

Helmut Remschmidt

# Das Asperger-Syndrom

Eine zu wenig bekannte Störung?

Beim Asperger-Syndrom handelt es sich um eine ausgeprägte Kontakt- und Kommunikationsstörung, die spätestens im Vorschulalter manifest wird und die durch eine qualitative Beeinträchtigung des Interaktionsverhaltens, mangelndes Einfühlungsvermögen, motorische Auffälligkeiten und ausgeprägte Sonderinteressen charakterisiert ist. Ihre soziale Bedeutung zeigt sich darin, dass die betroffenen Kinder isoliert sind, aufgrund ihrer Verhaltensauffälligkeiten überall anecken und oft auch aus schulischen Förderprogrammen herausfallen. Als Ursache der Störung werden genetische Faktoren angenommen im Verein mit umschriebenen Hirnfunktionsstörungen und neuropsychologischen Ausfällen, die alle auf eine Einschränkung im Bereich des nonverbalen

Lernens hinweisen, obwohl sich das allgemeine Intelligenzniveau meist im Normbereich bewegt. Die Behandlung muss stets die individuellen Besonderheiten des Falles berücksichtigen und stützt sich auf verhaltenstherapeutische Ansätze, die Einübung sozialer Fertigkeiten und auf die Beschäftigung unter Einbeziehung der jeweiligen Interessen und Fähigkeiten. Ein medikamentöser Einsatz ist angezeigt, wenn besondere Symptome wie ausgeprägte Hyperaktivität und Unruhe, aggressives Verhalten, Schlafstörungen oder depressive Verstimmungen auftreten.

**ZUSAMMENFASSUNG**  
Schlüsselwörter: Asperger-Syndrom, autistische Psychopathie, Persönlichkeitsstörung, Entwicklungsstörung

## Asperger's Syndrome, a Too Little Known Disorder?

Asperger's syndrome is a pervasive developmental disorder with manifestation in pre-school age. It is characterized by qualitative impairments of social interaction, deficits in empathy, motor disturbances and restricted repetitive and stereotyped patterns of behaviour, interests and activities. The social importance of the disorder becomes evident with regard to growing isolation of the children who – due to their sometimes strange and bizarre behaviour – often embarrass their environment and drop out of scholastic furtherance programmes. A genetic etiology is assumed in context with brain dysfunc-

tions and neuropsychological deficits which are all focussed on non-verbal learning even though the general intellectual level is within the normal range. Treatment has to pay attention to the individual peculiarities of the single case and is based mainly on behaviour therapy, social skills group training, vocational training and adaptation, and, if necessary, on medication. Medical treatment is indicated in the presence of special symptoms such as hyperactivity, aggressive behaviour, sleep disorders or depression.

**SUMMARY**  
Key words: Asperger's syndrome, autistic psychopathy, personality disorder, pervasive developmental disorder

Die erste Beschreibung des Syndroms erfolgte durch Hans Asperger (2), ein Jahr nachdem Leo Kanner (5) seine grundlegende Arbeit über „autistische Störungen des affektiven Kontakts“ veröffentlicht hatte. Unter deutschen, österreichischen und Schweizer Kinder- und Jugendpsychiatern war das Asperger-Syndrom (AS) als „autistische Psychopathie“ seit seiner Erstbeschreibung bekannt.

Die ersten englischsprachigen Arbeiten wurden Anfang der Sechziger Jahre veröffentlicht. Aber erst seit der Publikation von Lorna Wing (11) wurde das Asperger-Syndrom im angelsächsischen Sprachraum bekannt und fand zunehmendes Interesse. Erst 1991 fand es Eingang in die internationale Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10) und erst 1994 in das diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen (DSM-IV) der American Psychiatric Association.

Seither sind die Publikationen über das Asperger-Syndrom deutlich angestiegen.

