

BEGEGNUNGEN MIT KINDERN IM AUTISMUS-SPEKTRUM – ENTWICKLUNGSPÄDIATRISCHE DIAGNOSTIK UND ENTWICKLUNGSBASIERTE THERAPIE

Dr. med. Christina Schaefer

Autismus-Abklärungen in der Entwicklungspädiatrie

Die Autismus-Spektrum-Störung (ASS) hat in den vergangenen Jahren auch für die Entwicklungspädiatrie zunehmend an Bedeutung gewonnen. So werden immer mehr Kinder schon früh mit der Fragestellung nach einer möglichen Autismus-Spektrum-Störung zugewiesen. Insbesondere bei den kleinen Kindern stehen neben den Verhaltensauffälligkeiten häufig noch weitere Entwicklungsauffälligkeiten in den Bereichen Sprache, motorische Entwicklung, kognitive Entwicklung sowie dem Schlaf- und Essverhalten im Vordergrund. Das führt sicherlich dazu, dass aktuell ein grosser Teil der Autismus-Abklärungen bei Kindern im Vorschulalter in der Entwicklungspädiatrie durchgeführt wird, wie dies für den Kanton Zürich gezeigt werden konnte¹⁾. Von den Eltern wird häufig die grösste Sorge bezüglich der fehlenden oder mangelnden Sprachentwicklung beschrieben^{2, 3)}. In einer aktuellen Analyse der Daten der Fachstelle Sonderpädagogik (Fachstellen Zürich und Winterthur) konnte gezeigt werden, dass von den 147 Kindern im Kanton Zürich, bei welchen in den Jahren zwischen 2014 und 2017 die Diagnose einer Autismus-Spektrum-Störung gestellt und die für eine heilpädagogische Früherziehung angemeldet wurden, bei 72,1% eine zusätzliche Sprachentwicklungsstörung diagnostiziert wurde¹⁾.

Frühe Diagnostik

Zur Förderung der Entwicklung der Kinder sind eine möglichst frühe passende Intervention und somit auch eine frühzeitige Diagnostik sinnvoll⁴⁾. Der aktuell vom Bundesrat herausgegebene Bericht zur Verbesserung der Diagnostik, Behandlung und Begleitung von Menschen mit ASS in der Schweiz betont die Notwendigkeit einer frühzeitigen, korrekten Diagnosestellung, um rechtzeitig angemessene Förderangebote zu vermitteln. Dazu soll sichergestellt werden, dass die involvierten Fachpersonen «einerseits wissen, welche Verhaltensweisen auf eine ASS hinweisen können und andererseits, an wen sie sich wenden sollen oder an wen sie die Familie verweisen können»⁵⁾.

In der genannten Erhebung im Kanton Zürich konnte gezeigt werden, dass bei den im Vorschul-

alter diagnostizierten Kindern durchschnittlich 1,9 Jahre zwischen den ersten von den Eltern beobachteten Auffälligkeiten und der späteren Diagnosestellung lagen¹⁾. Das Alter der Kinder, in welchem die Eltern erste Auffälligkeiten beschrieben, lag dabei zwischen 0,5 und 4,5 Jahren (Abbildung 1). Um die Zeitspanne zwischen den ersten Symptomen und der Diagnosestellung möglichst klein zu halten, erscheint ein frühes Erfassen möglicher elterlicher Sorgen durch den Kinderarzt im Rahmen der regulären Vorsorgeuntersuchungen wichtig. Beispiele für typische durch die Eltern beschriebene Auffälligkeiten sind in Tabelle 1 aufgelistet⁶⁾. Während die «American Academy of Pediatrics» den Einsatz standardisierter Screeninginstrumente wie die «Modified Checklist for Autism in Toddlers revised» (M-CHAT-R)⁷⁾ für alle Kinder bei der 2-Jahres-Untersuchung empfiehlt⁸⁾, weisen Villalieu et al. in einem Übersichtsartikel zu den aktuellen deutschen S3-Leitlinien darauf hin, dass diese – wie auch die schottischen SIGN-2011 und die britischen NICE-Leitlinien-2012 – den Einsatz der vorhandenen Screeninginstrumente wie den M-CHAT-R-Fragebogen aufgrund der hohen Raten falsch-positiver und falsch-negativer Ergebnisse und der niedrigen Populationsprävalenz nicht standardmässig, sondern nur bei Vorliegen entsprechender Risikofaktoren und hinweisender Symptome empfehlen⁹⁾. Eine aktuelle Umfrage (Dr. med. S. Mayr, Diplomarbeit, DAS Entwicklungspädiatrie, UZH – in Arbeit), an der sich 54% der Kinderärzte im Kanton Zürich beteiligten, ging der Frage nach wie regelmässig auf Autismus hinweisende Symptome anlässlich der Vorsorgeuntersuchungen erhoben werden. Fragen zur Kommunikation und sozialen Interaktion kommen dabei in unterschiedlicher Häufigkeit zum Einsatz. So gaben 98% an, sich bei den 4-monatigen Kindern gezielt nach deren Blickverhalten zu erkundigen, während nur etwa 39% bei den 24-monatigen Kindern Fragen zum prinzipiellen Interesse an anderen Kindern stellen. Bei anamnestischen Hinweisen setzen 21% dann das Screeninginstrument M-CHAT-R ein, um standardisiert die bereits in diesem Alter erkennbaren und für ASS typischen Verhaltensweisen zu erfassen. Bei auffälligem Screening empfiehlt die deutsche Leitliniengesellschaft die Weiterleitung an eine auf ASS spezialisierte Stelle zur Durchführung ei-



