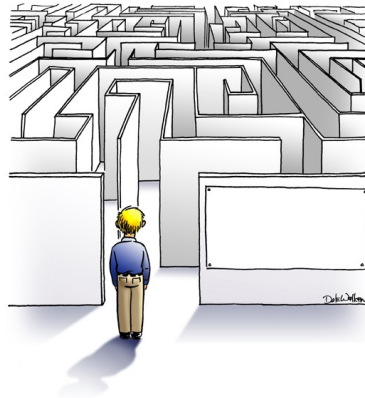


Früherkennung, Diagnostik und Behandlung von Autismus Spektrum Störungen



Prof. Dr. Michele Noterdaeme
Oktober 2021

Epidemiologie

- Konstant wachsende Prävalenzzahlen (Elsabbagh et al. 2012)
- 1 in 68 (Centre for Disease Control and Prevention)
- 1% (Fombonne et al. 2011)
- $\approx 50\%$ IQ < 70 (Brugha et al. 2011)
- Geschlechterverhältnis: m:w (4:1); heute 2-3:1
- Frauen evtl. häufig unerkant (diagnostische Verzerrung oder Anpassungsleistung); brauchen mehr Symptome (Wiggins et al., 2014)

Gliederung

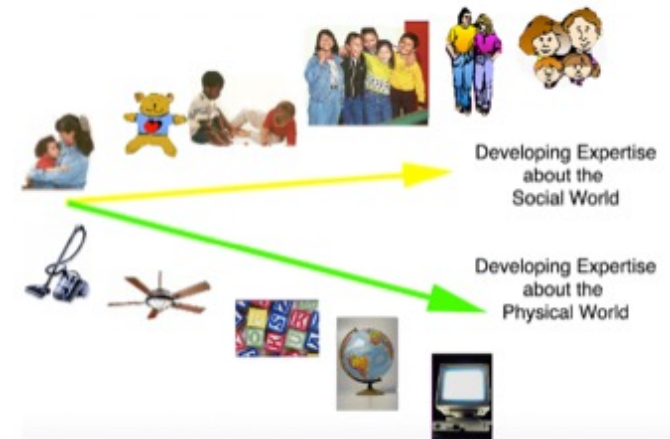
- Definition, Epidemiologie, Klassifikation und diagnostische Kriterien
- Diagnostische Vorgehensweise, Möglichkeiten und Grenzen, Instrumente
- Komorbidität und Differentialdiagnose
- Behandlungsansätze

Joint Attention

- Unter Joint Attention wird die Lenkung der Aufmerksamkeit auf ein Objekt des Interesses oder auch gerade stattfindende Ereignisse oder Handlungen verstanden.
- Die Lenkung kann durch Gesten, Mimik, Körpersprache oder Vokalisationen geschehen.

Turn-taking

- Turn-takings bezeichnen spielerische soziale Interaktionssituationen. Es ist ein wechselseitiger Prozess, in dem das Kind nicht nur auf Angebote reagiert, sondern zielgerichtet Interaktionen initiiert.
- Sowohl „Erwartungserhaltung“ des Kindes und das „Motivieren“ des Erwachsenen können nonverbal durch Reaktionen in der Körperhaltung, Mimik und Stimmgebung des Kindes als auch durch den Erwachsenen signalisiert und aufrechterhalten werden.



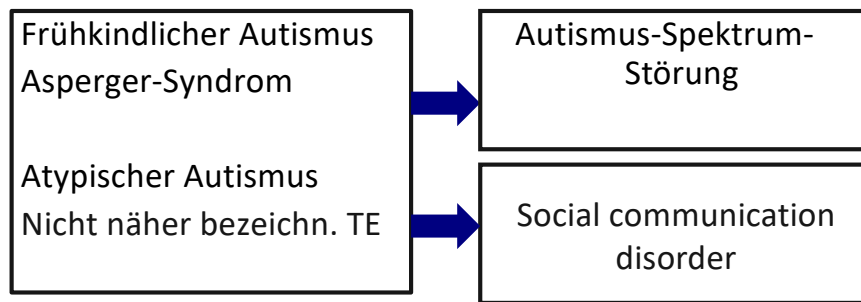
Störungen der neuronalen Entwicklung

- Beginn in der **frühen Kindheit**
- Mehr Jungen als Mädchen
- Störungen von Funktionen, die eng an die biologische Reifung des ZNS gebunden sind
- **Stetiger, chronischer Verlauf, ohne Rezidiven oder Remissionen**

Störungen der neuronalen Entwicklung

- Intellektuelle Beeinträchtigung
- Kommunikationsstörungen
 - Sprachstörung
 - Artikulationsstörung
 - Redeflussstörungen
 - Soziale (pragmatische) Kommunikationsstörung
 - Nicht näher bezeichnete Kommunikationsstörung
- **Autismus-Spektrum-Störung**
- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
- Spezifische Lernstörung
- Motorische Lernstörung
- Andere Störungen der neuronalen Entwicklung

Auflösung der Subkategorien



Neuronale Entwicklungsstörung

Epidemiologie

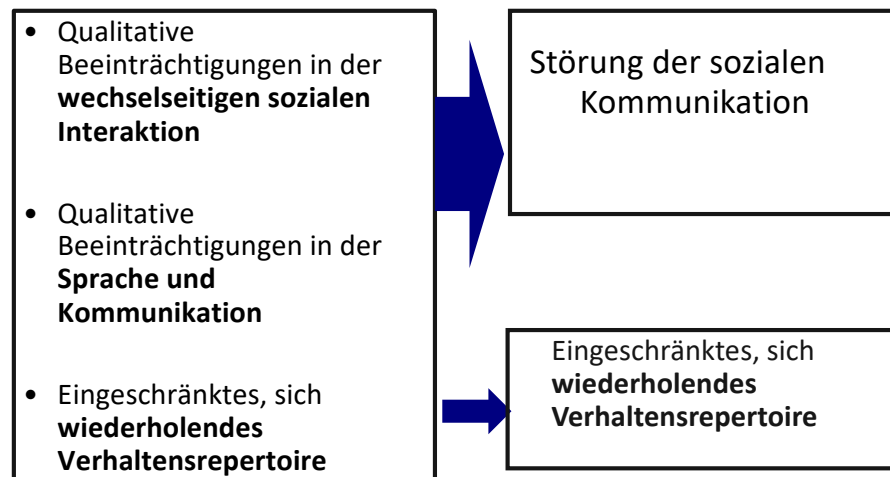
- Autismus-Spektrum-Störung 1%
- ADHS 3-8%
- Sprachstörungen 4-5%
- Legasthenie 3-8%
- Intelligenzminderung 1%
- Motorik-Ticstörung 2-3%

14%-26%

Fombonne 2005 Journal of Clinical Psychiatry

S3 ASS, S2 Sprachstörungen, S3 LRS, S2 Intelligenzminderung, Moll et al. 2014

Auflösung der Triade



ASS

Soziale Kommunikation

1. Mangel an sozio-emotionaler Gegenseitigkeit

diese reichen von sozialer Annäherung auf **ungewöhnliche Weise** und dem **Fehlen von normaler, wechselseitiger Konversation** über **verringertes Teilen von Interessen**, Emotionen und Affekt bis **hin zu völligem Fehlen der Initiierung** oder Erwidern sozialer Interaktionen.

2. Defizite in der nonverbalen Kommunikation

diese reichen von **schlecht integrierter verbaler und non-verbaler Kommunikation** über **Abweichungen in Blickkontakt und Körpersprache** oder **Einschränkungen beim Verstehen und Einsetzen von Gestik** und Mimik bis zum **völligen Fehlen von Gesichtsausdruck** und non-verbaler Kommunikation.

3. Defizite soziale Beziehungen zu entwickeln

diese reichen von Schwierigkeiten, **das Verhalten an den sozialen Rahmen** anzupassen über Schwierigkeiten, **sich in Rollenspiele mit anderen hineinzusetzen** oder Freundschaften zu schließen bis hin zu einem offensichtlich **fehlendem Interesse** an Menschen.

ASS

Repetitives Verhalten

1. Stereotype und repetitive motorische/sprachliche Manierismen (Hand- und Fingerschlagen, **Echolalie, Floskelsprache**)
2. Offensichtlich zwanghafte Anhänglichkeit an spezifische, nicht funktionale Handlungen und Rituale, **inklusive verbale oder nonverbale Rituale** (immer die gleichen Fragen stellen)
3. **Umfassende Beschäftigung mit gewöhnlich mehreren stereotypen** und begrenzten Interessen, die in Inhalt und Schwerpunkt abnorm sind
4. **Hyper- oder Hyporeaktivität für sensorische Reize** vorherrschende Beschäftigung mit nicht funktionalen Elementen des Spielmaterials (z. B. ihr Geruch, die Oberflächenbeschaffenheit oder das von ihnen hervorgebrachte Geräusch oder ihre Vibration)

D-Kriterium

Die Symptome führen zu klinisch bedeutsamer Beeinträchtigung im sozialen, beruflichen oder anderen aktuell wichtigen Funktionsbereichen.

C-Kriterium

Die Symptome müssen in früher Kindheit vorhanden sein, können sich aber erst dann voll manifestieren, wenn die sozialen Anforderungen die beschränkten Fähigkeiten übersteigen oder später im Leben durch erlernte Strategien versteckt sind.

E-Kriterium

Die Symptome lassen sich nicht durch intellektuelle Behinderung oder globale Entwicklungsstörung besser erklären.

Eine intellektuelle Behinderung und Autismus kommen häufig zusammen vor; um komorbide Diagnosen einer ASS und einer intellektuellen Behinderung zu stellen, sollte die soziale Kommunikation unter dem erwarteten Niveau für die allgemeine Entwicklungsstufe sein.

Änderungen in der DSM 5

- Auflösung verschiedener Subkategorien (F84.0, F84.1, F84.5 und F84.3 und F84.9) und Zusammenfassung in eine einzige Kategorie Autismus-Spektrum-Störungen
- Veränderung der diagnostischen Kriterien mit der Zusammenführung der Bereiche Interaktion und Kommunikation in einem Kernbereich „soziale Kommunikation“. Der zweite Kernbereich betrifft die repetitiven und stereotypen Verhaltensweisen.
- Explizite Herausnahme der Sprachstörung als Kriterium der ASS und Einordnung der sprachlichen Auffälligkeiten als Komorbidität
- Zusätzliche Einteilung nach Schweregrad

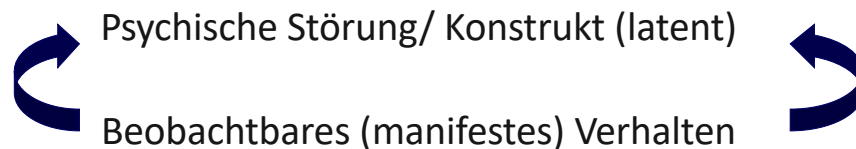
ICD-11 Autismus-Spektrum-Störung

- Autismus-Spektrum-Störung **ohne Störung der kognitiven Entwicklung** und mit milder oder ohne sprachliche Beeinträchtigung der funktionalen Sprache
- Autismus-Spektrum-Störung **mit Störung der kognitiven Entwicklung** und mit milder oder ohne sprachliche Beeinträchtigung der funktionalen Sprache
- Autismus-Spektrum-Störung **ohne Störung der kognitiven Entwicklung** und mit beeinträchtigter funktionaler Sprache
- Autismus-Spektrum-Störung **mit Störung der kognitiven Entwicklung** und mit beeinträchtigter funktionaler Sprache
- Autismus-Spektrum-Störung **ohne Störung der kognitiven Entwicklung** und dem Fehlen von funktionaler Sprache
- Autismus-Spektrum-Störung **mit Störung der kognitiven Entwicklung** und dem Fehlen von funktionaler Sprache

