



5.5.5 CARS-Liste

Hinweise zur Durchführung der Childhood Autism Rating Scale (CARS)

Bearbeitung und Anpassung Dr. L.-D. Herbst von: STEINHAUSEN, H.-C.: Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 4. aktualisierte Auflage. München/Wien/Baltimore 1996, S. 379-385



2.1

Für jeden Funktionsbereich, der beurteilt werden muss, wird eine angemessene Situation oder Aktivität beschrieben. Die Beurteilung kann vom Untersucher oder von einem Beobachter der Untersuchung vorgenommen werden.

Bewertung

- (1) das Verhalten des Kindes liegt innerhalb normaler altersgemäßer Grenzen
- (2) das Verhalten ist *leicht* abnorm
- (3) das Verhalten ist *mittelgradig* abnorm
- (4) das Verhalten ist *hochgradig* abnorm

Zwischenwerte sollten benutzt werden, wenn das Verhalten des Kindes zwischen den beschriebenen vier Beurteilungen liegt. Die Kategorien sollten soweit wie möglich als gleiche Abstände eines Kontinuums angesehen werden. Dabei muss das Alter des Kindes berücksichtigt werden. Zum Beispiel ist die Aufmerksamkeit eines normalen Zweijährigen gegenüber einem nicht vertrauten Erwachsenen kürzer und weniger gleichmäßig als die eines normalen Fünfjährigen. Ein derart altersangemessener Entwicklungsunterschied sollte nicht als eine Beziehungsbeeinträchtigung des Zweijährigen fehlgedeutet werden.

Interpretation

Der Zweck der Beurteilungsskala besteht darin, Verhalten ohne Rückschluss auf kausale Erklärungen zu beurteilen. Da einige Verhaltensweisen des kindlichen Autismus denen bei anderen kindlichen Störungen ähneln, ist es wichtig, die Beurteilung nur hinsichtlich der Abweichung vom Normalen vorzunehmen, ohne dabei Urteile abzugeben, ob das Verhalten als Folge einer Hirnschädigung, geistigen Behinderung usw. erklärt werden kann. Der Gesamtwert und das Muster der Beeinträchtigungen wird das autistische Kind von anderen entwicklungsgestörten Kindern unterscheiden. Zum Beispiel könnte ein nicht-autistisches, aber retardiertes Kind ungewöhnliche Affekte zeigen (flach, gehemmt), die unter Affekt mit (2) beurteilt werden könnten. Diese Beurteilung würde aber auch bei gleichzeitigem abnormem Verhalten in anderen Bereichen nicht ausreichen, das Kind als autistisch zu klassifizieren. Das Merkmal Nr. 14 ist eine globale Beurteilung der Störung, die auf dem subjektiven Eindruck vom Grad des Autismus, wie er in den übrigen 14 Punkten definiert wird, beruht. Die Beurteilung muss in jedem Bereich die Eigentümlichkeit, Häufigkeit und Intensität des Verhaltens berücksichtigen. Da eine Beeinträchtigung in jedem Bereich sehr verschiedene Formen in Abhängigkeit ihrer Eigentümlichkeit, Häufigkeit und Intensität annehmen kann, ist es schwierig, genau zu spezifizieren, wie jede Beurteilung vorgenommen werden soll. Die folgenden Beispiele dienen nur als *Richtlinien*.

1. Beziehungen zu Menschen

Bieten Sie dem Kind eine Reihe von Interaktionssituationen an. Versuchen Sie, das Kind mit Spielsachen spielen, einfache Aktivitäten ausüben und mit dem Untersucher interagieren zu lassen. Das Ausmaß an Lenkung durch den Untersucher sollte von anhaltendem, intensivem Drängen (soviel wie für eine Reaktion von Seiten des Kindes erforderlich) bis zu vollständigem Nichtdrängen (das Kind ist völlig frei, seinem Wunsch gemäß zu handeln) reichen. Unternehmen Sie auch einige körperliche Aktivitäten mit dem Kind, um seine Reaktion auf körperlichen Kontakt und körperlichen Ausdruck von Zuneigung zu erfassen. Geben Sie sowohl positive wie negative Rückmeldungen.

