

Interdisziplinäre S3-Leitlinie zur Therapie der Autismus-Spektrum-Störungen

Luise Poustka

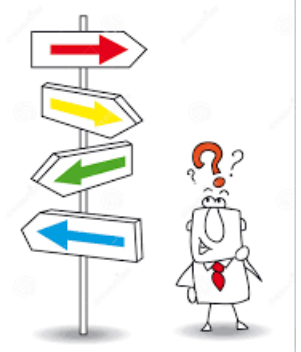
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Universitätsmedizin Göttingen

46. Jahrestagung, Gesellschaft für Neuropädiatrie

Salzburg, 5.11. 2021

Was sind Leitlinien?

Grundlegendes



- = Fahrplan oder Orientierungshilfe für eine gute, zeitgemäße und wissenschaftlich fundierte Diagnostik und Behandlung einer Krankheit oder Störung
 - fassen das aktuelle Wissen zusammen
 - geben auf dieser Basis konkrete Empfehlungen zum Vorgehen
 - informieren, wie gut eine Empfehlung wissenschaftlich belegt ist
 - werden regelmäßig aktualisiert
 - sollen dazu beitragen, dass Patientinnen und Patienten angemessen behandelt und versorgt werden

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF)



- koordiniert und kontrolliert die Entwicklung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie
 - festgelegtes und kontrolliertes Verfahren und Regelwerk
- veröffentlicht diese unter:
<https://www.awmf.org/awmf-online-das-portal-der-wissenschaftlichen-medizin/awmf-aktuell.html>

Leitlinienkoordination und –kommission

An der Erstellung waren 20 Fachgesellschaften
und Selbsthilfeorganisationen
(inklusive **autismus** Deutschland e.V.)



- Koordination = Frau Prof. Dr. med. Dipl.-Theol. Christine M. Freitag
Direktorin der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Autismus-
Therapie- und Forschungszentrum, Universitätsklinikum Frankfurt
- Mitglieder der Leitlinienkommission (in alphabetischer Reihenfolge aufgeführt):
 1. Aspies e.V.
 2. Autismus Deutschland e.V.
 3. Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (BAG)
 4. Bundesdirektorenkonferenz Erwachsenenpsychiatrische Kliniken e.V. (BDK)
 5. Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP)
 6. Berufsverband deutscher Psychiater e.V. (BVDP)
 7. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ)
 8. Bundesvereinigung Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter e.V. (BVKJ)
 9. Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (DBL)
 10. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)
 11. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)
 12. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)
 13. Deutsche Gesellschaft für Seelische Gesundheit bei geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)
 14. Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ)
 15. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (DGVT)
 16. Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE)
 17. Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e. V. (DVT)
 18. Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMTG)
 19. Verband Sonderpädagogik e.V. (VDS)
 20. Wissenschaftliche Gesellschaft Autismus-Spektrum e.V. (WGAS e.V.)

Evidenzlevel und -grade

Evidenz level	Evidenz grad	Anforderung
A	1	Systematisches Review von randomisiert, kontrollierten Studien (randomised controlled trial, RCT) oder einzelne RCT-Studien
B	2	RCT oder Beobachtungsstudie mit deutlichen Effekten
	3	Nicht randomisierte kontrollierte Kohorten oder Follow-up Studie
C	4	Fallstudien, Fallkontroll-Studien oder kontrollierte Studien
D	5	Schlussfolgerungen über die Wirksamkeit aus mechanistischen Studien (z.B. Experten Meinung aufgrund von physiologischen oder Labor-Studien)

Einteilung der Evidenzgrade nach Oxford Centre for Evidence-Based Medicine 2011
Levels of Evidence (eigene Übersetzung)

Empfehlungen

richten sich nach dem Evidenzgrad der vorhandenen Studienergebnisse

A= Starke Empfehlung, wird in der Empfehlung mit „**soll**“ formuliert;

B= Empfehlung, wird mit „**sollte**“ formuliert;

O= Empfehlung offen, wird mit „**ist unklar/ kann erwogen werden**“ formuliert.

Keine Evidenz für eine Interventionsmethode ist nicht gleichbedeutend mit Unwirksamkeit!

Diagnostische Kriterien nach ICD-10 (F84.0/F84.5)

- Qualitative Beeinträchtigungen in der gegenseitigen sozialen Interaktion
- (Qualitative Beeinträchtigungen der Kommunikation und Sprache)
- Ungewöhnlich intensive umschriebene Interessen oder restriktive, repetitive und stereotype Verhaltensmuster

- Bei über **70 % der Kinder mit ASS** besteht mindestens eine begleitende Entwicklungs- oder psychiatrische Störung.
- Je mehr begleitende Probleme, desto höher die Beeinträchtigung.



