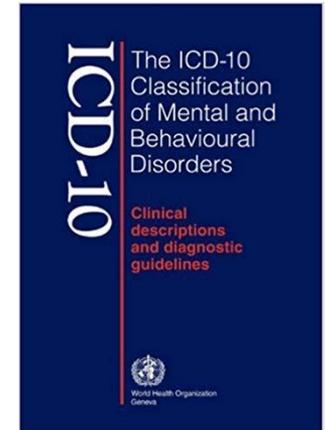




# ICD-10 (1992):

## Tiefgreifende Entwicklungsstörungen

- F84.0 Frühkindlicher Autismus
- F84.1 Atypischer Autismus
- F84.5 Asperger-Syndrom

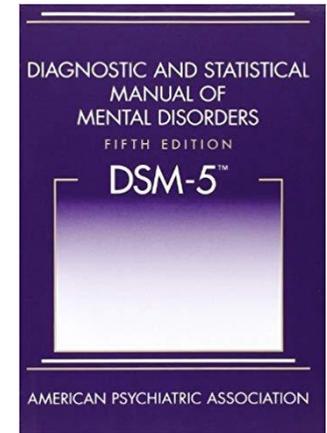


- Das differenzierende Kriterium ist nur der Spracherwerb bis zum 3. Lebensjahr
- Eine valide Trennung ist nach neueren wissenschaftlichen Untersuchungen nicht möglich<sup>1</sup>

# DSM-5 (2013)

- Neukonzeptionierung der Kategorie „neuronale Entwicklungsstörungen“

1. Intelligenzminderung
2. Kommunikationsstörungen, inkl. Sprachstörungen  
**Störungen der sozialen (pragmatischen) Kommunikation**
- 3. Autismus-Spektrum-Störungen**
4. Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)
5. Spezifische Lernstörungen
6. Störungen der Motorik inkl. Tic-Störung und Tourette-Syndrom



# DSM-5

## Autismus-Spektrum-Störungen

- Wechsel zum dimensionalen Ansatz
  - Klinisch beobachtbar fließende Übergänge
    - zwischen bisherigen Unterkategorien
    - zwischen unterschiedlichen Entwicklungsstörungen
    - zwischen „typischer“ und „untypischer“ Entwicklung
    - zwischen (sogenannter) psychischer Gesundheit und Psychiatrischer Erkrankung<sup>2</sup>
  - Empirischer Nachweis: „nicht erkrankte“ Verwandte mit ähnlichen aber geringeren autistischen Persönlichkeitsmerkmalen<sup>3</sup>
  - Wahrscheinlich gemeinsame, komplexe genetische Prägung für „autistische Persönlichkeitsmerkmale“<sup>4</sup>

# DSM-5

## Diagnosekriterien

- A. Andauernde Defizite der sozialen Kommunikation und sozialen Interaktion in allen Kontexten, die nicht durch generelle Entwicklungsverzögerungen erklärt werden und sich in allen folgenden Bereichen manifestieren:
1. Defizite in der sozial-emotionalen Gegenseitigkeit
  2. Defizite im nonverbalen kommunikativen Verhalten in der sozialen Interaktion
  3. Defizite beim Eingehen und Aufrechterhalten von Beziehungen, entsprechend dem Entwicklungsstand (ausgenommen Bezugspersonen)

# Diagnostik

## Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion

- Ungewöhnliche zwischenmenschliche Verhaltensmuster
  - Zwanglosigkeit in Beziehung fällt extrem schwer
  - Small-Talk dtl. erschwert
  - Auffälliges Blickverhalten (Vermeidung von Blickkontakt, starrender Blick, kaum Modulation)
  - Ausgesprochen Erschwernis soziale Signale zu decodieren (emotionaler Gehalt von Gesichtsausdrücken)
  - Kaum spontanes/unreflektiertes Mitschwingen mit geteilter Emotion, eher synthetisch (eingeübt) oder sogar gar nicht wahrgenommen.



# Diagnostik

## Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion

- Seltsames Sprachverhalten
  - Monotone Sprache, wenig moduliert, eintönig
  - Gestelzter, manirierter Sprachstil
  - Wahrnehmung von Sprachmelodie und Prosodie (Pausen, Intonation, Färbung) sehr erschwert. Darin verschlüsselte Informationen werden „überhört“ und sich auf das wörtliche konzentriert
    - weitere Probleme in Small-Talk, mit mehreren Gesprächsteilnehmer, Ironie, Zweideutigkeit, Humor



# DSM-5

## Diagnosekriterien

- B. Restriktive, repetitive Verhaltensmuster, Interessenmuster, oder Aktivitätsmuster, die sich in wenigstens 2 der folgenden Bereiche manifestieren:
1. Stereotype/s/r o. repetitive/s/r Sprechen, Bewegungen, oder Gebrauch von Objekten
  2. Exzessives Festhalten an Routinen, ritualisierte Muster verbalen oder nonverbalen Verhaltens, oder exzessiver Widerstand gegen Veränderung
  3. Hochgradig eingegrenzte, fixierte Interessen, die unnormal im Hinblick auf Intensität oder Thema sind
  4. Hyper- oder hypo-Reaktivität auf sensorischen Input oder ungewöhnliches Interesse an sensorischen Aspekten der Umgebung



# Allgemeines

- WHO 1991:
- Asperger-Syndrom = Entwicklungsstörung
- Entwicklungsstörung ist definiert
  1. Der Beginn ausnahmslos im Kleinkindalter oder Kindheit.
  2. Die Einschränkung / Verzögerung ist eng mit der biologischen Reifung des Zentralnervensystems verbunden
  3. Stetiger Verlauf, keine Remissionen, Fluktuationen oder Rezidive.

# DSM-5

## Diagnosekriterien

- C. Symptome müssen seit früher Kindheit vorhanden sein (aber können erst dann offensichtlich werden, wenn soziale Anforderungen die Kompensationsmöglichkeiten überschreiten)
- D. Symptome begrenzen und beeinträchtigen insgesamt das alltägliche Funktionieren.

# Epidemiologie

## Grundsätzliches

- Autismus-Spektrum-Störungen können in zwei Untergruppen aufgeteilt werden:
  1. Symptomatische, **sekundäre** Form einer ASS, bei denen eine klar identifizierbare Erkrankung als wahrscheinliche Ursache für die ASS erkennbar ist.
  2. Idiopathische oder **primäre** Variante der ASS, bei denen wahrscheinlich eine komplexe, multifaktorielle Genetik im Sinne einer familiären Veranlagung zu der beobachtbaren Klinik führt.



# Epidemiologie

## Primäre ASS

- Vermutlich seltene, hoch-penetrante Genmutationen
  - Konkordanz je nach Begrenzung des Autismusbegriffes 60%<sup>5</sup> bis 91 %<sup>6</sup>
- Eher quantitatives Funktionskontinuum mit mehreren Genvarianten (sog. Risiko-/Anfälligkeitsgene), die einzeln nur kleine Effektstärken aufweisen, miteinander interagieren und Umwelteinflüssen unterliegen = komplexgenetisches Modell.

