

Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten/Tiefgreifende Entwicklungsstörungen

Franz Petermann und Ute Koglin

Einleitung

Bei Entwicklungsstörungen unterscheidet man je nach Ausmaß der Beeinträchtigungen zwischen tiefgreifenden und umschriebenen Entwicklungsstörungen. Tiefgreifend entwicklungs-gestörten Kindern und Jugendlichen fehlen die Möglichkeiten, spezifische kognitive, sprachliche und soziale Fertigkeiten zu erwerben. Es handelt sich um Störungen mit erheblichen qualitativen Abweichungen vom normalen Entwicklungsniveau. Die am häufigsten auftretende und bekannteste tiefgreifende Entwicklungsstörung stellt die autistische Störung dar, die sich bereits in den ersten Lebensjahren, meistens schon bis zum 18. Lebensmonat, herausbildet (vgl. Kusch & Petermann 2002).

Umschriebene Entwicklungsstörungen können als Leistungsdefizite in begrenzten (= umschriebenen) Funktionsbereichen beschrieben werden. Solche Störungen betreffen die Sprache und das Sprechen, die Motorik, das Lesen und die Lese-Rechtschreibleistung. Alle Störungen des Lesens, Schreibens und Rechnens werden im Klassifikationssystem der WHO, der ICD-10, als umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten bezeichnet (vgl. Abb. 1). Im Klassifikationssystem der Amerikanischen Psychiatrie-Gesellschaft (APA) werden sie als Lernstörungen und die Störungen der Sprache und des Sprechens als Kommunikationsstörung bezeichnet (vgl. dazu das **Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen**, DSM-IV). Im Weiteren wollen wir aus den umschriebenen Entwicklungsstörungen nur die Gruppe der Störungen schulischer Fertigkeiten vertiefen.

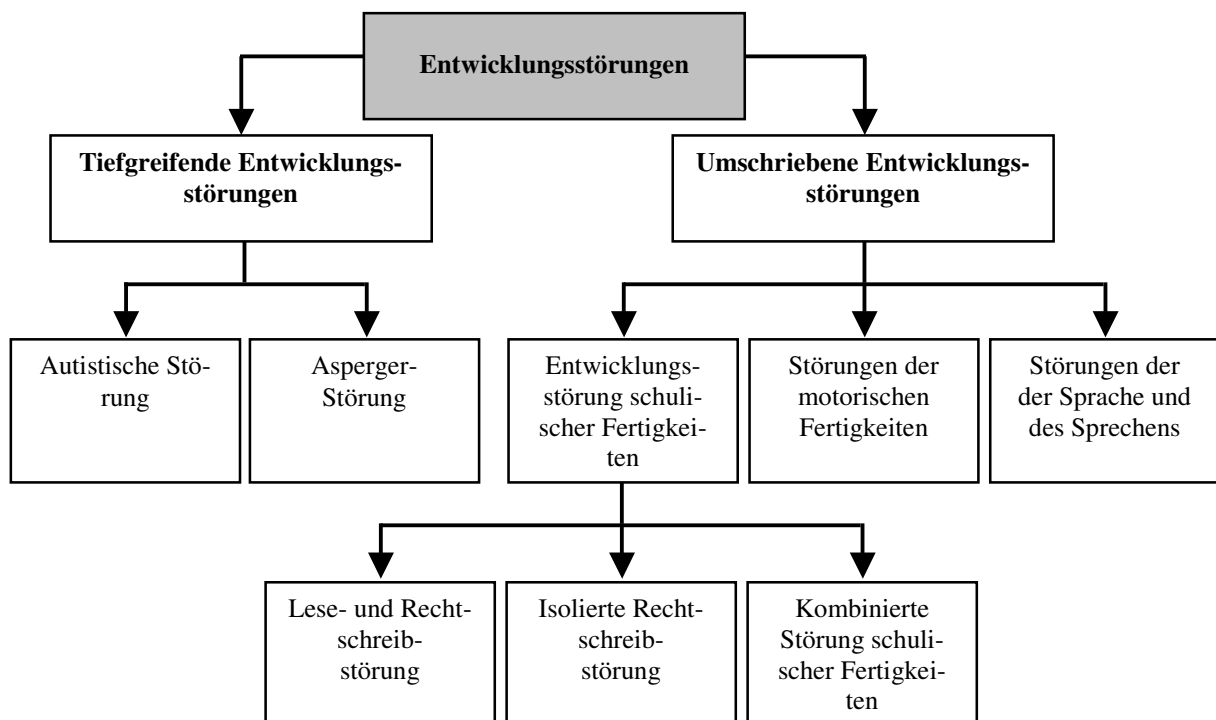


Abbildung 1. Überblick über die Einteilung von ausgewählten Entwicklungsstörungen

