrensituationen (vgl. Preißmann, 2009, S. 22f).

2.5.2 Kommunikation

Hans Asperger berichtete bereits bei den ersten Fällen über eine ungewöhnliche Sprachmelodie bzw. einen Redefluss, eine abnorme Sprachentwicklung, zum Beispiel eine besonders frühe Sprachentwicklung, und über Probleme eine Konversation zu führen (vgl. Attwood, 2008, S. 253). Die Sprache der Kinder, bei denen das Asperger-Syndrom diagnostiziert worden ist, steht in Verbindung mit einer „pragmatischen“ Störung. Viele von ihnen haben Probleme mit der Sprachwiedergabe, mit dem Sprachverständnis und mit der Verwendung der interaktiven Sprache. Erfahrungsgemäß ist die Sprache der Betroffenen fließend, aber pragmatisch beeinträchtigt. Humor, Metaphern und Ironie sind für sie nicht nachvollziehbar. Die Sprache ist häufig syntaktisch fehlerlos und untypisch für das Alter der Betroffenen. Viele Kinder besitzen den Wortschatz eines Erwachsenen.

Weiters haben sie beträchtliche Schwierigkeiten mit der Auffassungsgabe und der Produktion von Sprach- und Satzrythmen. Bis jetzt konnte nicht erklärt werden, in welchem Ausmaß die Schwierigkeiten bezüglich der Kommunikation tatsächlich aufgrund der linguistischen Probleme entstehen. Untersuchungen belegten, dass sich der Wortschatz und die „ausdrucksvolle“ Sprache bei Menschen mit AS nicht wesentlich von jener der Durchschnittsbevölkerung unterscheidet. Trotz der fließenden, verbalen Äußerungen, haben Menschen mit Asperger-Syndrom häufig Probleme beim Verstehen von der Bedeutung eines Wortes (vgl. Saalasti et al., 2008, S.1574f).

„Da ich immer nur sehr kurz Blickkontakt herstellen kann, entgeht mitten im Gespräch so manches was andere Menschen ganz nebenbei erkennen können. Dies macht sich natürlich auch bei meiner Arbeit bemerkbar. Es fällt mir schwer zu erkennen, was genau meinem Gegenüber fehlt. Wenn also ein Patient berichtet, es gehe ihm nicht gut, dann weiß ich in der Regel nicht, was mit ihm los ist. Wenn meine Kollegen ihn dann fragen, warum er so traurig aussieht oder was ihn so wütend macht, dann verwundert mich das, denn ich erkenne nicht, dass er traurig oder wütend wirkt“ (Preißmann, 2009, S.17).

2.5.3 Stereotype Verhaltensmuster und Spezialinteressen

Schwierigkeiten mit den zwischenmenschlichen Aspekten des Lebens sind bei Menschen mit dem Asperger-Syndrom häufig feststellbar. Trotz dieser Probleme verfügen die meisten von ihnen über außergewöhnliche Fähigkeiten in einem bestimmten Fachgebiet. Hans Asperger hat einige Merkmale dieser Spezialinteressen dokumentiert (vgl. Attwood, 2008, S. 220):

„Da ist der eine ein „Naturforscher“ von durchaus wissenschaftlichen Fragestellungen; er macht mit ungewöhnlichem Blick für das Wesentliche seine Beobachtungen, ordnet sie zu einem Weltbild, macht sich seine Theorien, die freilich manchmal recht abstrus sind. Manche, die Größeren zumal, finden sich mit Geschicklichkeit und Ausdauer die Literatur, die sie brauchen, und betreiben richtige Quellenstudien; viele beziehen sich hauptsächlich oder allein auf eigene Erfahrungen, eigene Erlebnisse. – Ein anderer ist ein Chemiker, der sein ganzes Geld, und wenn er es sich stehlen muß, für Experimente aufwendet, die oft den Schrecken der Umgebung bilden. Manche „spezialisieren“ sich da noch weiter, auf Experimente, wo es kracht und – stinkt; ein Knabe dieses Typus hatte sich auf Gifte festgelegt, hatte ein ungewöhnliches Wissen darüber, eine Sammlung von zum Teil ganz

naiv selbst bereiteten Giften; er war zu uns zur Beobachtung gekommen, weil er aus dem Giftkasten seiner Schule eine Große Menge Zyankali gestohlen hatte!“ (Asperger, 1961, S. 185).

Menschen mit dem Asperger-Syndrom sammeln gerne Informationen und Fakten zu einem speziellen Thema. Das Spezialinteresse ist meist mehr als ein Hobby. Es bestimmt die Freizeit und die Gespräche der Person (vgl. Attwood, 2008, S. 220).

- Die Repetitive Routine

Offen bleibt, ob der extreme Hang nach Routine und Ritualen ein Hauptmerkmal des Asperger-Syndroms darstellt. Es könnte sich auch um Angststörungen handeln. Bei Asperger-Autisten ist oft zusätzlich eine Angststörung diagnostizierbar. Ordnung ist für Individuen mit dem Asperger-Syndrom von großer Bedeutung. Chaos, Überraschungen, Unsicherheit und plötzliche Ereignisse sind für sie nur schwer aushaltbar. Repetitive motorische oder/und stereotype Manierismen (wie das Bewegen der Finger und Hände) stellen häufig einen ungeschickten Ausdruck für Freude/Begeisterung dar. Komplexe Bewegungen des Körpers sind ebenso mit Erregungen und Gefühlen verbunden z.B. dient das Körperschaukeln der Beruhigung. Falls motorische Ticks vorkommen, kann ein Tourette-Syndrom vorliegen (vgl. Attwood, 2008, S. 221f).

Eine Betroffene schilderte ihre Erfahrung zur repetitiven Routine:

„Die Realität ist für einen autistischen Menschen eine verwirrende, wechselwirkende Ansammlung von Ereignissen, Menschen, Orte, Geräusche und Anblicken. Es scheint keine klaren Grenzen zu geben, keine Ordnung und nichts scheint eine Bedeutung zu besitzen. Ich habe die meiste Zeit meines Lebens damit verbracht, die Muster hinter den Dingen zu erkennen. Feste Routine, Zeiten, bestimmte Routen und Rituale helfen, eine Ordnung in ein unerträglich chaotisches Leben zu bringen. Der Versuch, die Dinge möglichst so zu lassen, wie sie sind verringert die schreckliche Angst ein wenig“ (Attwood, 2008, S.222).

- Die Entwicklung von Spezialinteressen

Laut der Diagnosekriterien von Peter Szatmari und seinen Forscherkollegen müssen beim Asperger-Syndrom keine Spezialinteressen vorliegen. Rund fünf bis

15 Prozent der Asperger-Autisten haben keine speziellen Interessen. Repetitives Verhalten oder ein Spezialinteresse können von einer Fachperson durch das *Repetitive Behaviour Interview* und das *Yale Special Interest Interview* genauer überprüft werden (vgl. Attwood, 2008, S. 222). Für Asperger-Autisten ist das Sammeln und der Erwerb von Wissen zu einem bestimmten Thema oder zu einer Idee von großer Bedeutung. Im Alter von zwei bis drei Jahren kann sich schon eine „bizarre“ Wissbegierde für ein bestimmtes Objekt entfalten. Manchmal beginnt diese z.B. in der Beschäftigung mit Einzelteilen von Gegenständen. Ist das Interesse geweckt, folgt die Fixierung auf etwas. Das Sammeln nach ungewöhnlichen Kategorien von Gegenständen ist besonders beliebt, wie z. B. gelbe Bleistifte. Jede freie Minute wird genutzt um die Sammlung dieser Dinge zu ergänzen. Familienmitglieder haben einen anderen Stellenwert im Leben des Kindes, weil die soziale und zwischenmenschliche Welt viel komplizierter ist, als die der Gegenstände und Objekte. Dinge ändern ihre Meinung nicht, verletzen keine Individuen, reagieren nicht emotional und werden nicht von der Umwelt abgelenkt (vgl. Attwood, 2008, S.223). Dazu eine Betroffene:

„Es ist einfach, seine Liebe Gegenstände zu schenken statt Menschen, denn Gegenstände können einem zwar keine Liebe zurückgeben, sie weisen einen aber auch nicht zurück. Man kann also auf eine sehr sichere Art und Weise etwas anheften, ohne Gefahr zu laufen, verletzt zu werden“ (Attwood, 2008, S. 223).

Kinder mit Asperger-Syndrom ahmen keine Personen nach, sondern Gegenstände. Je älter der Asperger-Autist wird, desto interessanter wird das Sammeln von Fakten und Zahlen zu einem bestimmten Thema. Ungewöhnlich sind jedoch Intensität und Dauer des Interesses. Das entsprechende Wissen über das Spezialgebiet eignen sie sich großteils selbstständig an. Das Interesse ist zumeist eine „einzelgängerische“ Tätigkeit, die mit immenser Begeisterung verfolgt wird. Bei Erwachsenen mit Asperger-Syndrom entwickeln sich aus dem Interesse oft ein Hobby und manchmal sogar der Beruf. Asperger-Autisten sind geborene Spezialisten. Wenn die Anzahl an gesammelten Objekten zunimmt, entstehen oft Systematisierungen und Kategorisierungen. Falls es vorkommt, dass das Ordnungssystem oder eine gewisse symmetrische Anordnung von anderen vernichtet wird, kann dieser Vorfall den Betroffenen extrem aufwühlen und er muss das Ordnungssystem sofort restaurieren (vgl. Attwood, 2008, S.223ff).

In der Klinik von Hans Asperger wurde im Zeitrahmen 1950 bis 1980 untersucht, welche Themengebiete größtenteils dominieren. Zahlreiche Kinder hatten eine Leidenschaft für die Landschaft und die Tierwelt. Weiters interessierte sich eine Vielzahl der autistischen Kinder für Technik z. B. technische Daten von BMWs, Natur und Wissenschaft z. B. Geografie und Vulkanologie, Planeten, Mathematik, Chemie. Öffentliche Verkehrsmittel, wie z.B. die Stationen des U-Bahnnetzes, kamen am dritthäufigsten vor (vgl. Attwood, 2008, S. 228).

- Mögliche Funktionen des Spezialinteresses

Nur eine geringe Anzahl an Forschungsarbeiten zur Entstehung und Funktion von Spezialinteressen ist vorhanden. Durch die Autobiografien von Erwachsenen mit dem Asperger-Syndrom und aus der klinischen Erfahrung entstanden einige Thesen. Spezialinteressen dienen möglicherweise dazu, Ängste zu überwinden. Es wird möglichst viel Information über das Angstobjekt eingeholt. Durch diesen Vorgang verringert sich die Angst beim Betroffenen. Zum Beispiel bei einer bestehenden Furcht vor Donner. Aus diesem Grund entwickelt sich möglicherweise ein Interesse an Meteorologie. Manche Interessen werden mit einem angenehmen Erlebnis verbunden und erinnern an eine bessere, glücklichere Zeit. Mehrmalige Aktivitäten helfen manchen Menschen Stressgefühle zu verringern. Die Routine des Alltags ist eines der wichtigsten Fundamente bei Asperger Autisten. Je mehr Stress auftritt, desto intensiver wird das Spezialinteresse ausgeführt. Eine hohe Sicherheit und Vorhersagbarkeit im Leben werden durch die Alltagsroutine und das Spezialinteresse bestimmt. Der Betroffene entwickelt Ordnungssysteme, die auf ihn beruhigend wirken. Die Konzentration liegt nicht auf dem Gesamtbild, sondern auf einem Detail der Umgebung (vgl. Attwood, 2008, S. 231ff). Ein Asperger-Autist äußert sich dazu folgendermaßen:

„Ich würde sagen, dass das Sammeln von Dingen ein ziemlich harmloses Verfahren ist, um sich sicher fühlen zu können, und dass man niemanden davon abhalten sollte. Etwas zu ordnen ist eine wunderbare Methode, um das Gefühl des Chaos loszuwerden, das sich aus dem Leben in einer derart unorganisierten Welt ergibt“ (vgl. Attwood, 2008, S. 235).

Das Spezialgebiet wird ebenso verwendet, um in eine Fantasiewelt zu fliehen, in welcher man erfolgreich und glücklich sein kann. Ein weiterer wichtiger Aspekt liegt

dabei in der eigenen Identitätsfindung. Außerdem ist ein bestimmtes Interesse ein angenehmer Freizeitvertreib (vgl. Attwood, 2008, S.231ff).

Das Spezialinteresse kann das Leben der Betroffenen so dominieren und beeinflussen, dass es für diejenigen gar keine Freunde mehr macht, es auszuüben. Ein Zeichen für die Entstehung einer Zwangsstörung ist möglicherweise die Unfähigkeit, die Zeitdauer zu begrenzen. Das Spezialinteresse kann auch mit einer Wahnstörung in Verbindung stehen. Der Betroffene versucht hier z. B. wie ein Superheld zu handeln, um in seinem sozialen Leben erfolgreich zu sein. Pathologisch wird das Verhalten, wenn sich die Person nicht mehr von ihrer zweiten Identität lösen kann und der Meinung ist, magische Kräfte zu haben (vgl. Attwood, 2008, S. 231ff).

- Savant-Syndrom

Laut Rimland (1978) ist bei zehn Prozent der Personen mit Autismus eine Inselbegabung bemerkbar. Menschen mit Inselbegabung haben eine normale bis überdurchschnittliche Intelligenz in Verbindung mit bestimmten Fertigkeiten, beispielsweise ein geniales Daten- und Faktenwissen, fotografisches Gedächtnis oder sonstige erstaunliche Fähigkeiten wie beispielsweise Kalenderberechnen. Zum Vorschein kommen sie vorwiegend im Alter zwischen vier und acht Jahren. Diese Begabung entsteht ohne Lernaufwand und entwickelt sich plötzlich (vgl. Dziobek, Bölte, 2009, S. 145). Die bekanntesten Savants sind Kim Peek und Stephen Wiltshire (vgl. Bölte, 2009, S. 14). Eine plausible Erklärung für die Entstehung des Savants-Syndroms ist noch nicht bekannt. Manche Betroffene sind bei lebenspraktischen Tätigkeiten unselbstständig (vgl. Dziobek, Bölte, 2009, S. 146).

2.6 Stigmatisierung

Laut Hohmeier (1975) wird Stigma wie folgt definiert: *„Ein Stigma ist . . . der Sonderfall eines sozialen Vorurteils gegenüber bestimmten Personen, durch das diesen negativen Eigenschaften zugeschrieben werden“* (Cloerkes, 2007, S. 169). Vorurteile haben nicht die gleiche Bedeutung wie Stigma, denn es *„bezieht sich immer auf Merkmale von Personen“* (Cloerkes, 2007, S. 169). Vorurteile müssen nicht immer in Verbindung mit Personen stehen (vgl. Cloerkes, 2007, S. 169).

Stigma und Stigmatisierung stehen in Beziehung zueinander. Unter Stigmatisierung wird „das Verhalten aufgrund eines zueigenen gemachten Stigmas“ (Cloerkes, 2007, S. 170) verstanden. In jeder Gesellschaft existiert Stigmatisierung. Körperliche Behinderung, Verhalten, Rasse, Nation sind sichtbare oder unsichtbare Kennzeichen. An diesen Merkmalen von Personen knüpft die Stigmatisierung an. Es treten laut Hohmeier (1975) auf verschiedenen Ebenen erhebliche Folgen für die stigmatisierten Betroffenen auf (vgl. Cloerkes, 2007, S. 170f):

a.) gesellschaftliche Ebene: Ausgeübte Rollen können nicht mehr bzw. nicht mehr wie früher ausgeübt werden. Dadurch kommt es zur Isolation, zur Ausgliederung und zum Kontaktverlust (vgl. Cloerkes, 2007, S. 171).

b.) Ebene der Interaktion: Diese orientiert sich am Stigma. Der betroffene Mensch und seine Biografie werden umdefiniert. Unsicherheit, Angst und Spannung dominieren in der Interaktion (vgl. Cloerkes, 2007, S. 171).

c.) Ebene der Identität: Es entstehen Probleme und erhebliche Gefährdungen für die Person vor (vgl. Cloerkes, 2007, S. 171).

Personen können der Stigmatisierung auf zwei Weisen begegnen, einerseits durch das „soziale Selbst“ und andererseits durch das „private Selbst“. Beim „sozialen Selbst“ leugnet die Person die Bewertung bzw. weicht ihr aus. Der behinderte Mensch sieht sich dabei nicht ausschließlich als stigmatisiert an. Beim „privaten Selbst“ tritt die behinderte Person der Stigmatisierung entgegen, weil sie möglicherweise die Abwertung als nicht relevant ansieht oder ihre Berechtigung verleugnet (vgl. Cloerkes, 2007; S. 189).

2.7 Theory of Mind (ToM)

Vor 25 Jahren wurde die Theory of Mind von Premack durch eine Untersuchung an Schimpansen publik gemacht. Premack wollte herausfinden, ob die Tiere ihren Interaktionspartnern „Bewusstseinsvorgänge unterstellen oder nicht“ (Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 46). Dies gab einen Anstoß für die Entwicklungspsychologie. Es wurden einige Untersuchungen in Bezug auf die Theory of Mind an Vorschulkindern durchgeführt (vgl. Remschmidt, Kamp-Becker,

2006, S. 46). Laut Sodian (1995) wird Theory of Mind mit der mentalistischen Alltagspsychologie gleichgesetzt. Dies ist die Fähigkeit bei anderen Menschen Absichten und Motive zu erkennen, ebenso deren Gefühle zu deuten und die verschiedenen Gefühlszustände richtig einzuordnen (vgl. Rollett, Kastner-Koller, 2001, S. 239). Außerdem „*ob sie mit dem eigenen Gefühlszustand übereinstimmen oder nicht*“ (Rollett, Kastner-Koller, 2001, S. 239). Die Theory of Mind wird in Bezug auf ASS als Erklärungsmodell angesehen (vgl. Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 59). Anhand verschiedener Studien, beispielsweise der von Baron-Cohen, Tager, Flusberg & Cohen (1993) wurde immer wieder bestätigt, dass autistische Kinder große Probleme haben, Gefühle, Absichten und Emotionen anderer Menschen wahrzunehmen bzw. diese Zustände zu beschreiben (vgl. Rollett, Kastner-Koller, 2001, S. 239). Die Theory of Mind steht mit unterschiedlichen Aspekten in Beziehung, dazu zählen Emotionserkennung, Empathie, sozial-kognitive Attributierungen und Perspektivenübernahmen. Diese vier Aspekte beeinflussen sich gegenseitig. Zum Beispiel werden durch eine gute empathische Fähigkeit/Reaktion das Emotionsverständnis und die Perspektivenübernahme erleichtert, die Emotionserkennung prägt die sozial-kognitiven Attributierungen. Die sozial-kognitiven Attributierungen formen die Perspektivenübernahme. Laut Avis und Harris (1991) benötigt der Mensch ein gewisses Potential der Theory of Mind, um sich im Alltag „*sozial kompetent und emotional angemessen verhalten zu können*“ (Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 62). Asperger-Autisten haben meist eine gute kognitive Entwicklung (bis auf die Selbstkontrolle), die großteils normal verläuft, doch die soziale und emotionale Ebene ist erheblich retardiert. Einige sozial-emotionale Defizite können durch die kognitiven Kompetenzen ausgeglichen werden (vgl. Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 76). Die Theory of Mind findet nicht nur beim Autismus Verwendung, sondern auch bei anderen Störungen wie Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS), bei affektiven Erkrankungen und schizophrenen Störungen (vgl. Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 46f). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass für das soziale Verständnis eine gewisse Theory of Mind-Fähigkeit von Nöten ist. Dadurch verstehen Menschen andere Menschen. Sie wissen was die andere Person ungefähr denkt, wie sie sich momentan fühlt oder was sie sich derzeit wünscht. Fehlt die ToM-Fähigkeit bei Menschen, sind diese nicht in der Lage andere zu verstehen, sozial korrekt zu reagieren oder zu lügen (vgl. Matzies, Schuster, 2009, S. 13f)

Die fehlende ToM-Fähigkeit wird anhand eines Auszuges eines Bewerbungsgesprächs einer Asperger-Autistin in einem Burger-Restaurant aufgezeigt:

„...Warum meinen Sie, dass Sie geeignet sind, in unserem Unternehmen zu arbeiten?“

Es schien gut zu laufen. Die Frau hatte sich schon einige Notizen gemacht. Okay, sie lächelte nicht. Aber ich weiß, dass auch Lehrer bei mündlichen Prüfungen nie lächeln. Sie wollen dem Prüfling nicht zeigen, wie gut er ist.

„Frau Meier?“

Oh, ich musste ja antworten. Die war schwierig.

„Äh, ich stelle es mir einfach vor. Das kann sogar ich schaffen. Nur Frikadellen umdrehen und Brötchen mit Gemüse belegen. Und wissen Sie, ich werde auch bestimmt nie etwas heimlich naschen, Mundraub, Sie verstehen schon. Ich mag nämlich keine Burger. Unter uns gesagt, ich kann gar nicht verstehen, wie überhaupt jemand so etwas essen kann. Widerlich. Und gesundheitsschädlich. Finden Sie nicht auch?“

„Nein, ich mag Burger.“

„Oh“, sagte ich. Daher hatte die Frau also auch so eine rundliche Figur, sie aß einfach zu viele Burger. Das sagte ich natürlich nicht laut. Solche Sachen denkt man nur...“ (Matzies, Schuster, 2009, S.197).

