

Bonner Fortbildungsreihe Sozialpädiatrie
Interdisziplinäres Symposium
**„Möglichkeiten der Therapie
bei Autismus-Spektrum-Störungen“**

Samstag, 10. November 2012

Autismus-Spektrum-Störungen in der Praxis

Helmut Hollmann
Kinderneurologisches Zentrum



LVR - Klinik Bonn

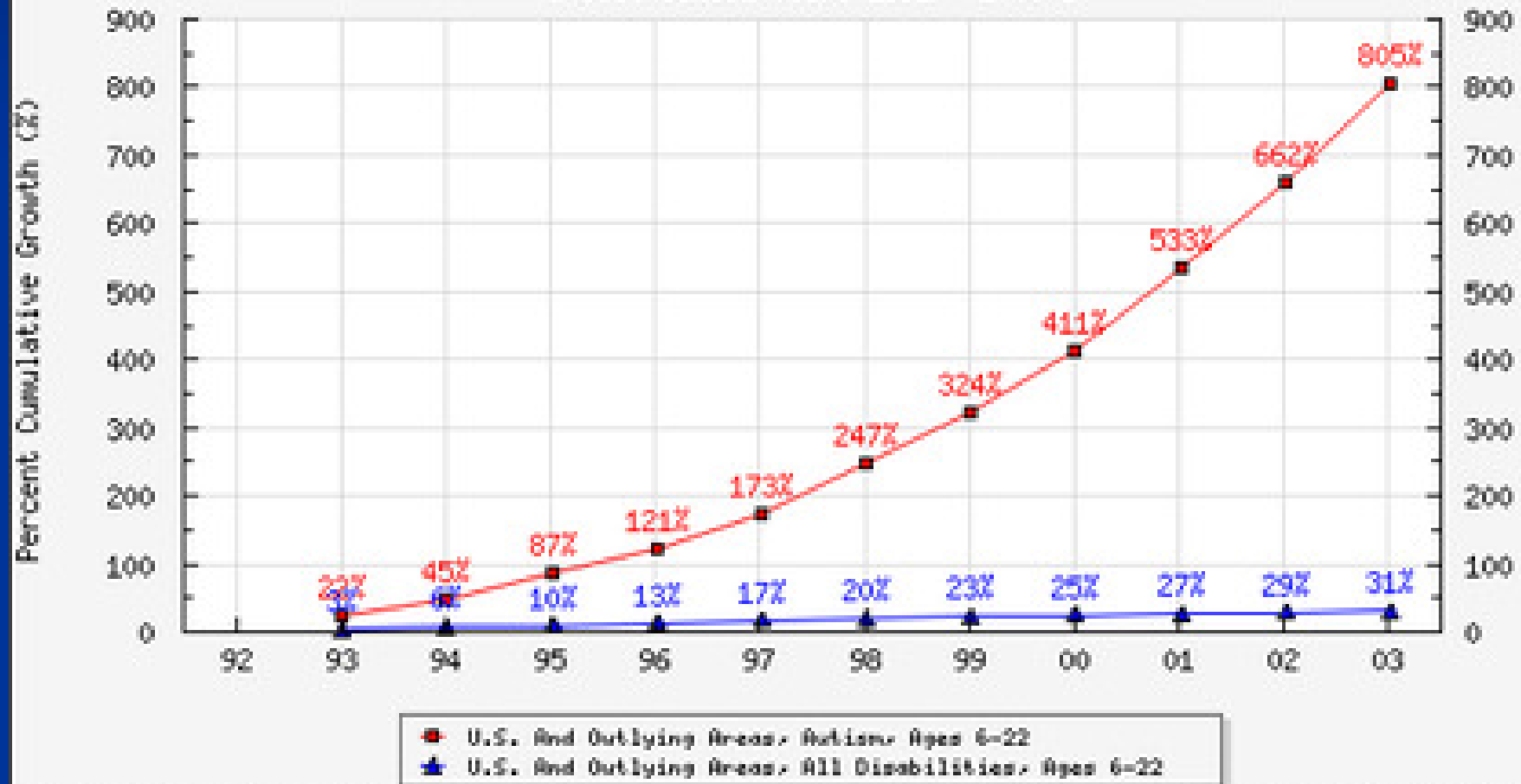
LVR-Klinikverbund



Anstieg der Autismus-Diagnose

Incidence Cumulative Growth

[U.S. School Years 1992 - 2003]