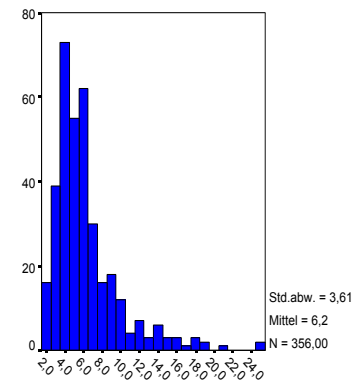
Diagnostik von ASS

Keine validen Biomarker

Verhaltensbasiert

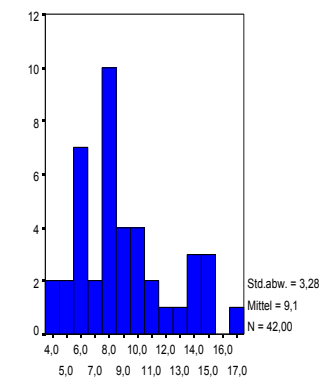


Früherkennung



Alter bei Diagnose Autismus

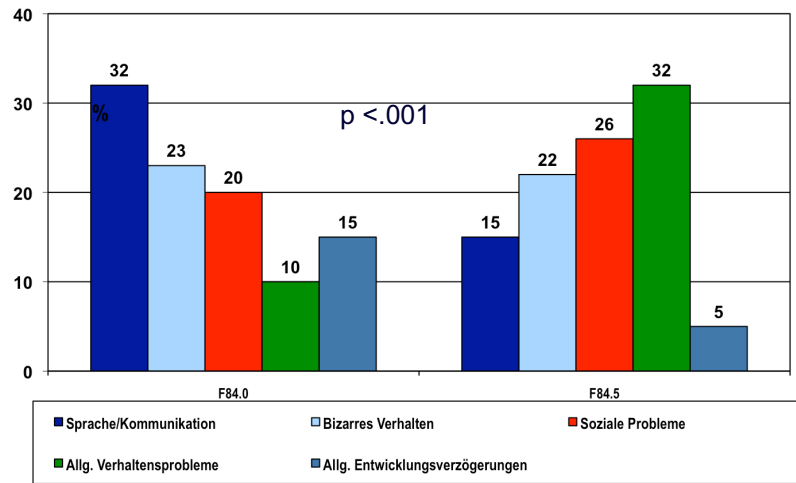
Kanner-Asperger



Alter bei Diagnose Asperger Syndrom

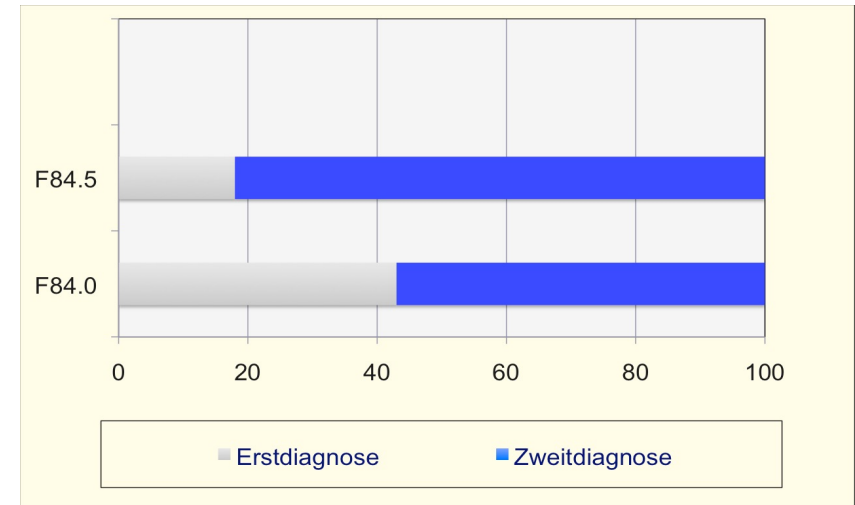
Erste Auffälligkeiten

Art der Symptome



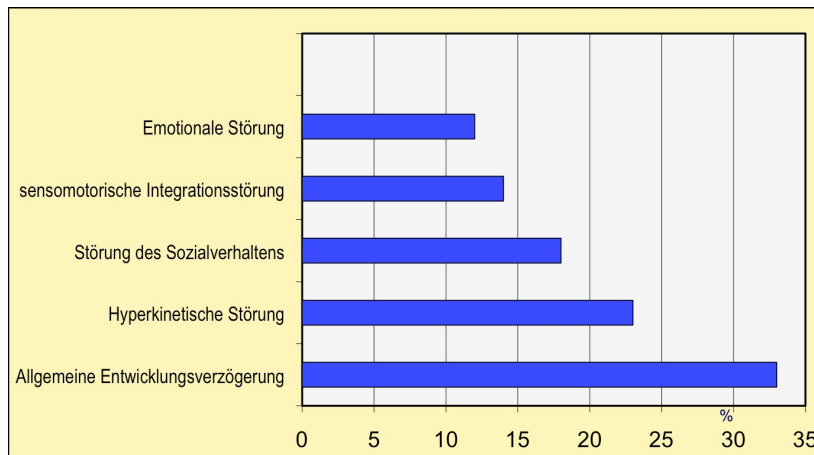
Noterdaeme et al. Autism 2010

Treffersicherheit



Noterdaeme et al., in Vorbereitung

Diagnosen



Noterdaeme et al., in Vorbereitung

Mindestanforderung

Screening

Fragebogen

Diagnose/Klinik

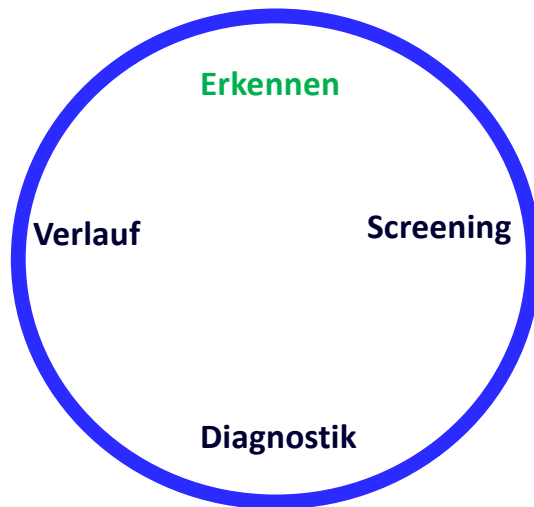
ADOS plus Anamnese

Verlauf

Fragebogen

ADOS (mit längerem Abstand)

Diagnostikprozess



Erkennen

Alter <12 Monate

- Für das Säuglingsalter liegen keine empirisch abgesicherten Merkmale zur Vorhersage einer späteren ASS vor.
- Bei Kindern, die zwischen dem 10. und 12. LM (U6) Entwicklungsauffälligkeiten aufweisen, sollte eine zusätzliche Untersuchung im Alter zwischen 16 und 18 Monaten erfolgen.
- Dies wird auch empfohlen bei Kindern, deren Eltern zu diesem Zeitpunkt Sorgen über die Entwicklung ihres Kindes äußern.

Konsensbasierte Empfehlung, S-3 Leitlinie

Erkennen

12. und 18. LM	18. LM-36. LM	Asperger Syndrom
Fehlendes/verringertes Verfolgen der Blickrichtung/Blickkontakt	Mangelnder/fehlender Blickkontakt	Inadäquater Kontakt Auffällige Reaktion auf Annäherung
Fehlende Reaktion auf Gerufen werden mit Namen	Geringes oder fehlendes „Als-ob“-Spiel	Eingeschränktes Fantasiespiel
Fehlendes protodeklaratives Zeigen	Fehlendes Bringen, um etwas zu zeigen Keine Zeigegeste, um Interesse zu zeigen	Stereotypes Verhalten und Sprache Zwanghafte Verhaltensweisen
		Veränderungsängste
Rückschritte / Verlust erworbener Fähigkeiten Sprache/soz. Interaktion	Rückschritte / Verlust erworbener Fähigkeiten Sprache/soz. Interaktion	

Konsensbasierte Empfehlung, S-3 Leitlinie

Eltern ernst nehmen

Verlaufskontrollen werden empfohlen bei Kindern, deren Eltern zu diesem Zeitpunkt Sorgen über die Entwicklung ihres Kindes äußern.

Screening

Gesamtpopulation

Ein Screening der Gesamtpopulation von Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen auf das Vorliegen von Autismus-Spektrum-Störungen soll **nicht durchgeführt** werden, da die Rate falsch positiver und falsch negativer Ergebnisse bei allen auf deutsch verfügbaren Screening-Instrumenten hoch ist.

Konsensbasierte Empfehlung, S-3 Leitlinie

Screening

Sinnvoll, wenn.....

Screening-Untersuchungen sollten nur von Fachkräften des Gesundheitswesens durchgeführt werden, die über **Kenntnisse und Fähigkeiten im Bereich psychischer Störungen und Entwicklungsstörungen** sowie der verwendeten Screening- Instrumente und deren Auswertung und Interpretation verfügen.

Konsensbasierte Empfehlung, S-3 Leitlinie

Screening

Instrumente?

Aufgrund der unzureichenden Studienqualität kann keines der vorhandenen Instrumente als obligatorisch für das Screening empfohlen werden. Eine Diagnose kann alleine auf der Grundlage von Screening-Instrumenten weder gestellt noch ausgeschlossen werden.

Konsensbasierte Empfehlung, S-3 Leitlinie

Screening

Instrumente

FSK Fragebogen zur Sozialen Kommunikation	Cut-off 12	Fragebogen	ab 36 Mo
SRS Social Responsiveness Scale (SRS)	Cut-off 60-75	Fragebogen	4-18 LJ
MBAS Die Marburger Beurteilungsskala zum Asperger Syndrom	Cut-off 103	Fragen	72 Mo

Konsensbasierte Empfehlung, S-3 Leitlinie

Screening negativ

klinisch negativ

und/oder

Eltern berichten über keine
spezifischen Symptome



ASS ausschließen
Differentialdiagnostik

Was tun.....

klinisch positiv

und/oder

Eltern berichten über
entsprechende Symptome



Weiterleitung ASS
spezialisierte Stelle

Konsensbasierte Empfehlung, S-3 Leitlinie

Skalen zur Früherkennung

Modified-Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)

(M-CHAT; Robins et al., 1999)

https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2015/09/M-CHAT-R_F_German.pdf

Modified Checklist for Autism in Toddler

- Elternfragebogen zur Erfassung von autismustypischen Verhaltensweisen
- 23 binär skalierte Items
- Bearbeitungszeit 10 Minuten
- Validiert: Altersbereich 18 bis 30 LM
- Auswertung: Summe aller als auffällig gewerteten Items
 - Cut-Off: 3 Punkte oder
 - Cut-Off: 2 der 6 kritischen Items

M-CHAT

Anwendbarkeit

- Jüngere, entwicklungsretardierte Kinder
- Entwicklungsalter < 36 LM
- Screening
- Formulierung eines Verdachtes
- Bestätigung der Diagnose im Verlauf

M-CHAT

- Hat Ihr Kind jemals den Zeigefinger benutzt, um auf etwas zu zeigen oder um Interesse für etwas zu bekunden? (7)
- Reagiert Ihr Kind auf seinen Namen, wenn Sie es rufen? (14)
- Zeigt Ihr Kind Interesse an anderen Kindern?(2)
- Bringt Ihr Kind Ihnen Dinge, um sie Ihnen zu zeigen? (9)
- Wenn Sie auf ein Spielzeug am anderen Ende des Zimmers zeigen, schaut Ihr Kind es an? (15)
- Imitiert Sie Ihr Kind? (13)

Fragebogen zur sozialen Kommunikation

- Der mittlere FSK-Summenwert liegt in der Gruppe der Personen mit Autismus bei 24.2.
- Für das gesamte Spektrum ergibt sich ein FSK-Mittelwert von 22.9.
- Bei den Kontrollgruppen mit psychischen Störungen liegt der mittlere FSK-Summenwert zwischen 7.4 und 10.0 und bei den unauffälligen Personen bei 5.6.

Fragebogen zur sozialen Kommunikation

- Der FSK ist ein aus dem ADI-R abgeleiteter klinischer Autismus-Screeningfragebogen mit 40 dichotom skalierten Items.
- Die Auswertung des Fragebogens erfolgt über den Summenwert von 39 Items (max. Score=39), die Störungen der sozialen Interaktion (15), der Kommunikation (14) und repetitive Verhaltensweisen (10) repräsentieren.
- Die Bearbeitungszeit beträgt etwa 20 Minuten.

Fragebogen zur sozialen Kommunikation

Diagnose	MW	SD	Range
Autistisches Spektrum	22.9	6.6	4-36
Autismus	24.2	5.9	4-36
Asperger	18.8	1.6	17-21
Atypischer Autismus	16.3	6.4	7-29
Externalisierende Störungen	8.4	4.7	1-20
Internalisierende Störungen	7.4	5.4	1-20
Lernbehinderung/Geistige Behinderung	10	5.4	1-22
Unauffällige Kontrollgruppe	5.6	2.9	1-12

Social Responsiveness Scale

- Die SRS ist ein 65-Items (4-stufige Skalierung) umfassender dimensionaler Screening Fragebogen zur Erfassung autistischer Verhaltensweisen in der Allgemeinbevölkerung.
- Die Version für Kinder und Jugendliche ist für das Altersspektrum von 4 bis 17 Jahren konzipiert.
- Die SRS enthält 45 Fragen zu reziproker sozialer Interaktion, 12 zu repetitiv-stereotypem Verhalten und 6 zu sozialem Sprachgebrauch.
- Die Bearbeitungszeit beträgt 20 Minuten.

SRS

- Der Durchschnittswert einer Person mit ASS auf dieser Skala liegt bei 115, derjenige für den frühkindlichen Autismus bei 120.
- Der Erwartungswert in der Allgemeinbevölkerung liegt bei 30, derjenige anderer psychischer Störungen mit differentialdiagnostischer Relevanz für ASS (z.B. Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderung, ADHS, Schizophrenie) zwischen 30 und 80.

Diagnostikinstrumente

Anamnese

	Fragestellung FA	Fragestellung HFA-AS
Vorschulalter (ab 24 LM mentales Alter)	ADI-R	Kein valides Instrument
Grundschul- und Jugendalter	ADI-R	ADI-R aber v.a. AS nicht sensitiv
Erwachsenen- alter	Kein valides Instrument	Kein valides Instrument

Autism Diagnostic Interview

ADI-R

- Originalversion LeCouteur 1989
- Revidierte Fassung Lord & LeCouteur 1994
- **Abgrenzung zuverlässig**
 - Geistige Behinderung (Lord 1997, Le Couteur 1998)
 - Sprachstörung (Fombonne 2001, Noterdaeme 2002, Bishop 2003)
 - Störung des Sozialverhaltens (Gilchrist 2001)

Autism Diagnostic Interview **ADI-R**

- Entwicklungsalter von mindestens 24 LM
- Einsatz des ADI-R in der Regel ab 3. LJ möglich, wenn keine schwere Intelligenzminderung vorliegt
- Ab dem 4. LJ führt das ADI-R zu validen Diagnosen
- Unterhalb der Grenze des Entwicklungsalters von 24 LM muss mit erheblichen Einschränkungen in der diagnostischen Validität gerechnet werden

Diagnostikinstrumente **Beobachtung**

	Fragestellung ASS
Kleinkind (12-30 LM)	ADOS-2 Kleinkindmodul
Vorschulkind (30-60 LM)	ADOS-2 Modul 1/2/3 CARS
Kinder ab 60 LM	ADOS-2 Modul 2/3 CARS
Jugendliche	ADOS-2 Modul3/4
Erwachsene	Aktuell kein Instrument zu empfehlen

ADOS

Autism Diagnostic Observation Schedule

- Halbstandardisierte Beobachtung
- Sozial-kommunikative Fähigkeiten
- Vier Module
 - ✓ Modul I Vorsprachlich
 - ✓ Modul II Dreiwortsätze, keine flüssige Sprache
 - ✓ Modul III Fließend sprechend (Kind)
 - ✓ Modul IV Fließend sprechend (Erwachsener)
- ✓ Toddler Module

ADOS

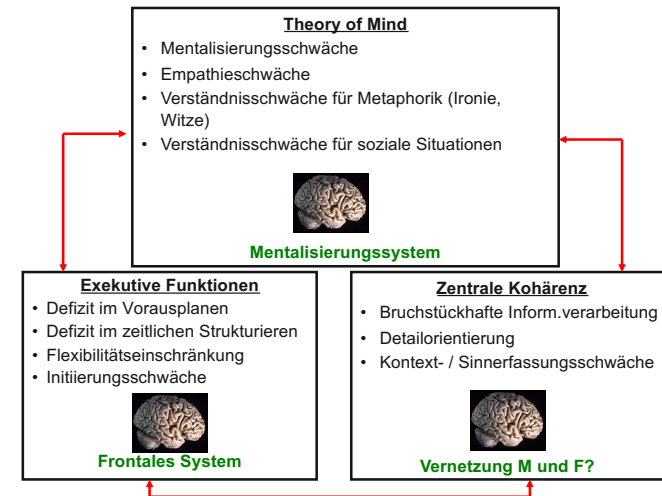
Autism Diagnostic Observation Schedule

- Untersucher erzeugt gezielt soziale Situationen, in denen kritische Verhaltensweisen mit hoher Wahrscheinlichkeit auftreten
- Untersucher hält sich zurück, um Kind Gelegenheit zu geben Interaktion zu initiieren
- Je Modul Bewertung von 28 bis 31 kritischen Verhaltensweisen
- ADOS (Algorithmus) schließt abnorme Entwicklung und repetitives Verhalten nicht ein

Diagnostik

Mindestanforderung!!!!!!!!!!

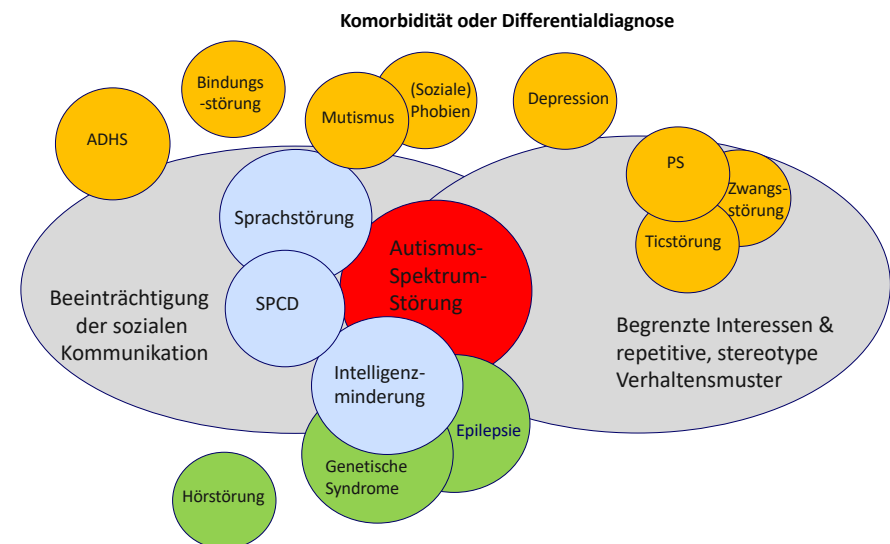
Anamnese mit detaillierter Symptomerfassung nach ICD-10	Quer- und Längsschnitt Vorschul-Schulalter Eigen- und Fremdanamnese
Allgemeine Entwicklungsanamnese Medizinische und psychiatrische Anamnese	Aktuelle Symptome Dokumentation von Risikofaktoren
Direkte Verhaltensbeobachtung	
Standardisierte Entwicklungsdiagnostik	Intelligenz
Standardisierte Sprachdiagnostik	Immer Sprach- und Kommunikation
Internistisch-neurologisch	Gehör und Visus
Abklärung psychiatrische Komorbidität	ADHS, Angst, Depression, SUD
Abklärung Funktionsniveau	Familie, Schule, Beruf, Peers
Aufklärung Diagnostik Therapieempfehlung	Bitte gezielt und wohlüberlegt



Differentialdiagnose

Vorschulalter	Sprachentwicklungsverzögerung	Normal Sprachentwicklungsstörung
	Soziale Probleme	Hörstörung Autistische Störung Intelligenzminderung Bindungsstörung
	Abbau Sprachfertigkeiten	Rett Landau-Kleffner-Syndrom Desintegrative Störung
Schulalter	Verhaltensprobleme i.S. sozialer Probleme Unruhe, Rückzug	Hyperkinetische Störung Soziale Phobien/Trennungsangst Mutismus
Jugendalter	Soziale Probleme	Zwangsstörung, Depression Persönlichkeitsstörungen Psychotische Erkrankungen

Neuronale Entwicklungsstörung



Gliederung der Leitlinie

- **C1 Einleitung**
- **C2 Erwartungen seitens der Betroffenen/Angehörigen**
- **C3 Versorgungsstruktur und Qualifikation der Therapeuten**
- **C4 Therapien zur Verbesserung der Autismus-spezifischen Symptome**
 - C4.1 Zielsymptome
 - C4.2 Soziale Interaktion und Kommunikation
 - C4.3 Repetitives Verhalten, Sonderinteressen, sensorische Symptome
- **C5 spezifische komorbide Entwicklungsstörungen**
 - Sprachentwicklungsstörung
 - Motorische Störung
 - Ausscheidungsstörungen

Gliederung der Leitlinie

- **C7 Behandlung komorbider psychischer Störungen**
 - Bipolare Störungen
 - Persönlichkeitsstörungen
 - Suchterkrankungen
 - Abnorme Gewohnheiten (pathologisches Spielen/Medienkonsum)
 - Suizidalität
- **C8 Krisenintervention**
- **C9 Teilstationäre/Stationäre Therapie**
- **C10 Einbezug von Familien, Angehörigen, Schulen, Arbeitgebern**
 - Rolle Familie und Angehörige
 - Unterstützung Schule und Kindergarten
 - Unterstützung in der Arbeit
- **C11 Gesundheitsschädliche und ethisch bedenkliche Verfahren**
- **C12 Zusammenfassung und Fazit**

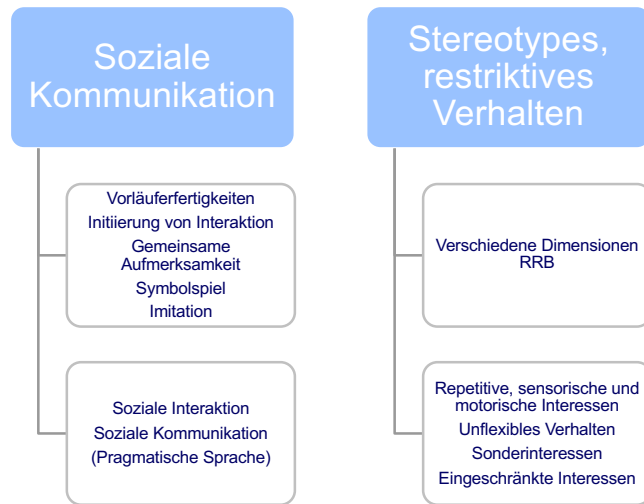
Gliederung der Leitlinie

- **C6 kognitive und alltagspraktische Fertigkeiten**
 - Kognitive Fertigkeiten und Teilleistungsstörungen
 - Alltagspraktische Fertigkeiten und adaptives Verhalten
 - Regression von Fertigkeiten
- **C7 Behandlung komorbider psychischer Störungen**
 - Oppositionelles und aggressives Verhalten
 - AHDS
 - Angststörungen
 - Depression
 - Zwangsstörungen
 - Ticstörungen
 - Schlafstörungen
 - Essstörungen
 - Psychotische Störungen

Horizontale Verhaltensanalyse (S-O-R-K-C)

S = STIMULUS	Interne oder externe Reize, die auf ein Organismus (Kind) einwirken
O = ORGANISMUS	Biologische und psychische Eigenschaften, die das Kind mitbringt (States!!)
R = REAKTION	Die Reaktionen umfassen beobachtbares Verhalten, physiologische Merkmale und Kognitionen
K = KONTINGENZ	Regelmäßigkeit zwischen R und C
C= KONSEQUENZ	Die Konsequenzen steuern das Verhalten. (Positive oder negative Verstärkung)

Kernsymptome



Kernsymptome



Verhaltenstherapie

Merkmale	Diskretes Lernformat	Natürliches Lernformat
Initiative	Therapeut	Kind
Anweisung	Einfach, wiederholt gleichbleibend	flexibel
Hilfestellung	Hierarchie, Prompts, Fading	flexibel
Konsequenz	künstlich	natürlich

Allgemeines Ziel von TASK

Optimierung des elterlichen Kommunikationsstils

Indem Eltern ...

... kindliche sozial-kommunikative Signale im Spiel **wahrnehmen und abwarten.**

... verbale und nonverbale Äußerungen und Handlungen **aufgreifen und kommentieren.**

... das Kind zur Kommunikation motivieren, anregen und ihr **kommunikatives Spektrum erweitern.**

Struktur von TASK

- 4-monatige Intervention
- 9 Sitzungen je 120 Minuten
 - 8 Sitzungen in Kleingruppen ohne Kinder
 - 1 Elterneinzelberatung mit Kind
- Didaktische Vorgehensweise in den Sitzungen
 - Systematische Sitzungsstruktur
 - Präsentationen
 - Videoillustration
 - Videosupervision
 - Rollenspiele
 - Aufgaben für zu Hause

Zentrale Begriffe bei TEACCH

- **Strukturierung**
 - Strukturierung des Raumes
 - Strukturierung der Zeit
 - Strukturierung der Arbeit/Aufgaben
 - Strukturierung von Material
 - Aufbau von Routinen als Strukturhilfen
- **Visualisierung**

TEACCH

Treatment and Education of **A**utistic and related Communication handicapped **C**hildren

1. Anpassung der Umwelt

2. Steigerung der individuellen Fähigkeiten

Schopler 1997, Mesiboc 1997, Panerai et al. 1997, Ozonoff et al. 1998 Mesibov et al. 1997

Strukturierung von Material

Grundfrage?

Was soll getan oder gelernt werden und welches Material eignet sich dafür?

- Klarheit und Übersichtlichkeit wichtig
- Vorlieben zur Motivation nutzen / Ablenkung vermeiden
- Vorstrukturierung (Vorlagen, Bereitstellung, Abschneiden von Verwirrendem, Farbhervorhebung)

Welches Material ist speziell in der Schule gemeint?

- Das Material sollte in kleine Portionen „zerteilbar“ sein
- „Fertig“ sollte klar ersichtlich sein
- Soll Selbsttätigkeit ermöglichen
- Soll auf ein klares Ziel hinführen
- Soll kontrollierbar sein
- Orientiert sich an der Fähigkeit des Kindes/Jugendlichen

Wichtig im Umgang mit Plänen und Strukturen

- Nie zum Selbstzweck werden lassen
- Weglassen, wo sie sich erübrigt haben
- Individuelle Passung überdenken
- Nur planen, wo es notwendig ist
- Praktikable Form erstellen Grundausrüstung: Digitalkamera, Klettbänder, Wäscheklammer, Foliergerät, Folienstifte, Einsteckalben...)
- Pausen und Belohner nicht vergessen

Aufbau von Routinen als Strukturierungshilfen

- Aufbau von individuellen Routinen und Etablierung von Standardroutinen
- Etwas können, was oft zu tun ist und was man (irgendwann) können sollte
(Hygiene, Essen, Toilette, Anziehen, Begrüßungen, Wünsche äußern, Fragen stellen, Schulisches Arbeiten, Lebenspraktische Dinge.....)

Perspektivenwechsel - Worüber kann sich ein Lehrer/Erzieher freuen?

Autistische Kinder :

- Stehen Regelmäßigkeiten positiv gegenüber
- Nehmen Dinge sehr genau
- Haben einen Blick für Details
- Lieben Wiederholungen
- Können auf intensive Zuwendung verzichten
- Können sich intensiv mit einer Sache befassen
- Können sich Dinge lange merken
- Wissen meistens, was ihnen wirklich Spaß macht

Womit macht man einem autistischen Kind keine Freude?

- Der Lehrer ist krank
- Heute ist etwas Besonderes los
- Sucht euch einen Partner
- Wir machen heute mal was ganz anderes
- Wir machen einen spannenden Ausflug
- Wir feiern ein Fest
- Wir/Du sind/bist eingeladen
- Du darfst aussuchen

Übungsaufgaben zum ersten Arbeiten mit TEACCH

Ein autistischer Junge kommt selbständig vom Taxi ins Klassenzimmer. Es dauert sehr lange, bis er seine Jacke ausgezogen und die Schuhe gewechselt hat. Er setzt sich auf den Boden und schaut den anderen Kindern zu. Jeden Tag muss die Lehrerin warten und beginnt den Unterricht mit Verspätung.

Wo und wie hilft hier TEACCH ?

Übungsaufgaben zum ersten Arbeiten mit TEACCH

Die Pause ist für viele autistische Kinder eine Herausforderung.

Warum eigentlich?

Welche Dinge kann man tun, um diese Situation gelingen zu lassen ?

Was ist denkbar und machbar ?

ASS und SKS

Zusammenfassung

Neue Forschungsergebnisse: Menschen mit ASS haben ein erhöhtes Risiko für SKS

- Alkohol/Drogen als angstreduzierende Methode im Rahmen von sozialer Ängstlichkeit
- Alkohol/Drogen als Mittel, um soziale Anerkennung zu erlangen
- Alkohol/Drogen als Selbstmedikation bei Anspannung
- Alkohol/Drogen bei komorbiden Störungen wie Angst, Depression und Schlafstörungen, AHDS

Take Home



- Entwicklungsstörung, die ein Leben lang bestehen bleibt, Wahrscheinlichkeit für weitere Störungen und Fehlanpassungen steigt im Erwachsenenalter.
- Früherkennung ist vor allem bei Mädchen mit einer hochfunktionalen Störung erschwert.
- Die Diagnostik ist eine klinische Diagnose, die auf der Befragung von Bezugspersonen (Eltern, Kindergarten, Lehrer) und der Beobachtung von Verhalten (standardisiert, in freien sozialen Situationen) beruht.

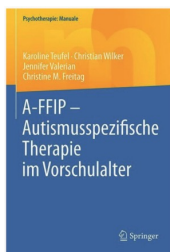
Take Home



- Die Anwendung von standardisierten Instrumenten ist aufwendig. Ein intensives Training ist notwendig, um eine ausreichende Reliabilität zu erreichen.
- Die Screeningsinstrumente sind in Bezug auf ihre Gütekriterien nur als mäßig gut zu bewerten. Sie müssen durch erfahrene Fachkräfte interpretiert werden.
- Die Symptome der ASS sind bei Jungen und Mädchen vergleichbar, jedoch sind Mädchen eher in Lage sich anzupassen („camouflage“).
- Die Symptome in Bezug auf RRV sind sozial angepasster und weniger eigenartig als bei Jungen.

75

A-FFIP



- “Multicentre, randomized controlled trial of the Frankfurt Early Intervention Program for toddlers and preschool children with Autism Spectrum Disorder – A-FFIP”
- Multizentrische, randomisiert, kontrollierte Studie zum Frankfurter Frühinterventionsprogramm für Vorschulkinder mit Autismus-Spektrum-Störung – A-FFIP

Literatur



<https://www.testzentrale.de/shop/fragebogen-zur-sozialen-kommunikation-autismus-screening-69621.html>

<https://www.testzentrale.de/shop/skala-zur-erfassung-sozialer-reaktivitaet-dimensionale-autismus-diagnostik-69770.html>

https://www.thalia.de/shop/home/artikeldetails/A1043855493?ProviD=11000522&gclid=EAlaIqoBChMzbnToKPW8wIVChd7Ch0Xqg1dEAQYASABEgIglA1D_BwE

https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2015/09/M-CHAT-R_F_German.pdf

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-047.html>