## „High functioning“-Autismus und Asperger-Syndrom

Heute werden „High functioning“-Autismus und Asperger-Syndrom zu den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen gerechnet. Diese umfassen, außer diesen beiden Syndromen, noch das Rett-Syndrom, die desintegrative Störung des Kindesalters und einige seltener Störungen, auf die hier nicht weiter eingegangen wird. Tiefgreifende Entwicklungsstörungen sind im multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen des

Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 (8) wie folgt definiert: „Diese Gruppe von Störungen ist gekennzeichnet durch qualitative Beeinträchtigungen in den wechselseitigen sozialen Interaktionen und Kommunikationsmustern und durch ein eingeschränktes, stereotypes, sich wiederholendes Repertoire von Interessen und Aktivitäten. Diese qualitativen Auffälligkeiten sind in allen Situationen ein grundlegendes Funktionsmerkmal des betroffenen Kindes“ (Seite 97). Störungen im Sinne des „High functioning“-Autismus sind Varianten des frühkindlichen Autismus (Kanner-Syndrom), die den Kriterien für den frühkindlichen Autismus (nach ICD-10 (10) und DSM-IV (1)) entsprechen, aber durch höhere Intelligenzgrade gekennzeichnet sind. Im Allgemeinen wird ein Intelligenzquotient vorausgesetzt, der über 65 bis 70 liegt. Die diagnostischen Kriterien (nach ICD-10 und DSM-IV) für den frühkindlichen Autismus sind in *Tabelle 1* wiedergegeben. ▷

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters (Direktor: Prof. Dr. med. Dr. phil. Helmut Remschmidt) der Philipps-Universität, Marburg

Die Diagnose eines „High functioning“-Autismus wird nach den in *Tabelle 1* genannten Kriterien gestellt, wobei, wie erwähnt, ein Intelligenzquotient vorausgesetzt wird, der über 65 bis 70 liegt.

Die diagnostischen Kriterien für das Asperger-Syndrom sind in *Tabelle 2* wiedergegeben.

Der Vergleich der diagnostischen Kriterien zwischen dem frühkindlichen Autismus, zu dem ja der „High functioning“-Autismus gehört, und dem Asperger-Syndrom zeigt Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Die Unterschiede finden sich im Wesentlichen in drei Bereichen:

- Beim Asperger-Syndrom fehlt die für den frühkindlichen Autismus charakteristische Sprachentwicklungsverzögerung und die damit verbundenen Symptome im sprachlichen Bereich

(zum Beispiel Echolalie, Umkehr der Pronomina).

- Die Intelligenz ist beim Asperger-Syndrom in der Regel höher ausgeprägt als beim „High functioning“-Autismus.

- Die für das Asperger-Syndrom charakteristischen motorischen Auffälligkeiten (motorische Ungeschicklichkeit, linkische Motorik, motorische Koordinationsstörungen) sind beim frühkindlichen Autismus (Kanner-Syndrom) nicht vorhanden, es sei denn der frühkindliche Autismus ist mit einer anderen Störung assoziiert, die auch die Motorik beeinträchtigt. Es gibt mittlerweile rund 30 Syndrome, die gehäuft mit frühkindlichem Autismus oder zumindest einer mehr oder weniger ausgeprägten autistischen Symptomatik einhergehen.

Der Vergleich der beiden Syndrome ist in *Tabelle 3* noch einmal übersichtlich dargestellt.

Die Unterscheidung der beiden Syndrome ist aber umso schwieriger je höher die Intelligenz der Patienten mit frühkindlichem Autismus (Kanner-Syndrom) ist. Es gibt sogar Autoren (3), die der Ansicht sind, dass es in manchen Fällen angemessen ist, zu einem Zeitpunkt frühkindlichen Autismus und zu einem anderen Zeitpunkt ein Asperger-Syndrom zu diagnostizieren. Wenn dem so ist, so würde dies bedeuten, dass bei ein und demselben Patienten in verschiedenen Entwicklungsstadien einmal die eine und einmal die andere Diagnose zutreffen kann (3). Andererseits hat eine andere Arbeitsgruppe (6) gezeigt, dass die beiden Syndrome voneinander unterschieden werden können, wenn man sehr sorgfältig mit neuropsychologischen Methoden an diese Differenzierung herangeht. Nach Klin et al. (6) ergaben sich sechs für das Asperger-Syndrom charakteristische Auffälligkeiten: Defizite in der Feinmotorik, in der visuomotorischen Integration, in der visuellen Raumwahrnehmung, in der nonverbalen Konzeptbildung, in der Grobmotorik und im visuellen Gedächtnis. Hingegen erwiesen sich folgende Defizite für den „High functioning“-Autismus als charakteristisch: Störung der Artikulation, des verbalen Ausdrucks, der auditiven Wahrnehmung, des Wortschatzes und des verbalen Gedächtnisses.

