

Kehrer, Hans E. und Temme-Meickmann, Ulrike

Negativismus bei frühkindlichem Autismus

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 31 (1982) 2, S. 60-64

urn:nbn:de:bsz-psydok-28962

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

| | |
|---|--|
| <p>Zum 65. Geburtstag von Annemarie Dührssen 1 In Memoriam Hermann Stutte 285</p> <p>Aus Praxis und Forschung</p> <p>W. Bettschart: Zehnjährige Arbeit an der Tagesklinik mit psychotischen Kindern und ihren Familien (Ten Years of Experience at a Day Clinic with Psychotic Children and Their Parents) 87 E. J. Brunner: Zur Analyse von Interaktionsstrukturen im Familiensystem (Interaction Analysis in the Field of Family Therapy) 300 C. u. B. Buddeberg: Familienkonflikte als Kollusion – eine psychodynamische Perspektive für die Familientherapie (Family Conflicts as Collusion – a Psychodynamik View vor Family Therapy) 143 W. Dacheneder: Zur Diagnose von Wahrnehmungsstörungen mit den Coloured Progressive Matrices (Diagnosis of Perceptual Dysfunction by Means of Raven's Coloured Progresse Matrices) 180 G. Deegener: Ödipale Konstellationen bei Anorexia nervosa (Oedipus Complex in Patients with Anorexia nervosa) 291 H. Dellisch: Schlafstörungen und Angst (Sleep Disturbances and Anxiety) 298 H. Dietrich: Zur Gruppentherapie bei Kindern (Group Therapy with Children) 9 R. W. Dittmann: „Feriendialyse“ – Ein Ferienaufenthalt für chronisch kranke Kinder und Jugendliche unter Berücksichtigung psychosozialer Probleme. Erfahrungen mit Planungsanspruch und Realisierungsmöglichkeiten („Holiday Dialysis“ – A Summer Camp of Children and Juveniles with Chronic Renal Disease with Regard to Psychosocial Problems. Experiences in Planning and Realisation) 103 R. Frank u. H. Eysel: Psychosomatische Störung und Autonomieentwicklung: ein Fallbeispiel zu einem kombinierten verhaltenstherapeutisch und systemtheoretisch begründeten Behandlungsvorgehen (Psychosomatic Disorder and the Development of Autonomy) 19 B. Gassner: Psychodrama mit körperbehinderten Jugendlichen und Heranwachsenden (Psychodrama with Physically Disabled Teenagers and Grown up Teenagers) 98 B. Geisel, H. G. Eisert, M. H. Schmidt, H. Schwarzbach: Entwicklung und Erprobung eines Screening-Verfahrens für kinderpsychiatrisch auffällige Achtjährige (SKA 8) (Parents-teacher Ratings as a Screening Instrument (SKA 8) for Eight-year old Psychiatrically Disturbed Children) 173 Th. Hess: Einzelpsychotherapie von Kindern und Jugendlichen und Familientherapie: Kombinierbar oder sich ausschließend? (Individual or Family Therapy?) 253 G. Horn: Anwendungsmöglichkeiten des Katathymen Bilderlebens (KB) bei Kindern im Rahmen der Erziehungsberatung (Applicability of Guided Affective Imagery to Chirdlren in Connection with Educational Councelling) 56 A. Kitamura: Eine vergleichende Untersuchung der Suizidversuche deutscher und japanischer Jugendlicher (A Comparative Study of Attempted Suicides among German and Japanese Adolescents) 191 M. Kögler: Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinderpsychiatrie (Integrative Psychotherapy in Inpatient Child Psychiatry) 41 K. Krisch: Enkopresis als Schutz vor homosexuellen Belästigungen (Encopresis as a Defense against Homosexual Approaches) 260 P. J. Lensing: Gesichtabwenden und Stereotypien – Zwei Verhaltensweisen im Dienste der Stimulation in normaler Entwicklung und bei frühkindlichem Autismus (Facial With-</p> | <p>drawal and Stereotypes: Two Behavioral Patterns in Service of Stimulation) 25 B. Mangold: Psychosomatik und Familientherapie. Theorie und Klinische Praxis (Psychosomatic Disease and Family-therapy) 207 M. Martin, R. Walter: Körperselbstbild und Neurotizismus bei Kindern und Jugendlichen (Body-satisfaction and Neuroticism in Children and Adolescents) 213 H.-U. Nievergelt: Legasthenie? ein Fall nichtdeutender Kinderanalyse, der diese Frage stellt (Dyslexia? A case of Noninterpretative Child Analysis in Which This Question Arose) 93 M. Nowak-Vogl: Die „Pseudodemenz“ (The „Pseudodementia“) 266 E. Obermann: Förderung eines behinderten Jungen durch Rollenbeispiele unter besonderer Berücksichtigung der kognitiven Entwicklungstheorie (The Furtherance of an Impede Boy by Role-games with Spezial Attention to the Cognitive Theory of Development) 231 A. Overbeck, E. Brähler u. H. Klein: Der Zusammenhang von Sprechverhalten und Kommunikationserleben im familientherapeutischen Interview (The Connection between Verbal Behavior and Experience of Communication in the Family Therapy Interview) 125 W. Pittner u. M. Kögler: Stationäre Psychotherapie eines schwer verhaltensgestörten Mädchens (Inpatient Psychotherapy of a Girl Suffering from Severe Behaviour Disorder) 308 A. Polender: Entspannungs-Übungen – Eine Modifikation des Autogenen Trainings für Kleinkinder (Autogenes Training in Modification to Small Children) 15 A. Polender: Entspannungs-Übungen (Relaxation Exercises) 50 T. Reinelt, E. Friedler: Therapie einer kindlichen Eß-Störung (Therapy of an Infantile Eating Disorder) 223 H. Remschmidt: Suizidhandlungen im Kindes- und Jugendalter – Therapie und Prävention (Suicidal Acts in Childhood and Adolescence – Therapy and Prevention) 35 R. Schneider: Gibt es eine „Problemkinderkurve“ im HAWIK? Zur Geschichte von Intelligenztestergebnissen (Is there a „Problem Child Curve“ in HAWIK? 286 H.-Ch. Steinhausen u. D. Göbel: Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population – II. Zusammenhanges- und Bedingungsanalysen (Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population – II. Analysis of Determinants and Correlation) 3 G. Süßenbacher: Die Verwendung eines Märchentwurfes zur Auflösung einer pathogenen Doppelbindung; Fallberichte zur Behandlung ein Windphobie (The Use of a Fairy-Tale-Design in the Modification to a Pathogenic Double Bind: Report on a Therapy of a Wind Phobia) 185 A. Wille: Der Familienskulptur-Test (Family Sculpting Test) P. Zech: Konflikte und Konfliktdiagnostik in der stationären Kinderpsychotherapie (Conflicts and Conflict Diagnosis in Inpatient Child Psychotherapy) 47 P. Zech: Stationsgruppen in der stationären Kinderpsychotherapie (Ward Groups in In-patient Child Psychotherapy) 218</p> <p>Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge</p> <p>B. Bron: Drogenabusus und Sexualität (Drug Abuse and Sexuality) 64 G. Gutezeit: Linkshändigkeit und Lernstörungen? (Lefthandedness and Learning Disorders) 277 R. Honegger: Kasuistischer Diskussionsbeitrag zur Einweisung Jugendlicher in geschlossene Erziehungsinstitutionen (Case Study as Contribution to the Discussion on Referring Juvenile Delinquents in Closed Educational Establishments) 110</p> |
|---|--|

