

Therapie der Autismus-Spektrum-Störung

Prof. Dr. Inge Kamp-Becker

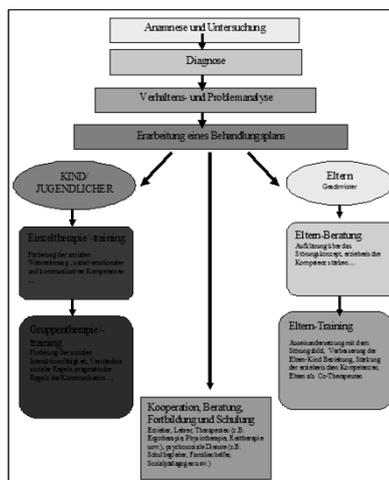


Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychosomatik und Psychotherapie
Philipps-Universität, Marburg
www.uni-marburg.de/fb20/kjp
www.asd-net.de

14. Jahreskongress des Hochschulverbundes Psychotherapie NRW und der Psychotherapeutenkammer NRW, 13.10.2018

Therapie der Autismus-Spektrum-Störung (engl. autism spectrum disorder, ASD)

1. Diagnosestellung und Beratung
2. Therapie auf der Ebene von Indexpatient (und dessen Eltern)
3. Therapie auf der Ebene der Eltern
4. Therapie auf der Ebene von Indexpatienten
5. Therapie auf der Ebene der Familie
6. Therapie auf der Ebene des Umfeldes



Therapie der Autismus-Spektrum-Störung

- **Problem Nr. 1: Autismus-Diagnose?**
 - Behandeln wir die Richtigen?
- **Problem Nr. 2: Sozialrechtliche Zuordnung!**
 - Eingliederungshilfe oder Psychotherapie?
- **Problem Nr. 3: Was können wir erreichen?**
 - Heilung oder Kompensation?
- **Problem Nr. 4: Wie?**
 - Wofür besteht Evidenz?

Mediale Darstellung von Autismus

- Analyse der englischsprachigen Seiten: Schlechte Qualität
Stephenson et al. 2011; Di Pietro et al., 2013; Reichow et al., 2013,
2014; Grant et al., 2015; Scullard et al., 2015
- Analyse der deutschsprachigen Seiten: Schlechte Qualität
Kamp-Becker et al. In prep.

Diagnose = Stigma ?

Öffentliche Stigmatisierung	Selbststigmatisierung
<p>Niedriger als bei anderen psychischen Störungen (z.B. Schizophrenie, bipolare Störung, ADHS) Baeyens et al. 2017; Durand-Zaleski et al. 2012 Eigene Studie: Befragung von 688 Studenten: Assoziationen zu „Defizite in der Emotionserkennung“ und „hohe Begabung“ Kamp-Becker et al. in prep.</p>	<p>Eigene Studie: N= 149 Erwachsene mit ASD, 85% kaum oder kein Stigma, 15% erleben ein moderates oder deutliches Stigma; eher bei Personen ≥ 35 Jahre (OR: 4.36) und niedrigem Bildungsniveau (OR: 6.00); Ausmaß des Selbststigma deutlich niedriger als bei anderen psychischen Störungen Bachmann et al., submitted</p>



Klinische Diagnose

S3 Leitlinie Autismus-Spektrum-Störungen

<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-018.html>

durch spezialisierte Stelle

- Intelligenzdiagnostik
- Verhaltensbeobachtung
 - ADOS
 - Home-Videos
- Vorbefunde aus anderen Institutionen
 - KJP, Ergotherapie, Logopädie
 - Sämtliche Schulzeugnisse
 - Kindergartenberichte, Frühförderung
- Anamnese mit den Bezugspersonen
 - ADI-R
- Körperlich-neurologische Untersuchung
- Differentialdiagnostische Abklärung



Therapie der Autismus-Spektrum-Störung

• Problem Nr. 1: Autismus-Diagnose?

- Behandeln wir die Richtigen?

• Lösungsvorschlag

- Überprüfen Sie die Diagnose!
- Es gibt derzeit sehr viele falsch positive Diagnosen einer ASD
 - Diagnose ASD wird als weniger stigmatisierend erlebt und impliziert Identifikation, „Entschuldung, „dient der Identität“, „Erklärung“ für die eigene Biographie, Zugang zu Hilfesystem, Diagnose wird instrumentalisiert, „Deutungshoheit“ über „Autismus“ wird für sich in Anspruch genommen

Psychotherapie-Richtlinie: Autismus-Spektrum-Störung

- Autismus-Spektrum-Störung fällt **nicht** unter die unter § 26 (Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie) genannten Störungen der Psychotherapie-Richtlinie
„(3) Psychotherapie ist als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, wenn:
 1. zwar seelische Krankheit vorliegt, aber ein Behandlungserfolg nicht erwartet werden kann
 2. sie nicht der Heilung oder Besserung einer seelischen Krankheit, sondern allein der beruflichen oder sozialen Anpassung oder der beruflichen oder schulischen Förderung dient“

Kurzbegründung des Gutachters für die Krankenkasse bei Fehlen von Voraussetzungen

- ☒ Es werden Störungen beschrieben, die nicht im Indikationsbereich der Psychotherapie-Richtlinie gemäß § 26 enthalten sind
- ☒ Die Wahl des Psychotherapieverfahrens bzw. des methodischen Vorgehens lässt einen Behandlungserfolg nicht (unwirtschaftlich, unzweckmäßig) oder nicht ausreichend erwarten oder ist nicht über die Psychotherapie-Richtlinie zugelassen
- ☒ Für das beantragte Psychotherapieverfahren lassen die Voraussetzungen beim Patienten oder seine Lebensumstände einen ausreichenden Behandlungserfolg nicht oder nicht ausreichend erwarten

Sozialrechtliche Zuordnung der Autismus-Spektrum-Störung

- Kinder und Jugendliche mit Autismus können **geistig**, und/oder **seelisch** und/oder **körperlich** behindert sein.
 - Sie sind häufig **mehrfachbehindert**.
- Für seelisch behinderte oder von einer seelische Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche wird Eingliederungshilfe nach dem **Kinder- und Jugendhilferecht** geleistet, §§ 10 Abs. 4 Satz 1, **35 a SGB VIII**.
 - Finanzierung der Förderung/Eingliederungshilfe über Jugendamt
- Für körperlich und/oder geistig behinderte Kinder und Jugendliche ist nach § 10 Abs. 4 Satz 2 SGB VIII das **Recht der Sozialhilfe** nach dem SGB XII anzuwenden.
 - Finanzierung der Förderung/Eingliederungshilfe über Sozialamt
- Für beide Arten der Eingliederungshilfe gilt die Eingliederungshilfe-Verordnung nach § 60 SGB XII.