Abweichungen von einer normalen Beziehung können von leichten Formen wie übermäßiger Scheu, leichtem Negativismus, Vermeidung von Blickkontakt bis zu den schwereren Formen wie intensiver Distanz und Vermeidung reichen. Bei der Beurteilung empfiehlt es sich, das



Ausmaß und die Intensität des von Seiten des Erwachsenen erforderlichen Drängens zu berücksichtigen wie auch der vom Kind ausgehenden Interaktion, insbesondere während der Phase des Nichtdrängens. Es sollte auch die Reaktion des Kindes auf körperliche Zuneigung registriert werden.

2. Imitation (verbal und motorisch)

Veranlassen Sie das Kind zur Imitation sowohl verbaler wie auch motorischer Aufgaben, wobei Sie sichergehen sollten, dass das Kind versteht, es solle den Erwachsenen hinsichtlich seiner Handlungen oder Worte nachahmen. Variieren Sie dabei von einfachen bis zu komplexen Aufgaben, so dass zwischen folgenden Zuständen unterschieden werden kann: fehlende Bereitschaft zur Nachahmung, mangelndes Verständnis für die Aufgabe oder Anweisungen oder Unfähigkeit zur Aufgabenausführung. Die verbale Imitation kann vom Wiederholen einfacher Babbellaute bis zum Wiederholen langer, komplizierter Sätze reichen. Die motorische Imitation sollte sowohl grobmotorische Imitation wie körperliche Übungen als auch feinmotorische Imitation wie Nachzeichnen von Formen, Schneiden mit der Schere oder Spiel mit kleinen Objekten einschließen.

Wenn die Imitationsaufgabe zu schwierig zu sein scheint, werden in diesem Bereich die *Bereitschaft* zur Imitation und der Versuch zur Nachahmung des Erwachsenen beurteilt - die aktuelle Unfähigkeit zur Ausführung der Aufgabe wird ignoriert. Diese Skala ist für die Bestimmung präverbaler Funktionen von besonderer Bedeutung. Entsprechend wird die *Bereitschaft*, den verbalen Anweisungen zu folgen, als verbale Imitation betrachtet. Abweichungen reichen von leichteren Formen wie zeitweiliger und verzögerter Imitation bis zu schwereren Formen wie vollständiger Verweigerung der Imitation. In der diagnostischen Sitzung gibt es mehrere Merkmale zur Bewertung der Imitation. Derartige Aufgaben sollten, ebenso wie jede spontan in der Sitzung auftretenden, genutzt werden. Bei der Beurteilung sollte das Bemühen berücksichtigt werden, das für die Auslösung von Imitation erforderlich ist. Allgemein ist die motorische Imitation besser als die verbale.

3. Affekt

Es ist zu hoffen, dass die allgemeine Untersuchung für das Kind angenehm sein wird, jedoch einige Situationen schaffen wird, wo beim Kind Frustration oder Ärger hervorgerufen werden könnten, wenn z.B. ein beliebtes Spielzeug weggenommen oder darauf bestanden wird, eine offensichtlich schwierige Aufgabe zu leisten. Es sollten genügend verschiedene Arten von Spielzeug und Materialien und Aktivitäten bereitgestellt werden, die für das Funktionsniveau angemessen sind, um Freude und Interesse zu prüfen. Es gibt mehrere Merkmale, die der Auslösung angenehmer Reaktionen dienen, wie z.B. Seifenblasen, körperliches Spiel und Puppenspiel.

Es sollte ebenso angemerkt werden, wenn die Art der Reaktion angemessen, das Ausmaß jedoch zu stark (exzessiv oder gehemmt), wie wenn die Art der Reaktion unangemessen ist. Beachten Sie unangemessene und unerklärliche Extreme affektiver Reaktionen, Rigidität der Reaktionen und die manchmal weniger offensichtlichen, eingeengten und schwachen Reaktionen.

4. Einsatz des Körpers

Stellen Sie sowohl fein- als auch grobmotorische Aufgaben zur Bewertung der Koordination bereit. Versuchen Sie mit unterschiedlicher Intensität bizarren Körpereinsatz zu verhindern, um die Beständigkeit zu bestimmen.

Abweichungen reichen von leichteren Formen wie Unbeholfenheit, Mangel an Koordination oder stereotypen Bewegungen (wie z.B. wiederholtes Berühren des Gesichts) bis zu schwereren Formen wie z.B. eigenartigen Haltungen, Untersuchungen des Körpers, Autoaggression, Jaktationen. Drehbewegungen und Zehenspitzenengang. Die Papier-Bleistift-Aufgaben und die körperliche Aktivität können zur Beurteilung der Koordination genutzt werden. Die stärker bizarre Körpermotorik tritt jederzeit auf und muss nicht vom Untersucher willentlich ausgelöst werden.