Christina Schaefer

Abteilung
Entwicklungspädiatrie
Universitäts-
Kinderspital Zürich
Steinwiesstrasse 75
8032 Zürich

Korrespondenz:
christina.schaefer@
kispi.uzh.ch

ner umfassenden Diagnostik⁹⁾. Diese beinhaltet nach aktuellem Goldstandard die Erhebung der anamnestischen Daten möglichst im Rahmen eines standardisierten Interviews (autism diagnostic interview revised, ADI-R), eine direkte Verhaltensbeobachtung (autism diagnostic observation schedule, ADOS-2) und eine differenzierte Entwicklungsdiagnostik¹⁰⁾. Für die direkte Verhaltensbeobachtung bietet der ADOS-2 mit dem Kleinkindmodul die Möglichkeit, bereits sehr früh (im Alter zwischen 12 und 30 Monaten) den Verdacht auf das Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung zu gewichten. Zweigenbaum und Kollegen konnten zeigen, dass insbesondere die autistischen Kinder mit ausgeprägten Sprachschwierigkeiten bereits vor dem Alter von 3 Jahren diagnostiziert werden konnten¹¹⁾. Für den Kanton Zürich konnten wir für die 147 Vorschulkinder (0-5 Jahre), die durch die Abteilungen Entwicklungspädiatrie Zürich und Winterthur und die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Zürich (KJPP) abgeklärt wurden, ein mittleres Alter von 3,7 Jahren bei Diagnosestellung ermitteln¹⁾.

Frühe Intervention

Der Zugang über die kindliche Entwicklung spielt auch im Bereich der Therapie autistischer Kinder eine zentrale Rolle. So kommen neben den etablierten verhaltenstherapeutischen Massnahmen (EIBI – early intensive behavioral interventions) vermehrt entwicklungsbasierte Ansätze (IDI – intensive developmental interventions) zum Einsatz. Auf die beispielsweise bereits im Artikel von Studer 2017 ausführlich beschriebenen verhaltenstherapeutischen Ansätze soll hier nicht weiter eingegangen werden, sondern anhand eines Beispiels ein entwicklungsbasierter Ansatz näher erläutert werden¹²⁾. Das von Serena Wieder und Stanley Greenspan entwickelte DIR (developmental individual difference relationship) ist ein Beispiel eines solchen entwicklungsbasierten Ansatzes. Mit der «Floortime»-Methode wird die Begegnung mit dem Kind genutzt, es zu begleiten und zu unterstützen. Dabei sind die Bezugspersonen (Eltern, Therapeuten) gefordert, den natürlichen Interessen des Kindes zu folgen. Diese können genutzt werden um, in dem vom Kind vorgegebenen Tempo, mit Unterstützung von Affekt-betonen verbalen Äusserungen und non-verbalen Mitteln als Spielpartner in eine wechselseitige, für das Kind bedeutungsvolle Beziehung zu kommen. Diese Beziehung sollte möglichst lange aufrechterhalten werden. Zentrale Prämisse ist hier, dem Kind auf seinem individuellen Entwicklungsniveau, unter Berücksichtigung seiner individuellen Verarbeitungsfähigkeiten und Nutzen der Beziehung als Motivationsgrundlage, zu begegnen. Stanley Greenspan und Serena Wieder¹³⁾ haben die verschiedenen Stufen der sozial-emotionalen Entwicklung des Kindes beschrieben (Abbildung 2) und betonen, wie wichtig es ist, eine stabile Basis zu schaffen. Nur wenn es dem Kind gelingt, sich zu regulieren oder durch Co-Regulation in eine stabile Verfassung zu finden, so dass ein Interesse an der Umwelt entstehen kann, wird es möglich mit ihm eine Beziehung aufzubauen, in welcher sich das Kind sicher und geborgen fühlt. Eine Beziehung, die das Kind als bedeutungsvoll erlebt, ermöglicht es dem Kind sich zunehmend als selbstwirksam zu erle-