Autismus Therapie Zentren (ATZ) oder Autismus Therapie und Beratungszentrum (ATB)

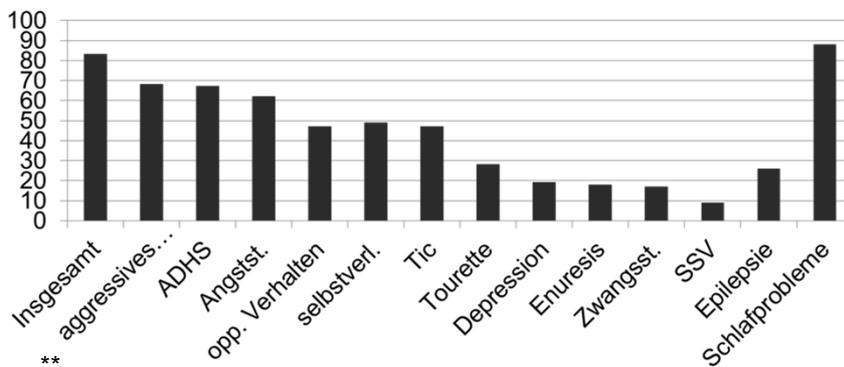
- die meisten der Zentren sind im Bundesverband autismus Deutschland e.V. organisiert
- interdisziplinär zusammengesetzte Teams
 - Pädagogen, Heilpädagogen, Psychologen, Physiotherapeuten, Musik-, Ergotherapeuten....
 - keine Qualifizierung zwingend
- multimodales Vorgehen, eklektischer Ansatz: „mit einem breiten Spektrum an Aus- und Weiterbildung sowie angewandten Förder- und Therapiemethoden soll den stark divergierenden Bedarfen der Klientinnen und Klienten Rechnung getragen werden“ Döringer, 2014, S. 13
 - i.d.R. eine ambulante wöchentliche Therapiesitzung
 - 2018: ca. 12.000 Klienten



<https://www.autismus.de/ueber-uns/struktur-des-bundesverbandes/regionalverbaende-und-mitgliedsorganisationen.html>

Komorbide psychische Störungen – Kinder/Jugendliche

Komorbidität (max.)

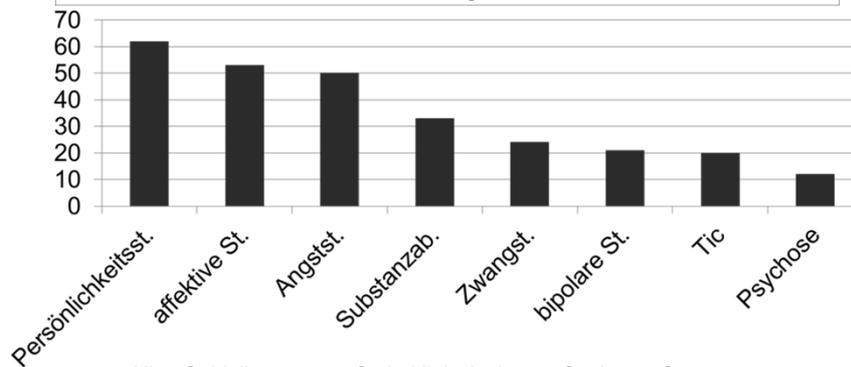


** Nice Guidelines, 2011; S3 Leitlinie Autismus-Spektrum-Störungen
<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-018.html>; * Kanne et al., 2011; * Tint et al., 2017



Komorbide psychische Störungen - Erwachsene ohne Intelligenzminderung

70 – 80% haben mindestens eine, ca. 40% zwei komorbide Störungen



Nice Guidelines, 2011; S3 Leitlinie Autismus-Spektrum-Störungen
<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-018.html>



Prädiktive Faktoren

- Intelligenz, insbesondere Verbal-IQ
- Sprachfähigkeit im Alter von 6 Jahren
- Schwere der Symptomatik
- sowie komorbide Störungen

Kamp-Becker et al., 2009; Taylor et al., 2009; Fountain et al., 2012; Gotham et al., 2012; Kjellmer et al., 2012; Strauss et al., 2013; Anderson et al., 2014; Magiati et al., 2014; Vivanti et al., 2014; Bal et al., 2015; Hedvall et al., 2015; Lord et al., 2015; Ausderau et al., 2016; Gillberg et al., 2016; Flor et al., 2017; Goodwin et al., 2017; Bieleninik et al., 2017



Therapie der Autismus-Spektrum-Störung

- **Problem Nr. 2: Sozialrechtliche Zuordnung!**

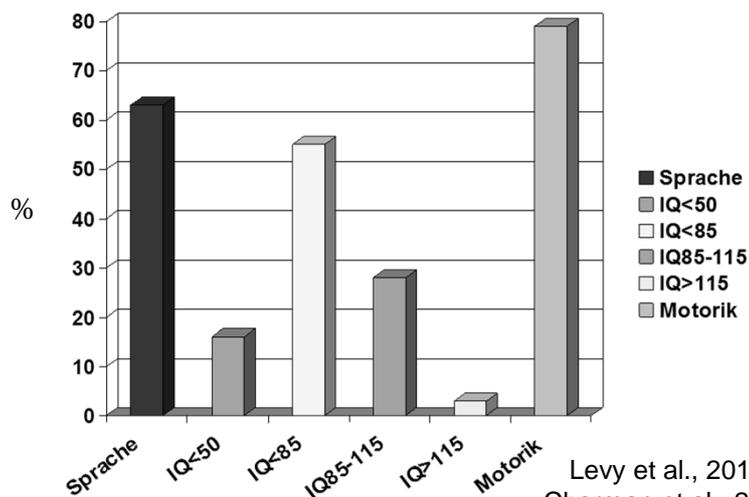
- Eingliederungshilfe oder Psychotherapie?

- **Lösungsvorschlag:**

- Betroffene und ihre Familien sollten Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung erhalten!
- Qualifizierte verhaltenstherapeutische Ausbildung der Therapeuten sinnvoll!
- Komorbiditäten beachten!