# Pathogenese

Theorie der schwachen zentralen Kohärenz

- Unterschied in der Informationsverarbeitung
- Fokussierung auf Details, der Gesamtzusammenhang gerät in den Hintergrund.
- 10% ASS-Patienten entwickeln sog. Savant-Fähigkeit.
- Beispiel Stephen Wiltshire, der 45 Minuten mit einem Helikopter ein Teil von Rom sah:

# Pathogenese

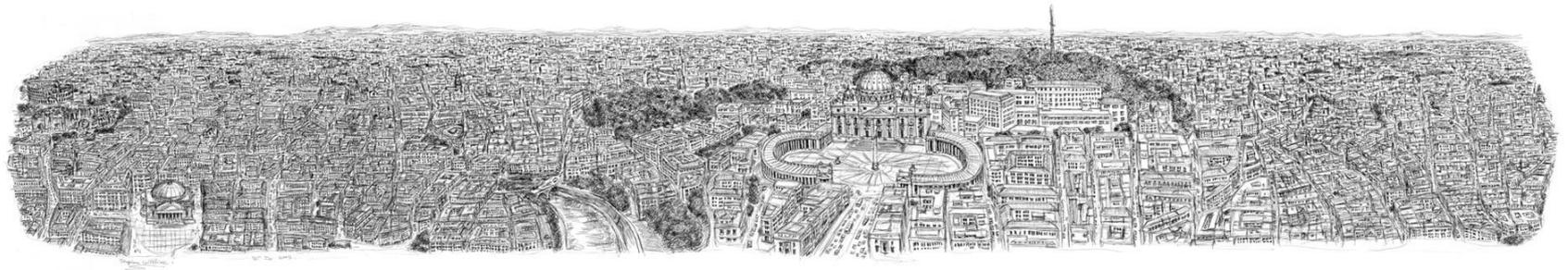
Theorie der schwachen zentralen Kohärenz



*Theodor Fliedner Stiftung*  
Fliedner Klinik Gevelsberg

# Pathogenese

Theorie der schwachen zentralen Kohärenz



In 3 Tagen 5m breites hochdetailliertes Panorama gezeichnet  
aus dem Gedächtnis.

# Pathogenese

## Theorie der schwachen zentralen Kohärenz

- Beispiel: Ein Bild mit Menschen.
  - Neurotypische reagieren auf den sozialen Attraktor und versuchen über den Gesamtzusammenhang Gefühle und soziale Kontexte zu erkennen und zu verstehen.
    - Zentrale Kohärenz = Drang zur Bedeutungszuschreibung -> visuelle Informationen werden eher global verstanden, Details unterdrückt
  - Menschen mit ASS bemerken Muster, Bilddetails, oft eher unbelebte Gegenstände.
    - Höhere Bedeutung lokaler Informationen

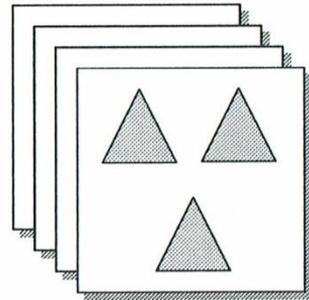
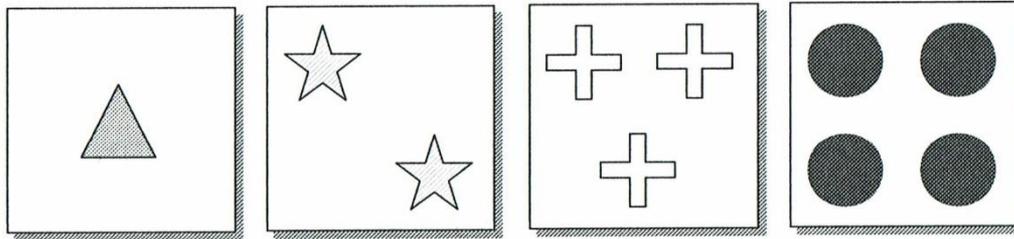
# Pathogenese

## Exekutive Dysfunktion

- Exekutive Funktionen sind Fähigkeiten, eine angemessene Anzahl von Problemlösefunktionen für ein in der Zukunft liegendes Ziel zur Verfügung zu haben.
  - Dazu gehören: Planung, Impulskontrolle, Inhibition und Flexibilität von Gedanken und Aktionen
- ASS-Patienten haben beispielsweise Probleme mit Flexibilität und Planung.

# Pathogenese

## Exekutive Dysfunktion

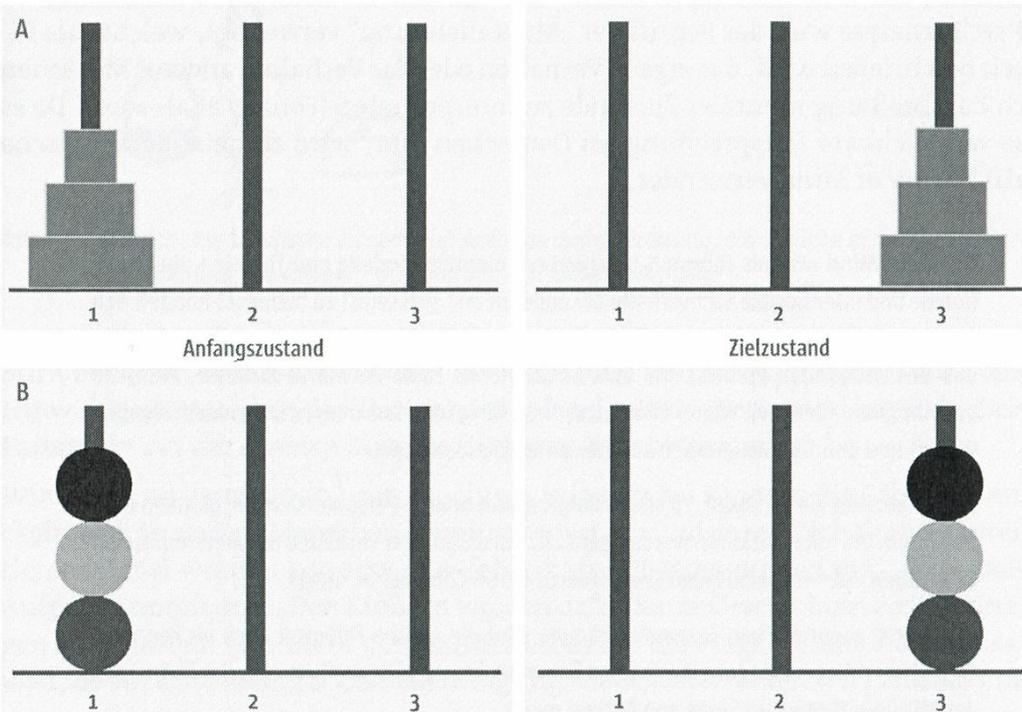


Flexibilität

Abb. 2 Wisconsin Card Sorting Test (WCST). Beim WCST müssen einzelne Karten aus einem Stapel nacheinander einer der vier oberen Karten passend zugeordnet werden. Die zugrunde liegenden Regeln werden jedoch vom Versuchsleiter nicht explizit mitgeteilt, sondern müssen über Versuch und Irrtum herausgefunden werden. Nachdem eine Karte angelegt wurde, wird eine Rückmeldung darüber gegeben, ob die angelegte Karte der Regel entspricht oder nicht.