3. Krise, Komorbidität und Alltagsbewältigung

Häufig entstehen bei autistischen Menschen entweder durch innere Umstände z. B. anstehende Entwicklungsschritte, welche zu bewältigen sind (Pubertät, Ablösung vom Elternhaus, Einschulung, etc.) oder durch äußere Umstände, wie Trennung, Geburt, Tod in der Familie, Trennung der Eltern u.s.w., zusätzliche psychische Störungen. Diese Komorbiditäten treten gehäuft in Krisenzeiten auf. Zum einen können bestehende Störungen, beispielsweise eine Autoaggression, das ritualisierte Verhalten oder die Hyperaktivität verstärken, zum anderen entwickeln sich neue Symptome (z. B. Zwangsstörungen und affektive Störungen), die eine eigene Krankheitswertigkeit aufzeigen (vgl. <http://www.aerztblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=55038>, 29.4.2011). Einige Betroffene leiden darunter so stark, dass dies zu einer massiven Beeinträchtigung des Alltags bzw. der Lebensqualität führt (vgl. Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 139).

3.1 Komorbidität

Darunter versteht man, „*das Vorhandensein von mehr als einer Störung zum gleichen Zeitpunkt*“ (Zimbardo, Gerrig, 2004, S. 667).

„*Morbidität bezieht sich auf das Auftreten einer Krankheit, Komorbidität bezieht sich auf das kombinierte Auftreten mehrerer Krankheiten*“ (Zimbardo, Gerrig, 2004, S. 667).

Allgemein besteht bei allen Personen, die an einer Krankheit, Beeinträchtigung, Behinderung oder Störung leiden (dazu zählt ebenso der Autismus), die Möglichkeit, dass zum selben Zeitpunkt, mehr als eine Störung auftritt (vgl. Zimbardo, Gerrig, 2004, S. 667). Laut Ghaziuddin et al. (1998) sind bei zwei Drittel der Asperger-Autisten zusätzliche psychopathologische Störungen vorhanden, z. B. ADHS, Tics/Tourette-Syndrom, Störungen der Motorik, Zwangssymptome, affektive Störungen, Essstörungen, Mutismus, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, aggressives Verhalten, selbstverletzendes Verhalten und Schlafstörungen (vgl. Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 36f). Die zusätzlichen Beeinträchtigungen müssen einerseits richtig gedeutet und beachtet, andererseits korrekt eingeordnet werden, sonst besteht die Gefahr einer Fehldiagnose (vgl.

Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 140). Zu möglichen Störungen beim Asperger-Syndrom zählen:

3.1.1 Depression

Die Depression zählt zu den affektiven Störungen. Ihr Hauptsymptom ist die Veränderung der Stimmung. Depression wird als allgemeiner Bestandteil der menschlichen Erfahrung und Existenz angesehen und tritt häufig infolge von Enttäuschungen oder Verlusten auf – teilweise auch ohne speziellen bzw. spezifischen Anlass (vgl. Steinhausen, 2006, S 182). Fast jeder Mensch leidet im Laufe seines Lebens an einzelnen depressiven Symptomen, z. B. in manchen Lebensphasen dominieren die Gefühle Trauer und Besorgnis. Eine depressive Verstimmung unterscheidet sich jedoch grundsätzlich von einer Depression. Die Kennzeichen einer Major Depression sind (vgl. Zimbardo, Gerrig, 2004, S. 675f):

- dysphorische Stimmung (Betroffene sind hoffnungslos, bedrückt und traurig, verlieren ihre Interessen, wie die Freunde an alltäglichen Aktivitäten),
- Appetitlosigkeit, daraus ergibt sich ein starker Gewichtsverlust ,
- Schlafbeeinträchtigung (Hypersomnie oder Schlaflosigkeit),
- Schuldgefühle (Selbstvorwürfe, Gefühl der Wertlosigkeit),
- Störungen der motorischen Aktivität (entweder verlangsamte motorische Aktivität oder starke Erregung),
- Vergesslichkeit und Konzentrationsschwäche,
- Suizidpläne und Suizidversuche, ebenso Gedanken an den Tod (vgl. Zimbardo, Gerrig, 2004, S. 675f).

Anhand des Schweregrades, der Dauer und der Symptomatik können unterschiedliche Formen unterschieden werden. Viele Personen leiden nur wenige Wochen an den Symptomen der Depression, bei anderen hält die Störung episodisch oder chronisch an (vgl. Zimbardo, Gerrig, 2004, S. 675f). Nach Ghaziuddin et al. (1998) soll bei Jugendlichen und Erwachsenen mit Asperger-Syndrom die Depression, die am häufigsten vorkommende Komorbidität sein (vgl. Schatz, Weimer, Trauner, 2002, S. 333). Howlin (2000) z. B. stellte fest, dass mehr als ein Drittel der Betroffenen mit AS zusätzliche depressive Symptome aufwiesen. Diese Komorbidität steht oft in Verbindung mit extremen Ängsten (vgl. Kanne, Abbacchi, Constantino, 2009, S. 857). Bereits vor 30 Jahren beschrieb Wing (1981)

in einer ihrer Untersuchungen zur Thematik Autismus, dass zehn von 34 Personen mit Asperger-Syndrom an einer Depression litten (vgl. Ghaziuddin, Ghaziuddin, Greden, 2002, S. 299). Ebenso berichtete Gillberg (2002), wonach vor allem in der Adoleszenz und im Erwachsenenalter die Depression eine der Hauptbegleiterkrankungen bei Asperger-Autisten sei. Diese Komorbidität entsteht zumeist durch eine Krise. Krisen entstehen in dieser Zeit z. B. aufgrund einer Identitätssuche bzw. -findung, durch die psychosexuelle Entwicklung, die hormonelle Umstellung oder das Bewusstwerden der Andersartigkeit. Dadurch nehmen in der Pubertät Depressionen und Angststörungen, zu. Laut Wolff (1995) entwickelt sich während dieser Lebensphase ein erhöhtes Risiko einer Suizidhandlung (vgl. Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 106). Rourke et al. (1989) gehen davon aus, dass die Asperger-Autisten mehr zu einer Depression neigen, als Betroffene mit anderen Autismusformen (vgl. Ghaziuddin, Ghaziuddin, Greden, 2002, S. 303).

3.1.2 Angststörung

Angst begleitet zahlreiche Störungen. Weiters findet sie auf mehreren Ebenen statt und zeichnet sich durch charakteristische Erregungen sowie körperliche Symptome, wie motorische Verspannung und vegetativ-autonome Reaktionen, beispielsweise Schwitzen, Erröten, Erblassen und beschleunigter Herzfrequenz aus. Einerseits formt sich das angstbezogene Verhalten durch gesteigerte Aufmerksamkeit und andererseits durch besorgte Antizipation, um provozierende Situationen zu meiden, z. B. eine Konfrontation mit Tieren, eine Trennung von Bezugspersonen, Prüfungen, Schule oder soziale Zusammenkünfte. Angststörungen sind situations- und objektbezogen. Vielfach wird die Störung aufgrund ihrer zwanglosen, flottierenden Ausprägung erkannt. Phobisches, zwanghaftes oder depressives Verhalten steht häufig mit Angst in Verbindung. Es existieren emotionale Störungen des Kindesalters, phobische Störungen, sonstige Angststörungen und Anpassungsstörungen (vgl. Steinhausen, 2006, S.171). Laut Ghaziuddin et al. (2002) kommen Angststörungen bei Asperger-Autisten in der Pubertät häufig vor (vgl. Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 106). Ähnliches berichtet Howlin (2000) bezüglich Angststörung und Depression bei Autisten (vgl. Kanne, Abbacchi, Constatino, 2009, S. 856). Leyfer et al. (2006) diagnostizierten bei 44 % der untersuchten Autisten spezifische Phobien, z. B. vor Injektionsnadeln, Menschenmengen oder lauten Geräuschen. Laut Weisbrot et al. (2005) ist der Schweregrad der Angststörungen bei Personen mit Asperger-Syndrom höher, als

bei den Betroffenen mit anderen Autismusformen (vgl. Bölte, 2009, S. 49). Ebenso wiesen Kim und seine Kollegen (2000) in ihrer Studie nach, dass Angststörungen bei autistischen Kindern gehäuft bestehen (vgl. Ghaziuddin, Ghaziuddin, Greden, 2002, S. 300). Laut Mattila et al. hatten 42 % ihrer untersuchten HFA- und AS-Autisten eine Angststörung (vgl. Mattila et al., 2010, S. 1085).

Bei einer Angststörung löst die Kampf-Flucht-Reaktion entsprechende körperliche Symptome zur Bewältigung der Gefahrensituation aus, ohne dass tatsächlich eine vorliegt (vgl. Pschyrembel, 2010, S. 99). Angststörungen werden in phobische Störungen, dazu zählen Agoraphobie, soziale Störungen und spezifische Phobien und in sonstige Angststörungen, wie Panikstörungen und generalisierte Störungen eingeteilt (vgl. <http://www.panikattacken.at/aengste/aengste.htm>, 28.12.2011).

3.1.3 ADHS

Die drei Hauptsymptome dieser Störung sind *„beeinträchtigte Aufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität“* (Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 142), ebenso kommen Interaktionsstörungen vor (vgl. Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 142). Diese Störung taucht meist in den ersten fünf Lebensjahren auf. ADHS ist im Gegensatz zu der hyperkinetischen Störung *angemessener* und stärker verhaltensorientiert (vgl. Steinhausen, 2006, S. 122). Laut Ghaziuddin et al. (1998) ist ADHS die am häufigsten vorkommende Begleiterkrankung bei Kindern mit Asperger-Syndrom (vgl. Schatz, Weimer, Trauner, 2002, S. 333). Nach Gadow et al. (2004, 2005, 2006) weisen mehr als die Hälfte der autistischen Kinder im Alter von sechs bis zwölf Jahren, Merkmale des ADHS-Syndroms auf (vgl. Kanne, Abbachi, Constantino, 2009, S. 857). Asperger-Autisten reagieren teilweise auf eine stressige Situation bzw. auf Angst mit hyperaktiven Verhalten ohne ADHS als Begleiterkrankung zu haben. Es gelingt ihnen z. B. nicht still zu sitzen, ruhig zu bleiben oder sich zu entspannen, weil sie innerlich *„aufgewühlt“* und hyperaktiv die neue Situation unter Kontrolle bringen wollen (vgl. Attwood, 2008, S.21).

3.1.4 Zwangssymptome und -störung

„Wiederkehrende und anhaltene Ideen, Gedanken, bildhafte Vorstellungen oder Impulse sowie Handlungen“ (Steinhausen, 2006, S. 195) gehören zu den Zwangsstörungen. Die Störungen werden als *„Teil des eigenen Denkens und Handelns erlebt“* (Steinhausen, 2006, S. 195). Zwangsstörungen teilen sich in zwei Bereiche, in Zwangshandlungen und –gedanken. Der Betroffene empfindet die

Gedanken als störend, unsinnig und aufdrängend. Zwangsgedanken wären z. B. Sorge vor dem Anstecken durch Bakterien, Glücks- und Unglückszahlen, u.s.w. die andauernd und zwanghaftig auftauchen. Zwangshandlungen umfassen exzessive Wiederholungen bestimmter Tätigkeiten, wie Kontrollzwänge, Wasch-, Ordnungs-, Sammel-, Putz- und Zählzwänge (vgl. Steinhausen, 2006, S. 195). Bei Asperger-Autisten sind das symmetrische Anordnen von Dingen oder das Zählen von Gegenständen vor dem Einschlafen häufig Zwangstätigkeiten (vgl. Attwood, 2008, S. 174). Leyer et al. (2006) fanden bei einer Untersuchung heraus, dass von 109 Personen mit ASS 37 % zusätzlich eine Zwangstörung zeigten (vgl. Bölte, 2009, S. 50). Aufgrund dieser Zwänge werden der Alltag und die Lebensqualität der Betroffenen stark eingeschränkt. Etwa 25 % der erwachsenen Personen mit Asperger-Syndrom zeigen eindeutige Symptome einer Zwangsstörung (vgl. Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 99f).

3.1.5 Essstörung

Personen mit Asperger-Syndrom haben häufig Untergewicht und ein extrem einseitiges Essverhalten. Die Essgewohnheiten der Autisten sind oft durch eine bestimmte Routine geprägt, beispielsweise die Präsentation des Essens, bestimmte Farben, Gerüche und die Konsistenz. Kann die alltägliche Routine nicht eingehalten werden, dann wird z. B. die Nahrung nicht verzehrt (vgl. Attwood, 2008, S. 23).

Die Anorexia nervosa gehört zu den Essstörungen. Sie ist mit partieller Nahrungsverweigerung gleichzusetzen. Das primäre Ziel der Betroffenen ist es das minimale Körpergewicht zu halten und kein Gramm zuzunehmen. Der eigene Körper wird nicht korrekt wahrgenommen. Weibliche Personen sind häufiger von Essstörungen betroffen (vgl. Steinhausen, 2006, S. 222). Bulimia nervosa zählt ebenfalls zu den Essstörungen. Betroffene beschäftigen sich ständig mit Nahrungsmitteln und dem Essen. Während der Heißhungerattacke nehmen sie extreme Mengen an Nahrung zu sich. Um die Fressattacke wieder „rückgängig“ zu machen, versucht die betroffene Person die Nahrungsmittel durch selbstinduziertes Erbrechen, durch Abführmittel oder durch Medikamente zu entfernen. Normalgewichtige, weibliche Personen gehören meist zur Risikogruppe (vgl. Steinhausen, 2006, S. 229). In der Studie *Comparison of Eating Attitudes between Adolescent Girls with or without Asperger Syndrome: Daughters' and Mothers' Reports* von Kalyva (2008) wurde das Essverhalten von jugendlichen Mädchen mit und ohne AS erforscht. Das Ziel dieser Studie war, herauszufinden, ob das Untergewicht der autistischen Mädchen eine Neigung oder eine Komorbidität ist.

Die Resultate zeigten, dass Mädchen, welche an dem Asperger-Syndrom leiden, ein erhöhtes Risiko haben, Essprobleme zu bekommen, als jene ohne diese Diagnose (vgl. Kalyva, 2008, S. 480). Laut Pepler und Craig (1999) sind bei 18-23 % der anorektischen Mädchen Merkmale des Asperger-Syndroms nachweisbar (vgl. Attwood, 2008, S. 23).

3.1.6 Tics/Tourette-Syndrom

Meist automatisch einsetzende rasche Muskelzuckungen mit zwanghaften Charakter (vgl. Pschyrembel, 2010, S. 2070) in Verbindung mit oder ohne Laute bezeichnet man als Tics. Sie geschehen plötzlich und repetitiv. Tics werden nicht aus eigenem Willen gelenkt. Zum einen treten sie *„schnell, abrupt einschließend“* (Steinhausen, 2006, S. 135) und zum anderen *„kurz andauernd“* (Steinhausen, 2006, S. 135) auf. Tics entwickeln sich durch die gestörte Verbindung *„zwischen dem Kortexbereich“* (Attwood, 2008, S. 318), *„den motorischen Zentren des Gehirns“* (Attwood, 2008, S. 318) und *„aufgrund einer gestörten Aktivität der Neurotransmitter Dopamin und Noradrenalin“* (Attwood, 2008, S. 318). Der Kortexbereich koordiniert die Bewegungsplanung (vgl. Attwood, 2008, S. 318). Betroffene mit Ticstörungen wiederholen ihre Bewegungen stereotyp. Entweder scheinen sie also *„isolierte bzw. einfache oder multiple komplexe bzw. generalisierte Tics mit Befall mehrerer Körperregionen und wechselner Lokalisation“* (Steinhausen, 2006, S. 135) auf. Es kann zwischen akuten und den chronisch-persistierenden Formen unterschieden werden. Das Tourette-Syndrom ist eine Sonderform der Ticstörungen, welche einen chronischen Verlauf annimmt. Beim Tourette-Syndrom scheint neben den motorischen Tics gelegentlich eine Koprologie (Verwendung von Wörtern mit obszönem Inhalt) auf (vgl. Steinhausen, 2006, S. 135). Tics und das Tourette-Syndrom sind bei den Autismus-Spektrum-Störungen vorzufinden. Ehlers und Gillberg (1993) fanden bei 20 % der untersuchten Asperger-Autisten Ticstörungen (vgl. Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 36). In der Studie *Comorbid Psychiatric Disorders Associated with Asperger Syndrome/Highfunctioning Autism: A Community- and Clinic-based Study* von Mattila, Hurtig, Haapsamo, Jussila et al. (2010) hatten 26 % der HFA- und AS-Autisten Ticstörungen (vgl. Mattila et al., 2010, S. 1085).

3.1.7 Persönlichkeitsstörung

Bei einer Persönlichkeitsstörung weicht das Verhalten deutlich von den sozio-kulturellen und gesellschaftlichen Normen ab. Persönlichkeitsstörungen haben eine zeitliche Beständigkeit, treten häufig situationsübergreifend auf und verursachen persönlichen Kummer (vgl. Bölte, 2009, S. 60). Laut des ICD-10 müssen folgende Kriterien bei der betroffenen Person existieren:

- Zwischen dem Verhalten und der Einstellung in unterschiedlichen Funktionen, wie Beziehung zu anderen Menschen, dem Antrieb, der Wahrnehmung, dem Denken und der Affektivität, herrscht kein Gleichgewicht.
- Das außergewöhnliche Verhalten existiert ständig und auf gleich bleibendem Niveau. Die Verhaltensmuster entsprechen in sozialen und persönlichen Situationen nicht gesellschaftlichen Normen und Erwartungen.
- Die Persönlichkeitsstörung macht sich in der Kindheit bzw. Jugend bemerkbar und offenbart sich im frühen Erwachsenenalter.
- Die Störung verursacht subjektives Leiden und schränkt die Person sozial und beruflich ein (vgl. Steinhausen, 2006, S. 339).

Bei Asperger-Autisten können zusätzliche Persönlichkeitsstörungen auftreten (vgl. Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 38). Von der Definition her wurde das AS früher als *deutliche Persönlichkeitsstörung* bezeichnet. Es existieren zahlreiche Formen (paranoide, schizoide, dissoziale, ängstliche, abhängige, narzisstische, posttraumatische, hysterische Persönlichkeitsstörung, Borderline-Syndrome u. a. (vgl. Pschyrembel, 2010, S. 1590). Zwei Formen sollen näher dargestellt werden.

- **Schizoide Persönlichkeitsstörung**

Emotionale Kühle und Absonderung kennzeichnen die schizoide Persönlichkeitsstörung. Betroffene haben ein gesteigertes Interesse für Tagträumereien/Phantasien und sind extrem introvertiert. Ein Verlangen vertrauensvolle Freundschaften bzw. Beziehungen zu schließen, besteht nur in geringem Maß. Sie drücken keine Freude aus und reagieren auf Lob und Kritik verhalten. Jugendliche und junge Erwachsene mit Asperger-Syndrom unterscheiden sich von dieser Krankheitsgruppe, obwohl zahlreiche Überlappungen bestehen. Die

Anamnese und eine neuropsychologische Einstufung hilft bei der Differenzialdiagnose (vgl. Bölte, 2006, S. 60).

- Zwanghafte Persönlichkeitsstörung

Bei Personen mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung dominieren Gefühle des Zweifels, der Unsicherheit, der regelmäßigen Kontrolle und der Vorsicht. Sie sind gewissenhaft und verfügen über eine extreme Starrheit. Betroffene charakterisieren sich durch ihren Perfektionismus, ihre Genauigkeit und ihren Drang ständig alles zu überprüfen. Das Asperger-Syndrom und die zwanghafte Persönlichkeitsstörung können nicht deutlich voneinander abgegrenzt werden. Ein wichtiges Instrument für die Differenzialdiagnose ist die frühkindliche Anamnese (vgl. Bölte, 2006, S. 60).

3.1.8 Schlafstörung

Schlafstörungen stehen häufig mit psychischen oder somatischen Begleiterkrankungen in Verbindung z. B. bei der Depression, deshalb ist die Klärung der Ursache wichtig. Besonders bei Kindern und Jugendlichen mit AS sind Ein- und Durchschlafstörungen häufig (vgl. Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 39). In einer Studie von Godbout et al. (2000) wurden bei Asperger-Autisten Auffälligkeiten beim Schlafen nachgewiesen. Möglicherweise könnten die Schlafarchitektur und der –rhythmus bei Personen mit Asperger-Syndrom verändert sein (vgl. Bölte, 2009, S. 51f). Verschiedene Autoren, wie Paavone, Nieminen-von Wendt, Vanhala, Arone & von Wendt (2003), Richdole (2001) und Tani et al. (2003) diagnostizierten unabhängig voneinander, dass bei den PDD, dazu zählen das Asperger-Syndrom und der High Functioning Autismus, Schlafstörungen auftreten (vgl. Allin, Larsson, Smedje, 2002, S. 585).

3.1.9 Oppositionelles und aggressives Verhalten

In vielen Studien (z. B. Xue et al. 2008, Gadow et al. 2004) wurde die qualitative Beeinträchtigung des Sozialverhaltens belegt. Laut Gadow et al. (2004) haben Kinder mit Asperger-Syndrom im Gegensatz zum frühkindlichen oder atypischen Autismus häufiger Störungen des Sozialverhaltens (vgl. Bölte, 2009, S. 48f). Die Bandbreite reicht von einer kaum wahrnehmbaren Beeinträchtigung bis hin zu einer extremen Einschränkung sozialer Kontakte. Bei Asperger-Autisten macht sich öfter aggressives Verhalten bemerkbar, beispielsweise wenn ihnen ein Gegenstand ihres

Spezialinteresses weggenommen wird oder sie eine Situation missverstehen. Komorbide Begleiterkrankungen, wie die Depression, können ebenfalls aggressives Verhalten erzeugen (vgl. Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 38). Xue (2008) kam bei einer Studie zum Ergebnis, dass bei Personen mit ASS ein erhöhtes Potential an aggressivem und selbstverletzendem Verhalten nachweisbar war, wenn zusätzlich eine affektive Störung vorlag (vgl. Bölte, 2009, S. 49).