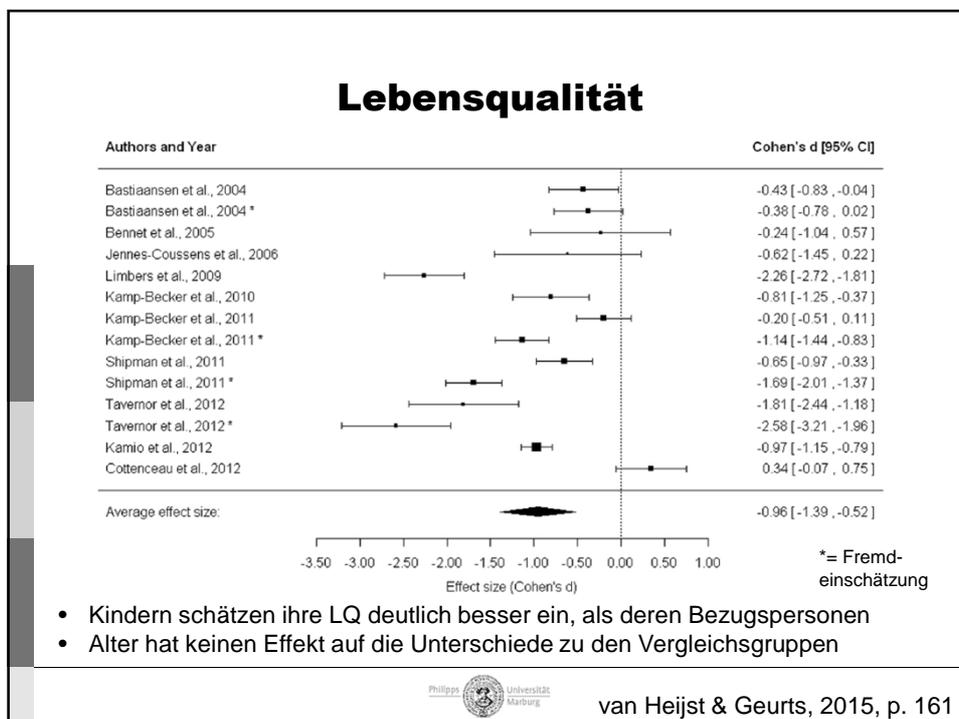
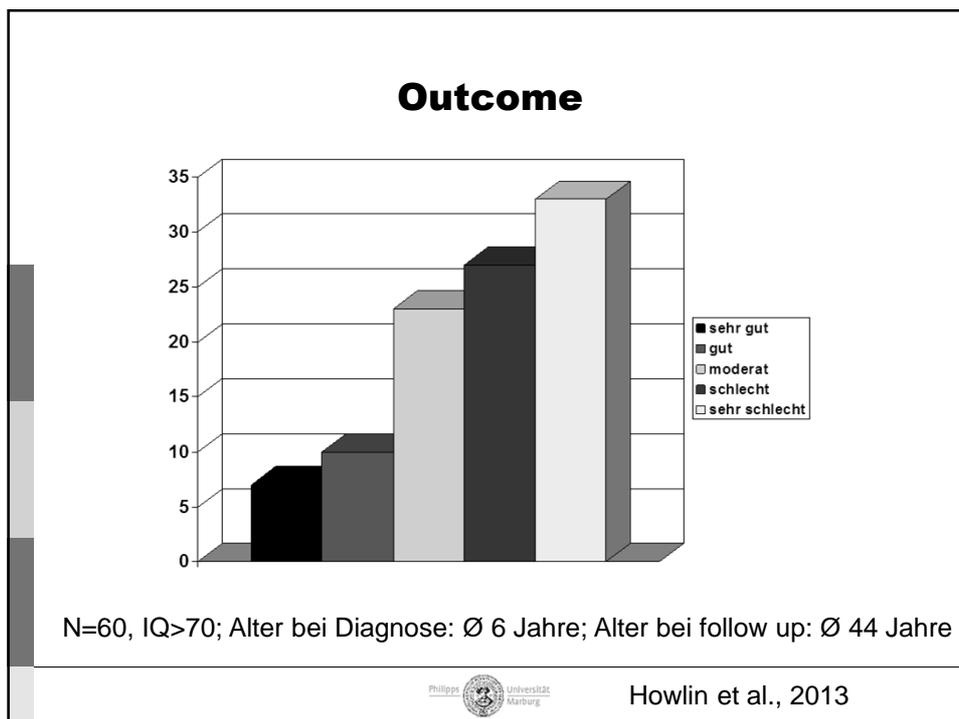


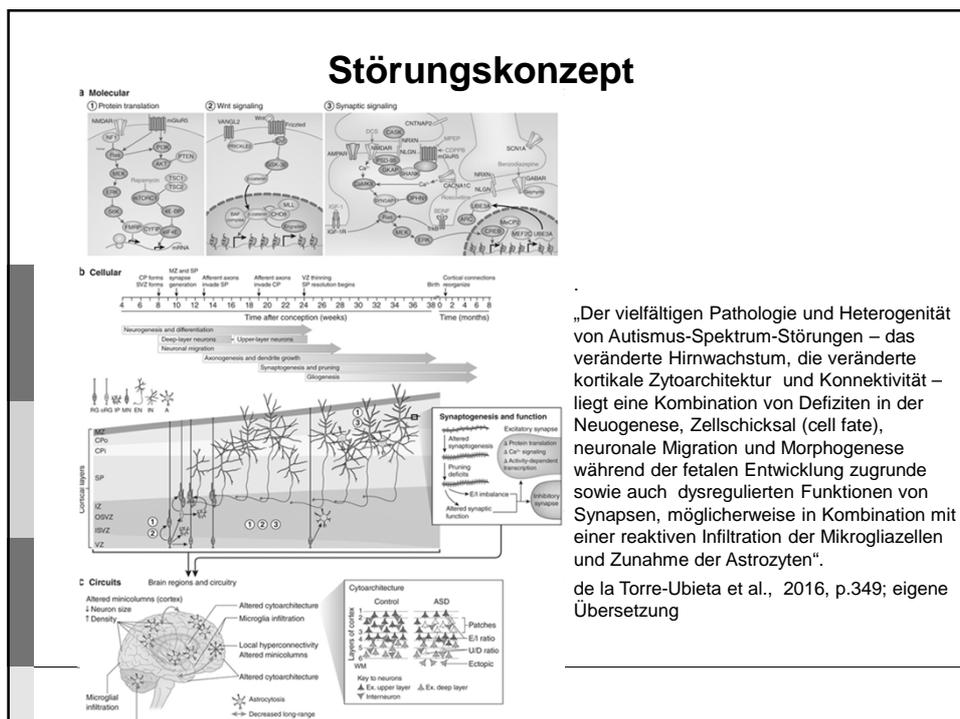
Komorbidite Entwicklungsstörungen



Levy et al., 2010;
Charman et al., 2011;
Noterdaeme et al., 2010

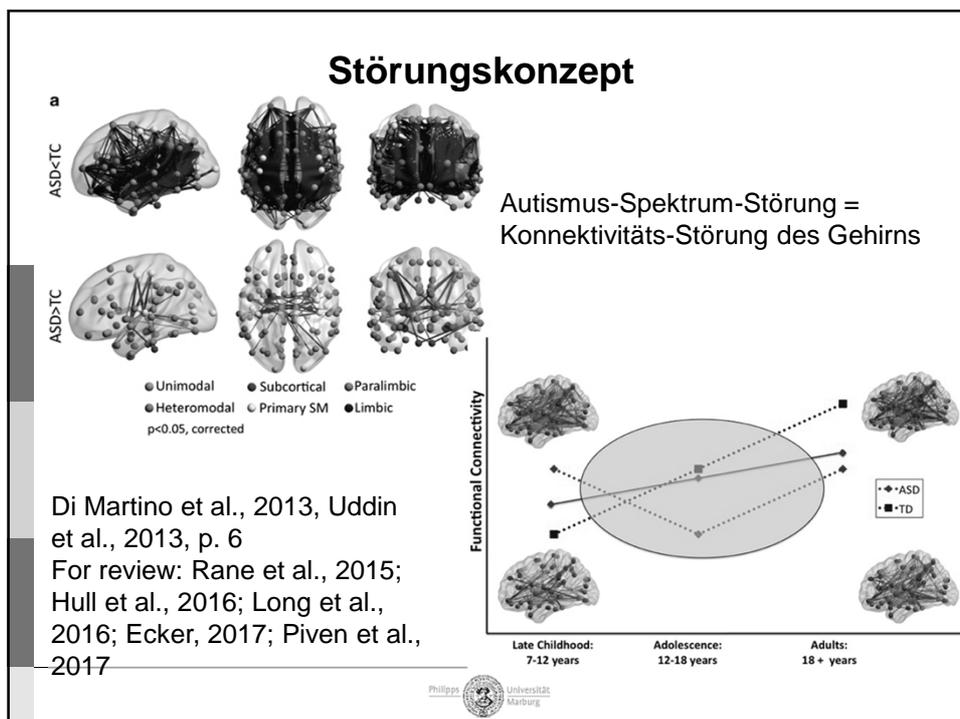




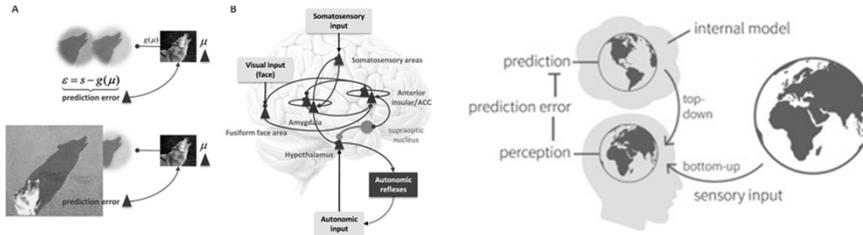


„Der vielfältigen Pathologie und Heterogenität von Autismus-Spektrum-Störungen – das veränderte Hirnwachstum, die veränderte kortikale Zytoarchitektur und Konnektivität – liegt eine Kombination von Defiziten in der Neurogenese, Zellschicksal (cell fate), neuronale Migration und Morphogenese während der fetalen Entwicklung zugrunde sowie auch dysregulierten Funktionen von Synapsen, möglicherweise in Kombination mit einer reaktiven Infiltration der Mikrogliazellen und Zunahme der Astrozyten“.

de la Torre-Ubieta et al., 2016, p.349; eigene Übersetzung



Das bayesianische Gehirn



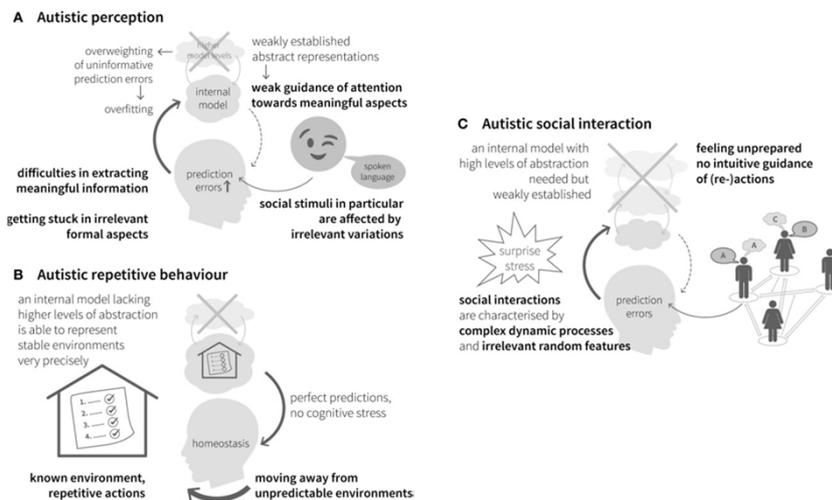
Haker et al., 2016, p. 6

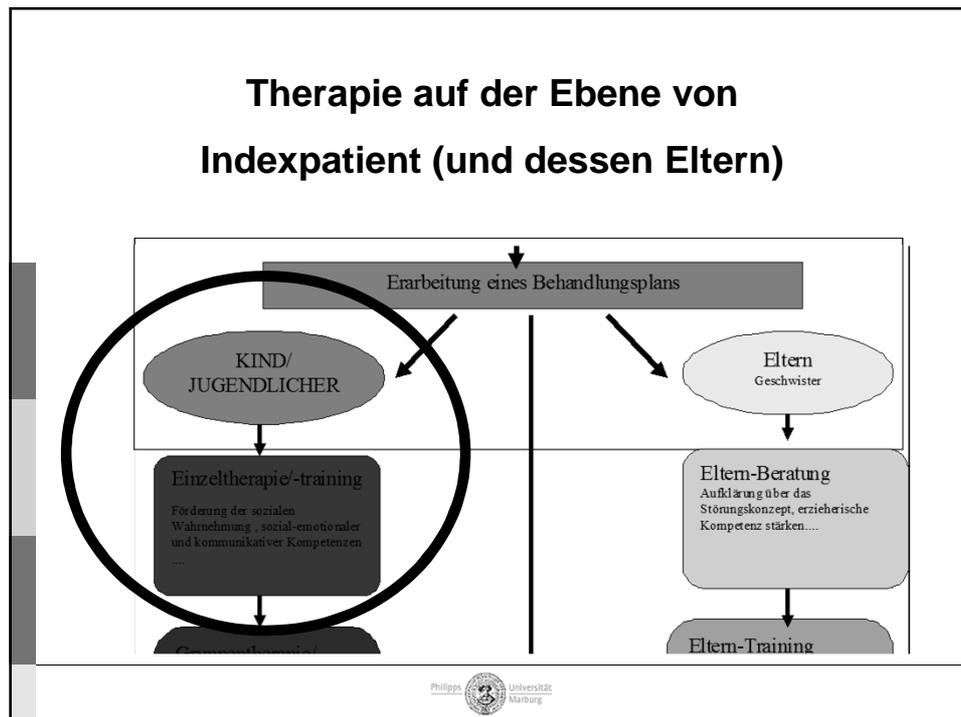
Grundlegende Annahmen:

- Ereignisse können nicht nur wahr oder falsch sein, sondern auch mehr oder weniger wahrscheinlich. Dabei spielt das Vorwissen darüber, wie oft dieses Ereignis auftritt, eine große Rolle (Wahrscheinlichkeit).
- Das Gehirn generiert „internale Modelle“ basierend auf Vorerfahrungen und Kontext, um etwas Wahrgenommenes („sensory input“) vorherzusagen.
- Die Vorhersage und die Wahrnehmung werden im Gehirn miteinander abgeglichen um Fehler zu entdecken = prediction error
- Die internale Modelle werden in höheren kortikalen Arealen verarbeitet und mittels top-down Signalen zu niedrigeren sensorischen Arealen gesandt, Fehler werden mittels bottom up Signalen wiederum zu höheren kortikalen Arealen gesandt.
- Eine hohe Konnektivität der involvierten Areale im Sinne einer hohen synaptischen Plastizität kann Fehler minimieren.

Friston, 2016, p. 88, s.a. Baum et al., 2015; Gomez et al. (2014); Lawson et al. 2014; Pelicano & Burr, 2012; Sinha et al. 2014; Van de Cruys et al., 2014, van Boxtel & Lu, 2013

Das bayesianische Gehirn - Autismus





Therapeutische Früh-Interventionen bei ASD

Früh beginnende intensive **verhaltenstherapeutische** Ansätze unter engem Einbezug der Eltern als Mediatoren (Early Intensive Behavior Interventions, z.B. Applied Behavior Analysis; Early Start Denver Modell u.a.)

Merkmale:

- früher Beginn
- hohe Intensität (bis zu 40 Wochenstunden)
- hoch strukturiert
- verhaltenstherapeutische Prinzipien
- vor Ort (zu Hause, in Kindergarten, Schule)
- Eltern und weitere als Co-Therapeuten

Smith et al., 2000; Rogers & Vismara, 2008; Eldenik et al., 2009; Howlin et al., 2009, Reichow & Wolery, 2009; Kamp-Becker et al., 2010; Poustka et al., 2012; Tonge et al., 2014; Poustka & Kamp-Becker, 2015

Heilung?

Metaanalysen zur Wirksamkeit von Applied Behavior Interventions

- 5 bzw. 6 Metaanalysen: 26 bzw. 20 Studien
 - Stichprobengröße: 5 bzw. 9 – 158 Kinder (mean 30)
 - Alter der Kinder: zwischen 24 und 66 Monaten (mean 40)
 - IQ: unterdurchschnittlich bis deutlich unterdurchschnittlich
 - Intensität der Therapie: 8 – 40 Stunden wöchentlich
 - Länge der Therapie: zwischen 9 – 48 Monaten
 - Effektstärke Sprache: .28 – 1.08 Strauss et al., 2013
 - Effektstärke IQ: .38 – 1.19 Reichow 2012
 - Effektstärke Adaptives Verhalten: .30 – 1.09 Reichow 2012
- Reichow 2012 (Eldevik et al. 2009; Makrygianni and Reed 2010; Reichow & Wolery 2009; Spreckley and Boyd 2009; Virue's-Ortega 2010)
Strauss et al., 2013 (zusätzlich: Peters-Scheffer et al., 2011)

Heilung?

ABER:

- Insgesamt schlechte Studienqualität
 - Fehlende Verblindung
 - Nicht nur RCT's gingen in die Meta-Analysen ein
 - Kleine Stichproben, sehr junge Kinder, meist mit Entwicklungsstörungen
 - Unklare Zuordnung zu Interventions- und Kontrollgruppe
 - Keine eindeutige Benennung der Therapieinhalte
 - Sehr große Vertrauensintervalle
 - Wer profitiert? Wer nicht?
 - ...
- French & Kennedy, 2018

Prädiktive Faktoren: Outcome der Therapie

Outcome der Therapie abhängig von

- Funktionsniveau zu Beginn
- kognitive, verbale, adaptive Fähigkeiten zu Beginn der Intervention

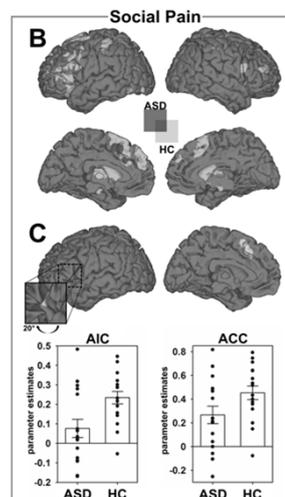
Fountain et al., 2012; Strauss et al., 2013; Vivanti et al., 2014; Lord et al., 2015

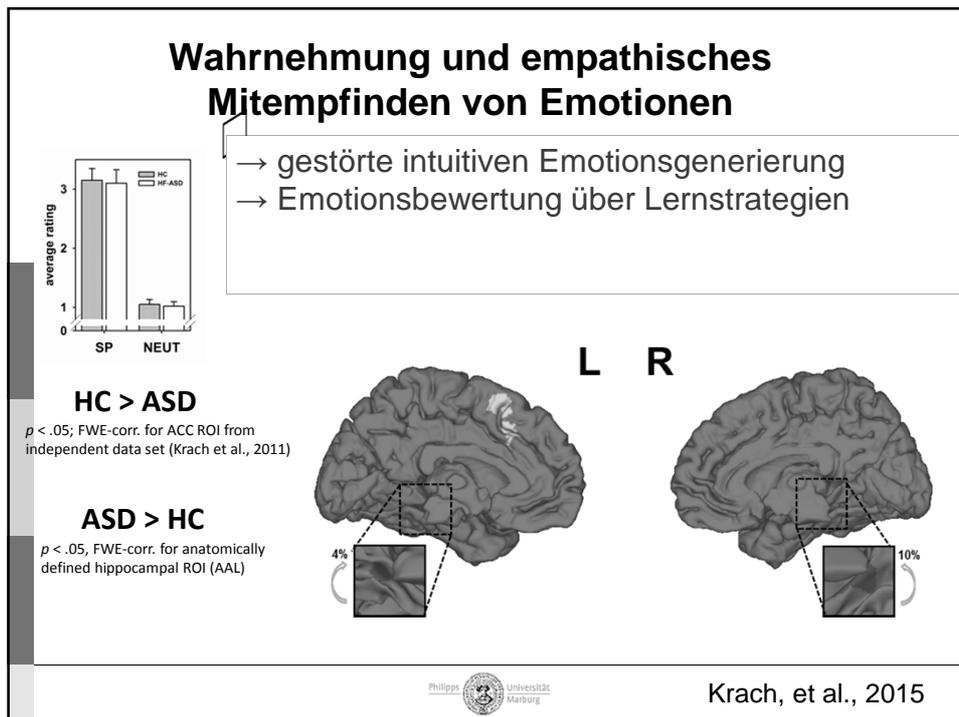
Wahrnehmung und empathisches Mitempfinden von Emotionen

- Keine Unterschiede in der Wahrnehmung von physiologischen Schmerz hinsichtlich Verhaltenseinschätzung, Pupillometrie und neuronaler Aktivierung (anteriore Insula, AIC) und anteriorer cinuglärer Kortex (ACC)



- Jedoch Unterschiede bei der Wahrnehmung von sozialem Affekt: Reduzierte Aktivität in allen physiologischen Parametern (Pupillometrie und Hirnaktivierung AIC und ACC) beim empathischen Mitempfinden
 - Korrelation ASD-Symptomatik und AIC





- ## Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung in der Psychotherapie
- Heterogenes Entwicklungsprofil (biologisches Alter \neq verbale Fähigkeiten \neq nonverbale Fähigkeiten \neq soziale Fertigkeiten \neq emotionale Fertigkeiten \neq adaptive Fertigkeiten)
 - Klar strukturierte, gleichbleibende Abläufe
 - Vorhersagbarkeit
 - Klare, eindeutige Wortwahl (keine Doppeldeutigkeiten, mißverständlichen Redensarten, indirektes Fragen, Andeutungen, versteckte Äußerungen, allzu emotional-komplexe Sätze)
 - Interventionen sollten hoch strukturiert, direktiv und konkret sein!
 - Belohnungen (z.B. stereotype Interessen) Kohls et al., 2018;2014
 - Ausführliche funktionale Verhaltensanalyse
 - Einbindung von Eltern/Umfeld
 - Generalisierung
 - Kognitive Fähigkeiten zur Kompensation nutzen, Regeln aufstellen
-

Therapie der Autismus-Spektrum-Störung

• Problem Nr. 3: Was können wir erreichen?

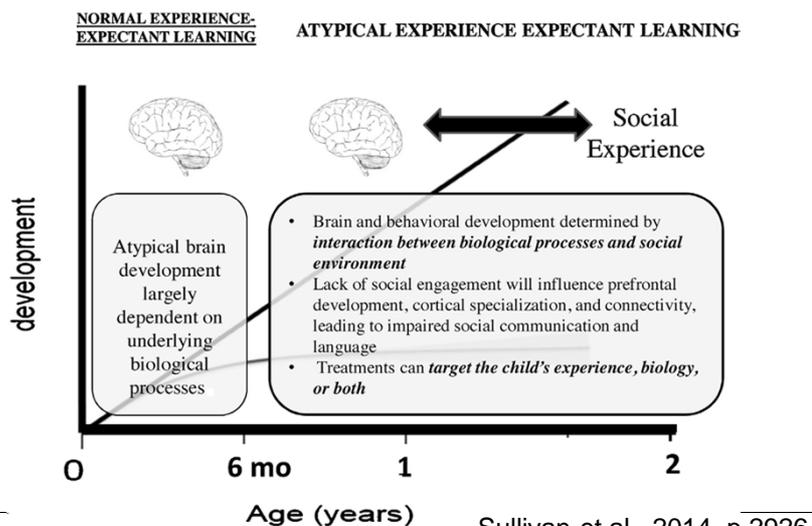
- Verlauf der Symptomatik

• Lösungsvorschlag:

- Erwartungen anpassen
- Bei jungen Kindern: intensive Förderung notwendig
- Bei nicht mehr ganz jungen Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen mit einer ASD:
 - Keine Heilung aber:
 - Angemessenes Verhalten als Ziel der Intervention
 - Lebensqualität der gesamten Familie als Ziel der Intervention

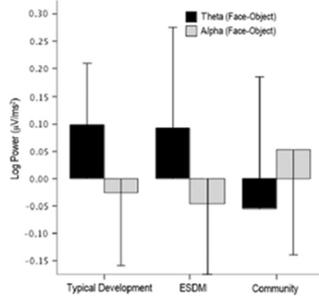


Störungskonzept: Implikationen für die Therapie



Störungskonzept: Implikationen für die Therapie

FIGURE 4 Differences in patterns of brain activation in children with typical development, Early Start Denver Model (ESDM) intervention, and community intervention. Note: Dependent variables are log EEG spectral power during viewing of the faces minus objects. Positive t and negative z scores indicate greater brain activation during viewing of people's faces than of objects.



48 Kinder im Alter von 18 – 30 Monaten mit Diagnose ASD

2 Jahre intensive Therapie „Early Start Denver Model“ (2h pro Tag, 5 Tage pro Woche) oder unspezifisches Training (Sprachförderung, Ergotherapie u.a.)

Nachuntersuchung: EEG und Verhalten
Ergebnis:

Verbesserung: IQ, Sprache, ASD-Symptomatik und adaptive Fähigkeiten

Normalisierung der Hirn-Aktivität

Dawson et al., 2012, p. 1156



Störungskonzept: Implikationen für die Therapie

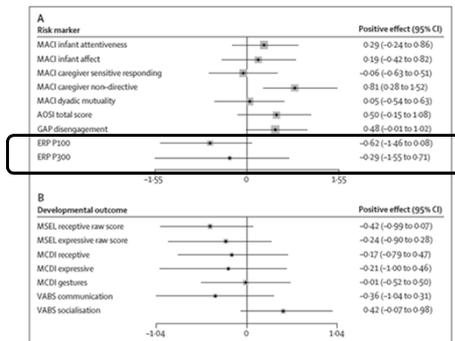


Figure 2: Effects on (A) postulated risk markers targeted for intervention change and (B) other measured developmental outcomes
MACI=Manchester Assessment of Caregiver-Infant Interaction. AOSI=Autism Observation Schedule for Infants. GAP=disengagement-GAP=overlap attention disengagement task. ERP=event-related potential to speech sounds. MSEL= Mullen Scales of Early Learning. MCDI=MacArthur-Bates Communicative Development Inventory. VABS=Vineland Adaptive Behaviour Scales. Because lower scores represent improvement for AOSI and GAP, the effect sizes reported throughout are for reversed scales.

- 54 Familien, randomisiert zu Intervention oder keine Intervention, „high risk of autism aged 7–10 months“
- Video Interaction for Promoting Positive Parenting (VIPP); 12 Wochen
- Hauptzielkriterium: Aufmerksamkeit gegenüber Eltern: Effect size 0.29, 95% CI –0.26 to 0.86

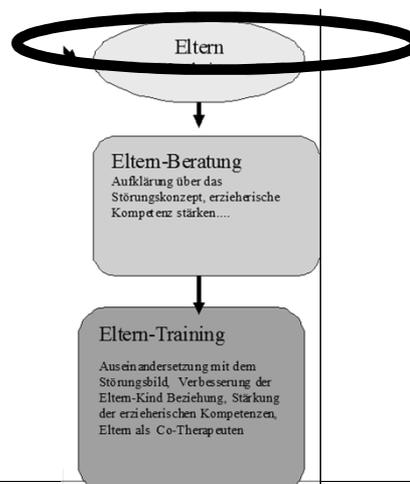


Green et al, Lancet, 2015, p 138

Störungskonzept: Implikationen für die Therapie

- früher Behandlungsbeginn Dawson et al., 2012; Green et al, Lancet, 2015
 - bei sehr jungen Kindern!
 - ansonsten: valide Diagnose hat Priorität!
- Indiziert sind **verhaltenstherapeutische Interventionen** Smith et al., 2000; Rogers & Vismara, 2008; Eldenik et al., 2009; Howlin et al., 2009, Reichow & Wolery, 2009; Kamp-Becker et al. , 2010; Poustka et al., 2012; Strauss et al., 2013; Poustka & Kamp-Becker, 2015
- individuelles Entwicklungs- und Symptomprofil
 - Kormorbiditäten beachten und behandeln!
- sehr strukturiertes Vorgehen mit vielen Wiederholungen in verschiedenen situativen Kontexten
 - enger Einbezug der Eltern / Umfeld

Therapie auf der Ebene der Eltern



Komorbide Verhaltensauffälligkeiten

Kinder und Jugendliche mit ASD:

- 68% der weist aggressives Verhalten gegenüber der Bezugsperson auf!
 - N= 1.380 (Ø Alter: 9,1 ±3,5 Jahre, IQ zwischen 13 und 167, Ø 84,7 ±25,6) Kanne et al., 2011
- 40% klinische relevante aggressive Verhaltensweisen
 - N= 400 (Alter 2 bis 16,9 Jahre): T-Wert>70, erfaßt mit der „Aggressive Behavior Scale“).
 - besonders hohes Risiko bei ASD und komorbidem ADHS Hill et al., 2014

Erwachsene:

- 63,4% aggressives Verhalten im Lebensverlauf
- 16 % hatten Kontakt mit der Polizei während letzten 12 bis 18 Monate Tint et al., 2017



Komorbide Verhaltensauffälligkeiten

- kumulativer Effekt → noch größere Beeinträchtigung und Reduktion der täglichen Anpassungsfähigkeit Matson & Goldin, 2013
- je stärker ausgeprägt die Verhaltensauffälligkeiten sind, desto höher sind der mütterliche Erziehungsstress und die familiäre Belastung Leyfer et al., 2006; Zaidman-Zait et al., 2017
- Belastung durch komorbide Verhaltensauffälligkeiten größer als die durch die Kernsymptomatik verursachte Fitzpatrick, Srivorakiat, Wink, Pedapati, & Erickson, 2016; Giovagnoli et al., 2015; Hastings et al., 2005; Lecavalier et al., 2006; Samson et al., 2015)



frühes Elternttraining zur Behandlung von komorbiden expansiven Verhaltensauffälligkeiten notwendig, Metaanalyse: Postorino et al., 2017; Schrott et al., 2018; Kasperzak et al., submitted

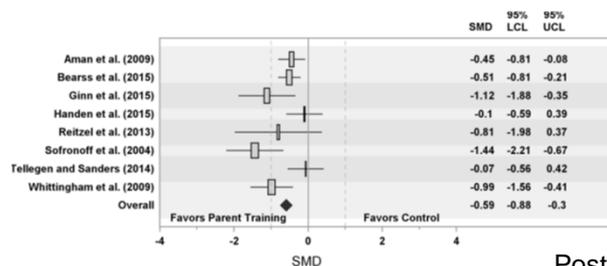


Elternteraining – Evidenz

- Metanalyse, 8 RCT-Studien Postorino et al, 2017
- Daten zum Interventionsende (keine follow-up Daten)
- 653 Kindern mit ASD (Altersrange 2-14 Jahre)
 - Kontrollgruppen: Warteliste, reguläre Behandlung, Medikation, Elternunterricht oder Placebo
- Untersuchte Verfahren:
 - Stepping Stones/Triple P Tellegen et al., 2014; Whittingham et al., 2009
 - Research Unit for Behavioral intervention Aman, et al., 2009; Bearss et al., 2015; Handen et al., 2015
 - Child-Directed Interaction Training aus PCIT Ginn et al., 2017
 - Parent Management Training Sofronoff, Leslie, & Brown, 2004
 - Functional Behavior Skills Training Reitzel et al., 2013



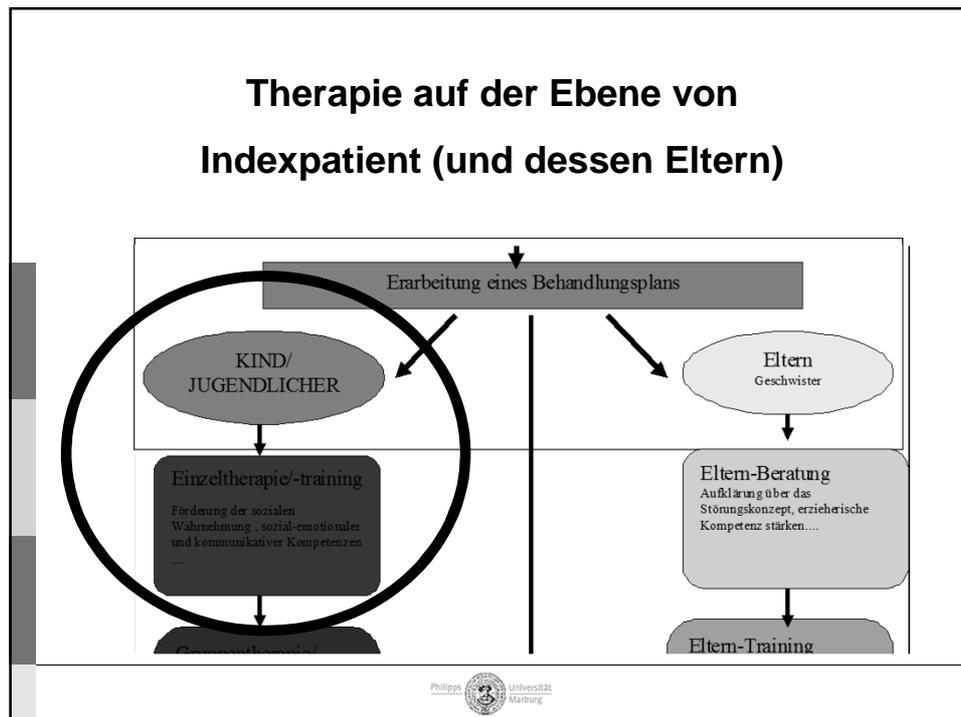
Elternteraining – Evidenz



Postorino et al, 2017

- SMD = -0,59 (95% CI: -0,88 bis -0,30, p=0,001)
- Effektstärken entsprechen denen bei anderen Störungsbildern (Kinder ohne ASD) (Meta-Meta-Analyse) Mingebach et al., 2018
 - In 26 Metaanalysen fand sich eine Effektstärke von SMD 0,45 (95% CI 0,35 bis 0,55, p = <.0001) für die Reduktion von expansiven Verhaltensweisen





(kognitive) Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen mit ASD

Grundlegendes

- Motivationsförderung
 - Veränderte Belohnungsprozesse
 - Sonderinteressen einbeziehen Kohls et al., 2018
- Aufbau von neuen Verhaltensweisen und Abbau von unerwünschtem Verhalten
- Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten
 - Soziale Wahrnehmung explizit üben
 - Diskriminationstraining bzgl. der Unterscheidung zwischen wichtigen und unwichtigen Dingen, insbesondere in sozialen Zusammenhängen
 - Internale Modelle abfragen
 - und neue generieren
 - Explizites Vermitteln sozialer Regeln

(kognitive) Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen mit ASD

Grundlegendes

- Entwicklungsbezogene Themen/Aufgaben beachten (z.B. Identität, Sexualität)
- Ziel ist die Kompensation von Defiziten und die Förderung sozial angemessenen Verhaltens!
 - Kognitive Fähigkeiten zur Reflexion von Situationen nutzen
- Keine Schonhaltung oder „Entschuldigung“ von unangemessenen Verhaltensweisen!
- Integrationsmaßnahmen sollten mit in die Behandlung einbezogen (Abstimmung bezüglich der Ziele, des Vorgehens, der Methoden, Feedback usw.)

(kognitive) Verhaltenstherapie bei jugendlichen oder erwachsenen Betroffenen

Fähigkeiten der Emotionsregulation (ER)

- Deutliche Assoziation zwischen ASD-Kernsymptomatik und Defiziten in der ER, insbesondere repetitive, stereotype Verhaltensweisen Berkovitz et al., 2017; Bishop-Fitzpatrick, Mazefsky, Minshew & Eack, 2015; Bishop-Fitzpatrick, Minshew, Mazefsky & Eack, 2017; Uljarevic, Richdale, Evans, Cai & Leekam, 2017; Samson et al., 2014, for review Cai et al., 2018
 - mehr maladaptive Strategien und/oder weniger adaptive Strategien im Umgang mit negativen Emotionen
 - Assoziiert mit internalisierenden und externalisierenden Störungen
 - ABER: „Vermeidungsstrategien“ bei ASD eher assoziiert mit weniger Depression (langfristiger Effekt bisher noch nicht klar)
 - Geringere Fähigkeiten: „up-regulate“ positive Emotionen Richey et al., 2015
 - Weniger Aktivierung in Belohnungszentren (Nucleus Accumbens) Kohl et al., 2013

(kognitive) Verhaltenstherapie bei jugendlichen oder erwachsenen Betroffenen

Fähigkeiten der Emotionsregulation (ER)

- Problematische, frustrierende oder angstauslösende Erfahrungen und die begleitenden Emotionen besprechen und Umgang einüben
- Ziel: Einsichtsfähigkeit in Gefühle verbessern, Regulation von Emotionen anzuleiten
 - Die Lebensqualität der Betroffenen kann durch die Reduktion von erlebten Stress deutlich verbessert werden Bishop-Fitzpatrick, Minshew & Eack, 2013; Gawronski et al., 2011; Hirvikoski & Blomqvist, 2015
 - Einüben von Entspannungstechniken sinnvoll!

(kognitive) Verhaltenstherapie bei jugendlichen oder erwachsenen Betroffenen

Training lebenspraktischer Fähigkeiten

- deutliche Diskrepanz zwischen der Begabung und den adaptiven Fertigkeiten Kenworthy, Case, Harms, Martin & Wallace, 2010; Matthews, Malligo & Smith, 2017
 - nonverbale kognitive Fähigkeiten, Sprachverständnis, sozial-kommunikative Beeinträchtigungen sowie früh einsetzende Interventionen in der Kindheit = beste Prädiktoren für Selbständigkeit im Erwachsenenalter Bal, Kim, Cheong & Lord, 2015
 - fehlende Selbständigkeit führt zu großen Schwierigkeiten im Alltag und scheint auch mit komorbiden Störungen assoziiert zu sein Kraper, Kenworthy, Popal, Martin & Wallace, 2017
- klare Verhaltensstrategien erarbeiten und kontinuierlich üben

