

Sarimski, Klaus

Spektrum autistischer Störungen im frühen Kindesalter: Probleme der Beurteilung

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 55 (2006) 6, S. 475-490

urn:nbn:de:bsz-psydok-46756

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Branik, E.; Meng, H.: Die Funktion von Besprechungen für multidisziplinäre Behandlungsteams kinder- und jugendpsychiatrischer Stationen (The function of team-meetings for treatment teams on child and adolescent psychiatric wards)	198
Henke, C.: Peer-Mediation an Schulen: Erfahrungen bei der Implementierung und der Ausbildung von Streitschlichtern (Peer-mediation in schools: Experiences in implementation and training of mediators)	644
Krabbe, H.: Eltern-Jugendlichen-Mediation (Mediation between parents and youth) . . .	615
Mayer, S.; Normann, K.: Das Praxismodell des Familien-Notruf München zum Einbezug der Kinder in die Mediation (Children in family mediation: A practice model)	600
Mickley, A.: Mediation an Schulen (Mediation in schools)	625
Sampson, M.: Psychotherapeutischer Leitfaden zum technischen Umgang mit Schulängsten (A psychotherapeutic guide for dealing with school phobia)	214

Originalarbeiten / Original Articles

Barkmann, C.; Schulte-Markwort, M.: Psychosoziale Lebenssituation und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland (Life situation and health status of children and adolescents)	444
Boeger, A.; Dörfler, T.; Schut-Ansteeg, T.: Erlebnispädagogik mit Jugendlichen: Einflüsse auf Symptombelastung und Selbstwert (Project adventure with adolescents: Influence on psychopathology and self-esteem)	181
Bullinger, M.; Ravens-Sieberger, U.: Lebensqualität und chronische Krankheit: die Perspektive von Kindern und Jugendlichen in der Rehabilitation (Quality of life and chronic conditions: The perspective of children and adolescents in rehabilitation)	23
Desman, C.; Schneider, A.; Ziegler-Kirbach, E.; Petermann, F.; Mohr, B.; Hampel, P.: Verhaltenshemmung und Emotionsregulation in einer Go-/Nogo-Aufgabe bei Jungen mit ADHS (Behavioural inhibition and emotion regulation among boys with ADHD during a go-/nogo-task)	328
Fetzer, A.E.; Steinert, T.; Metzger, W.; Fegert, J.M.: Eine prospektive Untersuchung von Zwangsmaßnahmen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (A prospective analysis of coercive measures in an inpatient department of child and adolescent psychiatry)	754
Fricke, L.; Mitschke, A.; Wiater, A.; Lehmkuhl, G.: Kölner Behandlungsprogramm für Kinder mit Schlafstörungen – Konzept, praktische Durchführung und erste empirische Ergebnisse (A new treatment program for children with sleep disorders – Concept, practicability, and first empirical results)	141
Grimm, K.; Mackowiak, K.: Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger und aufmerksamkeitsgestörter Kinder (KES) (KES – Training for parents of children with conduct behaviour problems)	363
Hampel, P.; Desman, C.: Stressverarbeitung und Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (Coping and quality of life among children and adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder)	425
Kühnapfel, B.; Schepker, R.: Katamnestische Nachbefragung von freiwillig und nicht freiwillig behandelten Jugendlichen (Post hoc interviews with adolescents after voluntary and involuntary psychiatric admission)	767

1	Leins, U.; Hinterberger, T.; Kaller, S.; Schober, F.; Weber, C.; Strehl, U.: Neurofeedback der langsamen kortikalen Potenziale und der Theta/Beta-Aktivität für Kinder mit einer ADHS: ein kontrollierter Vergleich (Neurofeedback for children with ADHD: A comparison of SCP- and Theta/Beta-Protocols)	384
2		
3		
5	Preusche, I.; Koller, M.; Kubinger, K.D.: Sprachfreie Administration von Intelligenztests nicht ohne Äquivalenzprüfung – am Beispiel des AID 2 (An experiment for testing the psychometric equivalence of the non verbal instruction of the Adaptive Intelligence Diagnosticum) . .	559
	Retzlaff, R.; Hornig, S.; Müller, B.; Reuner, G.; Pietz, J.: Kohärenz und Resilienz in Familien mit geistig und körperlich behinderten Kindern (Family sense of coherence and resilience. A study on families with children with mental and physical disabilities)	36
10		
	Richardt, M.; Remschmidt, H.; Schulte-Körne, G.: Einflussfaktoren auf den Verlauf Begleiteter Umgänge in einer Erziehungsberatungsstelle (Influencing factors on the course of supervised visitations in a parental counselling office)	724
	Roessner, V.; Banaschewski, T.; Rothenberger, A.: Neuropsychologie bei ADHS und Tic-Störungen – eine Follow-up-Untersuchung (Neuropsychological performance in ADHD and tic-disorders: A prospective 1-year follow-up)	314
15		
	Romer, G.; Stavenow, K.; Baldus, C.; Brüggemann, A.; Barkmann, C.; Riedesser, P.: Kindliches Erleben der chronischen körperlichen Erkrankung eines Elternteils: Eine qualitative Analyse von Interviews mit Kindern dialysepflichtiger Eltern (How children experience a parent being chronically ill: A qualitative analysis of interviews with children of hemodialysis patients)	53
20		
	Sarimski, K.: Spektrum autistischer Störungen im frühen Kindesalter: Probleme der Beurteilung (Autistic spectrum disorders in very young children: Issues in the diagnostic process) .	475
	Schick, A.; Cierpka, M.: Evaluation des Faustlos-Curriculums für den Kindergarten (Evaluation of the Faustlos-Curriculum for Kindergartens)	459
	Schmid, M.; Nützel, J.; Fegert, J.M.; Goldbeck, L.: Wie unterscheiden sich Kinder aus Tagesgruppen von Kindern aus der stationären Jugendhilfe? (A comparison of behavioral and emotional symptoms in German residential care and day-care child welfare institutions)	544
25		
	Stadler, C.; Holtmann, M.; Claus, D.; Büttner, G.; Berger, N.; Maier, J.; Poustka, F.; Schmeck, K.: Familiäre Muster bei Störungen von Aufmerksamkeit und Impulskontrolle (Familial patterns in disorders of attention and impulse control)	350
30		
	Suchodoletz, W. v.; Macharey, G.: Stigmatisierung sprachgestörter Kinder aus Sicht der Eltern (Stigmatization of language impaired children from the parents' perspective) . .	711
	Trautmann-Villalba, P.; Laucht, M.; Schmidt, M.H.: Väterliche Negativität in der Interaktion mit Zweijährigen als Prädiktor internalisierender Verhaltensprobleme von Mädchen und Jungen im Grundschulalter (Father negativity in the interaction with toddlers as predictor of internalizing problems in girls and boys at school age)	169
35		
	Wiehe, K.: Zwischen Schicksalsschlag und Lebensaufgabe – Subjektive Krankheitstheorien als Risiko- oder Schutzfaktoren der Bewältigung chronischer Krankheit im Kindesalter (Stroke of fate or personal challenge – Subjective theories of illness as risk or protective factors in coping with chronic pediatric illness)	3
40		
	Übersichtsarbeiten / Review Articles	
42		
43	Bastine, R.; Römer-Wolf, B.; Decker, F.; Haid-Loh, A.; Mayer, S.; Normann, K.: Praxis der Familienmediation in der Beratung (Family mediation within the counselling system) .	584
44	Frölich, J.; Lehmkuhl, G.; Fricke, L.: Die medikamentöse Behandlung von Schlafstörungen im Kindes- und Jugendalter (Pharmacotherapy of sleep disorders in children and adolescents) . .	118
45		

1	Gantner, A.: Multidimensionale Familientherapie für cannabisabhängige Jugendliche – Ergebnisse und Erfahrungen aus der „INCANT“-Pilotstudie (Multidimensional Family Therapy for adolescent clients with cannabis use disorders – Results and experience from the INCANT pilot study)	520
2		
3		
5	Hardt, J.; Hoffmann, S. O.: Kindheit im Wandel – Teil I: Antike bis zur Neuzeit (Childhood in flux – Part I: Ancient world until modern times)	271
	Hardt, J.; Hoffmann, S. O.: Kindheit im Wandel – Teil II: Moderne bis heute (Childhood in flux – Part II: Modern times until today)	280
	Jockers-Scherübl, M. C.: Schizophrenie und Cannabiskonsum: Epidemiologie und Klinik (Schizophrenia and cannabis consumption: Epidemiology and clinical symptoms) . . .	533
10	Libal, G.; Plener, P. L.; Fegert, J. M.; Kölch, M.: Chemical restraint: „Pharmakologische Ruhigstellung“ zum Management aggressiven Verhaltens im stationären Bereich in Theorie und Praxis (Chemical restraint: Management of aggressive behaviours in inpatient treatment – Theory and clinical practice)	783
15	Nitschke-Janssen, M.; Branik, E.: Einflussfaktoren auf den Einsatz von Zwangsmaßnahmen – Eine retrospektive Auswertung in einer Schweizer kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsklinik (Factors contributing to the use of seclusion and restraint – a retrospective analysis in a Swiss clinic for child and adolescent psychiatry)	255
	Ollefs, B.; Schlippe, A. v.: Elterliche Präsenz und das Elterncoaching im gewaltlosen Widerstand (Parental presence and parental coaching in non-violent resistance)	693
20	Paditz, E.: Schlafstörungen im Kleinkindesalter – Diagnostik, Differenzialdiagnostik und somatische Hintergründe (Sleep disorders in infancy – Aspects of diagnosis and somatic background)	103
	Papoušek, M.; Wollwerth de Chuquisengo, R.: Integrative kommunikationszentrierte Eltern- Kleinkind-Psychotherapie bei frühkindlichen Regulationsstörungen (Integrative parent-infant psychotherapy for early regulatory and relationship disorders)	235
25	Schepker, R.; Steinert, T.; Jungmann, J.; Bergmann, F.; Fegert, J. M.: Qualitätsmerkmale freiheitseinschränkender Maßnahmen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (Quality characteristics of freedom-restricting coercive measures in child and adolescent psychiatry)	802
	Schnoor, K.; Schepker, R.; Fegert, J. M.: Rechtliche Zulässigkeit von Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Legal and practical issues on coercive measures in child and adolescent psychiatry)	814
30	Schredl, M.: Behandlung von Alpträumen (Treatment of nightmares)	132
	Seiffge-Krenke, I.; Skaletz, C.: Chronisch krank und auch noch psychisch beeinträchtigt? Die Ergebnisse einer neuen Literaturrecherche (Chronically ill and psychologically impaired? Results of a new literature analysis)	73
35	Tossmann, P.: Der Konsum von Cannabis in der Bundesrepublik Deutschland (The use of cannabis in the Federal Republic of Germany)	509
	Zehnder, D.; Hornung, R.; Landolt, M. A.: Notfallpsychologische Interventionen im Kindesalter (Early psychological interventions in children after trauma)	675