Graph Source: www.fightingautism.org

Data Source: www.ideadata.org and www.cdc.gov/nchs/

Erwartungsdruck zur Früherkennung

- Empfehlung der American Academy of Pediatrics:
Autismus-Screening aller 18-24 Monate alter Kleinkinder
(ZWAIGENBAUM et al., Clinical Assessment and Management of
Toddlers; Pediatrics 5, 2009)
- Neuere Prävalenzzahlen: 1 auf 150 Kinder haben ASD
- Eltern erkennen Auffälligkeiten im Schnitt mit 12-18
Monaten
- Die Diagnose beim Frühkindlichen Autismus wird in den
USA im Schnitt mit 4 Jahren gestellt,
in Deutschland mit 6 Jahren;
beim Asperger-Syndrom mit 9 Jahren
(NOTERDAEME et al., 2008)

Autismus-Spektrum

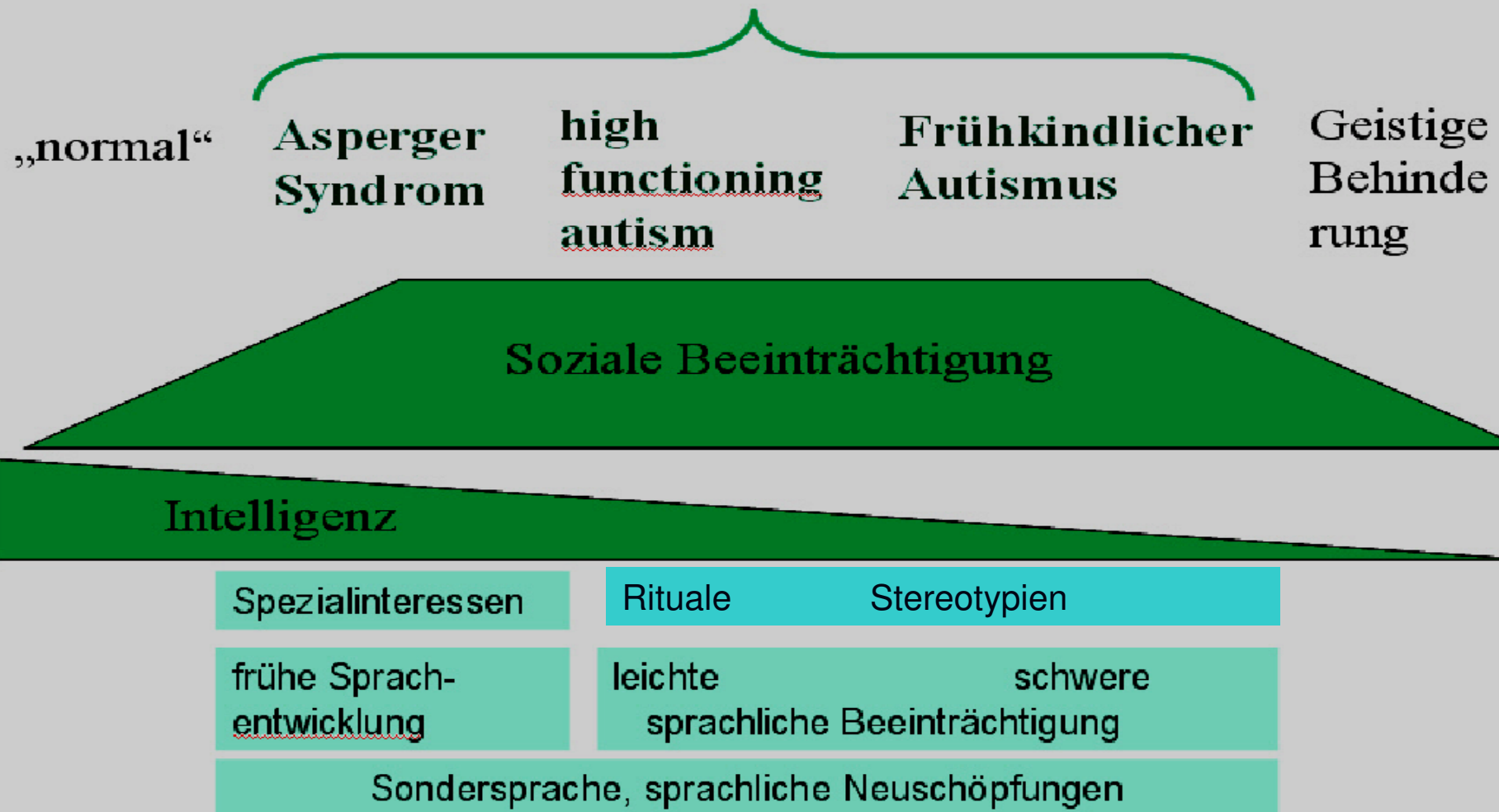


Abbildung 4 aus: BARTH 2006: S.10

Früh-Erkennungs-Untersuchungen I

- **U1**: Geburt
keine typischen Symptome bekannt
- **U2**: 3. bis 10. Lebenstag
keine typischen Symptome bekannt
- **U3**: 4. bis 6. Lebenswoche
Unruhe, häufiges Schreien ohne fassbare Ursache,
Stillprobleme
- **U4**: 3. bis 4. Lebensmonat
weiter Unruhe, Schreien, Still- oder Fütterschwierigkeiten,
fehlendes oder inkonstantes soziales Lächeln
und reaktives Lachen,
kein sichtbares Erkennen des Gesichtes der Mutter

Früh-Erkennungs-Untersuchungen II

- U5: 6. bis 7. Lebensmonat
weiter Unruhe und/oder Schreien, Schlafprobleme,
Fütterschwierigkeiten;
Prosoziales Verhalten:
beim Hochnehmen keine erkennbare Reaktion
(fehlendes Entgegenstrecken der Arme) und / oder
inadäquate Anpassung im Muskeltonus
(Schlaffheit oder Sich-Steifmachen);
indifferentes Verhalten bei spielerischer oder schmusender
Beschäftigung, kein Kopfanlehnen;
fehlende oder monotone präverbale Entwicklung (Brabbeln)

U6: 10. bis 12. Lebensmonat

- **Kontakt und Kommunikation**: ruhig und „pflegeleicht“,