5. Beziehung zu nichtbelebten Objekten

Stellen Sie eine Reihe von Spielsachen und Materialien bereit, die dem Funktionsniveau des Kindes angemessen sind und das Kind auch, sofern es dazu neigt, zu bizarrem Umgang auffordern (z.B. Gegenstände, die sich drehen und baumeln oder kleine Teile haben). Erlauben Sie dem Kind, mit dem Material nach seinem Wunsch zu spielen, und zeigen Sie ihm danach den angemessenen Gebrauch, um festzustellen, ob es ihn übernimmt.



Abweichungen reichen von leichteren Formen wie leichtem Desinteresse an Materialien oder kleinkindhaftem Gebrauch bis zu schwereren Formen, wo die Objekte durchgängig unangemessen gebraucht werden: repetitiv, mechanisch, vernehmliche Beschäftigung mit Materialien im Sinne von Drehen der Räder an einem Lastwagen, anstatt ihn zu rollen, einen Faden baumeln lassen, Objekte in Drehung versetzen, Betrachten der Ränder von Puzzleteilen, anstatt der Oberflächen usw. Beachten Sie, wie das Kind während der unstrukturierten Phase spielt, in der es nicht bedrängt wird, um diese Beurteilung zu erleichtern.

6. Anpassung an Umgebungsveränderungen

Eine gültige Erfassung dieses Bereichs ist schwierig, weil die spezifische Untersuchungssituation sich nicht mit den jeweils etablierten Gewohnheiten decken muss, mit der Ausnahme, dass die gesamte Situation keine Routine darstellt. Jedoch können ein Auswechseln der Materialien und eine Veränderung der geringfügig etablierten Abläufe einige Information liefern.

Die Anpassungsfähigkeit des Kindes an Veränderungen sollte dadurch bewertet werden, dass man die Bereitschaft beobachtet, von einem Material zum anderen zu wechseln und die Anordnung innerhalb einer jeweiligen Aktivität zu verändern. Abweichungen können die Form einer gewissen Unwilligkeit, ein Material oder eine Aktivität aufzugeben, bis zu stärkerem Widerstand und Verärgerung auf Veränderungen hinsichtlich Material und Aktivitäten annehmen.

7. Visuelle Reaktionsbereitschaft

Stellen Sie Aufgaben bereit, die visuelle Aufmerksamkeit erforderlich machen. Wenn der Blickkontakt vermieden wird, erzwingen Sie den Kontakt, indem Sie den Kopf des Kindes zu sich drehen, um das Ausmaß der Vermeidung zu prüfen.

Beurteilen Sie den Gebrauch und das Interesse des Kindes hinsichtlich visueller Reize (nicht seine Fähigkeit, bestimmte Objekte zu sehen). Abweichungen schließen eine leichte Vermeidung, Material oder den Erwachsenen zu betrachten, oder ausgeprägte Selbstbetrachtung im Spiegel bis hin zu den schweren Formen einer allgemeinen Blickvermeidung, eines wiederholten Grimassierens vor dem Spiegel und ein fixiertes Starren auf Lichter ein. Bei der Beurteilung empfiehlt es sich, darauf zu achten, wie oft der Untersucher das Kind ansprechen muss hinzuschauen und wie oft er den Kopf des Kindes zu sich oder zu den Materialien drehen muss.

8. Akustische Reaktionsbereitschaft

Zusätzlich zum Gespräch mit dem Kind sollten andere Arten akustischer Reize (z.B. mechanische) bereitgestellt werden, um die Reaktion des Kindes auf diese Reize zu bewerten.

Beurteilen Sie die Beständigkeit des Kindes hinsichtlich Einsatz und Interesse von bzw. an akustischen Reizen, nicht seine Fähigkeit, spezifische Töne zu hören. Beobachten Sie Vermeidung oder Unaufmerksamkeit gegenüber Tönen und Sprache ebenso wie Überempfindlichkeit gegenüber Tönen und Sprache. Beachten Sie die Reaktionen des Kindes auf die Stimme des Untersuchers, Lärmquellen und unbeabsichtigte Geräusche inner- und außerhalb des Untersuchungszimmers. Geben Sie die akustischen Reize, wenn das Kind nicht hinschaut, wobei Sie sicher sein sollten, dass das Kind auf die akustischen und nicht die visuellen Reize reagiert.

