Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

AWMF-Leitlinien-Register	Nr. 028/018	Entwicklungsstufe:	1

Zitierbare Quelle:
Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007 - ISBN: 978-3-7691-0492-9, S. 225 - 237

Tief greifende Entwicklungsstörungen (F84)

1. Klassifikation

1.1 Definition

Frühkindlicher Autismus

- Tief greifende, meist wahrscheinlich genetisch bedingte Entwicklungsstörung
- Manifestation vor dem vollendeten dritten Lebensjahr
- Persistiert während der gesamten Lebenszeit

Das **Asperger-Syndrom** sowie der atypische Autismus umfassen Teilaspekte des frühkindlichen Autismus.

Rett-Syndrom. Beginn erst nach normaler Entwicklungsperiode mit Sprach- und Kommunikationsstörungen, neurologischen Koordinationsstörungen und charakteristischen stereotypen Handbewegungen (fast nur Mädchen betroffen).

Sonstige desintegrative Störung des Kindesalters. Zunächst normale Entwicklung, dann bleibender Verlust erworbener Fertigkeiten der Sprache, der gegenseitigen sozialen Interaktion und Kommunikation (s. Autismus) sowie stereotype Verhaltensmuster.

Hyperaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien. Exzessive Aktivität, Stereotypien, Selbstbeschädigung, intellektuelle Behinderung.

1.2 Leitsymptome

Für die Diagnosestellung des frühkindlichen Autismus sind folgende Symptome wesentlich (I):

Qualitative Auffälligkeiten der gegenseitigen sozialen Interaktion

- Unfähigkeit, soziale Interaktionen durch nichtverbales Verhalten zu regulieren (Blickkontakt, soziales Lächeln, subtiles Mienenspiel, mimischer Ausdruck von Gefühlen; interaktionsbegleitendes Mienenspiel fehlt weitgehend)
- Unfähigkeit, Beziehung zu Gleichaltrigen aufzunehmen (ausgeprägter Mangel an Interesse an anderen Kindern, an Phantasiespielen mit Gleichaltrigen; fehlende Reaktion auf Annäherungsversuche anderer; Unfähigkeit, Freundschaft einzugehen)
- Mangel an Aufmerksamkeit oder Freude, die mit anderen geteilt wird (andere werden nicht auf Dinge gelenkt, um sie daran zu interessieren)
- Mangel an sozio-emotionaler Gegenseitigkeit (Annäherungsversuche des Kindes und seine Reaktionen in sozialen Situationen sind unangemessen oder unpassend; Gefühlsäußerungen, wie jemanden zu trösten, fehlen; andere Personen scheinen wie Gegenstände benutzt zu werden).

Qualitative Auffälligkeit der Kommunikation und Sprache

- Bei der Hälfte der Kinder (in neueren Studien evtl. nur 1/3) mit frühkindlichem Autismus entweder keine oder unverständliche Sprache
- Keine Kompensation der mangelnden Sprachfähigkeiten durch Mimik oder Gestik, kein spontanes Imitieren der Handlungen anderer, insbesondere bei Kindern unter 4 Jahren, später kein spontanes oder phantasievolles Spielen bzw. Symbolspielen
- Stereotype, repetitive oder idiosynkratische sprachliche Äußerungen (neologische Wortbildungen, Vertauschung der Personalpronomina, verzögerte Echolalie, kein sprachlicher Austausch im Sinne einer informellen Konversation).

Repetitive, restriktive und stereotype Verhaltensmuster

- Ausgedehnte Beschäftigung mit stereotypen, ungewöhnlichen Handlungen und eng begrenzten Spezialinteressen (zwanghaftes Festhalten an nicht funktionalen Handlungen oder Ritualen, extrem ängstliche oder beunruhigte Reaktion beim Unterbrechen dieser Handlungen)
- Stereotype und repetitive motorische Manierismen (Drehen oder Flackern der Finger vor den Augen, Schaukeln, Auf-und-ab-Hüpfen)
- Beschäftigung mit Teilobjekten oder nicht funktionellen Elementen von Gegenständen (ungewöhnliches Interesse an sensorischen Teilaspekten wie am Anblick, Berühren, an Geräuschen, am Geschmack oder Geruch von Dingen oder Menschen).

1.3 Schweregradeinteilung

Sie richtet sich nach folgenden Kriterien:

- Eine allgemein verbindliche Übereinkunft über eine Definition von Schweregraden besteht derzeit nicht.
- Intensität der Auffälligkeit in den einzelnen Bereichen
- Das intellektuelle Leistungsniveau im Bereich der geistigen Behinderung oder die schwere Beeinträchtigung in der sozialen Interaktion, der Kommunikation (insbesondere der Sprache) und die stereotypen, ritualisierten Verhaltensweisen verhindern eine Verselbstständigung im Erwachsenenalter.
- Begleitende Symptomatik (wie Einschränkung der sprachlichen Äußerungsfähigkeit, der Motorik, Grad der intellektuellen Beeinträchtigung und störender fakultativer Symptome wie Hyperaktivität, bizarre Essmuster)
- Ausmaß der notwendigen Aufsicht und Pflege (Achse VI MAS)

Im revidierten ADOS [Beobachtungsinstrument - Rühl et al. 2004], wird eine Schweregradeinteilung (Schwellenwert) für Autismus (höher) bzw. für Autismus Spektrum (etwas niedriger) unterschieden.