### Differenzialdiagnose

Abgegrenzt werden müssen „High functioning“-Autismus und Asperger-Syndrom von folgenden anderen Störungsmustern: Schizophrenie, schizoide Persönlichkeitsstörung, Zwangsstörung, Gilles-de-la-Tourette-Syndrom und nonverbale Lernstörung.

Die Abgrenzung von der Schizophrenie erfolgt durch die klassischen schizophrenen Symptome wie Wahn, Halluzinationen, Störung des Antriebs, Denkstörungen, die beim Asperger-Syndrom nicht zu finden sind. Es muss aber darauf hingewiesen werden, dass ein Übergang vom Asperger-Syndrom in eine schizophrene Erkrankung

**Tabelle 1**

**Diagnostische Kriterien für den frühkindlichen Autismus nach ICD-10 und DSM-IV (gekürzt und sinngemäß)**

ICD-10	DSM-IV
Qualitative Beeinträchtigungen wechselseitiger sozialer Aktionen (z. B. unangemessene Einschätzung sozialer und emotionaler Signale; geringer Gebrauch sozialer Signale)	Qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktion (z. B. bei nonverbalen Verhaltensweisen wie Blickkontakt; Beziehungsaufnahme zu Gleichaltrigen; Ausdruck von Gefühlen)
Qualitative Beeinträchtigungen der Kommunikation (z. B. Fehlen eines sozialen Gebrauchs sprachlicher Fertigkeiten; Mangel an emotionaler Resonanz auf verbale und nonverbale Annäherungen durch andere Menschen; Veränderungen der Sprachmelodie)	Qualitative Beeinträchtigung der Kommunikation (z. B. verzögerte oder ausbleibende Sprachentwicklung, stereotyper oder repetitiver Gebrauch der Sprache; Fehlen von entwicklungsgemäßen Rollen- und Imitationsspielen)
Eingeschränkte Interessen und stereotype Verhaltensmuster (z. B. Starre und Routine hinsichtlich alltäglicher Beschäftigungen; Widerstand gegen Veränderungen)	Beschränkte repetitive und stereotype Verhaltensweisen, Interessen und Aktivitäten
Unspezifische Probleme wie Befürchtungen, Phobien, Schlaf- und Essstörungen, Wutausbrüche, Aggressionen, Selbstverletzungen	Beginn vor dem 3. Lebensjahr und Verzögerungen oder abnorme Funktionsfähigkeit
Manifestation vor dem 3. Lebensjahr	

kung in etwa fünf Prozent der Fälle stattfindet (12). Dies trifft jedoch nicht für den frühkindlichen Autismus zu, dessen Variante ja der „High functioning“-Autismus ist.