Buchbesprechungen / Book Reviews

40		
42	Asendorpf, J. B. (Hg.) (2005): Soziale, emotionale und Persönlichkeitsentwicklung. Enzyklopädie der Psychologie: Entwicklungspsychologie. Bd. 3. (L. Unzner)	740
43		
44	Aster, M. v.; Lorenz, J. H. (Hg.) (2005): Rechenstörungen bei Kindern. Neurowissenschaft, Psychologie, Pädagogik. (A. Seitz)	410
45		

1	Becker, K.; Wehmeier, P.M.; Schmidt, M.H. (2005): Das noradrenerge Transmittersystem bei ADHS. Grundlagen und Bedeutung für die Therapie. (<i>M. Mickley</i>)	575
2	Behringer, L.; Höfer, R. (2005): Wie Kooperation in der Frühförderung gelingt. (<i>D. Irblich</i>) .	574
3	Bernard-Opitz, V. (2005): Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS). Ein Praxis-	
5	handbuch für Therapeuten, Eltern und Lehrer. (<i>K. Sarimski</i>)	411
	Bieg, S.; Behr, M. (2005): Mich und Dich verstehen. Ein Trainingsprogramm zur Emotio-	
	nenalen Sensitivität bei Schulklassen und Kindergruppen im Grundschul- und Orientie-	
	rungsstufenalter. (<i>F. Caby</i>)	299
	Bois, R. d.; Resch, F. (2005): Klinische Psychotherapie des Jugendalters. Ein integratives	
	Praxisbuch. (<i>R. Mayr</i>)	664
10	Bortz, J. (2005): Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. (<i>J. Fliegner</i>)	744
	Brisch, K.H.; Hellbrügge, T. (Hg.) (2006): Kinder ohne Bindung: Deprivation, Adoption	
	und Psychotherapie. (<i>L. Unzner</i>)	842
	Christ-Steckhan, C. (2005): Elternberatung in der Neonatologie. (<i>K. Sarimski</i>)	157
	Cierpka, M. (2005): FAUSTLOS – wie Kinder Konflikte gewaltfrei lösen lernen. (<i>W. Nobach</i>)	95
15	Claus, H.; Peter, J. (2005): Finger, Bilder, Rechnen. Förderung des Zahlverständnisses im	
	Zahlraum bis 10. (<i>M. Mickley</i>)	226
	Damasch, E.; Metzger, H.-G. (Hg.) (2005): Die Bedeutung des Vaters. Psychoanalytische	
	Perspektiven. Frankfurt a. (<i>A. Eickhorst</i>)	494
	Diepold, B. (2005): Spiel-Räume. Erinnern und entwerfen. Aufsätze zur analytischen Kin-	
20	der- und Jugendlichenpsychotherapie (herausgegeben von P. Diepold). (<i>M. Schulte-</i>	
	<i>Markwort</i>)	419
	Döpfner, M.; Lehmkuhl, G.; Steinhausen, H.-C. (2006): KIDS-1 Aufmerksamkeitsdefizit	
	und Hyperaktivitätsstörung (ADHS). (<i>D. Irblich</i>)	841
	Doherty-Sneddon, G. (2005): Was will das Kind mir sagen? Die Körpersprache des Kindes	
	verstehen lernen. (<i>L. Unzner</i>)	294
25	Eiholzer, U. (2005): Das Prader-Willi-Syndrom. Über den Umgang mit Betroffenen.	
	(<i>K. Sarimski</i>)	158
	Feibel, T. (2004): Killerspiele im Kinderzimmer. Was wir über Computer und Gewalt wis-	
	sen müssen. (<i>G. Latzko</i>)	158
	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2005): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 50. (<i>M. Hirsch</i>)	304
30	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2005): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 51. (<i>M. Hirsch</i>)	745
	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2006): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 52. (<i>M. Hirsch</i>)	843
	Häußler, A. (2005): Der TEACCH Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus.	
	(<i>K. Sarimski</i>)	411
	Hopf, C. (2005): Frühe Bindungen und Sozialisation. (<i>L. Unzner</i>)	294
	Jacobs, C.; Petermann, F. (2005): Diagnostik von Rechenstörungen. (<i>D. Irblich</i>)	495
35	Katz-Bernstein, N. (2005): Selektiver Mutismus bei Kindern. Erscheinungsbilder, Diag-	
	nostik, Therapie. (<i>D. Irblich</i>)	496
	Lackner, R. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Therapeutische Unterstützung für	
	traumatisierte Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	229
	Langer, I.; Langer, S. (2005): Jugendliche begleiten und beraten. (<i>M. Mickley</i>)	96
40	Leyendecker, C. (2005): Motorische Behinderungen. Grundlagen, Zusammenhänge und	
	Förderungsmöglichkeiten. (<i>L. Unzner</i>)	160
42	Nissen, G. (2005): Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen.	
	(<i>L. Unzner</i>)	571
43	Oelsner, W.; Lehmkuhl, G. (2005): Adoption. Sehnsüchte – Konflikte – Lösungen. (<i>H. Hopf</i>) .	302
44	Pal-Handl, K. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Elternratgeber für traumatisierte	
45	Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	229

1	Pal-Handl, K.; Lackner, R.; Lueger-Schuster, B. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Ein Bilderbuch für Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	229
2	Petermann, F.; Macha, T. (2005): Psychologische Tests für Kinderärzte. (<i>D. Irblich</i>)	156
3	Plahl, C.; Koch-Temming, H. (Hg.) (2005): Musiktherapie mit Kindern. Grundlagen – Methoden – Praxisfelder. (<i>K. Sarimski</i>)	412
5	Resch, F.; Schulte-Markwort, M. (Hg.) (2005): Jahrbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie. Schwerpunkt: Dissoziation und Trauma. (<i>K. Fröhlich-Gildhoff</i>)	416
	Ritscher, W. (Hg.) (2005): Systemische Kinder und Jugendhilfe. Anregungen für die Praxis. (<i>G. Singe</i>)	847
10	Rittelmeyer, C. (2005): Frühe Erfahrungen des Kindes. Ergebnisse der pränatalen Psychologie und der Bindungsforschung – Ein Überblick. (<i>L. Unzner</i>)	742
	Rohrmann, S.; Rohrmann, T. (2005): Hochbegabte Kinder und Jugendliche. Diagnostik – Förderung – Beratung. (<i>D. Irblich</i>)	665
	Ruf, G.D. (2005): Systemische Psychiatrie. Ein ressourcenorientiertes Lehrbuch. (<i>R. Mayr</i>)	741
15	Ruppert, F. (2005): Trauma, Bindung und Familienstellen. Seelische Verletzungen verstehen und heilen. (<i>C. v. Bülow-Faerber</i>)	300
	Sarimski, K. (2005): Psychische Störungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen. (<i>D. Irblich</i>)	94
	Schäfer, U.; Rütter, E. (2005): ADHS im Erwachsenenalter. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. (<i>E. Rhode</i>)	413
20	Schindler, H.; Schlippe, A. v. (Hg.) (2005): Anwendungsfelder systemischer Praxis. Ein Handbuch. (<i>I. Bohmann</i>)	573
	Schlottke, P.; Silbereisen, R.; Schneider, S.; Lauth, G. (Hg.) (2005): Störungen im Kindes- und Jugendalter – Grundlagen und Störungen im Entwicklungsverlauf. (<i>K. Sarimski</i>)	661
	Schlottke, P.; Silbereisen, R.; Schneider, S.; Lauth, G. (Hg.) (2005): Störungen im Kindes- und Jugendalter – Verhaltensauffälligkeiten. (<i>K. Sarimski</i>)	661
25	Schott, H.; Tölle, R. (2006): Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen. (<i>S. Auschra</i>)	840
	Schütz, A.; Selg, H.; Lautenbacher, S. (Hg.) (2005): Psychologie: Eine Einführung in ihre Grundlagen und Anwendungsfelder. (<i>L. Unzner</i>)	666
30	Seiffge-Krenke, I. (Hg.) (2005): Aggressionsentwicklung zwischen Normalität und Pathologie. (<i>U. Kiefling</i>)	297
	Siegler, R.; DeLoache, J.; Eisenberg, N. (2005): Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter. (<i>L. Unzner</i>)	492
	Simon, H. (2005): Dyskalkulie – Kindern mit Rechenschwäche wirksam helfen. (<i>M. Mickley</i>)	226
	Speck, V. (2004): Progressive Muskelentspannung für Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	663
35	Speck, V. (2005): Training progressiver Muskelentspannung für Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	663
	Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2005): Früherkennung von Entwicklungsstörungen. Frühdiagnostik bei motorischen, kognitiven, sensorischen, emotionalen und sozialen Entwicklungsauffälligkeiten. (<i>D. Irblich</i>)	572
40	Suhr-Dachs, L.; Döpfner, M. (2005): Leistungsängste. Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ), Bd. 1. (<i>H. Mackenberg</i>)	414
	Thun-Hohenstein, L. (Hg.) (2005): Übergänge. Wendepunkte und Zäsuren in der kindlichen Entwicklung. (<i>L. Unzner</i>)	295
42	Unterberg, D.J. (2005): Die Entwicklung von Kindern mit LRS nach Therapie durch ein sprachsystematisches Förderkonzept. (<i>M. Mickley</i>)	743
43	Venzlaff, U.; Foerster, K. (Hg.) (2004): Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen (<i>B. Reiners</i>)	230
44		
45		