(kognitive) Verhaltenstherapie bei Kindern, Jugendlichen mit ASD Angststörungen

Prävalenz: 62% (generalisierte Angst, spezifische Phobien u.a.) NICE 2011

- Meta-Analyse Sukhodolsky et al. 2013
 - 8 RCTs, N= 375, Alter: 7 – 17 Jahre
 - ES = **1,19**; 95% CI, 0,23 bis 2,14, $p = 0,02$
- Meta-Analyse Warwick et al. 2015
 - 19 RCTs, N= 635 KVT; N=450 Kontrollgruppen; Alter: 4 bis 17 Jahre
 - 66,4% der KVT-Teilnehmer, 20,6% Warteliste: keine Angstdiagnose (LoG OR 1,95; $p < 0,001$).
 - 47,6 % der KVT-Teilnehmer, 21,3% aktiven Kontrollgruppe: keine Angstdiagnose (LoG OR 0,83 ; $p < 0,01$)
- Meta-Analyse Kreslins et al. 2015
 - 10 RCTs; N=470; Alter: 7 – 17 Jahre
 - Einschätzung *Kliniker*: $d = 1,05$; 95% KI= 0,45, 1,65; $p = 0,0006$
 - Einschätzung *Eltern*: $d = 0,48$; 95% KI= -0,14, 0,82; $z = 2,80$; $p = 0,005$
 - Einschätzung *Kinder*: $d = 0,55$; 95% KI= -0,16, 1,27; $p = 0,13$



(kognitive) Verhaltenstherapie bei Kindern, Jugendlichen mit ASD Angststörungen

- KVT unter engem Einbezug der Familie (N=12) Fujii et. al.2013
 - Bewältigungsstrategien, In-Vivo-Expositionen, Belohnungen, Freundschaftsfertigkeiten, Gespräche im Sinne des Sokratischen-Fragens
 - Signifikante Reduktion des Schweregrades und der Diagnosen
- spezifischen Phobien (z.B. Bienen, Hunde, Toiletten...)
 - Graduelle Exposition mittels virtueller Realität (N=9) wirksam Maskey et al., 2014
- KVT, familienbasiert, bei Bedarf mit Transfer der Therapie in die Schule (z.B. Beratung) und Familie (N=33) Wood et al., 2015
 - Coping-Strategien (mind. 3 Sitzungen), Verhaltensaktivierung und In-Vivo-Training (8 Sitzungen), kognitive Umstrukturierung, Elterstraining, Belohnungssysteme, Konfliktlösestrategien, Peer-Interaktion
 - Reduktion der Ängstlichkeit, $d = 0,74$; $p = 0,04$
- Training sozialer Kompetenzen White und Ollendick et al 2013; White et al., 2015
 - Keine signifikanten Effekte auf Angstsymptomatik
 - Keine sig. Effekte im Follow up Yoo et al., 2014
- Akzeptanz und Commitment Therapie (ACT) basierendes Fertigungsgruppentraining für Jugendliche Pahnke et al., 2014
 - Keine signifikanten Effekte auf die Angstsymptomatik



(kognitive) Verhaltenstherapie bei Erwachsenen mit ASD Angst- und Depression

Prävalenz: 14% - 84% für Angst; 17% - 70% für Depression Croen et al., 2015; Kim et al., 2000; Lainhart, 1999; Lugnegard et al., 2011; Hofvander et al., 2009; Mazzone et al., 2012; Muris et al., 1998

- RCT zur Wirksamkeit einer Achtsamkeitsbasierten Therapie Spek et al. 2013
 - N= 41, Altersrange= 18 – 65 Jahre
 - IQ von mindestens 85
- depressive Symptome (partielles $\eta^2 = 0,14$; $p=0,02$), ängstliche Symptome (partielles $\eta^2 = 0,12$; $p=0,02$), positiver Affekt (partielles $\eta^2 = 0,14$; $p=0,02$) und Grübelneigung (partielles $\eta^2 = 0,29$; $p>0,001$).

(kognitive) Verhaltenstherapie bei Jugendlichen und Erwachsenen mit ASD Zwangsstörung

Prävalenz: bis zu 37% NICE 2011

- RCT zur Wirksamkeit kognitiver Verhaltenstherapie Russel et al. 2013
 - Exposition und Reaktionsverhinderung mit häuslichen Übungen vs. „Angstmanagement“ mit Psychoedukation, Entspannungsübungen und Problemlösestrategien
 - N = 46, 14 – 65 Jahre, ohne Intelligenzminderung (IQ > 70)
 - Sowohl in der Therapie- als auch in der Kontrollgruppe fanden sich signifikante positive Veränderungen im YBOCS
 - Effektstärke der CBT-Gruppe groß (1,15), in der AM-Gruppe moderat (0,6)
 - familiäre Unterstützung wichtig

(kognitive) Verhaltenstherapie bei jugendlichen oder erwachsenen Betroffenen

berufliche Integration

- wesentliches Thema aus Sicht der Betroffenen Gawronski, et al., 2011
 - Trotz guter Ausbildung nur ein kleiner Teil in einem regulären Beschäftigungsverhältnis Lugnégard, Hallerback & Gillberg, 2011
 - Trotz Reduktion der Kernsymptomatik soziale Integration im Erwachsenenalter nicht gegeben Howlin & Magiati, 2017
- Coaching-Manual zur beruflichen Eingliederung liegt vor Proft, Schoofs, Krämer & Vogeley, 2017

(kognitive) Verhaltenstherapie bei jugendlichen oder erwachsenen Betroffenen

• Sozial-kommunikative Fertigkeiten

- Es verbessern sich im Verlauf die verbale Kommunikationsfertigkeit und die repetitiven, stereotypen Verhaltensweisen reduzieren sich Esbensen, Seltzer, Lam & Bodfish, 2009
- dies trifft jedoch oft nicht auf die nonverbale Kommunikation und die soziale Reziprozität zu Hofvander, et al., 2009; Woodman, Smith, Greenberg & Mailick, 2015, 2016
- Sollten daher im Fokus der Interventionen stehen: Bei Jugendlichen und Erwachsenen mit ASD ist ein Training sozial-kommunikativer Fertigkeiten indiziert und von den Betroffenen auch gewünscht (Gawronski et al., 2011). Hierzu liegen manualisierte Gruppenprogramme vor Cholemkery & Freitag, 2014; Gawronski, Pfeiffer & Vogeley, 2012

Soziales Kompetenztraining: Evidenz

- Metaanalyse zur Effektivität von 4 RCTs
 - Alter 6 bis 21 Jahre; N=178
 - Effektstärke $g = 0,47$ (KI: 0,16 – 0,78; $p=0,003$)
Reichow et al., COCHRANE REVIEW: 2012
- Trainings verbessern die sozialen Kompetenzen und reduzieren das Gefühl des Alleinseins Reichow, Steiner & Volkmar, 2012
- ABER: keine generalisierten Effekte auf die Fähigkeit Emotionen richtig zu erkennen bzw. auf Theory of Mind-Fähigkeiten Fletcher-Watson et al., 2014
- RCT-Studie zu SOSTA-FRA:
 - Alter: 8 bis 19 Jahre, $n = 209$ Teilnehmern
 - Effektstärke = **0.35** prä-post, **0.34** follow up nach 3 Monaten
Freitag et al., 2016



Therapie der Autismus-Spektrum-Störung

- **Problem Nr. 4: Wie?**
 - Wofür besteht Evidenz?
- **Lösungsvorschlag**
- Frühe intensive verhaltenstherapeutische Behandlung
 - Sprachförderung und Förderung der kognitiven Entwicklung
- Reduktion von externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten, Verbesserung der Qualität der Eltern-Kind- Beziehung
 - Elternanleitung, -training, -schulung
- Emotions- und Stressregulation fördern!
 - Soziale Kompetenzen fördern, Entspannungstechniken einüben!
- Training von lebenspraktischen Fertigkeiten
- Lebensqualität der gesamten Familie im Blick haben
- Grenzen des Möglichen akzeptieren!