1.4 Untergruppen

Asperger-Syndrom

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollten aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

- Qualitative Beeinträchtigung der gegenseitigen sozialen Interaktion
- Begrenzte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten
- Es fehlt eine klinisch eindeutige, allgemeine und schwerwiegende Verzögerung der gesprochenen oder rezeptiven Sprache und/oder der kognitiven Entwicklung.
- Die Kommunikationsstörung wird im ICD-10 nicht erwähnt; sie stellt aber eine bedeutsame Beeinträchtigung dar und wird nicht durch die gute Sprachfähigkeit kompensiert.
- Die kommunikativen und sprachlichen Fähigkeiten sind in den ersten 3 Lebensjahren unauffällig.

Atypischer Autismus
Auffällige oder beeinträchtigte Entwicklung entsprechend den Autismus-Kriterien, jedoch kann das Manifestationsalter nach dem dritten Lebensjahr liegen, und/oder nicht alle Störungsbereiche entsprechen der Definition des Autismus (atypisches Erkrankungsalter und/oder atypische Symptomatik).

Rett-Syndrom

- Nach eindeutig normaler Entwicklung Abnahme des Kopfwachstums zwischen dem fünften Lebensmonat und vierten Lebensjahr
- Gleichzeitig Verlust der erworbenen zielgerichteten Handbewegungen zwischen fünftem und dreißigstem Lebensmonat
- Gleichzeitig Kommunikationsstörung mit beeinträchtigter sozialer Interaktion und Störungen der Koordination beim Gang und den Rumpfbewegungen
- Verlangsamung mit Störung der expressiven und rezeptiven Sprache
- Stereotype Handbewegungen vor dem Körper
- Nur das weibliche Geschlecht ist betroffen.

Sonstige desintegrative Störungen

- Verlust erworbener Fertigkeiten nach normaler Entwicklung in den ersten 2 Jahren
- Auffälligkeiten der gegenseitigen sozialen Interaktion und der Kommunikation, Auftreten stereotyper Verhaltensmuster und Interessensverlust an der Umwelt
- Störungen in der expressiven und rezeptiven Sprache, im Spiel und in den sozialen Fertigkeiten
- Nicht alle Gebiete müssen gleichzeitig betroffen sein, wesentlich ist der Abbau erworbener Fähigkeiten.

Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien

- Motorische Ruhelosigkeit und exzessive Aktivitäten, oft in unangemessenen Situationen
- Repetitives und stereotypes Verhalten
- Die soziale Interaktionsfähigkeit, die Kommunikationsfähigkeit und die Kontaktaufnahme zu anderen Personen sind nicht beeinträchtigt.
- Intellektuelle Fähigkeiten im mittleren geistigen Behinderungsbereich oder darunter.

2. Störungsspezifische Diagnostik

2.1 Symptomatik

- Eine zuverlässige Diagnostik der autistischen Störung erfordert die gezielte, entwicklungs- und symptomorientierte Befragung der Eltern und eine strukturierte Beobachtung des Verhaltens des betroffenen Kindes oder Jugendlichen.
- Dazu bedarf es der Anwendung standardisierter Interview- und Beobachtungsverfahren, um die Diagnose zu sichern.
- Als differenzierte Untersuchungsinstrumente werden derzeit die Autismus-Diagnostische Interview-Revision (ADI-R)(I) und das Autismus-Diagnostische Beobachtungs-Instrument (ADOS)(II) eingesetzt; beide Instrumente verlangen eine intensive Schulung. Zum Screening empfehlen sich Fragebögen wie der Fragebogen über Verhalten und Soziale Kommunikation (VSK) (II).
- Weitere, weniger an den letzten Revisionen der Klassifikationen (ICD-10/DSM-IV) orientierten Verfahren sind: die Autismus-Beurteilungs-Skala (CARS) oder die Autismus-Verhaltensliste (ABC).

2.2 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

- Die spezifische Symptomatik des Autismus ist früh erkennbar.
- Die sichere Diagnose vor dem achtzehnten Lebensmonat oder vor dem damit korrespondierenden Entwicklungsalter ist differenzialdiagnostisch unsicher.

2.3 Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen

Achse I
- Häufige komorbide Störungen sind Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefizite im Sinne einer hyperkinetischen Störung bei fast der Hälfte der Kinder mit Autismus im Verlauf der Erkrankung sowie Ticstörungen (III). Auto- und Fremdaggressionen sind nicht selten.
- Häufig schwerwiegende Begleitsymptome sind Selbstverletzungen, Probleme der Sauberkeitsentwicklung, Ess- und Schlafprobleme (IV).

Achse II

- Erhebliche Sprachdefizite unterschiedlichen Ausmaßes (I). Probleme der Lesefähigkeit überdurchschnittlich häufig(I).

Achse III

- Intellektuelle Behinderung in 30-50-75% der Fälle (II) und/oder
- spezielle Probleme der sozialen Wahrnehmung bei besserer Gestaltwahrnehmung bzw. neuropsychologisch verifizierbare Defizite der Exekutivfunktionen (Probleme der Handlungsplanung, Handlungskontrolle) der zentralen Kohärenz (partialisierte Reizwahrnehmung, die den Gesamtzusammenhang zugunsten des Einzelreizes vernachlässigt) und der "Theory of Mind" (eigene und fremde Gedanken erkennen z.B. am jeweiligen Ausdrucksverhalten) (II).

Achse IV

- Epileptische Anfälle in bis zu 30% der Fälle (Verzögerung der motorischen Entwicklung, häufig hypotoner Muskeltonus, motorische Unbeholfenheit, "Clumsiness" (III)).