1	Weiß, H.; Neuhäuser, G.; Sohns, A. (2004): Soziale Arbeit in der Frühförderung und Sozialpädiatrie. (<i>M. Naggl</i>)	227
2	Westhoff, E. (2005): Geistige Behinderung (er-)leben. Eine Reise in fremde Welten. (<i>D. Irblich</i>)	296
3	Wirsching, M. (2005): Paar- und Familientherapie. Grundlagen, Methoden, Ziele. (<i>A. Zellner</i>)	497

Neuere Testverfahren / Test Reviews

10	Grob, A.; Smolenski, C. (2005): FEEL-KJ. Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen. (<i>C. Kirchheim</i>)	499
	Mariacher, H.; Neubauer, A. (2005): PAI 30. Test zur Praktischen Alltagsintelligenz. (<i>C. Kirchheim</i>)	162
	Rossmann, P. (2005): DTK. Depressionstest für Kinder. (<i>C. Kirchheim</i>)	669

15	Editorial / Editorial	1, 101, 313, 507, 581, 751
	Autoren und Autorinnen / Authors	91, 155, 225, 293, 408, 491, 570, 660, 739, 838
	Gutachter und Gutachterinnen / Reviewer	93, 839
	Tagungskalender / Congress Dates	98, 165, 233, 309, 421, 502, 577, 672, 748, 849
20	Mitteilungen / Announcements	167, 674

Spektrum autistischer Störungen im frühen Kindesalter: Probleme der Beurteilung

Klaus Sarimski

Summary

Autistic spectrum disorders in very young children: Issues in the diagnostic process

The diagnosis of very young children with autistic spectrum disorders and differentiating the disorder from mental retardation are difficult in the early years. Some efforts to improve diagnostic practice are reviewed. The usefulness of standardized behavioural rating scales, observation of core deficits in communication and play and parental reports are discussed in view of the author's experience with 13 children (2–4 years of age). Even in the case of diagnostic uncertainty, focussing early intervention on core symptoms of autism and supporting responsive parent-child interactions is recommended in order to prevent further social isolation of children with autistic features.

Key words: autistic spectrum disorder – early identification – intellectual disability

Zusammenfassung

Die Differenzierung verschiedener Diagnosen innerhalb des autistischen Spektrums und eine Abgrenzung zur geistigen Behinderung ist bei sehr jungen Kindern mit besonderen Schwierigkeiten verbunden. Es wird ein Überblick über den Stand der Bemühungen zur Verbesserung einer frühen Diagnose gegeben. Anschließend werden Verhaltensratings, qualitative Beobachtungen zum Spiel- und Kommunikationsverhalten aus Videoaufzeichnungen sowie Elternberichte in ihrem möglichen Nutzen zur Klärung diagnostischer Fragen erörtert. Zur Illustration dienen Einzelfallbeispiele zu 13 Kindern zwischen zwei und vier Jahren, die dem Verfasser im Sozialpädiatrischen Zentrum vorgestellt wurden. Für die Praxis erweisen sich qualitative, klinische Einschätzungen des Spiel- und Kommunikationsverhaltens und Elternberichte als hilfreicher als quantitative Verhaltensbeurteilungen. Auch bei diagnostischer Unsicherheit ist es sinnvoll, die Frühberatung und -förderung auf die sozial-kommunikativen Defizite als Kernbereiche der autistischen Symptomatik zu konzentrieren und die Eltern intensiv in der Entwicklung responsiver Beziehungsformen zu unterstützen, um einer zunehmenden sozialen Isolation von Kindern mit autistischen Verhaltensmerkmalen entgegenzuwirken.

Schlagwörter: Autismusspektrum – Früherkennung – geistige Behinderung

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 55: 475–490 (2006), ISSN 0032–7034
© Vandenhoeck & Ruprecht 2006

1 Zum Spektrum autistischer Störungen

In den letzten Jahren hat sich im internationalen Klassifikationssystem ICD-10 der Begriff „Spektrum autistischer Störungen“ für vielschichtige Entwicklungsauffälligkeiten durchgesetzt, die mit Verzögerungen und qualitativen Auffälligkeiten der sozialen, sprachlichen und non-verbalen kommunikativen Fähigkeiten sowie stereotype Verhaltensformen einhergehen. Der Begriff markiert eine Gruppe von Störungen, in der „Frühkindlicher Autismus“ (F84.0), Asperger-Syndrom (F84.5), atypischer Autismus (F84.1), Rett-Syndrom (F84.2), andere desintegrative Störungen des Kindesalters (F84.3) und überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien (F84.4) voneinander abgegrenzt werden (Poustka et al. 2004).

Nach den Kriterien der ICD-10 müssen für eine Diagnose „frühkindlicher Autismus“ qualitative Auffälligkeiten der gegenseitigen sozialen Interaktion, der Kommunikation (und Sprache) sowie begrenzte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten vorliegen. Darüber hinaus muss sich eine auffällige und beeinträchtigte Entwicklung bereits vor dem dritten Lebensjahr zeigen. Mindestens 25 bis 50 % der Kinder sind in ihrer intellektuellen Entwicklung deutlich beeinträchtigt („low-functioning autism“; Chakrabarti u. Fombonne 2001). Beim Asperger-Syndrom fehlt entweder die abnorme Sprach- oder kognitive Entwicklung im Symptomspektrum. Die frühe Entwicklung verläuft in diesen Bereichen weitgehend unauffällig, die Entwicklungsstörung wird erst später an unangemessenem Verhalten in sozialen Situationen, fehlender Freundschaftsbildung und ungewöhnlich spezialisierten Interessen eindeutig erkennbar (Kamp-Becker et al. 2004).

Von atypischem Autismus wird dann gesprochen, wenn das Manifestationsalter später als drei Jahre ist oder Symptome aus einem der drei kritischen Störungsbereiche (soziale Interaktion, Kommunikation, repetitiv-stereotypes Verhalten) fehlen oder nur gering ausgeprägt sind; Unsicherheiten der Zuordnung entstehen bei Kindern im Grenzbereich, bei denen die Symptomatik nur wenig vom klassischen Bild des Autismus abweicht. Abweichend zu dieser Definition enthält das amerikanische Klassifikationssystem DSM-IV die Kategorie „nicht näher bezeichnete tiefgreifende Entwicklungsstörung“ (PDD-NOS) für die Gruppe von Kindern, bei denen nicht alle Symptome des autistischen Störungsbildes ausgeprägt sind. In diese Gruppe werden dann auch Kinder mit geistiger Behinderung und autistischen Verhaltensweisen eingeordnet.

Die Diagnose einer überaktiven Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien in der ICD-10 setzt schließlich anhaltende motorische Überaktivität mit Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsproblemen, repetitives und stereotypes Verhalten und eine geistige Behinderung mindestens mittleren Grades ($IQ < 50$) voraus. Qualitative Auffälligkeiten im sozialen Kontakt und im kommunikativen Verhalten des Kindes dürfen bei dieser Diagnosestellung nicht im Vordergrund stehen.

Störungen aus dem autistischen Spektrum insgesamt sind mit 0,6 % relativ weit verbreitet (Chakrabarti u. Fombonne 2001). Die Häufigkeit des „klassischen“ frühkindlichen Autismus und des Asperger-Syndroms liegt jedoch deutlich niedriger (0,17 %, bzw. 0,08 %). In den Fällen, in denen nicht das „klassische“ Bild des frühkindlichen Autismus vorliegt, ist die Zuverlässigkeit von Prävalenzangaben durch die mangelnde Reliabilität der Diagnosestellung merklich geringer (Mahoney et al. 1998).

2 Probleme der Früherkennung und frühen Differentialdiagnose

Die Diagnosestellung erfolgt grundsätzlich gemäß den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie über eine differenzierte Exploration und Befragung der Bezugspersonen sowie klinische, systematische Verhaltensbeobachtungen. Interviewleitfäden, Symptomlisten, standardisierte Fragebögen sowie Beobachtungsinstrumente werden von Poustka et al. (2004) ausführlich vorgestellt. Die Untersuchung von Kindern im Vorschul- und Schulalter kann sich dabei auf eine Reihe gut untersuchter und validierter Instrumente stützen. Dazu gehören als strukturiertes Beobachtungsinstrument die „Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen“ (ADOS, Lord et al. 2000; Rühl et al. 2004), als Befragungsinstrumente das „Autismus Diagnostische Interview“ (ADI-R, Lord et al. 1994) sowie der „Fragebogen über Verhalten und soziale Kommunikation“ (VSK, Bölte et al. 2000; Rutter et al. 2001) und als klinische Einschätzungsskala die „Childhood Autism Rating Scale“ (CARS, Schopler et al. 1980; dt. Steinhausen 1988). Alle genannten Verfahren dienen der Einschätzung von Auffälligkeiten der sozialen Interaktion, Kommunikation und Sprache sowie repetitivem, restriktivem und stereotypem Verhalten und gelten anhand von empirisch fundierten Kriterien (cut-off-scores) als Standard für die diagnostische Urteilsbildung.

Trotz dieser Bemühungen um eine Verbesserung der diagnostischen Praxis bleiben mehrere Fragen ungelöst (Charman u. Baird 2002):

- frühe Erkennung autistischer Störungen in den ersten zwei bis drei Lebensjahren,
- frühe Differenzierung von autistischen Störungen mit und ohne intellektuelle Behinderung,
- frühe Differenzierung von Subgruppen innerhalb des Autismusspektrums.

In den letzten Jahren wurden verschiedene Bemühungen unternommen, spezifische Ansätze für die Früherkennung von autistischen Störungen zu finden. So wurde als Screeningverfahren die „Checklist for Autism in Toddlers“ (CHAT, Baron-Cohen et al. 1992) für Kinder zwischen dem 18. und 24. Lebensmonat entwickelt. Sie soll über eine Befragung der Eltern und Verhaltensbeobachtung diejenigen Kinder identifizieren helfen, die Kernsymptome einer autistischen Störung aufweisen: fehlendes deklaratives (Vor-)Zeigen, fehlendes Verfolgen der Blickrichtung des Erwachsenen und fehlendes Symbolspiel. Verlaufsanalysen zeigen, dass das Verfahren zwar eine befriedigende Spezifität aufweist, seine Sensitivität jedoch gering ist. So ergab zum Beispiel eine Nachuntersuchung im Alter von sieben Jahren, dass zwar fast alle Kinder, die im Screening auffielen, später tatsächlich eine autistische Störung (mit zwei Ausnahmen, die eine Autismusspektrumstörung bzw. eine schwere Sprachverarbeitungsstörung zeigten) aufwiesen. Andererseits wurden aber mit dem Screening nur 38 % jener Kinder frühzeitig erkannt, bei denen später eine autistische Störung diagnostiziert wurde (Baird et al. 2000). Die geringe Sensitivität des Screenings wird zum Teil dadurch bedingt, dass die Items für Eltern nicht eindeutig genug sind und sie zum Beispiel Fragen nach deklarativem Vorzeigen – „showing“ – als Fragen nach einer Zeigegeste zur Vermittlung von Bedürfnissen oder Wünschen missverstehen. Scambler et al. (2001) kam mit einer leichten Differenzierung der Kriterien zu einer

höheren Sensitivität bei der Differenzierung zwischen autistischen und anderen Entwicklungsstörungen.

Eine zweite Gruppe von Untersuchern versuchte, Videoaufzeichnungen aus dem ersten Lebensjahr zur Früherkennung heranzuziehen. Als charakteristische Merkmale identifizierten Osterling und Dawson (1994) in Videoaufzeichnungen vom ersten Geburtstag der Kinder fehlende Zeigegeste, fehlende Lenkung der Aufmerksamkeit auf Gegenstände, seltener Blickkontakt, fehlende Reaktion auf den eigenen Namen. Die Aussagekraft der retrospektiven Analyse von Familienvideos variiert jedoch mit der Auswahl der Ereignisse, die auf dem Video zu sehen sind (Sigman et al. 2004).

Häufiger als die Früherkennung einer autistischen Störung stellt sich in der klinischen Praxis allerdings die Aufgabe, eine solche Störung von einer allgemeinen Störung der geistigen Entwicklung abzugrenzen. Aufgrund der schweren Beeinträchtigung der sozial-kommunikativen Fähigkeiten ist es bei Kindern unter drei Jahren oft sehr schwer zu entscheiden, ob nur dieser Bereich oder die geistige Entwicklung insgesamt gestört ist. Für viele Eltern ist es jedoch natürlich von höchster Bedeutung, ob sie sich nicht nur auf die autistischen Verhaltensmerkmale, sondern auch auf eine allgemeine geistige Behinderung ihres Kindes einstellen müssen.

Nicht viele Studien haben sich bislang mit diesen differentialdiagnostischen Fragen bei der Beurteilung von sehr jungen Kindern beschäftigt. Methodisch wurden auch zu diesem Zweck zum Beispiel Aufzeichnungen von Kindergeburtsstagen herangezogen, um differentialdiagnostisch brauchbare Merkmale zu identifizieren. Die Kinder mit autistischer Störung zeigten mehr Aversion gegen Berührungen, waren weniger ansprechbar für visuelle Anregungen, reagierten seltener, wenn ihr Name gerufen wurde, steckten häufiger Gegenstände in den Mund und nahmen seltener Blickkontakt auf als Kinder mit geistiger Behinderung (Baranek 1999; Osterling et al. 2002).

Andere Autoren versuchten, zwischen diesen Gruppen mittels standardisierter Proben zur Beobachtung des Kommunikations- und Spielverhaltens zu unterscheiden. Lord et al. (1995) beschrieben in einer Verlaufsstudie, dass sich von den bei der Erstvorstellung zweijährigen Kindern später diejenigen Kinder als autistisch herausstellten, die folgende Verhaltensmerkmale zeigten: 1) benutzt die Hand des Gegenübers als „Werkzeug“, 2) reagiert nicht auf Ansprache, 3) zeigt nicht auf Gegenstände, 4) zeigt Hand- oder Fingermanierismen, 5) zeigt keine gemeinsame Freude. Stone et al. (1997) untersuchten ebenfalls Kinder von zwei bis drei Jahren und fanden, dass autistische Kinder weniger Zeigegesten einsetzten, seltener Objekte vorzeigten, um Aufmerksamkeit darauf zu lenken, weniger Blickkontakt suchten und Wünsche häufiger dadurch ausdrückten, dass sie nach der Hand des Erwachsenen griffen.

Wetherby et al. (2004) verwendeten die „Communication and Symbolic Behavior Scales“ (CSBS, Wetherby u. Prizant 1995, 2002) und analysierten die Videoaufzeichnungen von 3026 Kindern unter 24 Monaten. Sie ermittelten neun Kriterien („red flags“, dt.: „Warnsignale“), die mit einer statistischen Sicherheit von 94 % eine Differenzierung zwischen der Verdachtsdiagnose einer autistischen Störung und einer geistigen Behinderung erlaubten („Systematic Observation of Red Flags for Autism Spectrum Disorders in Young Children“, SORF): fehlender Blickkontakt; auffallendes Fehlen von Freude; fehlendes Interesse am gemeinsamen Spiel; fehlende Reaktion auf den eigenen Namen; fehlende Koordination von Blick, Mimik und Geste; feh-

lendes Zeigen, um Aufmerksamkeit zu erreichen; ungewöhnliche Prosodie der Lautbildung; repetitive Bewegungen und Handlungen mit Objekten.

Trillingsgaard et al. (2005) werteten zum gleichen Zweck Videoaufzeichnungen bei 30 Kindern aus, von denen 17 die diagnostischen Kriterien einer autistischen Störung erfüllten. 13 Kinder bildeten eine Vergleichsgruppe aus Kindern mit geistiger oder spezifischer sprachlicher Behinderung. Signifikante Unterschiede fanden sich in folgenden Verhaltensmerkmalen: fehlendes reaktives Lächeln; fehlende Reaktion auf den eigenen Namen; fehlendes Zeigen; fehlender Blickkontakt, wenn das Kind geneckt wird; fehlende Aufmerksamkeitslenkung auf einen Gegenstand gemeinsamen Interesses; fehlende Beteiligung am symbolischen Spiel mit Miniaturobjekten; fehlender Gebrauch von Worten zur Vermittlung von Wünschen. Aufgrund der heterogenen Zusammensetzung der Vergleichsgruppe lässt sich aber auch mit diesen Merkmalslisten keine sichere Entscheidungshilfe für den diagnostischen Einzelfall ableiten, wenn es um die Frage geht, ob autistische Merkmale mit einer geistigen Behinderung verbunden sind oder nicht. Sie belegen aber, dass es frühe „Warnsignale“ im sozial-kommunikativen Verhalten gibt, in denen sich Kinder mit dieser Störung von Kindern mit allgemeiner geistiger Behinderung unterscheiden. Die Kenntnis dieser Warnsignale ist bedeutsam, um die Förderplanung gegebenenfalls auf die Kernsymptome einer autistischen Störung fokussieren zu können.

Als ebenso schwierig erweist sich die Differenzierung innerhalb des autistischen Spektrums in die Subdiagnosen „frühkindlicher Autismus“ versus „atypischer Autismus“ bei jungen Kindern. Auch hier erweisen sich die standardisierten Kriterien, wie sie beispielsweise im ADOS verwendeten werden, allein als relativ unzuverlässig (Lord et al. 2000; Rühl et al. 2004, S. 75 ff.). Eaves und Ho (2004) untersuchten 49 zweijährige Kinder mit dem Verdacht auf eine autistische Störung mit viereinhalb Jahren nach. Während 31 der 34 Kinder, bei denen mit zweieinhalb Jahren ein frühkindlicher Autismus diagnostiziert wurde, im Alter von viereinhalb Jahren die gleiche Diagnose erhielten, galt dies nur für zwei von neun Kindern, bei denen eine breitere „Autismusspektrum-Diagnose“ gestellt worden war. Fünf von ihnen wurden nun als „Frühkindlicher Autismus“, zwei als nicht-autistisch klassifiziert. McConachie et al. (2005) verwendeten ADI-R und ADOS in einem Follow-up von 104 Kindern, die mit zwei bis drei Jahren erstmals und dann mit vier bis fünf Jahren nachuntersucht wurden. Auch sie kamen zu dem Schluss, dass die standardisierten Instrumente zum ersten Zeitpunkt noch keine sichere Vorhersage erlauben, welche Kinder sich als Kinder mit frühkindlichem Autismus oder mit Asperger-Syndrom erweisen werden.

Trotz aller Bemühungen bleibt die Früherkennung einer autistischen Störung, die Differentialdiagnose zwischen einer autistischen Störung mit und ohne geistige Behinderung sowie eine frühe Differenzierung von unterschiedlichen Formen innerhalb des Autismusspektrums somit eine besonders schwierige diagnostische Aufgabe. Eine Lösung durch die Etablierung eines standardisierten Beurteilungsverfahrens für sehr junge Kinder ist aufgrund der Schwierigkeit der Abgrenzung zwischen verlangsamter und gestörter Entwicklung und der Variabilität des sozialen Verhaltens in diesem Alter nicht in Sicht. Der Praktiker wird somit vorerst darauf angewiesen bleiben, klinische Urteile auf der Basis von systematischen Beobachtungen des Spiel-

und Kommunikationsverhaltens und Elternbefragungen miteinander zu kombinieren, um zu einer diagnostischen Entscheidung zu kommen. Schwierigkeiten und Anhaltspunkte für eine Unterscheidung zwischen Kindern mit autistischer Störung und unbeeinträchtigter Intelligenz gegenüber Kindern mit geistiger Behinderung sowie für die prognostische Einschätzung von Kindern mit Störungen aus dem Autismuspektrum sollen am Beispiel von 13 Kindern, die dem Verfasser in den letzten Jahren im Kinderzentrum München vorgestellt wurden, illustriert werden.

3 Stichprobe und Beurteilungsverfahren

Es wird über 13 Kinder im Lebensalter von zwei bis vier Jahren berichtet, bei denen der Verdacht auf eine Störung aus dem autistischen Spektrum vorlag. Es handelte sich ausnahmslos um Jungen. Zwei der 13 Jungen verfügten über sprachliche Ausdrucksmöglichkeiten, der eine benutzte einzelne Wörter, der andere formelhafte Sätze ohne kommunikativen Bezug im Dialog. Die Durchführung eines standardisierten Entwicklungstests zur Bestimmung eines mentalen Entwicklungsalters war angesichts der besonderen Probleme der sozialen Anpassung und Kommunikation, die bei Kindern mit autistischem Störungsbild auftreten, im Rahmen einer ambulanten Erstvorstellung nicht möglich.

Alle Kinder erfüllten die Kriterien für den Verdacht auf eine autistische Störung nach der „Checklist for Autism in Toddlers“ (CHAT): 1. fehlendes Symbolspiel (z. B. spielerische Nachahmung von Szenen wie Tischdecken und Kaffeetrinken mit Miniaturobjekten); 2. fehlendes Zeigen auf Gegenstände, die das Kind interessieren; 3. fehlende Reaktion (Verfolgen mit dem Blick) auf Hinweis des Untersuchers auf ein interessantes Objekt; 4. fehlendes Wortverständnis (Zeigen auf Aufforderung auf benannte Alltagsgegenstände im Raum). Ergänzend dazu wurde der klinische Gesamteindruck nach Abschluss des Vorstellungstermins nach den Kriterien des „Childhood Autism Rating Scale“ (CARS, Schopler et al. 1980; dt. Steinhausen 1988) eingeschätzt. Bei drei Jungen (D., C., M.) war danach von einer Störung aus dem autistischen Spektrum zu sprechen (Skalenwert > 27, das ist der Cut-off-Score bei Nichtberücksichtigung der Subskala „Reaktion auf Trennung von den Eltern“, die sich hier nicht beurteilen ließ), für die übrigen zehn Jungen lagen die Kriterien einer „klassischen“ autistischen Störung vor (Summenwerte oberhalb des Cut-off-Scores von 34).

Im Rahmen des Untersuchungstermins wurde eine Spiel- und Kommunikationsprobe mit dem Untersucher videografiert, die sich an dem Vorgehen der „Communication and Symbolic Behavior Scales“ (CSBS) orientierte. Länge der Spielsequenzen, Auswahl und Reihenfolge des Materials wurden flexibel auf die kindlichen Signale von Aufmerksamkeit und Kooperationsbereitschaft abgestimmt. Jede Beobachtungssequenz umfasste folgende Spielangebote:

- Explorationsmaterialien zum Freispiel, bei dem unterschiedliche Reize erkundet werden können (z. B. Lokomotive von Fisher-Price, an der sich durch Tastendruck, Schieben und Drehen unterschiedliche visuelle und akustische Effekte erzielen lassen; Scheibenturm; Steckbrett),

- Miniaturobjekte zum Symbolspiel (z. B. Puppe, Flasche, Teller, Löffel, Bürste zum Versorgen einer Puppe; Traktor, Anhänger, Figur, Tiere zum Beladen und Fahren; Tisch, Stuhl, Teller, Besteck, Figur zum Tischdecken),
- Spielangebote, die auf den Untersucher bezogene kommunikative Verhaltensweisen „provozieren“ (z. B. Kreisel, der vom Kind nicht allein in Gang gesetzt werden kann; Seifenblasenspiel; abwechselndes Spiel auf einer Trommel).

Eine quantitative Beurteilung der dabei zu beobachtenden Verhaltensmerkmale erfolgte nach den Kriterien der „Systematic Observation of Red Flags for Autism Spectrum Disorders in Young Children“ (SORF; Wetherby et al. 2004; ausführliche Ratingkriterien dort). Es wurden Einschätzungen in fünf Verhaltensbereichen vorgenommen: Schwierigkeiten des reziproken sozialen Kontakts; unkonventioneller Gestengebrauch; unkonventionelle Laut- oder Wortbildung; repetitive Verhaltensweisen/ingeschränkte Interessen; emotionale Regulation (vgl. Tab. 1).

4 Ergebnisse

4.1 Verhaltensratings (SORF)

Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die Einschätzungen der Videoaufzeichnungen. Nach den Kriterien der „Systematic Observation of Red Flags for Autism Spectrum Disorders in Young Children“ (SORF) finden sich bei allen Kindern charakteristische Verhaltensmerkmale („Warnsignale“) besonders bezüglich der „Schwierigkeiten mit reziproken sozialen Interaktionen“ (fehlender Blickkontakt, fehlendes Interesse am gemeinsamen Spiel, fehlende Reaktion auf Ansprache und Namen, fehlende soziale Reaktionsbereitschaft) und ein „ungewöhnlicher Gebrauch von Gesten“ (fehlendes Hindeuten oder Vorzeigen). Nur ein Teil der Jungen zeigt jedoch Abwehr gegen Berührung oder Nähe oder benutzt die Hand des Erwachsenen als „Werkzeug“, um Wünsche (z. B. nach Hilfe, um einen Kreisel in Gang zu setzen) auszudrücken. Sechs Kinder zeigen ein- oder mehrere Male während der Untersuchung ausgeprägte Abwehr und abrupte Stimmungswechsel (mit Rückzug). Sie treten insbesondere dann auf, wenn ihnen Grenzen für die Beschäftigung mit bestimmten, bevorzugten Spielsachen gesetzt werden. Solche eingeschränkte Interessen finden sich bei fünf Kindern. Ein Kind reagiert auf einzelne Untersuchungsmaterialien sehr ängstlich. In der Beurteilung der Lautbildung schließlich zeigen nur drei Kindern in der Beobachtungssituation autismusspezifische Merkmale (ungewöhnliche Lautmelodien, atypische Vokalisationen); bei den Kindern, die die Stufe der Wortbildung erreicht haben, sind der Wortgebrauch und die Neigung zur Echolalie auffällig.

Repetitive Bewegungen der Arme oder Hände (Hand- oder Fingermanierismen) treten während der Beobachtungszeit bei zwei Kindern auf, repetitive Handlungen mit Gegenständen bei drei Kindern. Stereotypien und eingeschränkte Interessen werden jedoch von neun Eltern aus dem Alltag berichtet. Darüber hinaus geben sechs Elternpaare einzelne besondere Begabungen oder Fähigkeiten bei ihren Kindern an.

Tab. 1: Verhaltensbeurteilungen von 13 Kindern mit Störungen aus dem Autismusspektrum (SORF: Systematic Observation of Red Flags for Autism Spectrum Disorders in Young Children)

<i>Schwierigkeiten mit reziproken sozialen Interaktionen</i>	<i>teilweise zutreffend</i>	<i>voll zutreffend</i>
1 Abwehr gegen soziale Berührung oder Nähe	2	6
2 Fehlender Blickkontakt	0	13
3 Fehlender warmer, freudiger Ausdruck mit direktem Blick	0	13
4 Fehlendes gemeinsames Interesse oder Freude am Tun	0	13
5 Fehlende Antizipation in Körperhaltung oder Bewegung in Reaktion auf Interaktion	0	13
6 Fehlende Reaktion auf äußere Reize	1	12
7 Fehlende Reaktion auf Namen bei Ansprache	0	13
8 Fehlende Abstimmung von Blick, Mimik, Gesten und Lauten	0	13
<i>Unkonventionelle Gesten</i>		
1 Benutzt die Hand einer Person als Werkzeug ohne Blickkontakt	1	2
2 Fehlendes Hindeuten	0	13
3 Fehlendes Vorzeigen	0	13
<i>Unkonventionelle Laute und Worte</i>		
1 Atypische Vokalisationen	1	2
2 Ungewöhnliche Silbenketten	1	6
3 Ungewöhnliche Lautmelodie	1	2
4 Unmittelbare Echolalie	0	1
5 Idiosynkratischer oder repetitiver Wort- oder Satzgebrauch	0	1
6 Fehlende kommunikative Vokalisationen mit Konsonanten	1	12
<i>Repetitive Verhaltensweisen und eingeschränkte Interessen</i>		
1 Repetitive Bewegungen oder Körperhaltungen, Arme, Hände, Finger	1	1
2 Repetitive Bewegungen mit Objekten	0	3
3 Ungewöhnliche sensorische Interessen oder Exploration von Objekten	0	0
4 Exzessives Interesse an oder Focus auf bestimmte Spielsachen	4	4
5 Fehlendes Spiel mit einer Vielfalt von Spielsachen und Gegenständen	1	10
<i>Emotionale Regulation</i>		
1 Angst oder Unbehagen bei bestimmten Objekten	0	1
2 Unbehagen, wenn ein bestimmtes Objekt entfernt wird	1	2
3 Schwierigkeiten, sich nach Aufregung zu entspannen	1	6
4 Abrupter Stimmungswechsel	3	4
5 Erhöhte Wachheit und Reaktionsbereitschaft auf Stimuli oder Situationen	0	0
6 Flacher Ausdruck oder fehlende Reaktionsbereitschaft bei Interaktionen	1	12
7 Herausforderndes Verhalten	1	2

Eine Identifikation der Kinder mit geistiger Behinderung innerhalb dieser Gruppe von Kindern mit Autismus-Spektrumstörungen ist durch die Verhaltenskategorien, die Wetherby et al. (2004) vorschlagen (in Tab. 1 durch Fettdruck markiert), nicht möglich. Alle Kinder zeigen in der Verhaltensbeobachtungen die sozial-kommunikativen Auffälligkeiten, die für eine autistische Störung charakteristisch sind und diese von einer geistigen Behinderung unterscheiden, nur wenige von ihnen aber repetitive Bewegungen mit oder ohne Objekten (Mu., S., Kv.) oder eine ungewöhnliche Lautmelodie beziehungsweise eingeschränkte Interessen. Auf dieser Basis wäre allenfalls eine Differenzierung nach „frühkindlichem Autismus“ versus „atypischem Autismus“ möglich.

4.2 Klinische Eindrücke vom Spiel- und Kommunikationsverhalten

Im Folgenden sollen an Beschreibungen des Spiel- und Kommunikationsverhaltens einzelner Kinder der Stichprobe einige qualitative Anhaltspunkte diskutiert werden, an denen sich Kinder mit autistischer Störung, aber unbeeinträchtigter Intelligenz und Kinder mit autistischen Verhaltensmerkmalen im Rahmen einer allgemeinen geistigen Behinderung unterscheiden und von denen sich Einschätzungen zum weiteren Verlauf ableiten lassen. Dabei handelt es sich selbstverständlich nicht um empirisch validierte differentialdiagnostische Kriterien, sondern um Vorschläge, an denen sich der Praktiker beim Versuch einer ersten Einschätzung der autistischen Problematik orientieren könnte.

Was spricht für eine wenig beeinträchtigte intellektuelle Entwicklung?

C. ist sehr aufmerksam mit den Formen und der Formenkiste beschäftigt, dreht und wendet sie, bis sie hineinpassen, wiederholt die Tätigkeit mehrfach, lächelnd und zunehmend schneller. Anschließend steht er auf und will sich etwas anderes aus dem Regal nehmen, lässt sich aber ohne Protest wieder hinsetzen. Ein Einsetzpuzzle setzt er ebenfalls zügig wieder zusammen.

Symbolische Spielmaterialien, zum Beispiel den Traktor, untersucht er rasch, ordnet die Figur zu, ohne sie richtig auf den Fahrersitz zu platzieren, probiert ausdauernd, den Anhänger anzukoppeln. Blickkontakt kommt nicht zustande. Anschließend holt er Tisch und Stühle aus der Tüte, versucht, die Figur hinzusetzen. Während der gesamten Zeit nimmt er keine Notiz vom Erwachsenen. Auf die Frage, ob er Hilfe brauche, reagiert er nicht, nimmt sich etwas anderes. So legt er dann Besteck auf den Tisch, wendet sich dann aber von den Spielsachen ab, steht wiederum auf und strebt zum Regal. Erneute Begrenzungen akzeptiert er ohne Protest, schaut wieder auf die Sachen, wischt – mit klarer Nachahmungsabsicht – der Puppe den Mund mit einem Kissen ab. Auch im weiteren Verlauf scheint er stets seine eigenen Vorstellungen zu verfolgen, lässt sich nicht unterbrechen oder umlenken und nimmt keinen Kontakt zum Untersucher auf. Während der Untersuchung hält er beharrlich einen Kugelball fest; daneben fällt Zähneknirschen auf sowie kurze, schmatzende Mundbewegungen.

Die Eltern berichten, dass er zu Hause einige Wörter wie Essen, Trinken, Schlafen, Auto, Oma, Opa gezielt einsetzt; meist vokalisiert er aber ohne Bezug. Blickkontakt sei so gut wie nicht zu erzielen. Wenn er etwas brauche, stelle er sich an den Ort, an dem er etwas haben möchte, oder zieht den Erwachsenen dorthin. Beeindruckend seien seine Gedächtnisfähigkeiten. Er füge komplexe Puzzles zusammen, scheine genau zu wissen, wohin die Teile gehören und verfolgt mit Interesse technische Abläufe im Alltag.

K. lehnt alle angebotenen Gegenstände zunächst ab. Lediglich beim Kreisel macht er einige Versuche, ihn selbst in Gang zu setzen; beim Trommeln nimmt er dem Untersucher den Schlegel aus der Hand und legt ihn weg. Als er sich mit der Formenkiste oder dem Traktor beschäftigen soll, schreit er heftig und anhaltend und zieht sich unter den Tisch zurück. In dem Moment, in dem der Vater dann sein bevorzugtes Spielgerät – einen Kindercomputer – auspackt, verändert sich sein Verhalten schlagartig. Er wird ruhig und aufmerksam, lächelt lauschend der technischen Stimme des Geräts, holt sich einen Stuhl und setzt sich an den Tisch, lacht, tippt (offenbar ziellos) auf die verschiedenen Tasten des Computers. Dabei kommt es zu Fingermanierismen. Wenn der Vater versucht, sich „einzumischen“ und ihm Anweisungen zu geben, was er auf der Tastatur suchen soll, schiebt er seine Hand weg und will sichtlich nicht gestört werden.

Der Kindercomputer stellt auch zu Hause die bevorzugte Beschäftigung dar. Andere Spielangebote oder gemeinsame Aktivitäten mit den Eltern werden vehement zurückgewiesen. Darüber hinaus berichten die Eltern, dass er auf bestimmten Abläufen und Ritualen bestehe. Wenn er etwas haben wolle, zeige er dies durch Hindeuten; zu Wortnachahmungen sei er nicht zu motivieren.

M. untersucht von sich aus einen Traktor, koppelt den Anhänger an und setzt eine Figur auf den Fahrersitz. Auf Vorschläge geht er nicht ein, imitiert aber das entsprechende Wort („noch mal drücken“ oder „Messer“). Andere Spielsachen inspiziert er aufmerksam und benennt sie mit „Gabel“ und „Stuhl“, toleriert auch Handführung. Er initiiert aber kein symbolisches Spiel, sondern steht auf und strebt weg. Als der Untersucher ihn zurückzuführen versucht, reagiert er mit einem nachdrücklichen „nein, mag nicht Puppe“. Dialogische Spielangebote, zum Beispiel an der Trommel, lehnt er ab. Anschließend wirft er verschiedene Formen (im Stehen) ein, strebt dann beharrlich weg („nimmer Puzzle“) und versucht, sich zu den Eltern zurückzuziehen. Unvermittelt beruhigt er sich dann, lässt sich helfen und löst ein mehrteiliges Puzzle sowie nachfolgend ein Lottospiel ohne Schwierigkeiten.

Die Eltern berichten, dass er durch häufiges Üben gelernt habe, Gegenstände zu benennen. Dabei wiederhole er aber auch ihre Frage („Was ist das?“) echolalisch. Um Wünsche auszudrücken, ziehe er den Erwachsenen bei der Hand heran und zeige auf das, was er möchte. Bei Freude zeige er ungewöhnliche Bewegungsmuster (Drehen um die eigene Achse, Hüpfen).

Diesen drei Kindern scheint das starre Festhalten an selbstbestimmten Tätigkeiten und Ritualen gemeinsam, die mit einer unterschiedlich stark ausgeprägten Abwehr gegen oder das völlige Desinteresse an dialogischen Angeboten des Erwachsenen einhergeht. Einzelne visuell-konstruktiven Fähigkeiten liegen weit über dem sozial-kommunikativen Entwicklungsniveau der Kinder. Zwei von ihnen zeigen repetitive Bewegungen (ohne Objekte). Ein Junge hat begonnen, Sprache kommunikativ einzusetzen, neigt aber zur Echolalie. Selbstbestimmte Rituale, frühe spezialisierte Interessen und Fähigkeiten und früher Sprechbeginn sprechen in diesen Fällen gegen das Vorliegen einer geistigen Behinderung. Leider kam es bei keinem der drei Kinder zu einer regelmäßigen Wiedervorstellung, so dass keine Daten zum weiteren Verlauf erhoben werden konnten.

Was spricht dafür, dass die autistische Problematik nachlassen wird?

A. beschäftigt sich in der Beobachtungssituation aufmerksam mit einem Einsetzpuzzle und untersucht den Zug durch Drehen, Schieben und Drücken. Vorschläge oder Kommentare des Erwachsenen beachtet er nicht, nimmt keinen Blickkontakt auf, bleibt ausschließlich auf die Spielmaterialien gerichtet. Beim Angebot des Hammerspiels strebt er weg und geht zur Tür, wehrt sich heftig,

als er wieder hingestellt wird. Nachdem die Mutter ihn vergeblich zu beruhigen versucht hat, wendet er sich unvermittelt von selbst der Formenkiste zu und beschäftigt sich – plötzlich lächelnd – mit dem Einwerfen der Formen. Auf Lob reagiert er nicht; eine Demonstration, wie er die Kiste öffnen und die Formen wieder herausholen kann, scheint ihn eher zu stören, so dass er wieder aufsteht und wegstrebt. Das Angebot des Puppenmaterials findet kein Interesse. Er beachtet die Demonstration von Spielhandlungen nicht, geht nicht auf Aufforderungen ein, versucht stattdessen, Tasse und Löffel der Mutter zu übergeben. Auf Umweltgeräusche reagiert er nicht erkennbar. Während des Gesprächs und bei der Verabschiedung nimmt er allerdings direkten und längeren Blickkontakt mit dem Untersucher auf.

Aus dem Bericht der Mutter ergibt sich eine besondere Stärke im Kombinieren von Puzzleteilen. Er sei motorisch geschickt, könne selbständig essen und sich an- und ausziehen. Er zeige ungewöhnliches Interesse für Trambahnen, Worte auf Reklametafeln und Buchstaben im Allgemeinen; es scheine, als ob er sich freut, wenn er die gleichen Wortbilder wiederfindet. Er horte viele Gegenstände in Tüten, könne sich aber nicht an konstruktiven oder sozialen Spielen beteiligen.

Bei der nächsten ambulanten Vorstellung (zehn Monate nach der Erstuntersuchung) hat sich sein Spiel- und Sprachverhalten nachhaltig verändert. Er gestaltet von sich aus kleine Rollenspielszenen, setzt zum Beispiel eine Figur auf einen Stuhl und füttert sie mit einer Gabel, deckt sie dann zum Schlafen zu. Er nimmt zwar immer noch selten Blickkontakt auf, reagiert aber jetzt auf Fragen und zeigt in Bilderbüchern Gegenstände, die der Untersucher benennt. Von sich aus kommentiert er Abbildungen nun mit kleinen Sätzen wie „Der Bär sitzt auf Toilette“ oder „Die essen Kartoffelpüree“. Beim Seifenblasenspiel macht er den Wunsch nach Fortsetzung deutlich, indem er den Untersucher anschaut und mit „noch mal blasen“ auffordert. Die diagnostischen Kriterien einer Autismus-Spektrum-Störung erfüllt das Verhaltensbild nicht mehr.

G. untersucht zunächst von sich aus, was sich alles an einer Spiellok bewegen lässt. Dann steht er auf und geht vom Tisch weg. Beim Versuch, ihn zurückzuführen, wehrt er sich heftig, nimmt sich dann aber den Hammer und klopft mit sichtlicher Freude auf die Kugeln der Hammerbank. Auch an der Formenkiste ist er spontan interessiert, lautiert, probiert aufmerksam, wie er die Formen wieder herausholen kann. Während dieser Spielhandlungen ist er gänzlich auf die Gegenstände bezogen und nimmt keinen Blickkontakt auf.

Bei Anblick der Puppe beginnt er zu weinen und zu schreien, will weg, lässt sich nur unter heftigem Protest die Hand hinführen, führt dann aber doch – plötzlich still werdend – die Bürste zum Mund der Puppe, schreit dann erneut heftig. Beim Wechsel zu einem Einsetzpuzzle beruhigt er sich dann sofort wieder und versucht gezielt, die Formen einzusetzen, arbeitet aufmerksam und ausdauernd, freut sich über das Lob durch den Untersucher. Bei dialogischen Spielangeboten mit dem Kreisel oder der Trommel entsteht kein Blickkontakt; er übergibt den Kreisel aber auf Aufforderung in die Hand des Untersuchers und lächelt kurz, als er Hilfe erhält.

