



UNIVERSITÄTS

FREIBURG

KLINIKUM

Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie

# FASTER

## Freiburger **Asperger**Spezifische Therapie für **ER**wachsene

Freiburger Autismus-Studiengruppe

T. Fangmeier,  
A. Lichtblau, L. Tebartz van Elst,  
J. Peters, M. Biscaldi, D. Ebert

Dortmund 2017

T. Fangmeier

FASTER

# Präambel

- Inneres Erleben/Innenschau:
  - Autisten sind Experten Ihrer Fähigkeiten, Wahrnehmungen, Schwierigkeiten
- Äußeres Erleben und Interpretation/ Außenschau:
  - Neurotypische Personen
- Vielgestaltigkeit des Autismus
  - Innenschau: individuell
  - Außenschau: Interpretation richtig?

# Präambel, Empathie

Z.B. Hineinversetzen in das Erleben einer anderen Person (Perspektivenwechsel).

- Es wird angenommen, dass Personen aus dem Autismus-Spektrum keine/wenig “Empathie” haben. Sie können sich nicht (gut) in neurotypische Personen hineinversetzen.
- Für neurotypische Personen ist es aber ebenso schwierig sich in das Erleben von Autisten hineinzusetzen. In diesem Sinne haben wir ebenfalls ein “Empathie-Defizit”!
- Es ist leichter sich in Personen hineinzusetzen, die mir ähnlicher sind.
- „Empathie-Falle“ der Therapeuten

# Präambel, Stress

Je gestresster autistische Personen sind, desto autistischer werden sie.

Je gestresster neurotypische Personen sind, desto neurotypischer werden sie.

Je gestresster eine autistische und eine nicht-autistische Person sind, desto schwieriger wird die Interaktion werden.

# Präambel, Mustererkennung

Autistische Personen haben eine gute Mustererkennung, sind detailorientiert.

Erkennen von Zusammenhängen oder Zusammenhänge aus einem “anderen Blickwinkel” betrachten. Häufig läuft diese Mustererkennung willkürlich/bewusst ab.

Neurotypische Personen sind z.T. ebenfalls gut in der Mustererkennung. Eines der „Spezialgebiete“ ist die Emotionserkennung, soziale Interaktionen, schnelle Reaktion in bestimmten sozialen Situationen. Häufig verläuft diese Mustererkennung automatisch ab.

# Präambel, Stresstoleranz

Autistische und nicht-autistische Personen reagieren auf Stress.

Autistische Personen haben häufiger eine erniedrigte Stresstoleranzschwelle aufgrund:

- „Filterschwäche“
- Planänderungen
- Erhöhter bewusster kognitiver Leistungen, Kompensation

# Welche Ausgangslage ergibt sich bei Autisten im Erwachsenenalter?

- Kompensationsstrategien entwickelt/gelernt
- Persönlichkeit
- Bereits viele pos. und neg. Erfahrungen gemacht
  - (Pos): Lernen, Informationen, Zusammenhänge, ...
  - (Neg): Umgang mit neurotypischen Personen / Umwelt, ...
- Bereiche: Schule, Beruf, Familie, Partnerschaft, Freizeit

# Motivation für eine Therapie

- Andere autistische Personen kennenlernen
- Informationen darüber erhalten, wie die neurotypische Welt funktioniert
- Wollen Feedback über ihr Verhalten/Wirken in der Welt
- Hilfe für bestimmte Teilbereiche des Lebens
- Weniger autistisch in der neurotypischen Welt, der sozialen Interaktion erscheinen
- Die Eltern/der Arzt/Psychiater haben eine Teilnahme angeregt (mit welcher Motivation?)



# Motivation für eine Therapie

Motivation für die Teilnahme sowie die Bedürfnisse sind z.T. sehr unterschiedlich

# Problematische Aspekte der Gruppentherapie

- Gruppengröße: bis zu 8 Personen
  - Stress, Wahrnehmungsproblematik bei vielen Personen
  - Sich auf verschiedene Personen einlassen
  - Je nach Alter und Lebensereignisse sind unterschiedliche Themen interessant
  - Eigene Stabilität (komorbide Erkrankung)
- Sympathie/Antipathie mit Gruppenteilnehmern
- Raum (Größe), Geruch, Lichtverhältnisse, ...

# Warum Gruppentherapie?

- Kennenlernen anderer Personen aus dem Autismus-Spektrum
- Motivation zur Interaktion mit Teilnehmer
- Erfahrungsaustausch, zwar vom „anderen Planet“ aber dennoch nicht allein
  - Entlastung
  - Unterschiede / Gemeinsamkeiten erkennen
  - Austausch von Strategien
- Modelllernen: Ideen, Lösungen anderer Teilnehmer nutzen
- Missverständnisse / Unterschiede bei Interaktionen zwischen autistischen und nicht-autistischen Personen erkennen

# Warum nicht einfach Soziales Kompetenztraining?

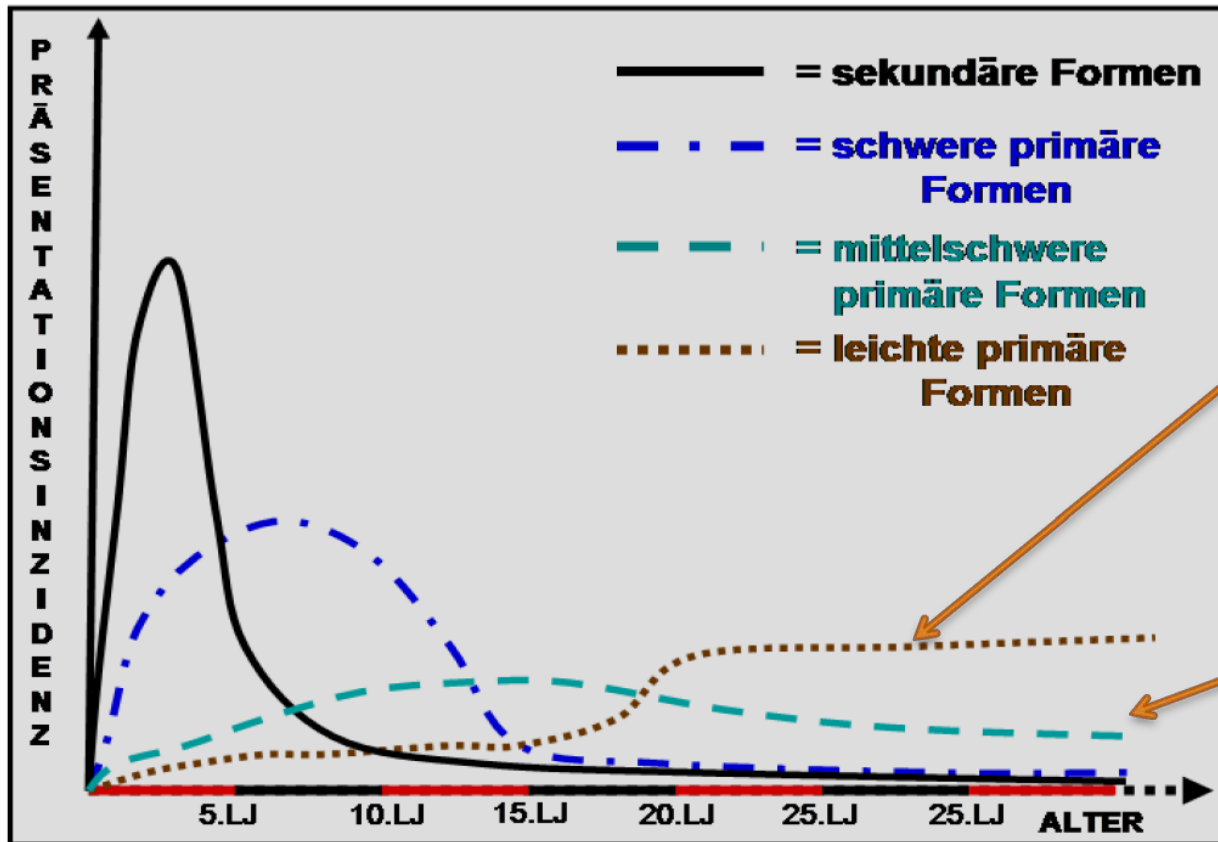
- Voraussetzungen / Ansatz anders!
  - Das Verständnis (wie, weshalb) für soziale Interaktionen mit neurotypischen Personen stehen im Vordergrund
  - Erklärung WAS Kommunikation scheitern lässt
  - Strategien für Interaktionen überlegen, die nicht unbedingt neurotypisch sein müssen
  - Manchmal ist weniger mehr. Abbau von zu viel Interaktion / Kompensation.
  - Ein „gutes Leben“ für Autisten sieht in manchen Bereichen höchstwahrscheinlich ganz anders aus als für eine Vielzahl von neurotypischen Personen.  
  