| | | | |
|--|-----|--|-----|
| H. E. Kehrer u. E. Temme-Meickmann: Negativismus bei frühkindlichem Autismus (Negativism in Early Childhood Autism) | 60 | Tagungsberichte | |
| B. Langenkamp, I. Steinacker, B. Kröner: Autogenes Training bei 10jährigen Kindern – Beschreibung des Kursprogramms und des kindlichen Verhaltens während der Übungsstunden (Autogenic Training Programme for Ten-year-old Children) | 238 | H. Moschtaghi: Bericht über das Jubiläum Symposium der ISSP am 5. und 6.9. 1981 in Zürich (Report on the Anniversary Symposium of the ISSP, September 5 and 6, 1981, in Zürich) | 116 |
| B. Meile u. M.-H. Frey: Educational Therapy: ein ganzheitliches Modell für die Erziehungsberatung (Educational Therapy: A Model for Educational Counselling) | 160 | H. Remschmidt: Bericht über ein Symposium des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe „Kinder- und Jugendpsychiatrie. Geschichtliche Entwicklung – jetziger Stand – aktuelle Probleme – Zukunftsperspektiven“ am 20. u. 21.10. 1981 in Marl-Sinsen (Report on an Symposium held bei the Regional Association of Westfalen-Lippe on „Child and Adolescent Psychiatry“) | 81 |
| C. Rössler: Möglichkeiten einer wirksamen Konflikterziehung in der Grundschule (Possibilities of an Effective Education of Conflicts in Elementary School) | 243 | H. Remschmidt: Bericht über das 2. Internationale Symposium zum Thema „Epidemiology in Child and Adolescent Psychiatry – Research Concepts and Results“ (Report on the 2nd International Symposium in „Epidemiology Adolescent Psychiatry-Research Concepts and Results“) | 118 |
| R. Schleiffer: Zur Psychodynamik von Stieffamilien mit einem psychisch gestörten Kind (Psychodynamics in Step-families with a Psychically Disturbed Child) | 155 | H. Remschmidt: Bericht über den 10. Internationalen Kongreß der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions vom 25.–30.7.1982 in Dublin | 318 |
| F. Specht: Erziehungsberatung – Familie – Autonomie (Child Guidance – Family – Autonomy) | 201 | Literaturberichte: Buchbesprechungen (Bookreviews) | |
| A. Stiksrud, J. Markgraf: Familien mit drogenabhängigen Jugendlichen (Drug-addict Adolescents and their Families) | 271 | Biermann, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie | 249 |
| J. Wienhues: Schulen für Kranke in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen (Schools for Patients in Psychiatric Institutions for Children and Adolescents) | 313 | Herzka, H.S.: Kinderpsychopathologie, ein Lehrgang mit tabellarischen Übersichten | 171 |
| Bericht aus dem Ausland | | Hoffmann, Sven Olaf: Charakter und Neurose | 171 |
| C. Odag: Über einige Erfahrungen mit Gruppen von Jugendlichen in der psychiatrischen Klinik der Universität Ankara (Experiences with Groups of Adolescents in the Psychiatric Clinic, University of Ankara) | 75 | Jochmus, I., Schmidt, G. M., Lohmar, L. und Lohmar, W.: Die Adoleszenz dysmelter Jugendlicher | 250 |
| | | Mitteilungen (Announcements) 33, 84, 120, 172, 206, 251, 284, 320 | |

Negativismus bei frühkindlichem Autismus

Von Hans E. Kehrer und Ulrike Temme-Meickmann

Zusammenfassung

25 typische autistische Kinder wurden durch eine Serie von Aufforderungen aus dem täglichen Leben getestet und 25 geistig behinderten und 25 normalen Kindern gegenübergestellt. Passiver Negativismus wurde bei den Autisten erheblich häufiger gefunden als bei den Kontrollgruppen, aktiver Negativismus kam – nicht so häufig – nur bei Autisten vor. Eine systematische Befragung der Eltern aller 3 Gruppen ergab ebenfalls bei den autistischen Kindern ein viel häufigeres Vorkommen von Negativismus (125/31/12 Punkte). Negativismus bei Autisten wird u. a. als Panikreaktion bei Überforderung durch Reizüberflutung erklärt. Er ist ein wichtiges Kriterium, das zur Differentialdiagnose herangezogen werden kann.

Bereits bei seiner ersten Darstellung des frühkindlichen Autismus 1942/43 beschreibt *Leo Kanner* bei seinen 11

Kindern manche Verhaltensweisen, die man als negativistisch bezeichnen kann. Er benutzt das Adjektiv „stubborn“. Hier kommen sowohl typisch negativistische Handlungen als auch negativistische sprachliche Äußerungen vor, dies z. B., wenn der erste Patient Donald T. sagt: „Wieviel Stunden in einer Minute, wieviele Tage in einer Stunde“? Die eigene Erfahrung mit zahlreichen autistischen Kindern hat gezeigt, daß Negativismus in verschiedener Form eine Verhaltensweise ist, die man bei diesen Patienten häufig findet. Seine Bedeutung für Diagnose und Therapie aufzuzeigen, aber auch hierfür eine Erklärung zu finden, soll im folgenden versucht werden.

Mit dem Thema Negativismus hat sich die ältere Psychiatrie häufig beschäftigt. Es ist wohl *L. Kahlbaum* gewesen, der diesen Begriff 1874 zuerst im Zusammenhang mit der Katatonie verwendet hat. Wir verstehen unter Negativismus ein psychiatrisches Symptom, bei dem sich der Patient ohne ersichtlichen Grund weigert, eine von außen ge-

wünschte Handlung auszuführen („passiver N.“) oder darüber hinaus das Gegenteil von dem ausführt, was von ihm erwartet wird („aktiver N.“). Letzteres kann sowohl im sprachlichen Ausdruck vorkommen – wie oben erwähnt – oder bei Handlungen. Das bekannteste Beispiel ist der negativistische Stupor des Katatonen, der nicht nur die Nahrung passiv verweigert wie etwa eine Anorexie-Patientin, sondern sich aktiv auch gegen das Füttern wehrt, indem er sich abwendet und die Zähne zusammenbeißt. Andere Beispiele sind das Einnässen, nachdem der Kranke gerade auf der Toilette gewesen ist, ohne die Blase zu entleeren, oder der Versuch, Suppe mit der Gabel zu essen.

Der aktive Negativismus und auch die Sperrung, die nicht unbedingt mit einer aktiven Handlung einherzugehen braucht, sind in der psychiatrischen Literatur häufig beschrieben worden (*K. Jaspers, E. Bleuler, O. Bumke, E. Kretschmer*). Man beschrieb diese Phänomene vor allem bei Schizophrenen, aber auch bei Kranken mit organischen Hirnprozessen. Dabei wurde einerseits festgestellt, daß der Negativismus „jeder psychologischen Motivierung“ entbehre (*Bumke*), nicht zu erklären sei (*Jaspers*), daß der Katatone „mit der Sicherheit eines Automaten stets das Gegenteil der gegebenen Aufforderung“ tue (*Kretschmer*). Andererseits trat der Negativismus nach den Beobachtungen *Bleuler's* bei bestimmten Personen in verschiedener Ausprägung auf. *Bumke* sah im Negativismus eine Willensstörung, einen Widerstand gegen jede Zustandsänderung und jeden Annäherungsversuch. *Bleuler* empfahl als Gegenmaßnahme die gewünschte Handlung zu verbieten, anstatt zu ihr aufzufordern.

Abgesehen von dem schweren pathologischen Negativismus kommt dieser in weniger starker Form auch beim normalen Menschen, insbesondere im Kindes- und Jugendalter vor. Die sog. Trotzphasen des Kleinkindes und in der Pubertät beginnen im Einzelfall als negativistische Einstellung, die in einen Wutausbruch und Aggressivität entgleist, sich aber auch als negativistische Dauerhaltung über längere Zeiträume erstrecken kann. Das zeitliche Zusammenreffen mit der jeweiligen Emanzipation vom Kleinkind zum „verständigen Kind“, vom Kind zum Adoleszenten bietet als Erklärung die Schwierigkeiten bei der Bewältigung neuer Erlebnisinhalte an. Die Einsicht, mit dem Neuen nicht richtig fertig zu werden, führt zum Frustrationserlebnis, auf das Negativismus und Trotz eine mögliche Reaktionsform sind. Mit negativistischen Handlungen versucht das Kind auch zu testen, wieweit es mit seinen Aktionen gehen kann, ohne daß es bestraft wird.

Jeder, der viel mit autistischen Kindern zu tun hat, kennt unter ihren zahlreichen bizarren und z. T. für den Außenstehenden unverständlichen Verhaltensweisen Negativismen verschiedener Art. Sie erinnern manchmal an die Sperrung Katatonen, haben Ähnlichkeit mit frühkindlichem Trotz oder äußern sich in bizarren verbalen Antworten, wenn das Kind – offenbar trotz besseren Wissens – die falsche Antwort gibt. Ein Junge, den wir über 12 Jahre hin beobachteten, zeichnete fast prinzipiell Tiere mit 5 Beinen (*T. Leske*). Wir haben mehrere kindliche Autisten gesehen, die das Essen verweigerten wie kataton Stuporöse. Einer mußte über Wochen künstlich ernährt werden, bis es mit Hilfe

eines verhaltenstherapeutischen Programms gelang, ihn allmählich wieder zu einer normalen Nahrungsaufnahme zu bringen. Gerade beim Essen beobachtet man bei vielen autistischen Kindern negativistische Handlungen: Sie kleckern, obwohl sie bei anderer Gelegenheit manierlich essen können, schütten oder spucken das Essen über den Tisch. Sie benutzen auch ungeeignetes Besteck, ähnlich wie der Katatone, der die Suppe mit der Gabel ißt.

Auch in der einschlägigen Autismusliteratur finden sich etliche Beschreibungen negativistischen Verhaltens (z. B. *O'Gorman*). Von autistischen Kindern heißt es: „Wenn erwartet wurde, daß sie sich setzen, standen sie ständig auf und liefen herum“ (*K. J. Wing*).

Um das Phänomen „Negativismus“ etwas exakter zu untersuchen, wurden 25 typische frühkindliche Autisten, die bei uns untersucht worden waren, in dieser Hinsicht getestet und zwei Kontrollgruppen von je 25 „normalen“ und 25 geistig behinderten Kindern gegenübergestellt. Bei den Autisten handelt es sich um 15 Jungen und 10 Mädchen mit einem Durchschnittsalter von 9,9 bei den Jungen und 7,9 Jahren bei den Mädchen. Bei den beiden Kontrollgruppen entsprach das Alter dem der autistischen Kinder.

Der Test bestand aus 18 Punkten:

Die Testerin sagt „Guten Tag“ und bietet dem Probanden die Hand zum Gruß.

Punkt 2 beinhaltet die Aufforderung „Setz dich hin“! Die Testerin weist mit einer Hand auf den für das Kind bereitgestellten Stuhl am Tisch.

Der Punkt 3 besteht darin, daß die Testerin auffordert: „Sieh her“! und dann wortlos einen Bauklotzturm aus genau 10 Steinen baut.

Die Aufforderung: „Bau du auch“! bildet den Punkt 4, „Steh auf“! den Punkt 5.

Bei Punkt 6 fordert die Testerin: „Geh zum Fenster“! und weist mit der Hand in die gewünschte Richtung.

Punkt 7 fordert: „Setz dich dort auf den Stuhl“! und Punkt 8 „Komm zurück“!

Der Punkt 9 lautet: „Setz dich wieder hierher“!

Alle Forderungen wurden mit Gestik unterstrichen.

Daraufhin reicht die Testerin dem Kind eine Halskette und fordert in Punkt 10: „Leg dir die Kette um den Hals“!

Punkt 11 beinhaltet die Aufforderung: „Geh zum Spiegel“!

Punkt 12 lautet: „Sieh dich an“!

Punkt 13: „Komm zurück“!

In Punkt 14 heißt es: „Setz dich“!

und in Punkt 15: „Gib mir die Kette zurück“!

Der Punkt 16 besteht aus dem Verbot „Spiel jetzt nicht“!

In Punkt 17 fordert die Testerin: „Sieh mich an“!

und in Punkt 18 „Komm mit aus dem Zimmer“!

Alle Punkte werden mit Gestik begleitet.

Nach jeder Aufforderung wurde eine Pause von zehn Sekunden gemacht. Reagierte das Kind nicht, so wurde die Aufforderung noch einmal wiederholt.

Kam es wieder nicht zur Reaktion, so wurde nach weiteren zehn Sekunden die nächste Aufforderung ausgesprochen.

Alle Kinder wurden in einem ruhigen Raum getestet, der möglichst reizarm war, um jegliche Ablenkung vom Test zu

verhindern. Bei den Autisten wurde ein Untersuchungszimmer mit Einwegspiegeln benutzt.

Im Zimmer befand sich zuerst die Testerin, das Kind wurde von außen in das Zimmer gebracht und fand dort die Testerin vor. Hinter der Einwegscheibe befand sich ein Beobachter, der die Reaktionen auf die einzelnen Testpunkte protokollierte. Die behinderten und die normalen Kinder wurden in einer Tagesbildungsstätte unter ähnlichen Bedingungen, aber ohne Einwegscheibe getestet.

Bei den autistischen Kindern – und nur bei ihnen – kam es zu einigen Zwischenfällen: 2 verließen den Testraum plötzlich und mußten zurückgeholt werden; 3 kamen keiner einzigen Aufforderung nach, gaben allerdings der Untersucherin die Hand; ein Kind weigerte sich von vornherein, den Testraum zu betreten; als der Test dann im Vorzimmer durchgeführt werden sollte, kam es keiner einzigen Aufforderung nach. 2 Autisten griffen die Versuchsleiterin während des Tests tätlich an, indem sie sie schlugen.

Zusätzlich zu den Tests wurden die Eltern persönlich noch über negativistisches Verhalten ihrer Kinder befragt. Die Fragen lauteten im einzelnen:

Kommt oder kam es vor,

1. daß das Kind genau das Gegenteil von dem tut (tat), wozu es aufgefordert wurde?
2. daß das Kind auf die Toilette gebracht wird (wurde), dort jedoch nicht macht(e), kurze Zeit später jedoch einnäßt(e) oder einkotet(e)?
3. daß das Kind, wenn es eine Handlung beobachtet(e), beginnt (begann), genau die gegenteilige Handlung auszuführen?
4. daß das Kind auf eine freundliche Aufforderung mit Wutanfällen, Schimpfen oder körperlichem Angriff reagiert(e)?
5. daß das Kind beim Füttern die Lippen zupreßt(e)?
6. daß das Kind seine Lieblingsspeise verweigert(e)?
7. daß das Kind Besucher nicht begrüßt(e), sondern sich abwendet(e)?
8. daß das Kind gerade das tut (tat), was ihm verboten wurde?
9. daß das Kind beim Füttern auf die Aufforderung zu schlucken, die Speise wieder ausspuckt(e)?
10. Wäre es möglich (gewesen), das Kind zu dirigieren, indem man das Gegenteil von dem verlangt(e), was man erwartet(e)?

Wenn nötig, wurden die Fragen mit Beispielen erläutert.

Ergebnisse

Von den 18 Testaufgaben hatten im Mittel nicht erfüllt: Autisten 14,06; geistig Behinderte 2,37; Gesunde 0,74. Die Auszahlungsergebnisse sind aus dem Diagramm der Abbildung 1 ersichtlich. Die deutlichste Differenz zwischen den Autisten und den anderen Kindern war bei den Aufgaben 3 und 7 bis 17 zu erkennen. Zwei davon beziehen sich auf Blickkontakt mit dem Partner (3) und mit dem eigenen

Anzahl der Probanden, die die jeweilige Aufgabe erfüllten / nicht erfüllten

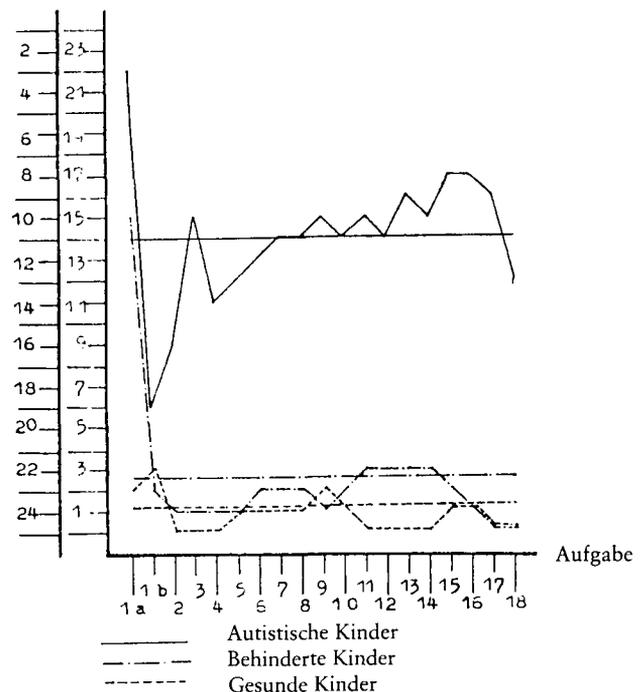


Abbildung 1: Summe der Häufigkeit der erfüllten bzw. nicht erfüllten Aufgaben

Spiegelbild (12), d.h. wir haben es mit einem bekannten Autismussymptom zu tun. Zweimal ist es die Aufforderung, sich zu setzen (7 und 9), die anfangs von vielen Autisten befolgt worden war (2), später nicht mehr. Die Erklärung ist wohl die starke Perseverationstendenz. Einige autistische Kinder kommen zunächst Geboten, die einen gewissen Aufforderungscharakter haben (mit Klötzen bauen [4]), aufstehen (5), zum Fenster gehen (6), nach und können sich dann von dem dabei Erlebten nicht mehr lösen. Zwei Aufgaben, die mit dem eigenen Körper zu tun haben (Anlegen der Kette [10]) und deren Rückgabe (15) werden auch negativ beantwortet. Eine ähnliche Bewandnis hat es wohl auch mit dem Spiegel (die Einwegscheibe!), in dem man den eigenen Körper sieht (11). Die Aufgaben 13 (komm zurück!), 14 (setz dich!) und 16 (spiel jetzt nicht!) dürften auch wieder mit der Perseverationstendenz zusammenhängen.

Bei unseren Versuchen haben wir gelegentlich auch aktiven Negativismus beobachtet, der ausschließlich bei den autistischen Kindern vorkam: 10 zerstörten Bauklötz-türme; von den 10 Kindern, die schließlich die Kette um den Hals legten (Aufgabe 10), haben 4 sie zerrissen; 5 Autisten setzten sich nicht auf den Stuhl, auf den hingedeutet wurde (Nr.2), sondern auf einen anderen. Zu betonen ist noch, daß vor Beginn der Versuche alle Eltern auf Befragen ausdrücklich angaben, ihre Kinder würden solche Aufforderungen verstehen und seien dazu in der Lage, derartige Aufgaben auszuführen.

Bei der Befragung der Eltern der 3 Probandengruppen ergab die Auszählung aller beantworteten Fragen folgendes: Im Fragebogen formuliertes negatives Verhalten wurde bei den Autisten 125 mal, bei den geistig behinderten 31 mal und bei den normalen Kindern 12 mal registriert. Die Ergebnisse im einzelnen sind der Abbildung 2 zu entnehmen.

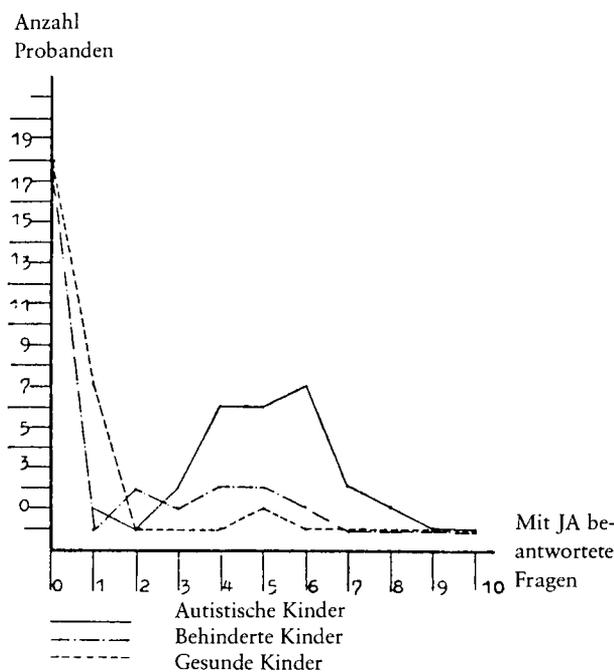


Abbildung 2: Anzahl Probanden, für die die Negativismusfrage mit JA beantwortet wurde

Diskussion

Abgesehen von der Erwähnung negativistischer Verhaltensweisen autistischer Kinder bei Fallbeschreibungen und in Symptomübersichten gibt es im angelsächsischen Schrifttum auch gezielte Untersuchungen. Cowan und Mitarb. (1965) fanden bei einer Multiple-choice-Diskriminationsaufgabe bei einigen autistischen Kindern Negativismus. Sie waren der Meinung, daß es sich nicht um Unfähigkeit, die Aufgaben zu lösen handele, sondern um Nichtwollen (unwillingness). Wallace (1974) verlangte von je 9 autistischen, verhaltensgestörten und normalen Kindern 1. verbale Antworten auf eine verbale Aufforderung, 2. nicht-verbale Antworten auf eine verbale Antwort und 3. nicht-verbale Antworten auf eine nicht-verbale Aufforderung. Als Negativismus definierte Wallace, wenn die Kinder eine Frage beim 1. Mal richtig und beim 2. Mal falsch oder gar nicht beantworten oder aber mit der richtigen Antwort beginnen und kurz vor Vollendung aufhören. Hier wird also ein testspezifischer Negativismus geprüft. Bei allen drei Aufgabenkomplexen, vor allem beim ersten, erzielten die Autisten mehr Negativismuspunkte als die Kinder der Vergleichsgruppen. Clark und Rutter (1977) haben die Methode von Cowan und Mitarb. abgewandelt. Es wurden wiederum die „ständige Vermeidung einer korrekten Ant-

wort bei einer Multiple-choice-Diskriminationsaufgabe“ als Negativismus definiert. 27 autistische Kinder wurden getestet; Kontrollgruppen wurden nicht hinzugenommen. Die Ergebnisse von Cowan und Mitarb. konnten nicht bestätigt werden; es fanden sich keine Negativismen.

Der Unterschied zwischen diesen etwas widerspruchsvollen Resultaten und dem Ergebnis unserer Untersuchung liegt darin, daß wir keine Diskriminationstests verwendet haben, sondern Aufgaben aus dem täglichen Leben. So wurde z.B. bewußt nicht zwischen verbaler und nicht-verbaler Aufforderung unterschieden, sondern beides kombiniert. Negativismus ist kein psychologisch genau definierter Begriff. Er beschreibt, wie oben aufgeführt, ein spezifisches Verhalten, zunächst ohne es weiter zu deuten. Wenn der von uns geprüfte Negativismus bei Autisten viel häufiger auftritt als bei gesunden und einfach retardierten Kindern, so läßt er sich als diagnostisches Kriterium verwerten. Wir haben hier ein Symptom, das sicher nicht absolut spezifisch ist, das sich aber neben anderen durch exakte Prüfung ermitteln läßt.

Der Versuch einer Deutung des Symptoms Negativismus gelingt nicht leicht. Die Vorgänge bei unseren Untersuchungen lassen sich in 4 Einzelschritte zerlegen: 1. Der Partner gibt durch seine Aufforderung ein Signal. 2. Das Signal wird optisch und akustisch von dem Kind perzipiert. 3. Das Perzeptionsergebnis wird mit früheren Erfahrungen in Verbindung gebracht (Kenntnis von Sprache und Gesten, Erinnerung an Reaktionen anderer und des Individuums selbst). 4. Eine Reaktion wird ausgeführt. Diese Funktionen laufen bei unseren Kontrollgruppen fast immer reibungslos ab. Diese Kinder sind es gewöhnt, auf den Signalreiz mit der eingeschliffenen Handlung zu reagieren. Beim autistischen Kind kommt jedoch keine oder eine falsche Reaktion zustande, obwohl die richtige Reaktionshandlung beherrscht wird. Die Meinung, es handele sich um ein Nichtwollen, erscheint sehr hypothetisch. Einleuchtender ist für unsere Versuche folgende Erklärung: Das Kind befindet sich in einer ihm unbekanntem Umgebung (Testraum) mit zahlreichen neuen Reizen (z.B. Spiegel = Einwegscheibe). Die Testerin hat es erst an diesem Tage kennengelernt, sie ist also ein neuer Partner. In dieser Situation fällt es dem autistischen Kind schwer, die verschiedenen Reize zu diskriminieren, von denen es hier überschüttet wird. Es gerät nun in eine Panik, die entweder keine oder eine beliebige Reaktion oder Aggressivität hervorruft. Der Unterschied zwischen dem autistischen und dem geistig retardierten und normalen Kind liegt darin, daß das erstgenannte infolge seiner Wahrnehmungsverarbeitungsstörung durch zu viele und/oder neue Reize leicht in Panik zu bringen ist. Das Charakteristikum der Panik ist ja die nicht erwartete, nicht „vernünftige“ Reaktion des Individuums. Ein Ausweg aus der Panik oder eine Verhütung ihres Auftretens ist die Perseveration: Man fährt mit dem Gewohnten fort und läßt sich gar nicht stören. Auch zwanghaftes Verharren in einer eingefahrenen Verhaltensschablone oder Stereotypen können evtl. Überforderung und Panik verhindern.