3.1.10 Auto-aggressives Verhalten

Selbstverletzendes Verhalten ist gegen die eigene Person selbst gerichtet. Dieses Verhalten entsteht oft durch Fremdaggresivität und Destruktivität. Für das Umfeld und den Betroffenen entstehen dadurch enorme Belastungen. Zum selbstverletzenden Verhalten gehören z. B. Augenbohren, Haare ausreißen, auf den Kopf schlagen, Essen von ekligen Dingen oder Zwicken. Suizidale Impulse zählen zu der extremsten Form des auto-aggressiven Verhaltens. Laut Gaziuddin und Greden (1998) haben Asperger-Autisten (vor allem im jungen Erwachsenenalter und Teenager), die zusätzlich an einer Depression leiden, ein erhöhtes Risiko für die Ausführung von suizidalen Handlungen (vgl. Bölte, 2009, S. 49).

3.2 Krise

Aus dem Blickwinkel der Psychiatrie wird unter Krise eine *„kurzfristige auftretende Verhaltensweise von Menschen, die aus dem üblichen Rahmen fallen und Anlass für Interventionen geben“* definiert (Seibert, 2001, S.138).

„Eine Krise ist ein inneres Geschehen. Kennzeichen einer Krise ist die Einschätzung einer Person, dass ihre Möglichkeiten eine Situation zu bewältigen, erschöpft sind“ (Juen et al., 2004, S.11).

3.2.1 Allgemeines

Lindemann (1944 und 1977) und Cullberg (1987) sind Vertreter der traumatischen Krise, wiederum Caplan (1964) der Veränderungskrise. Die Definition von Krise ist bei den Autoren annähernd gleich (vgl. Oritz-Müller, 2010, S.67):

„eine Krise ist durch den Verlust des seelischen Gleichgewichts gekennzeichnet, wenn ein Mensch mit Ereignissen oder Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie seine bisherigen Problemlösefähigkeiten übersteigen“ (Ortiz-Müller, 2010, S. 67).

Cullberg bezieht sich mehr auf die traumatisierenden Geschehnisse und Caplan auf veränderte Lebenssituationen (vgl. Ortiz-Müller, 2010, S. 67).

Veränderungen im Leben gehören zum Menschsein dazu. Jedoch können Schuleintritt, Umzug, Einstieg in die Berufswelt, Erwachsen-werden oder der Auszug vom Elternhaus Krisen verursachen (vgl. Giernalczyk, Doll, 2010, S. 100).

Caplan: Veränderungskrise

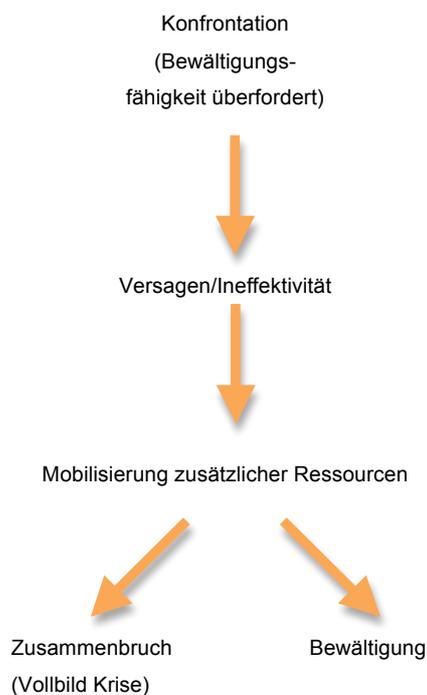


Abb. 2: ORITZ-MÜLLER, 2010, S. 67.

Traumatische Krisen bedrohen „die psychische Identität, die soziale Existenz“ (Giernalczyk, Doll, 2010, S. 100) und die persönliche Sicherheit. Trennung, Kündigung, Tod, Krankheit, u.s.w. rufen diese Art von Krisen hervor (vgl. Giernalczyk, Doll, 2010, S. 100).

Cullberg: Traumatische Krise

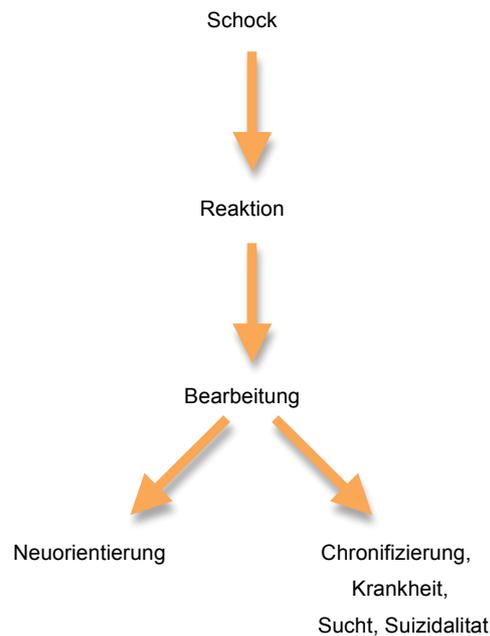


Abb. 3: ORITZ-MÜLLER, 2010, S. 67.

1970 erweitert Erikson den Krisenbegriff. Er stellte die These auf, dass Menschen in all ihren Lebensphasen (Kindheit, Pubertät, Erwachsenenalter und hohes Alter) bestimmte Entwicklungsaufgaben zu bewältigen haben. Anhand dieser Ansicht wird mit jedem Entwicklungsschritt eine potenzielle Krise in Verbindung gebracht. Menschen haben normalerweise die Kraft, diese zu bewältigen. Erikson betont, dass Krisen zum Leben dazugehören und alle Menschen in allen Lebensabschnitten begleiten (vgl. Oritz-Müller, 2010, S. 67f). Gernot Sonneck, der Leiter des ambulanten Wiener Kriseninterventionszentrum spricht meist von „psychosozialen Krisen“, welche sich in (vgl. Oritz-Müller, 2010, S. 69):

- „traumatische Krisen,
- *Veränderungskrisen,*
- *chronisch-protrahierte Krisen,*
- *das Burnout-Syndrom als Entwicklung zur Krise und*
- *posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS)*“ (Ortiz-Müller, 2010, S. 69) unterteilen.

Die „psychosoziale Krise“ beinhaltet die traumatische und die Veränderungskrise. Chronisch-verlängerte Krisen entstehen aus dem ständigen Scheitern an

„konstruktiver Krisenbewältigung“ (Sonnek, 2000, S. 32-38), z. B. Vermeidungsverhalten oder ein nicht wirksames Bewältigungsmodell nach einer Veränderungskrise. Unter dem Burnout-Syndrom wird ein „*Reaktionssyndrom*“ (Sonnek, 2000, S. 40-50) mit negativer Einschätzung gegenüber sich selbst und seiner Umgebung erfasst. Psychische Labilität führt zu einem krisenhaften Zustand. Die posttraumatische Belastungsstörung entspricht überwiegend der traumatischen Krise (vgl. Sonnek, 2000, S. 50ff).

3.2.2 Krise und Asperger-Syndrom

Eine Krise umfasst somit Situationen, Phasen oder Zustände in der Entwicklung eines Menschen, welche sich durch Probleme und darauf folgende Verhaltensweisen kennzeichnet. Oft fällt sie nicht in den bisherigen Erlebens- und Verhaltenskontext. In dieser Phase besteht für den Betroffenen keine Aussicht, die Krise in den Griff zu bekommen – Lösungsstrategien existieren nicht. Wie vorhin erwähnt zeichnet sich eine Krise durch Zustände der Verzweiflung bzw. der Ausweglosigkeit. Aus Suizidneigungen können entstehen. Auslöser, die eine mögliche Krise beim Asperger-Syndrom hervorrufen, wären z. B. Diagnosestellung, Probleme in der Schule, Sexualität, Ausbildung, gesellschaftliche Reaktionen, Umgebungsveränderungen, massive Umweltveränderungen oder Berufsbeginn (vgl. Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 161ff), wie auch Über- oder Unterforderung (vgl. Preißmann, 2009, S. 143), weiters Unruhe- und Erregungszustände, wie Schlafstörungen (vgl. Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, 161ff). Herrschen in der sozialen Umgebung bspw. Gereiztheit und Unstimmigkeit vor, wirken sich diese auf den Betroffenen aus. Asperger-Autisten genießen Ruhe und Harmonie. Emotional belastende Zustände oder Kränkungen werden von Betroffenen schlecht verarbeitet. Körperliche Krankheiten sind manchmal ein Auslöser für Krisensituationen, weil die Betroffenen ihre Beschwerden nicht bzw. nur schwer beschreiben können und sie mit dieser Situation (z. B. großes Schlafbedürfnis bei Fieber) nicht umgehen können (vgl. Preißmann, 2009, S. 143). Um einen akuten, krisenhaften Zustand in den Griff zu bekommen, müssen Interventionen angewendet werden. Manchmal ist eine stationäre Aufnahme während einer Krise erforderlich (vgl. Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 161ff). Um Krisen überstehen zu können, ist das Auffinden des Anlasses bedeutungsvoll. Krisen entstehen nicht nur während einer bestimmten Lebensphase, sie können sich immer entwickeln (vgl. Preißmann, 2009, S. 143).

„Ich habe gemerkt, dass es ein bisschen leichter für mich zu ertragen ist, wenn ich zu wissen scheine, woran es liegen könnte, dass es mir nicht gut geht. Das ist einfacher, als wenn dieser Zustand scheinbar ohne äußeren Auslöser eintritt. So kann ich hoffen, dass sich diese Dinge irgendwie regeln lassen werden und dass es mir dann auch wieder besser gehen wird. Das ist in solchen Situationen ein kleiner Hoffnungsschimmer“ (Preißmann, 2009, S. 143f).

- Kindheit und Schulzeit

Autistische Kinder benötigen in ihrem Umfeld keine Freunde. Wie bereits angeführt haben Kinder mit Autismus eine verminderte ToM-Fähigkeit, ebenso eine verringerte soziale Interaktion. Andere Kinder empfinden sie meist als störend. In dieser Lebensphase ist das „Alleinsein“ für AS noch kein Problem, sie sind mit der Situation vollkommen zufrieden. Während der Schulzeit suchen sie kaum Freunde (vgl. Preißmann, 2009, S. 65f). Aufgrund der emotionalen Retardierung gelten viele Autisten als „ungezogen und verhaltensschwierig“ (Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 103). Oft machen sich die Schulkollegen über Verhaltensweisen von Kindern mit Asperger-Syndrom lustig (vgl. Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 103). Wie ebenfalls schon erwähnt benötigen Asperger-Autisten eine gewisse Ordnung bzw. Reihenfolge im Alltag. Beispielsweise ziehen sie ihre Kleidung in einer ganz bestimmten Abfolge an. Funktioniert dies nicht, geraten sie in einen akuten Erregungszustand (vgl. Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 162).

„Der knapp 8-jährige Lars hatte mühsam und mit viel Förderung und Unterstützung gelernt, sich selbstständig anzuziehen. Bei diesem Vorgang hielt er stets eine stereotype Reihenfolge der Kleidungsstücke ein, die nicht gestört werden durfte. Bei einem Schwimmausflug der Schulklasse hatte Lars die Schwimmstunde – die für ihn schon viel Stress bedeutete – ohne Zwischenfälle überstanden und sollte sich nun anziehen. Leider übersah er in seiner stereotypen Reihenfolge die nasse Badehose auszuziehen, bevor er die Unterhose anzog. Nun stand er da und hatte eine nasse Badehose und eine nasse Unterhose an. Er geriet in einen heftigen Erregungszustand, den die herbeieilende Lehrerin zunächst nicht verstand, auf Lars einredete, andere Kinder liefen herbei und die Erregung von Lars – sein Schreien und Toben – wurden immer heftiger. Erst die dazugerufene Mutter konnte die Situation beenden, indem sie Lars die nasse Hose vom Leib zog, ihn abtrocknete, anzog und nach Hause brachte“ (Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 162).

In Wien sind Autisten in Integrationsklassen untergebracht, die Erfahrungen damit zeigen großteils positive Ergebnisse. Manche können jedoch nur in Kleinklassen gefördert werden.

- Pubertät

Das Jugendalter offenbart für viele Menschen eine Problemzeit (vgl. Preißmann, 2009, S. 66). Vor allem für Jugendliche mit Asperger-Syndrom birgt die Pubertät viele Herausforderungen und Schwierigkeiten. In diesem Lebensabschnitt nehmen sie ihre Andersartigkeit erst bewusst wahr (vgl. Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 104). Mit zunehmendem Alter taucht vielfach der Drang nach bestimmten sozialen Beziehungen auf. Allerdings wird das in diesem Lebensabschnitt komplizierter, da sich Beziehungen und Freundschaften meistens durch Handlungen und Gespräche, in denen Gefühle ausgetauscht werden, entwickeln. Bei Menschen mit Asperger-Syndrom dominieren Einsamkeit und soziale Isolation (vgl. Preißmann, 2009, S. 66). Aufgrunddessen leiden viele Asperger-Autisten in dieser Phase unter zwanghaftem Verhalten oder depressiven Verstimmungen. Außerdem treten bei manchen Suizidgedanken auf, falls sie sich in einer akuten Krise befinden (vgl. Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 104).

„Der 16-jährige Marius schaffte auf einer Schule für Erziehungshilfe seinen Realabschluss, war aber bezüglich seiner weiteren beruflichen Entwicklung orientierungslos. Nach einer Maßnahme zur Berufsfindung, war die Aufnahme in einem Berufsbildungswerk und entsprechende Maßnahmen der beruflichen Ausbildung (im Bereich Bürokaumann) geplant. Marius hatte schon seit ca. seinem 13. Lebensjahr immer wieder depressive Phasen durchgemacht, in denen er auch suizidale Gedanken geäußert hatte. Im Laufe der letzten Jahre verschlimmerten sich diese depressiven Zustände schleichend, Marius zog sich immer häufiger zurück, wirkte in sich gekehrt und verträumt. Er verbrachte viel Zeit damit, sich mit seiner Störung, seiner Andersartigkeit auseinander zu setzen und war schließlich von dem Gedanken, dass er seiner Familie eine Last sei, nicht mehr abzubringen. Kurz vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme warf er sich auf dem Nachauseweg, nachdem er sich zuvor völlig unauffällig von seiner Schulklasse verabschiedet hatte, vor einen Zug und verstarb. Seiner Familie hinterließ er einen Abschiedsbrief, in dem er ihnen seinen Entschluss darlegte und sich verabschiedete“ (Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 104).

- Erwachsenenalter

Menschen mit Asperger-Syndrom fällt es schwer Unterhaltungen mit Witz und Ironie zu folgen. Auf Fragen wie *Wie war dein Wochenende?* wissen Asperger-Autisten z. B. keine passende Antworten (vgl. Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 104). Im Erwachsenenalter fühlen sich autistische Menschen oft einsam und isoliert, ähnlich wie in der Adoleszenz. Der Wunsch, Freundschaften und Beziehungen zu schließen, besteht weiterhin. Die Unterschiede zu anderen Menschen werden in diesem Lebensabschnitt besonders wahrgenommen. Sie erkennen, dass ihre Wünsche und Sehnsüchte, durch ihre Beeinträchtigung eingeschränkt sind. Durch diese Erkenntnisse fallen viele Betroffene in eine Krise (vgl. Preißmann, 2009, S. 71).

„Manchmal denke ich mir, ich könnte eine gute Freundin in meinem Alter brauchen, aber ich weiß eben nicht, wie, wo und nach welchen Kriterien ich sie aussuchen sollte. Oft hätte ich so gern eine Freundin, mit der ich verschiedene Dinge besprechen könnte. Ich weiß natürlich, dass ich keine solche Freundschaft haben kann und haben möchte, wie manche andere Leute sie pflegen, dass man sich dauernd trifft und an jedem Wochenende zusammen etwas unternimmt. Das wäre mir viel zu viel, das ist mir klar. Aber ich weiß auch, dass ich zwar oft, aber eben doch nicht immer so ganz allein sein möchte...“
(Preißmann, 2009, S. 71).

Erwachsene mit AS gelten daher oft als „Sonderlinge“.

- Familie und kritische Lebensereignisse

Der Begriff Familie wird laut der Statistik Austria wie folgt definiert

„Nach dem Kernfamilien-Konzept der Vereinten Nationen bilden Ehepaare und Lebensgemeinschaften mit oder ohne Kinder bzw. Elternteile mit Kindern (Ein-Eltern-Familien) eine Familie. Kinder sind alle mit ihren beiden Eltern oder einem Elternteil im selben Haushalt lebenden leiblichen, Stief- und Adoptivkinder, die ohne eigene Partner im Haushalt leben und selbst noch keine Kinder haben – ohne Rücksicht auf ihr Alter. Söhne und Töchter, die bereits aus dem Elternhaus ausgezogen sind, können hier nicht berücksichtigt werden“
(http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/bevoelkerung/haushalte_familien_lebensformen/055859, 01.08.2011).

Laut Kuhlenkampff (1989) entwickeln sich durch Behinderungen, die entweder die geistigen oder die psychischen Prozesse eines Menschen beeinträchtigen und somit das Leben einschränken, immense Schwierigkeiten für den Betroffenen, seine Familie und die Gesellschaft (vgl. Friedemann, Köhlen, 2003, S. 150). Betroffene und deren Familien „funktionieren“ in Krisenzeiten nicht mehr wie gewohnt. Pittman (1987) unterteilt Krisen in vier Bereiche: „*Schicksalsschläge, Entwicklungskrisen, familienstrukturelle Krisen und Pflegekrisen*“ (Friedemann, Köhlen, 2003, S. 189). Krisen können in der und durch die Familie und durch das Umfeld verursacht werden. Gerald Caplan (1964) thematisiert, dass eine Krise erst beginnt, wenn keine normalen Fähigkeiten zur Problembewältigung greifbar sind und entsprechende Ressourcen fehlen. Familienmitglieder empfinden während der Krise Isolierung und Bedrohung. Betroffene Personen benötigen in dieser Zeit Verständnis und teilweise professionelle Hilfe. Eine Krise wird überwunden, wenn alle Angehörigen die neue Herausforderung akzeptieren und dafür Lösungsstrategien finden (vgl. Friedemann, Köhlen, 2003, S. 189ff). Schneewind (1999) erläutert das „Stufenmodell des familiären Stress-Coping-Prozess“ nach Burr und Klein (1994). Burr und Klein gliedern familiäre Belastung in drei Stufen (vgl. Eckert, 2002, S. 31). Das erste Niveau sind „*familienübliche Stressoren*“ (Eckert, 2002, S. 31), z. B. Schulprobleme. Anhand korrekter Stressbewältigung werden diese Stressoren bezwungen. Die nächste Stufe betrifft „*krisenhafte Übergänge im Familienzyklus*“ (Eckert, 2002, S. 31). Es wird beispielsweise ein Kind unter belastenden Umständen geboren. Dadurch kommt es zu einer „*strukturverändernden Form der Krisenbewältigung*“ (Eckert, 2002, S. 31), welche sich meistern lässt. Die dritte Stufe beinhaltet „*kritische Lebensereignisse*“ (Eckert, 2002, S.31). Als Beispiel wäre eine Geburt eines behinderten Kindes zu nennen. Solch ein Ereignis erfordert bei der Bewältigung einen Wandel der bestehenden Familienstrukturen (vgl. Eckert, 2002, S. 31). Die Hauptaufgabe der Krisenintervention ist es, den Betroffenen so lange zu unterstützen, bis er seine eigenen Bewältigungsmöglichkeiten wieder aufgebaut hat (vgl. Juan et al., 2004, S. 11).

3.2.3 Krisenintervention

Wie im Punkt 2.5.2 bereits angeführt, verfügen Asperger-Autisten über gute verbale Fähigkeiten, sind jedoch aufgrund ihrer verminderten Theory of Mind nicht in der Lage, Hilfe und Unterstützung anzufordern, wenn sie sich in einem krisenhaften Zustand befinden. Falls die Krise einen massiven Einfluss auf den Alltag genommen

hat und sie für den Betroffenen und dessen Angehörigen eine Belastung darstellt und somit Selbst- und Fremdgefährdung besteht, muss eine Krisenintervention stattfinden. Interventionen sollen bewusst, zügig und gezielt erfolgen. Beim Asperger-Syndrom wären dies medikamentöse, umgebungs- und familienbezogene Maßnahmen, gegebenenfalls die stationäre Aufnahme (vgl. Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 163). Krisen entstehen nicht grundlos. Warum es zu einer Krise kommt, muss der Betroffene selbst herausfinden. Eine professionelle Unterstützung kann helfen, den Anlass zu eruieren. Professionelle Unterstützer begleiten und sollen über Toleranz, Verständnis und Hilfsbereitschaft sowie fachliches Können verfügen (vgl. Hölling, 2010, S. 156f). Krisenintervention sagt aus, *„sich mit der anderen Person gemeinsam auf ihren eigenen Weg zu machen, sie in ihrer Suche nach einem Ausweg aus ihrer Krise zu begleiten“* (Hölling, 2010, S. 157). Ein Vertrauensverhältnis zur professionellen Unterstützung erleichtert die Akzeptanz der Krise/n (vgl. Hölling, 2010, S. 157).

„Der damals 15-jährige Torsten entwickelte eine derart massive Zwangssymptomatik, dass er für drei Monate stationär aufgenommen werden musste: Er litt seit einem guten halben Jahr zunehmend vor allem bei den Hausaufgaben unter massiv zwanghaften und ritualisierten Verhaltensweisen. So verbrachte er zuletzt über 8 h täglich mit der Anfertigung der Hausaufgaben. Das Hauptproblem hierbei war Torstens ausgeprägte Ordentlichkeit und Korrektheit bei der Lösung der Aufgaben. Zuletzt kam er immer später ins Bett, schlief nur noch 4-5 h pro Nacht und es kam auch zum Teil zu körperlichen Auseinandersetzungen mit seinen Eltern, die versuchten, ihn bei den Hausaufgaben zu unterbrechen. Interveniert wurde multimodal: gezielte Verhaltenspläne zur Strukturierung der Hausaufgaben und des gesamten Tagesablaufs sowie eine medikamentöse Behandlung mit Risperdal® (die auch nach der Entlassung fortgesetzt wurde), wodurch sich insgesamt Torstens innere Gespanntheit, seine aggressiven Durchbrüche und seine Schwächen in der Strukturfindung deutlich besserten“ (Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 163f).

3.2.4 Therapiemaßnahmen

Bei einer Therapie kommen neben medizinischen, vor allem Interventionen, welche aus pädagogischen und verhaltenstherapeutischen Richtungen stammen, vermehrt zum Einsatz. Diese Ansätze gehen immer mehr von der hirnorganischen Ursache der Störung aus (vgl. Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 172). Gegenwärtig

versprechen ganzheitliche Therapie- und Förderungsmaßnahmen, die sich auf die Gesamtentwicklung unter Berücksichtigung individueller Symptome und Eigenheiten richten und das Umfeld miteinbeziehen, bessere Erfolge als monokausale Interventionen (vgl. Remschmidt, 2000, S. 71ff).

- Medikamentöse Maßnahmen

Eine Akutsituation erfordert häufig eine Kombination aus psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlung. Für Autismus ist noch kein effektiv wirkendes Medikament verfügbar. Aus diesem Grund wird symptomorientiert therapiert. Bei depressiven Verstimmungen, bei Selbst- oder Fremdaggressionen oder bei hyperaktiven Verhalten werden vorwiegend „atypische“ Neuroleptika verabreicht, auf Benzodiazepine verzichtet man größtenteils. Laut Koniarczyk (2006) sind bei Verhaltensstörungen die medikamentösen Maßnahmen nicht sehr erfolgreich (vgl. Preißmann, 2009, S. 144f).

- Psychoedukative Maßnahmen

Die Information über das Asperger-Syndrom und die daraus resultierenden Beeinträchtigungen und Besonderheiten bei der Betreuung und Alltagsgestaltung stellt für alle Beteiligten (Betroffene selbst, Geschwister, Eltern, Onkel, Tante, Großeltern, Lehrer, Mitschüler, Kollegen und Vorgesetzte) eine enorme Erleichterung dar. Dies ist mehr als eine „reine Aufklärungsarbeit“, denn sie dient der Auseinandersetzung mit dem Störungsbild. Emotionen, Gedanken und Wunschvorstellungen seitens der Eltern und der Betroffenen tragen ihren Beitrag zur Akzeptanz der Beeinträchtigung bei. Ein Therapieziel wäre das Verständnis über die eigenen Besonderheiten, Fähigkeiten, Defizite, Möglichkeiten und Begrenzungen zu schaffen (vgl. Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 164).

Die Aufklärungsarbeit gegenüber Betroffenen ist altersgerecht und sorgfältig anzugehen. Menschen mit Asperger-Syndrom denken in Schwarz-weiß-Schablonen (vgl. Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 164) z. B. die Aussage *„belanglose Gespräche zu führen fällt dir vielleicht schwer“* (Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 164) könnte interpretiert werden als *„kannst du nicht, lass es!“* (Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 164). Die kognitive und emotionale Auseinandersetzung mit der Störung kann für viele Betroffene ein wichtiger Lernaspekt werden. Durch die Diagnosestellung erkennen Autisten, dass sie störungsbedingt, bestimmte Fertigkeiten nicht beherrschen. Manchmal führt dies allerdings dazu, dass sich

Menschen mit Asperger-Syndrom auf ihrer Störung „ausruhen“ (vgl. Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 164f).

- Konzepte für die Eltern

Eltern benötigen ebenso ein angemessenes Konzept, eine korrekte und verständliche Aufklärung über das Krankheitsbild, die Behandlungs- und Fördermöglichkeiten, wie auch über die Auswirkungen auf die Familie und die zukünftigen Aussichten. In den Therapiesitzungen und Förderungsmaßnahmen der Kinder sollten sie integriert werden. Das Begleiten und Miteinbeziehen der Eltern bedeutet bei der Auseinandersetzung mit der Krankheit der Kinder einen wichtigen Aspekt, da Eltern möglicherweise Schuldgefühle, Ängste, Hoffnungslosigkeit und im schlimmsten Fall ein depressives Syndrom entwickeln können. Vor allem Mütter von autistischen Kindern tendieren dazu, dass sie dem betroffenen Kind viel mehr Zeit und Zuwendung schenken, als den anderen „normalen“ Kindern und sich selbst. Genauso sind Eltern bei der Erziehungsgestaltung des Kindes auf Beratung und Unterstützung angewiesen (vgl. Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 165f). Laut Wendeler (1984) hat die Mehrheit der autistischen Menschen eine „enge, intensive wechselseitige Beziehung“ (Preißmann, 2009, S. 146) zu den Eltern. Diese wird mit steigendem Alter noch stärker. Deshalb wäre es bedeutsam, Eltern in die Therapie zu integrieren (vgl. Preißmann, 2009, S. 146).

- Psychotherapie

Die erste Begegnung zwischen Patient und Psychotherapeut prägt den Verlauf der weiteren Therapie. Der professionelle Therapeut bringt dem Patienten respektvolles und akzeptables Verhalten entgegen. Das wichtigste Therapieziel der psychotherapeutischen Behandlung bei einem Autisten wäre, eine Beziehung in einer für ihn bekannten, geschützten und übersichtlichen Situation aufzubauen und ihm den Umgang mit Menschen zu lehren. Für eine effektive therapeutische Förderung nimmt das Vertrauen des Betroffenen und des Therapeuten in die Behandlung einen dominanten Platz ein (vgl. Preißmann, 2009, S.29f). Die Einzeltherapiesituation verhilft den Autisten bestimmte Fähigkeiten für ein Leben der Gesellschaft zu erlernen. Weiters werden in den Sitzungen die emotionalen Schwierigkeiten, die Komorbiditäten und die „Förderung der Identitätsfindung“ (Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 172) besprochen bzw. erarbeitet. In Krisensituationen ändern sich zuvor besprochene Rahmenbedingungen, z. B. vier

statt einer Sitzung pro Woche, dafür kürzere Dauer. Während akuter Krisen verursachen längere Therapiesitzungen oft Überforderung. Kriseninterventionen finden im „*Hier und Jetzt des Patienten*“ (Preißmann, 2009, S. 145) statt. Das primäre Ziel der Psychotherapie ist das Finden von passenden Lösungsstrategien, um z. B. eine Krise in den Griff zu bekommen. Anfangs müssen die vorherrschenden Probleme bearbeitet werden. Sicherheit, Stabilität, Ruhe oder Entlastung wirken produktiv in der Krisenzeit (vgl. Preißmann, 2009, S. 145f).

- Allgemeine Interventionsstrategien

Zu den allgemeinen Interventionsstrategien gehören „*Erziehung, Lern- und Unterrichtsmethoden, sonstige verhaltenstherapeutische und körpertherapeutische Interventionen, Strategien der Emotionsregulation, Training der sozialen und kommunikativen Kompetenzen*“ (Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 173). Auf diese wird in dieser Diplomarbeit nicht näher eingegangen.

- Stationäre Aufnahme

Wie zuvor angemerkt, ist in manchen Fällen eine Klinikeinweisung notwendig. Vor allem bei selbstverletzenden oder sehr aggressiven Handlungen kann bei Jugendlichen und Erwachsenen eine Zwangseinweisung erfolgen. In bestimmten Fällen kann eine stationäre Aufnahme kontraproduktive Auswirkungen hervorrufen. Die Betroffenen werden oft aufgrund mangelnden Wissens seitens der behandelnden Ärzte, noch immer mit Medikamenten ruhiggestellt. Dies kann in einer Akutsituation vorübergehend notwendig sein. Für Mitarbeiter des Gesundheitswesens (z. B. in der Psychiatrie/heilpädagogische Abteilung) wäre ein Grundwissen über autistische Besonderheiten notwendig, um korrekt auf die besonderen Bedürfnisse zu reagieren. Eine Zusammenarbeit mit eventuellen Therapeuten oder den Bezugspersonen ist vorteilhaft, um Informationen über den Umgang mit dem Betroffenen zu bekommen (vgl. Preißmann, 2009, S. 144). Weitere Aspekte werden im Kapitel 3.6 erwähnt.

3.2.5 Beratung

„Mit Beratung in welcher Form auch immer, wird versucht, dem Ratsuchenden eine Änderung seiner Einstellung und seines Verhaltens zu ermöglichen, um ihn dadurch in die Lage zu versetzen, seine Probleme besser zu lösen“ (<http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Campus-fuer-Alten-und-Krankenpflege/download/inhalt/Verschiedenes/Beratung.pdf>, 02.01.2012).

Ein Ziel der Beratung wäre z. B. eine bessere Lebensqualität zu erreichen. Doch die Ziele sind von Person zu Person individuell und variieren nach den Anliegen der Klienten. Entwicklungsprozesse spielen im Laufe der Beratung eine entscheidende Rolle. Im Beratungsgespräch spricht der Berater die spezifischen Probleme an. Bestmöglich ist am Ende der Beratung die Lösung des Problems näher gerückt. Der Klient bekommt ebenso Unterstützung in der Krisenzeit. Durch diesen Beratungsvorgang können Krisen und innere Konflikte oft leichter bewältigt werden (vgl. Koch-Straube, 2008, S.66).

„Professionelle Beratung setzt ein oder ist erforderlich, wenn die individuelle Kompetenz oder das informelle Hilfsnetz für die Lösung oder die Bewältigung einer krisenhaften Situation nicht mehr ausreicht oder überfordert ist“ (Koch-Straube, 2008, S.66).

An dieser Stelle sollen exemplarisch pflegerelevante Aspekte angeführt werden.

Pflegende stehen mit dem Gepflegten in engem Kontakt. Der Kontakt entsteht häufig in einer Phase der akuten Erkrankung oder der chronischen Belastung, in der Angst und Stress existieren. Meist entwickeln sich Belastungen in Problem- und Krisensituationen. Pflegende haben den Auftrag beratend tätig zu sein - denn die Beratung ist ein bedeutender Teil der professionellen Pflege (vgl. Koch-Straube, 2008, S. 77f).

Es existieren fünf Beratungsgrundsätze in der Pflege:

- a.) *Ressourcenorientierung* = Patienten, die ein erhöhtes Selbstpfledefizit haben, besitzen trotzdem noch ein Restpotential an Ressourcen, die sie benützen können,
- b.) *Lösungsorientierung* = das gemeinsame Suchen und Finden einer Lösung ist bei dieser Orientierung besonders wichtig,
- c.) *Präventionsorientierung* = pathogene Faktoren werden präventiv beeinflusst,
- d.) *Gesundheitsförderungsorientierung* = Faktoren, welche die Gesundheit fördern und stärken hält man bei und
- e.) *Interaktionsorientierung* = zwischenmenschliche Beziehungen beruhen auf Akzeptanz, Empathie und Wertschätzung (vgl. Engel, 2006, S. 34).

Der Pflege-Beratungsprozess setzt sich aus acht Teilbereichen zusammen, diese wären

- „1. *Beratungsbedarf erheben,*
2. *Beratungsproblem beschreiben,*
3. *problemrelevante Ressourcen erheben,*
4. *Beratungsziele formulieren,*
5. *Problemlösungsmöglichkeiten erarbeiten,*
6. *Problemlösung festlegen,*
7. *Problemlösung umsetzen und*
8. *Problemlösungsplan“* (Engel, 2006, S. 50).

Der Beratungsbedarf ergibt sich aus dem Problem bzw. aus der Krise des Patienten, welcher von der Pflegeperson während des Pflegeprozesses wahrgenommen wird. In der ersten Phase des Beratungsprozesses erfolgt laut Mutzeck (2002) die Besprechung über Ort, Zeitraum und Beratungsinhalte und –ziele. In der zweiten Stufe artikuliert der Patient das Problem, welches durch Pflegepersonen bewältigt werden kann. Verschiedene Schwierigkeiten des Patienten, wie aktuelle und potenzielle Probleme sowie allgemeine Gesundheitsprobleme werden manchmal umschrieben oder nur angedeutet. Die dritte Phase beschäftigt sich mit den problemrelevanten Ressourcen. Ressourcen sind Fähigkeiten zur Bewältigung von Schwierigkeiten bzw. Krisen. Die vierte Stufe geht auf die Entwicklung und Formulierung von realisierbaren und kontrollierbaren Zielen ein (kurz-, mittel- und langfristige Ziele). Pflegeperson und Patient erarbeiten nach der Zielformulierung gemeinsam Maßnahmen zur Problembewältigung. Dies ist die Kernphase des Beratungsprozesses, denn sie legen zusammen unterschiedliche Lösungsansätze fest. Aus denen wählt der Patient seine Lösungsmaßnahme aus. In der siebten Stufe erfolgt die Umsetzung. Dabei erhält er von der Pflegeperson positives Feedback, sie unterstützt ihn bei der Bewältigung. Die letzte Phase ist die Evaluierung der Ziele, diese informiert über Erfolg bzw. Misserfolg (vgl. Engel, 2006, S. 50ff).

Die Beratung in der Pflege ist ein bedeutungsvoller Prozess zwischen Pflegeperson und Klient, welcher in der Pflege einen hohen Stellenwert erlangt hat (vgl. Engel, 2006, S. 200).

- Beratung und Intervention bei Autismus-Spektrum-Störungen seitens der NP

Unter Advanced Nursing Practice (ANP) „wird die Praxis von universitär ausgebildeten und praxiserfahrenen Pflegenden umschrieben, die über ein spezialisiertes Fachwissen verfügen, sowohl auf Master- wie auch auf Doktorebene“ (<http://nursing.unibas.ch/klinische-praxis/advanced-nursing-practice/>, 03.08.2011). Advanced Practice Nurses sind Professionisten in einem spezifischen Gebiet der Pflege. Sie verfügen über ein breit gefächertes Expertenwissen. Weiters haben APN die Eignung, fachlich zu beraten und spezielle Gespräche mit Einzelpersonen, Familien oder Gruppen durchzuführen. Desgleichen arbeiten sie ständig im interdisziplinären Team (vgl. <http://nursing.unibas.ch/klinische-praxis/advanced-nursing-practice/>, 03.08.2011). APN's gliedern sich z. B. in „Nurse Anesthetists, Nurse Practitioners, Nurse Midwives, or Clinical Nurse Specialists“ (<http://www.onlinenursingdegrees.org/types/advanced.htm>, 03.08.2011). Advanced

Practice Nurses (APN) und Krankenschwestern, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie tätig sind, müssen Kindern mit PDD auf korrekte Art und Weise entgegentreten, damit sie sich vor allem während des Aufenthaltes wohlfühlen. Aufgrund dessen erwarten Betroffene und deren Angehörige sich von ihnen fundiertes Fachwissen und Beratungskompetenz. Eine Voraussetzung für eine positive Behandlung ist eine effektive Zusammenarbeit zwischen APN, Eltern und Patient. Advances Practice Nurses führen Familienassessment durch, betreuen, beraten, unterstützen und leiten z. B. Personen mit autistischen Wahrnehmungen und deren Familienmitglieder bei den Coping-Strategien und Interventionsmaßnahmen an (vgl. Koenig, Scahill, 2001, 165f).

„A nurse practitioner (NP) is a registered nurse (RN) who has completed advanced education (a minimum of a master’s degree) and training in the diagnosis and management of common medical conditions, including chronic illnesses“ (<http://www.womenshealthchannel.com/nursepractitioner.shtml>, 03.08.2011).

Pädiater, Jugendpsychiater und entsprechend ausgebildete NP’s in der Behindertenarbeit sind Professionisten, wenn es um Entwicklungsstörungen im Kindes- und Jugendalter geht. Sie haben das nötige Wissen autistischen Kindern und deren Eltern geeignete Coping-Strategien näher zu bringen, um Belastungen, welche durch die Diagnose ASS entstehen können, zu vermeiden bzw. ihnen entgegenzuwirken. Dabei spielt das positive Feedback und die Anerkennung des Mehraufwandes bei der Betreuung und Erziehung des Kindes eine beträchtliche Rolle (vgl. Tway, Connolly, Novak, 2007, S. 258f).

Die Rolle einer solchen fachlich spezialisierten NP bezogen auf das Asperger-Syndrom beinhaltet z. B. Hilfestellung bei einer möglichst frühzeitigen Diagnose, das Versorgen mit „vorausschauender“ Beratung, die Vorbereitung auf medizinische Verfahren, die Kontinuität der Pflege und die familiäre bzw. elterliche Beratung (vgl. Schnur, 2005, S. 306). Laut der American Academy of Pediatrics, Committee on Children with Disabilities (2001) zählen zu den wichtigsten Aufgaben der NP die frühe Diagnose und die daraus folgenden zeitlichen Interventionen. Deshalb benötigt die NP, wie auch die ANP, ein breit gefächertes Hintergrundwissen über Behinderungen, Beeinträchtigungen und damit in Verbindung stehenden Bedürfnisse (vgl. Schnur, 2005, S. 306f). Sie informieren Eltern bei Gesundheitsfragen mit Ratschlägen und reliablen, evidenzbasierten Informationen,

um korrekte Entscheidungen treffen zu können (vgl. Tway, Connolly, Novak, 2007, S. 258f).

- Krisenintervention in der Online-Beratung

Das Internet stellt für viele autistische Menschen eine enorme Hilfe dar, denn so können Kontakte, welche „persönlich“ niemals genützt werden würden, entstehen. Die Online-Recherche hilft beispielsweise bei der Suche von Spezialisten oder bei einer Krisenintervention (vgl. Preißmann, 2009, S. 150f).

Im Jahr 2001 entwickelten der Berliner Verein „Beratung und Lebenshilfe“ und die Internetplattform „Beranet“ eine Website für Online-Beratung. Erstmals wurde es möglich, sich virtuell, per Mail oder per Chat helfen bzw. beraten lassen zu können (vgl. Klampfer, 2010, S. 320). Laut Klampfer bietet die Online-Beratung folgende Vorteile: *„Absolute Anonymität, Schutzraum, vereinfachtes Benennen von schambesetzten Themen, keine lokale Beschränkung, keine Zeitbeschränkung, die an Beratungsstellen gebunden ist“* (Klampfer, 2010, S. 320). Diese Beratungsform wird von Jahr zu Jahr beliebter und ist bei der Krisenintervention nicht mehr wegzudenken. Die E-Mail-Beratung lässt dem Berater Zeit sich mit der Materie des Ratsuchenden zu befassen, eine sofortige Reaktion ist nicht immer notwendig. In der Chat-Beratung hingegen muss oft schnell gehandelt werden (vgl. Klampfer, 2010, S. 320f). Personen, welche diese Form der Online-Beratung nutzen, befinden sich meist in einer Krise (vgl. Klampfer, 2010, S. 329). Besonders bei Menschen mit autistischen Wahrnehmungen, die in der Lage sind sich schriftlich mitzuteilen, kann eine Interaktion in der gewohnten Umgebung mit Außenstehenden (in der Regel Professionisten mit Beratungskompetenz) helfen sich zu artikulieren, mögliche Probleme zu thematisieren und/oder mögliche Interventionsvorschläge zu erhalten. Aus diesem Grund wäre meiner Ansicht nach die Online-Beratung bei Autisten gut anzuwenden, um sie aus der akuten Belastung zu befreien und ihnen keinen unnötigen Stress aufzubürden.

Krisen schwächen und belasten autistische Personen, doch durch jede überwundene Krise können die Stärken eines Menschen anwachsen. Dadurch entstehen wertvolle Ressourcen, die ohne eine Krisensituation wahrscheinlich nicht zum Vorschein gekommen wären. Ebenso wird das Selbstbewusstsein der Betroffenen verbessert und weitere Krisen können durch vorige Erfolge leichter bewältigt werden (vgl. Preißmann, 2009, S. 146).

3.3 Alltagsbewältigung

Für die Definitionen Alltag und Lebenswelt existieren viele Begriffsbedeutungen. Der Soziologe Alfred Schütz vereint die beiden Wörter zur „alltäglichen Lebenswelt“. Er versteht unter Alltag den Bereich, der einem Individuum die direkte Wirklichkeit zeigt. Die Lebenswelt präsentiert uns somit die Wirklichkeit der jeweiligen Person. Während Krisen, Schwierigkeiten oder abnormen Belastungen müssen alltagstaugliche und in die Lebenswelt angepasste Bewältigungs- und Lösungsstrategien gefunden werden. Die Beratung spielt bei der Bewältigung von Schwierigkeiten eine gravierende Rolle (vgl. Engel, Nestmann, Sickendiek, 2008, S. 95f). Unter Punkt 3. wurde bereits erörtert, wie wichtig Beratung in Krisenzeiten sein kann.

Laut Ozonoff und Jensen (1999) definieren exekutive Funktionen unterschiedliche Vorgänge, die mit Planungsprozessen, weit blickendem Denken, sowie problemorientierten, zielgerechtes Handeln zusammenhängen. Genau diese Planungsprozesse verhelfen zielgerecht zu handeln und Alltagsprobleme nutzbringend zu lösen. Ansonsten zählen die Kontrolle über die Aufmerksamkeit, die motorischen Funktionen, der Widerstand gegen Störungen und die Flexibilität im Denken zu den exekutiven Funktionen (vgl. Preißmann, 2009, S. 17ff).

Vor allem in diesen Komplexen zeigen autistische Menschen Mängel. Aufgrund dessen sind sie in ihrem Alltag enorm eingeschränkt. Neue Situationen können nur sehr schwer akzeptiert werden bzw. kurzfristige Änderungen im Tagesablauf stellen eine Belastung bzw. Herausforderung für die Betroffenen dar - zum Beispiel eine unerwartete Mahlzeit. Laut Frith (1989) ist bei autistischen Menschen die zentrale Kohärenz nur mangelhaft ausgeprägt. Deswegen werden weniger die Zusammenhänge von Gegenständen und Objekten ernst genommen, sondern ihre Wahrnehmung richtet sich auf einzelne oder isolierte Details. Frith vertritt die Meinung, dass Alltagsveränderungen den Betroffenen massive Schwierigkeiten bereiten und sie sich erst wieder einen Überblick über das komplexe Ganze verschaffen müssen. Weiters erläutert Frith, dass autistische Personen oft nur mäßig in der Lage sind, Zusammenhänge und Beziehungen zu verstehen. Die Betroffenen erreichen ihr gewünschtes Ergebnis nur, wenn sie langwierige rationale Überlegungen anstellen. Berechenbare Dinge, wie den Alltag in allen Einzelheiten zu organisieren, sind für autistische Menschen kein Problem, unkontrollierbare Aspekte, wie beispielsweise das Verhalten von Menschen, lösen bei ihnen Unsicherheit, Angst, und Gleichgültigkeit aus (vgl. Preißmann, 2010, 17ff).

Laut Bauernfeind (2005) besteht eine deutliche Diskrepanz zwischen den kognitiven Begabungen und den tatsächlichen Handlungskompetenzen. Trotz ihrer normalen intellektuellen Fähigkeiten sind viele der Betroffenen mit ihrem Alltag überfordert (bei der Bewältigung von Alltagsaufgaben, wie Kochen, Putzen, Erledigung finanzieller Angelegenheiten, Einkäufe erledigen, etc.) und bei der Thematik „Wohnen“. Viele behinderte und beeinträchtigte Personen sind auf die Hilfe anderer Menschen häufig lebenslang angewiesen. Dies bezieht sich auf Unterstützung, welche notwendig ist, um den Alltag zu bewältigen. Asperger-Autisten benötigen spezifische Hilfe bei fehlenden bzw. noch nicht vollständig entwickelten Fähigkeiten (vgl. Klauß, 2008, S. 53).

3.3.1 Wohnen

Durch die unterschiedlichen Ausprägungen des Asperger-Syndroms und individuelle Aspekte sind Aussagen über eine bestmögliche Unterbringung schwierig. Die meisten Asperger-Autisten sind für ein Wohnheim mit Intensivbetreuung zu selbstständig. Dies bedeutet aber nicht, dass sie keine Hilfe bei lebenspraktischen und alltäglichen Aufgaben bräuchten (vgl. Preißmann, 2009, S. 95). Eine Wohnform bestehend aus *„halbgeschützter, halboffener Art ohne völlige Selbstständigkeit, aber auch ohne völlige Kontrolle“* (Preißmann, 2009, S. 95) wäre eine Möglichkeit für ein bestimmtes Klientel.

Die Mehrheit der Erwachsenen mit Asperger-Syndrom lebt bei den Eltern oder in einem Wohnheim, eine geringe Anzahl in einer Form des „betreuten Wohnen“ (vgl. Klauß, 2008, S.34) bzw. alleine. Durch die Unterstützung der Eltern führen viele Asperger-Autisten ein „stabiles“ Leben (vgl. Preißmann, 2009, S. 95). Doch mit steigendem Alter der betreuenden Familienmitglieder gestaltet sich die Betreuung immer schwieriger. Wie schon im Kapitel 2 erwähnt, bevorzugen Autisten die Regelmäßigkeit bzw. Gewohnheit. Auf Störungen und Veränderungen im ritualisierten Alltag, z. B. ein Wohnungswechsel, reagieren sie meist mit Ängsten, Stress und Unsicherheit (vgl. Klauß, 2008, S. 67).

3.3.2 Tagesablauf

Die Gestaltung und Strukturierung des Tagesablaufs spielt bei Asperger-Autisten eine entscheidende Rolle. Zu beachten sind dabei immer die persönlichen Bevorzugungen und Abneigungen. Wochen- bzw. Tagespläne unterstützen Menschen mit Asperger-Syndrom um den Tag erfolgreich zu gestalten. Laut Poustka

et al. (2004) besteht die Wichtigkeit bei den Konzepten für eine ganzheitliche Pflege in der Steigerung der Lebensqualität der jeweiligen Person. (vgl. Preißmann, 2009, S. 96f).

Nach Preißmann (2007) ist die Unterstützung und Hilfe besonders bedeutend bei bestimmten Alltagsproblemen. Einige Autisten haben z. B. Probleme beim Umgang mit Geld, wiederum andere benötigen Beistand beim Einkaufen von Lebensmittel, beim Sauberhalten der Wohnung oder beim Kochen von Speisen. Eine detailgerechte Anweisung kann ihnen den Alltag vereinfachen. Dadurch können die Arbeitsschritte aufeinander abgestimmt werden. Weiters beanspruchen manche Menschen mit Asperger-Syndrom Unterstützung beim Aufsuchen von Ärzten und bei der Erhaltung ihrer Gesundheit. Falls eine Pflegebedürftigkeit eintritt, ist eine Pflege wichtig, welche auf die individuellen Bedürfnisse des Autisten korrekt und einfühlsam eingehen kann. Sie sollten möglichst lange im vertrauten Umfeld (Hauskrankenpflege) erfolgen. Häufig verlangt das Zwangverhalten der Asperger-Autisten, betreffend Nahrungsaufnahme, Körperpflege und Schlafrhythmus viel Geduld und Beistand von den Bezugs- bzw. Pflegepersonen (vgl. Preißmann, 2009, S. 97).

Bei Autisten kommt es häufig zu einer Überforderung. Manche Situationen, wie spezielle Bilder, Geräusche, Gerüche lösen bei ihnen sogenannte „Overloads“ aus. Es kommt zu einer Überladung von Sinneseindrücken. Diese Zustände schränken den Alltag extrem ein. Überforderungssituationen zeigen sich durch folgende Symptome (vgl. Preißmann, 2009, S. 139f):

- Kopfschmerzen,
- Übelkeit und Erbrechen,
- Schwindelattacken,
- Unruhezustände,
- Angstzustände,
- Kraftlosigkeit oder
- depressive Verstimmungen (vgl. Preißmann, 2009, S. 140).

3.3.3 Körperhygiene

Komorbide Erkrankungen oder Störungen, wie das zwanghafte Verhalten, schränken in der Regel den Alltag des Betroffenen noch mehr ein. Es kommt vor,

dass die persönliche Hygiene der autistischen Personen unter der Beeinträchtigung des Alltags leidet (vgl. Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 139).

„Bei einem 15-jährigen Stefan stellte die persönliche Hygiene ein massives Problem dar: Er war nicht bereit, sich täglich zu waschen. Nur wenn er zum Schach-Club ging duschte er sich einmal wöchentlich. Dieses Verhalten hatte er ritualisiert, wenn jedoch der Schachclub nicht stattfand, dann duschte er auch nicht. Ihm war auch nicht verständlich zu machen, dass andere Leute sich durch seinen Körpergeruch gestört fühlen könnten. Es war ihm egal, was andere Menschen über seine doch sehr <unkonventionelle> Kleidung denken, auch für die Kleidung hatte er ein festes Ritual, wann diese gewaschen werden durfte. Insgesamt führte dieses Verhalten dazu, dass er schon wegen seines Körpergeruchs bzw. Gestanks von anderen abgelehnt wurde“ (Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 139f).

Frauen mit Autismus haben während ihrer Monatsblutung manchmal ebenfalls Probleme mit der Körperhygiene, weil z. B. Schwierigkeiten bei der Handhabung von Tampons bestehen (vgl. Preißmann 2009, S. 86).

„Als ich in der Chirurgie arbeitete und auch ab und zu bei mehrstündigen Operationen assistieren musste, wurde dies dann schwierig für mich. Anfangs behalf ich mir mit Unmengen Toilettenpapier in der Unterhose, bis ich solche Probleme bekam, dass ich mich an Pro Familie wandte. Die Mitarbeiterin verstand mich zwar nicht wirklich, konnte mir aber doch helfen, und meine Lebensqualität während der paar Tage im Monat ist deutlich gestiegen, seit ich Tampons benütze“ (Preißmann, 2009, S. 87).

Für Asperger-Autisten ist das Trainieren von lebenspraktischen Fähigkeiten sehr wichtig und notwendig. Durch die verminderte Selbstständigkeit der Betroffenen bestehen Schwierigkeiten in den soeben genannten Bereichen. Die Probleme im Alltag können durch klare Verhaltensstrategien verbessert und eingeübt werden (vgl. Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 174).

3.3.4 Freizeit

Jeder Mensch braucht einen Ausgleich zum Beruf/zur Schule und zu übrigen Verpflichtungen um neue Kraft und Energie für den Alltag zu tanken. Auch Autisten benötigen Freizeit. Ihnen muss unter Umständen geholfen werden, die Freizeit zu

strukturieren und zu gestalten ebenso wie bei der Verwirklichung von Hobbys. Personen mit Autismus brauchen bei ihrer Freizeitgestaltung einerseits Entspannung und andererseits genügend Förderung, um ihre Interessen und Fähigkeiten zu erweitern. Autistische Menschen fühlen sich schnell unterfordert und gelangweilt. Die Natur und die Tierwelt werden als Freizeitinteresse von den Betroffenen oft bevorzugt. Für berufstätige Autisten ist das Alleinsein in der Freizeit von großer Bedeutung, damit sie einen Ausgleich zur Arbeit haben. Sport ist aufgrund ihrer motorischen Ungeschicktheit und ihren Kontaktschwierigkeiten häufig nicht die beliebteste Freizeitaktivität. Jedoch wäre Bewegung für autistischen Menschen wichtig, um die Gesundheit zu fördern. Musik und Kunst sind ebenfalls ein Interessensgebiet von Asperger-Autisten. Sie bieten ihnen oft den Ausgleich zum Alltag (vgl. Preißmann, 2009, S. 124ff).

„Manchmal denke ich, ich habe nicht genug Kraft für dieses Leben, und besonders in schwierigen Zeiten sehne ich mich sehr nach Ruhe und Einsamkeit um wieder neue Kraft sammeln zu können für den Alltag“
(Preißmann, 2009, S. 125).

- Betreute Freizeitaktivitäten

Bei betreuten Freizeitaktivitäten werden geplante und vorbereitete gemeinsame Aktivitäten unternommen. Autisten fahren dann z. B. gemeinsam in ein Museum oder bereiten zusammen Mahlzeiten zu. Zum einen wird durch diese Aktivitäten der gesellschaftliche Aspekt gefördert und zum anderen begünstigen sie das Anlernen von komplexeren, alltäglichen Tätigkeiten, um somit die Selbstständigkeit des Autisten zu verbessern (vgl. Preißmann, 2009, S. 126).

„Täglich ergeben sich im Alltag für Menschen mit Autismus viele große und oft für Außenstehende nicht nachvollziehbare Probleme, und die Betroffenen müssen deswegen erhebliche Anstrengungen unternehmen, die viel Kraft kosten. Manchmal stelle ich mir daher so etwas wie einen „Coach“ für mein Leben vor, jemanden, der mit in konkreten Situationen helfen könnte. Viele Dinge sind mir nicht klar, manche Situationen überfordern mich, und nicht selten habe ich das Gefühl, dass ich mit nur geringer Unterstützung in solchen Momenten deutlich besser zurechtkommen könnte“ (Preißmann, 2009, S. 126f).

Bei betreuten Aktivitäten sollte immer das Selbstbestimmungsrecht berücksichtigt werden.

3.3.5 Beruf

Viele autistische Menschen profitieren von Tätigkeiten, welche sich durch eine gewisse Routine aufzeichnen. Diese wären z. B. Berufe in der IT-Branche oder Forschungsarbeiten in Bibliotheken. Meist weniger geeignet sind alle Berufe, in denen intensive Kundenkontakte, Teamarbeit oder soziale Belange Priorität besitzen. Es existieren jedoch immer wieder Ausnahmen. Einige Menschen mit Asperger-Syndrom sind in sozialen Berufen erfolgreich. Im Rahmen der Berufswahl benötigen Autisten Hilfe und Unterstützung. Die ersten Hürden sind meist die persönlichen Vorstellungsgespräche. Auf diese Problematik wurde unter Punkt 2.7 kurz eingegangen. Asperger-Autisten verfügen über viele positive Eigenschaften, welche sie in der Berufswelt nutzen können, wie Pünktlich-, Sorgfältig- und Zuverlässigkeit oder ihr Drang nach Perfektionismus. Eine Schwäche von den meisten Betroffenen ist die Prioritätensetzung und die verminderte Stressresistenz. Durch die Arbeit können Krisensituationen entstehen und dadurch den Alltag extrem beeinträchtigen. Darum wäre es vorteilhaft Sonderregelungen für autistische Menschen zu finden. Einige Unternehmen haben „Job-Trainer“ angestellt. Diese begleiten und arbeiten Menschen mit besonderen Bedürfnissen in die Firma ein und stehen ihnen bei Schwierigkeiten zur Seite (vgl. Preißmann, 2009, S. 113ff).

Das Normalisierungsprinzip fordert behinderte Menschen als gleichwertige Bürger mit den gleichen Rechten und Pflichten anzusehen. Sie sollten nach Möglichkeit selbstbestimmend leben, wohnen und arbeiten können. Dies erfordert Unterstützungsmodelle, sowie Angebote der ambulanten und offenen Dienstleistungen. Ebenso die Vernetzung der Pflege, der Behindertenhilfe, der Gesundheitshilfe, der sozialen Altenhilfe mit den städtischen Angeboten (vgl. Cloerkes, 2007, S. 273).

3.4 Belastungen und Bewältigungsstrategien

Faltermeier et al. (2002), Hurrelmann und Ulrich (1991) verstehen unter den Konzepten Belastung und Bewältigung, *„psychisch belastende Momente im Lebenslauf Erwachsener“* (Faltermaier, 2004, S. 74), beispielsweise berufliche Belastungen oder soziale Belastungen. Können diese Belastungen bewältigt werden, ist dies eine Möglichkeit zur Weiterentwicklung. Kann die gegenwärtige Belastung jedoch nicht bewältigt werden, entsteht eine Krise oder ein gesundheitliches Problem (vgl. Faltermaier, 2004, S. 74).

Psychische Belastungen sind *„die Gesamtheit der von außen auf den Menschen psychisch einwirkenden Einflüsse“* (http://www.arbeitnehmerkammer.de/cms/upload/Politikthemen/Gesundheit/Gesund_bleiben_in_der_Pflege.pdf, 04.01.2012).

Lazarus und Folkman (1984) erläutern Bewältigung unter prozessorientierter Sicht wie folgt (vgl. Lazarus, 2005, S. 239):

„Wir definieren Bewältigung als fortwährend sich wandelnde kognitive und verhaltensbezogene Anstrengungen zur Handhabung bestimmter externer und/oder interner Anforderungen, die vom Betroffenen als seine Ressourcen belastend oder überlastend bewertet werden“ (Lazarus, 2005, S. 239f).

Welche Bewältigungsstrategie zum Einsatz kommt, hängt vor allem von der Person, vom persönlichen/subjektiven Wohlbefinden, vom Belastungsgrad oder von der Belastungsart ab (vgl. Lazarus, 2005, S. 240).

3.4.1 Belastungsarten

Reichert (1988) unterteilt die Belastungsarten in drei Hauptkategorien:

1. *Tiefgreifende Veränderungen*, wie Krieg, Naturkatastrophen und Vertreibung. Diese Belastungsart betrifft jeweils *eine Vielzahl von Menschen*. Diese Ereignisse sind nicht kontrollierbar und können kurz- oder langfristig andauern (vgl. Reichert, 1988, S. 74).

2. *Tiefgreifende Veränderungen, welche nur eine geringe Anzahl von Menschen bzw. einzelne Personen berühren*. Diese entstehen zum einen

unkontrolliert und beeinflussen (Tod, Behinderung, Krankheit) und zum anderen werden sie herbeigeführt (z. B. Scheidung). Diese Veränderungen teilt man in einmalige und chronische Ereignisse. Die einmaligen Ereignisse sind massiv und folgenreich. Zu den chronischen zählen Behinderung und Krankheit (vgl. Reicherts, 1988, S. 74), darunter fällt auch Autismus.

3. *Widrigkeiten des täglichen Lebens*. Laut Lazarus (1984) gehören zu diesem Bereich Alltagsbelastungen, wie Streitigkeiten mit Lebensgefährten oder Einsamkeit (vgl. Reicherts, 1988, S. 74f).

3.4.2 Belastungs- und Bewältigungsmodelle

Jeder Mensch ist während seines Lebens mit sogenannten Stressoren bzw. kritischen Lebensereignissen (life-events) konfrontiert. Zu den „life-events“ zählen beispielsweise Tod, Scheidung oder Krankheit. In welcher Art und Weise Stressoren eine Person belasten, ist unterschiedlich. Bestehen Möglichkeiten den Belastungen entgegenzutreten, können diese Ereignisse bestmöglich überstanden werden. Das sind die sogenannten Bewältigungsstrategien. Die Bewältigungsstrategien werden z. B. in „persönliche“ und „kollektive“ unterteilt. Persönliche Bewältigungsstrategien sind psychische Fähigkeiten, ein Problem zu besiegen. Kollektive Bewältigungsstrategien befähigen den Menschen dazu, soziale Hilfen in Anspruch zu nehmen. Dies funktioniert jedoch nur, wenn die betroffene Person sozial integriert ist. Die zwei Bewältigungsstrategien beeinflussen sich gegenseitig. Falls ein Mensch ein gutes soziales Netzwerk hat (Familie, Freunde), so hat er bessere Chancen ein Problem zu bewältigen. Durch die sozialen Kontakte hat er mehr Selbstvertrauen und Selbstsicherheit und kann auf Unterstützung und Hilfe zurückgreifen (vgl. Steinbach, 2007, S. 111f).

- Phasenmodell von Elisabeth Kübler-Ross

Im Gesundheitswesen ist das Modell von Kübler-Ross sehr weit verbreitet. Das Phasenmodell beschreibt die Auseinandersetzung mit schweren Belastungen, welche schrittweise erfolgt. Die Auseinandersetzung ist durch emotionale Anpassungsleistungen gekennzeichnet. Anfänglich wurde dieses Phasenmodell zur Darstellung des Sterbeverlaufs entwickelt. Dieses idealtypische Modell geht von vier Phasen der Anpassung an schwere Belastungen (vgl. George, George, 2003, S. 33f).

1.	Phase des Schocks bzw. der Überforderung
2.	Phase der Überkompensation und des Agierens
3.	Phase der Ermüdung, der Trauer und eigenen Schwäche
4.	Phase der Anpassung an die neue Realität

Tabelle 8: In: GEORGE, GEORGE, 2003, S. 33.

Diese vier Phasen müssen nicht unbedingt in dieser Reihenfolge verlaufen. Manchmal werden sie zeitversetzt durchlebt oder nur teilweise (vgl. George, George, 2003, S. 33).

- Trajekt-Modell

Das Trajektkonzept wird des Öfteren auch als (Krankheits-)Verlaufskurvenkonzept bezeichnet (vgl. Corbin, Hildenbrand, Schaeffer, 2009, S. 55). Das Trajekt-Modell ist ein Pflegemodell, welches die speziellen Situationen von chronisch kranken Menschen aufzeigt und berücksichtigt. Dabei handelt es sich um ein ganzheitliches Bezugspflegesystem. Die Bezugspflegekraft unterstützt den Patienten in der Förderung seiner Selbstständigkeit und begleitet ihn kontinuierlich pflegerisch. Das Corbin-Strauss-Modell hatte seinen Ursprung in den USA. Juliet Corbin (Krankenschwester und Pflegewissenschaftlerin) und Anselm Strauss (Soziologe) entwickelten dieses Modell. „Trajectory“ bezeichnet eine Flugbahn. Diese soll die verschiedenen Phasen und Stadien einer chronischen Krankheit verkörpern (vgl. https://moodle.fh-campuswien.ac.at/moodle/file.php/1509/Trajekt_Modell_Schwester_Pfleger.pdf, 06.09.2011). Laut Strauss (1993) basiert das Trajektkonzept auf zwei unterschiedlichen Perspektiven, einerseits auf „*die Entwicklung eines Phänomens über die Zeit*“ (Corbin, Hildenbrand, Schaeffer, 2009, S. 65) und andererseits „*auf die Handlungen und Interaktionen, die zu seiner Entwicklung beitragen*“ (Corbin, Hildenbrand, Schaeffer, 2009, S. 65). Chronische Krankheiten haben einen dauerhaften Charakter und einen langfristigen Verlauf. Weiters verlaufen sie nicht gleichförmig, sondern bestehen aus einer abwechselnden Phasenfolge, die sich von Krankheit zu Krankheit unterscheidet (vgl. Corbin, Hildenbrand, Schaeffer, 2009, S. 65).

Folgende Phasen können unterschieden werden:

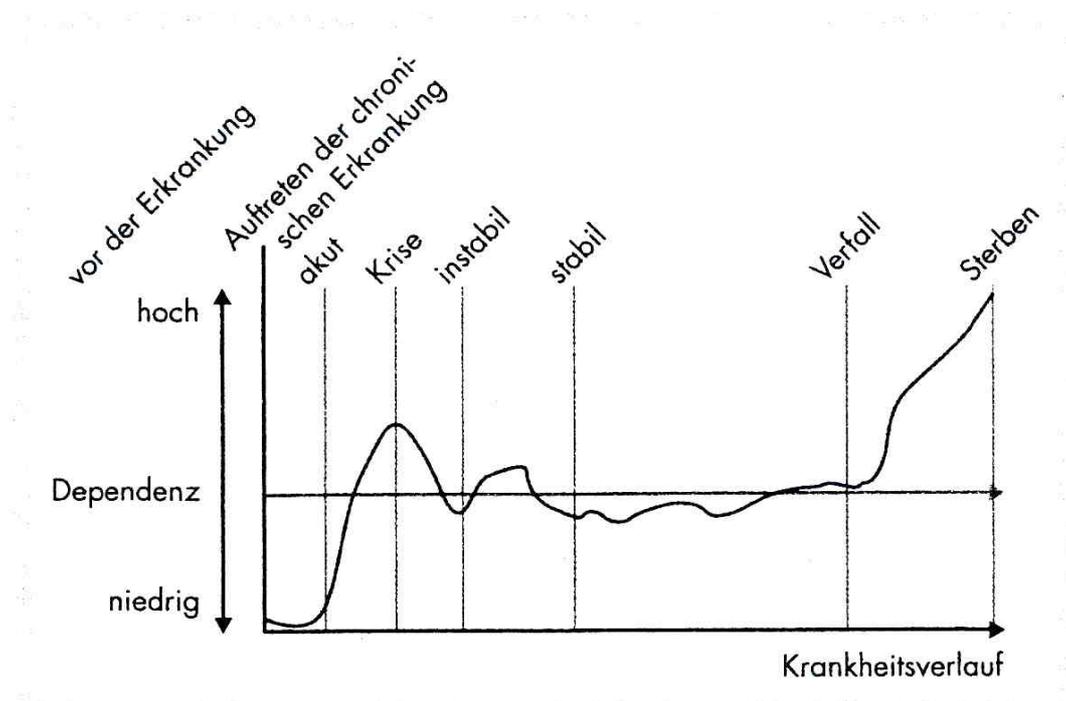


Abb. 4: https://moodle.fh-campuswien.ac.at/moodle/file.php/1509/Trajekt_Modell_Schwester_Pfleger.pdf, 06.09.2011.

Vortrajekt:

Anfangs zeigen sich während dieser Phase (vor der Diagnose) noch keine Krankheitssymptome. Nach einiger Zeit kommen dann die ersten Symptome zum Vorschein. Diese sind nicht definier- und zuordenbar. Aufgrund dessen werden sie akzeptiert und als normal angesehen. Bis sie schließlich so belastend sind, dass das Versorgungssystem kontaktiert wird (vgl. Corbin, Hildenbrand, Schaeffer, 2009, S. 65).

Trajektbeginn:

Die Verlaufskurve startet mit dem Kontaktieren des Versorgungssystems und der Diagnosestellung (vgl. Corbin, Hildenbrand, Schaeffer, 2009, S. 65).

Krise:

Die Diagnose geht öfters mit einer krankheitsbedingten Krise einher. Manchmal kann sie allein nicht mehr bewältigt werden, zur Krisenintervention benötigt der Betroffene dann beispielsweise Gesundheitsprofessionen (vgl. Corbin, Hildenbrand, Schaeffer, 2009, S. 65).

Akute Phase:

Während des Verlaufs von chronischen Krankheiten bilden sich immer wieder akute Phasen. Möglicherweise wenn neue Symptome zum Vorschein kommen. Manchmal ist dann eine Klinikeinweisung von Nöten (vgl. Corbin, Hildenbrand, Schaeffer, 2009, S. 65).

(Re-)Stabilisierung:

Gesundheitsprofessionen bieten Interventionsmaßnahmen für die Betroffenen an. Dadurch werden die Krankheitssymptome kontrolliert und das gesundheitliche Gleichgewicht wiederhergestellt. Die Gefühlswelt der Betroffenen ist noch labil (vgl. Corbin, Hildenbrand, Schaeffer, 2009, S. 65).

Stabile Phase:

Obwohl die chronische Krankheit weiter besteht, ist die Person in der Lage das Leben zu renormalisieren. Der Verlauf und die Symptome der Krankheit können unter Kontrolle gebracht werden (vgl. Corbin, Hildenbrand, Schaeffer, 2009, S. 65).

Instabile Phase:

Es entstehen erneut Krankheitssymptome. Der Krankheitsverlauf gerät wieder außer Kontrolle (vgl. Corbin, Hildenbrand, Schaeffer, 2009, S. 66).

Abwärtsentwicklung:

Der Krankheitsverlauf verschlechtert sich zunehmend. Die Verschlechterung zeigt sich z. B. rasant oder kontinuierlich (vgl. Corbin, Hildenbrand, Schaeffer, 2009, S. 66).

Sterben:

Dies sind die letzten Wochen, Tage, Stunden vor dem Tod (vgl. Corbin, Hildenbrand, Schaeffer, 2009, S. 66).

Diese neun Phasen laufen in einer gewissen sequenziellen Ordnung ab, dennoch nicht linear. Zwischen den Phasen herrscht eine besondere Verlaufs- und Eigendynamik, sie tauschen sich permanent aus. Dies sind die essentiellen Kennzeichen einer chronischen Krankheit. Die Verlaufs- und Eigendynamik sind von Vorteil, um die Krankheit zu bewältigen und interaktiv zu bearbeiten. Chronische Krankheiten haben psychische, soziale, biografische und ökonomische Auswirkungen auf den Betroffenen und dessen Familie/Umfeld. Einschränkungen

gibt es außerdem im Alltags-, Berufs- und Familienleben. Diese Veränderungen müssen ebenso bewältigt werden. Während jeder Phase einer chronischen Krankheit sollten Strategien und Anforderungen zur Krankheitsbewältigung existieren. Die positive Beeinflussung und Gestaltung des Krankheitsverlaufes ist von großer Bedeutung. Alle beteiligten Personen müssen ihr Handeln entsprechend koordinieren, um die (vgl. Corbin, Hildenbrand, Schaeffer, 2009, S. 66f) „*integrierten Handlungsstrategie*“ (Corbin, Hildenbrand, Schaeffer, 2009, S. 67) zu erreichen.

Laut Corbin und Strauss (2004) geht es bei der Bewältigung von chronischen Krankheiten um das Zusammenwirken der (vgl. Hildenbrand, 2009, S. 147) Hauptaspekte „*Krankheit, Alltag, Biografie*“ (Hildenbrand, 2009, S. 137). Die Krankheit spielt sich meist zu Hause ab und nicht im Krankenhaus. Die Krankheitsbewältigung findet in der Bedingungsmatrix statt (vgl. Hildenbrand, 2009, S. 137f). Die Bedingungsmatrix besteht aus verschiedenen Ebenen. Dazu zählen *die internationale Ebene* (z. B. globale Gesundheitsrichtlinien), *die nationale Ebene* (z. B. nationale Probleme), *die kommunale Ebene* (z. B. regionale Versorgungsstruktur), *die Ebene der Organisationen und Institutionen* (z. B. Struktur eines Krankenhauses), *die Ebene der spezifischen Organisationseinheiten* (z. B. der Krankenstandsrate einer Abteilung im Krankenhaus), *die Ebene der Bevölkerungsgruppen* (z. B. Teamdynamik einer Station), *die Ebene der Interaktion* (z. B. ablehnen eines Patienten) und *die Ebene der Handlungen* (z. B. strategische Routine). Corbin und Strauss sehen als primäres Ziel nicht die Bewältigung der Krankheit, sondern die Erhaltung der Lebensqualität. (vgl. Corbin, Hildenbrand, Schaeffer, 2009, S. 58f)

3.4.3 Maßnahmen zur Unterstützung der Angehörigen

Die Diagnose ein autistisches Kind zu haben, löst bei vielen Eltern einen Schockzustand aus. Mutlosigkeit, Verzweiflung und Angst werden anfangs bestehen. Eltern behinderter bzw. chronisch kranker Kinder benötigen Hilfe und Begleitung um diese Situation zu bewältigen. Laut Schirmer (2006) profitieren betroffene Familien von Selbsthilfeverbänden und Elternvereinigungen (vgl. Preißmann, 2009, S 148). Die Besonderheiten der familiären Lebensgestaltung bei einer Behinderung hängen von den jeweiligen Belastungs- und Bewältigungsprozessen (z. B. bestehende Ressourcen, individuelle, persönlichen und familiäre Bedürfnisse etc.) ab.

- Familientherapie

Durch die Geburt eines autistischen Kindes kommt es zwischen den Eltern häufig zu einem Distanzverhältnis, welches sich oft negativ auf das betroffene Kind und auf mögliche anderen Kinder auswirkt. Dieser Distanzierung kann durch die systematische Familientherapie entgegengewirkt werden. Durch diese Therapieform wird den Eltern ihr Distanzverhalten bewusst gemacht. Dabei lernen sie richtig auf das Kind einzugehen, es zu fördern und zu verstehen (vgl. Gundelfinger, 2009, S. 371). Daraus entwickelt sich ein „*unterstützendes Familien-Milieu*“ (Gundelfinger, 2009, S. 371).

- Geschwisterarbeit

Vorhandene Geschwister von autistischen Kindern bekommen von den Eltern häufig unbewusst nicht so viel Aufmerksamkeit. Dies kann einen Konflikt auslösen, denn von den *normalen* Geschwistern wird angenommen, dass sie sich selbstständig entwickeln und auch bei der Betreuung mithelfen. Kinder reagieren ganz individuell auf diese *belastende* Situation. Nicht nur die Eltern, sondern auch die Geschwister benötigen Hilfe bei der Verarbeitung dieser neuen Lebenssituation (vgl. Gundelfinger, 2009, S. 371).

3.5 Lebensqualität

Die WHO (1993) versteht unter Lebensqualität „*die Vorstellung eines Individuums von seiner Stellung im Leben in Zusammenhang mit der Kultur und dem Wertesystem, in dem es lebt, und in Beziehung zu seinen Zielen, Normen und Belangen*“ (Grant, Rivera, 2001, S. 31f). Aus dieser Begriffserklärung lassen sich sechs große Teilbereiche entnehmen: „*körperliche Gesundheit, seelischer Zustand, Unabhängigkeitsgrade, soziale Beziehungen, Umgebungsmerkmale und spirituelle Belange*“ (Grant, Rivera, 2001, S. 32).

Autistischen Menschen fallen bestimmte Handlungen und Tätigkeiten, wie das Essen und das Führen von Gesprächen mit anderen Personen oft schwer. Diese Selbstverständlichkeiten müssen sie sich häufig mühevoll aneignen (vgl. Preißmann, 2009, S. 53).

3.5.1 Lebensqualität und Pflege

Wenn Pflegepersonen Pflegeaktivitäten und –interventionen korrekt und individuell auf den Klienten anwenden, kann dessen Wohlbefinden gefördert werden. Weiters können sie durch die Gestaltung, durch die Überbringung von Informationen, die Involvierung von Familienmitgliedern, vorschlagen von Coping-Strategien oder durch persönliche und soziale Einflüsse die Lebensqualität des Betroffenen positiv bzw. negativ beeinflussen (vgl. Grant, Rivera, 2001, S. 35f).

- Lebensqualitätsmodell in der Pflege

Zhan entwarf 1992 ein Lebensqualitätsmodell. Er orientierte sich stellenweise an vorhandenen Arbeiten, beispielsweise von Ferrans, Padilla oder Campbell. Zhan verstand unter Lebensqualität *„eine mulitdimensionale Begrifflichkeit“* (Hazard Vallerand, Breckenridge, Hodgson, 2001, S. 85). Diese mulitdimensionale Begrifflichkeit lässt sich durch den objektiven bzw. subjektiven Ansatz nicht vollkommen messen. Für Zhan bestehen fünf Dimensionen für die Definition von Lebensqualität (vgl. Hazard Vallerand, Breckenridge, Hodgson, 2001, S. 85f): *„Lebenszufriedenheit, Selbstkonzept, Gesundheit und Funktionieren sowie sozioökonomischen Faktoren“* (Hazard Vallerand, Breckenridge, Hodgson, 2001, S. 86). Ebenso wird das Lebensqualitätsmodell von Zhan auch durch *„den Hintergrund, die Gesundheit und soziale Situation, Kultur und Umgebung“* (Hazard Vallerand, Breckenridge, Hodgson, 2001, S. 86), wie auch durch das Alter der betroffenen Person beeinflusst.

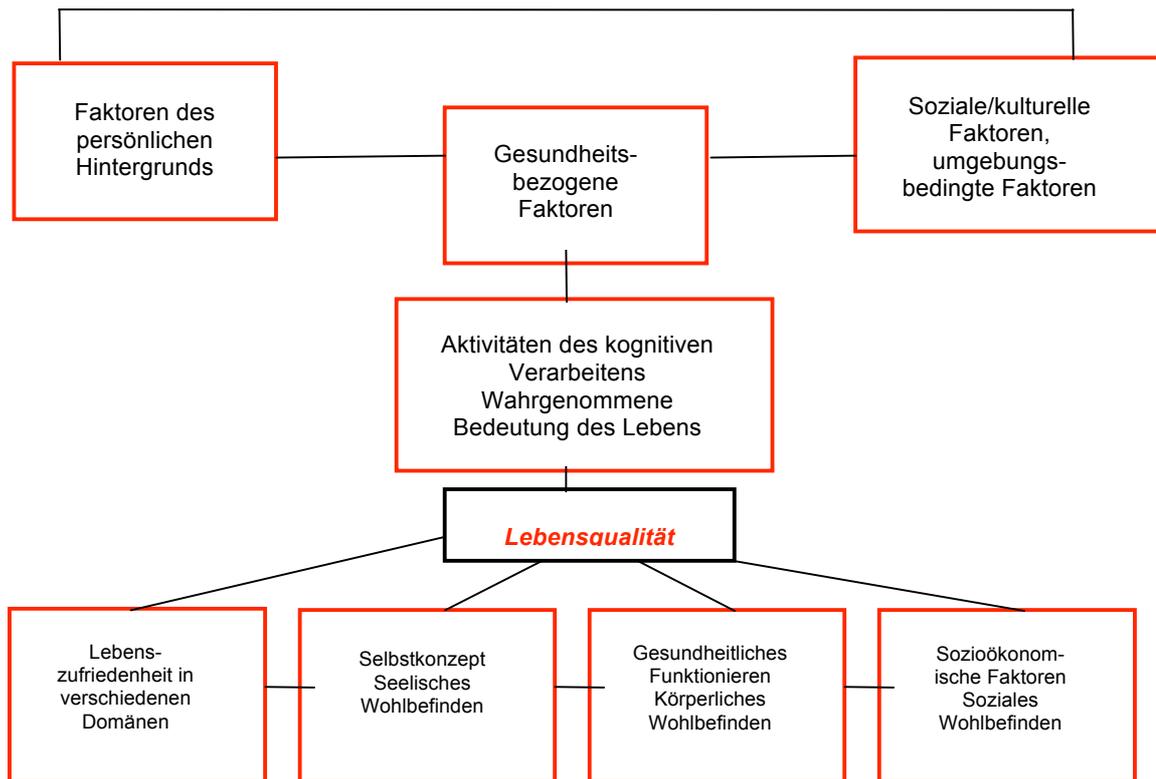


Abb. 5: HAZARD VALLERAND, BRECKENRIDGE, HODGSON, 2001 S. 87.

Ebenso Menschen mit Autismus schätzen ihre Gesundheit, deshalb spielen Gesundheitsprävention und regelmäßige Arztbesuche eine große Rolle. Betroffene müssen jedoch oft ermutigt werden, einen Arzt aufzusuchen. Aufgrund dessen sind sie meist bei der Gesundheitsvorsorge auf Unterstützung angewiesen. Gesundheit fördert die Lebensqualität und sorgt für seelisches Wohlbefinden (vgl. Preißmann, 2009, S. 133ff).

3.6 Ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlung

Allgemein können Krankenhausaufenthalte aus verschiedenen Gründen - geplant oder ungeplant - eine extreme Stresssituation bei behinderten und beeinträchtigten Menschen auslösen. Die fehlende Erfahrung mit behinderten (aber auch psychisch kranken) Patienten auf dafür nicht spezialisierten Einrichtungen führt oft zur Überforderung des medizinisch/pflegerischen Personals. Viele Menschen mit autistischen Wahrnehmungen entsprechen meist nicht den „Anforderungen“ eines Krankenhausbetriebes. Durch ihre mangelhafte Fähigkeit Symptome zu schildern, ihre ungewöhnliche Kommunikationsform oder ihre fehlende Orientierung bezüglich Krankheits- und Krankenhausabläufe. Ebenso durch die fehlende Information über

Patienten, der Mehraufwand bei diagnostischen und therapeutischen Eingriffen und unzureichende Unterstützung durch Angehörige und Betreuungspersonals.

Die folgenden Ausführungen betreffen psychiatrische Behandlungs- und Versorgungseinrichtungen:

3.6.1 Ambulante Behandlung

In den Anfängen der Psychiatrie existierten kaum ambulante Einrichtungen. Der Schweizer Psychiater Adolf Meyer schrieb 1913 dazu:

„Die große Zukunft der Psychiatrie liegt in der Ausdehnung unserer Arbeit über die Mauern der Klinik hinaus, aber mit der breiten Erfahrung, die nur ein Krankenhaus bieten kann. Dies erfordert, dass man staatliche Kliniken nicht mehr bloß als Asyle betrachtet, sondern als Zentren der psychiatrischen Gesundheitsversorgung für die Gemeinde. Diese Aufgabe muss von Ärzten übernommen werden, die darin ausgebildet sind. Um an die Leute, welche Hilfe brauchen, zu gelangen, müssen sie ambulante Sprechstundenstellen einrichten, wo Lehrer und Ärzte Menschen hinschicken können, denen es zwar nicht gut geht, die aber nicht eine stationäre Behandlung benötigen“ (Michel, 2002, S. 38).

Meyers Aussagen waren richtungweisend, denn heutzutage wäre eine psychiatrische Versorgung ohne ambulante Therapien nicht vorstellbar (vgl. Michel, 2002, S. 38). Beim Asperger-Syndrom spielt die ambulante Behandlung eine wichtige Rolle. Zu ambulanten Behandlungen zählen *„Einzel- und/oder Gruppentherapien, Elternberatung und/oder –training, Beratung des Umfelds (Schule, Integrationshelfer, soziale Dienste)“* (Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 190) – vor allem ist bei der ambulanten Therapie interdisziplinäre Zusammenarbeit wünschenswert. Pflegende, Psychiater, Psychologen und Sozialarbeiter bilden häufig das interdisziplinäre Team. Ein wichtiger Grundsatz der Psychiatrie lautet, dass die ambulante Therapien immer der stationären Behandlung vorzuziehen sind (vgl. Michel, 2002, S. 38).

3.6.2 Teilstationäre und stationäre Behandlung

Menschen mit Asperger-Syndrom werden stationär aufgenommen, wenn sie z. B. Suizidversuche unternehmen, während extremer Krisenzeiten oder wenn kein Ausweg aus einer schweren depressiven Verstimmung erkennbar ist. Die Aufnahme soll freiwillig erfolgen, nur bei einer akuten Fremd-/Selbstgefährdung kann eine Zwangseinweisung erfolgen. Teilstationäre und stationäre Behandlungen haben den Vorteil, dass eine gründliche Diagnostik gemacht und interdisziplinär ein Therapieplan erstellt und durchgeführt werden kann. Weiters besteht die Möglichkeit bei der teilstationären bzw. stationären Aufnahme, das Verhalten der Betroffenen gegenüber zu beobachten. Ebenso können verschiedene Interventionen angewendet und kombiniert werden. Das sozio-kommunikative Training und die Einbindung der Eltern bei Minderjährigen können z. B. Schwerpunkte der Behandlung sein. Für Asperger-Autisten ist eine gründliche Vorbereitung auf eine Entlassung essentiell, wie auch das Organisieren einer passenden Nachbetreuung (vgl. Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 191f). Im Kapitel 3.2.4 wurden bereits mögliche Probleme der stationären Aufnahme erwähnt. Eine teilstationäre Behandlung wäre die „Tagesklinik“. Eine Tagesklinik hat beispielsweise fünf Tage die Woche von neun bis 17 Uhr geöffnet. Durch dieses Klinikkonzept erhält der Patient mehr Autonomie als möglicherweise bei der stationären Betreuung. Die Patienten besuchen dann die Tagesklinik z. B. zwei- bis dreimal pro Woche. Das Klientel der teilstationären Behandlung sind häufig Menschen, die chronisch, psychisch krank sind und über keine Sozialkontakte verfügen. Die Strukturierung des Tagesablaufs ist eines der elementaren Dinge bei der teilstationären Behandlung. Teilbereiche sind die soziale Interaktion, das Erlernen sozialer Fertigkeiten und die therapeutischen Aktivitäten. Pflegepersonen, Ärzte, Ergotherapeuten, Psychologen und Sozialarbeiter bilden das Team (vgl. Michel, 2002, S. 40f).