9. Reaktion der Nah-Rezeptoren

Stellen Sie eine Anzahl von Materialien und Objekten mit unterschiedlichen Strukturen bereit. Um die Reaktion des Kindes auf Schmerz zu beurteilen, beachten Sie seine Reaktion auf jedes zufällige Fallen oder sich stoßen. Wenn keine derartigen Ereignisse zufällig auftreten, kann es notwendig sein, das Kind zu zwicken.

In diesem Bereich werden Tasten, Schmecken, Riechen und Schmerzreaktion erfasst. Taktile Blöcke und ein Zwicken werden aufgenommen, um eine vorliegende Abnormität zu bestimmen. Riechen, Schmecken, Reiben oder Tasten können jederzeit eher als sensorische Handlung denn als funktionale Erfahrung auftreten. Versuchen Sie, zwischen dem geringfügigen kleinkindhaften In-den-Mund-Stecken von Materialien und der schweren Abnormität des Leckens und Schmeckens von Materialien zu unterscheiden.

10. Angst-Reaktion

Beobachten Sie eine mögliche Angst vor Trennung von den Eltern. Nehmen Sie das Kind in körperliches Spiel, heben Sie es vom Boden ab, um seine Reaktion auf körperliche Nähe und Spiel mit Aufhebung der Schwerkraft zu bestimmen.

Die Angst kann viele Formen einschließlich Weinen, Schreien, Kichern, Rückzug, Furcht usw.



annehmen. Berücksichtigen Sie bei der Beurteilung die Häufigkeit, den Schweregrad und die Dauer. Die Trennung von den Eltern am Anfang und das Anti-Schwerkraft-Spiel oder evtl. die Puppen können ängstliche Reaktionen hervorrufen.

11. Verbale Kommunikation

Ermutigen Sie das Kind zu sprachlichen Äußerungen. Wenn davon spontan wenig auftritt, stellen Sie einfache bis komplexe Fragen, und veranlassen Sie das Kind zur Nachahmung von Tönen und Worten.

Auffälligkeiten der verbalen Kommunikation reichen von einfacher Sprachentwicklungsverzögerung bis zum extremen, fast ausschließlichen Gebrauch eines eigentümlichen, bizarren Sprachgebrauchs wie Privatsprache und Echolalie;

12. Nonverbale Kommunikation

Setzen Sie bei Anweisungen (manchmal) Gesten ein. Vermerken Sie die Versuche des Kindes, zu erreichen, was es will. Ermutigen Sie zur nonverbalen Kommunikation, indem Sie etwas entfernen, was das Kind haben will, und vermerken Sie seine Bemühungen, es wieder zu bekommen.

Dieser Bereich erstreckt sich auf die Kommunikation von Bedürfnissen und Forderungen des Kindes, die nonverbal ausgedrückt werden (Gebrauch von Mimik, Gesten, Haltung). Berücksichtigen Sie auch die Reaktionen des Kindes auf nonverbale Anforderungen durch den Untersucher. Wenn das Kind eine verhältnismäßig normale verbale Kommunikation hat, kann wenig nonverbale Kommunikation vorliegen. Andererseits können Kinder mit Sprachbeeinträchtigungen eine nonverbale Kommunikation oder auch nicht entwickelt haben. In der Untersuchung sollten Sie auf die Reaktionen des Kindes auf die nonverbalen Anweisungen des Untersuchers achten, ob das Kind die Nähe des Erwachsenen zu mehr körperlichem Spiel sucht oder nicht, ob es dem Untersucher seinen Wunsch nach mehr Süßigkeiten zu vermitteln versucht, wie es ein mögliches Bedürfnis nach der Toilette angibt.

13. Aktivitätsniveau (Bewegungsmuster)

Geben Sie dem Kind Möglichkeiten der freien Bewegung. Bewerten Sie auch das Ausmaß an Kontrollierbarkeit, indem Sie darauf bestehen, dass das Kind still ist. Das Alter des Kindes, die Dauer der Untersuchung und die Länge der Anreise sollten bei dieser Beurteilung berücksichtigt werden.

14. Funktionsniveau der Intelligenz

Halten Sie einige kognitive Aufgaben für das Kind bereit, um das allgemeine Intelligenzniveau zu bestimmen.

Hinweise auf ein Potential beziehen sich auf Fertigkeiten, die auf dem oder nahe dem Alterspotential liegen, aber mit retardierten Fertigkeiten kombiniert sind. Offensichtliche Diskrepanzen beziehen sich auf Fertigkeiten, die über dem Altersniveau liegen oder ganz besonders ungewöhnlich sind (z.B. Musikalität).