Umschriebene Störungen schulischer Fertigkeiten

Hierunter versteht man eine charakteristische und deutliche Beeinträchtigung des Erlernens des Lesens, Schreibens und Rechnens. Bei diesen Störungen geht man davon aus, dass eine neurobiologische, neuropsychologische und/oder kognitive Störung der Informationsverarbeitung vorliegt. Zentral dabei ist, dass der Leistungsstand deutlich unter dem Intelligenzniveau liegt und die Störung nicht durch eine Intelligenzminderung erklärt werden kann. Wesentlich ist weiterhin, dass die Entwicklungsstörungen vor dem sechsten Schuljahr aufgetreten ist, wobei sich solche Störungen in der Regel bereits zu Beginn der Grundschulzeit zeigen. Bei der Diagnosestellung muss ausgeschlossen werden, dass das Kind unzureichend gefordert wurde, zum Beispiel aufgrund eines schlechten Schulunterrichts, vielen Schulversäumnissen oder einem häufigen Schulwechsel. Des Weiteren müssen körperliche Krankheiten, die das Lernvermögen beeinträchtigen, und Sinnbehinderungen (z.B. eine unkorrigierte Seh- und Hörstörung) ausgeschlossen werden. – Im Detail unterscheidet man die in Kasten 1 definierten umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten.

Kasten 1. Übersicht über umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (nach ICD-10)

Lese- und Rechtschreibstörung (Legasthenie). Die Entwicklung der Lesefertigkeit ist massiv betroffen und in der Folge häufig die Rechtschreibung. Im Entwicklungsverlauf verbessert sich zwar die Lesefähigkeit, aber selten die Rechtschreibleistung.

Isolierte Rechtschreibstörung. Beeinträchtigung der Rechtschreibleistung, ohne dass eine Lesestörung vorliegt, wobei diese Störung selten auftritt (vgl. Warnke & Roth 2002).

Rechenstörung (Dyskalkulie). Es liegen Schwächen in den Grundrechenarten Addition, Subtraktion, Multiplikation und Division vor.

Kombinierte Störung schulischer Fertigkeiten. Hier tritt eine umfassende Beeinträchtigung auf, da sowohl die Lese- und Rechtschreibfähigkeiten als auch die Rechenfertigkeiten betroffen sind. Eine allgemeine Intelligenzminderung ist dabei auszuschließen.

Abklärung des störungsspezifischen Entwicklungsverlaufs

In diesem Zusammenhang kommt einer ausführlichen Anamnese und Exploration eine zentrale Bedeutung zu, wobei Auffälligkeiten im Kindergartenalter (= so genannte Vorläuferstörungen der Störung) genauso beachten werden müssen wie die schulischen und familiären Rahmenbedingungen ausgeprägter Entwicklungsstörungen. In den Leitlinien wird u.a. auf die im Kasten 2 aufgelisteten Hinweise Wert gelegt.

Kasten 2. Hinweise auf den Entwicklungsverlauf und störungsrelevante Rahmenbedingungen umschriebener Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (zusammengefasst nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2003)

1. Art, Qualität und Verlauf des Schulunterrichts (ggf. Fördermaßnahmen)
2. Häufigkeit von Klassen- oder Schulwechsel
3. Einschulungsverlauf und Beachtung spezifischer Erlebnisse des Leistungsversagens
4. Dauer der Hausaufgaben und Ausmaß der Hausaufgabenkonflikte
5. Vergleich zwischen spezifischen Schulleistungen (Deutsch, Rechnen) versus der allgemeinen schulischen Leistungsfähigkeit
6. Hörprüfung und Sehtestung
7. Unterstützung in der Schule durch Förderkurse und durch Rücksichtnahme bei der Notengebung
8. Soziale Erfahrungen im Umgang mit der Störung (z.B. Bloßstellung in der Schule, Hänseleien)
9. Art und Schweregrad der Begleitstörungen und der Qualität der kompensatorischen Fertigkeiten
10. Leistungserwartungen der Eltern und des Kindes sowie schul- und berufsbezogene Ziele