(→ „Empathie-Falle“ neurotypischer Therapeuten)

# Teilnehmende am FASTER

Dortmund 2017

T. Fangmeier

FASTER



v.a.  
mittelschwere  
und leichte  
Formen  
werden  
in Autismus-  
Sprechstunde  
gesehen

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

Tebartz van Elst, L. (2016). Die Bedeutung der Autismus-Spektrum-Störungen für die Erwachsenenpsychiatrie und-psychotherapie.

# Teilnehmende am FASTER

- Alter zwischen 18 und 60 Jahren
- Männlich und weiblich (3:1 bis 4:1)
- Leben bei Eltern, allein, in Partnerschaft, verheiratet
- In Ausbildung, Beruf, erwerbsunfähig, dauerhaft berentet, in Umschulungsmaßnahmen oder beruflichen Qualifizierungsmaßnahmen
- Hoch kompensiert bis weniger kompensiert
- Mitteilsam bis wenig mitteilsam
- Weniger irritiert durch Veränderungen (z.B. des Ablaufs) in Gruppenstunden bis hoch irritiert
- Diagnose erst seit kurzer Zeit oder schon länger (> 2 Jahre)

# Voraussetzungen für Teilnahme

- Motivation, sich in die Gruppe einzubringen und in Interaktion mit anderen treten zu wollen
- Beteiligung bei Rollenspielen
- Videoaufnahmen akzeptieren
- IQ  $\geq$  80
- Keine schwerwiegenden weiteren Erkrankungen (Komorbiditäten), die in der Gruppentherapie nicht angemessen abgefangen werden können

# Gruppen- vs. Einzeltherapie

- **Gruppentherapie**
  - Themen müssen für alle / viele passend sein; zumindest zu großen Teilen
  - Verschiedene Aspekte können z.T. nur überblicksartig besprochen werden, jedoch nicht individuell / spezifisch
- **Einzeltherapie**
  - Individuell benötigte Hilfen können intensiv besprochen und bearbeitet werden
  - Keine weiteren Personen, auf die man sich einlassen oder Rücksicht nehmen muss
  - Komorbide Erkrankungen können spezifisch behandelt werden (Depression, Phobien, Zwänge, etc.)



# FASTER Gruppentherapie

- 6-8 Teilnehmer aus dem Autismus-Spektrum
- Wöchentlich 120 Minuten, geschlossene Gruppen
- Ca. 30 Termine

## Module

## Flankierende Maßnahmen

### I BASIS

- Psychoedukation
- Stadien nach Diagnose
- Stärken / Schwächen
- Stressmanagement, Overload, Meltdown, Shutdown
- Selbstregulation
- Achtsamkeit
- Outing

### II AUFBAU

- Körperhaltung
- Emotionen: non-verbal / verbal
- Basale soziale Kommunikation
- Kommunikationsmodell
- Rollenspiele
- Feedback über eigenes Verhalten

### III VERTIEFUNG

#### Soziale Interaktionen:

Wie kommunizieren neurotypische Personen im Vergleich zu autistischen Personen in verschiedenen sozialen Situationen

- Parallel amb. Einzeltherapie?
- Assistenz-Angebot (Koop. mit Kath. FH, Heilpädagogik)
- Niederfreq. Weiterbeh. über Ambulanz
- Sozialarbeit
- Angehörigentreffen

# Psychotherapiekonzept immer mal wieder Baustelle

- Feedback durch Gruppenteilnehmer
- „Empathie-Falle“ vermeiden  
(keine neurotypische Interpretation ohne Validierung)
- Schwierigkeiten in der Übersetzung  
warum ein Thema sinnvoll sein könnte  
überwinden
- Welche Themen sind notwendig, sinnvoll  
und hilfreich?

# Psychotherapiekonzept

## Therapieziele

- Verbesserung von und/oder Wissensvermittlung über Interaktionsunterschiede von autistischen und nicht-autistischen Personen
  - Soziale Kommunikation und Interaktion
  - Kommunikationsfähigkeit
  - Soziale Integration, wenn gewünscht
- Reduktion dysfunktionaler Strategien und Stressbewältigung
  - Überkompensation vs. Outing
  - Missverständnisse zwischen autistischen und nicht-autistischen Personen vermindern / verhindern
  - Überlegungen, wie Routinen verändert werden können, die belastend sind
  - Selbständigkeit fördern

# Struktur der Therapiestunde

- Begrüßung (und Achtsamkeitsübung)
- Ziele für die Stunde
- Stimmungsbild mit pos. und neg. Ereignissen der letzten Woche
- Besprechung von Hausaufgaben
- Thema der Stunde
- Neue Hausaufgaben
- Abschlussrunde „Welche Ziele wurden heute erreicht, welche Inhalte waren hilfreich?“

# Manual vs. „manualfreie“ Stunde

- Keine eindeutige Antwort möglich
- Manual gibt den Weg vor
- Bei Feedback-Runde am Ende der Stunde wird deutlich:
  - Inhalte des Manuals wichtig aber:
  - Manchmal ist es wichtig andere Themen zu diskutieren
  - Aufgreifen von aktuellen Problemen z.B. im Beruf → direkte Umsetzung in der Gruppe nach Absprache

# Psychotherapiekonzept - BASIS

- Psychoedukation
- Stadien nach Diagnose
- Stärken / Schwächen
- Stressmanagement
  - Overload, Breakdown, Meltdown
  - Achtsamkeit
  - Erkennen von Stresssituationen und – wenn möglich – Verminderung oder Vermeidung
  - Besprechung des Tagesablaufes
    - Welche soz. Interaktionen gibt es
    - Was bereitet Stress
    - möglich Verminderung oder Vermeidung

# Psychotherapiekonzept - AUFBAU

- Kommunikation non-verbal / verbal
  - 1. Axiom: „Man kann nicht nicht kommunizieren.“  
(P. Watzlawick)
  - Körperhaltung
  - Gestik
  - Mimik
  - Emotionserkennung
  - Prosodie
- Kommunikationsmodell
  - Schulz von Thun, 4-Ohren / Zungen Modell (F. Schulz von Thun)

Watzlawick: <http://www.paulwatzlawick.de/axiome.html>

Schulz-von-Thun: [http://schulz-von-thun.de/index.php?article\\_id=71](http://schulz-von-thun.de/index.php?article_id=71)

# Emotionserkennung - visuell

GNOSIS

FACIALIS



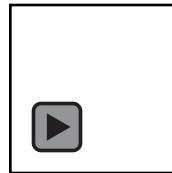
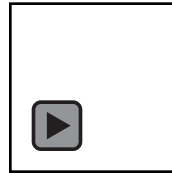
Merten, J. (2003)

<http://www.gnosisfacialis.de/infoERT.html> ; <http://www.gnosisfacialis.de/ERT/index.php>

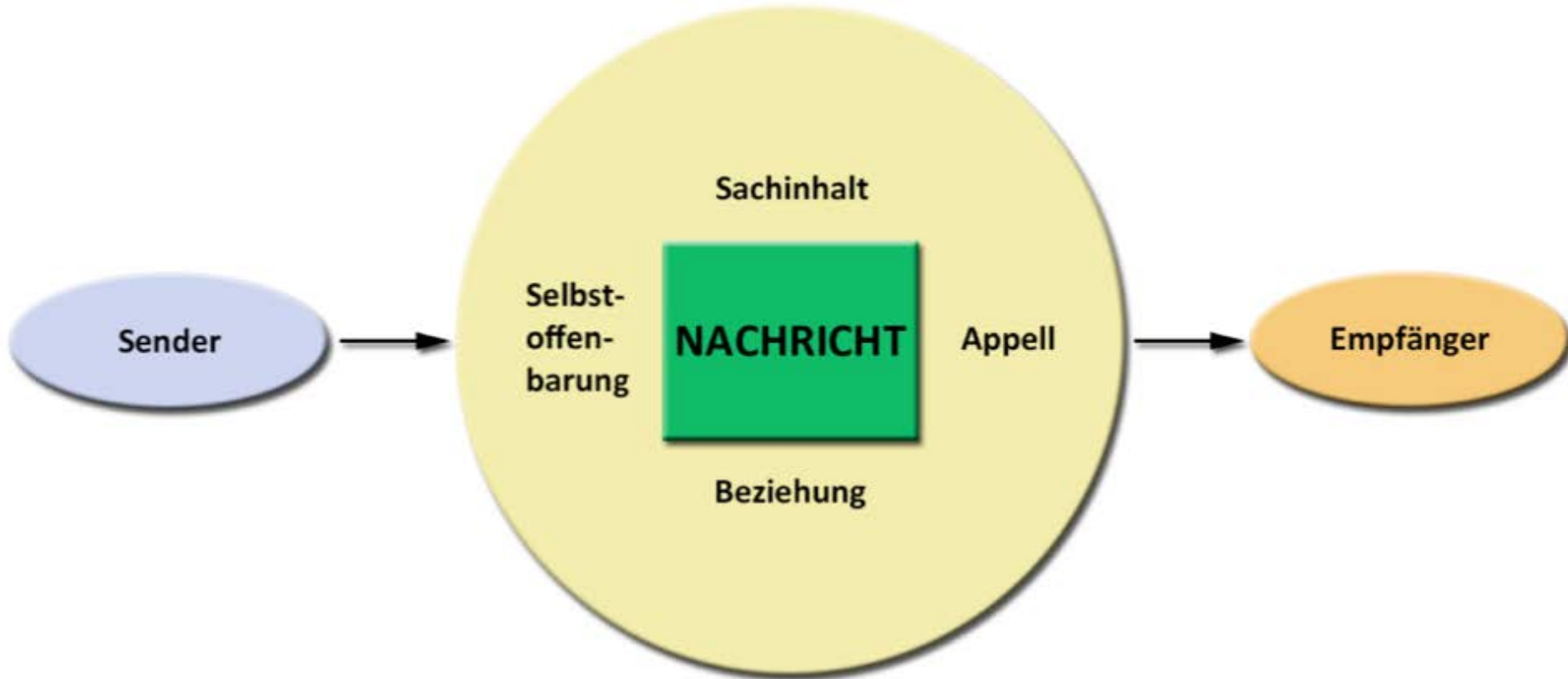


# Emotionserkennung - akustisch

- Prosodie



# Kommunikationsmodell



Schulz von Thun, F. (1981). *Miteinander reden 1: Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation*. Berlin: Rowohlt Verlag.