Diagnostische Kriterien nach DSM5

- **Ein Begriff - Autismus-Spektrum-Störungen** - fasst die bislang kategorial unterschiedenen Autismus-Formen als ineinander übergehende Ausformungen eines Spektrums auf
- **Zwei Symptombereiche:**
 - soziale Kommunikation
 - repetitive Verhaltensweisen
- Weitere Differenzierung nach Schweregrad, Grad intellektueller Beeinträchtigung. Sprachvermögen usw.
 - Auflösung des Alterskriteriums (Auffälligkeiten **in der frühen Entwicklung** statt vor dem 3.Lebensjahr)
 - Diagnose „soziale Kommunikationsstörung“ statt ASS (bei fehlendem Vorliegen repetitiver Verhaltensweisen)



Therapie-Leitlinie Autismus

Gliederung



Klein- und Vorschulkinder	Schulkinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung	Schulkinder und Jugendliche ohne Intelligenzminderung	Erwachsene mit Intelligenzminderung	Erwachsene ohne Intelligenzminderung
<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Interaktion und Kommunikation • Repetitives Verhalten, Sonderinteressen und sensorische Hyper-/Hyporeaktivität • Kognitive und alltagspraktische Fertigkeiten sowie adaptives Verhalten • Spezifische komorbide Entwicklungsst. • komorbide psychische Störungen und Symptome 	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Interaktion und Kommunikation • Repetitives Verhalten, Sonderinteressen und sensorische Hyper-/Hyporeaktivität • Kognitive und alltagspraktische Fertigkeiten sowie adaptives Verhalten • Spezifische komorbide Entwicklungsst. • komorbide psychische Störungen und Symptome 	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Interaktion und Kommunikation • Repetitives Verhalten, Sonderinteressen und sensorische Hyper-/Hyporeaktivität • Kognitive und alltagspraktische Fertigkeiten sowie adaptives Verhalten • Spezifische komorbide Entwicklungsst. • komorbide psychische Störungen und Symptome 	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Interaktion und Kommunikation • Repetitives Verhalten, Sonderinteressen und sensorische Hyper-/Hyporeaktivität • Kognitive und alltagspraktische Fertigkeiten sowie adaptives Verhalten • Spezifische komorbide Entwicklungsst. • komorbide psychische Störungen und Symptome 	<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Interaktion und Kommunikation • Repetitives Verhalten, Sonderinteressen und sensorische Hyper-/Hyporeaktivität • Kognitive und alltagspraktische Fertigkeiten sowie adaptives Verhalten • Spezifische komorbide Entwicklungsst. • komorbide psychische Störungen und Symptome

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
 - Kognitive und alltagspraktische Fertigkeiten sowie adaptives Verhalten
 - Spezifische komorbide Entwicklungsstörungen
 - komorbide psychische Störungen und Symptome
4. Festlegung des Behandlungssettings
5. Weitere Unterstützungsmöglichkeiten?
6. Verlaufskontrollen mit Evaluation der Therapieerfolge

Therapie-Leitlinie Autismus

Vorgehen



Schritt 1: Fallmanagement einrichten

Warum?

Interventionen/Maßnahmen sollten von einer Hand koordiniert, vernetzt und abgestimmt werden, um Lücken, Dopplungen, unwirksame oder sogar schädliche Interventionen zu vermeiden

Therapie-Leitlinie Autismus

Vorgehen



Schritt 1: Fallmanagement einrichten

Wer?

Fallmanagement und Verlaufsuntersuchungen durch approbierte Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Psychiatrie oder Pädiatrie, approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten,

*sollten nach einer qualifizierten Diagnostik entsprechend dieser Leitlinien ein langfristiges „Fallmanagement“ und indizierte Verlaufsuntersuchungen durchführen mit dem Ziel, im Einzelfall bedarfsentsprechend die nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, und/oder Förderung selbst zur Verfügung zu stellen oder schnell zeitnah vermitteln zu können und damit eine effektive Versorgung von Menschen mit Autismus zu ermöglichen.....

