

Autismus oder „Psychopathy“?

Literaturübersicht und Kasuistik

Jens Roberz · Gerd Lehmkuhl · Kathrin Sevecke

Eingegangen: 25. August 2013 / Angenommen: 30. August 2013 / Online publiziert: 13. September 2013
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

Zusammenfassung Autismus-Spektrum-Störungen und die Psychopathy gemäß dem Konzept von Hare gehen mit einem ausgeprägten Empathiedefizit einher. Empathiedefizite von Patienten mit Autismus-Spektrum-Störungen und Empathiedefizite bei Personen mit Persönlichkeitszügen der Psychopathy scheinen sich jedoch zu unterscheiden. Einige Autoren beschreiben ein komorbides Auftreten von Persönlichkeitszügen der Psychopathy bei Personen, die an Autismus-Spektrum-Störungen leiden. Der nachfolgende Beitrag versucht, sich diesem differenzialdiagnostischen Problem anhand einer Literaturübersicht und Kasuistik zu nähern. Hierfür wird ausführlich die Fallgeschichte eines 17-jährigen Jugendlichen in Bezug zum Konstrukt Psychopathy bzw. Autismus diskutiert.

Schlüsselwörter Autismus-Spektrum-Störung · Asperger-Syndrom · Persönlichkeitszüge der Psychopathy · „Psychopathy“

Autism or psychopathy?

Literature review and case report

Abstract According to the concept of Hare autism spectrum disorders and psychopathy are associated with a strong deficit in empathy. However, empathy deficits in patients suffering from autism spectrum disorders and empathy deficits in individuals with psychopathic personality traits appear to be different. Some authors described the comorbid

occurrence of psychopathic personality traits/psychopathy in individuals with autism spectrum disorders. The following article aims to approach this differential diagnostic problem by a brief review of the literature on a casuistic basis. This article reports the case of a highly remarkable 17-year-old adolescent. The case will be discussed according to the construct of psychopathy with reference to the concept of Hare.

Keywords Autism spectrum disorder · Asperger syndrome · Psychopathic traits · Psychopathy

Hintergrund

Im Jahr 1944 beschrieb Asperger die „autistische Psychopathie“ deren Bezeichnung sich auf den erstmals von Bleuler im Rahmen der Schizophrenie eingeführten Begriff des Autismus bezog und ein Störungsbild darstellt, das v. a. durch eine Störung der sozialen Beziehungsfähigkeit gekennzeichnet ist [3]. Das Asperger-Syndrom, so die heutige Bezeichnung, kann als eine der Manifestationsformen der Autismus-Spektrum-Störungen (ASD) betrachtet werden und weist Defizite der sozialen Interaktion, der Kommunikation und beschränkte, repetitive sowie stereotype Verhaltensweisen auf. Nach der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Ausgabe (ICD-10) werden aktuell die Störungsbilder des frühkindlichen Autismus, das Asperger-Syndrom und der atypische Autismus differenziert [16]. Die sozialen Defizite des Asperger-Syndroms fallen im sozialen Kontakt u. a. als scheinbarer Mangel an Einfühlungsvermögen, Distanzlosigkeit und einer verminderten Fähigkeit zur kognitiven Empathie auf [„theory of mind“ (ToM), Mentalisierungsfähigkeit; [35]].

J. Roberz (✉) · G. Lehmkuhl · K. Sevecke
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie,
Uniklinik Köln, Robert-Koch-Str. 10, 50937 Köln, Deutschland
E-Mail: Jens.roberz@uk-koeln.de

Kanne und Mazurek [23] benennen in ihrem Review eine erhöhte Prävalenz von Aggressionen bei Jugendlichen mit ASD. Wie Lerner et al. [25] hierüber hinaus ausführen, deuten die meisten Forschungsergebnisse der letzten 10 Jahre provokative Assoziationen zwischen den Defiziten bei ASD und einem erhöhten potenziellen Risiko für Aggressionen (aber nicht notwendigerweise kriminellem Verhalten) an. Bjørkly [7] beschreibt, dass gewalttätige Handlungen beim Asperger-Syndrom mit höheren sensorischen Reaktionen, naiver interpersoneller Kommunikation, reaktiver Gewalt auf negative Umweltstimuli und schließlich einem Schuld-eingeständnis einhergehen, während gewalttätige Handlungen im Rahmen der Psychopathy das gegenteilige Muster aufweisen. Wahlund und Kristiansson [45] stellen fest, dass sich Gewaltverbrechen von Individuen mit ASD hinsichtlich psychosozialer Funktion und Tatortcharakteristik deutlich von denen mit Persönlichkeitszügen der Psychopathy unterscheiden, was ihrer Auffassung nach Bedeutung für die Begriffe „affektive/impulsive“ und „geplante/instrumentelle“ Gewalt hat [27, 48]. Instrumentelle Gewalt scheint ein definierendes Charakteristikum bei Verbrechen durch Personen mit antisozialer Persönlichkeitsstörung zu sein und bei Verbrechen durch Autisten zu fehlen.