Test- und Schulleistungsdiagnostik

Neben den bereits erwähnten medizinischen Untersuchungen kommt vor allem der psychologischen Testdiagnostik eine besondere Bedeutung zu. So setzt das psychiatrische Klassifikationssystem ICD-10 einen Intelligenzquotienten von über 70 IQ-Punkten voraus und die Lese-/Rechtschreib- bzw. Rechenleistung sollte im unteren Leistungsbereich (10% Rang) liegen. Die Schulleistung erfasst man mit standardisierten Schulleistungstests; zudem wird gefordert, dass die Intelligenz mindestens 1,5 Standardabweichungen über dem spezifischen Schulleistungsdefizit liegen muss, also ein *umschriebener "Leistungsaustrutscher"* vorliegt, und alle übrigen Schulleistungen unauffällig sind. Es muss also eine *Diskrepanz* zwischen der allgemeinen Begabung (Intelligenzniveau) und der Schulleistung im Lesen/der Rechtschreibung oder im Rechnen bestehen.

Zentral für die Feststellung, ob eine umschriebene Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten vorliegt, ist die Durchführung eines geeigneten Intelligenztests (zur Übersicht vgl. Holling, Preckel & Vock 2004). Nur so lässt sich die oben erwähnte *Diskrepanzdefinition* überprüfen. Als geeignete Verfahren bieten sich an:

- der Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder (HAWIK-III, ab Ende 2006: HAWIK-IV),
- die Kaufman Battery for Children (K-ABC) sowie
- der Grundintelligenztest Skala 1 (CFT 1) und der Grundintelligenztest Skala 2 (CFT 20).

Erzielt ein Kind beim CFT 1 oder CFT 20 einen IQ-Wert von 85 bis 95, sollte nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2003) der Hamburg-Wechsler-Intelligenztest oder die K-ABC durchgeführt werden, um eine Intelligenzminderung auszuschließen.

Fördermöglichkeiten

Heute liegen vor allem bei der Förderung von Kindern mit einer Legasthenie vielfältige Möglichkeiten vor. Sie umfassen

- eine Beratung der Betroffenen und der Eltern,
- Übungsbehandlungen,
- Therapie der Begleitstörungen,
- schulische Förderkurse, Umschulung und Notenbefreiung,
- Maßnahmen nach § 35 a Kinder- und Jugendhilfegesetz (= Eingliederungshilfe bei drohender seelischer Behinderung).

Hierbei ist das Angebot für Kinder mit einer Legasthenie sehr umfassend (vgl. zur Übersicht Warnke & Roth 2002) und beim Vorliegen einer Dyskalkulie noch sehr bescheiden (vgl. zur Übersicht Jacobs & Petermann 2005).

Tiefgreifende Entwicklungsstörungen

Diese Gruppe von Entwicklungsstörungen umfasst neben der autistischen Störung und der Asperger-Störung auch die Rett-Störung und die desintegrative Störung; die letzten beiden Formen werden hier ausgeklammert und auf aktuelle Übersichten verwiesen (Kusch & Petermann 2002).

Autistische Kinder sind massiv in der zwischenmenschlichen Kommunikation beeinträchtigt. Sie sind durch Beeinträchtigungen in der Phantasietätigkeit beschreibbar und weisen ungewöhnliche Aktivitäten auf (z.B. stereotype Routinen). Von einer solchen tiefgreifenden Entwicklungsstörung spricht man, wenn folgende Merkmale beobachtbar sind:

- Augenkontakt, Gesichtsausdruck, Körperhaltung und Gestik werden kaum zur Regulation der sozialen Interaktion genutzt; andere Personen werden kaum aufgesucht, um Zuneigung und Trost zu erhalten;
- Interaktionen mit anderen Personen werden vom Kind selten initiiert;
- Trost wird selten gegeben, auf Freude und Trauer anderer Menschen wird nicht reagiert; und
- andere Menschen werden selten begrüßt oder deren Verhalten nachgeahmt.