Therapie-Leitlinie Autismus

Vorgehen



Schritt 2: Festlegung der Therapieziele

- Jede Therapie und Intervention **soll** geplant sein mit:
 - definierten und
 - konkreten formulierten Therapiezielen
 - für einen befristeten Zeitraum

Übergeordnete Therapieziel:

Die **Verbesserung der Lebensqualität** und der **Teilhabemöglichkeiten** von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen und ihren Familien

Therapie-Leitlinie Autismus

Die Zielsymptomatik/Zielverhalten kann variieren:

1. Kernsymptomatik

- Soziale Interaktion und Kommunikation
- Repetitives Verhalten, Sonderinteressen und sensorische Hyper-/Hyporeaktivität

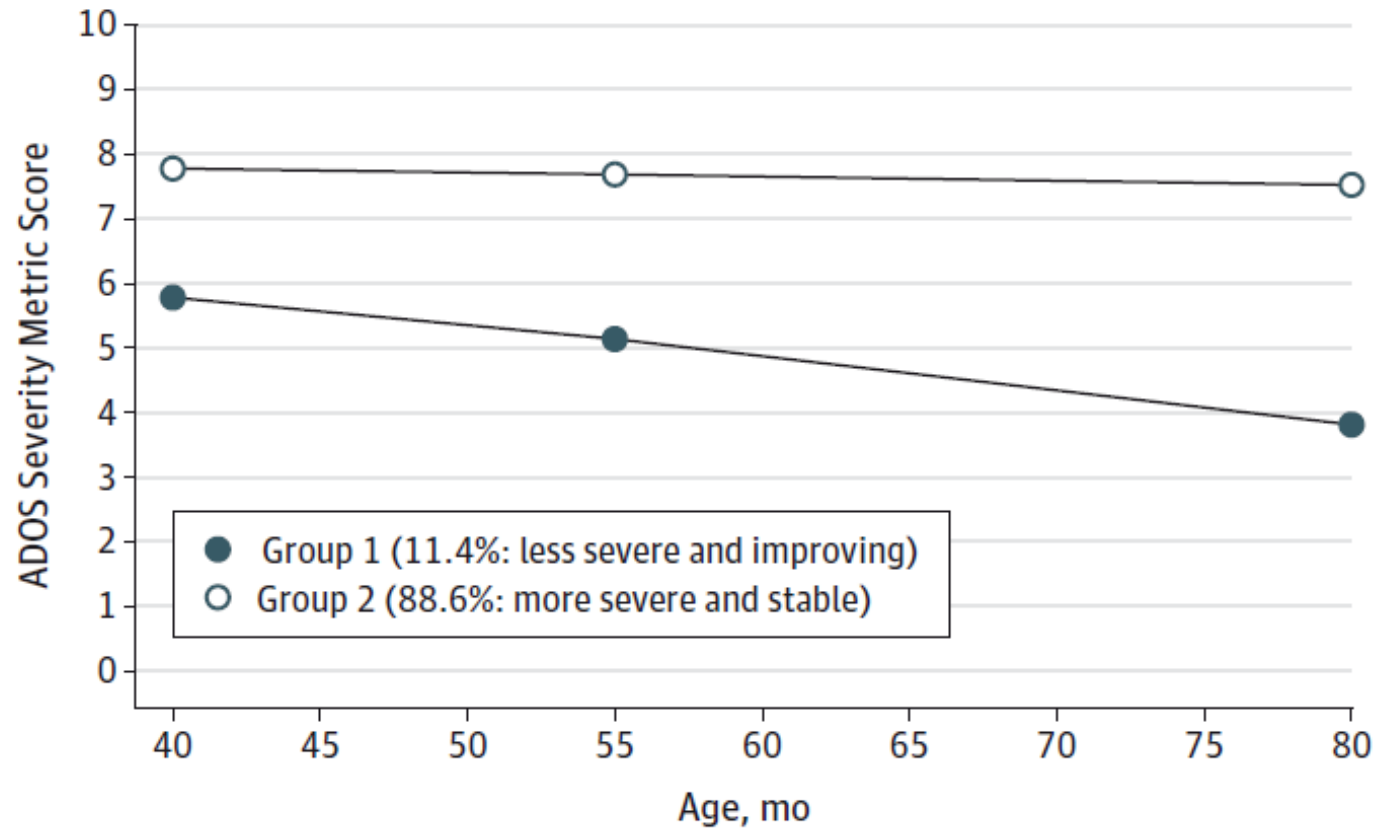
2. Komorbidität

- Spezifische komorbide Entwicklungsstörungen
- komorbide psychische Störungen und Symptome

3. Kognitive und alltagspraktische Fertigkeiten/adaptives Verhalten

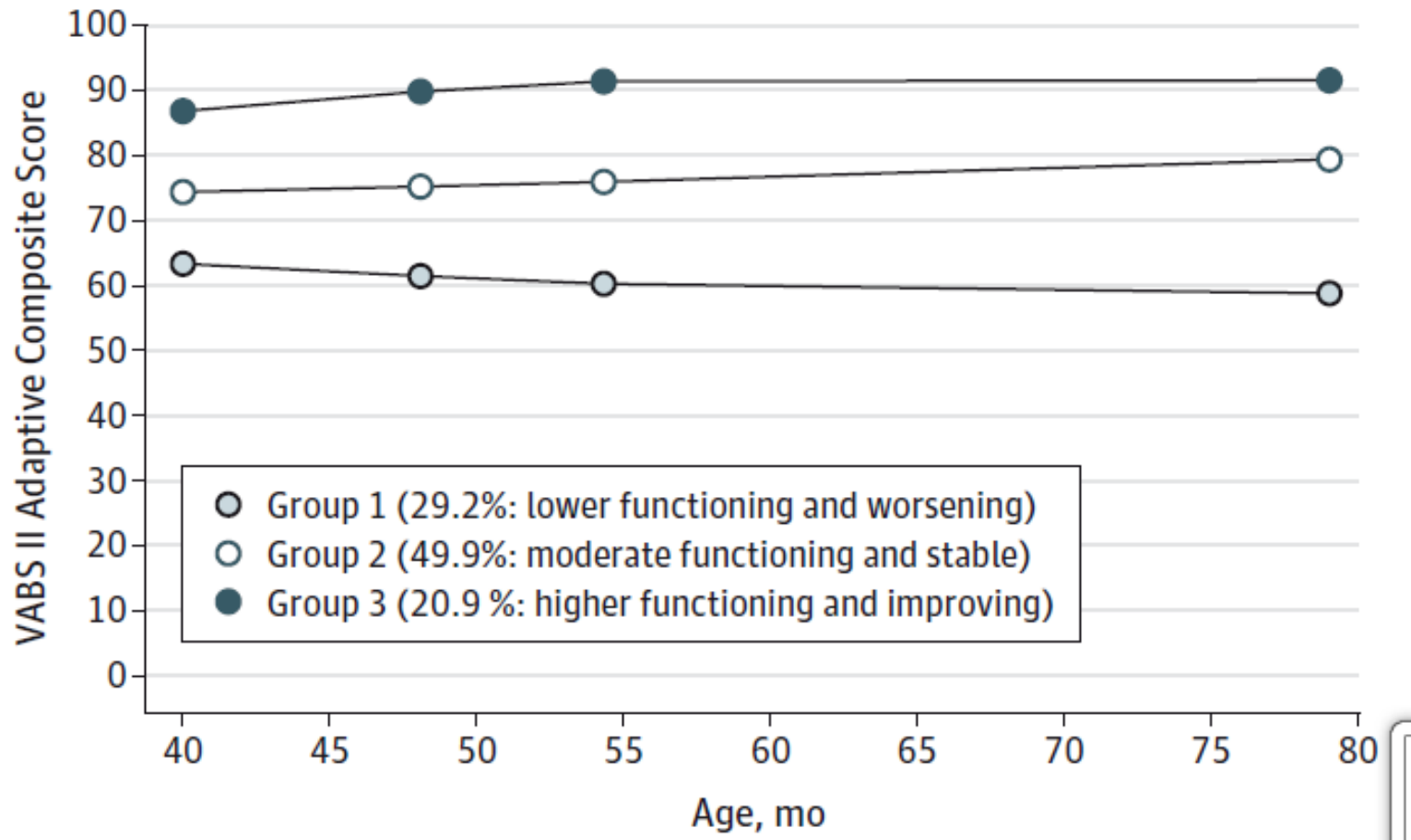
Entwicklungsverläufe I

Symptomschweregrad (n= 491)



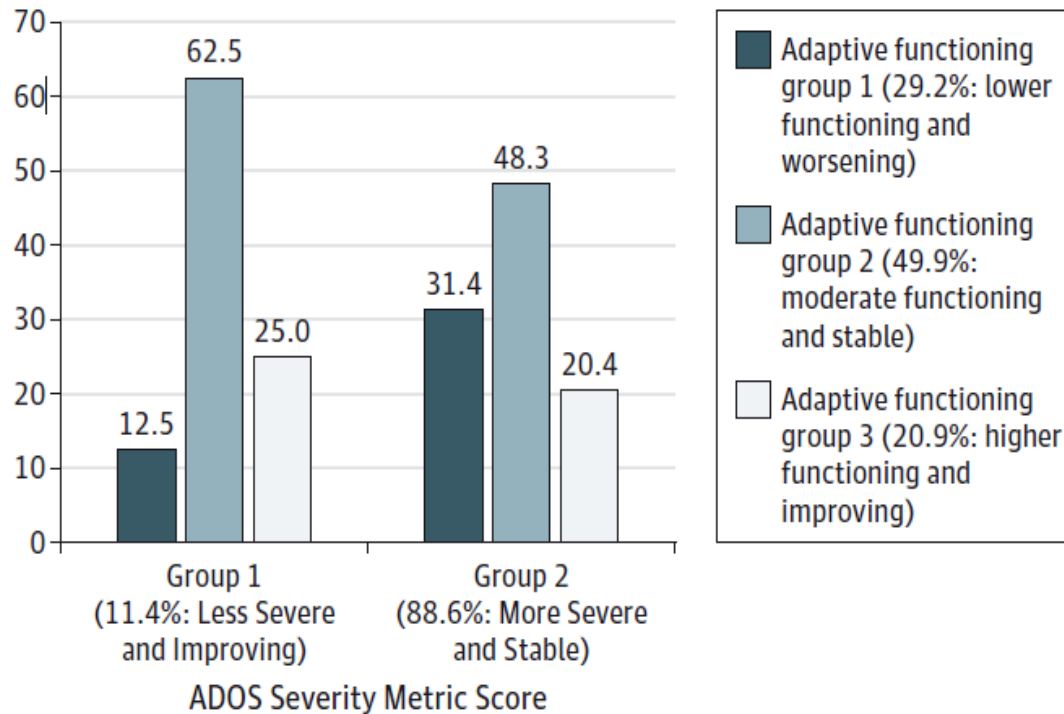
Entwicklungsverläufe II

Adaptives Verhalten (n= 491)



Entwicklungsverläufe III

Kombination (n= 491)



- Im Vorschulalter wenig Parallelität der Entwicklungsverläufe von Symptomen und adaptivem Verhalten
- Auch für Kinder mit hohem Symptomschweregrad ist Verbesserung im adaptiven Verhalten möglich
- Erfassung beider Dimensionen wichtig und Entwicklungsmöglichkeiten einzuschätzen

Therapie-Leitlinie Autismus

Vorgehen



Schritt 3: Auswahl der Intervention

- Gliederung der Leitlinie:
 - evidenz- oder konsensbasierte Aussagen zu spezifischen **Zielsymptomen in Abhängigkeit von Alter und Intelligenzniveau**
 - In den einzelnen Kapiteln **keine grundsätzlichen Aussagen zu allen therapierlevanten Aspekten**
 - **Sie beziehen sich** stets auf das jeweilige **Zielsymptom**

Qualifikation der Therapeuten

Qualifikation der Therapeuten



Personen, die mit Menschen mit ASS arbeiten, sollen folgende Kompetenzen haben:

1. Fundierte, **wissenschaftlich basierte Kenntnisse zum Störungsbild** und zu den Bedürfnissen der Patienten sowie ihrer Angehörigen
2. **Wissen um die Möglichkeiten und Indikation**
 - medikamentöser Therapie
 - teilstationärer oder stationäre Behandlung
3. Entwicklungspsychologische, wissenschaftlich basierte **Kenntnisse insbesondere bezüglich der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen**
4. Fundierte und praktische **Fertigkeiten**
 - in den unterschiedlichen verhaltenstherapeutischen Methoden, die effektiv sind
 - der Übungen sowie strukturierenden Maßnahmen, die zum Erreichen bestimmter Therapieziele effektiv eingesetzt werden können

Qualifikation der Therapeuten



Supervision:

- Therapeuten sollen regelmäßig bezüglich der korrekten Umsetzung der effektiven Therapieverfahren von entsprechend lange erfahrenen, approbierten Therapeuten bzw. in Absprache mit dem Fallmanagement supervidiert werden.
- Die korrekte Umsetzung der effektiven Therapieverfahren im therapeutischen Alltag soll regelmäßig überprüft werden
- ÄrztInnen sollen die effektiven medikamentösen Therapieverfahren bezüglich ihrer genauen Zielsymptomatik kennen, fundierte praktische Erfahrung im Einsatz der effektiven medikamentösen Verfahren haben sowie das Spektrum unerwünschter Wirkungen kennen.