ben und Strategien zu entwickeln, mit aufkommenden Problemen umzugehen. Entstehende Kommunikationskreise können zunehmend ausgebaut werden, damit das Kind in positiv erlebten spielerischen Interaktionen seine sozial emotionalen Fähigkeiten ausweiten kann. So kann das Kind im Spiel mit immer symbolhafterem Charakter lernen, zwischen Fantasie und Realität zu unterscheiden und komplexere Fähigkeiten in den Bereichen Abstraktion, Reflektion und Empathie zu entwickeln¹³⁾.

Situation in der Schweiz

Studer et al beschreiben in einem aktuellen Artikel, dass es für die früh diagnostizierten ASS Kinder in der Schweiz zu wenig spezifische Therapieangebote gibt. Mit dem FIAS (Frühintervention bei autistischen Störungen) im Kanton Basel sowie dem FIVTI (Frühe intensive verhaltenstherapeutische Intervention) im Kanton Zürich stehen in der Deutschschweiz sowohl ein entwicklungsorientiertes wie auch ein verhaltenstherapeutisches kantonsübergreifendes Intensivprogramm zur Verfügung, jedoch nur für eine sehr begrenzte Anzahl an Patienten und Familien. Es besteht ein fachlicher Konsens, dass nicht jede Intervention gleich gut zu jedem Kind und zu jeder Familie passt. Darum sollte individuell abgewogen werden können, welche Therapieform für das jeweilige Kind und seine Familie geeignet ist. Dazu müssten jedoch, wie vom Bundesrat gefordert, in jedem Fall die entsprechenden Therapieangebote ausgebaut werden, so dass eine flächendeckende Versorgung möglich wird. Die meisten autistischen Kinder im Vorschulbereich erhalten heilpädagogische Früherziehung, gegebenenfalls ergänzt durch eine logopädische Therapie. Studer betont, dass die Therapeuten auch heute noch nur wenig Erfahrung in der Behandlung autistischer Kinder haben¹²⁾. Als vielversprechender Ansatz kann in diesem Zusammenhang der Kanton Luzern genannt werden; mit autistischen Kindern arbeiten dort Früherzieher/innen, welche eine Ausbildung in der DIR/Floortime-Methode erhalten haben¹⁴⁾. Die DIR/Floortime-Methode wie auch andere entwicklungsorientierte Ansätze mit Fokus auf der Beziehungsgestaltung, bietet die Chance, die Eltern als aktive Partner mit einzubeziehen. Damit werden diese in ihrer Selbstwirksamkeit gestärkt, die emotionale Entwicklung ihrer Kinder zu fördern. So betonen Kievit und Kollegen in einem aktuellen Artikel zu den Zielen der FIAS-Therapie, wie wichtig es ist, Eltern in ihren co-therapeutischen und elterlichen Kompetenzen zu stärken und so zu erreichen, dass durch soziale Spielerfahrungen im Alltag optimale Lernbedingungen für die autistischen Kinder geschaffen werden können¹⁵⁾.

Schlussbemerkung

Unabhängig von den spezifischen Ansätzen der verhaltenstherapeutischen oder entwicklungsbasierten Therapieprogramme, welche sich jeweils als hilfreich erwiesen haben, gilt es dem entwicklungspsychiatrischen Denken folgend, die Eltern darin zu bestärken, dem Kind auf seiner Entwicklungsebene zu begegnen, um dann mit viel Geduld und intensiver Beobachtung die Signale wahrzunehmen, welche vom Kind ausgehen. Diese kindlichen Signale können genutzt werden, um

Fortbildung

mit dem Kind in liebevoller Verbundenheit ein gemeinsames Miteinander entstehen zu lassen, zu gestalten und fortzuführen. Hierbei sind die Eltern als aktive Partner gefordert. Momente gemeinsamer Freude und positives gemeinsames Erleben bilden die Grundlage, auf welcher das Kind von den unterschiedlichen Unterstützungsprogrammen profitieren und sich entsprechend seines Potentials bestmöglich entwickeln kann.

