

Evidenzbasierte Behandlung von komorbiden Störungen der Autismus-Spektrum-Störung im Kindes- und Jugendalter

Prof. Dr. I. Kamp-Becker

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Psychosomatik und Psychotherapie

Philipps-Universität Marburg

Evidenzbasierte Behandlung von komorbiden **psychischen Störungen **und Symptomen** der Autismus-Spektrum- Störung im Kindes- und Jugendalter**

1. Grundlegendes zur Behandlung
2. Komorbidität
 - Prävalenz, Relevanz, Verlauf
 - **Therapieplanung**
3. Evidenzbasierte Behandlung
 - Oppositionelle Störungen, Aggressivität, ADHS
 - Emotionale und Angst-Störungen, Depression und Zwangsstörung

Ziele dieses Vortrages

1. Relevanz der Behandlung von Komorbiditäten deutlich machen
2. Autism-like Traits \neq Autismus-Spektrum-Störung
3. Behandlung: Wenn Sie eine fundierte verhaltenstherapeutische Ausbildung haben, dann können Sie das!

AWMF Leitlinie Teil 2: Therapie

The screenshot shows the AWMF website interface for the guideline 'Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Teil 2: Therapie'. The page includes a navigation menu on the left, a main content area with a search bar and a magnifying glass icon, and a list of available documents at the bottom. The main content area displays the title of the guideline, the date of the last update (13.9.2021), and the classification (S2e). The list of available documents includes the full guideline, a short version, and a checklist.

- Empfehlungen sind auf der Grundlage der vorhandenen Studienlage entstanden
 - sehr viele Studien
- in einem gemeinsamen Prozess mit einer repräsentativen Kommission relevanter Berufsgruppen und Betroffener erarbeitet und konsentiert
- dienen der Verbesserung der Versorgung

<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-047>

Grundlegendes zur Behandlung

- Die evidenzbasierten Methoden umfassen medikamentöse und psychosoziale Interventionen
 - **den Fertigkeiten und der individuellen Entwicklung angemessene, verhaltenstherapeutisch-übende Methoden sind effektiv** (moderate bis kleine Effekte)
 - Strukturiertes Vorgehen, Problem Generalisierungsfähigkeit
- **Qualifikation der TherapeutInnen:**
 1. Fundierte, **wissenschaftlich basierte Kenntnisse**
 2. Wissen um die **Möglichkeiten und Indikation medikamentöser** Therapie
 3. Wissen um die Möglichkeiten und Indikation ambulanter, **teilstationärer oder stationärer** Behandlung
 4. Fundierte und praktische Fertigkeiten in den unterschiedlichen **verhaltenstherapeutischen Methoden**, die effektiv sind

<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-047>

Therapie-Leitlinie: Autismus Vorgehen

- 1. Fallmanagement einrichten**
- 2. Festlegung der Therapieziele**
- 3. Auswahl der Intervention in Abhängigkeit vom Zielverhalten, Alter und Intelligenz**
 - Soziale Interaktion und Kommunikation
 - Repetitives Verhalten, Sonderinteressen und sensorische Hyper-/Hyporeaktivität

<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-047>

Therapie- Leitlinie: Autismus-Spektrum-Störungen

Zielsymptom: Förderung der Sozialen Interaktion, Kommunikation, repetitives Verhalten und Sprache

Klein- und Vorschulkinder, unabhängig von Entwicklungsalter und kognitiven Fertigkeiten

- Es soll eine individualisierte, entwicklungsorientierte, **verhaltenstherapeutisch basierte Therapie anhand wissenschaftlich überprüfter Therapiemanuale** mit dem Kind einschließlich der Anleitung der Eltern / primären Bezugspersonen durchgeführt werden
- Dauer: Die Therapie soll mindestens über 1 Jahr erfolgen
- Frequenz: Mindestens 2 Stunden / Woche
- Keine Nennung von Verfahren, aber wesentliche Inhalte und Methoden