# Pathogenese

## Exekutive Dysfunktion



Planung

Abb. 4 A) Turm von Hanoi. Eine größere Scheibe darf nie über einer kleineren liegen. Es darf immer nur eine Scheibe pro Zug bewegt werden. B) Turm von London. Es darf immer nur eine Kugel pro Zug bewegt werden. Bei beiden Aufgaben sollen von einem Anfangszustand aus die Scheiben bzw. Kugeln so umgesetzt werden, dass der Zielzustand mit einer minimalen Anzahl von Zügen erreicht wird.

# Pathogenese

## Theory of Mind

- Die Theory of Mind wird als Fähigkeit beschrieben, mentale Modelle und Theorien über emotionale und intentionale Sachverhalte bei andere und sich selbst zu bilden.
- Beinhaltet nicht direkt sichtbare Denkvorgänge:
  - Ansichten
  - Meinungen
  - Vorstellungen
  - Überzeugungen

# Pathogenese

## Theory of Mind

- Beinhaltet handlungsleitende Faktoren
  - Wünsche
  - Bedürfnisse
  - Absichten
- Beinhaltet die Fähigkeit,
  - zwischen eigenem Wissen und den Überzeugungen anderer unterscheiden zu können.
  - Schlussfolgern zu können, was andere denken, glauben, oder begehren.
  - und diese Informationen zu nutzen, um Verhalten von anderen zu erklären oder vorherzusagen.

# Pathogenese

## Theory of Mind

Einfache False-Belief-Aufgabe:

Sally und Ann werden vorgestellt

Sally hat einen Ball und legt diesen in den Korb

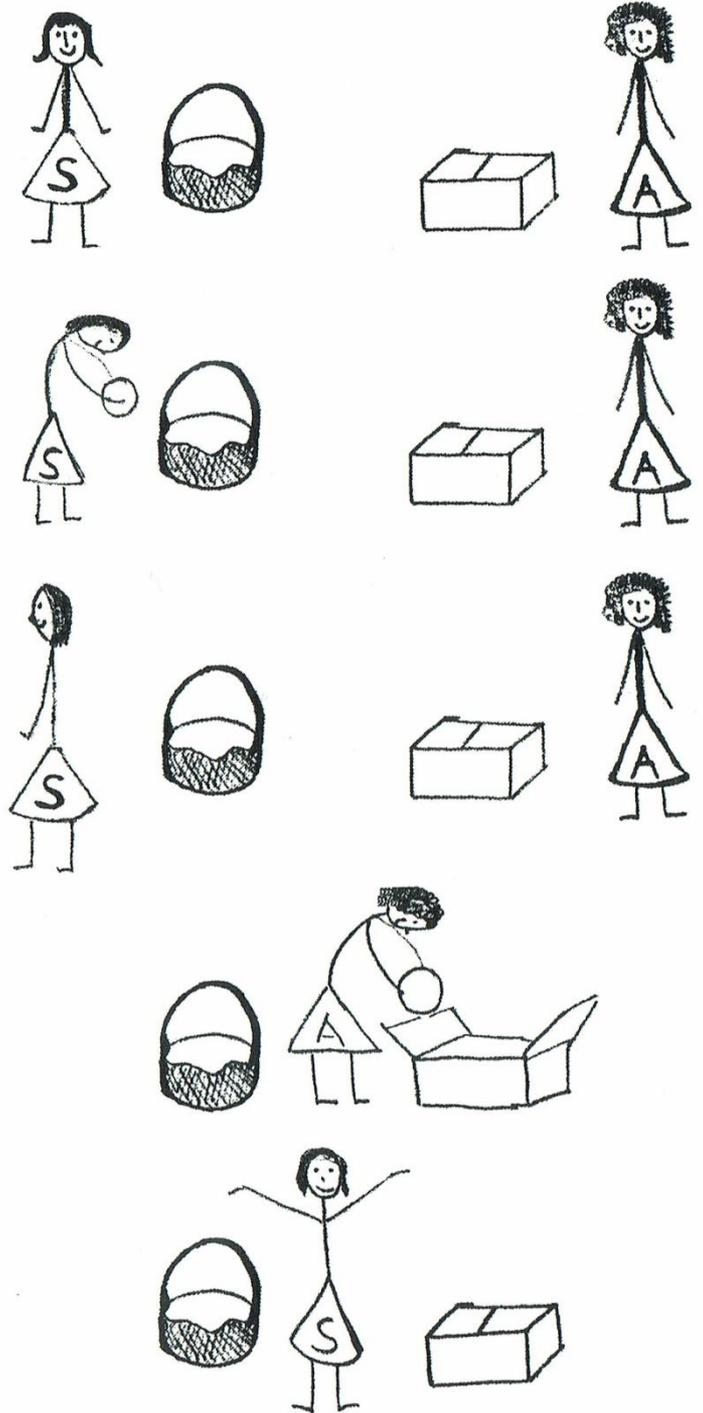
Sally geht.

Ann verlagert den Ball in eine Kiste und geht

Sally kehrt zurück und will mit dem Ball spielen.

Wo wird Sally den Ball suchen?

Wird erkannt, dass das eigene Wissen darum,  
wo der Ball ist, nicht der Wissensstand von Sally  
ist?



# Pathogenese

## Theory of Mind

- ToM befähigt auch zu Notlügen und Täuschungen
  - Wissen über Überzeugungen und deren Manipulierbarkeit
- ToM befähigt auch dazu, diese als solche zu entlarven.
- ASS-Menschen haben in allen Bereichen der ToM Probleme<sup>7</sup> und können schlechter Täuschen und sind leichter täuschbar<sup>8</sup>

# Pathogenese

## Empathie

- „Menschen mit ASS haben keine Empathie!“
- Falsch<sup>9</sup>:
  - Personen mit ASS haben Probleme, bei anderen Emotionen zu erkennen
    - Kognitive Empathie erschwert
    - Dies wird von Außenstehenden häufig bemerkt.
  - Häufig weniger Schwierigkeiten, empathisch zu sein, mitfühlend zu reagieren, sobald die Emotion identifiziert wurde.
    - Emotionale Empathie wenig bis nicht gestört.
    - Emotionale Empathie aber nicht gut „sichtbar“
- Die vorhandene empathische Reaktion „versteckt“ sich.