Stationär		Halbstationär		Ambulant	
Psychiatrisches Krankenhaus mit - Aufnahmestation - Akuten Abteilungen - Pflegeabteilungen - Spezialabteilungen z.B. Suchtabteilung Rehabilitationsabteilung Forschungsabteilung		Tagesklinik geschützte Werkstätten Wiedereingliederungswerkstätte Wohnheim		Ambulante Dienste Praktizierende Psychiater und Psychotherapeuten	
Psychiatrische Abteilung Im Allgemeinkrankenhaus mit Konsiliar- und Läsiondienst		Übergangsheim Wohngruppe Patientenklub			
Für alle Bereiche zuständig:					
Psychologischer Dienst	Sozialdienst	Ergotherapie	Mal- und Bewegungstherapie		

Tabelle 9: In: MICHEL, 2002, S. 21.

3.6.3 Aufgaben der (psychiatrischen) Pflege

Die psychiatrische Pflege hat vor allem die Aufgabe den Patienten zu begleiten und zu unterstützen, um ein möglichst selbstbestimmtes und autonomes Leben zu führen. Weiters soll sie der Wahrnehmung, Stärkung und Förderung von Fähigkeiten und Ressourcen des Patienten dienen (vgl. Schädle-Deininger, Vilinger, 1009, S. 49). Pflegefachkräfte sollten bedenken, dass „Zeit geben“, „Konfliktfähigkeit“ und „Kommunikation“ in der Psychiatrie und in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege von enormer Wichtigkeit sind (vgl. Michel, 2002, S. 10f). „Läsion“ ist eine Verbindung zwischen somatischer Medizin und Psychiatrie (vgl. Michel, 2002, S. 37).

Die psychiatrische Gesundheitsversorgung versucht jedem Patienten eine für ihn passende Therapie anzubieten. Dies erfolgt entweder stationär, teilstationär oder ambulant und mit der Einbeziehung der Angehörigen. Eine Kooperation spielt bei der Behandlung eine bedeutsame Rolle. Ein weiteres Ziel ist es die Langzeitaufenthalte zu verringern. Je länger der Aufenthalt erfolgt, desto schwieriger verläuft die gesellschaftliche, soziale und berufliche Eingliederung bei erwachsenen Patienten. Die Patientenautonomie ist von großer Priorität. Psychisch kranke Menschen haben dieselben Rechte wie körperlich kranke Menschen (vgl. Michel, 2002, S. 21), auch wenn sie in einigen Bereichen Unterstützung benötigen.

Das Fachpersonal in der Psychiatrie übernimmt vor allem eine „therapeutische Rolle“. Das Pflegepersonal hat täglichen Kontakt zu dem Patienten und kann dadurch eine Beziehung zu ihm aufbauen. Es erkennt meist als erstes, Verhaltens- und Befindlichkeitsveränderungen. Das Krankenpflegepersonal darf in die Intimsphäre des Betroffenen eindringen, beispielsweise durch Berührungen oder der Hilfe bei der Körperpflege (vgl. Michel, 2002, S. 29). Die Pflegeperson ist während der stationären Aufnahme die „Hauptbezugsperson“ des Patienten. Die Fundamente der pflegerisch-therapeutischen Haltung sind das Respektieren der Person, die Einhaltung des Berufsgeheimnis und die berufliche Kompetenz (vgl. Michel, 2002, S 181ff).

- Heilerziehungspflege/Behindertenfachbetreuung

Die Heilerziehungspflege (HEP) ist eine ganzheitliche Hilfe. Dieses Betreuungskonzept wird im speziellen bei Menschen mit Behinderung oder psychischer Störung auch in Institutionen und betreuten Wohneinrichtungen angewendet. Dabei werden pflegerische, „sinngabende“ und erzieherische Aktionen vereint. Die Eigenständigkeit der betroffenen Personen wird gefördert und ihnen nur so viel Hilfe wie nötig gegeben (Normalisierungsprinzip). Die Aufgabenbereiche der HEP sind (Grund-)Pflege, Alltagsbewältigung, Förderung und Bildung. Weiters wäre es wichtig, Informationen über die gewohnten Tagesabläufe, Verhaltensweisen, Vorlieben u.s.w. von den Angehörigen einzuholen. Ebenso müssen klare Regeln festgelegt und realistisch erreichbare Ziele formuliert werden. Der Betroffene sollte keine Überforderung verspüren. Diese Fachkräfte unterstützen und leiten den Patienten bei der Selbstpflege an und versuchen seine Selbstständigkeit zu fördern (vgl. Stoll, 2010, S. 241f).

4. Interview

Um einen kleinen und persönlichen Einblick in die Alltag- und Krisenbewältigung von Asperger-Autisten zu vermitteln, folgt nun ein Interview mit dem Vater, eines Betroffenen mit Asperger-Syndrom. Eigentlich hätte ich gerne das Interview mit dem Sohn geführt, dieser war jedoch dazu nicht bereit.

Aufgrund der erhöhten Sensibilität und dem erschwerten Zugang zu anderen Betroffenen konnte nur ein Interview durchgeführt werden. Dieses ist als praxisbezogenes Beispiel für den theoretischen Teil anzusehen. Vor dem Interview wurde der Interviewpartner nochmals über die Anonymität und Freiwilligkeit dieses Gesprächs aufgeklärt.

- Auswahl des Interviewpartners

Ich erhielt von einer Studienkollegin zwei Telefonnummern von Familien, welche einen autistischen Sohn haben. Eine der zwei Familien erklärte sich für das Interview bereit.

- Interviewleitfaden

Allgemeine Infos zum Sohn:

Alter:	21 Jahre
Geschwister:	zwei Schwestern, die Ältere lebt in Amerika
Wohnsituation:	wohnt alleine, eigene Wohnung, Wien
Eltern:	seit zwei Jahren geschieden
Beruf:	IT-Techniker
Behindertenpass:	ja

- Interviewleitfaden

Wann haben Sie von der Diagnose Asperger-Syndrom erfahren?

Wie sind Sie damit umgegangen?

Wie ist ihr Sohn mit der Diagnose umgegangen?

Hatten Sie spezielle Bewältigungsstrategien? Ihr Sohn?

Welche Hilfs- und Unterstützungsangebote wurden in Anspruch genommen?

Entwickelten sich während der letzten Jahre komorbide Erkrankungen, wie beispielsweise Depression, Tics etc.?

Gab es krisenhafte Situationen? Wie wurde damit umgegangen (Krisenintervention)?

Hatte ihr Sohn schon einmal einen Krankenhausaufenthalt?

Sind Sie der Meinung, dass allgemein Fachpersonal für autistische Patienten notwendig ist?

Wie verläuft der Tagesablauf von N.N.? In welcher Form braucht er von Ihnen Unterstützung?

Was ist, wenn die gewisse Routine nicht eingehalten wird?

Wollen Sie mir noch irgendetwas erzählen?

- Inhalt des Interviews

Die Diagnose hat die Familie erst sehr spät erhalten, der Sohn N.N. besuchte zu dieser Zeit die Polytechnische Schule (mit 15 Jahren). Univ. Prof. Dr. M. H. Friedrich nahm den Jungen für 14 Tage auf der Kinder- und Jugendpsychiatrie im AKH Wien auf und stellte am dritten Tag das Asperger-Syndrom fest. Die Aufnahme kam durch sein aggressives Verhalten in der Schule zustande. Anfangs war die Diagnose ein Schock und sogleich eine Erleichterung für die Familie, aufgrund der zahlreichen vergangenen Fehldiagnosen. Dem Sohn war es laut dem Vater „wurscht“ – er wusste schon, dass er anders ist. Zu allererst diagnostizierten Ärzte das Krankheitsbild tuberöse Hirnsklerose. Die jungen Eltern erfuhren, dass ihr Sohn nur mehr sechs bis sieben Jahre zu leben hätte, ein paar Jahre später folgte die Diagnose Epilepsie. Infolgedessen bekam er drei Jahre lang ein

Langzeitmedikament gegen Epilepsie. Im St. Anna Kinderspital wurde die Diagnose Epilepsie falsifiziert. Es war ein langer, belastender Weg bis zur endgültigen Diagnose. Der Sohn bekam nach dem 14-tägigen Aufenthalt das Medikament Rispertal verschrieben. Dadurch wurde er sehr ruhig, wirkte abwesend und „monoton“. Weiters nahm er extrem zu. Sein Höchstgewicht betrug 140 Kilo. Durch eine Vitamin- und Zusatzernährung konnte dieses Medikament abgesetzt und sein Körpergewicht auf 85 Kilo reduziert werden. Die Mutter kündigte ihren Job, als ihr Sohn zwei Jahre alt wurde, um sich um ihn zu kümmern, z. B. um zu gemeinsamen Therapiesitzungen (Ergotherapie) zu fahren und für ihn ständig da zu sein. Die Eltern besuchten anfangs Selbsthilfegruppen, um die schwierige und belastende Zeit zu bewältigen. Derzeit nehmen sie keine Hilfe in Anspruch. Der Sohn meidet Psychologen, weil er schon mit vielen konfrontiert wurde (30-40) und noch keiner, außer Prof. Friedrich zu ihm durchgedrungen sei. Eine Therapiestunde kostet bei ihm 170 Euro. Obwohl N.N. mit den Menschen nicht kommuniziert, hat er sehr gute Menschenkenntnisse.

Während der Hauptschulzeit entwickelte N.N. depressive Phasen, weil er vor allem in diesem Lebensabschnitt seine Andersartigkeit erkannte und er von den Mitschülern oft gehänselt wurde. In diesem Altersabschnitt befand er sich in einer längeren Krise. Die Lehrer, Mitschüler und Eltern der Mitschüler bezeichneten ihn als faul, sozial und geistig zurückgeblieben, unerzogen, usw. - dies belastete ihn. Obwohl die Eltern so viele Ärzte und Psychologen aufgesucht hatten, konnte ihnen keiner sagen, was mit ihrem Sohn los sei. Der junge Mann durchschaute nach Ansicht des Vaters die Psychologen sofort und gab ihnen die Antwort, die sie möglicherweise hören wollten. Depressive Verstimmungen tauchen immer wieder auf. Ebenso leidet N.N. an einem Ordnungstic, beispielsweise backt er extrem gerne, dabei muss alles seinen genauen Ablauf haben und die Kekse werden ganz symmetrisch aufs Blech gelegt. Sein fotografisches Gedächtnis kann er praktisch nicht anwenden. Wenn N.N. sich über etwas aufregt und wütend wird, entwickelt er eine extreme Kraft. Er ist sich selbst dieser Kraft nicht bewusst, deshalb kam es während der Schulzeit immer wieder zu Zwischenfällen. Die Hauptschule musste er dadurch drei mal wechseln. Die Familie weiß mit diesem Aspekt umzugehen und entsprechende Maßnahmen anzuwenden. Die krisenhafte Phase wurde während der Berufsschulzeit besser (er absolvierte die Berufsschule in 2,5 Jahren).

Durch das behinderte Kind wurde die Familie in finanzieller Sicht extrem belastet. Die Kosten für Therapiesitzungen, Ergotherapie und private Arztbesuche summierten sich, trotz doppelter Familienbeihilfe.

Seit zwei Jahren lebt der jetzt 21-jährige junge Mann in einer eigenen Wohnung. Sein Vater wohnte die ersten 1,5 Jahre bei ihm, um ihn auf das eigenständige Leben vorzubereiten. Er ging mit ihm einkaufen, lernte ihm waschen, kochen, zusammenräumen, erklärte ihm mit Geld umzugehen und vieles mehr. Jedoch benötigt N.N. immer noch Unterstützung im Alltag, vor allem bei der Körperpflege/-hygiene. Seine Mutter kommt jedes Wochenende zu ihm in die Wohnung und hilft. Der Vater geht mit ihm jeden Donnerstag Lebensmittel kaufen. N.N. braucht Routine, wenn etwas nicht Geplantes geschieht, wird er nervös, angespannt und erregt. Was er nicht sehr gerne mag ist Kleidung einkaufen, denn er versteht nicht, wieso er für so etwas Geld ausgeben soll. Ansonsten liebt er es allein zu sein, sich mit dem Computer zu beschäftigen und das in seinem Beruf und seiner Freizeit. Aufgrund der jahrelangen familiären Belastung scheiterte die Ehe der Familie XY. Sein Vater hat Angst davor, was mit seinem Sohn geschieht, wenn seine Ex-Frau und er alt werden. Wichtig ist ihm auch, dass Ärzte auf die Kinder hören, denn sie wissen oft selbst, was mit ihnen los ist!

Einige Inhalte entsprechen den Ergebnissen aus Studien und Abhandlungen aus der Fachliteratur zur Thematik. Vor allem unterschiedliche Diagnosen und damit in Verbindung stehende Interventionen, die zu keiner Verbesserung des Zustandsbildes geführt haben. Die Verhaltensweisen, die dauerhafte Unterstützung in lebenspraktischen Bereichen, die zahlreichen Therapiesitzungen und schulischen Probleme belasteten die Eltern in psychischer, partnerschaftlicher und finanzieller Hinsicht.

Am Ende der Befragung äußerte der Vater große Zukunftsängst, vor allem was geschehen würde, wenn die Eltern aus Altersgründen keine Unterstützung mehr anbieten können.

Nach Ansicht des Vaters sollten Ärzte mehr die Aussagen von Kindern berücksichtigen, denn diese wüssten oft recht genau über sich selbst Bescheid.

5. Zusammenfassung/Diskussion

Autismus-Spektrum-Störungen zählen zu den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen. Der Begriff Autismus-Spektrum-Störung versucht die Vielfalt des Autismus zu berücksichtigen. Die Prävalenz nimmt zu. Einerseits durch die verbesserten Diagnoseinstrumente und andererseits durch das publik machen der Autismusformen, wie beispielsweise dem Asperger-Syndrom (vgl. Müller, 2007, S. 20).

Bei Menschen mit Asperger-Syndrom besteht ein Mangel an Empathie, eine abweichende soziale Interaktion und eine motorische Ungeschicktheit. Weitere Merkmale wären die Spezialinteresse, Zwangsstörungen und der begrenzte Einfallsreichtum. Das Asperger-Syndrom verläuft chronisch.

Nach Schulz et al. (2000) und Mc Kelvey et al. (1995) wurde bei Asperger-Autisten eine Funktionsstörung der rechten Gehirnhälfte nachgewiesen (vgl. Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 41). Bailey et al. (1995) vermutete, dass ASS vor allem durch die genetische Komponente ausgelöst werden würde. Ebenso können durch das Fragiles-X-Syndrom ASS entstehen (vgl. Freitag, 2008, S. 24ff).

Bei autistischen Personen treten durch innere Umstände, z. B. durch anstehende Entwicklungsschritte oder durch äußere Faktoren, wie Tod, Krisen, Trennung, Geburt oder Umzug oft zusätzliche psychische Störungen auf. Diese weiteren Störungen beeinträchtigt die Lebensqualität der Betroffenen teilweise massiv (vgl. Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 139). Nach Ghaziuddin et al. (1998) soll bei Jugendlichen und Erwachsenen mit Asperger-Syndrom die Depression, die am häufigsten vorkommende psychiatrische Komorbidität sein (vgl. Schatz, Weimer, Trauner, 2002, S. 333). Aufgrund ihrer verminderten Theory of Mind können sich Asperger-Autisten, obwohl sie gute verbale Fähigkeiten besitzen, nicht äußern, wenn sie sich in einer Krise befinden und Hilfe und Unterstützung benötigen würden. Falls der krisenhafte Zustand so massiv wird, dass er den ganzen Alltag dominiert und für die Betroffenen und deren Angehörigen eine nicht mehr tragbare Belastung darstellt, muss eine Krisenintervention stattfinden. Interventionen sollen bewusst, zügig und gezielt erfolgen (vgl. Remschmidt, Kamp-Becker, 2006, S. 163).

Es kommen unterschiedliche Therapiemaßnahmen zum Einsatz, z. B. die medikamentöse -, psychoedukative- und psychotherapeutische Therapie, Behandlungskonzepte für Eltern und allgemeine Interventionsmaßnahmen. Individuell passende Bewältigungsstrategien sind äußerst wichtig, um die Krankheit zu akzeptieren. In dieser Arbeit wurde das Trajekt-Konzept näher erläutert. Auch die Angehörigen benötigen Maßnahmen zur Unterstützung.

Beratung besitzt in Krisenzeiten einen wichtigen Stellenwert, denn durch die Beratungsvorgänge können Konflikte und Probleme leichter bewältigt werden (vgl. Koch-Straube, 2008, S. 66). Pflegepersonen haben meist den häufigsten und intensivsten Kontakt mit den Patienten, bei einer stationären Aufnahme. Aufgrund dessen ist die Beratung seitens der Pflege notwendig und zielführend. Eine professionelle Pflege benötigt die Fachkompetenzen „beraten, anleiten und informieren“ (vgl. Koch-Straube, 2008, S. 77f).

Advanced Practices Nurses (ANP) sind Professionisten in einem speziellen Fachgebiet. International existieren beispielsweise ANP's für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, welche über ein fachspezifisches Wissen über Behinderung und Beeinträchtigung verfügen. Sie sind in der Lage Betroffene und Angehörige korrekt zu beraten, ihnen Coping-Strategien näher zu bringen oder betreuen und unterstützen die Betroffenen beim Erhalt ihrer Selbstmanagementfähigkeiten (vgl. Koenig, Scahill, 2001, 165f).

Trotz ihrer Intelligenz benötigen Asperger-Autisten häufig spezifische Unterstützung bei vielen Alltagsfertigkeiten, wie putzen, einkaufen, waschen oder kochen (vgl. Klauß, 2008, S. 53). Autisten benötigen während des Tagesablaufes eine Routine, denn nicht routinierte Szenarien können in kurzer Zeit einen Krisenzustand verursachen (vgl. Preißmann, 2010, S. 17ff).

Generell sind Krankenhausaufenthalte für die Mehrheit der Asperger-Autisten eine starke Belastung, doch manchmal sind sie unumgänglich. Die Behandlung erfolgt entweder ambulant, teilstationär oder stationär. Der richtige und korrekte Umgang mit autistischen Patienten ist von großer Wichtigkeit, denn somit kann man den Aufenthalt der Betroffenen ein wenig erleichtern.

Seit ca. 1.5 Jahren beschäftige ich mich mit der Thematik Autismus – vor allem mit dem Asperger Syndrom und ich konnte feststellen, dass in Bezug auf die

Pflegewissenschaft nur wenig deutschsprachige Studien existieren. Mein Wissen über Autismus war anfangs sehr oberflächlich und durch das Lesen von Fachliteratur vertiefte sich meine Kenntnis zu diesem Thema.

Erst langsam „entdeckt“ die Pflegewissenschaft das umfangreiche Gebiet der Behindertenarbeit. In Deutschland entstanden v.a. an der Universität Witten einige Studien und Veröffentlichungen zur Thematik behinderte und beeinträchtigte Menschen aus pflegewissenschaftlicher Sicht.

Des Weiteren beschäftigten sich Symposien und Tagungen mit der Situation gesunder- und mehrfachbehinderter Menschen im Krankenhaussystem.

Pflegepersonen benötigen möglicherweise mehr Fachwissen über psychische Erkrankungen, Behinderungen bzw. chronische Krankheiten, um sich auf diese Patientengruppe einstellen und fachgemäß reagieren zu können. Denn Pflegefachkräfte können behinderten und beeinträchtigten Menschen besonders während eines Krankenhausaufenthaltes bedarfsgerecht und bedürfnisorientiert unterstützen.

Wie vorher erwähnt, gibt es im angloamerikanischen Raum schon sogenannte ANP's, welche z. B. ein Fachwissen über psychiatrische Krankheiten haben und in der Beratungsfunktion tätig sind.

Beim AS treten oft zusätzliche (besonders psychische) Komorbiditäten auf. Aufgrund dessen wäre es vorteilhaft, durch Fachwissen, diese komorbiden Erkrankungen rechtzeitig zu erkennen, um zeitgerecht entsprechende Interventionen einsetzen zu können.

Weiters könnten durch vermehrte Öffentlichkeitsarbeit Autisten möglicherweise besser verstanden, akzeptiert und ihrer sozialen Isolation entgegengewirkt werden.