<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-047>

Frühe Interventionen bei Kindern mit (Verdacht auf) Autismus-Spektrum-Störung

Förderung der Vorläuferfunktionen von Sprache

- Blickkontakt
 - Geteilte Aufmerksamkeit
 - Imitation
 - „gemeinsames Tun“ („Engagement“)
- unter engem Einbezug der Bezugsperson
mit natürlichem Lernformat
verhaltenstherapeutische Methoden

Beispiele für evidenzbasierte Verfahren: „Natural Development Behavioral Interventions (NDBI)

- Paediatric Autism Communication Therapy (PACT)
 - <https://www.pacttraining.co.uk/>
- Joint Attention, Symbolic Play, Engagement and Regulation (JASPER)
 - <https://www.jaspertraining.org/>
- Applied Behavior Analysis (ABA) Bernard-Opitz & Nikopoulos, 2017
- Autismusspezifische Therapie im Vorschulalter (A-FFIP) Teufel et al., 2017

Therapie-Leitlinie: Autismus Vorgehen

1. Fallmanagement einrichten
2. Festlegung der Therapieziele
3. Auswahl der Intervention in Abhängigkeit vom Zielverhalten, Alter und Intelligenz
 - Soziale Interaktion und Kommunikation
 - Repetitives Verhalten, Sonderinteressen und sensorische Hyper-/Hyporeaktivität
 - Spezifische komorbide Entwicklungsstörungen
 - Kognitive und alltagspraktische Fertigkeiten sowie adaptives Verhalten
 - komorbide psychische Störungen und Symptome
4. Festlegung des Behandlungssettings
5. Weitere Unterstützungsmöglichkeiten?
6. Verlaufskontrollen mit Evaluation der Therapieerfolge

<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-047>

Komorbidity: Kinder und Jugendliche - Prävalenz

- Mehrheit (70-96%) hat mindestens eine komorbide Störung Simonoff et al, 2008; Lundström et al., 2015; Lai et al., 2019; Hossein et al., 2020; Hollocks et al., 2023
 - Bis zu 50% haben mehr als eine komorbide Störung Salazar et al., 2015
- Prävalenzangaben variieren
 - 68% der Kinder weisen aggressives Verhalten gegenüber der Bezugsperson auf! Kanne et al., 2011
 - 40% klinische relevante aggressive Verhaltensweisen Hill et al., 2014
 - 21 - 57% ADHS-Symptome/Diagnose Nice Guidelines, 2011; Simonoff et al., 2008, Levy et al., 2010; Taurines et al.2012; Matson et al. 2013; Berenguer-Former et al., 2015; Chien et al., 2021; Ghirardi et al., 2018; Carson et al., 2023
 - 35 – 62 % Angststörungen Simonoff et al., 2008; van Steensel et al., 2011; Joshi et al., 2014; Kerns et al., 2014; Kreslins et al., 2015; Hollocks et al., 2019, 2023
 - 2.5 - 47.1% für Depression Hollocks et al., 2018; Hudson, Hall, & Harkness, 2019; Lai et al., 2019; Hollocks et al., 2019

Komorbidity: Kinder und Jugendliche - Prävalenz

- Typisches „Muster“:
 - Weibliches Geschlecht: höheres Risiko für emotionale Störungen
 - Bei Autismus: stärkere Symptomatik Gotham et al., 2015
 - insbesondere spät diagnostizierte erwachsene Frauen haben signifikant mehr komorbide Störungen, die zeitgleich zur Erstdiagnose „Autismus“ vergeben werden Stroth et al., 2022; Rødgaard et al., 2021; Martini et al., 2022
 - Männliches Geschlecht: höheres Risiko für Verhaltensstörungen

Konzepte, die eine komorbide Symptomatik/Störung innerhalb des Autismus „(v)erklären“

- Oppositionelles Verhalten = PDA?



Defizite in der Emotionsregulation, Wutausbrüche = Meltdown, Shutdown?

„Pathological Demand Avoidance“ als „Unterform“ des Autismus
Kamp-Becker et al., 2023

KOMORBIDITÄT: PRÄVALENZ ZUSAMMENFASSUNG

- Komorbide Symptomatik/Störungen sind eher die Regel als die Ausnahme
- werden jedoch häufig unter „Autismus“ subsumiert
- mit zunehmendem Alter steigende Anzahl

Verlauf: Prädiktive Faktoren

- Sprachfähigkeit im Alter von 6 Jahren
- Kognitive & adaptive Fertigkeiten
- 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; Ketcheson et al., 2021; Strauss et al., 2013; Lord et al., 2015; Simonoff et al., 2012; Verheij et al., 2015; Mason et al., 2021; Pickles et al., 2021; Clarke et al., 2021

Komorbidität: Relevanz

- kumulativer Effekt → noch größere Beeinträchtigung und Reduktion der täglichen Anpassungsfähigkeit, schlechter Verlauf
Matson & Goldin, 2013, Fitzpatrick et al., 2016
 - komorbid vorliegende Angststörung verstärkt die Kernsymptomatik der ASD Mayer et al., 2011; Hallett et al., 2012a, b; Kelly et al., 2008; Sukhodolsky et al., 2008; Kamp-Becker et al., 2009; Spiker et al., 2012; McVey et al., 2018; Avni et al., 2018
- je stärker ausgeprägt die externalen Verhaltensauffälligkeiten sind, desto höher sind der mütterliche Erziehungsstress und die familiäre Belastung Leyfer et al., 2006; Zaidman-Zait et al., 2017; Giovagnoli et al., 2015
- Belastung durch komorbide Verhaltensauffälligkeiten größer als die durch die Kernsymptomatik verursachte Fitzpatrick et al., 2016; Giovagnoli et al., 2015; Hastings et al., 2005; Lecavalier et al., 2006; Samson et al., 2015

Komorbidität: Relevanz

- Verschlechterung der Eltern-Kind-Beziehung Zaidman-Zait et al., 2018
 - höherer Bedarf und Einschränkung der Wirksamkeit der Behandlung Antshel et al., 2011; Matson, Mahan et al., 2010
 - Risiko für die Entwicklung weiterer psychischer Störungen Brown et al., 2020
- **Therapieplanung:** In vielen Fällen sollte die Behandlung der komorbiden Symptomatik/Diagnosen im Fokus stehen, die Diagnostik in Bezug auf Autismus sollte im Verlauf wiederholt werden! Das zeitgleiche Stellen der Diagnose Autismus (als Erstdiagnose) plus andere psychische Störung ist kritisch zu sehen ...

Komorbidität: Verlauf

- Hohe Rate und Persistenz/Chronifizierung von komorbiden Erkrankungen McCauley et al., 2020; Matson et al., 2008; Vaillancourt et al., 2017 ; Stringer et al., 2020; Hollock et al., 2023
- Im Verlauf zwischen Kindheit und Adoleszenz auch Abnahme (jedoch nur bei Minderheit ~ 20%)
 - 81% komorbide Störungen in Kindheit; 61% in Adoleszenz
 - Angststörungen (insb. spezifische Phobien) 55% vs. 31%
 - ADHS: 45% vs. 39%
 - Oppositionelle Störung: 35% vs. 27%
 - Störung des Sozialverhaltens: 10% vs. 3%
- Jedoch Zunahme der depressiven Störungen
 - 8% vs. 11% (Erleben von Einsamkeit als Risikofaktor → Gruppentherapie!) Han et al., 2019
 - Risikofaktoren: Affektive Störungen der Bezugspersonen und familiäre Deprivation; höherer IQ assoziiert mit mehr Angst und Depression

Review: Rosello et al, 2021

Komorbidität: Verlauf

Prädiktive Faktoren:

- Vorschulalter: RRB`s (insbesondere Beharren auf Gleichbleibendem) assoziiert mit späterer Angst-Symptomatik Baribeau et al., 2020;2023
- Adaptive Fertigkeiten im Alter von 9 Jahren assoziiert mit weniger Komorbiditäten McCauley et al., 2020
- Emotionsregulation prädiktiv für Entwicklung von Komorbiditäten sowie für adaptive und soziale Fertigkeiten Vogan et al., 2018

➤ **Therapieplanung: Förderung von Flexibilität, adaptiven Fertigkeiten und Fähigkeit zur Emotionsregulation einbeziehen!**

Review: Rosello et al, 2021

Komorbidität: Verlauf

- **Expansive Verhaltensauffälligkeiten**
 - erhöhen im Verlauf das Risiko für Depression und Substanzmissbrauch Kanne & Mazurek, 2011
 - erschweren die soziale Integration Matson, Mahan et al., 2010
 - bedingen mehr psychosoziale Schwierigkeiten, schwerwiegende soziale Defizite, niedrige Lebensqualität Dominick et al., 2007; Memari et al., 2012
 - gefährden zusätzlich die schulische und berufliche Bildung Matson et al., 2008
 - aggressives Verhalten stärkster Prädiktor für stationäre Krisenintervention und außerhäusliche Unterbringung Guinchat et al., 2015; Kanne & Mazurek, 2011
 - **Hintergründe: unbehandeltes ADHS, Schlafprobleme, geringe Kommunikation** Konst, Matson, Goldin & Rieske, 2014; Tureck et al., 2014; Tureck, Matson, Cervantes & Turugin, 2015; Cohen et al., 2018; Fadini et al., 2015; Mazurek & Sohl, 2016; Schwichtenberg et al., 2013; Dominick et al., 2007; Hartley, Sikora & McCoy, 2008; Mancil, 2006
- **Therapieplanung: Schlafverhalten und Kommunikationsmöglichkeit beachten! Komorbide Störungen behandeln!**

Komorbidität: Autismus & Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Auswirkungen

- Assoziiert mit geringerer Lebensqualität in den Familien, geringeres Selbstwirksamkeitserleben der Eltern und weniger Unterstützung durch Partner
Green et al., 2016
- Bei Kindern mit komorbider ASD & ADHS liegen größere kognitive und soziale Einschränkungen, ein schlechterer Verlauf und eine höhere Rate an internalisierenden und externalisierenden Symptomen vor
Holtmann et al. 2007; Sprenger et al., 2013; Rao & Landa 2014; Visser et al. 2016; Avni et al., 2018; Colombi & Ghaziuddin, 2017; McVey et al., 2018; Factor et al., 2017; Mansour et al., 2017; Scandurra et al., 2019; Sesso et al., 2020
- Erhöhtes Risiko für kriminelles Verhalten (insbesondere bei ASD & ADHD & conduct disorder) Heeramun et al., 2017

KOMORBIDITÄT: RELEVANZ UND VERLAUF ZUSAMMENFASSUNG

- Komorbide Symptomatik /Störung sind für den Verlauf und Outcome entscheidend!
- Stellen eine hohe Belastung für die Familien dar!
- Müssen bei der Therapieplanung, der Festlegung von Therapiezielen im Fokus stehen!
- Sollten möglichst früh und leitliniengemäß behandelt werden!

Autism-like Traits / Autistische Züge

- Das Vorliegen von Autism-like-Traits erhöht das Risiko für die Entwicklung anderer psychischer Störungen bzw. sind für den Verlauf anderer psychischer Störungen prognostisch ungünstig
Lundstrom et al. 2011; Lin et al. 2022; Dell-Ossa et al., 2018, 2021; Gillett et al., 2022; Pender et al. 2021; Chabrol & Raynal, 2018

Autism-like Traits / Autistische Züge

- **Prävalenz von „autism-like traits“ bei ADHS**
 - Bis zu 60% der Patienten mit ADHS zeigen soziale Probleme im ähnlichen Ausmaß wie bei Autismus Ros & Graziano 2018 (Metaanalyse); Zhang et al., 2022
 - Ca. ein Drittel der Patienten mit ADHS haben einige „autistisch anmutende“ Symptome van der Meer et al., 2012
 - diese Patienten haben mehr Auffälligkeiten in den Bereichen Störung des Sozialverhaltens, Angststörungen, sprachliche, kognitive und motorische Auffälligkeiten und bilden eine Subgruppe der ADHS Mulligan et al., 2009; Cooper et al., 2014; Green et al., 2016; van der Meer, 2012

Autism-like Traits / Autistische Züge

- **Prävalenz „autism-like traits“ bei Angststörungen /affektiven Störungen**
 - 71% haben „autism-like traits“; 25 – 75% bei Angst- oder affektiven Störungen Tonge et al., 2016; Liew et al., 2015; Jackson et al., 2016; van Steenel et al, 2013; Wittkopf et al., 2022
- **Prävalenz von „autism-like traits“ bei Persönlichkeitsstörungen: Kaum zu unterscheiden!** May et al., 2021

Therapieplanung:

- **Bei falsch positiver Diagnose „Autismus“ droht Chronifizierung der eigentlichen Störung!**
- **Reduktion der „autism-like traits“ mit in die Behandlung aufnehmen. ABER: Behandlung weiter fortführen!**

Autism-like Traits / Autistische Züge

Post-Digital Nannyng Autism Syndrome Virtual Autism

Beispiel hoher Medienkonsum

- Alle Altersgruppen: negativer Effekt auf Schlaf, körperliche Gesundheit, soziale Kompetenzen (z.B. reduzierte Fähigkeit Mimik in Gesichtern zu erkennen und einzuschätzen →Autism-like-traits) Gwynette et al., 2018; Engelhardt, et al., 2013; Forte et al., 2023; Qu et al., 2023

Hoher Medienkonsum im jungen Alter

- assoziiert mit „autism like traits“ Heffler et al., 2020: Studie an 2152 Kindern im Alter von 12 und 18 Monaten; s.a. Melchior et al., 2022, Gunes et al., 2023; Aishworiya et al., 2022; Chen et al., 2021; Alrahili et al., 2021; Pouretmad et al., 2022; Sarfraz et al., 2023 (review)
 - Verstärktes Spielen der Eltern mit ihren Kindern hingegen mit weniger „autism-like traits“ assoziiert
 - Elternteraining zur Reduktion von Medienkonsum und vermehrtem interaktivem Spielen reduziert „autism-like traits“ und auch elterlichen Stress Heffler et al., 2022; Sadeghi et al., 2019; 2021; 2023

Zusammenfassung: Komorbiditäten - Therapieplanung

- Komorbiditäten
 - im Sinne von klinisch relevanter Symptomatik und/oder Diagnose bei Vorliegen von Autismus
 - sind eher die Regel als die Ausnahme
- Komorbiditäten prägen das klinische Bild mindestens ebenso wie Autismus
 - kaum jemand ist nur „Autist:in“
- Das „Label“ Autismus sagt nicht viel aus.....
- **Therapieplanung: Erstellung eines Störungsmodells als Grundlage der Behandlung**

AWMF Leitlinie Teil 2: Therapie

The screenshot shows the AWMF website interface for the guideline 'Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Teil 2: Therapie'. The page includes a navigation menu on the left, a main content area with a search bar and a magnifying glass icon, and a list of available documents at the bottom. The document list includes 'Kürzassung der Leitlinie "Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Teil 2: Therapie"', 'Langfassung der Leitlinie "Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Teil 2: Therapie"', and 'Leitlinienreport'. There are also links for 'Evidenzberichte' and 'short version: Autism spectrum disorders in childhood, adolescence and adulthood Part 2: Therapy'.

1. Fallmanagement einrichten
2. Festlegung der Therapieziele
3. Auswahl der Intervention in Abhängigkeit vom Zielverhalten, Alter und Intelligenz
 - Soziale Interaktion und Kommunikation
 - Repetitives Verhalten, Sonderinteressen und sensorische Hyper-/Hyporeaktivität
 - Spezifische komorbide Entwicklungsstörungen
 - Kognitive und alltagspraktische Fertigkeiten sowie adaptives Verhalten
 - komorbide psychische Störungen und Symptome
4. Festlegung des Behandlungssettings
5. Weitere Unterstützungsmöglichkeiten?
6. Verlaufskontrollen mit Evaluation der Therapieerfolge

<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-047>

Therapie- Leitlinie: Autismus-Spektrum-Störungen

Zielsymptom: Oppositionelles und aggressives Verhalten / Störungen des Sozialverhaltens

Kinder- und Jugendliche, unabhängig von kognitiven Fertigkeiten

- differenzierte Verhaltensanalyse
- Identifikation, Diagnose und Behandlung von komorbiden körperlichen Erkrankungen oder Symptomen (z.B. Schlafstörung)
- Vorschulalter – Grundschulalter - Jugendalter mit und ohne Intelligenzminderung:
 - Es sollen manualisierte, **verhaltenstherapeutisch fundierte Elterntrainings** durchgeführt werden, um die erzieherischen Kompetenzen der Eltern zu unterstützen, das Wirksamkeitserleben der Eltern zu stärken und so mittelbar oppositionelle und aggressive Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen mit Autismus-Spektrum-Störung zu reduzieren.

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-047.html>

Elternt raining – 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
- SMD =-0,59 (95% CI: -0,88 bis -0,30, p=0,001)
- Effektstärken entsprechen denen anderer Störungsbilder (ohne ASD)
(Meta-Meta-Analyse) Mingebach et al., 2018, Weber et al., 2019
 - 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

Stepping Stones Triple P

- Studie mit Eigenwarte-Kontroll-Design, N=24
- in der Elterneinschätzung
 - Reduktion der kindlichen komorbiden Verhaltensauffälligkeiten
 - nach dem Training im **mittleren** Effektbereich
 - im FU im **großen** Effektbereich bei gegebener Signifikanz
 - Ebenfalls Reduktion der ASD-Kernsymptomatik (SRS)
 - Reduktion des überreagierenden Erziehungsverhaltens und des elterlichen Stresserlebens
- Verhaltensbeobachtung: Hinweise auf vermehrte Anwendung der Strategien zur Förderung angemessenen Verhaltens (z. B. spezifisches Lob)
- Erzieher- und Lehrerbeurteilungen
 - Verbesserung der „sozialen Beziehungen“

Schrott et al., 2019; Kasperzack et al., 2020

Therapie- Leitlinie: Autismus-Spektrum-Störungen

Zielsymptom: Oppositionelles und aggressives Verhalten / Störungen des Sozialverhaltens

Kinder- und Jugendliche, unabhängig von kognitiven Fertigkeiten

- differenzierte Verhaltensanalyse
- Identifikation, Diagnose und Behandlung von komorbiden körperlichen Erkrankungen oder Symptomen (z.B. Schlafstörung)
- Ältere Kinder, Jugendliche oder Erwachsene: s. Leitlinien SSV, NSSV u.a.
- Bei hoher Belastung der Bezugs- und Betreuungspersonen durch die expansiven Verhaltensauffälligkeiten sollte zusätzlich zu den psychosozialen Interventionen eine **medikamentöse Behandlung** (s.u.) in Kombination mit den o.g. psychosozialen Interventionen erfolgen
 - Für die **Antipsychotika Risperidon** und **Aripiprazol** besteht hohe Evidenz (Grad 1) bei Kindern
 - Für andere Stoffgruppen (insbesondere Antikonvulsiva, SSRI, Atomoxetin, Amantadin, Naltrexon, N-Acetylcystein, Cannabinoide) besteht keine oder ungenügende Evidenz

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-047.html>

Therapie- Leitlinie: Autismus-Spektrum-Störungen

Zielsymptom: Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS) /hyperaktives Verhalten

Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit und ohne Intelligenzminderung

- Psychosoziale Interventionen in Ergänzung zur medikamentösen Behandlung (z.B. Elterstraining)
- Medikamentöse Behandlung
 - Methylphenidat (MPH) und Atomoxetin (ATX) , Guanfacin als dritte Alternative
 - Gute Evidenz für deren Wirksamkeit mit zahlreichen qualitativ hochwertigen, randomisiert-kontrollierten Studien
 - Nebenwirkungsraten können häufiger und ausgeprägter auftreten
 - Amphetaminpräparate bei nicht ausreichender Wirksamkeit von MPH
 - Omega-3 Präparate und Gluten-/Caseinfreie Diäten sollen aufgrund unzureichender Wirksamkeit zur Behandlung von ADHS-Symptomen nicht eingesetzt werden
 - Antipsychotika nur bei zusätzlichen oppositionellen, aggressiven Verhaltensweisen