Tabelle 1: Verkürzte Zusammenstellung der im Artikel von Becerra-Culqui 2018 beschriebenen typischen frühen Auffälligkeiten von Kindern, bei denen später eine Autismus-Spektrum-Störung diagnostiziert wurde:

- Fehlendes Initiieren sozialer Interaktionen
- Mangelnder Blickkontakt
- Ungewöhnliche Reaktionen auf sensorische Reize
- Objektbezogen
- Verzögerte/auffällige Sprachentwicklung
- Fehlendes imitatives bzw. Symbolspiel
- Repetitive Bewegungsmuster (Flapping/Schaukeln)
- Fehlende Gestik / Deuten / Imitieren
- Fehlende oder verzögerte Reaktion auf eigenen Namen
- Auffällige motorische Entwicklung / Muskeltonus
- Verlust von Fähigkeiten
- Verkürzte Schlafenszeiten

modifiziert nach Becerra-Culqui 2018 ⁶⁾

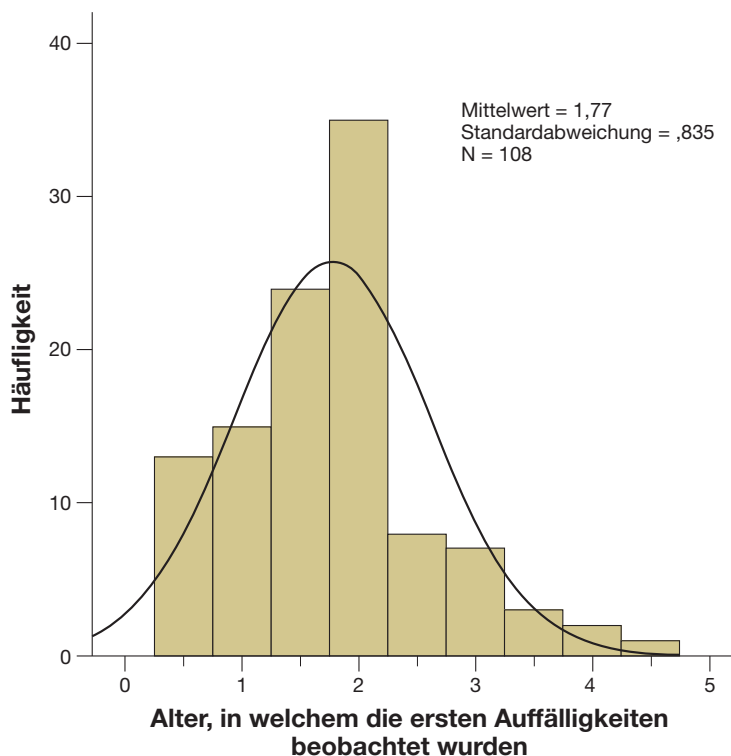
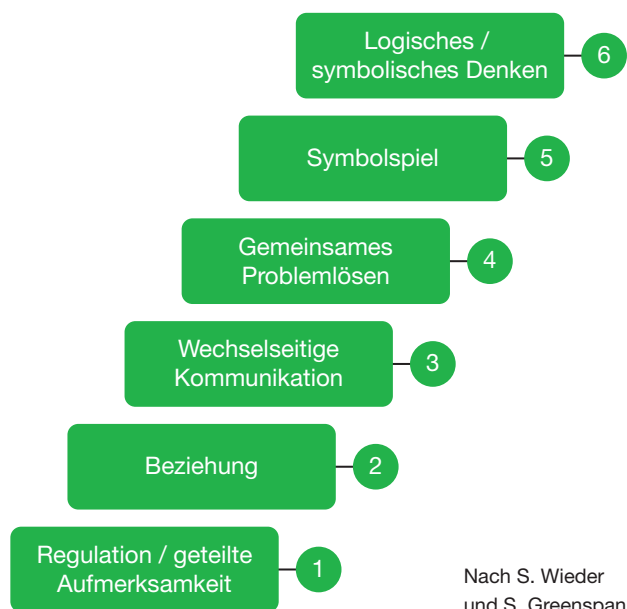


Abbildung 1: Aus dem Datenpool der Fachstelle Sonderpädagogik des Kantons Zürich; gezeigt wird das Alter, in welchem erste Auffälligkeiten beobachtet wurden bei Kindern im Alter von 0-5 Jahren, welche in den Jahren 2014-2017 die Diagnose einer Autismus-Spektrum-Störung erhalten haben und für eine heilpädagogische Förderung bei der Fachstelle Sonderpädagogik angemeldet wurden.