Die qualitativen Beeinträchtigungen der verbalen und nonverbalen Kommunikation lassen sich u.a. wie folgt charakterisieren:

- Verzögertes oder völliges Fehlen der gesprochenen Sprache, die auch nicht durch Gestik und Mimik kompensierbar ist;
- Passivität bei Kommunikationsversuchen anderer (z.B. beim Rufen des Namen des Kindes);
- prompte oder verzögerte Echolalie (= Nachsprechen von Wörtern und Sätzen);
- nicht nachvollziehbarer Wortgebrauch, der nur aus der spezifischen Situation des Kindes verständlich wird;
- Gebrauch von "Du", wenn "Ich" gemeint ist; und
- Veränderungen paralinguistischer Aspekte (Tonhöhe, Akzentuierung u.Ä.).

Auf der Verhaltensebene sind die folgenden eingeschränkten Aktivitäten und Interessen auffällig:

- Völliges Eingenommensein von stereotypen und begrenzten Interessen;
- Verhaftetsein an ungewöhnlichen Objekten (z.B. Sammeln von Kuriositäten);
- Festhalten an zwanghaften Ritualen;
- stereotype und sich wiederholende motorische Verhaltensweisen und
- Verunsicherung bei Änderungen in unwesentlichen Aspekten der unmittelbaren Umgebung (z.B. Zahnputzbecher steht an einem um wenige Zentimeter veränderten Platz).

Obwohl die meisten autistischen Kinder eine geistige Behinderung aufweisen, kann man – vom Entwicklungsverlauf betrachtet – autistische und geistig behinderte Kinder differentialdiagnostisch unterscheiden:

- Bei geistig behinderten Kindern liegt ein quantitativ verzögerter Entwicklungsverlauf vor und
- bei autistischen Kindern eine schwere qualitative Abweichung vom normalen Entwicklungsverlauf, die in keinem Entwicklungsstadium normal ist.

Die Asperger-Störung

Kinder mit einer Asperger-Störung besitzen eine weitgehend normale Intelligenz, weisen für einen Beobachter nicht nachvollziehbare Interessen auf und können nicht an sozialen Interaktionen teilnehmen. Der Störungsbeginn liegt nach dem 24. Lebensmonat – also etwas später als bei autistischen Kindern, bei denen man schon um den 18. Lebensmonat eine Diagnose stellen kann. Im Einzelnen sind die in Kasten 3 zusammengefassten Merkmale charakteristisch.

Kasten 3. Wichtige Symptome von Kindern mit einer Asperger-Störung (nach Kusch & Petermann 2002, S. 433)

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Sprachgebrauch von Asperger-Kindern ist unauffällig, jedoch können sich die Kinder nicht an die unterschiedlichen sozialen Kontexte oder Bedürfnisse der Zuhörer anpassen.• Asperger-Kinder wünschen Sozialkontakt, jedoch gelingt es ihnen nicht, angemessen auf Kontaktangebote zu reagieren oder Kontakt zu initiieren.• Sie sind auffallend ungeschickt,• Entwickeln für Außenstehende nicht nachvollziehbare Interessen und• Ihr nonverbaler Ausdruck (u.a. Stimmlage, Gesichtsausdruck, Gestik, Blickkontakt) ist beeinträchtigt. |
|---|

Kinder mit einer Asperger-Störung haben aufgrund ihrer sprachlichen Fertigkeiten eine bessere Prognose als Kinder mit einer autistischen Störung.

Diagnostik und Früherkennung

Zur Abklärung einer autistischen Störung stehen verschiedene Methoden bereits. Zunächst ist eine entwicklungs- und symptomorientierte Befragung der Eltern und eine strukturierte Beobachtung des Problemverhaltens des betroffenen Kindes nötig. Des Weiteren ist eine Intelli-

genzdiagnostik (z.B. mit dem einem nonverbalen Intelligenztest wie dem SON-R 2½-7) und eine neuropsychologische Diagnostik empfehlenswert. In der Regel wrden auch eine

- Hör- und Sehprüfung,
- neurologische Untersuchung und
- Entwicklungsdiagnostik (z.B. ET 6-6 bei Kindern bis sechs Jahre; s. Kasten 4) gefordert.