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-047.html>

Therapie- Leitlinie: Autismus-Spektrum-Störungen

Zielsymptom: Angststörungen

Kinder, Jugendliche und Erwachsene ohne Intelligenzminderung

- Es soll eine manualisierte kognitive Verhaltenstherapie in der Gruppe zur Behandlung von Angststörungen (analog zu Menschen ohne Autismus-Spektrum-Störung) angeboten werden
 - Psychoedukation zu Angststörungen
 - Diskussion über die eigenen Ängste mit Störungsmodell
 - Erarbeiten von konkreten Umgangsweisen und konkreten **Expositionsübungen**, die in Hausaufgaben geübt werden
 - **kognitive Elemente** und darauf basierende Übungen
 - Eltern/zentralen Bezugspersonen sollen einbezogen werden und die Umsetzung von Hausaufgaben und insbesondere Expositionsübungen im Alltag unterstützen.
- Die Therapie soll über den Zeitraum von ca. 3-6 Monaten in der Gleichaltrigen-Gruppe von Kindern und Jugendlichen mit Autismus-Spektrum-Störung und komorbider Angststörung mit zusätzlichen Einzelsitzungen erfolgen.
- Für jene, denen eine Teilnahme an gruppenbasierten Angeboten schwer oder nicht möglich ist, sollten die o.g. Angebote im Einzelsetting bereitgestellt werden.
- Älteren Jugendlichen und Erwachsenen können zusätzlich Elemente aus der Achtsamkeits- und Commitment-Therapie (ACT) mit einer Autismus-spezifischen Anpassung angeboten

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-047.html>

kognitive Verhaltenstherapie bei Menschen mit ASD mit komorbider Angst- oder affektiver Störung

S3 Therapieleitlinie Autismus

- 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 Kreslins et al. 2015
 - 10 RCTs; N=470; Alter: 7 – 17 Jahre
- Meta-Analyse Warwick et al. 2015
 - 19 RCTs, N= 635 KVT; N=450 Kontrollgruppen; Alter: 4 bis 17 Jahre
- 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
 - Reduktion der Ängstlichkeit, d= 0,74; p= 0,04
- RCT zur Wirksamkeit einer Achtsamkeitsbasierten Therapie Spek et al. 2013
 - N= 41, Altersrange= 18 – 65 Jahre[^], IQ von mindestens 85
 - depressive Symptome (partielles h² = 0,14; p=0,02), ängstliche Symptome (partielles h² = 0,12; p=0,02), positiver Affekt (partielles h² = 0,14; p=0,02) und Grübelneigung (partielles h² = 0,29; p>0,001).

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-047.html>

kognitive Verhaltenstherapie bei Menschen mit ASD

- Meta-Analyse Wang et al., 2021
 - 45 RCTs und 6 quasi RCTs (2485 Kinder und Jugendliche mit ASD)
 - Keine signifikante Differenz in Bezug auf die Selbstangaben, aber signifikante Differenz in den Fremdbeurteilungen (Symptome der ASD: SMD: -0.57; 95% CI: -0.90 to -0.24; P = .001; sozial-emotionale Probleme: SMD: -0.71; 95% CI: -1.04 to -0.38; P < .001), den Einschätzungen der Kliniker und in Aufgaben-bezogene Werte.

kognitive Verhaltenstherapie bei Menschen mit ASD

- Metaanalyse: Reduktion von Angst Perihan et al, 2020
 - 24 Studien
 - Moderater Effekt ($g = -0.66$)
 - Einbezug der Eltern und längere Interventionen mit größeren Effekten verbunden

Zusammenfassung

1. Enorme Relevanz der Komorbiditäten für Verlauf und Outcome
 - Individuelles Störungskonzept relevant und nicht Label!
 - Behandlung ist dringend indiziert
2. Autism-like-Traits \neq Autismus-Spektrum-Störung
 - Behandlung der „komorbiden Symptomatik/Diagnosen“ sollte im Fokus stehen, die Diagnostik in Bezug auf Autismus sollte im Verlauf wiederholt werden! Das zeitgleiche Stellen der Diagnose Autismus (als Erstdiagnose) plus andere psychische Störung ist kritisch zu sehen ...
3. Behandlung: **TRAUEN SIE SICH!**