2.4 Störungsrelevante Rahmenbedingungen

Achse V
- Häufig gewaltige Überforderung der Bezugspersonen des Kindes sowie depressive Symptomatik, überprotektive Schutzhaltung, Zerbrechen der Familie (unvollständige Familie).

Achse VI

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollten aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

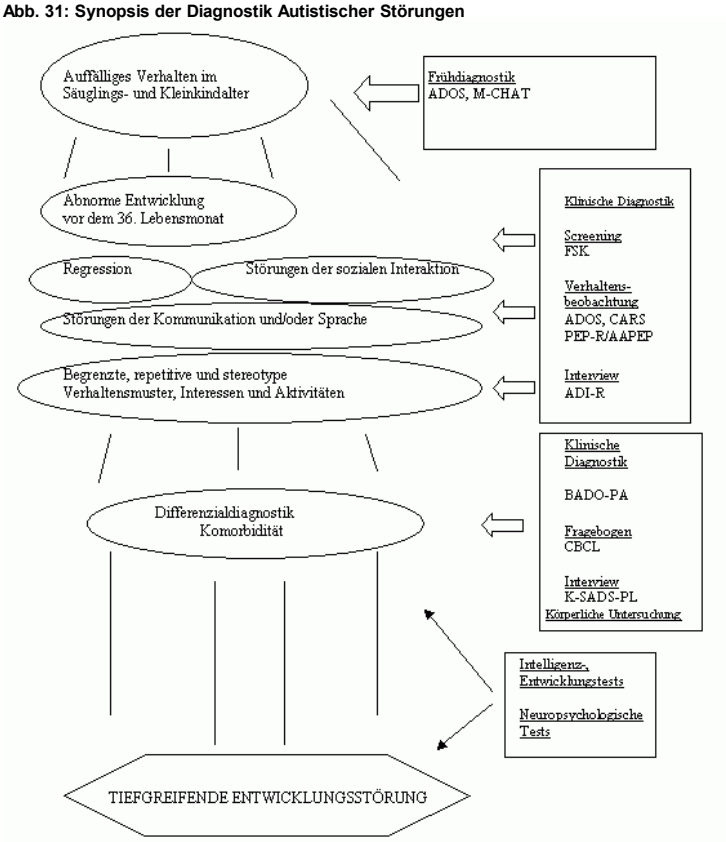
Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

- Die Pflegebedürftigkeit des betroffenen Patienten ist in der Regel überdurchschnittlich hoch (III).

2.5 Apparative, Labor- und Testdiagnostik

- Intelligenzdiagnostik (s. Abb. 31) und neuropsychologische Testdiagnostik; bei fehlendem Instruktionsverständnis und fehlender Kooperationsfähigkeit kann eine Grobeinschätzung des Funktionsniveaus mit adaptiven Verhaltensskalen erfolgen (z.B. Vineland Adaptative Behavior Scales)
- Hörprüfung (wegen der mangelnden Reaktion auf akustische Reize oft schwer differenzierbar)
- Sehprüfung (wegen der Gesamtstörung Visus oft nicht sicher einschätzbar)
- Neurologische Untersuchung (zur Beurteilung der motorischen Behinderung, zur Differenzialdiagnose)
- EEG (wegen der erhöhten zerebralen Erregungsbereitschaft)
- Mindestens einmal eine Untersuchung mithilfe eines bildgebenden Verfahrens (CT, MRT) zum Ausschluss einer bekannten organischen Erkrankung, z.B. einer tuberösen Hirnsklerose
- Chromosomale Untersuchung zur Auffindung chromosomaler Aberrationen und molekulargenetische Untersuchung zur Differenzierung von möglichen Begleiterkrankungen wie dem Fragilen-X-Syndrom.

Abb. 31: Synopsis der Diagnostik Autistischer Störungen



2.6 Weitergehende Diagnostik

Schwere geistige Behinderung
Die Differenzialdiagnose ist bei IQ < 35 und bei sehr jungen Kindern schwierig. Eine gute Interaktion mit dem Kind entsprechend seinem Entwicklungsstand spricht gegen die Diagnose eines frühkindlichen Autismus.

Entwicklungsstörungen der Sprache und der Motorik
Neben den für autistische Störungen typischen Auffälligkeiten des Sprechens (monotone Modulation, Lautstärke, Sprachflüssigkeit, Sprechgeschwindigkeit, Tonfall und Rhythmus) und der stereotypen und repetitiven Verwendung der Sprache kann die Abgrenzung zu Artikulationsstörungen (F80.0) und zum Landau-Kleffner-Syndrom (F80.3) gewöhnlich aufgrund des Sachverhaltes vorgenommen werden, dass bei diesen Patienten die nonverbale Kommunikation noch relativ intakt ist. Die Differenzierung zur expressiven (F80.1) und rezeptiven (F80.2) Sprachstörung ist unter Umständen erschwert, da nicht wenige dieser Kinder auch autismusähnliche Verhaltensauffälligkeiten zeigen. Bei Verzögerung/Störung der motorischen Entwicklung (F82) liegen keine motorischen Stereotypien vor.

Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien (F84.4)
Es fehlen die für den Autismus typischen Kommunikations- und Interaktionsstörungen.

Bindungsstörungen (F94.1/F94.2)
Kinder mit Deprivationssyndromen und/oder Sinnesstörungen zeigen nach einigen Monaten in adäquatem Umfeld deutlich schnellere und bessere sprachliche Funktionen als Kinder mit Autismus.

Rett-Syndrom (F84.2)
Tritt fast nur bei Mädchen auf, erworbene Fähigkeiten gehen verloren und typische psychomotorische Entwicklungsstörungen treten auf. Molekulargenetische Identifikation ist in den meisten Fällen möglich (Mutation des *MECP2*-Gens).

Sonstige desintegrative Störungen des Kindesalters (F84.3) bzw. Hellersche Demenz
Bis zum Alter von mindestens 2 Jahren liegt eine normale Entwicklung vor, der Verlust erworbener Fähigkeiten differenziert diese Störung vom Autismus (cave: beim Autismus können z.B. sprachliche Fähigkeiten in einigen Fällen in den ersten 2 Lebensjahren rückläufig sein).

Fragiles-X-Syndrom Die Differenzierung vom Autismus ist durch molekulargenetische Untersuchungen eindeutig möglich. Nur etwa 1% der Kinder mit Autismus zeigen auch ein Fragiles-X-Syndrom.

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollten aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

Tuberöse Hirnsklerose
Der Ausschluss ist durch spezifische Untersuchungsmethoden (Hautdiagnostik bzw. bildgebende Verfahren) möglich.

Phenylketonurie
Hierbei ist der Nachweis des gestörten Phenylalaninabbaus erforderlich.

Frühkindliche schizophrene Psychose
Die hierbei auftretenden Wahnsymptome, Halluzinationen oder Verschlechterung des erlangten Niveaus fehlen beim Autismus.

Schizoide Persönlichkeitsstörung
Die Differenzialdiagnose gegenüber dem Asperger-Syndrom ist schwierig (eine weit in die frühe Kindheit zurückführende klare Anamnese mit Auffälligkeiten entsprechend den Leitlinien autistischer Störungen schließt eine Persönlichkeitsstörung aus).

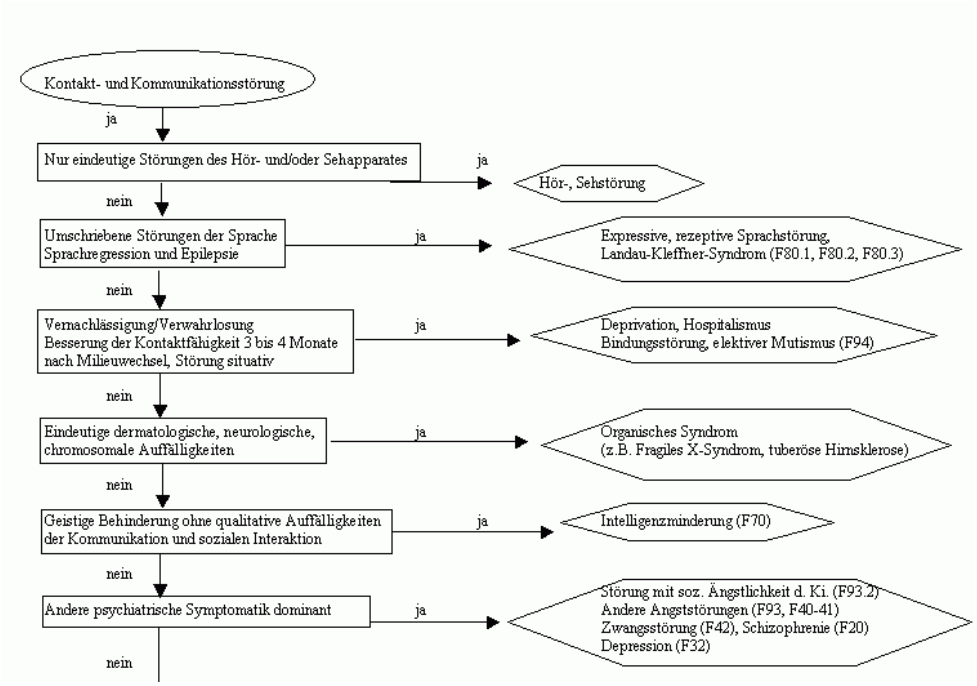
Mutismus und Angstsyndrome
Im Vergleich zum Autismus finden sich wesentlich bessere soziale Wahrnehmung, Bindungs- und Spielverhalten bzw. deutlich bessere averbale Reaktivitäten von Mimik, Gestik und Blickkontakt; die Situationen, in denen Auffälligkeiten gezeigt werden, sind selektiv, z.B. unauffälliger Gebrauch der Sprache bei mutistischen Kindern in vertrauter Umgebung.

Pränatalschäden und neurologische Dysfunktion
Sie sind zwar häufige Begleiterscheinungen des Autismus als eine Folge der genetischen Prädisposition und relativ unabhängig von der Ausprägung der Kernsymptomatik des Autismus. Perinatalschäden (Asphyxie) kommen beim Autismus eher selten vor.

2.7 Entbehrliche Diagnostik

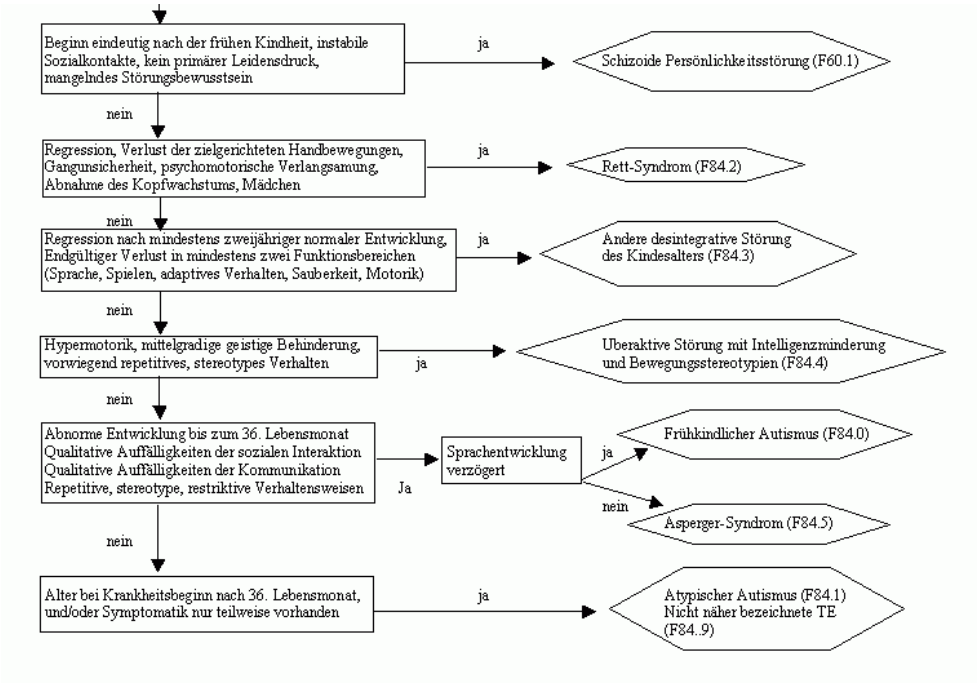
- Außer bei schwerer geistiger Behinderung sind weiterführende Stoffwechseluntersuchungen nicht empfehlenswert.
- Eine psychodynamische Untersuchung mit dem Ziel, Ursachenforschung als Identifikation pathogener Erziehungseinflüsse und Schuldzuweisung zu betreiben (z.B. mangelnde Eltern-Kind-Beziehung).

Abb. 32: Differenzialdiagnostischer Entscheidungsbaum für Autistische Störungen



Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollten aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.



3. Multiaxiale Bewertung

3.1 Identifizierung der Leitsymptome

- Kriterien der Diagnose eines Autismus entsprechend den Leitsymptomen
- Bewertung der häufigen Begleitsymptome und der Komorbidität.

3.2 Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen

- Die Eigenheiten der Sprache (Achse II), der intellektuellen Defizite (Achse III), ferner der häufigen neurologischen Defizite und des Anfallsgeschehens (Achse IV)
- Bei schwerer intellektueller Behinderung (IQ < 35) stark vermehrter Anteil organischer Ursachen
- Abnorme psychosoziale Situationen (Achse V) komplizieren die Problematik autistischer Kinder wesentlich, z.B. unvollständige Familie, elterliche Disharmonie, "Sündenbock"-Zuordnung, überprotektive Handlungen
- Das Ausmaß der Pflegeprobleme (Achse VI) belastet die Familie in einem außergewöhnlichen Maß.

3.3 Differenzialdiagnosen und Hierarchie des Vorgehens

Siehe Abbildungen 31-33.

4. Interventionen

- Eine kausale Behandlung der Kernsymptome autistischer Störungen ist bislang nicht möglich.
- Die Behandlung kann die Interaktionsfähigkeit, Selbständigkeit, soziale Fertigkeiten und Anpassung an die Anforderungen des Alltags erheblich verbessern.
- Die Behandlung soll so früh als möglich beginnen und über längere Zeiträume durchgeführt werden.
- Die vom Kind ausgehende Kontaktstörung, das nicht adäquate Reagieren auf Kontaktversuche der Mütter bzw. anderer Bezugspersonen verlangen eine ausführliche Aufklärung der Eltern über Art und Schwere der Erkrankung.
- Eine genaue Analyse der vorhandenen zusätzlichen Entwicklungsdefizite soll den Eltern gesondert dargestellt werden können.
- Eine medikamentöse zusätzliche Behandlung ist im Einzelfall wirksam gegen komorbide Symptome (Selbst- und Fremdaggressionen, Zwänge, Hyperaktivität).

4.1 Auswahl des Interventionssettings

- Entscheidungskriterien für ambulantes, teil- oder vollstationäres Setting nach Art und Schweregradausbildung und Beschulungsmöglichkeit
- Die frühzeitige Entlastung der Familie und wirksame Unterstützung der Hauptbezugsperson müssen ein wesentlicher Bestandteil des Therapieplanes sein (Überforderungsreaktionen, Belastungen auch anderer Familienmitglieder, z.B. Geschwister).
- Die gezielte Therapie bezieht sich auf die Entwicklung der sozialen Wahrnehmung und sozialer Fertigkeiten, der Kommunikation und der Sprachförderung.
- Dem Einsatz verhaltenstherapeutischer Techniken (verstärkerorientiertes Training, Üben von Alltagssituationen anhand von Spielmaterial, Elemente des Rollenspieles auch in Gruppen) kommt ein besonderer Stellenwert zu.

4.2 Hierarchie der Behandlungsentscheidungen und Beratung

Grundsätzliche Vorgehensweisen:

- Aufklärung der Eltern über begrenzte Ziele der Behandlung (keine Heilung, aber Verbesserung der Symptomatik erreichbar, keine Verselbstständigung bei geistiger Behinderung, fraglich bei besseren intellektuellen Fähigkeiten)
- Kognitive Verhaltensmodifikation bei den begabteren autistischen Patienten zur Verbesserung der Selbstkontrolle und der Kontaktfähigkeit (z.B. Therapieprogramme, die auf den Abbau von Theory-of-Mind-Defiziten abzielen) (IV)
- Verhaltenstherapie und Aufbau sozialer Kompetenzen können die Kommunikation verbessern und exzessives, störendes Verhalten abbauen (z.B. Modifikationsprogramme nach Lovaas, ABA) (I).
- Förderung der Selbstständigkeit im lebenspraktischen Alltagsbereich, im Spielverhalten unter Betonung von Interaktionselementen (z.B.

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollten aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

Instruktionssysteme wie TEACCH) (II)
- Verbesserung der sozialen Fertigkeiten und der Kommunikationsfähigkeiten durch Aktivitäten mit Peers (Gleichaltrigen) (IV)
- In der Behandlung sollen nicht mehr als 1 oder 2 Ziele gleichzeitig therapeutisch angegangen werden.

Besonderheiten: Sprachaufbau

- Sprachlicher Aufbau gemäß der Einsicht in die soziale Bedeutung sprachlicher Elemente (Zerlegung in Einzelelemente sozialer Handlung und sprachliches Kommentieren für das Kind im sozialen Kontext) (IV)
- Förderung des Sprachverständnisses wie auch aktives Sprechen mit Aufforderungen an das autistische Kind, Alltagsaufforderungen auch nachzukommen (IV)
- Eine Sprachanbahnung nach dem achten Lebensjahr zu erreichen ist unwahrscheinlich, wenn bis zu diesem Zeitraum keine sinnvollen Wortbildungen erfolgt sind.

Ergänzende Pharmakotherapie (I/II, IV)

- Behandlung mit Psychopharmaka richtet sich eher nach der Komorbidität (Stimulantien bei Hyperaktivität und Konzentrationsproblemen, atypische Neuroleptika zur Verminderung der Aggressivität, Serotonin-Wiederaufnahmehemmer zur Verminderung der Impulsivität und von Ritualisierungen, ferner evtl. Stimmungsstabilisatoren zum Stimmungsausgleich/Verminderung von Aggressionszuständen, bei Anfallsleiden Antiepileptika). Die Kombination von Medikamenten z.B. Stimulanzien und atypische Neuroleptika ist häufig wirksam, aber nicht evaluiert.

Besonderheiten der Komorbidität, und der Kontaktaufnahme, ergänzende Maßnahmen

- Krankengymnastik zur Behandlung motorischer Defizite (V)
- Sensorische, (auditive, visuelle) und motorische Integrationsbehandlung zur Besserung der Wahrnehmungsfähigkeit nur in Einzelfällen sinnvoll (allerdings in enger Verbindung mit dem Aufbau von Interaktionen)
- Bei exzessiven Auto- und Fremdaggressionen kann ein Festhalten in moderater Form zur Unterbrechung aggressiven Verhaltens sinnvoll sein.
- Musiktherapie oder Reittherapie können zur weiteren Kontaktaufnahme eingesetzt werden; sie verbessern die Primärsymptomatik aber nicht.

4.3 Besonderheiten bei ambulanter Behandlung

- Eine alleinige ambulante, individuelle Therapie ohne Einbeziehung der Bezugspersonen und Einwirkung auf andere Situationen (Kindergarten, Schule) ist nicht sinnvoll, weil beim Autismus ein situationsübergreifender Transfer neuer Verhaltensweisen kaum stattfindet.

4.4 Besonderheiten bei teilstationärer Behandlung

- Bevorzugte Therapieform am Beginn der Behandlung
- Modulierung neuer Fähigkeiten muss parallel in der familiären Umgebung zu den therapeutischen Interventionen im teilstationären Bereich geschehen (autistische Personen können neue Erfahrungen in einer spezifischen Situation kaum auf eine andere übertragen).

4.5 Besonderheiten bei stationärer Behandlung

- Stationäre Therapie bei erheblicher Selbst- und Fremdaggression, Stereotypien und Ritualen oder bei Überforderung der Familie.

4.6 Jugendhilfe- und Rehabilitationsmaßnahmen

- Zuständigkeit der Sozialhilfe (Frühförderung, Unterbringung) wegen Mehrfachbehinderung (seelisch und geistig) und chronischem Verlauf
- Die berufliche Eingliederung verlangt eine sorgfältige klientennahe Betreuung durch strukturierte, schrittweise aufgebaute Arbeitsaufträge und (kurze, erneute) Anleitungen (täglich).
- Erhebliche depressive Reaktionen durch Einsicht in die eigene Isolation und das Anderssein von autistischen Personen macht häufig eine Aufnahme in eine Gemeinschaft Gleichaltriger in beschützenden Institutionen notwendig.

4.7 Entbehrliche Therapiemaßnahmen

- Kontraindiziert sind psychodynamische, aufdeckende Vorgehensweisen (III)
- Das Hörtraining nach Tomatis, Trainingsmethoden nach Delacato, skotopisches Sensitivitätstraining, Haltetherapie, Tiertherapien (Pferde, Delphine) entziehen sich bisher einer Validierung, die Gestützte Kommunikation ist weitestgehend unwirksam (III). Einige dieser Methoden können individuell motivierend wirken ohne verbessernden Einfluss auf die Kernsymptomatik zu nehmen.
- Unwirksam sind ferner Therapien durch Gaben von Sekretin, hoch dosierte Vitamine (z.B. Megadosen von Vitamin B) oder Spurenelemente.
- Der Versuch einer Sprachanbahnung bei nicht sprechenden autistischen Personen nach dem achten Lebensjahr ist nicht sinnvoll, da es unwahrscheinlich ist, dass Kinder, die bis dahin keine sinnvollen Worte sprechen können, noch funktionale Sprache entwickeln (IV).