Nach S. Wieder und S. Greenspan

Abbildung 2: Die ersten 6 Stufen der sozial-emotionalen Entwicklung, wie sie im DIR-Autismus-Interventionsprogramm von S. Wieder und S. Greenspan ¹³⁾ beschrieben werden.

Referenzen

- 1) Schaefer C, Schneider N, Jenni O, von Rhein M. Frühe Fördermassnahmen für Kinder mit Autismus-Spektrum-Störung. Situation im Kanton Zürich. Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik. 2018;24: 14-9
- 2) Zwaigenbaum L, Penner M. Autism spectrum disorder: advances in diagnosis and evaluation. BMJ. 2018;361:k1674
- 3) Richards M, Mossey J, Robins DL. Parents' Concerns as They Relate to Their Child's Development and Later Diagnosis of Autism Spectrum Disorder. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics. 2016;37:532-40
- 4) Zwaigenbaum L, Bauman ML, Choueiri R, Kasari C, Carter A, Granpeesheh D, Mailloux, Z, Smith Roley S, Wagner S, Fein D, Pierce K, Buie T, Davis PA, Newschaffer C, Robins D, Wetherby A, Stone WL, Yirmiya N, Estes A, Hansen RL, McPartland JC, Natowicz MR. Early Intervention for Children With Autism Spectrum Disorder Under 3 Years of Age: Recommendations for Practice and Research. 2015; 136: 60-79
- 5) Der Bundesrat, Schweizerische Eidgenossenschaft. Bericht Autismus-Spektrum-Störungen 2018
- 6) Becerra-Culqui TA, Lynch FL, Owen-Smith AA, Spitzer J, Croen LA. Parental first Concerns and Timing of Autism Spectrum Disorder Diagnosis. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2018; 48: 3367-76
- 7) Robins DL, Fein D, Barton M. The modified checklist for autism in toddlers, revised with follow up (M-CHAT-R/F). Self-published. 2009; Available at: mchatscreen.com
- 8) Johnson CP, Myers SM; American Academy of Pediatrics Council on Children with Disabilities. Identification and Evaluation of Children with Autism Spectrum Disorders. Pediatrics. 2007;120:1183-215
- 9) Villasaliu L, Jensen K, Dose M, Hagenah U, Hollmann H, Kamp-Beker I et al. Diagnostik von Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes- Jugend- und Erwachsenenalter: Überblick zu den wesentlichen Fragestellungen und Ergebnissen des ersten Teils der S3-Leitlinien. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2018;1-12; <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000621>.
- 10) Kamp-Becker I, Albertowski K, Becker J, Gharhremam M, Langmann A, Mingeback T et al. Diagnostic accuracy of the ADOS and ADOS-2 in clinical practice. European Child and Adolescent Psychiatry. 2018;27:1193-207
- 11) Zwaigenbaum L, Bryson SE, Brian J, Smith IM, Roberts W, Szatmari P et al. Stability of Diagnostic Assessment for Autism Spectrum Disorder between 18 and 36 Months in a High-Risk Cohort. Autism Research. 2016;9:790-800
- 12) Studer N, Gundelfinger R, Schenker T, Steinhausen HC. Implementation of an early intensive behavioural intervention for children with autism in Switzerland. BMC psychiatry. 2017;17:34
- 13) Wieder S, Greenspan SI. Climbing the symbolic ladder in the DIR model through floor time/interactive play. Autism 2003; 7 (4): 425-35
- 14) Dittili D. Lernende mit Autismus-Spektrum-Störungen: Strategie im Kanton Luzern Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik. 2018;24:20-5
- 15) Kievit E, Krückeberg N, Brunner Rast J, Herbrecht E. Elternarbeit in der intensiven Frühintervention bei Autismus-Spektrum-Störungen: Gelingfaktoren am Beispiel des FIAS-Ansatzes. Psychiatrie und Neurologie. 2018;5:13-5

Die Autorin hat keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.