Behandlung der Kernsymptomatik

Was machen wir wann und mit wem?

Behandlung der Kernsymptomatik

- **Kernsymptomatik der ASS nur begrenzt behandelbar.**
- **ASS gelten in der Regel als nicht heilbar**
 - verhaltenstherapeutische Interventionen sind indiziert
 - hoch strukturiertes Vorgehen
- Verläufe sehr unterschiedlich, ansprechen auf Therapie ebenfalls
 - Subtypen?
- **Prädiktive Faktoren:**
 - Intelligenz, insbesondere Verbal-IQ;
 - Sprachfähigkeit im Alter von 6 Jahren
 - Schwere der Symptomatik sowie komorbide Störungen
- **Problem: Generalisierungsfähigkeit**
 - Einbezug des Umfeldes

Klein- und Vorschulkinder



Zielsymptom:

Förderung der Sozialen Interaktion, Kommunikation, repetitives Verhalten und Sprachförderung



Klein- und Vorschulkinder*

- Es **soll** eine Autismus-spezifische Therapie durchgeführt werden
- **Wann?**
 - Früh, spätestens ab 2. LJ, bzw. direkt nach Diagnosestellung.
- Es **soll** eine individualisierte, entwicklungsorientierte, **verhaltenstherapeutisch basierte Therapie** durchgeführt werden
- **Dauer:** Die Therapie soll mindestens über 1 Jahr erfolgen**
- **Frequenz:** Mindestens 2 Std/Woche

*unabhängig von Entwicklungsalter und kognitiven Fertigkeiten

*Die Therapie kann so lange fortgesetzt werden, bis das Kind gut in den (integrativen) Kindergarten oder die (Förder-) Schule integriert ist, von sich aus auf andere Kinder zugehen und Alters-adäquat Kontakt aufnehmen kann, grundlegende Fertigkeiten des interaktiven Spiels mit anderen Kindern und Erwachsenen sowie der (non-)verbalen Kommunikation mit anderen beherrscht sowie die Motivation zum sozialen und selbst- initiativen Lernen erworben hat.

Zielsymptom:

Förderung der Sozialen Interaktion, Kommunikation, repetitives Verhalten und Sprachförderung



Klein- und Vorschulkinder

1. Alle Übungen **sollen** so entwickelt sein, dass sie in **möglichst natürlichen sozialen, alltagsnahen Situation** geübt werden können
 - Generalisierung des Gelernten wird gefördert
2. Techniken zur **Förderung der Motivation und Eigeninitiative** **sollen** eingesetzt werden
 - Selbstständiges Lernen wird gefördert
3. **Wissenschaftlich überprüften verhaltenstherapeutische Techniken** **sollen** eingesetzt werden.
 - Der Verhaltensaufbau über Verstärkung (operante Konditionierung)
 - natürliche, möglichst sozialen Verstärkern im natürlichen sozialen Kontext
 - Prompting und Verstärker sollen differenziert eingesetzt und auch schnell wieder ausgeschlichen werden
 - Soziales Lernen soll gezielt gefördert werden.

Zielsymptom:

Förderung der Sozialen Interaktion, Kommunikation, repetitiv
Verhalten und Sprachförderung



Klein- und Vorschulkinder

4. Wenn **Förderung unter Einbezug der Eltern:**

- regelmäßige, strukturierte Rückmeldungen an die Eltern zur korrekten Umsetzung
(soll)

5. Wenn **Förderung in der Kinderkleingruppe**

- **sollen** die o.g. Therapiemethoden ebenfalls eingesetzt werden.
- Der Fokus **sollte** auf entwicklungsangemessenen Übungen liegen, die alle Kinder bewältigen können
- Jedes Kind **sollte** speziell beachtet und in der Interaktion mit dem / den anderen Kindern angeleitet werden.