Tab. 6: Algorithmus der die Diagnose konstituierenden Symptome des Autismus [nach ICD-10, DSM-IV und dem ADI-R] (Bereiche und Untergliederungen

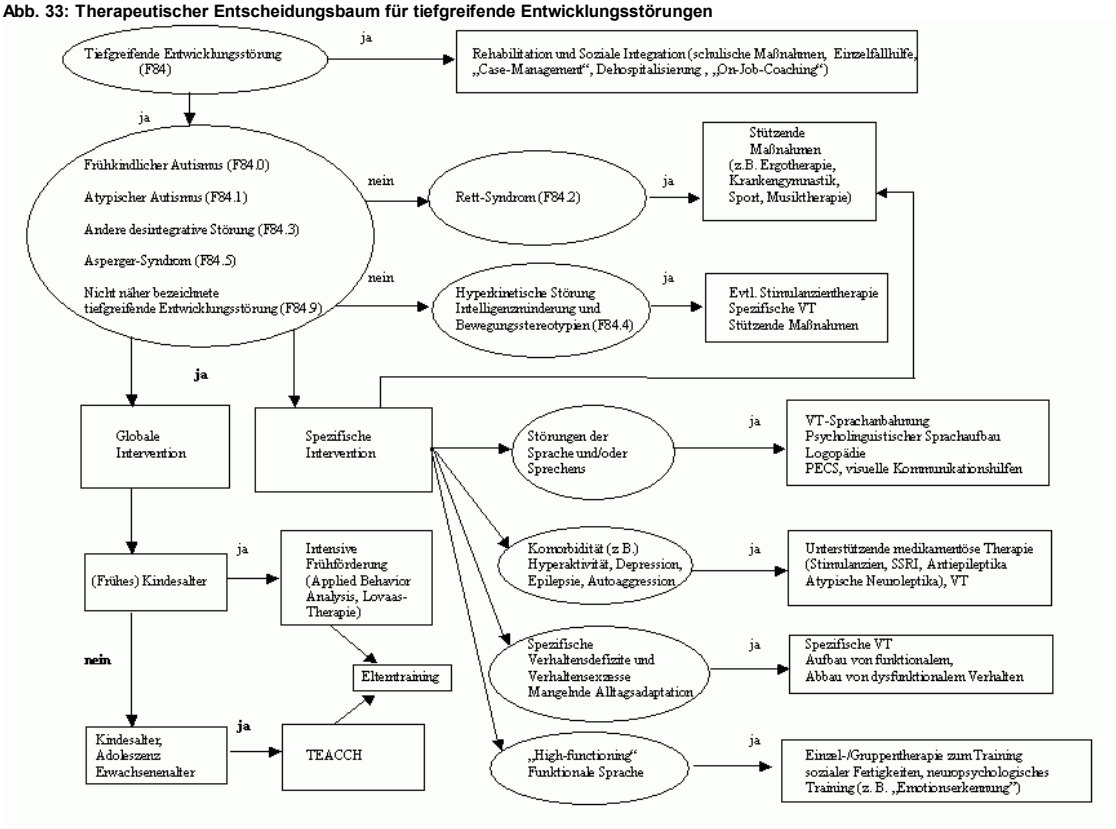
A	**Auffällige/beeinträchtigte Entwicklung bis einschließlich 36. Lebensmonat**
B1	**Qualitative Auffälligkeit der gegenseitigen sozialen Interaktion**
B1a	*Unfähigkeit, nichtverbales Verhalten zur Regulation sozialer Interaktionen zu verwenden* (Mangel an direktem Blickkontakt, an sozialem Lächeln und eingeschränkte Mimik)
B1b	*Unfähigkeit, Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzunehmen* (keine Phantasiespiele mit Gleichaltrigen/fehlendes Interesse an anderen Kindern/fehlende Reaktion auf die Annäherungsversuche anderer Kinder/Mangel an Gruppenspiel mit Gleichaltrigen oder Freundschaften/Unangemessenheit eines Gesichtsausdrucks/Unangemessenheit sozialer Reaktionen)
B1c	*Mangel an sozio-emotionaler Gegenseitigkeit* Unfähigkeit,Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzunehmen (keine Phantasiespiele mit Gleichaltrigen/fehlendes Interesse an anderen Kindern/fehlende Reaktion auf die Annäherungsversuche anderer Kinder/Mangel an Gruppenspiel mit Gleichaltrigen oder Freundschaften/Unfähigkeit, jemandem Trost zu spenden/der Körper einer anderen Person wird zur Verständigung benutzt)
B1d	*Mangel, Freude mit anderen zu teilen* (das Kind zeigt kaum Aufmerksamkeit und nimmt kaum Angebote wahr, etwas mit jemandem zu teilen/teilt keine Bedürfnisse oder Vergnügen mit anderen)
B2	**Qualitative Auffälligkeit der Kommunikation/Sprache**
B2a	*Mangel oder Verzögerung der gesprochenen Sprache und fehlende Kompensation durch Gestik, Mimik* (das Kind hat Schwierigkeiten, auf etwas zu deuten, um Interesse zu bekunden/zeigt kaum konventionelle, zielgerichtete Gesten, wie Nicken oder Kopfschütteln)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollten aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