# Psychotherapiekonzept - Gruppenziele

**KEIN-ZIEL:**

**Möglichst neurotypisch wirken.**

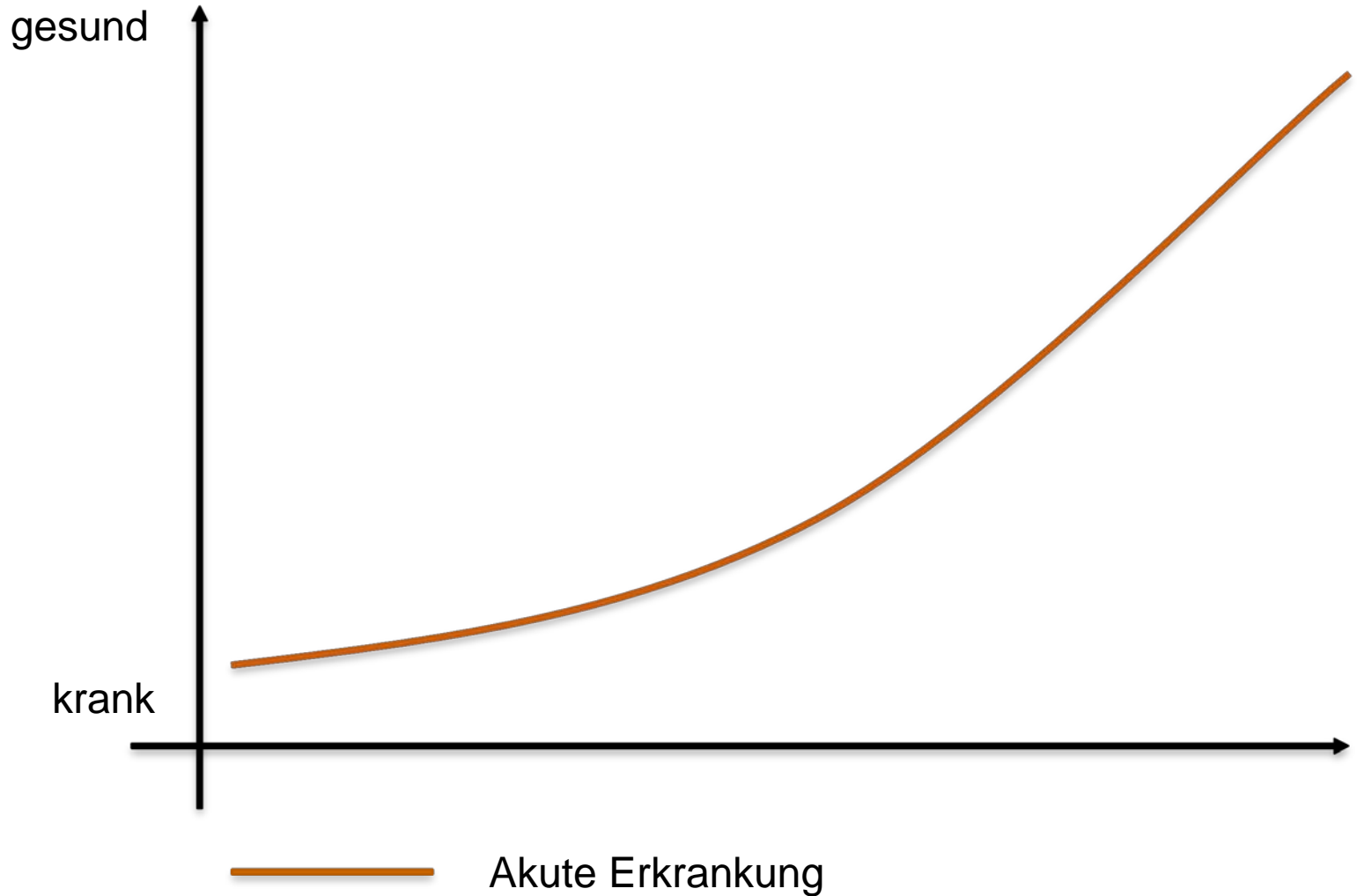
# Psychotherapiekonzept - Beispiel

- Augenkontakt wird besprochen (weshalb, warum)
- Nicht einüben müssen, aber ausprobieren können
- Ausweichstrategien finden (zwischen die Augen, hinter, vor, neben dem Interaktionspartner)

# Akute Erkrankung – Gesundheit

- Paradigma: Krankheit – Gesundheit / Heilung
  - Ist man krank, macht man etwas dagegen:
    - Therapie
    - Medikament
    - Chirurgischer Eingriff
    - etc.
  - Führt normalerweise zur Gesundung / Heilung / Besserung
  - „Man muss sich nur genug ‚anstrengen‘, dann ist Heilung möglich“

# Akute Erkrankung – Gesundheit



# Akute Erkrankung – Gesundheit

- **Autismus-Spektrum**
  - Akute Erkrankung bedeutet, dass man durchgängig krank ist (wie z.B. bei Erkältung, beim Knochenbruch, etc.)

# Ist Autismus eine Krankheit?

*„ Es gibt durchaus Zeiten, in denen ich mich krank fühle; aber die meiste Zeit fühle ich mich gesund. Daher stoße ich mich regelmäßig an einem Sprachgebrauch, der suggeriert, dass ich krank wäre, weil ich autistisch bin. Und zwar zu jeder Zeit, weil ich ja auch zu jeder Zeit autistisch bin.“*

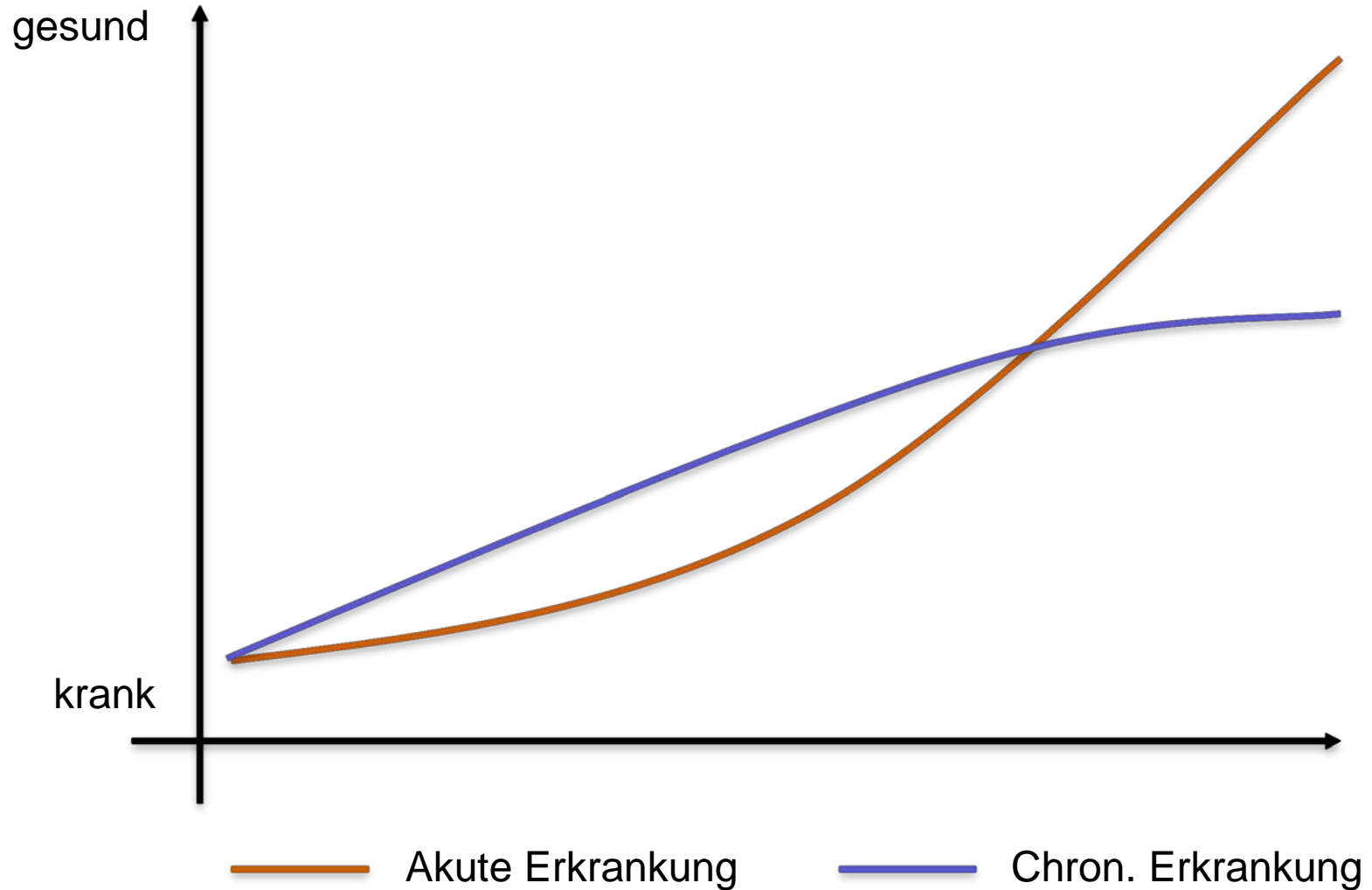
*Hajo Seng in Tebartz van Elst, L. (Hrsg.). (2013).*



# Akute Erkrankung – Gesundheit

- **Autismus-Spektrum**
  - Autismus könnte man eher mit einem chronischen Zustand (z.B. bei der sozialen Interaktion / Kommunikation) vergleichen

# Chronische Erkrankung – Gesundheit



# Ist Autismus eine Krankheit?

„... wird der Krankheitsbegriff in unterschiedlicher Weise gebraucht. So wird er bisweilen im Sinne einer Abweichung von einer Norm verwendet.“