Nicht einfach ist die Differenzierung des Asperger-Syndroms und des „High functioning“-Autismus von einer schizoiden Persönlichkeitsstörung. Nach der ICD-10 schließt die Diagnose einer schizoiden Persönlichkeitsstörung das Asperger-Syndrom aus. Andererseits schließt das Asperger-Syndrom eine schizoide Persönlichkeitsstörung des Kindesalters ein. Hier ist noch Klärungs- und Forschungsbedarf. Im Hinblick auf Zwangsstörungen ist zu vermerken, dass einige Patienten mit Asperger-Syndrom die Kriterien für eine Zwangserkrankung oder eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung erfüllen. In den meisten Fällen einer Zwangsstörung ist jedoch eine zuverlässige Abgrenzung möglich, bei der zwanghaften Persönlichkeitsstörung ist es schwieriger. Ein Gilles-de-la-Tourette-Syndrom (GTS) lässt sich in der Regel gut vom Asperger-Syndrom und vom „High functioning“-Autismus abgrenzen. Dies geschieht aufgrund der charakteristischen Symptomatik für das GTS (multiple, motorische und vokale Tics). Es ist aber ein gemeinsames Vorkommen von Asperger-Syndrom und GTS beschrieben worden, was als Komorbidität bezeichnet wird. Das Konzept der nonverbalen Lernstörung umfasst verschiedene neuropsychologische Störungen (zum Beispiel Defizite bei der psychomotorischen Koordination, Defizite im Hinblick auf den Tastsinn, bei der nonverbalen Problemlösefähigkeit und der visuellen Raumwahrnehmung), die ein Kind in der Entwicklung seiner Lernfähigkeit und auch in seiner Persönlichkeitsentwicklung einschränken. Man nimmt an, dass diese Defizite, die auch einen ungeschickten Sprachgebrauch sowie wesentliche Beeinträchtigungen der sozialen Wahrnehmung umfassen, schließlich zu einem sozialen Rückzug führen und zu Kontaktproblemen, sodass sich daraus die Notwendigkeit der Abgrenzung vom „High functioning“-Autismus und vom Asperger-Syndrom ergibt. Auch ein gemeinsames Vorkommen von Asperger-Syndrom und Anorexia nervosa wurde von Gillberg beschrieben (4).

## Ursachen

### Genetische Faktoren

Bereits Asperger (2) stellte fest, dass bei fast allen der von ihm untersuchten Fälle mit „autistischer Psycho-pathie“ mindestens ein Elternteil mit ähnlichen Persönlichkeitsmerkmalen zu finden war. Er berichtete ferner darüber, dass die Väter oft sehr intellektuell ausgerichtet seien. In der Verlaufuntersuchung von Wolff (12), die sich auf eine Stichprobe schizoider Kinder und Kinder mit Asperger-Syndrom konzentrierte, ergaben sich ebenfalls Hinweise auf eine familiäre Belastung mit „schizoiden Persönlichkeitsmerkmalen“. Aus diesen Beobachtungen kann man schließen, dass genetische Faktoren zur Verursachung der Störung in erheblichem Umfang beitragen. Ausgedehnte Familienuntersuchungen sind erforderlich, um die Hypothese einer genetischen Verursachung zu überprüfen. Beim frühkindlichen Autismus (Kanner-Syndrom) ist

die genetische Verursachung durch Familienuntersuchungen und Zwillingsuntersuchungen eindeutig nachgewiesen, wobei in jüngster Zeit auch molekulargenetische Untersuchungen durchgeführt worden sind, welche bereits mehrere Kandidaten-Regionen auf Körperchromosomen wahrscheinlich gemacht haben (zum Beispiel auf Chromosom 7 und Chromosom 15).

### Hirnschädigung und Hirnfunktionsstörungen

In mehreren Untersuchungen wurde darauf hingewiesen, dass Kinder mit Asperger-Syndrom zwischen 40 und 70 Prozent prä- oder perinatale Komplikationen aufweisen. Insgesamt scheint jedoch die Häufigkeit zerebraler Dysfunktionen nach prä- oder perinatalen Komplikationen bei Kindern mit Asperger-Syndrom niedriger zu sein als bei Kindern mit Kanner-Syndrom beziehungsweise „High functioning“-Autismus. Die Schwierigkeit aller dieser Untersuchungen liegt jedoch

Tabelle 2

#### Diagnostische Kriterien für das Asperger-Syndrom nach ICD-10 und DSM-IV (gekürzt und sinngemäß)

ICD-10	DSM-IV
Fehlen einer Sprachentwicklungsverzögerung oder einer Verzögerung der kognitiven Entwicklung Die Diagnose erfordert, dass einzelne Worte im 2. Lebensjahr oder früher benutzt werden	Qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktion in mehreren (mindestens 2) Bereichen: (z. B. bei nonverbalem Verhalten, in der Beziehung zu Gleichaltrigen, in der emotionalen Resonanz)
Qualitative Beeinträchtigungen der gegenseitigen sozialen Interaktionen (entsprechend den Kriterien des frühkindlichen Autismus)	Beschränkte repetitive und stereotype Verhaltensmuster (z. B. in den Interessen, den Gewohnheiten oder der Motorik)
Ungewöhnliche und sehr ausgeprägte umschriebene Interessen (ausgestanzte Sonderinteressen) und stereotype Verhaltensmuster	Klinisch bedeutsame Beeinträchtigung in sozialen oder beruflichen Funktionsbereichen
Die Störung ist nicht einer anderen tiefgreifenden Entwicklungsstörung zuzuordnen	Kein klinisch bedeutsamer Sprachrückstand und keine klinisch bedeutsamen Verzögerungen der kognitiven Entwicklung
	Die Störung erfüllt nicht die Kriterien einer anderen tiefgreifenden Entwicklungsstörung

darin, dass sie auf klinischen Stichproben beruhen und insofern keine allgemein gültigen Schlussfolgerungen zulassen, da klinische Stichproben immer stark selektiert sind. Es existieren eine Reihe weiterer Untersuchungen, die Hinweise auf Hirnschädigungen beziehungsweise Hirnfunktionsstörungen erbracht haben, insbesondere im Hinblick auf den parietalen und frontalen Kortex. Aus diesen und anderen Defiziten (einschließlich der neuropsychologischen Defizite) hat man geschlossen, dass sowohl das Asperger-Syndrom als auch andere autistische Syndrome die Konsequenz einer Entwicklungsstörung neuronaler Netze sind, die zu einer Fehlverarbeitung komplexer Informationen führt.

### Neuropsychologische Defizite

Die Neuropsychologie befasst sich mit der Untersuchung und Objektivierung von Hirnfunktionen und Hirnfunktionsstörungen mithilfe psychologischer Methoden. Wie bereits erwähnt konnten Klin et al. (6) sechs neuropsychologische Defizite identifizieren, die sich als gute Prädiktoren für das Asperger-Syndrom erwiesen. Interessant ist, dass alle diese Defizite in den Bereich der nonverbalen Lernbehinderung gehören (Feinmotorik, visuomotorische Integration, visuelle Raumwahrnehmung und anderes). Auch bezüglich des Intelligenzquotienten stimmen mehrere Studien darin über-

ein, dass der IQ beim Asperger-Syndrom in der Regel höher ist als beim „High functioning“-Autismus.

Ein weiteres interessantes Konzept ist das der „theory of mind“. Dieser Begriff beschreibt die Fähigkeit, psychische Zustände (Gefühle und Gedanken) anderen Personen und sich selbst zuzuschreiben. Mehrere Studien haben gezeigt, dass Kinder mit einer autistischen Persönlichkeitsstörung (AS) und „High functioning“-Autismus Defizite in Bezug auf diese Funktionen haben. Jüngste Untersuchungen an der Yale University haben gezeigt, dass Kinder und Jugendliche mit „High functioning“-Autismus und Asperger-Syndrom Schwierigkeiten haben, den emotionalen Ausdruck von Gesichtern zu verstehen und zu differenzieren, was ihnen bei Objekten gut und zum Teil mühelos gelingt. Mithilfe von bildgebenden Verfahren wurde darüber hinaus festgestellt, dass die Betreffenden den Ausdruck menschlicher Gesichter dort verarbeiten, wo gesunde Kinder und Jugendliche Objekte verarbeiten; das heißt sie betrachten das menschliche Gesicht und dessen emotionalen Ausdruck wie ein Objekt (8). Diese jüngsten Forschungsergebnisse stimmen gut mit der Beobachtung im Alltag überein, nämlich mit dem fehlenden Einfühlungsvermögen der Betroffenen und mit ihrem Unverständnis für zwischenmenschliche Interaktionen und Situationen.