Die Eltern berichten, dass er sich bevorzugt mit Büchern beschäftige und Abbildungen mit einzelnen Wörtern kommentiert, soweit er dort Dinge findet, die er aus dem Fernsehen wieder erkennt. Er benutze einige Tätigkeitsbegriffe und Namen von Tieren (in russischer Muttersprache) und imitiere andere Wörter. Auf Grenzen habe er lange Zeit mit ausgeprägtem Kopfschlagen reagiert, heute beiße er in solchen Situationen noch mitunter in die Kleidung oder in Plastikteile.

Eine Verlaufsdocumentation elf Monate später ergibt ein verändertes Bild. Während der Untersuchung hält er ununterbrochen den sozialen Kontakt zum Untersucher aufrecht. Dabei sucht er zwar selten Blickkontakt, reagiert aber zuverlässig auf sprachliche Aufträge, zeigt auf benannte Abbildungen, kommentiert Bilder mit einzelnen Worten, macht auf interessante „Funde“ aufmerksam („Oh, noch ein Ball“) und bittet um eine Fortsetzung, wenn ihm etwas – zum Beispiel das Seifenblasenspiel – gefällt („noch mal machen“). Daneben echolaliert er häufig Fragen und Äußerungen des Untersuchers. An der Demonstration des Fütterns einer Puppe hat er sichtlich Freude

und ahmt sie nach. Auffallend ist, dass er bei neuen, unerwarteten Reizen – als sich ein ferngesteuertes Auto bewegt oder sich die Seifenblasen bilden – zunächst sehr verschreckt mit anhaltendem „nein – o nein – nein“ reagiert, bevor er sich dann von allein beruhigt. Im Alter von knapp fünf Jahren ergibt sich dann bei der Untersuchung mit dem non-verbalen Intelligenztest von Snijders-Oomen ein IQ-Wert von 73; die Kriterien einer Autismus-Spektrum-Störung erfüllt das Verhaltensbild jetzt jedoch nicht mehr.

D. lässt sich schon bei der Erstvorstellung bereitwillig auf das Spiel mit verschiedenen Symbolspielsachen ein, versucht den Anhänger an den Traktor zu koppeln, setzt die Figur auf den Fahrersitz, schiebt den Traktor hin und her, kommentiert „das Schwein“ und „der Kuh“, ohne dabei eine Antwort des Untersuchers zu erwarten. Beim Tischdecken greift er die Idee auf, füttert die Mutter und den Untersucher gezielt mit dem Messer, nimmt dabei auch Blickkontakt auf, steht dann aber unvermittelt auf und läuft mit der Kuh im Raum umher. Auf Aufforderung setzt er sich wieder hin und lässt sich auf ein Puzzle ein. Dabei benennt er spontan die einzelnen Tiere, die es einzusetzen gilt, wobei er die formelhafte Wendung „Ich will ein Eisbär“ oder „Wo ist der Krokodil?“ benutzt. Anschließend fragt er die Mutter „Der macht Krokodil?“ und antwortet auf die Frage, welches Tier er jetzt haben möchte, mit dem Satz „Ich hab das Pinguin“. Einzelne Äußerungen wirken als verzögerte Echolalie („Mund auf, sagt man“), andere als Perseverationen („Schreibmaschine“) ohne kommunikativen Bezug.

Die Mutter berichtet zusätzlich, dass er zu Hause gern Videos und Kassetten nachspielt. Im sprachlichen Dialog fällt ihr besonders auf, dass er oft Äußerungen echolaliert und kaum auf Fragen eingehen könne. Im Alltag reagiert er mitunter heftig ablehnend, wenn ihm eine soziale Situation fremd ist.

Ein Jahr später hat er sprachlich große Fortschritte gemacht. So begleitet er zum Beispiel das Hinlegen der Puppe mit dem Satz „Das ist ein großes Bettchen“. Die Äußerungen wirken jedoch auch jetzt oft noch formelhaft und nicht auf den Gesprächspartner bezogen, die Intonation ungewöhnlich. So geht er nicht auf Fragen des Untersuchers ein. Auf eine Frage „Und was möchte der Mann jetzt essen?“ folgt die Antwort „Ich möchte eine Limonade“. Zu einem Bild, auf dem einen Mann einen Ast absägt, erklärt er: „Der schneidet im Baum“ und „Der klettert und fällt herunter“ (lacht). Dann dreht er plötzlich das „Fragenspiel“ um: „Was siehst du denn, Dr. Sarimski?“.

Mit 5;11 Jahren wird die Kaufman-Assessment Battery for Children (K-ABC; Skala intellektueller Fähigkeiten) durchgeführt und die Mutter gebeten, den Fragebogen über Verhalten und soziale Kommunikation (VSK) auszufüllen. Es ergibt sich in der K-ABC ein Gesamtwert von 81. Im Fragebogen über Verhalten und soziale Kommunikation (VSK) werden die Kriterien für die Verdachtsdiagnose einer autistischen Störung erfüllt (RW 20), wobei in diesem Fall wohl am ehesten eine Zuordnung zum Asperger-Syndrom zutreffend wäre.

Auch für diese Kinder ist ein geringes Interesse für ein gemeinsames Spiel, das Verfolgen eigener Spielvorstellungen, eingeschränkte Beschäftigungsinteressen, eine Diskrepanz zwischen visuell-konstruktiven und sprachlich-sozialen Fähigkeiten sowie Sprachauffälligkeiten (z. B. Pronomen-Revision) charakteristisch. Schon beim ersten Termin gibt es jedoch Momente, in denen sie Interesse am sozialen Kontakt mit dem Untersucher zeigen: Blickkontakt beim Verabschieden, Übergeben von Dingen als Bitte um Hilfe, Lächeln als Reaktion auf Lob oder Hilfe, Ansätze zu nachahmendem Spiel. Auffallend ist zudem, dass diese Kinder sich nicht durchgehend Angeboten des Erwachsenen verweigern, jedoch in ihrer Kooperation sehr wechselhaft und ihrer Reaktionsbereitschaft „unvorhersehbar“ sind. Der weitere Verlauf zeigt, dass die Kinder in ihrem sozial-kommunikativen Verhalten auffällig bleiben, die autistische Symptomatik jedoch deutlich zurückgeht.

Was spricht dafür, dass es sich um ein Kind mit geistiger Behinderung handelt?

Bei fünf Jungen scheinen die Spiel- und Kommunikationsauffälligkeiten Teil einer allgemeinen geistigen Behinderung zu sein. Ihre Handlungen mit Gegenständen beschränken sich auf einfache sensomotorische Explorationen, sie variieren kaum ihre Lautbildung, benutzen keine zeigenden Gesten und reagieren nicht auf Aufforderungen. Sie sind in ihrem Beschäftigungsverhalten nicht auf bestimmte Interessen fixiert. Es wirkt dennoch stereotyp dadurch, dass sie einfache sensorische Effekte vielfach wiederholen. Weder mit symbolischen Spielsachen noch bei perzeptiven Aufgaben entsteht ein zielgerichtetes Spiel. Das Spielverhalten von zwei der fünf Jungen soll exemplarisch beschrieben werden.

Mu. untersucht von sich aus die Spielsachen, indem er zum Beispiel impulsiv gegen die Tasten der Lok schlägt. Am sozialen Austausch scheint er kein Interesse zu haben. Er nimmt den Zug und steht auf, trägt ihn durch den Raum, bildet einige Silben. Beim Scheibenturm dreht er den Stab in der Luft, legt die Scheiben ans Ohr und betastet sie. Dialogische Spielangebote mit der Trommel wehrt er ab und sucht wieder die Lok. Eine Puppe untersucht er kurz, betastet die Bürste, beobachtet die Demonstration des Fütterns, scheint sich dadurch aber eher gestört zu fühlen. Er macht die Handlung nicht nach, sondern betastet die Flasche. Auf sprachliche Ankündigungen oder Aufforderungen folgt keine erkennbare Reaktion.

Der Vater schildert, dass Mu. zu Hause überwiegend stereotypen Beschäftigungen nachgeht, an Rädern dreht und Bücher durchblättert. In ruhigen, zufriedenen Momenten neige er zu monotonem Betrachten und Drehen der eigenen Hand vor dem Gesicht. Ansätze zum Wortgebrauch mache er nicht, echolaliere nur die Zahlenfolge von eins bis drei. Wünsche mache er deutlich, indem er den Erwachsenen dorthin zieht.

Auch Kv. untersucht zunächst in impulsiver Form den Zug, wiederholt dabei häufig die gleichen Effekte, grimassiert und lautiert. Als der Untersucher ihm etwas anderes zeigen will, wirkt das eher störend, er schlägt nach der Hand des Untersuchers, blickt dann im Raum umher. Er dreht den Stab des Scheibenturms in den Händen, führt ihn zum Mund und wedelt mit ihm. Die Scheiben klopft er auf den Tisch oder gegen den eigenen Mund und schlägt sich mit einer Holzscheibe ans Kinn. Auf Aufforderungen geht er nicht ein. Danach ordnet er die Scheiben sorgsam auf dem Tisch nebeneinander an, lässt sich dann die Hand führen und steckt von da an mehrere Scheiben zügig und gezielt auf. Anschließend vertieft er sich erneut in stereotype Drehbewegungen. An der Formenkiste arbeitet er zügig, geht jedoch probierend vor. Als er nicht weiter kommt, greift er nach der Hand des Untersuchers, ohne Blickkontakt aufzunehmen, wird zunehmend unruhiger, wendet sich dann aber wieder dem Einordnen der Formen zu und lässt sich helfen.

Mit Löffel und Tasse hantiert er lediglich, ohne nachahmenden Spielansatz. Die Puppe würdigt er kaum eines Blickes, schüttelt sie kurz, schaut aus dem Augenwinkel zu, als der Untersucher sie füttert. Mehrfach drückt er seine Finger in die eigenen Augen, zieht dann die Hand des Untersuchers heran, damit er das Füttern wiederholt, lacht, als der Untersucher das Füttern mit „mmh“ kommentiert und scheint Spaß an diesem Spiel zu haben. Auf Aufträge reagiert er nicht.