oder lange Wein- und Schreiphasen;
kein oder „leerer“ Blickkontakt,
keine Unterscheidung von Personen (Fremdeln);
kein Hinzeigen auf Gegenstände;
keine Imitation von Bewegungen;
- **Umwelt**: fehlendes Interesse, Zufriedenheit mit sich selbst;
kein interaktives, variables und exploratives Spiel,
monotone und stereotype Beschäftigung mit einzelnen
Gegenständen, bevorzugt mit Schieben, Drehen oder
daran Schaben;
- **Sprache**: fehlende Hinwendung zu Schallreizen,
„wie taub“ wirkend,
verzögerte oder keine Sprachentwicklung, stattdessen
monotones Plappern ohne Sinnhaftigkeit und Imitation

U7: 21. bis 24. Lebensmonat 1

- **Sprachentwicklung:**
weiterhin hoch auffällig,
Echolalie, Wortschablonen, Satzketten,
fragliches Verständnis, evtl. Eigensprache;
Asperger: bereits ungewöhnlich differenzierte Sprache
- **Sozialverhalten und Kommunikation:**
kein dauerhafter Kontakt, Vorbeischauen, keine Reaktion auf
Anruf mit dem Vornamen.
- **Ernährungsverhalten:** sehr eingeschränkt,
manchmal mit abstrusen Mischungen
(„Pommes mit Nutella“) oder Gewohnheiten,
oft mit anhaltender Ablehnung fester Konsistenz.

U7: 21. bis 24. Lebensmonat 2

- Umwelt und Interessen:

Vorliebe für bestimmte geometrische Muster oder visuelle Stimulation; Asperger: Buchstaben und Zahlen, andere Fähigkeiten, Musikalität;

Überempfindlichkeit gegen Geräusche (auch: Gerüche, Berührung, Konsistenz von Speisen);

sehr gleichbleibende oder stereotype Beschäftigungen mit bevorzugten Bewegungen (Drehen von

Gegenständen, Lichtschalter, Wasserhähne, Türen),

ggf. echte Stereotypien mit Wedeln, Kratzen, Klopfen

oder Entlangstreifen; habituelle Zehenspitzenangang;

keine Neugier; Wut und Angst bei Veränderungen

- Motorik: Ungeschicklichkeit (Asperger)