Die aktuelle Klassifikationssysteme zählen den Mangel an Empathie ebenfalls zu den Kernmerkmalen der antisozialen Persönlichkeitsstörung (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, DSM-IV, [1]) bzw. des „antisocial/psychopathic type“ (DSM-5, [2]) und der dissozialen Persönlichkeitsstörung (ICD-10, [16]). Das erstmals durch Cleckley [11] beschriebene und durch Hare [19] weiterentwickelte Psychopathy-Konzept bezeichnet eine Extremform der antisozialen Persönlichkeitsstörung. Hare [19] entwickelte die derzeit als Goldstandard in der Messung der Psychopathy bei Erwachsenen geltende „Psychopathy Checklist – revidiert“ (PCL-R). Forth et al. [39] wendeten das Konstrukt der Psychopathy erstmalig auf Jugendliche an. Die Psychopathy-Checkliste für Jugendliche (PCL:YV: Psychopathy Checklist: Youth Version) stellt ein an das Psychopathy-Konzept von Hare [19] angelehntes Instrument dar, das den spezifischen Bedingungen der Adoleszenz Rechnung trägt. Das Psychopathy-Konzept postuliert 2 Kernpersönlichkeitseigenschaften: den interpersonalen Faktor (F1) und den affektiven Faktor (F2) sowie 2 Verhaltensdimensionen: den „Lifestyle“-Faktor (F3) und den antisozialen Faktor (F4; [19]). Als „callous-unemotional traits“ (CU-Traits) werden im Rahmen der Kernfaktoren auftretende spezifische Persönlichkeitszüge, die mit ausgeprägter Härteherzigkeit und Gefühlskälte einhergehen, bezeichnet [19]. (Emotionale) Empathiedefizite sind eines der Kernmerkmale der Psychopathy. Diese Empathiedefizite führen zu einer gestörten sozialen Interaktion und einer verminderten Fähigkeit, aus Bestrafung zu lernen. Individuen mit Persönlichkeitszügen der Psychopathy werden als

furchtlos, oberflächlich, gefühllos und impulsiv beschrieben, gleichgültig gegenüber Gefühlen von anderen [20].

Obwohl Defizite in der Empathiefähigkeit sowohl für die ASD [6] als auch für das Konzept der Psychopathy [19] zentral sind, scheinen sich die empathischen Defizite, die mit Psychopathy assoziiert sind, von den Empathiedefiziten der an ASD Erkrankten zu unterscheiden. Nach Rogers et al. [34] können Persönlichkeitszüge der Psychopathy aber auch komorbid mit ASD als sogenannte „Doppeldiagnose“ vorkommen. Hieraus ergeben sich differenzialdiagnostische Überlegungen. Dieser Beitrag versucht, das Problem der Differenzialdiagnose von Persönlichkeitszügen der Psychopathy bei einem 17-jährigen Jugendlichen und dem Asperger-Syndrom kasuistisch zu klären.

Fallbeschreibung

Der 17;2 Jahre alte Jugendliche wurde stationär zur diagnostischen Einschätzung aufgenommen. Die Zuweisung erfolgte durch die klinikeigene Autismusambulanz, in der sich der Jugendliche zuvor vorgestellt hatte. Bereits seit seiner frühen Kindheit sei er wegen Verhaltensauffälligkeiten immer wieder in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung gewesen. Die Verhaltensauffälligkeiten hätten sich über die Adoleszenz immer weiter zugespitzt. Er sei in seinem Verhalten kaum noch steuerbar gewesen, sodass die Vorstellung in der Autismusambulanz zur weitergehenden Abklärung erfolgte. Differenzialdiagnostisch wurde eine dissoziale Persönlichkeitsentwicklungsstörung diskutiert. Es wurde eine zeitnahe stationäre Aufnahme zur weitergehenden Abklärung mit umfangreicher testpsychologischer Untersuchung und Verhaltensbeobachtung angeraten. Der Jugendliche zeigte sich zunächst jedoch nur wenig einsichtig und versuchte u. a., seine Mutter damit zu erpressen, dass er nur dann freiwillig den stationären Aufenthalt antreten würde, wenn diese mit ihm Intimverkehr haben würde. Letztlich ließ er sich jedoch bei zunehmendem Druck freiwillig auf den stationären Aufenthalt ein.

Biografische Anamnese

Der Jugendliche sei das einzige Kind seiner aktuell als Hausfrau und nebenberuflich im Geschäft ihres neuen Lebensgefährten tätigen Mutter. Vom leiblichen Vater des Jugendlichen habe sich die Mutter getrennt, als dieser 3 Jahre alt war. Es habe schwere Auseinandersetzungen zwischen den leiblichen Eltern im Zuge der Trennung gegeben, in die auch der Jugendliche involviert gewesen sei. Ein Kontakt des Jugendlichen zum leiblichen Vater bestehe seit über 10 Jahren nicht mehr. Seit etwa 8 Jahren lebe die Mutter mit ihrem jetzigen Lebensgefährten und dem Jugendlichen im Ausland.

Psychiatrische Anamnese

Die Geburt sei nach unauffälliger Schwangerschaft zeitgerecht erfolgt. Die Meilensteine der frühkindlichen Entwicklung habe er zeitgerecht durchlaufen, jedoch seien früh fein- und grobmotorische Defizite sowie Stottern und Dysgrammatismus aufgetreten. Im Rahmen der konfliktiven familiären Situation sei er erstmalig kinderpsychiatrisch vorstellig geworden.

Nachdem er erst mit 4 Jahren in den Kindergarten aufgenommen worden sei, sei es dort zu durchgehenden Verhaltensauffälligkeiten gekommen. Immer wieder habe es Streitigkeiten mit anderen Kindern gegeben. Gruppenspiele habe er verweigert und sei mit Gleichaltrigen nicht in Kontakt getreten. Er habe anderen Kindern häufig die Spielsachen weggenommen oder diese kaputt gemacht. Hierbei schien es, dass er dies mit der Intention getan habe, die anderen Kinder zu provozieren, zu strafen oder zu schädigen. Aufgrund des Dysgrammatismus sei er nach einer schulärztlichen Untersuchung zunächst in die Vorschule gekommen. Auch hier habe er keine Freundschaften knüpfen können, im Gruppenspiel dieselben Verhaltensauffälligkeiten wie im Kindergarten gezeigt und sei zudem häufig aggressiv und impulsiv gewesen.

Die (Sozial-)Verhaltensauffälligkeiten hätten sich auch nach der Einschulung fortgesetzt; die Sprechstörungen seien mit Ausnahme von Stottern unter psychischer Belastung remittiert. Immer wieder sei es auch in der Schule zu Streitigkeiten gekommen; hierbei fiel auf, dass er in seinem Verhalten sehr manipulativ und berechnend gewesen sei.

Von kinderpsychiatrischer Seite sei bei ihm im Alter von 10 Jahren die Diagnose einer kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen gestellt worden. Er habe diesbezüglich über 2 Jahre eine ambulante Psychotherapie erhalten. Auf durch die Eltern gesetzte Grenzen habe er zunächst äußerst aggressiv, teilweise mit Beschädigung von Gegenständen, Möbeln und Teilen des elterlichen Hauses, dann mit Akzeptanz und zeitlich verzögert mit „Bestrafung“ der Eltern reagiert. Als „Bestrafung“ habe er häufig nachts Gegenstände der Eltern versteckt, in den Müll geworfen oder beschmutzt. Teilweise habe er volle Spirituosflaschen entleert und diese mit Wasser, aber auch Haushaltsreinigern wieder aufgefüllt. Mehrfach sei er in seinem Umgang mit den Hauskatzen auffällig gewesen. Er habe diese unter der Bettdecke festgehalten, deren Brust massiert oder die Hinterbeine der Katzen angehoben, sodass diese auf den Vorderpfoten laufen müssen.

Seit etwa dem 11. Lebensjahr bewege er Tür- und Fensterklinken in schnellem Rhythmus, schlage Fenster und Türen bewusst stark zu oder spucke aus dem Fenster. Im Alter von 12 Jahren wurde die Diagnose eines Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndroms (ADHS) gestellt und eine Therapie mit Stimulanzien eingeleitet. Aufgrund

von weiterbestehenden aggressiven Verhaltensauffälligkeiten wurden zusätzlich niederpotente Antipsychotika verordnet. Die gesamte Medikation sei jedoch beendet worden, weil nichttolerale Nebenwirkungen auftraten.

Die Schulleistungen und die schulische Mitarbeit gestalteten sich zunehmend problematisch. Letztlich habe er die schulische Mitarbeit komplett verweigert. Seine Verweigerungshaltung habe er damit begründet, dass er erst Geschlechtsverkehr haben wolle, bevor er wieder lerne. Es sei die Umschulung auf eine Realschule erfolgt. Auch hier habe er sich weiterhin komplett verweigert und ein auffälliges Sozialverhalten gezeigt. Er sei im letzten Jahr mit dem schlechtesten Abgangszeugnis der Jahrgangsstufe von der Realschule abgegangen.

Ab Mitte 2012 habe er ein zunehmend sexualisiertes Verhalten v. a. auch der Mutter gegenüber entwickelt, bis hin zur sexuellen Belästigung. Er habe sich in der Öffentlichkeit vor seiner Mutter an seine Genitalien gegriffen, vor seiner Mutter scheinbar onaniert oder sei diese unsittlich angegangen.

Sein Verhalten sei von Größen-/Machtfantasien sowie Abwertungen anderer geprägt gewesen. Nach Angaben der Eltern habe er sich nicht an Anweisungen halten können und keine Kooperation gezeigt. Er habe große Freunde daran, bei anderen starke Emotionen wie Wut, Aggression oder Verzweiflung auszulösen und genieße dies. Häufig sei sein Verhalten noch sehr kindlich. Freunde habe er keine und scheine auch nicht in der Lage, emotionale Bindungen zu Gleichaltrigen eingehen zu können.

Zum Zeitpunkt der Aufnahme plante er, einen freiwilligen Dienst bei der Bundeswehr nach der stationären Behandlung anzutreten.

Psychopathologie

Der Jugendliche ging offen, aber teilweise übertrieben selbstsicher in den Kontakt. Wiederholt fielen Größen-/Machtideen und unrealistische Zielsetzungen auf. Im Affekt zeigte er sich verflacht und affektiv vermindert schwingungsfähig. Anamnestisch wurden eine deutliche affektive Instabilität und häufige verbal sowie körperlich (vornehmlich gegen Gegenstände gerichtete) aggressive Impulsdurchbrüche berichtet. Formalgedanklich zeigte er sich leicht beschleunigt und teilweise sprunghaft. Anamnestisch und auch im stationären Verlauf war eine deutliche psychomotorische Anspannung auffällig. Von der Mutter wurden Konzentrations- und Aufmerksamkeitsschwierigkeiten berichtet. Er wurde als sozial stark isoliert beschrieben, und auch im stationären Verlauf war eine erschwerte Integration in die Gruppe der Mitpatienten auffällig. Zahlreiche repetitive, teilweise ritualisierte Verhaltensweisen wurden berichtet. Selbstverletzendes Verhalten sowie lebensmüde Gedanken oder Suizidfantasien lagen nicht vor. Anamnestisch wurden (para-)suizidale Androhungen beschrieben.

Ebenfalls berichtete er fremdaggressive Gedanken gegenüber Mitschülern. Im stationären Verlauf kam es wiederholt durch Provokationen zu massiven Konflikten, die teilweise kurz vor ernsthaften Handgreiflichkeiten standen und situativ fast dazu führten, Sicherungsmaßnahmen zum Schutz anderer Patienten anzuwenden. Einmal bot er im benachbarten Kindergarten Schlehenbeeren zum Verzehr an, wissend, dass diese bei hohem Verzehr zu heftigem Erbrechen führen können.

Körperliche und technische Untersuchungsbefunde

In der körperlichen Untersuchung und den Laboruntersuchungen fanden sich keine diagnoseweisenden Auffälligkeiten. Auch die durchgeführte kraniale Magnetresonanztomographie (cMRT) und das Elektroenzephalogramm (EEG) waren unauffällig.

Testpsychologische Befunde

Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene (WIE)

Im Vergleich zur Bezugsnorm erreicht er einen durchschnittlichen Gesamtwert von 105 Punkten (IQ-Äquivalent; Prozentrang 63). Das Leistungsprofil war auf der Ebene der IQ-Werte homogen.

Autismusdiagnostische Beobachtungsskala (ADOS)

Mithilfe dieses Verfahrens konnten in 2 von 3 autismusrelevanten Bereichen (Kommunikation, soziale Interaktion) eindeutige Auffälligkeiten festgestellt werden.

Autismusdiagnostisches Interview – Revision (ADI-R)

In diesem Verfahren überschritt er die „Cut-off“-Werte in den Bereichen qualitative Auffälligkeiten der reziproken sozialen Interaktion (10; Cut-off-Wert: 10), repetitives, restriktives und stereotypes Verhalten (5; Cut-off-Wert: 3) und in der abnormen Entwicklung (1; Cut-off-Wert: 1). Im Bereich qualitative Auffälligkeiten der Kommunikation (7; Cut-off-Wert: 8) überschritt er diesen nicht.

ToM-Paradigmen

Der Jugendliche zeigte sich in der Lage, „First-order-belief“-ToM-Paradigmen [49], „Second-order-belief“-ToM-Paradigmen [31] und Faux-pas-ToM-Paradigmen [43] richtig zu lösen.

Strukturiertes Interview für DSM-III-R – Achse II (SKID-II)

Es fielen zahlreiche auf eine antisoziale Persönlichkeitsstörung hinweisende Symptome auf. Letztlich erfüllte er jedoch in der Gesamtschau die zur Diagnosestellung einer antisozialen Persönlichkeitsstörung erforderlichen Kriterien nicht.

Psychopathy Checklist – Youth Version (PCL:YV)

Der Summen-Score der PCL:YV ergab einen Wert von 22 und lag somit dimensional im unteren Bereich. Die beiden Kernfaktoren (F1 und F2), die CU-Traits, waren einerseits mit 3 Punkten für den interpersonalen Faktor sehr niedrig, andererseits mit 7 Punkten für den affektiven Faktor hoch ausgeprägt. Die Verhaltensfaktoren waren mit 5 Punkten für den Lifestyle- und 4 Punkten für den antisozialen Faktor eher niedrig ausgeprägt. Des Weiteren ergaben sich die in Tab. 1 zusammengefassten Bewertungen.

Diagnose

Es wurden die Diagnosen eines Asperger-Syndroms und einer komorbiden Störung des Sozialverhaltens mit besonderer Betonung der narzisstisch-manipulativen Persönlichkeitsanteile des Jugendlichen gestellt.

Behandlung und Verlauf

Auch im stationären Rahmen fielen deutliche Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion auf. Er zeigte sich im Hin-

Tab. 1 Befunde in der Psychopathy Checklist – Youth Version

Kernfaktor	Punktzahl
<i>Interpersonaler Faktor</i>	
Pathologisches Lügen	2
Manipulation zum persönlichen Vorteil	1
Übrige Items	0
<i>Affektiver Faktor</i>	
Mangel an Gewissensbissen	2
Oberflächliche Gefühle	1
Gefühlsarm/Mangel an Gefühlen ^a	2
Mangelnde Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen	2
<i>Lifestyle-Faktor</i>	
Stimulationsbedürfnis	1
Impulsivität	2
Verantwortungslosigkeit	1
<i>Antisozialer Faktor</i>	
Unzureichende Ärgerkontrolle	2
Frühe Verhaltensprobleme	2
Übrige Items	0

^aWegen des grundlegenden Mangels an Empathie

blick auf diese schwierigen sozialen Interaktionssituationen kaum fähig und willig zu einer kognitiven Reflexion und Einsicht sowie häufig massive Bagatellisierungstendenzen hinsichtlich seines defizitären Sozialverhaltens. Es fielen eine deutliche Diskrepanz zwischen seiner Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie deutliche narzisstisch-manipulative Persönlichkeitsanteile auf. Er übertrat wiederholt soziale Normen. Seine Mentalisierungsfähigkeit stellte sich insgesamt als gering dar. Auch im Rahmen der Beschulung auf der klinikangegliederten Schule zeigten sich deutliche Schwierigkeiten seiner Integration in den Schulbetrieb.

Zu Verbesserung der Impulskontrolle, insbesondere auch des hypersexuellen Verhaltens, wurde ein Therapieversuch mit Risperidon begonnen. Mit dem Jugendlichen und der Mutter wurde aufgrund des Verlaufs und der diagnostischen Einschätzung die Einleitung einer auf autistische Störungen spezialisierten stationären Jugendhilfemaßnahme besprochen und der Patient dorthin übergeleitet.

Diskussion

Sowohl autistische Störungen als auch die antisozialen Störungen/Psychopathy zeigen als gemeinsames Charakteristikum eine gestörte soziale Funktion aufgrund einer emotionalen Dysfunktion. Sie scheinen jedoch unterschiedliche genetische, kognitive und neuronale Merkmale aufzuweisen [47]. Das jeweilige Verhalten der Erkrankten kann dabei als quantitative Ausprägung eines entsprechenden Kontinuums angesehen werden (ASD: [12, 36, 41]; antisoziale Verhaltensweisen: [14, 29]). Hierbei stellen die klinisch manifesten Störungen letztlich Extreme eines Kontinuums dar. Dies hat jedoch entscheidenden Einfluss auf die Empfehlung der Jugendhilfeperspektive und die therapeutische Konsequenz. Da autistische Menschen bestimmte Verhaltensweisen, u. a. moralisches Denken und Verhalten [26], am effektivsten über regelbasierte Instruktionen lernen [28], schlussfolgerten Lerner et al. [25], dass eine spezifische Rechtskunde für Kinder und Jugendliche ein geeignetes Instrument sei, um Erkrankte mit ASD zu unterstützen, in konflikthafter Situationen in Einklang mit dem Gesetz zu handeln. Bei der Behandlung der Psychopathy scheinen Verhaltensstörungen v. a. zu Beginn der Therapie stärker ausgeprägt zu sein und schlechter auf eine Verhaltenstherapie anzusprechen [21]. Wie Salekin et al. [37] ausführten, scheint die Behandlung der Psychopathy bei Erwachsenen weniger Erfolg (Erfolg in 3 von 8 Studien) zu versprechen als bei Jugendlichen (Erfolg in 6 von 8 Studien).

Die emotionale Dysfunktion bei ASD-Erkrankten scheint zu Problemen in der kognitiven Perspektivenübernahme zu führen, während sie bei Personen mit hoher Ausprägung der CU-Traits im Sinne der Psychopathy eher in einer Schwierigkeit in der Verarbeitung emotionaler Stimuli,

der Angstkonditionierung und dem moralischen Denken zu resultieren scheint [8]. Dysfunktionen emotionaler Art lassen sich durch eine eingeschränkte Empathiefähigkeit erklären. Empathie wird mit Baron-Cohen u. Whellwright [6] wie folgt differenziert: Die ToM ist gleichbedeutend mit kognitiver Empathie oder kognitiver Perspektivenübernahme (Mentalisierungsfähigkeit). Der zweite Bereich der Empathie ist in diesem Modell die emotionale/affektive Empathie bzw. das Mitfühlen [24]. Kernpunkt einer Differenzialdiagnose zwischen autistischen Störungen und Personen mit Persönlichkeitszügen der Psychopathy scheint somit eine genaue Beurteilung des bestehenden Empathie-defizits zu sein [18].

Studien zeigen, dass Patienten aus dem Autisten-Spektrum das Leid anderer als aversiv erleben [9, 40]. Sie weisen v. a. Defizite in der kognitiven Empathie auf, scheinen jedoch weniger einen Mangel an emotionaler Empathie zu besitzen [35]. Autisten haben Schwierigkeiten, die Perspektive anderer zu verstehen, und handeln in alltäglichen Situationen aus der Perspektive von Nichterkrankten scheinbar in einer kalten und gefühllosen Art. Werden ihnen jedoch Informationen in einer Weise präsentiert, die sie in die Lage versetzen, die Perspektive anderer zu übernehmen, scheinen sie ebenso viel Sorge und Mitgefühl zu zeigen wie gesunde Individuen [22]. So betonte zwar bereits Asperger [3] in seiner Abhandlung über die „autistische Psychopathy“ das unpassende Verhalten von Kindern und Erwachsenen, das er als „autistische Akte von Boshaftigkeit“ bezeichnete. Wie Frith [15] aber in seiner Übersetzung und Kommentierung der Arbeiten Aspergers ausführt, mag das von Asperger beschriebene Verhalten seiner Natur nach dissozial, die Absicht dahinter jedoch nicht zwangsläufig böse sein, sondern könnte darauf abzielen, eine klare emotionale Reaktion bei anderen Menschen hervorzurufen. Dies scheint an autistischen Störungen Erkrankten zu helfen, sich in einer sozialen Welt zurechtzufinden, die für sie schwer zu interpretieren ist [15].

Dass es Unterschiede in der empathischen Dysfunktion bei beiden Störungen gibt, deuten auch „Neuroimaging“-Studien an. So weisen Probanden mit ASD im Vergleich zu gesunden Kontrollen schmalere temporale und parietale Kortizes auf [17, 38, 46], während bei Probanden, die an antisozialen Störungen leiden, ein schmalere präfrontaler und cingulärer Kortex vorliegt [50]. Castelli et al. [10] und Pelphrey et al. [30] zeigten, dass funktionelle Anomalien bei der Lösung von ToM-Paradigmen in temporalem und parietalem Kortex bei Probanden mit autistischen Störungen auftreten. Nach van Overwalle [44] können der temporale und der parietale Kortex bei Gesunden mit der sozialen Kognition in Verbindung gebracht werden. Gemäß Raine und Yang [32] besteht bei Gesunden eine Beziehung des anterioren präfrontalen Kortex zum moralischen Denken.

Wallace et al. [47] konnten belegen, dass bei normal entwickelten Jugendlichen das Vorliegen subklinischer autistischer Persönlichkeitszüge mit einem schmalen Kortex im Bereich des Sulcus temporalis superior, das Vorliegen subklinischer antisozialer Persönlichkeitszüge hingegen mit einem schmalen Kortex im Bereich des bilateralen anterioren präfrontalen Kortex assoziiert war.

Im dargestellten Fall finden sich bei dem beschriebenen Jugendlichen zahlreiche für das Vorliegen eines Asperger-Syndroms richtungweisende Symptome (deutliche sozioemotionale Dysfunktion, repetitive und stereotype Verhaltensweisen, Sonderinteressen, keine Sprachverzögerung oder Störung der kognitiven Entwicklung). Auffällig waren aber auch viele teilweise im deutlichen Widerspruch zur Diagnose eines Asperger-Syndroms stehende, anamnestisch beschriebene oder auch in der Verhaltensbeobachtung deutlich werdende dissoziale Verhaltensweisen und Persönlichkeitszüge.

Es fiel auf, dass der Jugendliche teilweise sehr gut in der Lage zu sein schien, emotionale Zustände bei anderen erkennen zu können, und diese Fähigkeit wiederholt für provokative und manipulative Handlungen einsetzte. Auch zeigte er in seinem Verhalten deutlichen Egozentrismus sowie Grandiosität und reduzierte planerische Fähigkeiten. Er schien kaum Einsicht in die Verantwortlichkeit seines eigenen Handelns und seiner Rolle innerhalb sozialer Konstrukte zu haben, selbst wenn ihm die hierfür nötigen Informationen klar präsentiert wurden. Der Jugendliche wies ein starkes sexualisiertes Verhalten auf, übertrat anscheinend bewusst und wiederholt soziale Normen und zeigte dissoziale Verhaltensweisen. Er schien eine gewisse Faszination oder Lust an den starken Emotionen anderer oder deren Leid (Umgang mit den Hauskatzen, Provokationen) zu haben. Auch war er in der Lage, alle ihm gestellten ToM-Paradigmen fehlerfrei zu lösen, was im Widerspruch zu dem beim Asperger-Syndrom zu erwartenden Lösung der ToM-Paradigmen steht. Baron-Cohen et al. [4, 5] konnten hier demonstrieren, dass Kinder mit Asperger-Syndrom signifikant schlechter in der Lösung von ToM-Paradigmen abschnitten als Kontrollprobanden, während sich Psychopathy-spezifische Defizite in der Lösung von ToM-Paradigmen bisher nicht nachweisen ließen [13, 33].

Viele der letztgenannten Auffälligkeiten des beschriebenen Jugendlichen treffen auch auf Personen mit Persönlichkeitszügen der Psychopathy gemäß des Psychopathy-Konstrukts von Hare [19] zu. Psychopathy wird gemeinhin als eine Persönlichkeitsstörung, die durch eine Gruppe von interpersonellen, affektiven, Lifestyle- und antisozialen Persönlichkeitszügen gekennzeichnet ist, verstanden [20]. Sie umfasst damit nicht nur antisoziales Verhalten, sondern beschreibt v. a. eine besondere Form der emotionalen Dysfunktion und spiegelt sich in hohen Werten auf der PCL-R [19], PCL:YV [39]) wider. Die sich in

den oben genannten Persönlichkeitszügen ausdrückende abnorme oder defizitäre emotionale Empfindsamkeit führt zu einer gestörten sozialen Interaktion und einer verminderten Fähigkeit, aus Bestrafung zu lernen. Menschen mit hohen Psychopathy-Dimensionen zeigen Verhaltensweisen wie Grandiosität, Egozentrismus, verflachte Emotionen, Gleichgültigkeit gegenüber Gefühlen anderer, verringertes moralisches Gewissen, verringerte Verantwortungsübernahme, Impulsivität und eine Tendenz, soziale Normen zu überschreiten [20].

Stehen die Verhaltensauffälligkeiten und erhobenen Befunde somit im Widerspruch zur gestellten Autismusdiagnose, und sind die Auffälligkeiten des Jugendlichen eher auf das Vorliegen von Persönlichkeitszügen der Psychopathy zurückzuführen?

Rogers et al. [34] beschreiben, dass ASD und Psychopathy als komorbide Störungen auftreten können und nicht immer klar als singuläre Konstrukte voneinander abgrenzbar scheinen. Sie beschreiben in ihrer Untersuchung eine Subgruppe von Autismuspatienten mit besonders hoch ausgeprägten Persönlichkeitszügen der Psychopathy, die nur gering mit ihren autistischen Persönlichkeitszügen korrelieren und nicht durch die Schwere der autistischen Erkrankung oder durch die Fähigkeit der Betroffenen zur Mentalisierung oder ihre exekutiven Dysfunktionen erklärt werden können [34].