„Eigentlich [...] bezeichnet Krankheit eine Normabweichung, die auf Veränderungen des körperlichen oder geistigen (Norm-)Zustandes zurückzuführen ist ...“

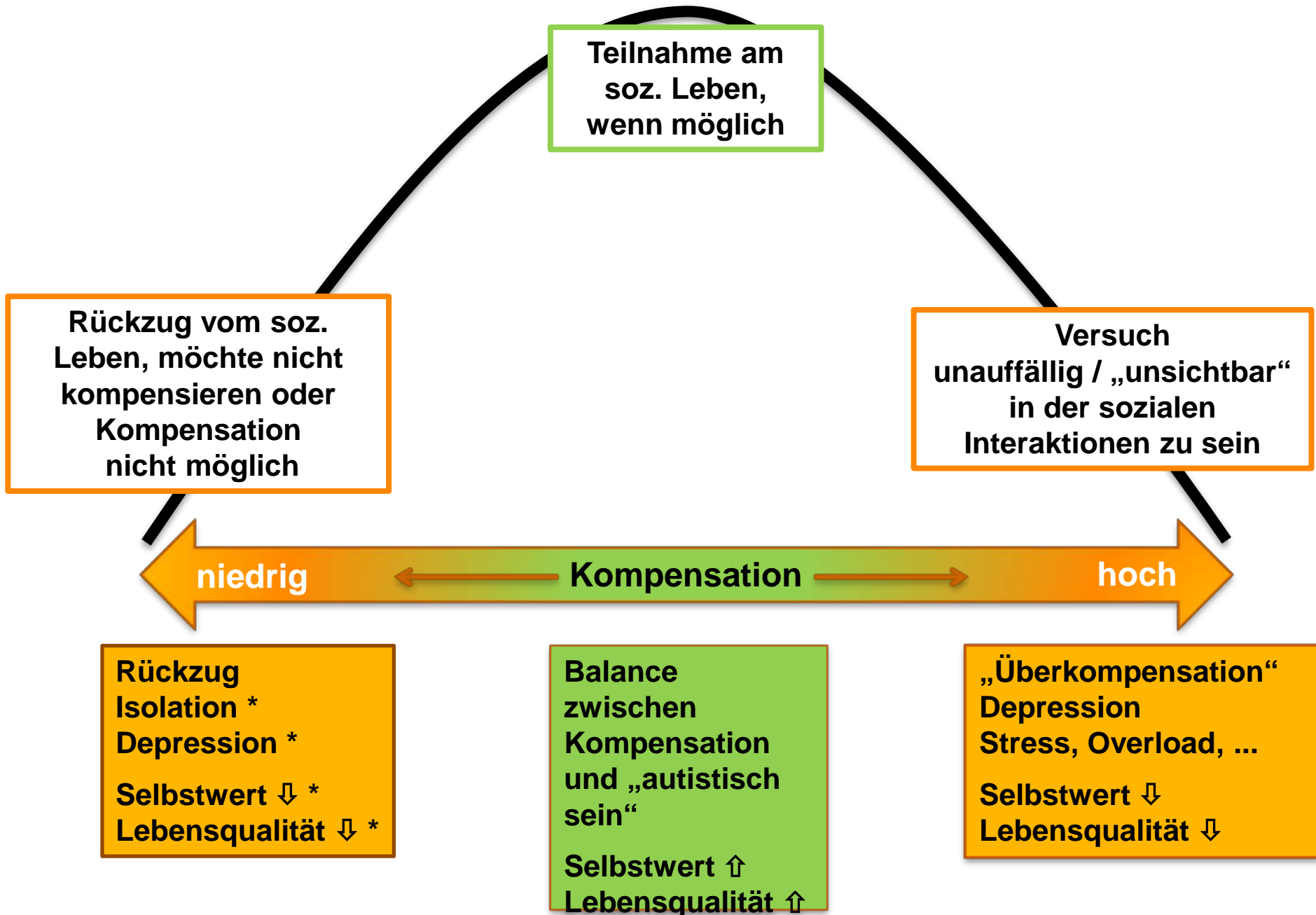
„... Das heißt, wer krank ist, muss schon einmal gesund gewesen sein oder – zumindest hypothetisch – gesund werden können.“

„... Ansonsten wäre Behinderung und nicht Krankheit die richtige Bezeichnung.“

*Hajo Seng in Tebartz van Elst, L. (Hrsg.). (2013).*

# Akute Erkrankung – Gesundheit

- **Autismus-Spektrum**
  - **Falscher Bezugsrahmen**
  - Personen aus dem Autismus-Spektrum bezeichnen sich zumeist nicht als „krank“, sondern als „**gehandicapt**“
  - Handicap in bestimmten Situationen (Small Talk, soziale Interaktionen, Gruppen, bestimmte Aktivitäten)
  - Aber auch außerhalb von soz. Interaktionen: **Filterstörung** und die damit verbundenen Schwierigkeiten



\* = außer selbst gewählt, dann kann Selbstwert und Lebensqualität hoch sein, Jedoch aufgrund von Erfahrungen < 5% der Teilnehmer

# Wie viel Kompensation ist zu viel?

- Überlastung (frühzeitig) erkennen
  - Wann ist man überlastet?
  - Wann und wodurch erkennt man die eigene Überlastung?
- Automatisierte Kompensationen finden. Sind diese nötig? Wenn ja, wann?
- Genügend Rückzugsmöglichkeiten planen
- Was entspannt? Tätigkeiten, die Freude bereiten?
- Mehr autistische Verhaltensweisen leben (Stimming)?
  - Welche kann man nur allein (aus-)leben?
  - Welche sind auch in der Öffentlichkeit durchführbar?
  - Lebensqualität?

Verhältnis von  
Routinen und  
Teilnahme am  
soz. Leben  
eher ausgeglichen

Routinen werden  
unterdrückt

Routinen  
verhindern  
Teilnahme am soz.  
Leben

niedrig

Routinen

hoch

Fehlende Sicherheit im tägl.  
Leben

Stress ↑  
Erschöpfung/Depression ↑  
Lebensqualität? ↓

Teilnahme am soz. Leben, aber  
Überlastung sehr  
wahrscheinlich

Relative Sicherheit

Stress ↓(↑)

Teilnahme am soz.  
Leben teilweise  
möglich

Routinen bestimmen den  
Tagesablauf

Stress ↑  
Lebensqualität? ↓

Verhindert soz. Interaktionen

# Routinen – Rigidität

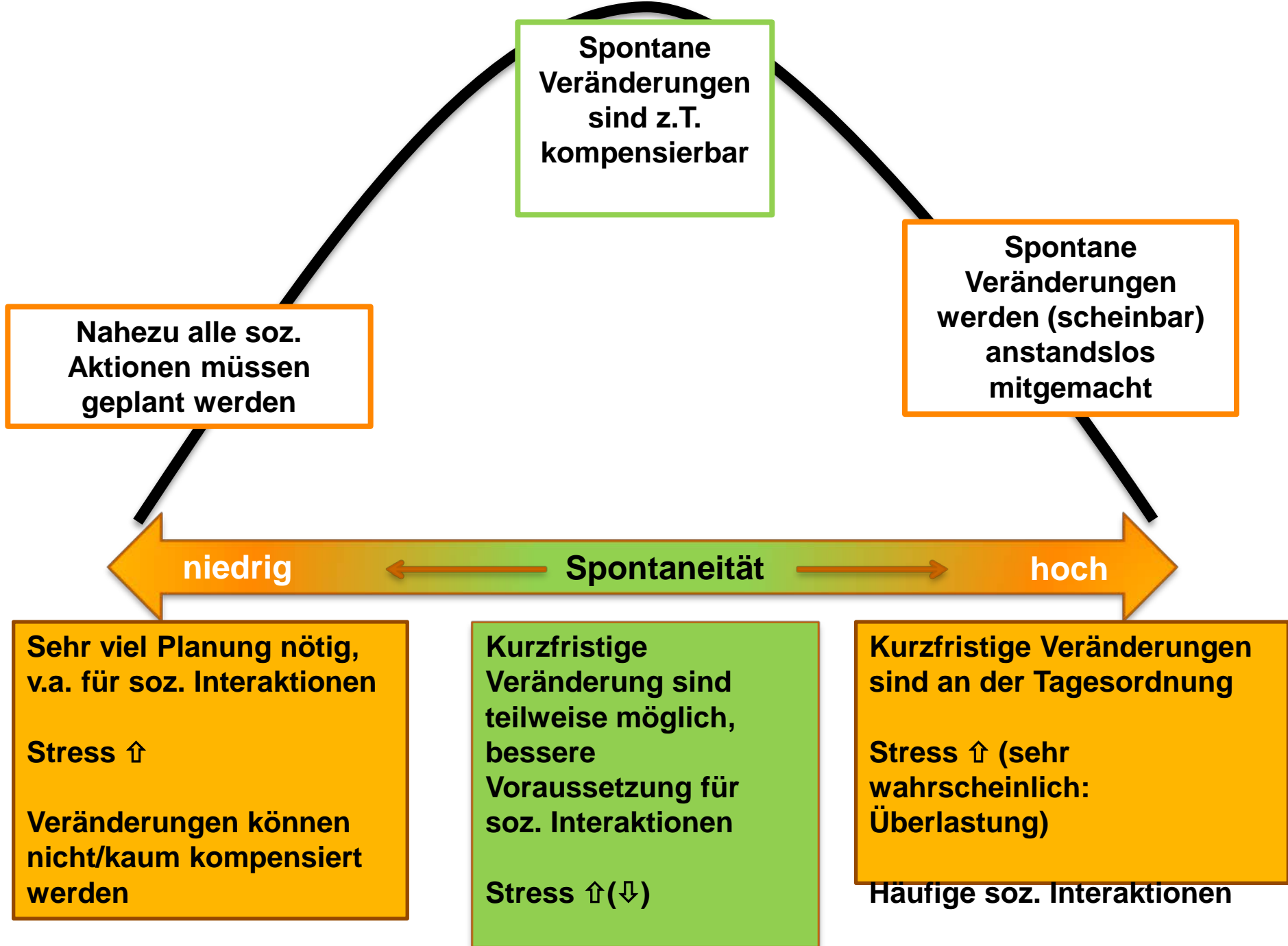
- **Routinen**

- Sicherheit / Berechenbarkeit / Verlässlichkeit
- (Vor-)Planung des Tages, der Aktivitäten, etc.

- **Problematisch**

- Nicht wie geplant durchführbar  
(Rigidität hoch/niedrig? Spontaneität hoch/niedrig? )
- Frage, was sind Sie dann?
  - Frustriert? Hilflös? Planlos?
- Priorität für einzelne Planungspunkte vorhanden?
- Häufig berichten Personen aus dem Autismus Spektrum ,  
dass sie selbst wissen, dass ihr Festhalten an Plänen (vor  
allem wenn sie wahrscheinlich scheitern) nicht sinnvoll  
oder hilfreich für sie sind, jedoch fehlt ein alternativer  
Umgang damit





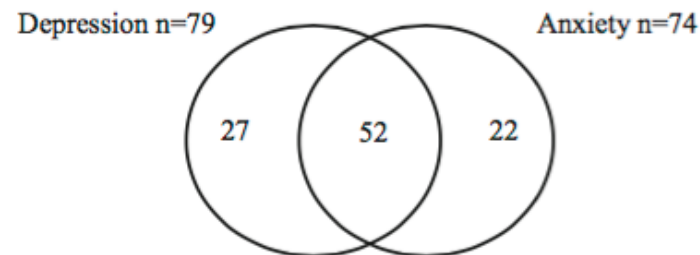
# Komorbidität – Autismus-Spektrum

**Table 3: Lifetime rate of axis-I disorders in adults with autism spectrum disorders (N = 122, if not otherwise specified)**

|   | Criteria met DSM-IV        |    |                               |    |                   |    |                  |    |                           |       |                |    |                  |    |                            |      |
|---|----------------------------|----|-------------------------------|----|-------------------|----|------------------|----|---------------------------|-------|----------------|----|------------------|----|----------------------------|------|
|   | Autistic disorder<br>(N=5) |    | Asperger's disorder<br>(N=67) |    | PDD NOS<br>(N=50) |    | Total<br>(N=122) |    | AS – PDD NOS <sup>a</sup> |       | Male<br>(N=82) |    | Female<br>(N=40) |    | Male – Female <sup>a</sup> |      |
|   | N                          | %  | N                             | %  | N                 | %  | N                | %  | $\chi^2$<br>(df = 1)      | p     | N              | %  | N                | %  | $\chi^2$<br>(df = 1)       | p    |
| Attention-Deficit/<br>Hyperactivity<br>Disorder | 2                          | 40 | 24                            | 36 | 26                | 52 | 52               | 43 | 3.06                      | 0.09  | 35             | 43 | 17               | 43 | 0.00                       | 1.00 |
| Chronic tic disorders                           | 0                          | 0  | 14                            | 21 | 11                | 22 | 25               | 20 | 0.02                      | 1.00  | 20             | 24 | 5                | 13 | 2.33                       | 0.16 |
| Mood disorder                                   | 3                          | 60 | 35                            | 52 | 27                | 54 | 65               | 53 | 0.04                      | 1.00  | 39             | 48 | 26               | 65 | 3.29                       | 0.08 |
| Psychotic disorders                             | 0                          | 0  | 10                            | 15 | 5                 | 10 | 15               | 12 | 0.62                      | 0.58  | 13             | 16 | 2                | 5  | 2.94                       | 0.14 |
| Substance related<br>disorders                  | 1                          | 20 | 4                             | 6  | 14                | 28 | 19               | 16 | 10.67                     | 0.002 | 14             | 17 | 5                | 13 | 0.43                       | 0.60 |
| Anxiety disorder N =<br>119                     | 0                          | 0  | 34                            | 51 | 25                | 50 | 59               | 50 | 0.01                      | 1.00  | 37             | 45 | 22               | 55 | 1.05                       | 0.34 |
| Obsessive Compulsive<br>Disorder                | 0                          | 0  | 14                            | 21 | 15                | 30 | 29               | 24 | 1.27                      | 0.29  | 16             | 20 | 13               | 33 | 2.50                       | 0.12 |
| Impulse control<br>disorder                     | 0                          | 0  | 4                             | 6  | 7                 | 14 | 11               | 9  | 2.17                      | 0.20  | 6              | 7  | 5                | 13 | 0.88                       | 0.50 |
| Somatoform disorder<br>N = 119                  | 0                          | 0  | 2                             | 3  | 4                 | 8  | 6                | 5  | 1.48                      | 0.40  | 4              | 5  | 2                | 5  | 0.00                       | 1.00 |
| Eating disorder N =<br>119                      | 0                          | 0  | 2                             | 3  | 4                 | 8  | 6                | 5  | 1.48                      | 0.40  | 2              | 2  | 4                | 10 | 3.29                       | 0.09 |

# Komorbidität – Autismus-Spektrum

- Erwachsene mit ASS im Alter zwischen 19 und 79 Jahren:
  - In der Studie von Lever und Geurts haben 79% der Erwachsenen mit ASS eine psychiatrische Erkrankung
  - Am häufigsten sind affektive Störungen (57.2%) mit Majorer Depression (53.6%) und Dysthymie (18.1%)
  - Angststörungen (53.6%) mit Zwangsstörung (21.7%) und Agoraphobie (21%)
  - Überlappung von affektiven und Angst-Störungen (65%)



**Fig. 1** Number of ASD participants showing overlap between mood and anxiety disorders

# Komorbidität – Autismus-Spektrum

**Table 1** Psychiatric disorders in 50 males with AS 23–43 years after AS diagnosis was first made

| Diagnosis   | n  | %  |
|---|----|----|
| Any comorbid psychiatric/developmental disorder ever      | 47 | 94 |
| Any comorbid psychiatric/developmental disorder currently | 27 | 54 |
| Depressive disorders ever                                 | 29 | 58 |
| Major depression ever                                     | 16 | 32 |
| Dysthymia ever  | 0  | 0  |
| Depressive disorders current                              | 14 | 28 |
| Major depression current                                  | 2  | 4  |
| Suicidal behaviour ongoing                                | 13 | 26 |
| Low risk  | 12 | 24 |
| High risk   | 1  | 2  |

| Diagnosis   | n  | %  |
|---|----|----|
| Any anxiety disorder current                          | 11 | 22 |
| Generalized anxiety disorder current                  | 5  | 10 |
| Panic disorder previously                             | 1  | 2  |
| Agoraphobia current                                   | 3  | 6  |
| Social phobia current                                 | 2  | 4  |
| Obsessive compulsive disorder current                 | 4  | 8  |
| Any psychotic disorder ever                           | 2  | 4  |
| Schizophrenic psychosis                               | 1  | 2  |
| Bipolar disorder with manic episodes                  | 1  | 2  |
| Posttraumatic stress disorder                         | 0  | 0  |
| Antisocial personality disorder                       | 6  | 12 |
| Bipolar disorder                                      | 2  | 4  |
| Alcohol dependency current                            | 2  | 4  |
| Drug dependency current                               | 0  | 0  |
| Attention deficit/hyperactivity disorder current      | 14 | 28 |
| Tic disorder ever <sup>a</sup>                        | 22 | 50 |
| Developmental coordination disorder ever <sup>a</sup> | 34 | 77 |

<sup>a</sup> Missing data (n = 6)

- Einschluss: **männlich** <16 Jahre, Göteborg, Schweden
- Längsschnittstudie, T0: 1985-1999; T1: 2002-2003; T2: 2011-2013
- Zu T0: Gillberg-Kriterien erfüllt; FSIQ > 70, mean: 11.4 Jahre; **n=100**
- Zu T2: mean: 30.2 Jahre; **n=50**

- Nur 6% haben keine komorbide Diagnose
- zum Zeitpunkt T2 komorbide Erkrankung (54%), davon :
  - mind. eine depressive Erkrankung (58%) und/oder
  - ein ADHS (28%)
- 77% eine umschriebene Entwicklungsstörung motor. Funktionen

(F82.x) Gillberg et al. (2016)

# ADHS und ASS, Global Assessment of Functioning

**Table 2** Comorbidity relating to GAF scores

|   | GAF scores mean (SD) |             | $Z^a$ | $p$  |
|---|----------------------|-------------|-------|------|
|   | Yes                  | No          |       |      |
| Any comorbid psychiatric/developmental disorder ever    | 60.7 (4.4)           | 88.0 (4.4)  | -2.37 | .018 |
| Any comorbid psychiatric/developmental disorder current | 56.8 (15.3)          | 68.8 (17.0) | -2.40 | .017 |
| Depressive disorder ever                                | 59.9 (13.9)          | 65.6 (20.5) |       | ns   |
| Depressive disorders current                            | 58.4 (15.4)          | 63.8 (17.6) |       | ns   |
| Any anxiety disorder current                            | 54.1 (9.2)           | 63.8 (18.0) |       | ns   |
| Obsessive-compulsive disorder current                   | 47.5 (18.6)          | 63.6 (16.7) |       | ns   |
| Anti-social personality disorder ever                   | 60.2 (11.9)          | 62.5 (17.9) |       | ns   |
| Attention deficit/hyperactivity disorder current        | 55.6 (14.7)          | 64.9 (17.4) | -1.98 | .048 |
| Tic disorder ever                                       | 65.3 (17.0)          | 60.2 (16.9) |       | ns   |
| Developmental coordination disorder ever                | 60.2 (17.1)          | 71.3 (14.1) |       | ns   |

*ns* non significant

<sup>a</sup> Mann-Whitney U test

- GAF = Global Assessment of Functioning
  - GAF verschlechtert sich deutlich mit ADHS!
  - GAF verschlechtert sich mit einer früheren oder aktuellen psychiatrischen oder entwicklungsbedingten kormorbiden Erkrankung

# ADHS und ASS, Global Assessment of Functioning

**70** Einige andauernde leichte Symptome oder Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit

- Kriterien Gruppe F:
- leichte Symptome vorhanden, aber diese sind NICHT zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Stressoren (z.B. leichte o. abgeschwächte Depression und/oder leichte Schlaflosigkeit)
  - einige andauernde Schwierigkeiten in der soz., berufl. & schul. Leistungsfähigkeit (z. B. gelegentliches Schuleschwänzen o. Diebstahl innerhalb der Familie o. wiederholtes Zurückfallen in Schule o. Beruf)
  - hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.

**68-70** ENTWEDER leichte, andauernde Symptome ODER leichte Schwierigkeiten in der soz., berufl. & schul. Leistungsfähigkeit

**64-67** Leichte, andauernde Symptome in mehr als einem Gebiet der soz., berufl. & schul. Leistungsfähigkeit

**61-63** Leichte, andauernde Symptome UND einige Schwierigkeiten in der soz., berufl. & schul. Leistungsfähigkeit

**Ohne  
ADHS**

**60** Mäßig ausgeprägte Symptome oder mäßig ausgeprägte Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit

- Kriterien Gruppe E:
- moderate Symptome (z.B. häufige, mäßig ausgeprägte depressive Stimmung und Schlaflosigkeit und/oder mäßiges Grübeln; gelegentliche Panikattacken oder Affektverflachung und weitschweifige Sprache)
  - mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der soz., berufl. & schul. Leistungsfähigkeit (z. B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen).