6. Tabellenverzeichnis

- Tabelle 1:** KLICPERA Christa, INNERHOFER Paul: Die Welt des frühkindlichen Autismus. 3. Auflage. Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München, 2002, S. 234.
- Tabelle 2:** BÖLTE Sven: Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven; Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern, 2009, S. 37.
- Tabelle 3:** KUSCH Michael, PETERMANN Franz: Entwicklung autistischer Störungen, Hogrefe-Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen, 2001, S.21.
- Tabelle 4:** BÖLTE Sven: Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven; Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern, 2009, S. 38.
- Tabelle 5:** BÖLTE Sven: Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven; Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern, 2009, S. 39.
- Tabelle 6:** MÜLLER Christoph: Autismus und Wahrnehmung. Eine Welt aus Farben und Details; Verlag Tectum, Marburg, 2007, S. 17f.
- Tabelle 7:** Autismus Deutschland. e. V. Bundesverband zur Förderung von Menschen mit Autismus . Was ist Autismus. <http://w3.autismus.de/pages/startseite/was-ist-autismus.php>, 20.04.2011.
- Tabelle 8:** GEORGE Wolfgang, GEORGE Ute: Angehörigenintegration in der Pflege. Ernst Reinhardt Verlag, München, 2003, S. 33.
- Tabelle 9:** MICHEL Konrad: Psychiatrie für Pflegeberufe. 4., neu bearbeitete Auflage, Hippokrates Verlag in MVS Medizinverlag Stuttgart GmbH & Co. KG, 2002, S. 21.

7. Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1:** MÜLLER Colin: Triade der Beeinträchtigungen. <http://autismuskultur.de/autismus/autipedia/asperger-syndrom.html>, 23.06.2011
- Abb. 2:** ORITZ-MÜLLER Wolf: Theorie für die Praxis – Vom fraglichen Nutzen der Krisenmodelle. In: Oritz-Müller W., Scheuermann U., Gahleiter S.B.: Praxis Krisenintervention. Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte, 2010, S. 67.
- Abb. 3:** ORITZ-MÜLLER Wolf: Theorie für die Praxis – Vom fraglichen Nutzen der Krisenmodelle. In: Oritz-Müller W., Scheuermann U., Gahleiter S.B.: Praxis Krisenintervention. Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte, 2010, S. 67.
- Abb. 4:** Pflege- und Krankheitsverlaufskurve beim Trajekt-Modell. https://moodle.fhcampuswien.ac.at/moodle/file.php/1509/Trajekt_Modell_Schwester_Pfleger.pdf, 06.09.2011.
- Abb. 5:** HAZARD VALLERAND April, BRECKENRIDGE Diane M., HODGSON Nancy A.: Theorien und Begriffsmodelle als Leitlinien lebensqualitätsbezogener Forschung. In: KING C. R., HINDS P.S.: Lebensqualität. Pflege- und Patientenperspektiven. Theorie – Forschung – Praxis. Verlag Hans Huber, Bern, 2001, Begriffsmodell der Lebensqualität Zhan (1992), S. 87.

8. Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AD	Asperger Disease
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom
ADI-R	Autismus-Diagnostischen Interviews in der revidierten Fassung
ANP	Advanced Nursing Practice
APA	American Psychiatric Association
AS	Asperger-Syndrom
ASDS	Asperger Syndrome Diagnostic Scale
ASS	Autismus-Spektrum-Störungen
ASSQ	Autism Spectrum Screening Questionnaire
BAC	British Association of Counselling
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
CAST	Childhood Asperger's Screening
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
et al.	et alia
etc.	et cetera
EEG	Elektroenzephalografie
f	folgende
ff	fortfolgende
GABA-Stoffwechsel	Glutamat- und Glutamin-Stoffwechsel
GADS	Gilliam Asperger's Disorder Scale
HFA	High-functioning Autismus
HEP	Heilerziehungspflege
http	Hypertext Transfer Protocol
IDS	Individuelles Diplomstudium
ICD	International Classification of Disease
IEP	Individualized Education Programs
IQ	Intelligenzquotient
KADI	Krug Asperger's Disorder Index
LQ	Lebensqualität
lt.	laut
Mag.	Magistra

NP	nurse practitioner
PDD	Pervasive Developmental Disorders
PTBS	posttraumatische Belastungsstörungen
RN	Register Nurse
S.	Seite
Tab.	Tabelle
tE	tiefgreifenden Entwicklungsstörungen
ToM	Theory of Mind
usw.	und so weiter
v.a.	vor allem
vgl.	vergleichsweise
WHO	Weltgesundheitsorganisation
www	Word Wide Web
z. B.	zum Beispiel

9. Literaturverzeichnis

AARONS Maureen, GITTENS Tessa: Das Handbuch des Autismus. Ein Ratgeber für Eltern und Fachleute. Beltz Verlag, Basel, Weinheim, 2007.

ALLIN Hiie, LARSSON Jan Olov, SMEDJE Hans: Sleep Patterns of School-Age Children with Asperger Syndrome or High-Functioning Autism. In: Journal of Autism and Developmental Disorders (2006) 36:585–595.

ASPERGER Hans: Heilpädagogik. Einführung in die Psychopathologie des Kindes für Ärzte, Lehrer, Psychologen, Richter und Fürsorgerinnen. 3. Auflage, Springer-Verlag, Wien, 1961.

ATTWOOD Tony: Ein ganzes Leben mit dem Asperger-Syndrom. Alle Fragen – alle Antworten. Aus dem Englischen übersetzt von Rainer Döhle. TRIAS-Verlag in MVS Medizinverlag Stuttgart GmbH & Co. KG, 2008.

BÖLTE Sven: Historischer Abriss. In: BÖLTE, S. (Hrsg.): Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern, 2009, S. 21-30.

BÖLTE Sven: Vorwort. In: BÖLTE, S. (Hrsg.): Autismus, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern, 2009, S. 11-12.

BÖLTE Sven. Symptomatik und Klassifikation. In: BÖLTE, S. (Hrsg.): Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern, 2009, S. 31-45.

CAMPBELL Jonathan M.: Diagnostic Assessment of Asperger's Disorder: A Review of Five Third-Party Rating Scales. In: Journal of Autism and Developmental Disorders. Vol. 35, No. 1, February 2005, S. 25-35.

CLOERKES Günther: Soziologie der Behinderten. Eine Einführung. 3. Auflage. Universitätsverlag Winter GmbH, Heidelberg, 2007.

CORBIN Juliet, HILDENBRAND Bruno, SCHAEFFER Doris: Das Trajektkonzept. In: SCHAEFFER D.: Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern, 1. Auflage, 2009, S. 55-74.

DZIOBEK Isabel, BÖLTE Sven. Neuropsychologie und funktionelle Bildgebung. In: BÖLTE, S. (Hrsg.): Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern, 2009, S. 131-152.

ECKERT Andreas: Eltern behinderter Kinder und Fachleute. Erfahrungen, Bedürfnisse und Chancen. Julius Klinkhardt, WB-Druck, Rieden, 2002.

EHLERS Stefan, GILLBERG Christopher: The epidemiology of Asperger syndrome: A total population study. In: Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines. Vol. 34(8), November 1993, S. 1327-1350.

ENGEL Frank, NESTMANN Frank, SICKENDIEK Ursel: Theoretische Konzepte der Beratung. In: SCHAEFFER D., SCHMIDT-KAEHLER S. (Hrsg.): Lehrbuch Patientenberatung. 1. Nachdruck, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern. 2008.

ENGEL Roswitha: Gesundheitsberatung in der Pflege. Einführende Konzepte und integriertes Ausbildungscurriculum. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien, 2006.

FALTERMAIER Thomas (2004): Prävention und Gesundheitsförderung im Erwachsenenalter. In: HURRELMANN K., KLOTZ Th., HAISCH J.: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 1. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, 2004, S. 73 - 82.

FREITAG Christine M.: Autismus-Spektrum-Störungen. Ernst Reinhardt, GmVH & Co KG, Verlag, München, 2008.

FRIEDEMANN Marie-Luise, KÖHLEN Christine: Familien- und umweltbezogene Pflege. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Verlag Hans Huber, Bern, 2003.

GEORGE Wolfgang, GEORGE Ute: Angehörigenintegration in der Pflege. Ernst Reinhardt Verlag, München, 2003.

GHAZIUDDIN Mohammed, GHAZIUDDIN Nerra, GREDEEN John: Depression in Persons with Autism: Implications für Research and Clinical Care. In: Journal of Autism and Developmental Disorders. Vol. 32, No. 4, August 2002, S. 299-306.

GIERNALCZYK Thomas, DOLL Hans: Fortbildung für KrisenhelferInnen – Ein Leitfaden für SeminarleiterInnen. In: ORITZ-MÜLLER W., SCHEURMANN U., GAHLEITNER S.B. (Hrsg.): Praxis Krisenintervention. Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte, 2. überarbeitete Auflage, W. Kohlhammer GmbH Stuttgart, 2010, S. 88-107.

GRANT Marcia M., RIVERA Lynne M.: Entwicklung von Lebensqualität in der Onkologie und onkologischen Pflege. In: KING C. R., HINDS P.S.: Lebensqualität. Pflege- und Patientenperspektiven. Theorie – Forschung – Praxis. Verlag Hans Huber, Bern, 2001, S. 29-54.

GUNDELFINGER Ronnie: Non-direktive Verfahren. In: BÖLTE S. (Hrsg.): Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven. 1. Auflage, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern, 2009.

HAZARD VALLERAND April, BRECKENRIDGE Diane M., HODGSON Nancy A.: Theorien und Begriffsmodelle als Leitlinien lebensqualitätsbezogener Forschung. In: KING C. R., HINDS P.S.: Lebensqualität. Pflege- und Patientenperspektiven. Theorie – Forschung – Praxis. Verlag Hans Huber, Bern, 2001, S. 71- 94.

HILDENBRAND Bruno: Die „Bewältigung“ chronischer Krankheit in der Familie – Resilienz und professionelles Handeln. In: SCHAEFFER D.: Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern, 1. Auflage, 2009, S. 133-158.

HÖLLING Iris: Krisenintervention – (k)ein Angebot für Psychiatrie-Betroffene? – Krisenintervention aus antipsychiatrischer Sicht. In: ORITZ-MÜLLER W., SCHEURMANN U., GAHLEITNER S.B. (Hrsg.): Praxis Krisenintervention. Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte, 2. überarbeitete Auflage, W. Kohlhammer GmbH Stuttgart, 2010, S. 152-158.

JUEN Barbara et al.: Handbuch der Krisenintervention. 2. aktualisierte und ergänzte Auflage, Studia Universitätsverlag, Innsbruck, 2004.

KALYVA E.: Comparison of Eating Attitudes between Adolescent Girls with or without Asperger Syndrome: Daughters' and Mothers' Reports. In: Journal of Autism and Developmental Disorder, September 2008, S. 430-486.

KANNE Stephen M., ABBACCHI Anna M., CONSTANTINO John N.: Multi-informant Ratings of Psychiatric Symptom Severity in Children with Autism Spectrum Disorders: The Importance of Environmental Context. In: Journal of Autism and Developmental Disorders. Vol. 37, 2009, S. 856-864.

KLAMPFER Florian: Krisenintervention in der Online-Beratung – eine Herausforderung für Berater und Ratsuchende: Beispiele aus der Praxis. In: ORITZ-MÜLLER W., SCHEURMANN U., GAHLEITNER S.B. (Hrsg.): Praxis Krisenintervention. Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte, 2. überarbeitete Auflage, W. Kohlhammer GmbH Stuttgart, 2010, S. 320- 329.

KLAUß Theo: Wohnen so normal wie möglich. Ein Wohnprojekt für Menschen mit Autismus (Asperger-Syndrom). Universitätsverlag Winter Heidelberg GmbH, 2008.

KLICPERA Christa, INNERHOFER Paul: Die Welt des frühkindlichen Autismus. 3. Auflage, Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München, 2002.

KOCH-STRAUBE Ursula: Beratung in der Pflege. Verlag Hans Huber, 2. Auflage Hogrefe AG, Bern, 2008.

KOENIG Cathleen, SCAHILL Lawrence: Assessment of Children with Pervasive Developmental Disorders. In: Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing. Volume 14, Number 4, October-December, 2001, S. 159-166.

KUSCH Michael, PETERMANN Franz: Entwicklung autistischer Störungen. 3., vollständig überarbeitete Auflage, Hogrefe-Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen, Bern Toronto, Seattle, 2001.

KUMBIER Ekkehardt, DOMES Gregor, HERPERTZ-DAHLMANN Beate, HERPERTZ Sabine C.: Autismus und Autistische Störungen. Historische Entwicklung und aktuelle Aspekte. *Nervenarzt*, 81, S. 55-65.

LAZARUS Richard S.: Stress, Bewältigung und Emotionen: Entwicklung eines Modells. In: HILL RICE V. (Hrsg.): *Stress und Coping. Lehrbuch für Pflegepraxis und -wissenschaft*. 1. Auflage, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern, 2005.

MATTILA Marja-Leena, HAAPSAMO Helena, JUSSILA Katja, KUUSIKKO-GAUFFIN Saa, KIELINEN Marko, LINNA Sirkka-Liisa, EBELING Hanna, BLOIGU Risto, JOSKITT Leena, PAULS David L., MAILANEN Irma: Comorbid Psychiatric Disorders Associated with Asperger Syndrome/High-functioning Autism: A Community- and Clinic-based Study. In: *Journal of Autism and Developmental Disorders* (2010) 40:1080–1093.

MATZIES Melanie, SCHUSTER Nicole: *Colines Welt hat tausend Rätsel. Alltags- und Lerngeschichten für Kinder und Jugendliche mit Asperger-Syndrom*. 1. Auflage. W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart, 2009.

MICHEL Konrad: *Psychiatrie für Pflegeberufe*. 4., neu bearbeitete Auflage, Hippokrates Verlag in MVS Medizinverlag Stuttgart GmbH & Co. KG, 2002.

MÜLLER Christoph: *Autismus und Wahrnehmung. Eine Welt aus Farben und Details*. 1. Auflage, Tectum-Verlag, Marburg, 2007.

NOTERDAEME Michele: Komorbidität und Differenzialdiagnose. In: BÖLTE, S. (Hrsg.). *Autismus. Spektrum, Ursache, Diagnostik, Intervention, Perspektiven*. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern, 2009, S. 46-64.

ORITZ-MÜLLER Wolf: Theorie für die Praxis – Vom fraglichen Nutzen der Krisenmodelle. In: ORITZ-MÜLLER W., SCHEURMANN U., GAHLEITNER S.B. (Hrsg.): *Praxis Krisenintervention. Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte*, 2. überarbeitete Auflage, W. Kohlhammer GmbH Stuttgart, 2010, S. 64-76.

PREIßMANN Christine: *Psychotherapie und Beratung bei Menschen mit Asperger-Syndrom. Konzepte für eine erfolgreiche Behandlung aus Betroffenen- und*

Therapeutensicht. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Verlag W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart, 2009.

PSCHYREMBEL. Klinisches Wörterbuch. Walter de Gruyter GmbH & Co. KG, Berlin/New York, 262., neu bearbeitete und erweiterte Auflage, 2010.

REICHERTS Michael: Diagnostik der Belastungsverarbeitung. Neue Zugänge zu Streß-Bewältigungs-Prozessen. Universitätsverlag Freiburg Schweiz, 1988.

REMSCHMIDT Helmut, KAMP-BECKER Inge: Asperger-Syndrom. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 2006.

REMSCHMIDT Helmut: Autismus. Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen. Verlag C.H. Beck oHG, München, 2000.

ROLLETT Brigitte A., KASTNER-KOLLER Ursula: Praxisbuch Autismus. Ein Leitfaden für Eltern, Erzieher, Lehrer und Therapeuten. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, Urban & Fischer Verlag, München – Jena, 2001.

SAALASTI , LEPISTO Tuulia, TOPPILA Esko, KUJALA Teija, LAAKSO Minna, NIEMINEN von WENDT Taina Nieminen , von WENDT Lennart, JANSSON-VERKASALO: Language Abilities of Children with Asperger Syndrome. In: Journal of Autism and Developmental Disorders. Vol. 38, 2008, S. 1574-1580.

SCHATZ Amy M., WEIMER Amy K., TRAUNER Doris A.: Brief Report: Attention Differences in Asperger Syndrome. In: Journal of Autism and Developmental Disorders. Vol. 32, No. 4, August, 2002, S. 333-336.

SCHÄDLE-DEININGER Hilde, VILLINGER Ulrike: Praktische Psychiatrische Pflege. Arbeitshilfen für den Alltag. 2. Auflage, Bonn, 1997.

SCHNUR Julie: Asperger Syndrom in Children. In: Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. Volume 17, Issue 8, August 2005, S. 302-308.

SEIBERT Ulrich: Zwang und Empowerment – Alternative Wege in der Krise. In: KNUF A. SEIBERT U. (Hrsg.): Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit. 2. Auflage, Psychiatrie-Verlag GmbH, Bonn, 2001, S.138-171.

SLOTTA Ina: Autismus. Der nicht gelungene Umgang mit Verschiedenheit. Verlag modernes lernen, Borgmann KG, Löer Druck GmbH, Dortmund, 2002.

SONNECK Gernot: Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien, Facultas Verlag, 2000.

STEINBACH Herlinda: Gesundheitsförderung. Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. 2. aktualisierte Auflage, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien, 2007.

STEINHAUSEN Hans-Christoph: Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie. 6. neu bearbeitet und erweiterte Auflage. Urban & Fischer Verlag, Elsevier GmbH, 2006.

STOLL Gisela: Pflege von Menschen mit geistiger Behinderung. In: THIEL H./JENSEN M./TRAXLER S.: Klinkleitfaden Psychiatrische Pflege. 3. Auflage, Elsevier GmbH, München, 2010, S. 236-254.

TWOY Richard, CONNOLLY Phyllis M., NOVAK Jean M.: Coping strategies used by parents of children with autism. In: Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 19. 2007, S. 251-260.

WOODBURY-SMITH Mark, KLEIN Ami, VOLKMAR Frank: Asperger's Syndrome: A Comparison of Clinical Diagnoses and Those Made According to the ICD-10 and DSM-IV. In: Journal of Autism and Developmental Disorder, Vol. 35, No. 2, April 2005, S. 235-240.

ZIMBARDO Philip G., GERRIG Richard J.: Psychologie. 16. aktualisierte Auflage. Pearson Studium, 2004.

Internetquellen:

Autismus Deutschland. e. V. Bundesverband zur Förderung von Menschen mit Autismus . Was ist Autismus. <http://w3.autismus.de/pages/startseite/was-ist-autismus.php>, 20. April 2011.

FAUST Volker: Psychiatrie heute. Seelische Sorgen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln. http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/faust_asperger.pdf, 20. April 2011.

KLAPFER Karin: Familien 2010: Jede achte Frau mit Kindern unter 15 Jahren ist Alleinerzieherin, http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/bevoelkerung/hau-shalte_familien_lebensformen/055859, 01. August 2011.

MÜLLER Colin: Triade der Beeinträchtigungen. <http://autismus-kultur.de/autismus/autipedia/asperger-syndrom.html>, 23. Juni 2011.

REMSCHMIDT Helmut, KAMP-BECKER Inge: Das Asperger- Syndrom – eine Autismus-Spektrum-Störung, <http://www.aerztblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=55038>, 29. April 2011.

REUHL Barbara: Gesundbleiben in der Pflege. http://www.arbeitnehmerkammer.de/cms/upload/Politikthemen/Gesundheit/Gesund_bleiben_in_der_Pflege.pdf, 04. Jänner 2012.

SONNLEITNER Manfred: Integrationskultur und Unternehmen. <http://emile.uni-graz.at/pub/04W/2004-10-0120.doc>, 17. August 2011.

<http://autismus-kultur.de/autismus/autipedia/asperger-syndrom.html>, 23. Juni 2011

https://moodle.fh-campuswien.ac.at/moodle/file.php/1509/Trajekt_Modell_Schwester_Pfleger.pdf, 6. September, 2011

<http://nursing.unibas.ch/klinische-praxis/advanced-nursing-practice/>, 03. August 2011

<http://www.womenshealthchannel.com/nursepractitioner.shtml>, 03. August 2011

<http://www.onlinenursingdegrees.org/types/advanced.htm>, 03. August 2011

<http://w3.autismus.de/pages/startseite/was-ist-autismus.php>, 20. April 2011

<http://www.panikattacken.at/aengste/aengste.htm>, 28. Dezember 2011.

<http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Campus-fuer-Alten-und-Krankenpflege/download/inhalt/Verschiedenes/Beratung.pdf>, 02. Jänner 2012

<http://www.autismus-web.de/terminologie.htm>, 02. Jänner 2012

EDV-Kenntnisse:

Windows 95 / 98 / XP

Office Programme: Word, Excel, Power Point

Outlook

Computerführerschein: ECDL

Berufserfahrung:

10/2008 – 06/2009 Assistenzarbeiten bei der Verlagsgruppe NEWS, Wien

07/2008 – 08/2008 Ferialpraktikum im Seniorenheim, Mattighofen

05/2008 – 09/2009 Schwimmlehrerin der MA51 – Sportamt Wien

08/2007 – 09/2007 Ferialpraktikum im Seniorenheim, Mattighofen

10/2007 – 12/2009 Regelmäßige Promotiontätigkeiten für Hand2Hand,
Wien

07/2006 – 08/2006 Ferialpraktikum im Seniorenheim, Mattighofen

06/2004 – 08/2004 Ferialpraktikum im Restaurant Biedermaierhof,
Schärding

07/2003 – 08/2003 Ferialpraxis bei der Firma AMAG, Braunau am Inn

07/2002 – 08/2008 Ferialpraxis bei der Firma AMAG, Braunau am Inn

Sonstige Kenntnisse:

Koch- und Servierkenntnisse

B-Führerschein