B2b	*Relative Unfähigkeit, einen sprachlichen Austausch zu beginnen oder aufrechtzuerhalten* (kaum soziales Lautieren oder Plappern als Kleinstkind/stark verminderte wechselseitige Konversation)
B2c	*Stereotype und repetitive Verwendung der Sprache und/oder idiosynkratischer Gebrauch von Worten oder Phrasen* (verzögerte Echolalie, stereotype Lautäußerungen/unangemessene Fragen oder Fragestellungen/Pronominalumkehr/Neologismen und bizarre Neubildungen von Ausdrücken)
B2d	*Mangel an variierenden spontanen "so tun als ob"-Spielen oder (bei kleinen Kindern) im sozialen Imitationsspiel* (beim Imitieren von Handlungen, phantasievollem Spiel, imitierendem sozialem Spiel)
B3	**Begrenzte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster**
B3a	*Umfassende Beschäftigung mit stereotypen und begrenzten Spezialinteressen* Spezialinteressen/ungewöhnliche und sehr häufige Beschäftigungen)
B3b	*Offensichtlich zwanghaftes Festhalten an nicht funktionalen Handlungen oder Ritualen* (Wortrituale/Zwangshandlungen)
B3c	*Stereotype und repetitive motorische Manierismen* (Hand- und Fingermanierismen)
B3d	*Vorherrschende Beschäftigung mit Teilobjekten oder nicht funktionalen Elementen von Sachen* (repetitiver Gebrauch von Objekten/ungewöhnliche sensorische Interessen)
C	**Das klinische Bild kann nicht durch andere Erkrankungen erklärt werden.**

Abb. 33: Therapeutischer Entscheidungsbaum für tiefgreifende Entwicklungsstörungen



Literatur:

1. Amir RE et al., Rett syndrome is caused by mutations in X-linked MECP2, encoding methyl-CpG-binding protein 2. Nature Genetics (1999), 23, 185-188
2. Bölte S, Crecelius K, Poustka F, Der Fragebogen über Verhalten und soziale Kommunikation: Psychometrische Eigenschaften eines Autismus-Screening-Instruments für Forschung und Praxis. Diagnostica (2000), 46, 149-155
3. Buitelaar JK, Willemsen-Swinkels SHN, Medication in subjects with autism spectrum disorders. European Child an Adolescent Psychiatry (2000), 9 (Suppl. 1), 185-197
4. Dawson G, The search for autism's roots. Nature (2001), 411, 882-884
5. Chakrabarti S, Fombonne E, Pervasive developmental disorders in preschool children. The Journal of the American Medical Association (2001), 285, 3093-3099
6. Howlin P, Goode S (1998) Outcome in adult life for people with autism and Asperger's syndrome. In: Volkmar FR (Hrg.), Autism and pervasive developmental disorders, 209-241. Cambridge University Press, Cambridge
7. Bölte S, Poustka F, Intervention bei autistischen Störungen: Status quo, evidenzbasierte, fragliche und fragwürdige Techniken. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2002), 30, 271-280
8. Lauritsen M, Ewald H, The genetics of autism. Acta Psychiatrica Scandinavica (2001), 103, 411-427
9. Lord C (1997) Diagnostic instruments in autism spectrum disorders. In: Cohen DJ, Volkmar FR (Hrg.), Handbook of autism and pervasive developmental disorders, 460-483. Wiley, New York
10. Lovaas OI, Behavioral treatment and normal educational and intellectual function in young autistic children. Journal of Consulting and Clinical Psychology (1987), 55, 3-9
11. Ozonoff S, Cathart K, Effectiveness of a home program intervention for young children with autism. Journal of Autism and Developmental Disorders (1998), 28, 25-32

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollten aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

12. Poustka F et al., The standardized diagnosis of autism: Autism Diagnostic Interview-Revised: Interrater Reliability of the German Form of the ADI-R. Psychopathology (1996), 29, 145-153
13. Poustka F (2006) Neurobiology of autism. In: Volkmar FR (Hrg.), Autism and Pervasive Developmental Disorders 2nd ed., 179-220. Cambridge University Press, Cambridge

---

Verfahren zur Konsensbildung:

Untersuchungsinstrumente
Rühl D et al. (2004). Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen (ADOS). Huber, Bern
Bölte S, Poustka F. (2006). Fragebogen zur sozialen Kommunikation (FSK). Huber, Bern
Bölte S et al. (im Druck). Diagnostisches Interview für Autismus in Revision (ADI-R). Huber, Bern

Frühere Bearbeiter dieser Leitlinie
F. Poustka, G. Schmötzer, D. Rühl, B. Bieber-Martin, S. Bölte, H. Amorosa, W. Rotthaus

Jetzige Bearbeiter dieser Leitlinie
F. Poustka, G. Schmötzer, D. Rühl, S. Bölte, H. Amorosa, W. Rotthaus

Korrespondenz an:
Prof. Dr. Fritz Poustka
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
J.W. Goethe Universität Frankfurt
Deutschordenstraße 50
60590 Frankfurt/M.

Redaktionskomitee:
federführend
Martin H. Schmidt, Mannmein
Fritz Poustka, Frankfurt/Main

Bernhard Blanz, Jena
Joachim Jungmann, Weinsberg
Gerhard Lehmkuhl, Köln
Helmut Remschmidt, Marburg
Franz Resch, Heidelberg
Christa Schaff, Weil der Stadt
Andreas Warnke, Würzburg

Erstellungsdatum:

01/1999

Letzte Überarbeitung:

11/2006

Nächste Überprüfung geplant:

k. A.

Zurück zum Index Leitlinien Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Zurück zur Liste der Leitlinien
Zurück zur AWMF-Leitseite

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - **insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung** übernehmen.

Stand der letzten Aktualisierung: 11/2006
©: Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online
HTML-Code aktualisiert: 25.01.2008; 09:59:31

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollten aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.