**58-60** ENTWEDER moderate depressive Verstimmung, Symptome ODER moderate Schwierigkeiten der soz., berufl. & schul. Leistungsfähigkeit

**54-57** Moderate Schwierigkeiten in mehr als einem Gebiet der soz., berufl. & schul. Leistungsfähigkeit

**51-53** Moderate Symptome UND moderate Schwierigkeiten in der soz., berufl. & schul. Leistungsfähigkeit

**mit  
ADHS**

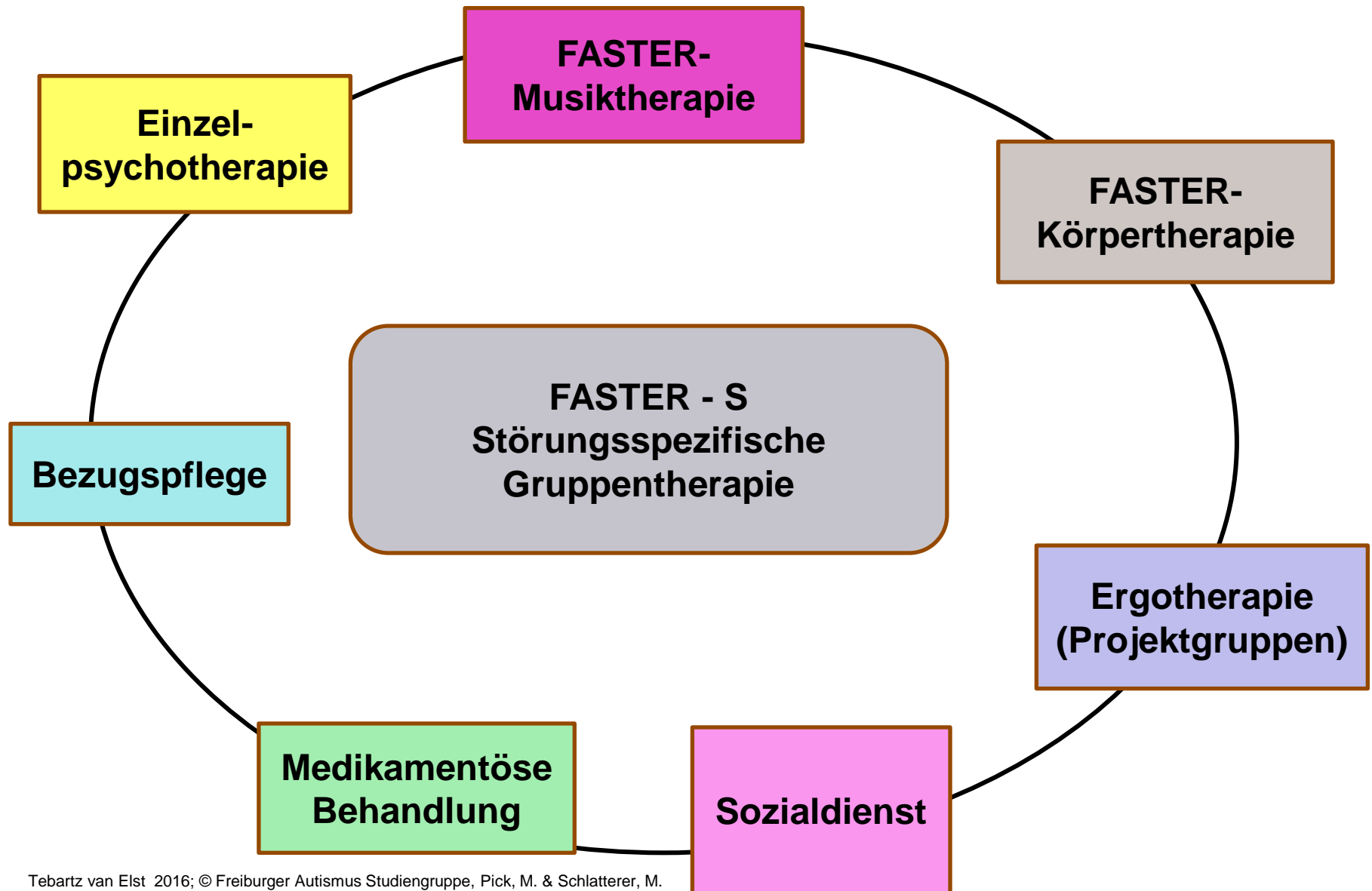
**50** Einige ernste Symptome oder ernste Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit

# Komorbidität – Autismus-Spektrum

## Dunkelziffer:

- Welchen Personen aus dem Autismus-Spektrum geht es so gut, dass sie
  - Keine Diagnose haben und in ihrem Leben mit den individuellen Anforderungen gut zurecht kommen?
- Welche Personen haben keinen Zugang zu Hilfen?
  - Z.B. obdachlos (selbst-gewählt / nicht-selbstgewählt)
  - Trotz Schwierigkeiten keinen Zugang zu Hilfen haben oder möchten oder dafür nicht die nötige Energie aufbringen

# FASTER – stationäres Konzept

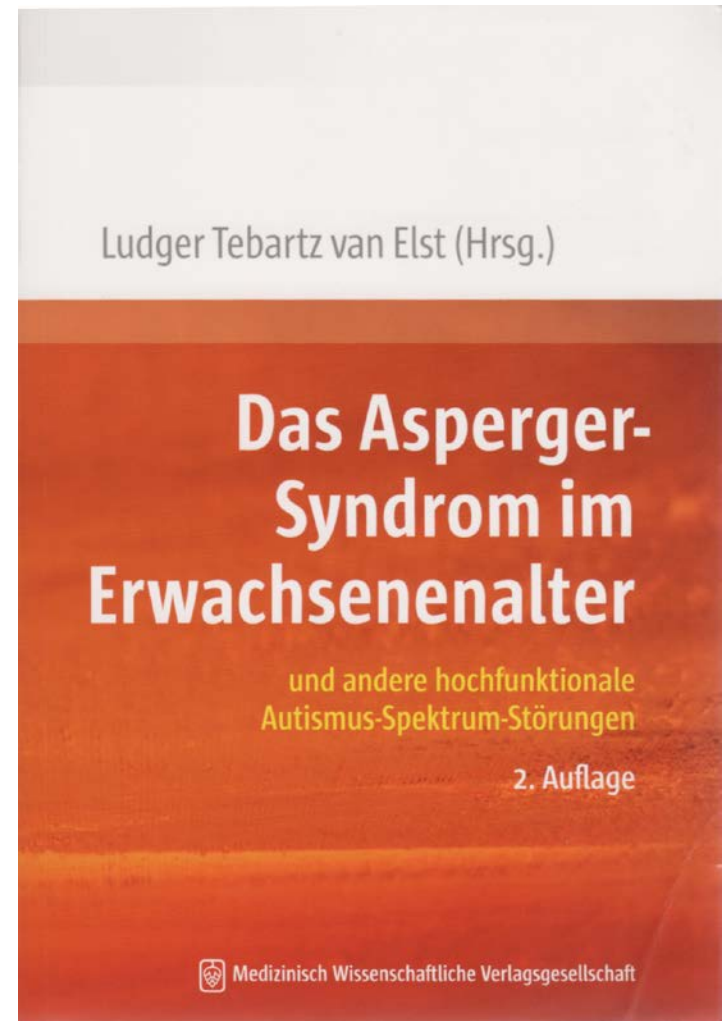




Dortmund 2017

T. Fangmeier

FASTER



**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

Dr. T. Fangmeier  
Universitätsklinikum Freiburg  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Hauptstr. 5  
79 104 Freiburg  
[thomas.fangmeier@uniklinik-freiburg.de](mailto:thomas.fangmeier@uniklinik-freiburg.de)