- Schlafen: fehlender Rhythmus

Zwischenfazit

- U7: „point of no return“; Entwicklungsauffälligkeit bzw. Störung muss diagnostiziert und bewusst verfolgt werden; deshalb: **kurzfristige (!) Kontrolle alle 3 Monate**
- „**U7 a**“: spätestens im 33.-36. Lebensmonat muss die spezifische Verdachtsdiagnose herbeigeführt werden, ggf. Überweisung an spezialisierte Institution (SPZ, Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. ATZ)
- Klare diagnostische Zuordnung: oft erst später möglich
- Ab Kindergarten-Alter stärkere Differenzierung im Autismus-Spektrum (Kontinuum!):
 - Frühkindlicher Autismus (F84.0) – Atypischer Autismus (F84.1)
 - Hochfunktions-Autismus (F84.0) – Asperger-Syndrom (F84.5)
 - Andere Störung aus dem Autismus-Spektrum (F84.8)

U8: 43. bis 48. Lebensmonat; FRÜHKINDLICHER AUTISMUS 1

- Sprachentwicklung:
oft fehlend oder Verlust von bereits erworbener Sprache, Echolalie oder Eigensprache, auch Mutismus;
- Sozialverhalten und Kommunikation:
Ich-bezogen und selbstversunken,
kein dauerhafter Kontakt, Vorbeischauen,
evtl. Kontaktaufnahme über Beriechen oder Ablecken,
sprachfreier Kontakt mit der Umwelt mit Hinführen;
unbegründete „Aggression“

U8: 43. bis 48. Lebensmonat; FRÜHKINDLICHER AUTISMUS 2

- Umwelt: starres Festhalten an Gewohnheiten, Wut und Angst bei Veränderungen;
Vorliebe für Räder und Schalter, geometrische Muster (Reihungen!) oder visuelle Stimulation;
Überempfindlichkeit gegen Geräusche mit Zuhalten der Ohren, geringe Empfindlichkeit für Kälte und Schmerz;
weiterhin gleichbleibende oder stereotype Beschäftigungen.
gelegentlich Entwicklung von Inselfertigkeiten,
ggf. echte Stereotypien mit Wedeln, Kratzen, Klopfen oder Entlangstreifen;
- Motorik: Zehenspitzenengang, Handmanierismen, Hüpfen;
- Schlafen: fehlender Rhythmus
- Ernährungsverhalten: weiterhin eingeschränkt, eigenartig und auffällig

U8: 43. bis 48. Lebensmonat; ANDERE AUTISMUS-AUSPRÄGUNGEN

- Sprachentwicklung: sehr unterschiedlich, von sehr zögerlich über Echolalie und Eigensprache bis normalisierend und elaboriert, evtl. Mutismus, „wort-wörtliches“ Verständnis, Laut- und Wortverliebtheit; oft auffällige melodische („Singsang“) oder monotone Sprechmelodie oder hoher „piepsiger“ Stimmansatz
- Sozialverhalten und Kommunikation: wie bei Frühkindlichem Autismus
- Umwelt: ähnlich wie bei Frühkindlichem Autismus; Gedächtnis!!, Musik!! Wut und Angst bei Veränderungen rückläufig
- Motorik: Ungeschicklichkeit
- Schlafen: evtl. Rhythmus-Störung
- Ernährungsverhalten: weiterhin eingeschränkt und auffällig

Das Asperger-„Puzzle“

- Temperamentsmerkmale
- Persönlichkeitszüge
- Eigenschaften
- Eigenheiten
- Angewohnheiten,
Marotten, „spleens“, „Tics“
- Autistische Züge
- (Schizoide Persönlichkeit(ssstörung))
- !! Differenzialdiagnose zu ADHS !!

Diagnostische Prozess-Ebenen

- Ebene Eltern
(Interview, Fragebögen, ggf. Video)
- Ebene Kind
(Beobachtung, spezifische Untersuchungsverfahren)
- Ebene Institution
(Beobachtung, Fragebögen, ggf. Video)

nach C. LECHMANN; ATZ Köln

Basisdiagnostik

- Befragung der Bezugspersonen, ggf. home-video
- Beobachtung von:
Spiel, Verhalten, Interaktion und Kommunikation
- Einsatz von Fragebögen je nach Alter und vermuteter Diagnose:
M-CHAT, modified Checklist for Autism in Toddlers
(Eltern-Fragebogen) 16-30 Monate, empfohlen 24 Mon.
MBAS, Marburger Beurteilungsskala für das
Asperger-Syndrom (Eltern-Screening) 6-20 Jahre
ASAS, Australian Scale for Asperger's Syndrome
(Screening) 6-19 Jahre
FSK, Fragebogen zur Sozialen Kommunikation –
Autismus-Screening
(Eltern-Fragebogen) ab Entw.-Alter 2 Jahre