Bei genauerer Betrachtung der 4 Psychopathy-Dimensionen ergab sich bei dem Jugendlichen nicht das Bild eines Jugendlichen mit hoher Ausprägung im Sinne der Psychopathy. Er erfüllte zwar mit einer hohen Ausprägung des affektiven Faktors einen Teil der Kernfaktoren des Psychopathy-Konzepts. Die letztlich jedoch festgestellte geringe Ausprägung des interpersonalen Faktors spricht gegen das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung im narzisstisch-manipulativen Bereich. Wie Soderstrom et al. [42] ausführen, scheint der interpersonale Faktor der PCL-R das Differenzierungskriterium der Psychopathy als eigenständige Störung zu sein, da dieser auffällig nicht mit anderen in der Kindheit beginnenden neuropsychiatrischen Erkrankungen in Beziehung steht [42]. Die in der Psychopathy-Checkliste ebenfalls auffällige empathische Dysfunktion des Jugendlichen scheint somit eher dem Bild eines Asperger-Syndroms zu entsprechen. Ähnlich fällt auch das Ergebnis im durchgeführten SKID-II aus.

Die Kasuistik verdeutlicht die Notwendigkeit einer differenzialdiagnostischen Abgrenzung zwischen Autismus und Psychopathy anhand einer differenzierten Diagnostik der empathischen Dysfunktion. Das diagnostische Instrument der PCL-R [19] bzw. PCL:YV [39] scheint dabei in Verbindung mit einer guten klinischen Verhaltensbeobachtung die differenzialdiagnostische Abgrenzung zu ermöglichen. Anzumerken ist jedoch, dass die vom Jugendlichen gezeigten Auffälligkeiten trotz der nichterreichten Cut-off-Werte

(SKID-II) bzw. der nur niedrigen dimensionalen Ausprägung (PCL:YV) nach Einschätzung der Autoren nicht nur durch die autistische Störung erklärt werden können, sodass zusätzlich die Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens mit besonderer Betonung der narzisstisch-manipulativen Persönlichkeitspathologie des Jugendlichen vergeben wurde. Der dargestellte Fall impliziert daher weiterhin, in Anlehnung an Rogers et al. [34] dass Psychopathy-ähnliche Persönlichkeitszüge bei Erkrankten autistischer Störungen nicht zwingend als der autistischen Erkrankung zugehörig interpretiert werden sollten, sondern einer differenzierten diagnostischen Betrachtung unter Einsatz geeigneter diagnostischer Instrumente und ggf. entsprechenden Interventionen bedürfen. Dies wird insbesondere wegen der dimensionalen Ausweitung des diagnostischen Spektrums der autistischen Störungen im Sinne des DSM-5 [2] und der Aufnahme der Psychopathy ins DSM-5 [2] zukünftig von noch größerer Relevanz sein.

Interessenkonflikt Die Autoren erklären keinen Interessenkonflikt.

Literatur

1. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV). American Psychiatric Association, Washington DC
2. American Psychiatric Association Task Force on DSM-5 (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5. Aufl. (DSM-5). American Psychiatric Association, Washington DC
3. Asperger H (1944) Die „autistischen Psychopathen“ im Kindesalter. Arch Psychiatr Nervenkrankh 117:76–136
4. Baron-Cohen S, Leslie AM, Frith U (1985) Does the autistic child have a „theory of mind“? Cognition 21(1):37–46
5. Baron-Cohen S, O’Riordan M, Stone V et al (1999) Recognition of faux pas by normally developing children and children with Asperger syndrome or high-functioning autism. J Autism Dev Disord 29(5):407–418
6. Baron-Cohen S, Wheelwright S (2004) The empathy quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. J Autism Dev Disord 34(2):163–175
7. Bjørkly S (2009) Risk and dynamics of violence in Asperger’s syndrome: a systematic review of the literature. Aggress Violent Behav 14(5):306–312
8. Blair RJR (2008) Fine cuts of empathy and the amygdala: dissociable deficits in psychopathy and autism. Q J Exp Psychol (Hove) 61(1):157–170
9. Blair RJR (1999) Psychophysiological responsiveness to the distress of others in children with autism. Pers Individ Dif 26(3):477–485
10. Castelli F, Frith C et al (2002) Autism, Asperger syndrome and brain mechanisms for the attribution of mental states to animated shapes. Brain 125(8):1839–1849
11. Cleckley HM (1941) The mask of sanity; an attempt to reinterpret the so-called psychopathic personality. Mosby, St. Louis
12. Constantino JN, Todd RD (2003) Autistic traits in the general population: a twin study. Arch Gen Psychiatry 60(5):524–530
13. Dolan M, Fullam R (2004) Theory of mind and mentalizing ability in antisocial personality disorders with and without psychopathy. Psychol Med 34(6):1093–1102
14. Frick PJ, Bodin SD, Barry CT (2000) Psychopathic traits and conduct problems in community and clinic-referred samples of children: further development of the psychopathy screening device. Psychol Assess 12(4):382–393
15. Frith U (1991) Autism and Asperger syndrome. Cambridge University Press, Cambridge
16. Graubner B (2010) ICD-10-GM 2010 Alphabetisches Verzeichnis: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) – German Modification. 10. Rev. Kohlhammer, Stuttgart
17. Hadjikhani N, Joseph RM, Snyder J, Tager-Flusberg H (2006) Anatomical differences in the mirror neuron system and social cognition network in autism. Cereb Cortex 16(9):1276–1282
18. Hansman-Wijnands MA, Hummelen JW (2006) Differential diagnosis of psychopathy and autism spectrum disorders in adults. Empathic deficit as a core symptom. Tijdschr Psychiatr 48(8):627–636
19. Hare RD (1991) The Hare Psychopathy Checklist-Revised [PCL-R]. Multi-Health Systems, Toronto
20. Hare RD, Neumann CS (2009) Psychopathy: assessment and forensic implications. Can J Psychiatry 54(12):791–802
21. Herpers PC, Rommelse NN et al (2012) Callous-unemotional traits as a cross-disorders construct. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 47(12):2045–2064
22. Jones AP, Happe FG, Gilbert F et al (2010) Feeling, caring, knowing: different types of empathy deficit in boys with psychopathic tendencies and autism spectrum disorder. J Child Psychol Psychiatry 51(11):1188–1197
23. Kanne SM, Mazurek MO (2011) Aggression in children and adolescents with ASD: prevalence and risk factors. J Autism Dev Disord 41(7):926–937
24. Krippel M, Karim AA (2011) „Theory of mind“ and its neuronal correlates in forensically relevant disorders. Nervenarzt 82(7):843–852
25. Lerner MD, Haque OS, Northrup EC et al (2012) Emerging perspectives on adolescents and young adults with high-functioning autism spectrum disorders, violence, and criminal law. J Am Acad Psychiatry Law 40(2):177–190
26. Leslie AM, Mallon R, DiCorcia JA (2006) Transgressors, victims, and cry babies: is basic moral judgment spared in autism? Soc Neurosci 1(3–4):270–283
27. Meloy JR (1988) The psychopathic mind: origins, dynamics and treatment. Aronson, Northvale
28. Muller E, Schuler A, Yates GB (2008) Social challenges and supports from the perspective of individuals with Asperger syndrome and other autism spectrum disabilities. Autism 12(2):173–190
29. Murrie DC, Marcus DK, Douglas KF et al (2007) Youth with psychopathy features are not a discrete class: a taxometric analysis. J Child Psychol Psychiatry 48(7):714–723
30. Pelphrey KA, Shultz S, Hudac CM, Vander Wyk BC (2011) Research review: constraining heterogeneity: the social brain and its development in autism spectrum disorder. J Child Psychol Psychiatry 52(6):631–644
31. Perner J, Wimmer H (1985) „John thinks that Mary thinks that ...“ attribution of second-order beliefs by 5 to 10-year-old children. J Exp Child Psychol 39(3):437–471
32. Raine A, Yang Y (2006) Neural foundations to moral reasoning and antisocial behavior. Soc Cogn Affect Neurosci 1(3):203–213
33. Richell RA, Mitchell DG, Newman C et al (2003) Theory of mind and psychopathy: can psychopathic individuals read the „language of the eyes“? Neuropsychologia 41(5):523–526