Wieweit dieser Erklärungsversuch auch für bestimmte aktive Negativismen zutreffend ist, erscheint fraglich. Man

könnte sich vorstellen, daß ein autistisches Kind aus einer irgendwie mit dem Essen zusammenhängenden Überforderungssituation mit aktiver Nahrungsverweigerung reagiert. Die offenbar vorhandene starke Empfindlichkeit des Geschmacks- und Geruchssinnes könnten hier ein Hinweis sein. Um so schwieriger wird es dann später unter den Bedingungen der Krankenhausumwelt mit ihren vielen neuen Reizen, die Verhaltensschablonen Nichtessen durch Therapie zu beseitigen.

Aktiver Negativismus mag auch ein Emanzipationsversuch des autistischen Kindes aus den Stereotypen und Zwängen sein, ähnlich wie der Trotz des Kleinkindes. Schließlich paßt Negativismus zu manchen anderen Autismus-Symptomen, so z.B. zu den negativ gefärbten Denkinhalten (Krankheit, Tod, Zerstörung, Blut u.ä.) bei autistischen Kindern (H. Kehrer, 1977).

Wahrscheinlich ist, um die Erklärungsversuche zu resümieren, nicht einer der genannten Faktoren alleine für die Entstehung des Negativismus verantwortlich, sondern mehrere zusammen rufen dieses Symptom hervor.

Für die Therapie des Negativismus scheint es uns wichtig, im Einzelfall die Überforderung des Kindes zu erkennen und durch ihre Vermeidung Panik zu verhüten. Der Betreuer denkt selten daran, daß allein die Anwesenheit von laut spielenden Kindern in einem Raum das Diskriminationsvermögen eines autistischen Kindes überfordern kann und Panik hervorruft. Die Beruhigung und Vereinfachung der Umweltsituation ist also ein Weg zum Abbau von Negativismen. Die Verrichtungen des täglichen Lebens müssen in einfacher Umgebung in kleinen Schritten gelernt werden, bis sie zu einer so festen Gewohnheit werden, daß sie in jeder Umwelt funktionieren. Tritt bei einer Anforderung Panik auf, so ist es wenig sinnvoll, auf der Lösung der Aufgabe zu bestehen, sondern man muß zunächst einmal störende Reize beseitigen. Der Versuch, mit dem Verbot der gewünschten Handlung diese als negatives Verhalten zu erreichen, kann im Einzelfall einmal erfolgreich sein, ist aber als allgemeine Therapie kaum zu empfehlen.

Summary

Negativism in Early Childhood Autism

A test with a set of orders from the daily life was performed with 25 typically autistic, 25 mentally retarded, and 25 normal children. Passive negativism was found much more frequently in the autistic children as in the two control groups. Active negativism happened only with autists, but in fewer cases. A systematic interrogation of the parents of all 3 groups also demonstrated that negativism occurred much more often with the autistic children (125 to 31 to 12 points). Negativism in autists is explained as panic reaction in stimulus flooding. It is an important criterion that can be used for differential diagnosis.

Literatur

Blouler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. 7. Aufl., Berlin 1943. – *Bunke, O.*: Die Diagnose der Geisteskrankheiten. Wiesbaden 1919. – *Clark, P. and Rutter, M.*: Compliance and Resistance in Autistic Children. *J. Autism Childhood Schizophrenia* 7, 33–48 (1977). – *Cowan, P. A., Hodinott, B. A. and Wright, B. A.*: Compliance and Resistance in the Conditioning of Autistic Children. *Child Development* 36, 913–923 (1965). – *Jaspers, K.*: Allgemeine Psychopathologie. 9. Aufl., Springer-Verlag, Berlin etc. 1973. – *Kahlbaum, L.*: Die Katatonie. Berlin 1874. – *Kanner, L.*: Autistic Disturbances of Affective Contact. *Nerv. Child* 2, 1942–43, Nachdruck *Acta Paedopsychiat.* 35, 100–136 (1968). – *Kehrer, H. E.*: Sprach- und Denkinhalt autistischer Kinder. *Acta paedopsychiat.* 43, 15–22 (1977). – *Kretschmer, E.*: Medizinische Psychologie. 13. Aufl., Stuttgart 1971. – *Leske, Th.*: Sprache, Zeichnen und Intelligenz bei frühkindlichem Autismus, dargestellt an einem besonders typischen Fall. *Med. Dissertation*, Münster 1979. – *O’Gorman, G.*: Autismus in früher Kindheit. Ernst-Reinhard-Verlag, München 1976. – *Wallace, B. R.*: Negativism in Verbal and Nonverbal Responses of Autistic Children. *J. Abnorm. Psychol.* 84, 138–143 (1975). – *Wing, J. K.*: Frühkindlicher Autismus, Beltz-Verlag, Weinheim 1973.

Anschr. d. Verf.: Prof. Dr. H. Kehrer, Kinder- und Jugendpsychiatrische Abteilung der Psychiatrischen u. Nervenambulanz d. Westfälischen Wilhelms-Universität, Schmedingstr. 50, 4400 Münster.