# Pathogenese

## Alexithymie

- Schwierigkeiten Gefühle zu erkennen und zu beschreiben.
- Alexithymie I:
  - Niedrige bewusste Wahrnehmung der emotionalen Erregung UND eine geringe Fähigkeit, diese Erregung kognitiv als ein bestimmtes Gefühl zu interpretieren.
- Alexithymie II:
  - Normaler / hoher Grad bewußter Wahrnehmung der Emotionalen Erregung, jedoch ebenfalls geringe Fähigkeit, diese Erregung kognitiv als ein bestimmtes Gefühl zu interpretieren.
- ASS-Patienten : Alexithymie II<sup>10</sup>

# Epidemiologie

## Prävalenz Autismus-Spektrum-Störungen

- Kim et al. 2011 (Südkorea)
  - 55.266 Kinder (7-12 Jahre)
  - Allgemeine Prävalenz 2,64% (95% CI=1.91–3.37)
  - Regelschule Prävalenz 1,89% (95% CI=1.43–2.36)
  - Förderschule Prävalenz 0,75% (95% CI=0.58–0.93)
  - Vergleich Regelschule vs. Förderschule
    - vglw. mehr Mädchen betroffen: m:w 2,5:1 vs. 5,1:1
    - Durchschnitts-IQ höher: 98 vs. 75
    - Mehr überdurchschnittlicher IQ: 12% vs. 7%
    - Weniger unterdurchschnittlicher IQ: 16% vs. 59%
- CDC 2015: 1:68 entspr. 1,47% Prävalenz



# Epidemiologie

## Shift der Prävalenz

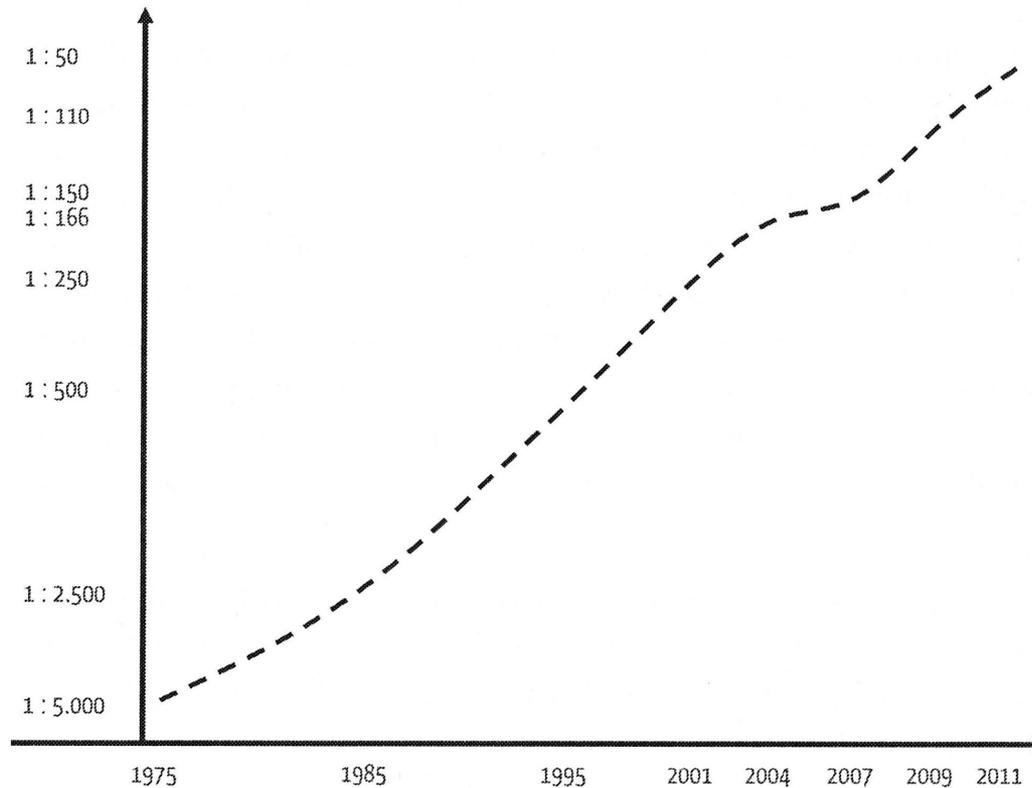


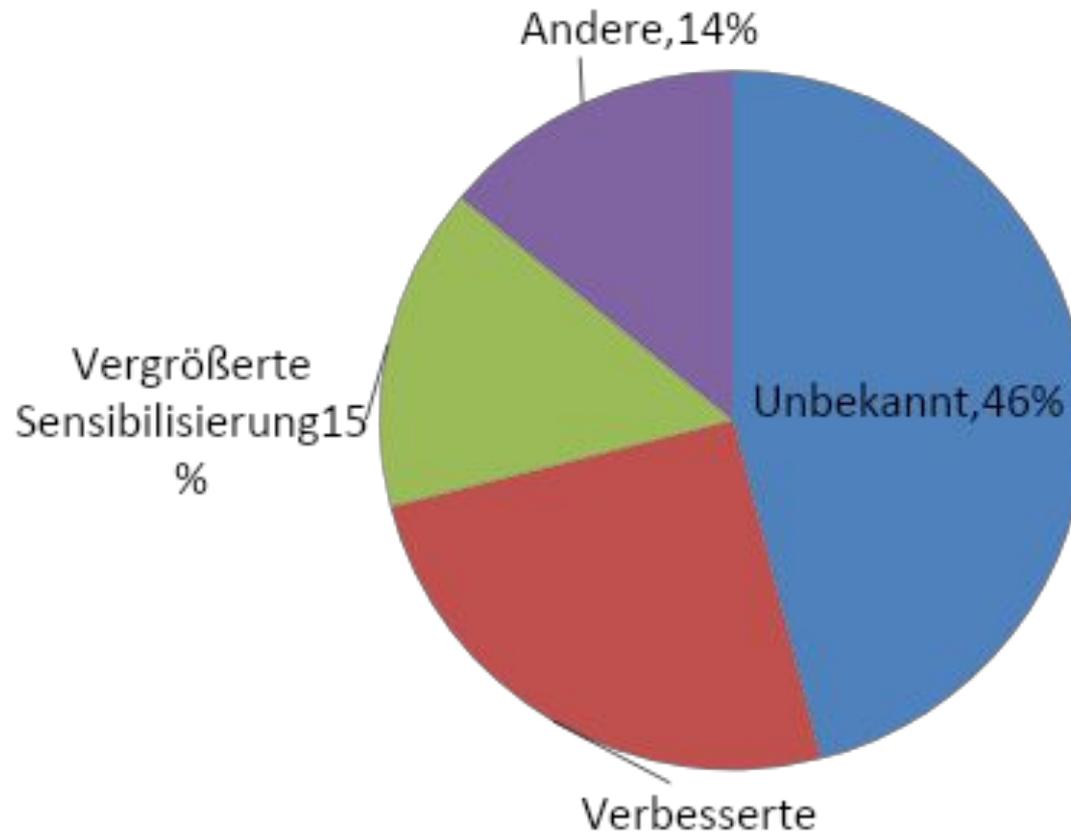
Abb. 1 Entwicklung der Prävalenzzahlen der Autismus-Spektrum-Störungen modifiziert nach Weintraub (2011) unter Einbeziehung der Zahlen von Kim et al. (2011)