### Behandlung

Da es derzeit keine kausal wirksamen Therapiemethoden gibt, kann die Behandlung nur unterstützender und symptomatischer Art sein. Dennoch kann man viel erreichen, wenn man kontinuierlich und strukturiert vorgeht, und zwar nach jenen Prinzipien, die sich bei autistischen Störungen generell bewährt haben:

- Anwendung strukturierter Therapieansätze, die an ganz konkreten Verhaltensproblemen ansetzen
- Berücksichtigung des individuellen Entwicklungsstandes
- Einbeziehung der Eltern und Bezugspersonen

Tabelle 3

Frühkindlicher Autismus und Asperger-Syndrom: Gemeinsamkeiten und Unterschiede

	Frühkindlicher Autismus (Kanner-Syndrom)	Autistische Psychopathie (Asperger-Syndrom)
Erste Auffälligkeiten	Meist in den ersten Lebensmonaten	Markante Auffälligkeiten etwa vom 3. Lebensjahr an
Blickkontakt	Zunächst oft fehlend, später selten, flüchtig, ausweichend	Selten, flüchtig
Sprache	Später Sprachbeginn, häufig sogar Ausbleiben einer Sprachentwicklung (etwa 50%)  Stark verzögerte Sprachentwicklung  Die Sprache hat anfänglich keine kommunikative Funktion (Echolalie)	Früher Sprachbeginn  Rasche Entwicklung einer grammatisch und stilistisch hochstehenden Sprache  Die Sprache hat immer eine kommunikative Funktion, die allerdings gestört ist (Spontanrede)
Intelligenz	Meist erheblich eingeschränkte intellektuelle Leistungen, charakteristische Intelligenzstruktur	Gute bis überdurchschnittliche intellektuelle Leistungen, Intelligenzschwäche selten
Motorik	Keine Einschränkungen, sofern nicht eine zusätzliche Erkrankung vorliegt	Auffällige Motorik: motorische Ungeschicklichkeit, grob- und feinmotorische Koordinationsstörungen, ungelenke und linkische Motorik

- Berücksichtigung der schulischen/beruflichen Situation

- gezielte Interventionen bei Auftreten besonderer Symptome (zum Beispiel selbstverletzendes Verhalten, aggressives Verhalten, Schlafstörungen)

- Integration einer Maßnahme in ein Gesamtkonzept unter Berücksichtigung der Ressourcen des Kindes und der Familie

- je früher die Behandlung beginnt, desto eher kann man positive Ergebnisse erwarten.

**Therapeutische Interventionen beim Asperger-Syndrom und „High functioning“-Autismus (modifiziert nach [7])**

*Individuelle Behandlung*

- Anregung von Lernprozessen zur eigenen Lebensperspektive
- Aufbau einer Beziehung und des Gefühls für Vertrauen
- Anregung zur Analyse und Organisation der eigenen Denkprozesse, Herausarbeitung der Zusammenhänge von Ereignissen
- Einübung der Bewältigung von Alltagsproblemen

*Einübung sozialer Fertigkeiten in einer Gruppensituation*

- Förderung des Interesses an sozialen Interaktionen
- Förderung des Verständnisses sozialer Regeln
- Vermittlung sozialer Erfahrungen

*Berufliches Training und Beschäftigung*

- Nutzung der Spezialinteressen für die berufliche Ausbildung
- Bereitstellung beruflicher Möglichkeiten, die den besonderen individuellen Fähigkeiten angepasst sind
- Vermeidung von Beschäftigungen, die intensive soziale Kontakte erfordern

*Medikation*

- Zielorientierte Anwendung einer Medikation nach Maßgabe der Symptomatik beziehungsweise der Verhaltensauffälligkeiten
- Die Medikation darf stets nur eine Komponente in einem umfassenderen Behandlungsplan sein

Über diese allgemeinen Grundsätze hinaus haben sich die im *Textkasten* angeführten therapeutischen Interventionen bei „High functioning“-Autismus und Asperger-Syndrom bewährt.

Es ist auch der Versuch unternommen worden Jugendliche mit „High functioning“-Autismus und Asperger-Syndrom zu trainieren, die Gefühle anderer zu erkennen und auf sie einzugehen. Befragungen von Eltern und Lehrern haben aber ergeben, dass keine Veränderungen in der alltäglichen sozialen Kompetenz eingetreten waren. Dieser Befund bestätigt die Ergebnisse verschiedener Therapieversuche, die zu dem Ergebnis kamen, dass keine wirkliche Generalisation aus der experimentellen Situation ins tägliche Leben stattfindet. Zuweilen ist auch eine medikamentöse Behandlung notwendig. Es existieren positive Berichte im Hinblick auf Clomipramin bei Zwangssymptomen und ritualisierten Handlungen. Ferner gibt es Hinweise darauf, dass Stimulanzien schwere Aufmerksamkeitsstörungen verbessern können und dass bei erheblichen Unruhezuständen auch Neuroleptika angezeigt sind. Bisher wenig beachtet wurde die Tatsache, dass Kinder mit „High functioning“-Autismus und Asperger-Syndrom auch unter depressiven Verstimmungen leiden können. In solchen Fällen ist auch eine antidepressive Behandlung angezeigt, wobei sich die Serotonin-Wiederaufnahmehemmer bewährt haben.

**Krankheitsverlauf**

Im Gegensatz zum frühkindlichen Autismus (Kanner-Syndrom) gibt es nur wenige Verlaufsbeobachtungen zur Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit „High functioning“-Autismus und Asperger-Syndrom. Die ausführlichste Studie wurde von Wolff (12) durchgeführt. Ihre Ergebnisse zeigen, dass die Diagnose in der Mehrzahl der Fälle stabil war und dass im Langzeitverlauf auch Besserungen eingetreten waren. Dies entspricht auch der Einschätzung Aspergers (2), der die Meinung vertrat, dass Kinder mit autistischer Persön-

lichkeitsstörung (autistische Psychopathie) eine bessere Prognose aufweisen als Kinder mit frühkindlichem Autismus.

Zitierweise dieses Beitrags:

Dt Ärztebl 2000; 97: A-1296-1301 [Heft 19]

**Literatur**

1. American Psychiatric Association: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-IV). Deutsche Bearbeitung von Saß H, Wittchen HU, Zaudig M. Göttingen, Bern, Toronto: Hogrefe, 1996, amerikanische Ausgabe 1994.
2. Asperger H: Die „autistischen Psychopathen“ im Kindesalter. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 1944; 117: 76-136.
3. Gillberg C: Asperger syndrome and high-functioning autism. Br J Psychiatry 1998; 172: 200-209.
4. Gillberg C, Råstam M, Gillberg C: Anorexia nervosa outcome: Six year controlled longitudinal study of 51 cases including a population cohort. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry 1994; 33: 729-739.
5. Kanner, L.: Autistic disturbances of affective contact. Nervous Child 1943; 2: 217-250.
6. Klin A, Volkmar FR, Sparrow SS, Cicchetti DV, Rourke BP: Validity and neuropsychological characterization of Asperger syndrome: convergence with non-verbal learning disabilities syndrome. J Child Psychology Psychiatry 1995; 36: 1127-1140.
7. Mesibov GB: Treatment issues with high-functioning adolescents and adults with autism. In: Schopler E, Mesibov GB eds.: High-functioning individuals with autism. Current issues in autism. New York: Plenum Press 1992: 143-155.
8. Remschmidt H, Schmidt MH, (Hrsg.): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Bern: Huber 1994.
9. Schultz RT, Gauthier I, Klin A, Fulbright RK, Anderson AW, Volkmar F, Skudlarski P, Lacadie C, Cohen DJ, Gore JC: Abnormal ventral temporal cortical activity among individuals with autism and Asperger syndrome during face discrimination. Archives General Psychiatry 2000 (in press).
10. WHO: Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10). Hrsg Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Bern, Göttingen, Toronto: Huber 1991.
11. Wing L: Asperger's syndrome: A clinical account. Psychological Medicine 1981; 11: 115-129.
12. Wolff S: Loners. The life path of unusual children. London, New York: Routledge 1995.

**Anschrift des Verfassers**

Prof. Dr. med. Dr. phil.  
Helmut Remschmidt  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters  
Philipps-Universität  
Hans-Sachs-Straße 6  
35033 Marburg