Schulkinder und Jugendliche MIT Intelligenzminderung



Zielsymptom:
Förderung der Sozialen Interaktion und Kommunikation
Schulkinder und Jugendliche MIT Intelligenzminderung

- **Fortführung der psychosozialen Interventionsmethoden bei Klein- und Vorschulkindern**
 - entsprechend des jeweiligen Entwicklungsstandes

- **Im Rahmen der Förderung achten auf:**
 - eine übersichtliche Alltagsstrukturierung
 - Entwicklungs- und Kompetenz-angemessene Anforderungen

- **Je älter das Kind, desto stärker steht die Förderung**
 - alltagspraktischer Fertigkeiten und
 - adaptiven Verhaltens im Vordergrund

Zielsymptom:
Förderung der Sozialen Interaktion und Kommunikation
Schulkinder und Jugendliche MIT Intelligenzminderung

- Förderung sollte im Rahmen der **sonderpädagogischen Förderung** stattfinden

- **KANN: Gruppentherapie** zur Förderung der sozialen Interaktion und Emotionsregulation, selbständigen Beschäftigung und Handlungsplanung
 - zeitlich auf 3-6 Monate befristet
 - unter Einbezug der Eltern und der Schule

- **Eine Einzeltherapie** zur Förderung der sozialen Interaktion mit Gleichaltrigen **sollte nicht** durchgeführt werden

*siehe Empfehlungen Kap. C.6: Kognitive und Alltagspraktische Fertigkeiten

**zur spezifischen Förderung der Sprache bei Grundschulkindern, die noch keine Sprache entwickelt haben, siehe Empfehlungen Kap. C.5.1: Sprachentwicklungsstörung

Schulkinder und Jugendliche OHNE Intelligenzminderung



Zielsymptom:
Förderung der Sozialen Interaktion und Kommunikation
Schulkinder und Jugendliche OHNE Intelligenzminderung



- Schulkindern und Jugendlichen ohne Intelligenzminderung **soll** eine **Gruppentherapie zur Förderung der sozialen Interaktion mit Gleichaltrigen** angeboten werden
 - zeitlich auf 3-6 Monate befristet
 - manualisiert und wissenschaftlich überprüft
 - im Rahmen einer geschlossenen (festen) Gruppe
- Die Eltern/primären Bezugspersonen
 - **sollen** über die Therapieinhalte informiert sein und
 - **sollen** die Umsetzung von Hausaufgaben im Alltag unterstützen

Zielsymptom:
Förderung der Sozialen Interaktion und Kommunikation
Schulkinder und Jugendliche OHNE Intelligenzminderung



Falls eine Gruppentherapie **aus organisatorischen oder individuellen Gründen** nicht umsetzbar erscheint:

- **können** die oben beschriebenen Therapieinhalte aus der Gruppentherapie auch in einer **zeitlich begrenzten Einzeltherapie** vermittelt werden.
- In diesem Fall **sollten** zahlreiche Übungen und Hausaufgaben zur Generalisierung der erarbeiteten Fertigkeiten im Alltag eingesetzt werden
- die Eltern **sollten** die Umsetzung dieser Übungen im Alltag fördern

Einzeltherapie bei hochfunktionalen Jugendlichen

- Strukturiertes Vorgehen der VT macht die Therapie für die PatientInnen vorhersehbar und verstehbar
- Besonderheiten der PatientInnen müssen berücksichtigt werden
- Rahmenbedingungen:
 - Regelmäßigkeit sicherstellen
 - Therapiesetting so angenehm wie möglich gestalten

Behandlung der komorbiden Störungen

Was machen wir wann und mit wem?

Komorbide Störungen

Bei insgesamt etwa **70%** der betroffenen Patienten besteht mind. eine komorbide Störung

- Motorische Koordinationsstörungen
- Spezifische Phobien, soziale Phobien, sonstige Angststörungen, Elektiver Mutismus
- Zwangsstörungen
- Depression
- ADHS
- Tourette-Syndrom
- Epilepsien
- **Außerdem:** Schlafstörungen, Auto- und Fremdaggression

Behandlung komorbider Störungen

- 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 et al., 2016; Giovagnoli et al., 2015; Hastings et al., 2005; Lecavalier et al., 2006; Samson et al., 2015*

Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörungen



Zielsymptom:

Aufmerksamkeitsstörungen

Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit und ohne Intelligenzminderung

- Zu psychosozialen Therapien bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ASS und komorbider ADHS liegen keine verwertbaren Studien vor
- Medikamentöse Therapie:
 - **Methylphenidat (MPH) und Atomoxetin (ATX)** sind wirksam und **sollen primär eingesetzt** werden.
 - **Guanfacin kann** als dritte Alternative **eingesetzt werden**, wenn, MPH oder ATX nicht wirksam waren
 - **Amphetaminpräparate** : keine aussagekräftige Untersuchungen bei ASS , **können** jedoch bei nicht ausreichender Wirksamkeit von MPH **eingesetzt werden**.
 - **Omega-3-Präparate und Gluten-/Caseinfreie Diäten sollen** aufgrund unzureichender Wirksamkeit **nicht eingesetzt** werden.
 - **Antipsychotika sollten** aufgrund der unerwünschten NW nur bei zusätzlichen aggressiven Verhaltensweisen eingesetzt werden (siehe Empfehlungen
 - in Kapitel C.7.1 Oppositionelles und aggressives Verhalten/Störungen

AWMF S3- Leitlinien Autismus- Spektrum Störungen

Medikamentöse Therapie

Methylphenidat und **Atomoxetin** sind bei der Behandlung von ADHS-Symptomen bei ASS wirksam und sollten eingesetzt werden. **Guanfacin** kann eingesetzt werden, wenn die Symptomatik einen klinisch relevanten Schweregrad erreicht und/oder mit andere Interventionen interferiert und /oder zu Funktionsbeeinträchtigungen im Alltag führt. Zur Anwendung von **Amphetaminpräparaten** bei ASS fehlen derzeit aussagekräftige Untersuchungen.

Omega-3 Präparate und **Gluten/-Casein freie Diäten** sollten aufgrund unzureichender Wirksamkeit zur Behandlung von ADHS-Symptomen bei ASS nicht eingesetzt werden.

Atypische Antipsychotika können wirksam sein gegen Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität, sollten jedoch aufgrund ihres ungünstigen NW Profils nur bei zusätzlichen expansiven Verhaltensweisen eingesetzt werden

Oppositionelles/aggressives Verhalten / Störungen des Sozialverhaltens



Zielsymptom:
Oppositionelles/aggressives Verhalten / Störungen des
Sozialverhaltens



Kinder- und Jugendliche, unabhängig von kognitiven Fertigkeiten

- **Vorschulalter – Grundschulalter - Jugendalter mit und ohne Intelligenzminderung:**
 - Es **sollen** manualisierte, **verhaltenstherapeutische Elterntrainings** durchgeführt werden
- **Ältere Kinder, Jugendliche oder Erwachsene:** s. Leitlinien SSV u.a.
- **Bei hoher Belastung der Bezugs- und Betreuungspersonen **sollte** zusätzlich eine **medikamentöse Behandlung** erfolgen**
 - Hohe Evidenz bei Kinder (Grad 1) : **Risperidon** und **Aripiprazol**
 - keine oder ungenügende Evidenz: alle anderen Stoffgruppen, insbesondere Antikonvulsiva, SSRI, Atomoxetin, Amantadin, Naltrexon, N-Acetylcystein, Cannabidoide

Angststörungen



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 ASS) angeboten werden
 - **Expositionsübungen**
 - **kognitive Elemente** und darauf basierende Übungen
 - Eltern/ Bezugspersonen **sollen** einbezogen werden und insbesondere Expositionsübungen im Alltag unterstützen.
 - **soll** über den Zeitraum von ca. 3-6 Monaten stattfinden
 - zusätzlichen Einzelsitzungen
- Wenn Teilnahme an der Gruppe nicht möglich ist: o.g. Angebote im Einzelsetting.
- Älteren Jugendlichen und Erwachsenen **können** zusätzlich Elemente aus der Achtsamkeits- und Commitment-Therapie (ACT) mit einer ASS-spezifischer Anpassung angeboten werden

Schlafstörungen



Zielsymptom: Schlafstörungen



Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit und ohne Intelligenzminderung

Wenn eine **nicht-organische Ein- oder Durchschlafstörung** vorliegt:

- Sorgfältiger Erfassung der individuellen Schlafproblematik
- Psychoedukation zur Schlafhygiene und Umgang mit den verschiedenen Schlafproblemen*
- Schlaftagebuch über einen Zeitraum von zumindest 14 Tagen*
- Verhaltensorientierte Interventionen

*Bei Kindern: durchgeführt von primären Bezugspersonen



Zielsymptom:
Schlafstörungen

Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit und ohne Intelligenzminderung

Bei weiterbestehender klinisch relevanter Belastung:

- medikamentöse Therapie mit **Melatonin** in individuell notwendiger Dosierung (Achtung: bei **Kindern** bis max. 10 mg)

Bei gleichzeitigem Vorliegen von behandlungsbedürftigen stereotypen, oppositionellen oder aggressiven Verhaltensweisen:

- Zusätzlich evtl in möglichst niedrige Dosis sedierender Antipsychotika
- Andere pharmakologische Substanzen sollten aufgrund fehlender Evidenz zur Behandlung von Schlafstörungen bei ASS nicht eingesetzt werden

Es gibt noch viel zu tun....