M-CHAT

Items mit der höchsten Diskriminationsstärke

- Joint Attention

auf etwas Interessantes zeigen
Reaktion auf Zeigegeste
bringen, um zu zeigen

- Soziale Bezogenheit

Interesse an anderen Kindern
Imitation

- Kommunikation

Reaktion auf seinen Namen

Zentrales Defizit: Joint Attention

- Kein / kaum Interesse am Gegenüber
- Fehlendes Sprachverständnis
- Fehlendes Imitationsverhalten

Spezielle Diagnostik

- Einsatz spezifischer diagnostischer Verfahren (sog. „Goldstandard“):

FSK,

Fragebogen zur Sozialen Kommunikation –
Autismus-Screening

ADOS,

Autism Diagnostic Observation Schedule
(4 Sprachmodule; 45 Minuten zzgl. Video-Auswertung)

ADI-R,

Autismus-Diagnostisches Interview (mind. 90 Min.)

Differenzialdiagnose

- Bindungsstörungen
- Intelligenzminderung (Geistige Behinderung)
- Genetisch-somatische Erkrankungen
- Sinnesbeeinträchtigungen
- Sprachentwicklungsstörungen, Mutismus
- Neurologische Erkrankungen; Epilepsie
- ADHS
- Emotionalstörungen, Anpassungsstörungen, Deprivation
- Angststörungen, soziale Phobie
- Zwangsstörungen
- Störungen des Sozialverhaltens
- Andere Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit (F94.8)

Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik

Sozialpädiatrie MBS

- Bereich **E**ntwicklung/ Intelligenz
- Bereich **K**örperlich-neurologische Befunde
- Bereich **P**sychische Befunde und Verhalten
- Bereich **S**oziale Begleitumstände
- Bereich **A**bklärung der Ätiologie
- Bereich **T**eilhabe und ICF

Sozialrechtliche Aspekte

- Behinderung – Mehrfach-Behinderung - Pflegeversicherung
- GdB – Grad der Behinderung
Kriterien der Definitionen der ICD-10-GM müssen erfüllt sein.
- Soziale Anpassungsschwierigkeiten:
Integrationsfähigkeit in Lebensbereiche (z. B. Regel-Kindergarten, Regel-Schule, allgemeiner Arbeitsmarkt, öffentliches Leben, häusliches Leben) nicht ohne besondere Förderung oder Unterstützung (zum Beispiel durch Eingliederungshilfe) gegeben ODER:
Betroffene bedürfen einer besonderen Beaufsichtigung
- Hilflosigkeit
„Bei tief greifenden Entwicklungsstörungen, die für sich allein einen GdS von mindestens 50 bedingen, ... ist regelhaft Hilflosigkeit bis zum 18. Lebensjahr anzunehmen.“

Wichtiges für die Praxis

- Autismus-Spektrum:
sehr unterschiedliche Ausprägung
- Kleinkinder mit „speziellen“ Entwicklungsmustern:
aufmerksam registrieren, Verlaufsuntersuchung!
- Trias der Leitsymptome zueinander führen:
 - Auffälligkeiten und Abweichungen in Sprache und Kommunikation
 - Besonderheiten im Sozialverhalten
 - Rituale, Stereotypien; spezielle Interessen, Fähigkeiten
- (Pseudo-)Diagnosen vermeiden!

FAZIT

- Wesentlich: überhaupt an Erkrankungen aus dem Autismus-Spektrum denken!
- Differenzierte Abklärung (Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik bzw. Multiaxiale Klassifikation) sowohl im organischen wie psychopathologischen Bereich
- Einschätzung möglichst durch verschiedene Untersucher und mit Video-Dokumentation, Einsatz von spezifischen Fragebögen; standardisierte Beobachtung ADOS
- Realistische Interventionsplanung, enorme Belastung der Bezugspersonen bedenken
- Keine Angst vor angemessener psychopharmakologischer Medikation
- Verlaufsbeobachtung, Adaptation von Diagnose und Intervention; langfristige Begleitung und Behandlungsplanung!



*Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit !*