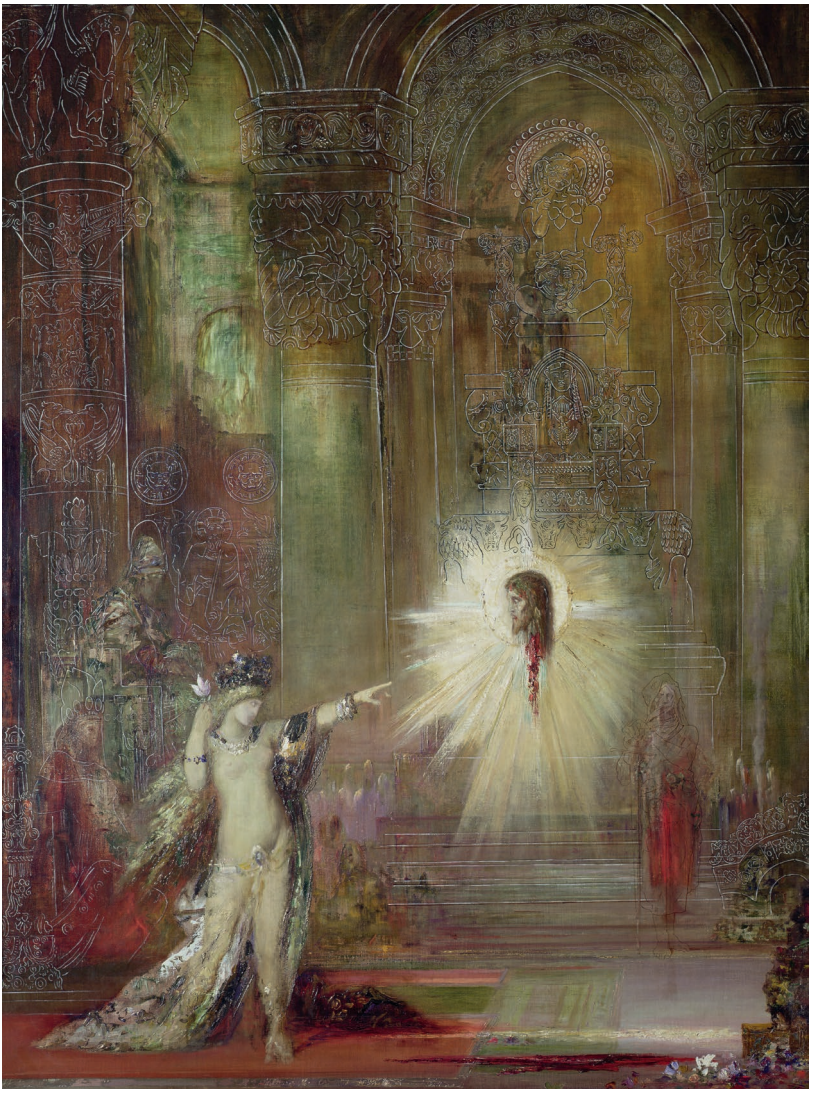
PTT
Persönlichkeitsstörungen
THEORIE UND THERAPIE

1 | 2018

Persönlichkeitsstörungen 2018; 22: 1–88



Autismus-Spektrum-Störungen und andere Störungen der sozialen Interaktion

Herausgeber:
Otto F. Kernberg, New York
Peer Briken
Anna Buchheim, Innsbruck
Stephan Doering, Wien
Birger Dulz, Hamburg
Maya Krischer, Köln
Martin Sack, München
Michael Zaudig, Windach

Verbandsorgan der Gesellschaft
zur Erforschung und Therapie
von Persönlichkeitsstörungen (GePs) e.V.

Schattauer

www.ptt-online.info

É Klett-Cotta Verlag, J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart

 © 2018 J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Stuttgart

Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) im Erwachsenenalter – Persönlichkeitsprofile und Begleiterkrankungen

Beschreibung einer Stichprobe von Patienten mit ASS aus der Ambulanz für Störungen der sozialen Interaktion des Max-Planck-Instituts in München

Laura Albantakis; Hella Parpart; Magdalena Krankenhagen; Juliane Böhm; Lara Henco; Marie-Luise Brandi; Leonhard Schilbach

Schlüsselwörter
Ambulanz, Hochfunktionaler Autismus, Erwachsene, Persönlichkeit, Komorbidität

Zusammenfassung
In der Ambulanz und Tagklinik für Störungen der sozialen Interaktion des Max-Planck-Instituts in München werden eine störungsspezifische Diagnostik und Therapie für Erwachsene mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) angeboten. Patienten mit einer ASS können eine verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppentherapie wahrnehmen („MATE-Gruppe" – „Münchener Autismus-Therapiegruppe für Erwachsene"). Wissenschaftlich werden beide klinischen Einheiten durch die unabhängige Max-Planck-Forschungsgruppe „Soziale Neurowissenschaft" unterstützt, welche sich mit den neurobiologischen Prozessen zwischenmenschlicher Interaktion beschäftigt.
In einer wissenschaftlichen Analyse von 68 autistischen Patienten wurden biographische sowie testpsychologische Daten ausgewertet und interpretiert. Daraus ergaben sich AQ- und EQ-Werte über den jeweilis etablierten Cut-Off-Werten für ASS. Depressionen bildeten die Hauptgruppe psychiatrischer Komorbiditäten (27,9%), gefolgt von Angsterkrankungen (19,1%). Eine klinisch bedeutsame Persönlichkeitsstörung wurde bei keinem Patienten diagnostiziert. Unsere Ergebnisse legen nahe, dass Autismus als eine ge-

Keywords
Outpatient Clinic, High-functioning Autism Spectrum Disorder, Adult, Personality, Comorbidity

Summary
For adults suffering from Autism Spectrum Disorders (ASD) and without cognitive impairment, the Outpatient Clinic and Day Clinic for Disorders of Social Interaction offer specialized diagnostic procedures and treatment options. Patients with ASD receive a disorder-specific behavioral psychotherapy in group settings which respects the needs of people suffering from ASD while at the same time offering coping strategies (MATE group). Both clinical departments are scientifically supported by the Independent Max Planck Research Group for Social Neuroscience, whose research focuses on the neurobiological processes of social interaction.
Here we present key findings of our recent study in which biographical and psychometric data of 68 autistic patients were analyzed. Mean AQ and EQ results were above the established cut-off scores for ASD, respectively. Depression was the most common comorbid disorder (27,9%), followed by anxiety disorders (19,1%). A clinically relevant personality disorder was not diagnosed in any of our patients. These results are consistent with the idea that ASD constitute disorders with different clinical and psychometric patterns compared to those of personality disorders.

É Klett-Cotta Verlag, J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart

trennte, von Persönlichkeitsstörungen nicht nur klinisch, sondern auch testpsychologisch unterscheidbare Störung zu betrachten ist.

Autism Spectrum Disorders in Adults – Personality profiles and comorbidities

Persönlichkeitsstörungen 2018; 22: 56–71

Einleitung

2015 wurde die „Ambulanz für Störungen der sozialen Interaktion" am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München eröffnet. Schwerpunkte der Ambulanz sind die Diagnostik von Störungen der sozialen Interaktion, die auf eine psychische Erkrankung zurückzuführen sind, insbesondere Autismus-Spektrum-Störungen (ASS), aber auch chronische Depression, Prodromalstadien der Schizophrenie sowie Angst- und Persönlichkeitsstörungen. Therapeutisch besteht ein Schwerpunkt dieser Ambulanz und der seit 2017 bestehenden „Tagklinik für Störungen der sozialen Interaktion" im Bereich des sogenannten hochfunktionalen Autismus (HFA) im Erwachsenenalter. Wissenschaftlich werden beide klinische Einheiten durch die unabhängige Max-Planck-Forschungsgruppe „Soziale Neurowissenschaft" unterstützt, welche sich mit den neurobiologischen Prozessen zwischenmenschlicher Interaktion beschäftigt. In diesem Artikel wird das diagnostische Prozedere der Ambulanz vorgestellt und eine Stichprobe von 68 Personen mit diagnostizierter ASS beschrieben. In diesem Zusammenhang wird auf Besonderheiten hingewiesen, die bei der Diagnostik und der Therapie von erwachsenen Personen mit ASS von Bedeutung sind. Zusätzlich geht der Artikel auf die Frage ein, ob und inwieweit sich die „autistische Persönlichkeit" von differentialdiagnostisch relevanten Persönlichkeitsstörungen (wie z. B. schizoide Persönlichkeitsstörung) unterscheidet und welche Relevanz die gleichzeitige Diagnosestellung von ASS und Persönlichkeitsstörung im klinischen Alltag aufweist.

Ambulanz und Tagklinik für Störungen der sozialen Interaktion

Im März 2015 wurde die „Ambulanz für Störungen der sozialen Interaktion" am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München eröffnet. Zu Beginn war ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit mehrjähriger Erfahrung im Bereich Autismus für die Diagnostik und Therapie der Patienten zuständig. Aufgrund des hohen Versorgungsbedarfs und der großen Nachfrage expandierte die Ambulanz in den zwei darauffolgenden Jahren stetig. Aktuell bilden zwei Psychologinnen, eine Assistenzärztin, ein Oberarzt, ein eigenes Sekretariat sowie mehrere studentische Hilfskräfte das Team der Ambulanz. Seit 2015 erreichten annähernd 1000 Anfragen die Ambulanz und es wurden fast 500 Personen im Rahmen des diagnostischen Prozederes gesehen. Aktuell werden pro Woche 12 Erstgespräche durchgeführt. Neben der ASS-spezifischen Diagnostik wird im ambulanten Setting eine verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppentherapie für Menschen mit Autismus angeboten („MATE-Gruppe" – „Münchener Autismus-Therapiegruppe für Erwachsene"). Bei Bedarf können psychiatrische Einzeltermine wahrgenommen werden, in deren Rahmen die Behandlung psychiatrischer Komorbiditäten (z. B. Depression, Angsterkrankung) erfolgt.

Im April 2017 wurde dann die „Tagklinik für Störungen der sozialen Interaktion" auf dem Klinikgelände des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie eröffnet. In der tagesklinischen Behandlung erhalten Patienten mit Störungen der sozialen Interaktion Einzel- und Gruppentherapien mit verhaltenstherapeutisch orientiertem Ansatz.

É Klett-Cotta Verlag, J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart

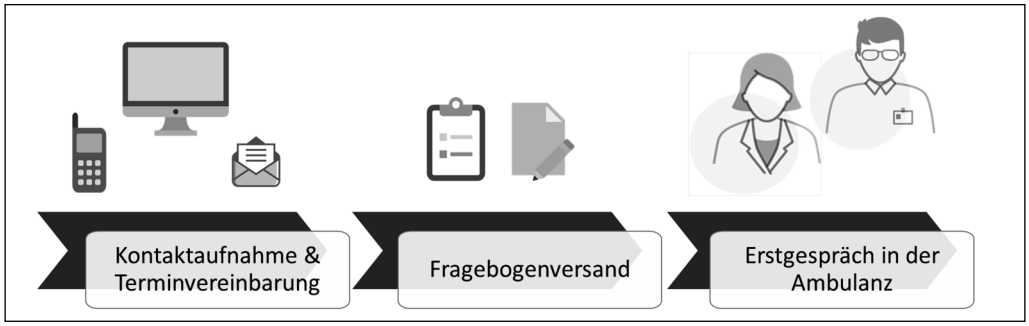


Abb. 1 Ablauf in der Ambulanz für Störungen der sozialen Interaktion

Neben der Psychotherapie bilden berufsbegleitende Therapien (berufsorientiertes Training) sowie kognitives Training, Achtsamkeitstraining und Sporttherapie die wesentlichen Therapiebausteine. Darüber hinaus finden Gruppenaktivitäten (z. B. Projekttage, „Coffee to stay" etc.) statt, die ein direktes Anwenden der erlernten Strategien begünstigen und soziale Interaktionen fördern. Zur Klärung von beruflichen und sozialrechtlichen Fragestellungen unterstützt ein eigener sozial-psychiatrischer Dienst Patienten aus Ambulanz und Tagklinik.

Diagnostik

Allgemeines Vorgehen

Die Kontaktaufnahme mit unserer Ambulanz erfolgt entweder auf Eigeninitiative der Patienten bzw. ihrer Angehörigen oder mehrheitlich per Zuweisung durch Fachärzte. Nach Kontaktaufnahme und Terminvergabe für ein Erstgespräch wird den Patienten ein Konvolut aus Fragebögen zur Selbst- und Fremdauskunft postalisch oder per Email zugesendet. Im Idealfall werden die ausgefüllten Fragebögen vor dem Erstgespräch an die Ambulanz zurückgesendet und ausgewertet. Andernfalls werden sie zum Erstgespräch mitgebracht und anschließend analysiert. Das Erstgespräch führt eine Ärztin oder eine Psychologin. Zu Beginn des Erstgesprächs werden die Patienten nach Vorstellungsanlass und etwaigen aktuellen Beschwerden befragt. Anschließend wird eine ausführliche Eigenanamnese der Patienten erhoben. Schwerpunkte der Anamnese bilden Auffälligkeiten in der frühkindlichen Entwicklung, die schulische und berufliche Laufbahn, der soziale Austausch im Alltag (z. B. Häufigkeit einer sozialen Interaktion, Medium der Interaktion z. B. Internet), die Beziehungsgestaltung sowie das Vorliegen besonderer Interessen. Zum Schluss werden die Patienten nach Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit nahestehenden Bezugspersonen (z. B. Eltern oder Geschwistern) zur Erhebung der Fremdanamnese gefragt. Als zusätzliche Informationsquellen dienen Schul- und Arbeitszeugnisse sowie frühere Arzt- und Therapeutenberichte (Kinderklinik, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie). Ergeben sich nach dem Erstgespräch unter Berücksichtigung der Ergebnisse aus den Fragebögen sowie der Fremdanamnese Hinweise für das Vorliegen einer ASS, wird ein zweiter Termin zur weiteren diagnostischen Abklärung vereinbart (siehe Abb. 2).

Zum Ausschluss einer organisch bedingten Störung wird in der weiterführenden Diagnostik eine kranielle Bildgebung mittels Magnetresonanztomographie (cMRT) durchgeführt. Des Weiteren wird die „Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen – 2 (ADOS-2)" (Modul 4: für fließend sprechende ältere Jugendliche und Erwachsene) von einem zweiten unabhängigen Untersucher eingesetzt, der weder das Erstgespräch geführt noch die Fragebögen analysiert hat (Lord et al. 1999; Lord et al. 2012).

Nach vollständiger Diagnostik wird ein dritter

É Klett-Cotta Verlag, J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart

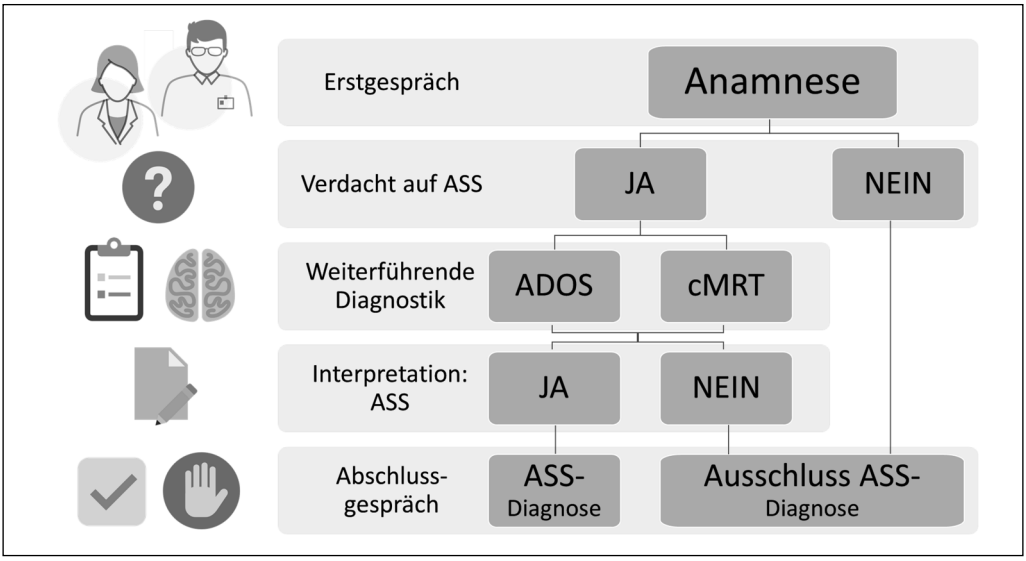


Abb. 2 Diagnostisches Vorgehen

Termin zum Abschlussgespräch vereinbart. Dort werden Patienten erneut klinisch exploriert und dann wird ihnen in Zusammenschau aller erhobenen Befunde (Eigen- und Fremdanamnese, Auswertung der Fragebögen, cMRT, ADOS-2), die im Einzelnen mit den Patienten besprochen werden, die Diagnose mitgeteilt. Werden die Diagnosekriterien für ASS nach ICD-10 und DSM-V erfüllt, wird die Diagnose einer ASS gestellt. Werden die Kriterien nicht erfüllt, wird je nach Bedarf eine weiterführende störungsspezifische Diagnostik empfohlen.

Messinstrumente zur Stichprobencharakterisierung

Patienten und Bezugspersonen erhalten im Rahmen des beschriebenen diagnostischen Prozesses eine Reihe von Fragebögen zur Selbst- und Fremdauskunft anhand derer Autismus-spezifische Auffälligkeiten in der Vergangenheit und Gegenwart erfragt werden. Zudem werden Symptome ASS-relevanter Differentialdiagnosen und typischer Komorbiditäten geprüft. Einsatz finden unter anderem die deutsche Version des Fragebogens zur Erfassung des „Autismus-Spektrum Quotienten (AQ)“ (Baron-Cohen et al. 2001; Freitag et al. 2007), die deutsche Version der „Cambridge Behaviour Scale“ zur Erfassung des „Empathie Quotienten (EQ)“ (Baron-Cohen u. Wheelwright 2004), die deutsche Version der „Toronto Alexithymia Scale“ mit 20 Items („TAS-20“) (Bagby et al. 1994), die deutsche Version der „Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)“ (Fresco et al. 2001), die revidierte deutsche Version des Beck-Depressionsinventars von 2009 (BDI-II) (Kühner et al. 2007), der „Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen SPF(IRI) zur Messung von Empathie“ (Paulus 2009), die deutsche Version des „Assessment of DSM-IV Personality Disorders (ADP-IV)“ (Doering et al. 2007) sowie die deutsche Version des „General Assessment of Personality Disorder (GAPD)“ (Hentschel 2013). Zudem wurde bei den Patienten die „Diagnostische Beobachtungskala für Autistische Störungen – 2 (ADOS-2)“ (Modul 4) durchgeführt (Lord et al. 1999; Lord et al. 2012).

Stichprobe

In einer ersten statistischen Auswertung erfüllten 191 Patienten, die sich im Zeitraum zwischen März 2015 und Juli 2017 in der Ambulanz für

É Klett-Cotta Verlag, J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart

Störungen der sozialen Interaktion vorgestellt hatten, die Diagnosekriterien einer ASS nach ICD-10- und DSM-V-Kriterien. Von 127 der genannten 191 Patienten lagen bis zu Beginn der wissenschaftlichen Auswertung für diesen Artikel vollständige und eindeutig ausgefüllte Einverständniserklärungen vor, mit denen die Patienten ihr Einverständnis zur Verwendung der Daten für wissenschaftliche Zwecke sowie zur anonymisierten Veröffentlichung der Ergebnisse gaben. Bei 68 dieser 127 Patienten waren die oben genannten Fragebögen vollständig. Die Ergebnisse dieser vorläufigen Datenanalyse werden im Folgenden präsentiert.

Ergebnisse

Demographische Daten

Alter und Geschlecht

Die gewählte Stichprobe von 68 Patienten mit ASS bestand aus 45 Männern im Alter von 18 bis 56 Jahren (Durchschnittsalter 31.3 Jahre ± 10.3 SD) und 23 Frauen im Alter von 17 bis 52 Jahren (Durchschnittsalter 34.9 ± 8.3 SD) zum Zeitpunkt des Erstkontakts mit unserer Ambulanz. Das Geschlechterverhältnis lag somit bei ca. 2 : 1 (Männer : Frauen). Es bestand kein signifikanter Altersunterschied zwischen den Geschlechtern (U = 376, p = 0.066, r = .22). Bei allen Patienten bestand laut klinischer Einschätzung mindestens durchschnittliche Intelligenz.

Frühkindliche Entwicklung

Sprachentwicklungsauffälligkeiten insbesondere Sprachentwicklungsverzögerungen lagen bei insgesamt 29 von 54 Patienten (53.7 %) vor. Motorische Entwicklungsstörungen nannten 26 von 54 Personen (48.1 %). Stereotypien in der Kindheit waren bei 90 % zu erfassen. Auffälligkeiten der sozialen Interaktion während der Kindheit wurden von allen Betroffenen geschildert.

Schulabschluss

Fast alle Patienten besaßen zum Zeitpunkt der Vorstellung in unserer Ambulanz einen Schulabschluss (98.4 %). Die Mehrheit hatte Abitur, Fachabitur und allgemeines Abitur zusammengefasst (68.8 %). Zehn Personen besaßen die Mittlere Reife (15.6 %), drei einen Abschluss der Wirtschaftsschule (4.7 %), vier einen qualifizierten (6.3 %) und zwei einen Hauptschulabschluss (3.1 %).

In Tabelle 1 sind die demographischen Daten der Gesamtstichprobe und beider Geschlechter zusammengefasst.

Psychiatrischer Kontakt in Vergangenheit

86.8 % der Patienten gaben an, bereits im Vorfeld bei einem psychologischen bzw. ärztlichen Psychotherapeuten, einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie vorstellig gewesen zu sein (siehe Tab. 1b).

13.2 % der Patienten berichteten von Suizidgedanken in der Vergangenheit. 8.8 % hatten vor dem Zeitpunkt der Vorstellung in unserer Ambulanz mindestens einen Suizidversuch unternommen. 3 % schilderten Missbrauchserfahrungen.

Komorbiditäten

25 der 68 Patienten (36.8 %) wiesen neben einer ASS mindestens eine zusätzliche psychische und/oder körperliche Begleiterkrankung auf. Depressionen bildeten die Hauptgruppe (N = 29; 27.9 %) psychiatrischer Komorbiditäten. An zweiter Stelle standen Angsterkrankungen (N = 13; 19.1 %); bei sieben (10.3 %) waren die Kriterien einer sozialen Phobie erfüllt. Zwei Patienten (3 %) litten an einer Aufmerksamkeitsdefizit-(Hyperaktivitäts-)Störung (AD[H]S). Bei einer Patientin lag Autismus bei Turner-Syndrom vor (F06.8) vor, bei einem anderen Individuum Transsexualismus (F64.0) Neben den psychiatrischen Begleiterkrankungen wurden vereinzelt somatische Komorbiditäten festgestellt. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Anzahl der Komorbiditäten innerhalb der Stichprobe und deren Verteilung auf psychiatrische und somatische Erkrankungen.

É Klett-Cotta Verlag, J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart

	Gesamt	**Männer**	**Frauen**
Alter bei Erstkontakt (Jahre), Durchschnitt ± SD	32.51 ± 9.75	31.3 ± 10.3	34.9 ± 8.3
Auffälligkeiten in der frühkindlichen Entwicklung			
Sprache (N = 54)	29	16	13
Motorik (N = 54)	26	16	10
Stereotypien (N = 20)	18	13	5
Soziale Interaktion (N = 65)	65	43	22
Schulabschluss	64	42	22
Kein Abschluss	1	0	1
Hauptschulabschluss	2	2	0
Qualifizierter HS-Abschluss	4	4	0
Wirtschaftsschulabschluss	3	2	1
Mittlere Reife	10	6	4
Fachabitur	11	8	3
Allgemeines Abitur	33	20	13
Keine signifikanten Gruppenunterschiede zwischen den Geschlechtern bei Auffälligkeiten in der frühkindlichen Entwicklung (Sprache: $U = 300$, $p = 0.339$, r = .13 | Motorik: $U = 288$, $p = 0.445$, r = .10 | Stereotypien: $U = 38$, $p = 0.526$, r = . 14 | Soziale Interaktion: $U = 473$, $p = 1.0$, r = 0).			

Tab. 1a Charakterisierung der Stichprobe

	Gesamt	**Männer**	**Frauen**
Früherer Psychiatrischer Kontakt, N (%)	59 (86.8)	37 (54.4)	22 (32.4)
Suizidgedanken, N (%)	9 (13.2)	5 (7.3)	4 (5.9)
Suizidversuche, N (%)	6 (8.8)	4 (5.9)	2 (2.9)
Missbrauchserfahrung, N (%)	3 (4.4)	1 (1.5)	2 (2.9)

Tab. 1b Charakterisierung der Stichprobe

É Klett-Cotta Verlag, J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart

Anzahl der Komorbiditäten	N (%)	Psychiatrische Komorbiditäten*	N (%)	Sonstige Komorbiditäten*	N (%)
Gesamt	25 (36.8)	F 30–39	19 (27.9)	C18.7	1 (0.5)
1 Komorbidität	14 (20.6)	F 40–49	13 (19.1)	E11.9	1 (0.5)
2 Komorbiditäten	9 (13.2)	F 90–99	2 (3.0)	E66.9	1 (0.5)
3 Komorbiditäten	1 (1.5)	F 60–69	1 (1.5)	Q96.9	1 (0.5)
≥ 3 Komorbiditäten	1 (1.5)	F 00–09	1 (1.5)	Z90.4	1 (0.5)
* Nach ICD-10 Diagnosen					

Tab. 2 Komorbiditäten

	Gesamt		Männer		Frauen	
Fragebögen	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD
AQ	36.66 (N = 65)	7.97	35.40 (N = 43)	8.12	39.14 (N = 22)	7.21
EQ	18.61 (N = 66)	11.44	18.77 (N = 43)	11.70	18.30 (N = 23)	11.20
BDI	18.49 (N = 68)	12.48	18.60 (N = 45)	12.46	18.26 (N = 23)	12.80
TAS-20	62.52 (N = 66)	10.96	63.35 (N = 43)	11.11	60.96 (N = 23)	10.74
Liebowitz	75.06 (N = 64)	28.33	70.54 (N = 41)	28.92	83.13 (N = 23)	25.93
Keine signifikanten Gruppenunterschiede zwischen den Geschlechtern für die Fragebögen: AQ (U = 340.5, p = 0.066, r = .23), EQ (U = 487.5, p = 0.925, r = .01), BDI (U = 511.5, p = 0.938, r = .01), TAS-20 (U = 451, p = 0.558, r = .07), Liebowitz (U = 368.5, p = 0.149, r = .18).						

Tab. 3 Übersicht der Ergebnisse aus den Fragebögen

Fragebögen

ASS-Screening und Erfassung von Komorbiditäten

Tabelle 3 enthält die Mittelwerte und jeweiligen Standardabweichungen der eingesetzten Fragebögen für die Gesamtstichprobe sowie für beide Geschlechter.

Autismus-Spektrum-Quotient (AQ)

Der durchschnittliche AQ-Wert betrug 36.66 ± 7.97 in der Gesamtstichprobe (N = 65) und lag somit über beiden in der Wissenschaft diskutierten Cut-Off-Werten von 26 und 32 Punkten (Baron-Cohen et al. 2001; Woodbury-Smith et al. 2005).

Empathie-Quotient (EQ)

Der durchschnittliche EQ-Wert in der Gesamtstichprobe (N = 65) lag bei 18.61 ± 11.44 und damit deutlich unterhalb des zum Screening von Autismus empfohlenen Cut-Off-Werts von 30 (Baron-Cohen u. Wheelwright 2004).

Beck-Depressionsinventar-II (BDI-II)

Bei der Erfassung depressiver Symptome zeigte sich im BDI-II (Version 2009) für die Gesamtstichprobe ein Durchschnittswert von 18.49 ± 12.48, was unter Berücksichtigung der S3-Leitlinie für unipolare Depression einem leichten depressiven Syndrom in der Gesamtstichprobe entspricht (S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-

É Klett-Cotta Verlag, J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart

	Gesamt (N = 45)		**Männer** (N = 30)		**Frauen** (N = 15)		**Cut-Off-Wert für PS**
Einteilung	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD	
Paranoid	0.93	1.36	1.20	1.54	0.40	0.63	> 3
Schizoid	1.04	1.07	1.20	1.19	0.73	0.70	> 3
Schizotypisch	1.96	1.46	2.30	1.47	1.27	1.22	> 4
Vermeidend-selbstunsicher	2.18	1.78	2.43	1.91	1.67	1.40	> 3
Dependent	0.98	1.22	1.27	1.36	0.40	0.51	> 4
Zwanghaft	2.22	2.11	2.33	2.12	2.00	2.14	> 3
Antisozial	0.40	1.16	0.57	1.38	0.07	0.26	> 2
Borderline	1.02	1.50	1.33	1.71	0.40	0.63	> 4
Histrionisch	0.27	0.58	0.33	0.66	0.13	0.35	> 4
Narzisstisch	0.87	1.36	1.00	1.55	0.60	0.83	> 4
Depressiv	1.22	1.58	1.20	1.52	1.27	1.75	> 4
Passiv-aggressiv	0.60	0.96	0.83	1.09	0.13	0.35	> 3
Signifikante Gruppenunterschiede zwischen den Geschlechtern: Schizotypisch (U = 134.5, p = 0.026, r = .33), Dependent (U = 144, p = 0.037, r = .31), Borderline (U = 147, p = 0.043, r = .30) und Passiv-aggressiv (U = 136.5, p = 0.014, r = .37).							

Tab. 4 Ergebnisse des ADP-IV – Kategoriale Diagnostik

Leitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage, Version 5, 2015).

TAS-20

Im Fragebogen zur Alexithymie („Toronto Alexithymia Scale" – TAS) wurde ein Durchschnittswert von 62.52 ± 10.96 erreicht (N = 66). Bei Werten ≥ 61 ist die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Alexithymie erhöht (Bagby et al. 1994).

Liebowitz Skala für Soziale Phobie (LSAS)

Mittels des LSAS wurde die Ausprägung einer sozialen Phobie in unserem autistischen Patientenkollektiv gemessen. In der Gesamtstichprobe (N = 64) betrug der Durchschnittswert 75.06 ± 28.33, was dem Vorliegen einer sozialen Phobie vom generalisierten Typ entspricht (Mennin et al. 2002; Rytwinski et al. 2009).

Persönlichkeitsfragebögen

Assessment of DSM-IV Personality Disorders (ADP-IV)

Für die Auswertung des „Assessment of DSM-IV-Personality Disorders" (ADP-IV) wurde die kategoriale Diagnostik angewendet (Schotte et al. 1998; Schotte et al. 2004; Doering et al. 2007). Weder innerhalb der Gesamtstichprobe (N = 45) noch in einer der Geschlechterpopulationen wurden die Cut-Off-Werte für eine Persönlichkeitsstörung überschritten (siehe Tab. 4) (Schotte et al. 1998; Schotte et al. 2004; Doering et al. 2007). Signifikante Gruppenunterschiede zwischen den Geschlechtern bestanden bei der

É Klett-Cotta Verlag, J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart

schizotypen ($U = 134.5$, $p = 0.026$, r = .33), dependenten ($U = 144$, $p = 0.037$, r = .31), Borderline- ($U = 147$, $p = 0.043$, r = .30) und passiv-aggressiven ($U = 136.5$, $p = 0.014$, r = .37) Persönlichkeitsstörung. Die Durchschnittswerte der jeweiligen Persönlichkeitsstörung waren in der männlichen Population höher als in der weiblichen. Eine Ausnahme bildete die „depressive Persönlichkeitsstörung". Dort lag der Durchschnittswert der Frauen mit 1.27 ± 1.75 knapp über dem Durchschnittswert der Männer (1.20 ± 1.52).

General Assessment of Personality Disorder (GAPD)

Als weiteren Fragebogen zur Erfassung von Persönlichkeitszügen wurde der „General Assessment of Personality Disorder (GAPD)" eingesetzt. Da es sich hierbei um ein Instrument handelt, das vor allem die Diagnosekriterien des DSM-V berücksichtigt, liegen aktuell noch keine offiziellen Cut-Off-Werte vor. Folglich wurden die Ergebnisse unserer Gesamtstichprobe (N = 63) mit publizierten Daten von psychiatrischen Patienten mit („+PS") und ohne („-PS") Persönlichkeitsstörung (PS) verglichen (siehe Abb. 3a und b sowie Tab. 5) (Hentschel et al. 2013; Hentschel u. Livesley 2013).

In den Selbstpathologie-Skalen „(S1) Differenzierung", „(S2) Integration" und „(S4) Selbstlenkungsfähigkeit" lagen die Durchschnittswerte unserer autistischen Patienten zwischen den Werten der Patienten mit und ohne PS. Anders in den Skalen der interpersonalen Pathologie (P1 – P4), in denen die Durchschnittswerte der autistischen Gesamtstichprobe für jede Subskala höher waren als die der Patienten mit und ohne PS. Auch in der Subskala „(S3) Konsequenzen der Selbstpathologie" ergaben sich höhere Durchschnittswerte im autistischen Patientenkollektiv im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen. Unter Anwendung des ungepaarten T-Tests wurden die Gruppenunterschiede zwischen Autisten und Patienten mit PS für jede Subskala gebildet. Daraus ergaben sich folgende Werte (unter Annahme einer Normalverteilung und

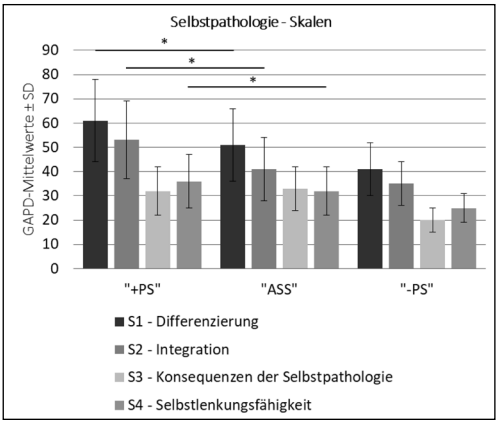


Abb. 3a GAPD-Mittelwerte ± SD. *Signifikanter Gruppenunterschied – gemäß Bonferroni-Korrektur lagen signifikante Ergebnisse bei $p < 0.00625$ und hochsignifikante Ergebnisse bei $p < 0.00125$.

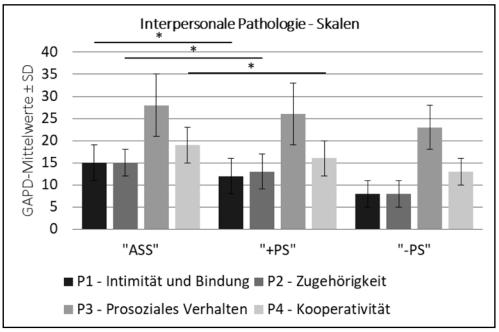


Abb. 3b GAPD-Mittelwerte ± SD. *Signifikanter Gruppenunterschied – gemäß Bonferroni-Korrektur lagen signifikante Ergebnisse bei $p < 0.00625$ und hochsignifikante Ergebnisse bei $p < 0.00125$

Varianzhomogenität in den Gruppen mit bzw. ohne PS): **S1:** $t(136) = 3.7167$, $p < 0.0003$; **S2:** $t(136) = 4.7278$, $p < 0.0001$. **S3:** $t(136) = 0.4124$, $p = 0.6807$. **S4:** $t(136) = 2.5568$, $p = 0.0117$; **P1:** $t(136) = 3.2901$, $p = 0.0013$; **P2:** $t(136) = 2.8310$, $p = 0.0053$; **P3:** $t(136) = 1.7388$, $p = 0.0843$; **P4**: $t(136) = 4.3849$, $p < 0.0001$. Gemäß Bonferroni-Korrektur lagen signifikante Ergebnisse bei $p < 0.00625$ und hochsignifikante Ergebnisse bei $p < 0.00125$ vor. Folglich bestanden hochsignifikante Gruppenunterschiede zwi-

É Klett-Cotta Verlag, J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart

	ASS (N = 63)		**Mit PS*** (N = 75)		**Ohne PS*** (74)	
Subskalen	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD
(S1) Differenzierung	**51.05**[1]	**14.51**	**61.28**[1]	**17.33**	41.11	10.66
(S2) Integration	**41.02**[1]	**12.62**	**52.69**[1]	**15.81**	35.03	8.98
(S3) Konsequenzen der Selbstpathologie	32.92	8.55	32.25	10.24	20.03	5.24
(S4) Selbstlenkungsfähigkeit	31.86	10.07	36.21	10.61	24.95	6.33
(P1) Intimität und Bindung	**14.52**[2]	**3.84**	**12.37**[2]	**3.81**	8.43	3.21
(P2) Zugehörigkeit	**14.94**[2]	**3.45**	**13.11**[2]	**4.04**	8.15	3.05
(P3) Prosoziales Verhalten	27.70	6.88	25.60	7.22	23.35	4.85
(P4) Kooperativität	**19.11**[1]	**4.06**	**15.96**[1]	**4.32**	12.93	3.12

* publizierte Daten von A. Hentschel (Hentschel et al. 2013) [1] = Hochsignifikante ($p < 0.00125$) und [2] = signifikante Gruppenunterschiede ($p < 0.00625$) zwischen ASS-Stichprobe und Patienten mit PS.

Tab. 5 Vergleich der GAPD-Ergebnisse der ASS-Stichprobe mit Daten von Patienten mit und ohne PS

schen den Werten von Autisten und Patienten mit PS in den Subskalen S1, S2 (+PS > Autismus) und P4 (Autismus > +PS). Signifikante Gruppenunterschiede waren in den Subskalen P1 und P2 (Autismus > +PS) festzustellen. Keine signifikanten Unterschiede lagen bei S3, S4 und P3 vor.

Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen (SPF)

Der „Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen (SPF)" stellt ein Instrument zur Messung von Empathie dar und entspricht einer überarbeiteten und ins Deutsche übersetzten Version des „Interpersonal Reactivity Index (IRI)" (Paulus 2009). Auch bei diesem Fragebogen wurden die Ergebnisse unseres autistischen Patientenkollektivs mit Daten von Kontrollen, die auf der Internetseite des Verfassers des SPF publiziert wurden, miteinander verglichen (bildungswissenschaften.unisaarland.de/personal/paulus/homepage/empathie.html). Dabei lagen die Durchschnittswerte der Autisten in den Subskalen „Fantasy (FS)", „Empathetic concern (EC)", „Perspective Taking" und „Empathy" unter den Werten der Kontrollen. In der Subskala „Personal Distress (PD) scorte die autistische Stichprobe höher als die Vergleichspopulation. Es lag kein signifikanter Gruppenunterschied zwischen den Geschlechtern innerhalb der ASS-Stichprobe vor (Mann-Whitney-*U*-Test: FS ($U = 406.5$, $p = 0.519$, r = .08), EC ($U = 341.5$, $p = 0.113$, r = .20), PT ($U = 428.5$, $p = 0.745$, r = .04), PD ($U = 445.5$, $p = 0.936$, r = .10), E ($U = 418$, $p = 0.634$, r = .06).

ADOS-2

36 von 54 Patienten (66.7%) erreichten im ADOS-2 (Modul 4) den für ASS festgelegten Cut-Off-Summenwert von 7 bei einem Mittelwert von 7.52 ± 3.21. In der Kategorie „Kommunikation" betrug der durchschnittliche Wert 3.11 ± 1.42. 42 von 45 Patienten (93.3%) erreichten den für ASS etablierten Cut-Off-Wert von 2. In der Subskala „Soziale Interaktion" lag der Mittelwert bei 5.33 ± 1.71. 39 von 45 Patienten (86.7%) erreichten den ASS-Cut-Off-Wert von 4. Es gab keine signifikanten Gruppenunterschiede zwischen den Geschlechtern

É Klett-Cotta Verlag, J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart

	ASS (N = 63)		**Kontrollen** (N = 7253)	
Subskalen	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD
Fantasy (FS)	9.70	3.75	14.23	3.36
Empathetic concern (EC)	12.30	3.74	14.56	2.95
Perspective taking (PT)	12.52	3.82	14.46	3.12
Personal distress (PD)	14.21	3.34	11.36	3.31
Empathy (E)	34.52	8.46	43.25	7.46
* publizierte Daten von C. Paulus unter „Testtheoretische Kennwerte SPF (IRI) http://bildungswissenschaften.uni-saarland.de/personal/paulus/homepage/empathie.html				

Tab. 6 Vergleich der SPF-Ergebnisse zwischen der ASS-Stichprobe und Daten von Kontrollen*

	Gesamt		**Männer**		**Frauen**		**Cut-Off für ASS**
Skalen	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD	N (%)
Kommunikation (K)	3.11 (N = 45)	1.42	3.14 (N = 28)	1.33	3.06 (N = 17)	1.60	42 (93.3)
Soziale Interaktion (SI)	5.33 (N = 45)	1.71	5.21 (N = 28)	1.42	5.53 (N = 17)	2.13	39 (86.7)
Summe aus K und SI	7.52 (N = 54)	3.21	7.56 (N = 34)	2.73	7.45 (N = 20)	3.98	36 (66.7)
Keine signifikanten Gruppenunterschiede zwischen den Geschlechtern: Kommunikation (U = 227, p = 0.788, r = .039), Soziale Interaktion (U = 211.5, p = 0.527, r = .040), Summe aus Kommunikation und Sozialer Interaktion (U = 324, p = 0.772, r = .094).							

Tab. 7 Übersicht der Ergebnisse aus ADOS-2 (Modul 4)

(Mann-Whitney-U-Test: Kommunikation (U = 227, p = 0.788, r = .039), Soziale Interaktion (U = 211.500, p = 0.527, r = .040), Summe (U = 324.000, p = 0.772, r = .094)).

Diskussion

In der Ambulanz für Störungen der sozialen Interaktion wurde im Zeitraum von ca. zwei Jahren bei 191 von insgesam 387 getesteten Patienten die Diagnose einer ASS gestellt. Aus diesem Patientenpool wurde eine Stichprobe von 68 Patienten gebildet, deren Daten analysiert und in diesem Artikel präsentiert wurden. Das Geschlechterverhältnis bestand wie bei anderen Spezialambulanzen für hochfunktionalen Autismus im Erwachsenenalter bei 2 : 1 (Männer : Frauen). Auch zeigten sich Ähnlichkeiten im Hinblick auf das Durchschnittsalter bei Erstkontakt (Gesamtstichprobe: 31.3 Jahre ± 10.3 SD) sowie auf AQ- (Gesamtstichprobe: 36.66 ± 7.97) und BDI-Werte (Gesamtstichprobe: 18.49 ± 12.48) (Lehnardt et al. 2011). Geschlechtsunterschiede ließen sich hinsichtlich des Ausprägungsgrades dieser Symptome nicht erkennen. Depressionen bildeten die Hauptgruppe (N = 29; 27.9 %) psychiatrischer Komor-

É Klett-Cotta Verlag, J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart

biditäten in unserer Stichprobe, was ebenfalls mit den Beobachtungen von Lehnhardt und Kollegen übereinstimmt: In ihrer Studie wurde eine klinisch relevante Depression bei 30 % des Patientenkollektivs festgestellt (Lehnardt et al., 2011). Angsterkrankungen bestanden bei 19.1 % unserer Patienten; bei 10.3 % waren die Kriterien einer sozialen Phobie erfüllt. Eine klinisch bedeutsame Persönlichkeitsstörung wies keiner der Patienten auf. Im ADP-IV wurde kein Cut-Off-Wert für eine spezifische Persönlichkeitsstörung überschritten.

Autismus-spezifische Ergebnisse

Das diagnostische Vorgehen in der hiesigen „Ambulanz für Störungen der sozialen Interaktion" beruht auf dem in der S3-Leitlinie für ASS empfohlenen Procedere (Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter Teil 1: Diagnostik S3-Leitlinie, 2016). Bei Diagnosestellung im Erwachsenenalter ist dieses Vorgehen v. a. im Hinblick auf die frühkindliche Entwicklung zum Teil erschwert. Wichtige Anhaltspunkte liefern hierbei die Fremdanamnese aber auch Grundschulzeugnisse. Insbesondere die Frage nach etwaigen Sprachentwicklungsverzögerungen, deren Antwort letztlich eine Differenzierung zwischen Asperger-Syndrom und hochfunktionalem Autismus mitbedingt, kann nicht immer zufriedenstellend geklärt werden. Dies ist auch ein Beispiel für die Herausforderungen der ASS-Diagnostik im Erwachsenenalter und einer der Gründe, weshalb wir uns in der „Ambulanz für Störungen der sozialen Interaktion" zunehmend an den Diagnosekriterien des DSM-V orientieren. Daher wurde auch in diesem Artikel die Bezeichnung „Autismus-Spektrum-Störung" anstelle der Kategorisierung nach ICD-10 verwendet. Zur besseren Vergleichbarkeit von wissenschaftlichen Studien sei an dieser Stelle jedoch erwähnt, dass alle unsere Patienten dem klinischen Eindruck nach mindestens über eine durchschnittliche Intelligenz verfügten und daher zur Gruppe von Menschen mit hochfunktionalem Autismus (HFA) gehörten. In den Screening-Fragebögen für Autismus wurden sowohl für AQ als auch EQ die jeweils in der Wissenschaft für ASS diskutierten Cut-Off-Werte von unserer autistischen Stichprobe im Durchschnitt erreicht bzw. überschritten (Baron-Cohen et al. 2001; Baron-Cohen u. Wheelwright 2004; Woodbury-Smith et al. 2005). Die im ADOS erzielten Werte (siehe „ADOS-2") lagen im Durchschnitt in jeder Kategorie über den etablierten Cut-Off-Werten für ASS (Lord et al. 1999; Lord et al. 2012).

Jedoch wiesen auch einige Patienten unauffällige Ergebnisse in der ADOS-Untersuchung auf, obwohl in der klinischen Verhaltensbeobachtung sowie unter Zusammenschau aller erhobenen Befunde die Diagnosestellung einer ASS gerechtfertigt war. Am ehesten lässt sich diese Beobachtung so erklären, dass spätdiagnostizierte Menschen mit ASS im Laufe ihres Lebens eine hohe kognitive Kompensationsleistung ihrer autistischen Defizite entwickeln. So kann eine sozial-kommunikative Interaktion über das formelhafte Anwenden erlernter Regeln gelingen, solange es sich um „Standardsituationen" handelt wie sie u. a. beim ADOS geprüft werden. (Marriage et al. 2009; Spek et al. 2009; Lehnhardt et al. 2011). In diesem Zusammenhang wäre ein neues Modul des ADOS speziell für Erwachsene mit hochfunktionalem Autismus wünschenswert. Zudem könnten objektive Maße wie beispielweise das „Motion-Tracking" in Zukunft einen wertvollen und vor allem Untersucherunabhängigen Beitrag zur Autismus-Diagnostik leisten.

Komorbiditäten

Erwachsene Patienten mit hochfunktionalem Autismus bzw. Asperger-Syndrom wiesen in einer Reihe von Studien hohe Prävalenzraten für komorbide Störungen (insbesondere Persönlichkeitsstörungen, Depressionen und Angststörungen) auch im Vergleich zu einer psychiatrischen Stichprobe ohne ASS auf (Hofvander et al. 2009; Lugnegård et al. 2011; Joshi et al. 2013). Dabei war das Risiko für eine komorbide depressive Störung und Angststörung (Lebenszeitprävalenz)

É Klett-Cotta Verlag, J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart

in der ASS-Population im Vergleich zur psychiatrischen Stichprobe signifikant erhöht.

In unserer Stichprobe wiesen 25 der 68 Patienten (36.8 %) mindestens eine psychiatrische Komorbidität auf. Mittels des BDI-II (Version 2009) wurde für die Gesamtstichprobe ein Durchschnittswert von 18.49 ± 12.48 berechnet, der laut S3-Leitlinie für unipolare Depression einem „leichten depressiven Syndrom" zuzuordnen ist (S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage. Version 5, 2015). Bei 29 Patienten (27.9 %) wurde zusätzlich zur ASS die Diagnose einer Depression gestellt. Eine „soziale Phobie vom generalisierten Subtyp" wurde für die Gesamtstichprobe anhand des LSAS ermittelt. Angsterkrankungen bildeten die zweitgrößte Gruppe von Komorbidiäten in unserer autistischen Stichprobe (N = 13; 19.1 %), wobei die Diagnose einer „sozialen Phobie" am häufigsten vergeben wurde (N = 7; 10.3 %). Unsere Ergebnisse stimmen mit den Beobachtungen von Lehnhardt und Kollegen (siehe oben) sowie Strunz und Kollegen überein. Letztgenannte stellten bei 36 % der 59 untersuchten Patienten mit ASS eine komorbide psychiatrische Störung (DSM-IV, Achse-I) fest. In der ASS-Population von Strunz und Kollegen bildeten ebenfalls affektive Störungen (24 %) und soziale Phobien (14 %) die häufigsten Begleiterkrankungen (Strunz et al. 2013). Somit sollten Depressionen, Angststörungen, Aufmerksamkeitsdefizit-(Hyperaktivitäts-)Störung – AD(H)S, Tic-Störungen sowie psychotische Störungen grundsätzlich in der differentialdiagnostischen Beurteilung berücksichtigt werden (Hofvander et al. 2009; Lehnhardt et al. 2011; Joshi et al. 2013; Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter Teil 1: Diagnostik S3-Leitlinie, 2016).

Persönlichkeitsprofile bei Personen mit ASS

In unserer Stichprobe wurde bei keinem der 68 Patienten mit ASS klinisch eine PS diagnostiziert. Konsistent hiermit zeigte sich, dass im ADP-IV kein Cut-Off-Wert für eine PS überschritten wurde (weder in der Gesamtstichprobe noch in einer Geschlechtergruppe). Beim Vergleich der Ergebnisse aus dem GAPD zwischen autistischem Patientenkollektiv und Patienten mit und ohne PS ergaben sich Unterschiede zwischen den Gruppen der Personen mit der Diagnose Autismus und denen mit PS: In den Selbstpathologie-Skalen (S1, S2, S4) wies die autistische Gruppe Werte auf, die zwischen denen der Patienten mit und ohne PS lagen (siehe Abb. 3a). Diese Skalen zeichnen sich unter anderem durch einen „Mangel an Klarheit über eigene Stärken, Erfahrungen, Werte und Überzeugungen sowie ein Gefühl von innerer Leere (S1)", „ein diffuses, fragmentiertes und instabiles Selbstempfinden (S2)" sowie einen „Mangel an Autonomie und Wirkungskraft, Fehlen von Bedeutung, Bestimmung und Richtung im Leben, und Schwierigkeiten lohnende Ziele zu setzen und zu erreichen (S4)" aus (Hentschel et al. 2013; Hentschel u. Livesley 2013). In der Subskala „(S3) Konsequenzen der Selbstpathologie" ergaben sich dagegen höhere Durchschnittswerte im autistischen Patientenkollektiv im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen. Diese Ergebnisse könnten so interpretiert werden, dass Menschen mit Autismus im Hinblick auf ihre eigenen Lebensvorstellungen, Emotionen und Fähigkeiten verunsichert sind bzw. auch hier eine veränderte Wahrnehmung erleben, die sie eher schwächt als stärkt. Dies würde auch erklären, warum die Durchschnittswerte unserer Stichprobe denen der Patienten mit Persönlichkeitsstörung auf der Skala „(S3) Konsequenzen der Selbstpathologie" stark ähnelten. Diese Skala repräsentiert die „Wahrnehmung des Selbst als brüchig" und beinhaltet ein „schwach ausgebildetes Verständnis des menschlichen Verhaltens (S3)" (Hentschel et al. 2013; Hentschel u. Livesley 2013). Interessanterweise waren die Werte der Patienten mit ASS in allen Interpersonal-Skalen höher als die der Patienten mit PS (ASS > +PS > -PS) mit hochsignifikanten Gruppenunterschieden in P4 (Autismus > +PS) und signifikanten Gruppenunterschiede in den Subskalen P1 und P2 (Autismus > +PS) (siehe Abb. 3b).

Dabei zeichnen sich die Interpersonal-Skalen

É Klett-Cotta Verlag, J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart

durch eine „Unfähigkeit, intime Beziehungen zu schließen und sich in solchen Beziehungen angemessen zu verhalten" (P1), durch „Schwierigkeiten mit dem Schließen und Aufrechterhalten von Bekanntschaften (P2)", „eine beeinträchtigte Bildung von moralischen Standards" sowie „Schwierigkeiten, sozialen Normen und Konventionen zu folgen" und durch „eine geringe Kooperativität, die sich in Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit mit anderen Menschen zeigt" aus (Hentschel et al. 2013; Hentschel u. Livesley 2013). Diese Skalen erfassen somit die autistische Kernsymptomatik, die sich durch eine Störung der sozialen Interaktion und Kommunikation sowie durch repetitive, stereotype Verhaltensweisen auszeichnet. Dabei weisen Menschen mit Autismus Beeinträchtigungen bei der Interpretation und Anwendung von situationsadäquater Gestik, Mimik, Körperhaltung und Blickkontakt auf. In sozialen Beziehungen zeigen sie wenig Interesse an Gleichaltrigen, fehlende Reaktionen oder Überreaktionen auf Annäherungsversuche Anderer oder eine unangemessene Kontaktaufnahme sowie Schwierigkeiten, Freundschaften einzugehen (Deutsche Ausgabe des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-5, 2015).

Zusammenfassend lässt sich daraus ableiten, dass Menschen mit Autismus insbesondere bei der sozialen Interaktion größere Schwierigkeiten aufweisen als Patienten mit einer PS (Interpersonale Pathologie). Dies könnte auch Einfluss haben auf das psychosoziale Funktionsniveau und die berufliche Integration, die bei Personen mit HFA bekanntermaßen mehrheitlich nicht gelingt (Schmidt et al. 2015). Untermauert wird diese Überlegung auch von den Ergebnissen von Rydén und Kollegen, die die GAF-Werte von Patientinnen mit Borderline-Störung mit denen von Patientinnen mit ASS verglichen. Dabei zeigten sich in der ASS-Gruppe signifikant niedrigere GAF-Werte als bei den Patientinnen mit Persönlichkeitsstörung (Ryden et al. 2008).

Passend hierzu scorten Patienten mit Autismus in unserer Analyse auf der Skala S3 am höchsten, die sich durch eine „Wahrnehmung des Selbst als brüchig" und ein „schwach ausgebildetes Verständnis des menschlichen Verhaltens (S3)" auszeichneten. In der Studie von Rydén und Kollegen beschrieben die Patientinnen mit ASS ein signifikant negativeres Selbstbild als die Vergleichsstichprobe mit Borderline-Patientinnen (Ryden et al. 2008). Im Hinblick auf das eigene Dasein bzw. Selbst scheinen Patienten mit ASS zwar auch unter Unsicherheiten und Schwierigkeiten zu leiden, diese sind jedoch unter Berücksichtigung aller Selbstpathologie-Skalen des GAPD vom Schweregrad her geringer ausgeprägt als bei Patienten mit Persönlichkeitsstörung und können zwischen denjenigen von Patienten mit und ohne PS eingeordnet werden. Folglich scheint Autismus eine getrennte, von Persönlichkeitsstörungen nicht nur klinisch, sondern auch testpsychologisch unterscheidbare Störung zu sein.

Im Hinblick auf das Empathievermögen (siehe SPF) erreichte die autistische Stichprobe in den Subskalen „Fantasy (FS)", „Empathetic concern (EC)", „Perspektive Taking" und „Empathy" niedrigere Werte als die Kontrollen. In der Subskala „Personal Distress (PD)" scorten die Autisten höher als die Vergleichspopulation. Diese Ergebnisse sind in Übereinstimmung mit anderen Werten (AQ,EQ, TAS-20, ADP-IV, GAPD) und sprechen für Beeinträchtigungen des Empathievermögens sowie des Perspektivwechsels wie sie typischerweise bei ASS zu finden sind.

Es lässt sich aus oben genannten Ergebnissen schlussfolgern, dass die strukturierte Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen im Rahmen der Autismus-Diagnostik sinnvoll erscheint (siehe Ergebnisse aus ADP u. GAPD), da es sich um relevante Differentialdiagnosen handelt und Unterschiede zwischen ASS und Persönlichkeitsstörungen erkennbar sind.

Ausblick

Für zukünftige Studien empfiehlt sich zusätzlich zur Anwendung etablierter Methoden der Einsatz eines objektiven und Untersucher-unabhängigen Messinstruments (z. B. „Motion Tracking"), das insbesondere bei Menschen mit

É Klett-Cotta Verlag, J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart

hochfunktionalem Autismus sensitive Störungen der sozialen Interaktion registriert. Darüber hinaus bedarf es weiterer Untersuchungen bzgl. des Persönlichkeitsprofils von Patienten mit ASS im Vergleich zu denen mit Persönlichkeitsstörung, um Unterschiede und Gemeinsamkeiten beider Entitäten im Hinblick auf die soziale Interaktionsfähigkeit besser zu verstehen und die psychotherapeutischen Ansätze zu optimieren.

Danksagung

Ein besonderer Dank geht an die Else Kröner-Fresenius-Stiftung für die Förderung der Facharzt/PhD-Ausbildung auf dem Gebiet der Psychiatrie und Neurowissenschaften.

Literatur

Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. Journal of Psychosomatic Research; 38(1): 23–32.

Baron-Cohen S, Wheelwright S, Skinner R, Martin J, Clubley E (2001). The Autism-Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger Syndrome/High-Functioning Autism, Malesand Females, Scientists and Mathematicians. Journal of Autism and Developmental Disorders; 31(1): 5–17.

Baron-Cohen S, Wheelwright S (2004). The Empathy Quotient: An Investigation of Adults with Asperger Syndrome or High Functioning Autism, and Normal Sex Differences. Journal of Autism and Developmental Disorders; 34(2): 163–175.

Doering S, Renn D, Höfer S, Rumpold G, Smrekar U, Janecke N, Schatz DS, Schotte C, DeDoncker D, Schüßler G (2007). Validierung der deutschen Version des Fragebogens zur Erfassung von DSM-IV Persönlichkeitsstörungen (ADP-IV). Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; 53(53): 111–128.

Falkai P, Wittchen HU, Döpfner M, Gaebel W, Maier W, Rief W, Saß H, Zaudig M (2015). Deutsche Ausgabe des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-5. Autismus-Spektrum-Störung.

Freitag CM, Retz-Junginger P, Retz W, Seitz C, Palmason H, Meyer J, Rösler M, von Gontard A (2007). Evaluation der deutschen Version des Autismus-Spektrum-Quotienten (AQ) – die Kurzversion AQ-k. Zeitschrift Für Klinische Psychologie und Psychotherapie; 36(4): 280–289.

Fresco DM, Coles ME, Heimberg RG, Liebowitz MR, Hami S, Stein MB, Goetz D (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: a comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. Psychological Medicine; 31(6): 1025–1035.

Hentschel A (2013). Die Validierung der Kernmerkmale von Persönlichkeitsstörung Selbstpathologie und interpersonale Pathologie des alternativen DSM-5 Modells anhand des General Assessment of Personality Disorder (GAPD). www.qucosa.de/fileadmin/data/qucosa/documents/13191/Dok_Endversion_Annett_Hentschel.pdf

Hentschel AG, Livesley WJ. (2013). The General Assessment of Personality Disorder (GAPD): Factor Structure, Incremental Validity of Self-Pathology, and Relations to DSM–IV Personality Disorders. Journal of Personality Assessment; 95(5): 479–485.

Hofvander B, Delorme R, Chaste P, Nydén A, Wentz E, Ståhlberg O, Herbrecht E, Stopin A, Anckarsäter H, Gillberg C, Råstam M, Leboyer M (2009). Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. BMC Psychiatry; 9(1): 35.

Interdisziplinäre S3-Leitlinie der DGKJP und der DGPPN sowie der beteiligten Fachgesellschaften, Berufsverbände und Patientenorganisationen (2016). Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. AWMF-Registernummer: 028–018.

Joshi G, Wozniak J, Petty C, Martelon MK, Fried R, Bolfek A, Kotte A, Stevens J, Furtak SL, Bourgeois M, Caruso J, Caron A, Biederman J (2013). Psychiatric Comorbidity and Functioning in a Clinically Referred Population of Adults with Autism Spectrum Disorders: A Comparative Study. Journal of Autism and Developmental Disorders; 43(6): 1314–1325.

Kühner C, Bürger C, Keller F, Hautzinger M (2007). Reliabilität und Validität des revidierten Beck-Depressionsinventars (BDI-II). Der Nervenarzt; 78(6): 651–656.

Lehnhardt FG, Gawronski A, Volpert K, Schilbach L, Tepest R, Vogeley K (2011). Das psychosoziale Funktionsniveau spätdiagnostizierter Patienten mit Autismus-Spektrum-Störungen – eine retrospektive Untersuchung im Erwachsenenalter. Fortschritte der Neurologie Psychiatrie; 80: 88–97.

Marriage S, Wolverton A & Marriage K (2009). Autism spectrum disorder grown up: a chart review of adult functioning. Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal de l'Academie Canadienne de Psychiatrie de L'enfant et de L'adolescent; 18(4): 322–8.

Mennin DS, Fresco, D.M., Heimberg, R.G., Schneier, F.R., Davies, S.O., & Liebowitz, M.R. (2002). Screening for social anxiety disorder in the clinical setting: using the Liebowitz Social Anxiety Scale. Journal of Anxiety Disorders; 16(6): 661–673.

Paulus C (2009). DER SAARBRÜCKER PERSÖNLICHKEITS-FRAGEBOGEN SPF(IRI) ZUR MESSUNG VON EMPATHIE: Psychometrische Evaluation der deutschen Version des Interpersonal Reactivity Index. www.psydok.psycharchives.de/jspui/handle/20.500.11780/3343

Rydén G, Rydén E, Hetta J (2008). Borderline personality disorder and autism spectrum disorder in females: A cross-sectional study. Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation; 5: 22–30.

Rytwinski NK, Fresco DM, Heimberg RG, Coles ME, Liebowitz MR, Cissell S, Stein MB, Hofmann SG (2009). Screening for social anxiety disorder with the self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale. Depression and Anxiety; 26(1): 34–38.

S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage, Version 5. (2015).

Schmidt L, Kirchner J, Strunz S, Brożus J, Ritter K, Roepke S, Dziobek I (2015). Psychosocial Functioning and Life Satisfaction in Adults With Autism Spectrum Disorder Without Intellectual Impairment. Journal of Clinical Psychology; 71(12): 1259–1268.

Schotte CK, de Doncker D, Vankerckhoven C, Vertommen H, Cosyns P (1998). Self-report assessment of the DSM-IV personality disorders. Measurement of trait and distress characteristics: the ADP-IV. Psychological Medicine; 28(5): 1179–1188.

Schotte CKW, De Doncker AM, Dmitruk D, Van Mulders I, D'Haenen H, Cosyns P (2004). The ADP-IV Questionnaire: Differential Validity and Concordance with the Semi-Structured Interview. Journal of Personality Disorders; 18(4): 405–419.

Spek A, Schatorjé T, Scholte E, van Berckelaer-Onnes I (2009). Verbal fluency in adults with high functioning autism or Asperger syndrome. Neuropsychologia; 47(3): 652–656.

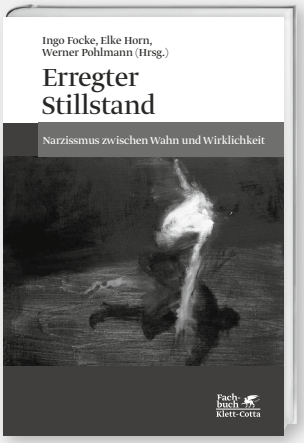
É Klett-Cotta Verlag, J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart

Strunz S, Dziobek I, Roepke S (2013). Komorbide psychiatrische Störungen und Differenzialdiagnostik bei nicht-intelligenzgeminderten Erwachsenen mit Autismus-Spektrum-Störung. PPmP – Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie; 64(6): 206–213.

Korrespondenzadresse

Priv.-Doz. Dr. med. Leonhard Schilbach
E-Mail: leonhard_schilbach@psych.mpg.de
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Geschäftsführender Oberarzt der Klinik,
Leiter, Ambulanz und Tagklinik für Störungen der sozialen Interaktion & Unabhängige Max-Planck-Forschungsgruppe für soziale Neurowissenschaft
Max-Planck-Institut für Psychiatrie & Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie
Zentrum für Nervenheilkunde
Kraepelinstrasse 2-10
80804 München

www.klett-cotta.de/fachbuch



Narzissmus als individuelles und gesellschaftliches Problem

»Durch die exzellenten historischen und thematischen Einführungen der vier Kapitel ist es möglich, rasch einen Überblick über das Thema Narzissmus aus verschiedenen Blickwinkeln sowie über die vielfältigen Beiträge zu gewinnen – es gibt, je nach Interessensgebiet, viele Perlen zu entdecken.«
Iris Meilicke, socialnet.de

384 Seiten, gebunden mit Schutzumschlag
€ 39,95 (D)
ISBN 978-3-608-94946-9

Ingo Focke, Elke Horn, Werner Pohlmann (Hrsg.)
Erregter Stillstand
Narzissmus zwischen Wahn und Wirklichkeit

Blättern Sie im Buch und bestellen Sie im Webshop:
www.klett-cotta.de
Wir liefern **portofrei** nach D, A, CH

Fachbuch Klett-Cotta

É Klett-Cotta Verlag, J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, Rotebühlstr. 77, 70178 Stuttgart