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2003) empfehlen weiterhin

- mindestens einmal eine Untersuchung mit Hilfe eines bildgebenden Verfahrens (CT, MRT) zum Ausschluss einer organischen Erkrankung (z.B. einer tuberösen Hirnsklerose) und
- eine chromosomale und molekulargenetische Untersuchung (z.B. zur Differenzierung von möglichen Begleiterkrankungen wie dem Fragilen X-Syndrom).

Kasten 4. Inhalte des Allgemeinen Entwicklungstests ET 6-6 von Petermann, Stein und Macha (2004)

Allgemeine Entwicklungstests überprüfen die Entwicklung anhand von Leistungen, von denen auf die Ausbildung von Fertigkeiten geschlossen werden kann, deren Erwerb für das Lebensalter "typisch" und deren Fehlen auf Entwicklungsdefizite schließen lässt. Übliche Erfassungsbereiche sind dabei:

- *Körper- bzw. Grobmotorik*

Überprüft das Erlangen der Kopfkontrolle, Einnahme einer aufrechten Rumpfhaltung, freies Gehen, Erlangen von Fertigkeiten für typische Alltags- und Spielsituationen.

- *Hand- bzw. Feinmotorik, Hand-Auge-Koordination*

Überprüft das gezieltes Greifen, gezieltes Loslassen, Manipulation und Gebrauch von Gegenständen, korrekte Stifthaltung.

- *Wahrnehmung*

Überprüft das Aufnehmen, Verfolgen und Wiedergeben visueller, taktiler und akustischer Reize.

- *Kognition*

Überprüft zum Beispiel das visuell-räumliche und phonologische Gedächtnis durch Wiedererkennen und Reproduzieren von Bildfolgen, Zahlenreihen, Geräuschen.

- *Sprache*

Überprüft das Sprachverständnis, Wortproduktion, Wortkombination, Grammatik.

- *Sozialentwicklung*

Überprüft die Fähigkeit, Beziehung zu anderen Menschen wie Bezugspersonen und Gleichaltrigen zu gestalten (Spiel, Regeleinhaltung, Teilen).

- *Emotionale Entwicklung*

Überprüft die Ausbildung von Primäremotionen, Regulierung von Emotionen, Entwicklung von Bindungsverhalten und des Selbst.

- *Selbständigkeitsentwicklung*

Überprüft den Erwerb von Alltagsfähigkeiten (Anziehen, Sauberkeitsentwicklung, Bewältigen vertrauter Wege).

Zur Früherkennung autistischer Kinder liegen seit über zehn Jahren Verfahren vor, wobei es damit gelingt, Kinder zwischen dem 18. und 36. Lebensmonat zuverlässig zu identifizieren. Am besten hat sich dabei die CHAT (= Checklist for Autism in Toddlers) von Baron-Cohen,

Allen und Gillberg (1992) bewährt. Dieses Verfahren existiert als Eltern-Einschätzliste (vgl. Kasten 5) und als Beobachtungsbogen für Experten (Ärzte, Krankenschwester).

Kasten 5. CHAT-Einschätzliste für Eltern

1. Hat Ihr Kind Freude daran, wenn Sie es hin- und herschaukeln oder Sie es auf den Knien reiten lassen?
2. Zeigt Ihr Kind Interesse an anderen Kindern?
3. Klettert Ihr Kind gerne zum Beispiel auf Treppen?
4. Spielt Ihr Kind gerne das Guck-guck-Spiel oder Verstecken?
5. Hat Ihr Kind jemals so getan, als ob es sich beispielsweise mit einer Spielzeug-Teekanne Tee einschenken würde oder hat es jemals ein anderes (imaginäres) Spiel gespielt?
6. Hat Ihr Kind jemals den Zeigefinger benutzt, um etwas zu zeigen oder um etwas zu bitten?
7. Hat Ihr Kind jemals den Zeigefinger benutzt, um auf etwas zu zeigen oder um Interesse für etwas zu bekunden?
8. Kann Ihr Kind mit kleinen Spielzeug (z.B. Bauklötzchen) richtig spielen, ohne es nur in den Mund zu nehmen, daran herumzufingern oder es herunterfallen zu lassen?
9. Bringt Ihr Kind Ihnen Dinge, um sie Ihnen zu zeigen?

Fördermöglichkeiten

Die Fortschritte in der Förderung von Kindern mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen sind beeindruckend. Dies bezieht sich einerseits auf die Frühförderung, zum Beispiel im Rahmen des Early Intervention Programm nach Lovaas (1987; vgl. auch Kasten 6), indem Kinder ab drei Jahren eine intensive Behandlung in verschiedenen Bereichen erfahren. In diesem Programm werden die Eltern als Kotherapeuten umfangreich einbezogen. Durch eine solche intensive Frühförderung verbessert sich bei ungefähr der Hälfte der Kinder die Symptomatik.

Kasten 6. Das Early Intervention Programm nach Lovaas (modifiziert nach Kusch & Petermann 2002, S. 446)

Beim Early Intervention Programm handelt es sich um ein Förderangebot für Drei- bis Vierjährige. Die Behandlungsdauer erstreckt sich über zwei bis drei Jahre, bei durchschnittlich 40 Therapiestunden je Woche. Die Förderung findet im häuslichen Setting oder in der Förderstelle statt. Es wird sowohl von Therapeuten als auch den Eltern (als Kotherapeuten) durchgeführt. Die Schwerpunkte liegen unter anderem auf den folgenden Bereichen:

- Abbau von Stereotypen und Aggression,
- Sprachförderung und Aufbau kognitiver Fertigkeiten sowie
- Aufbau von Spielverhalten und Fertigkeiten der sozialen Kommunikation.

Der Sprachförderung und dem aktiven verbalen Auffordern des autistischen Kindes, Alltagsanforderungen zu folgen, kommen eine zentrale Rolle zu. Eine pharmakologische Behandlung ist vor allem für die komorbiden Störungen angezeigt (z.B. Aggressionsreduktion, Verminderung der Impulsivität). Für die Aufklärung und Betreuung der Eltern – vor allem im Hinblick auf die begrenzten Behandlungsmöglichkeiten – sollten genügend Zeit eingeräumt werden. In der Behandlung sollten prinzipiell nicht mehr als ein oder zwei Ziele gleichzeitig angegangen werden.

Die Fördermöglichkeiten beziehen sich im Detail auf die Entwicklung einer angemesseneren sozialen Wahrnehmung, dem Aufbau von Kommunikationsfertigkeiten und die Sprachförderung. Verhaltenstherapeutische Methoden, die an Alltagssituationen der Kinder ansetzen (z.B. Üben mit vertrautem Spielmaterial), sind besonders bedeutsam und erfolgreich. Bei begabteren autistischen Kindern kann man auch die Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie einsetzen, um die Selbstkontrolle und Kontaktfähigkeit der Patienten zu verbessern.

Literatur

Baron-Cohen, S./Allen, J./Gillberg, C.: Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. In: British Journal of Psychiatry 1992, 161, 839-843

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.): Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter, 2. erweit. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 2003

Holling, H./Preckel, F./Vock, M.: Intelligenzdiagnostik. Göttingen: Hogrefe 2004

Jacobs, C./Petermann, F.: Diagnostik von Rechenstörungen. Göttingen: Hogrefe 2005

Kusch, M./Petermann, F.: Tiefgreifende Entwicklungsstörungen. In: Petermann, F. (Hrsg.), Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie, 5. Aufl. Göttingen: Hogrefe 2002, S. 431-452

Lovaas, O.I.: Behavioral treatment and normal education and intellectual functioning in young autistic children. Journal of Consulting and Clinical Counseling 1987, 55, pp. 3-9

Petermann, F./Stein, I.A./Macha, T.: Der Entwicklungstest ET 6-6, 2. erweit. Aufl. Frankfurt: Harcourt Test Services 2004

Warnke, A./Roth, E.: Umschriebene Lese-Rechtschreibstörung. In: Petermann, F. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie, 5. Aufl. Göttingen: Hogrefe 2002, S. 453-476

Autor/in

Prof. Dr. Franz Petermann, Direktor des Zentrums für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen; Lehrstuhlinhaber für Klinische Psychologie der Universität Bremen und Leiter der Psychologischen Kinderambulanz der Universität Bremen

Dr. Ute Koglin, wissenschaftliche Mitarbeiterin des Lehrstuhls Klinische Psychologie der Universität Bremen, Leiterin des Biopsychologischen Labors des Lehrstuhls Klinische Psychologie der der Universität Bremen

Adresse

Prof. Dr. Franz Petermann
Dr. Ute Koglin
Grazer Str. 2 und 6
28359 Bremen