# Epidemiologie

## Shift der Prävalenz

### Gründe für Zunahme der Prävalenz



# Diagnostik

## Hintergründe

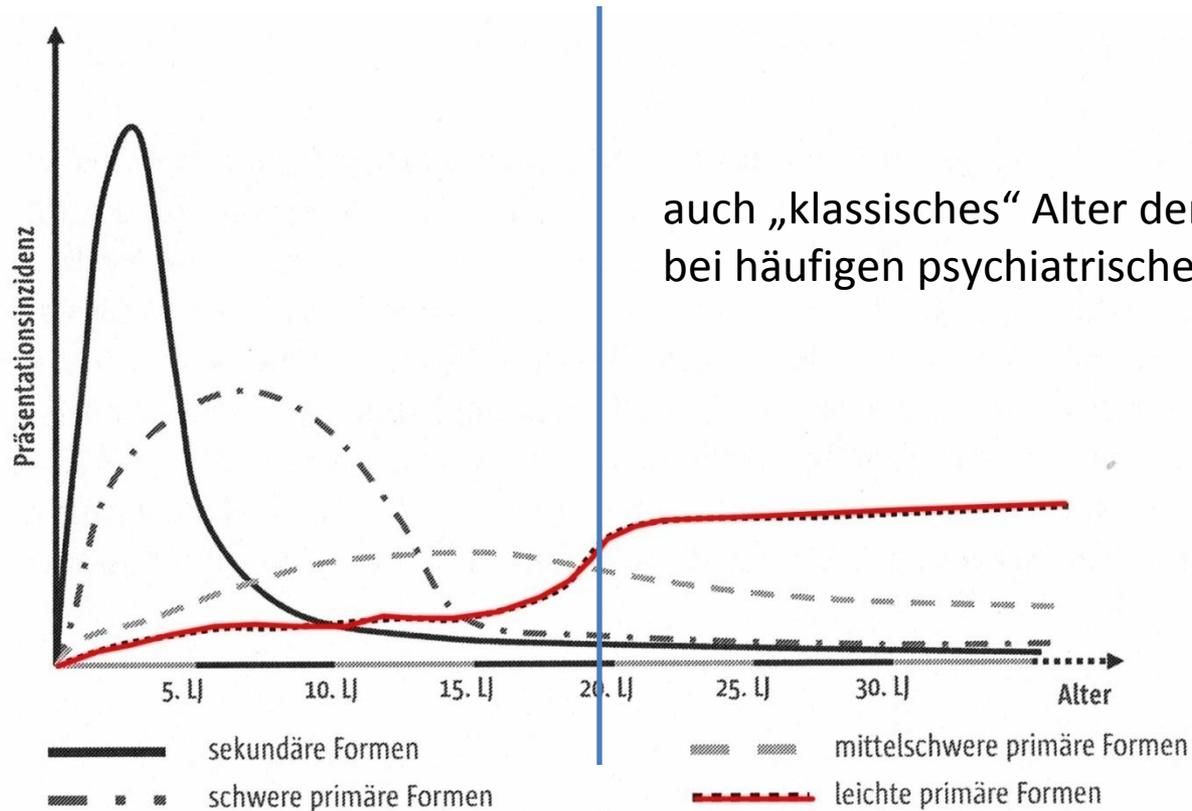


Abb. 2 Angenommenes Verhältnis zwischen Ursächlichkeit und Schweregrad eines autistischen Syndroms und Alter bei Erstpräsentation

# Diagnostik

Frage

## Autismus-Spektrum-Störungen als Basisstörung in der Psychiatrie?

- Basisstörungen sind solche psychischen Störungen, die von ursächlicher Bedeutung sind für eine weitere, sekundäre psychische Störung.

# Diagnostik

## Hintergründe

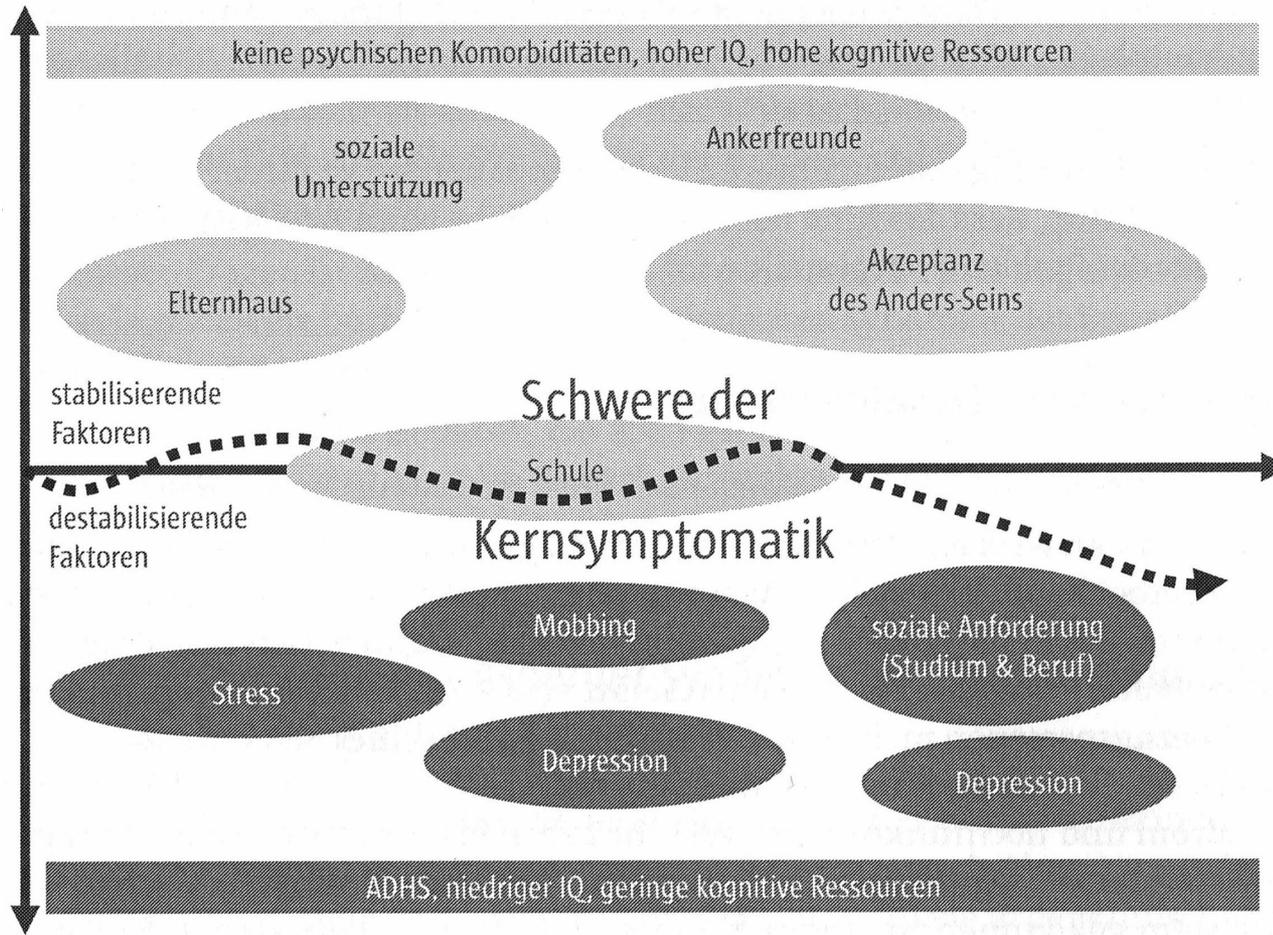
Tab. 1 Häufigkeit von psychiatrischen Achse-I-Störungen nach DSM-IV in einer Gruppe von 122 erwachsenen Patienten mit ASS und normalem IQ nach Hofvander et al. (2009)

affektive Störungen	65 (53%)
Angsterkrankungen	59 (50%)
ADHS	52 (43%)
Zwangsstörungen	29 (24%)
chronische Tic-Störungen	25 (20%)
Suchterkrankungen	19 (16%)
psychotische Syndrome	15 (12%)

Hypothese: Vermutlich befanden sich die Patienten auch früher in psychiatrischer Versorgung, auch (teil-)stationär.

# Diagnostik

## Hintergründe



# Diagnostik

## Das typische klinische Bild

- **Vorstellung oft im Rahmen der sekundären Störungen**
  - in Folge schwerer und schwer zu verstehenden Konflikten am Arbeitsplatz, oder anderen psychosozialen Zusammenhängen
  - oft vor dem Hintergrund für andere schwer nachvollziehbarer, einfühlbarer und verstehbarer
    - Schwierigkeiten in der sozialen Wahrnehmung
    - reduzierter Fähigkeiten in der erwarteten sozialen Kompetenz
    - Schwierigkeiten in kommunikativen Situationen
    - und durch die extreme Unflexibilität



# Diagnostik

## Das typische klinische Bild

- Resultierende Diagnosestellungen:
  - Belastungsreaktion, Anpassungsstörung, „Burn-Out“, atypische Depression, kombinierte Persönlichkeitsstörung
    - Unsichere, schwammige Diagnosen, die oft alle Seiten nicht zufrieden stellen.
- Begleitstörungen wie „sonderbares“ Essverhalten „seltsame“ zwangsähnliche Phänomene, „Besonderheiten“ der Wahrnehmung führen zu vorschnellen Diagnosen:
  - Atypische Essstörung
  - Atypische Zwangsstörung
  - Atypische Psychose



# Diagnostik

## Das typische klinische Bild

- Symptome muten oft komplex, schwer verstehbar, in der Gegenübertragung eigenartig, sonderbar, verwirrend an.
- Unterschiedliche Faktoren können über die ASS hinweg“täuschen“
  - Signifikant häufig hohe Intelligenz
  - anamnestisch gute Kompensationsstrategien bisher
  - sehr effektive Umgehungsstrategien für Schwächen
  - häufig beruflich recht erfolgreich
  - bestehende Partnerschaften.

# Prognose

- Autistische Störungen sind Lebenszeitdiagnosen<sup>11</sup>
- Bis in die aktuelle Zeit hat die diagnostische Unsicherheit Auswirkungen auf die Prognose:
  - Katamnese-Studie aus Freiburg<sup>12</sup>:
    - 78 Kinder mit frühkindlichem od. Asperger-Autismus aus den Jahren 2000 – 2005 nachuntersucht
    - Fast alle Eltern der frühkindlich Betroffenen und 50-60% der Asperger-Betroffenen hatten typische Störungen des Spiels und der sozialen Interaktion bereits vor dem 3. LJ bemerkt.
    - Trotzdem Verzögerung von 2 Jahren zur Fachvorstellung frühkindlich Betroffene und 6 Jahre bei Asperger-Kindern
    - Die richtige Diagnose erfolgte dann erst weitere 3 Jahre später

# Verlauf

- Beispielhafte Probleme
  - Wenige Berufsförderungswerke: unterstützte Ausbildungen
  - Sozialpädagogische Eingliederungshilfen für behinderte Menschen zur Studiums-/Ausbildungsassistenz
    - wird extrem selten in Anspruch genommen
      - Fehlende Diagnose
      - Verbreitete Unkenntnis
      - Schwierige Antragsstellung

□ Junge ASS-Patienten,  $\emptyset$  IQ sind signifikant häufiger benachteiligt und gesellschaftlich exkludiert

□ Erwerbstätigkeit, soziale Beziehungen, physische und mentale Gesundheit<sup>13</sup>

# Der besondere Fall

## Erstdiagnose / undiagnostizierte ASS im Erwachsenenalter

- Bei bislang nicht erfolgter / nicht benötigter Diagnostik
  - z.B. bei hochfunktionalen Kompensationskompetenzen mit Problemen erst bei Ende der 2. Lebensdekade
  - Zunahme der Probleme in der „Rush-Hour des Lebens“
    - Immer stärkere Überforderungen beruflich und privat
    - totaler Rückzugswunsch und zunehmende sekundäre psychische Störungen

## • Bislang defizitäre, unzureichende Versorgungsstrukturen

- Diagnostik (Wartezeiten von 1,5 – 2 Jahren)
- Therapie (unzureichendes Angebot mit langen Wartezeiten)
- Komplementäre Hilfen (teilw. verfügbar, oft unbekannt)

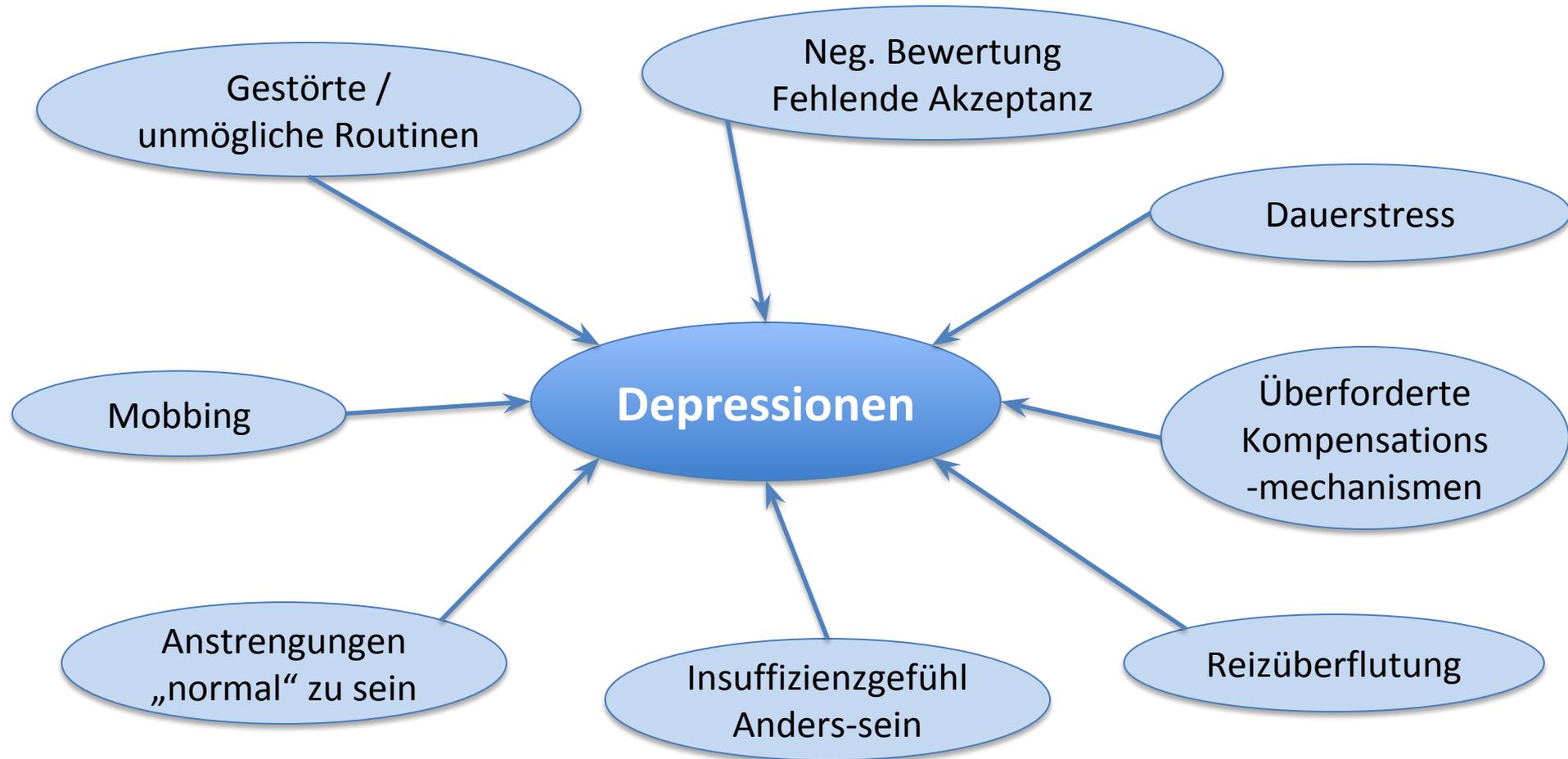
# Komorbiditäten - Differentialdiagnosen

## Depressionen

- Mit 53% affektive Störungen häufigste Komorbidität, meistens Depressionen<sup>14</sup>
- Punktprävalenz Diagnose Depression: 30%<sup>15</sup>
- 70% der ASS-Patienten haben mind. 1 Major Depression  
50% rezidivierende depressive Störungen über den Verlauf<sup>16</sup>

# Komorbiditäten - Differentialdiagnosen

## Depressionen



# Komorbiditäten - Differentialdiagnosen

## Depressionen

- Eine depressive Episode kann Erstvorstellungsgrund sein. Insb. atypische Verläufe.
  - Japan 16% von 430 depressiven Patienten: ASS<sup>17</sup> neu
- Durch autistische Stressreaktion kann die klassische depressive Symptomatik überdeckt sein
- Durch reduzierten Emotionsausdruck und Alexithymie für eigene Gefühle kann die Diagnosestellung erschwert sein.

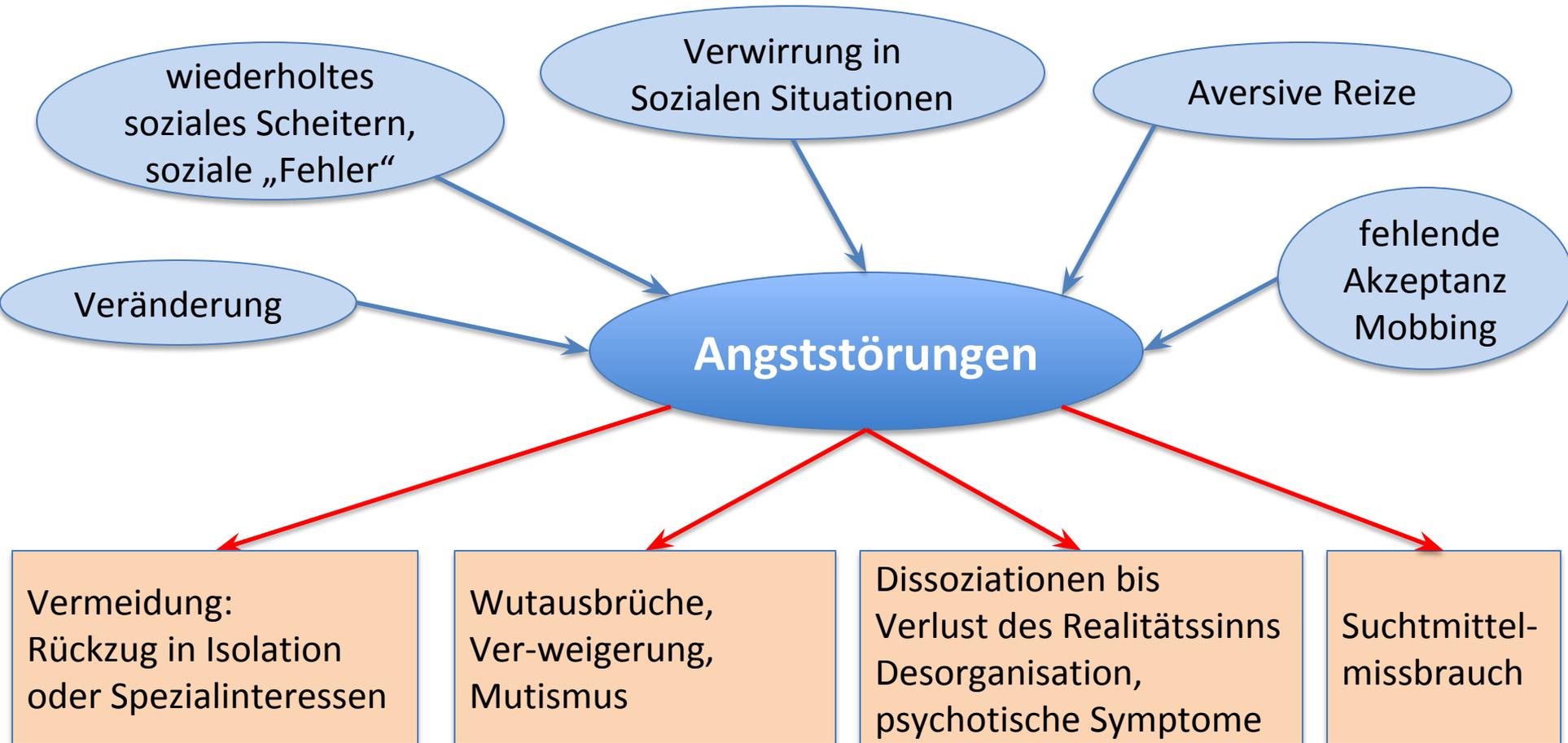
# Komorbiditäten - Differentialdiagnosen

## Angsterkrankungen

- Zweithäufigste komorbide Störung<sup>18</sup>
- 56% der ASS-Patienten erfüllen die Kriterien mind. einer Angststörung<sup>19</sup>
  - 13%<sup>18</sup>-22%<sup>19</sup> soziale Phobie
  - 15%<sup>18</sup>-22%<sup>19</sup> generalisierte Angststörung
  - 13%<sup>18</sup> Panikstörung

# Komorbiditäten - Differentialdiagnosen

## Angsterkrankungen



# Komorbiditäten - Differentialdiagnosen

## ADHS

- Seit DSM-5 erstmals gemeinsam diagnostizierbar
- ASS ähnelt dem unaufmerksamen Typ von ADHS
- Ca. 30%<sup>20</sup>-43%<sup>21</sup> der erwachsenen ASS-Patienten erfüllen auch ADHS-Diagnosekriterien

# Komorbiditäten - Differentialdiagnosen

## ADHS – ASS Unterschiede

- ASS: Fokussierung auf Details, reduzierte Flexibilität, dadurch Langsamkeit. Wutausbrüche bei Störung von Routinen. Mangelnde Fähigkeiten der sozialen Kognition und Kommunikation führen zu Störungen in Beziehungen.
  - Neuropsychologische Defizite: Handlungsinitiierung und -Planung
- ADHS: Ablenkbarkeit durch Außenreize und interesse-abhängiger Fokussierung. Wutausbrüche durch affektive Impulsivität und emotionale Instabilität. Durch alle obigen Aspekte und Sprunghaftigkeit Störungen in Beziehungen.
  - Neuropsychologische Defizite in Inhibition von Handlung

# Komorbiditäten - Differentialdiagnosen

## Schizophreniforme Störungen

- Emil Kraepelin: Dementia praecox
  - Absonderlichkeit, Verschlossenheit, Reizbarkeit, Gemüts- und Willensstörung, Veränderung des Wesens, Stereotypie, Manieriertheit, Entfremdung von der Umgebung und Isolation
  - Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen
  - Chronisch fortschreitender Prozess, schlechte Prognose
- Eugen Bleuler: Schizophrenie-Begriff
  - Grundsymptome: 4 A's [Assoziation, Affekt, Ambivalenz, Autismus]
  - Akzessorische Symptome: Halluzinationen, Wahn etc.

# Komorbiditäten – Differentialdiagnosen

## Schizophreniforme Störungen

- **Tatsächlich überlappende Symptomkomplexe:**
  - Schizophrenia simplex F20.6
  - Schizotype Störung F21
  - Schizoide Persönlichkeitsstörung F60.1

# Komorbiditäten – Differentialdiagnosen Schizophreniforme Störungen

- Längsschnittanalyse, insbesondere der ersten Dekade ist für eine sichere Differentialdiagnostik unabdingbar.
- Psychotische Syndrome mit schizophreniformer Psychopathologie kommen bei ASS gehäuft vor.
  - Diagnose hängt vom Schizophreniekonzept ab
- Paranoid-halluzinatorische Syndrome können im Kontext einer ASS auftreten
  - Im Sinne einer akut-polymorphen Psychose
  - Im Sinne einer echten Komorbidität

# Komorbiditäten - Differentialdiagnosen

## Schizophreniforme Störungen

- Spezifisch Autistische Symptome können als schizophreniform fehlgedeutet werden und zwar v.a.:
  - Wahrnehmungsstörungen
  - Die autistische Fantasiewelten
  - Die autistische Stressreaktion

# Komorbiditäten - Differentialdiagnosen

## Emotional-instabile PS vom Borderline-Typ

- **Überlappende Symptome: Ähnlichkeit und Unterschied:**
  1. Instabiles Selbstbild und Unklarheit im Hinblick auf die inneren Ziele und Präferenzen
    - **Nicht** durch Impulsivität
    - **sondern** durch Frustrationen im interpersonellen Bereich beim Versuch stabile Beziehungen aufzubauen / durch scheitern an rigiden Bedürfnissen, durch ToM-Defizite, etc...
    - Überidealisierung = hilfloser Bindungsversuch
    - Heftige Abwertung = z.B. im Rahmen von Frustration von rigiden Bedürfnissen

# Komorbiditäten - Differentialdiagnosen

## Emotional-instabile PS vom Borderline-Typ

- **Überlappende Symptome: Ähnlichkeit und Unterschied:**

2. Dissoziationen und Selbstverletzung, Wutanfälle, emotionale Instabilität, chronische Suizidalität

- SVV **nicht** verbunden mit der Unfähigkeit, sich zu spüren.
- SVV **ähnlich** zu BPS auch um aversive Anspannungszustände und Affekte zu regulieren.
- Wutanfälle **nicht** im Sinne impulsiver Dynamik
- Wutanfälle im Rahmen autistischer Stressreaktion und dissoziative Symptome

# Komorbiditäten - Differentialdiagnosen

## Emotional-instabile PS vom Borderline-Typ

- **Überlappende Symptome: Ähnlichkeit und Unterschied:**

3. Sozialkommunikative Probleme

- Die Kommunikation ist im Detail bei BPS nicht so gestört, wie bei Autismus

4. Weitere Unterschiede

- In der Selbstwahrnehmung gibt es deutliche Unterschiede, auch in den Inhalten des instabilen Selbstbildes.
- In der BPS gibt es keine rigiden Bedürfnisse

- **Vorsichtige Epidemiologie (Forschung fehlt)**

- Ca. 10% ASS bei BPS-Patienten, 10% BPS bei ASS-Patienten

# Komorbiditäten - Differentialdiagnosen

## Zwangssyndrome

- Prävalenz 7%<sup>22</sup>, bzw. 20-35%<sup>23</sup> bei ASS-Patienten
- 3,8%<sup>24</sup> der Zwangspatienten erfüllen eine ASS
- Besondere Komorbidität
  - Es gibt phänomenologische, neurobiologische und neuroanatomische Überschneidungen<sup>25</sup>
  - Weniger sekundäre Komorbidität, als eher miteinander verwandte Endphänotypen

# Komorbiditäten - Differentialdiagnosen

## Zwangssyndrome

- Unterschiede
  - Stereotypien, nichtfunktionale Routinen, Rituale , zwanghafte Beschäftigung mit speziellen Objekten gehen nicht mit spezifischen Zwangsbefürchtungen einher, werden nicht als unsinnig und lästig , sondern als angenehm und als Stärke erlebt und gehen oft aus einem großen intrinsischen Interesse hervor
    - = ich-synthon
  - Unterbrechung führt oft zu Angst- und Wutanfällen
  - keine typische Zwangs-Dynamik mit aufbauendem Druck und kurzer Enlastung
- Aber auch entspannend, sichernd, abschirmend,
  - partiell ähnlich einer Zwangsstörung.

# UNSERE DIAGNOSTIK

**Benötigt gute Zuweiser**     Positive Vorselektion bei begrenzten Ressourcen

**Erhält viel Zeit**

- Mind. 4 Stunden in 4 Terminen
- Strukturierte Termin-Serien (quartalsweise)
- Besondere Anamnese-Techniken zur Berücksichtigung der Kommunikationsprobleme

## Beinhaltet immer

Eigenanamnese	Fremdanamnese	Psychometrische Test-Batterie	Befund-Bericht
<ul style="list-style-type: none"><li>• Frage-Kataloge</li><li>• Strukturierte Interviews nach Diagnosekriterien</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Eltern-Interview</li><li>• Grundschulzeugnisse</li><li>• Andere Fremdanamnesen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fragebögen<ul style="list-style-type: none"><li>• Selbstrating</li><li>• Fremdrating</li><li>• Ergänzende Tests</li></ul></li><li>• PC-gestützte Tests</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Einschätzung</li><li>• Empfehlungen</li><li>• Evtl. therapeutisches Angebot</li></ul>

Herzlichen Dank  
für Ihre Aufmerksamkeit!