34. Rogers J, Viding E et al (2006) Autism spectrum disorder and psychopathy: shared cognitive underpinnings or double hit? *Psychol Med* 36(12):1789–1798
35. Rogers K, Dziobek I et al (2007) Who cares? Revisiting empathy in Asperger syndrome. *J Autism Dev Disord* 37(4):709–715
36. Ronald A, Happe F, Plomin R (2005) The genetic relationship between individual differences in social and nonsocial behaviours characteristic of autism. *Dev Sci* 8(5):444–458
37. Salekin RT, Worley C, Grimes RD (2010) Treatment of psychopathy: a review and brief introduction to the mental model approach for psychopathy. *Behav Sci Law* 28(2):235–266
38. Scheel C, Rotarska-Jagiela A et al (2011) Imaging derived cortical thickness reduction in high-functioning autism: key regions and temporal slope. *Neuroimage* 58(2):391–400
39. Forth AE, Kosson DS, Hare RD (2003) Hare Psychopathy Checklist: Youth Version (PCL:YV), Technical Manual. Multi-Health Systems, Toronto
40. Sigman M, Dissanayake C et al (2003) Social and cardiac responses of young children with autism. *Autism* 7(2):205–216
41. Skuse DH, Mandy WP, Scourfield J (2005) Measuring autistic traits: heritability, reliability and validity of the social and communication disorders checklist. *Br J Psychiatry* 187:568–572
42. Soderstrom H, Nilsson T et al (2005) The childhood-onset neuropsychiatric background to adulthood psychopathic traits and personality disorders. *Compr Psychiatry* 46(2):111–116
43. Stone VE, Baron-Cohen S, Knight RT (1998) Frontal lobe contributions to theory of mind. *J Cogn Neurosci* 10(5):640–656
44. Van Overwalle F (2009) Social cognition and the brain: a meta-analysis. *Hum Brain Mapp* 30(3):829–858
45. Wahlund K, Kristiansson M (2006) Offender characteristics in lethal violence with special reference to antisocial and autistic personality traits. *J Interpers Violence* 21(8):1081–1091
46. Wallace GL, Dankner N et al (2010) Age-related temporal and parietal cortical thinning in autism spectrum disorders. *Brain* 133(12):3745–3754
47. Wallace GL, Shaw P et al (2012) Distinct cortical correlates of autistic versus antisocial traits in a longitudinal sample of typically developing youth. *J Neurosci* 32(14):4856–4860
48. Walsh Z, Swogger MT, Kosson DS (2009) Psychopathy and instrumental violence: facet level relationships. *J Pers Disord* 23(4):416–424
49. Wimmer H, Perner J (1983) Beliefs about beliefs: representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition* 13(1):103–128
50. Yang Y, Raine A et al (2009) Abnormal temporal and prefrontal cortical gray matter thinning in psychopaths. *Mol Psychiatry* 14(6):561–562, 555