5 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für die Praxis

Diese Beobachtungen an 13 Jungen illustrieren die Schwierigkeiten einer frühen Diagnose einer autistischen Störung und ihrer Abgrenzung zur geistigen Behinderung. Alle Jungen erfüllen die Kriterien für eine Verdachtsdiagnose einer autistischen Stö-

rung in Screening-Fragebögen (CHAT) und standardisierten Verhaltensbeurteilungen (CARS, SORF-Kriterien). Eine Zuordnung zu den Subgruppen „frühkindlicher Autismus“, „Asperger-Syndrom“, „atypischer Autismus“ (bzw. PDD-NOS) und eine eindeutige Differenzierung zu Kindern, bei denen die sozial-kommunikativen Entwicklungsauffälligkeiten zur Symptomatik einer allgemeinen geistigen Behinderung gehören, kann jedoch mit diesen „Warnsignalen“ allein nicht getroffen werden, sondern erfordert die klinische Einschätzung des Spielverhaltens der Kinder und eine differenzierte Befragung der Eltern. Oft kann die Diagnose auch nur als Verdacht gestellt werden, der im weiteren Verlauf zu überprüfen und gegebenenfalls zu revidieren ist. Es bleibt abzuwarten, ob sich dies durch eine Re-Evaluation der diagnostischen Kriterien, bei der ein spezifischer Algorithmus aus ADOS- und ADI-R-Informationen für die Diagnose von zwei- bis dreijährigen Kindern angestrebt wird, wesentlich ändern wird, die von LeCouteur in Aussicht gestellt wird (zit. nach McConachie et al. 2005).

Auch wenn neuere epidemiologische Studien dafür sprechen, dass der Anteil von Kindern mit geistiger Behinderung unter allen Kindern mit einer autistischen Störung niedriger ist als noch vor einigen Jahren angenommen (Chakrabarti u. Fombonne 2001), ist eine frühe Identifikation von Kindern, bei denen eine solche allgemeine Behinderung vorliegt, von großer Bedeutung für die Elternberatung. Die Frage einer frühen Differenzierung bleibt jedoch im Einzelfall schwierig zu beantworten. Eine Einschränkung des Spiels auf einfache, stereotype Handlungsmuster spricht für das Vorliegen einer geistigen Behinderung, spezifische Hand- oder Fingergermanismen dagegen. Hand- und Fingergermanismen fanden sich auch in anderen Studien bei 25 bis 50 % der Kinder mit autistischer Störung als frühes Charakteristikum zur Unterscheidung von Kindern mit geistiger Behinderung (Cox et al. 1999; Trillingsgaard et al. 2005). Weitere Unterscheidungsmerkmale sind einzelne visuell-konstruktive oder motorische Fähigkeitsinseln, ein starres Festhalten an selbstbestimmten Tätigkeiten und – wenn bereits die Sprachentwicklung eingesetzt hat – ein auffälliger Wortgebrauch.

Unabhängig vom Grad der Beeinträchtigung ihrer intellektuellen Entwicklung liegen jedoch bei allen Kindern mit dieser Verdachtsdiagnose schwere Störungen in der sozialen Interaktion und Kommunikation vor, die sich in den „Warnsignalen“ widerspiegeln. Sie bedürfen dringend einer systematischen Frühförderung, die auf diese spezifischen Entwicklungsdefizite eingeht, um einer zunehmenden sozialen Isolation der Kinder vorzubeugen. Die Förderung sollte sich auf die Beteiligung am sozialen Spiel, der Abstimmung der wechselseitigen Aufmerksamkeit auf ein gemeinsames Thema („Turn-taking“) und des Eingehens auf Vorschläge und Aufforderungen des Erwachsenen konzentrieren. Die Forschungslage erlaubt keine eindeutige Antwort, ob dies in diesem Alter nur in der Form intensiver Lernübungen („diskretes Lernformat“) oder auch durch das Trainieren von Schlüsselverhaltensweisen im natürlichen Kontext (z. B. Blickkontakt, Imitation, Gestengebrauch) erfolgreich möglich ist; auf jeden Fall aber benötigen die Kinder eine strukturierte Therapie, die auf die Kernsymptome der autistischen Störung abgestimmt ist (Poustka et al. 2004; Bernard-Opitz 2005).

Für die Arbeit mit sehr jungen Kindern in Frühförderstellen, Sozialpädiatrischen Zentren und kinder- und jugendpsychiatrischen Instituten lassen sich somit folgende

Schritte empfehlen: 1. Screening von Kindern, bei denen der Verdacht auf eine autistische Störung vorliegt, z. B. mit dem CHAT; 2. Beurteilung von Merkmalen der sozialen Interaktion, Kommunikation und des Spielverhalten in strukturierten Beobachtungssituationen (z. B. nach dem Modell des ADOS oder der CSBS) sowie Befragung von Eltern nach Diskrepanzen im Fähigkeitsprofil, spezifischen Interessen der Kinder, stereotypen Verhaltensweisen und repetitiven Handlungen; 3. autissmuspezifische Beratung der Eltern zum Verständnis der besonderen Verarbeitungs- und Kommunikationsschwierigkeiten ihrer Kinder und Anleitung zu darauf abgestimmten Interaktionsformen und Übungsprogrammen.

Literatur

- Baird, G.; Charman, T.; Baron-Cohen, S.; Cox, A.; Swettenham, J.; Wheelwright, S.; Drew, A. (2000): A screening instrument for autism at 18 months of age: a 6-year follow-up study. *Journal of the American academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36: 694–702.
- Baranek, G. (1999): Autism during infancy: A retrospective video analysis of sensory-motor and social behaviours at 9–12 months of age. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 29: 213–224.
- Baron-Cohen, S.; Allen, J.; Gillberg, C. (1992): Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack and the CHAT. *British Journal of Psychiatry* 161: 839–843.
- Bernard-Opitz, V. (2005): *Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS)*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bölte, S.; Crecelius, K.; Poustka, F. (2000): Der Fragebogen über Verhalten und soziale Kommunikation: Psychometrische Eigenschaften eines Autismus-Screening-Instruments für Forschung und Praxis. *Diagnostica* 46: 149–155.
- Chakrabarti, S.; Fombonne, E. (2001): Pervasive developmental disorders in preschool children. *The Journal of the American Medical Association* 285: 3093–3099.
- Charman, T.; Baird, G. (2002): Practioner review: Diagnosis of autism and spectrum disorder in 2- and 3-year-old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 43: 289–305.
- Cox, A.; Klien, K.; Charman, T.; Baird, G.; Baron-Cohen, S.; Swettenham, J.; Wheelwright, S.; Drew, A. (1999): Autism spectrum disorders at 20 and 42 months of age: Stability of clinical and ADI-R diagnosis. *European Archives of Psychiatry and Neurological Science*, 238: 169–174.
- Eaves, L.; Ho, H. (2004): The very early identification of autism: Outcome to age 4 ½–5. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 34: 367–378.
- Kamp-Becker, I.; Matthejat, F.; Remschmidt, H. (2004): Zur Diagnostik und Ätiologie des Asperger-Syndroms bei Kindern und Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 53: 371–394.
- Lord, C. (1995): Follow-up of two-year olds referred for possible autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 36: 1–18.
- Lord, C.; Rutter, M.; LeCouteur, A. (1994): Autism Diagnostic Interview-revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 24: 659–685.
- Lord, C.; Rutter, M.; DiLavore, P.; Risi, S. (2001): *Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Mahoney, W.; Szatmari, P.; MacLean, J.; Bryson, S. (1998): Reliability and accuracy of differentiating pervasive developmental disorder subtypes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37: 278–285.
- McConachie, H.; LeCouteur, A.; Honey, E. (2005): Can a diagnosis of Asperger syndrome be made in very young children with suspected autism spectrum disorder? *Journal of Autism and Developmental Disorders* 35: 167–176.

- Osterling, J.; Dawson, G. (1994): Early recognition of children with autism: a study of first birthday home videotapes. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 24: 247–257.
- Osterling, J.; Dawson, G.; Munson, J. (2002): Early recognition of 1-year-old infants with autism spectrum disorder versus mental retardation. *Developmental Psychopathology* 14: 239–251.
- Poustka, F.; Bölte, S.; Feineis-Matthews, S.; Schmötzer, G. (2004): *Autistische Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Rühl, D.; Bölte, S.; Feineis-Matthies, S.; Poustka, F. (2004): *Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen (ADOS)*. Bern: Huber.
- Rutter, M.; Bailey, A.; Berument, S.; Lord, C.; Pickles, A. (2001): *Social Communication Questionnaire*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Scambler, D.; Rogers, S.; Withner, E. (2001): Can the Checklist for Autism in Toddlers differentiate young children with autism from those with developmental delays? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 4: 1457–1463.
- Steinhausen, H. C. (1988): Autismus-Beurteilungsskala. In: Steinhausen, H. C.: *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. München: Urban & Schwarzenberg, 488–492.
- Sigman, M.; Dijamco, A.; Gratier, M.; Rozga, A. (2004): Early detection of core deficits in autism. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews* 10: 221–233.
- Stone, W.; Ousley, O.; Yoder, P.; Hogan, K.; Hepburn, S. (1997): Nonverbal communication in two- and three-year-old children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 27: 677–696.
- Trillingsgaard, A.; Sorensen, E.; Nemec, G.; Jorgensen, M. (2005): What distinguishes autism spectrum disorders from other developmental disorders before the age of four years? *European Child and Adolescent Psychiatry* 14: 65–72.
- Wetherby, A.; Prizant, B. (1995): Die „Communication and Symbolic Behavior Scales“ (CSBS). *Kindheit und Entwicklung* 4: 43–50.
- Wetherby, A.; Prizant, B. (2002): *Communication and symbolic behaviour scales developmental profile – first normed edition*. Baltimore: Paul Brookes.
- Wetherby, A.; Woods, J.; Allen, L.; Cleary, J.; Dickinson, H.; Lord, C. (2004): Early indicators of autism spectrum disorders in the second year of life. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 34: 473–493.

Korrespondenzadresse: Priv.-Doz. Dr. Klaus Sarimski, Kinderzentrum, Heiglhofstraße 63, 81377 München; E-Mail: sarimski.kiz@gmx.de