Erhebungsbogen zur Beurteilung der Ausprägung des Autismus-Syndroms

(n. SCHOPLER et al.1980; bearb. von H.-C. Steinhausen 1996)

CARS

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
-------	----------	---------------

Überprüfung durch:	Datum der Überprüfung:
--------------------	------------------------

(Bitte kreuzen Sie pro Abschnitt nur ein, maximal zwei aufeinanderfolgende Kriterien mit ja an !)

1.	Beziehung zu anderen Menschen	Ja	Nein
	Das Kind zeigt altersangemessene Ausmaße an Schüchternheit, Vorsichtigkeit, Abweisung oder direktem Reagieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Das Kind zeigt zuweilen einen Mangel an Blickkontakt, etwas Negativismus oder Vermeidung. Es zeigt zuweilen ausgeprägte Scheu oder mangelnde Reaktion auf den Untersuchenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Das Kind scheint streckenweise den Erwachsenen nicht wahrzunehmen. Zeitweise ist intensives Drängen notwendig, um eine Reaktion zu erhalten. Vom Kind geht nur minimaler Kontakt aus (der Kontakt wirkt häufig leer und unpersönlich).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Das Kind zeigt eine ausgeprägte Distanz sowie ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten. Es reagiert nur selten auf den Untersucher. Vom Kind gehen nur selten, wenn überhaupt, Interaktionen aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.	Imitation (verbal und motorisch)	Ja	Nein
(1)	Das Kind zeigt ein altersangemessenes Imitationsverhalten, sowohl verbal als auch motorisch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)	Das Kind imitiert meistens, braucht jedoch gelegentlich Anstoß oder zeigt eine verzögerte Imitation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)	Das Kind imitiert nur streckenweise oder macht ständigen Nachdruck von Seiten des Untersuchers erforderlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)	Das Kind imitiert selten - wenn überhaupt - verbal oder motorisch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.	Affekt	Ja	Nein
(1)	Im Wechsel von Mimik, Haltung und Verhalten zeigt das Kind alters- und situationsangemessene, affektive Reaktionen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)	Das Kind reagiert leicht gehemmt oder affektiv gesteigert. Es lächelt gelegentlich aus unersichtlichem Grund oder ist etwas furchtsam vor Material und Aktivitäten, die üblicherweise keine Furcht auslösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)	Das Kind verhält sich recht enthemmt oder übersteigert oder häufig - bezogen auf den Reiz - unangemessen. Es grimassiert oder verhält sich rigide.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)	Die Reaktionen des Kindes sind selten situationsangemessen. Affektiv verhält sich das Kind ausgeprägt beharrlich. Es leistet extremen Widerstand auf Veränderungen durch den Untersucher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



(Bitte kreuzen Sie pro Abschnitt nur ein, maximal zwei aufeinanderfolgende Kriterien mit ja an!)

4.	Einsatz des Körpers	Ja	Nein
(1)	Einsatz des Körpers und Körperbewußtsein sind altersgemäß.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)	Das Kind zeigt geringfügige Eigentümlichkeiten hinsichtlich des Einsatzes seines Körpers und seines Körperbewusstseins (stereotype Bewegungen, Unbeholfenheit, Koordinationsmängel) . Sehr selten treten Verhaltensweisen auf, wie sie unter (3) aufgeführt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)	Das Kind zeigt eigenartige Finger- und Körperhaltungen. Manipulationen am Körper fallen auf. Das Kind verletzt sich selbst. Es zeigt Jaktationen, Drehbewegungen, Fingerwedeln bzw. Zehenspitzenengang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)	Das Kind zeigt ausgeprägt oder ständig die unter (3) aufgeführten Verhaltensweisen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.	Beziehung zu nichtbelebten Objekten		
(1)	Das Kind zeigt altersangemessene Verhaltensweisen hinsichtlich Interessen, Gebrauch und Erkundung von Objekten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)	Das Kind zeigt leichtes Desinteresse oder einen leicht unangemessenen Gebrauch von Materialien oder einen altersunangemessenen Umgang mit Materialien (In-den-Mund-Stecken von Objekten; Zusammenschlagen von Materialien; Faszination durch quietschende Objekte; Faszination durch An- und Ausdrehen des Lichts).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)	Beim Kind fällt ein bedeutsamer Mangel an Interessen hinsichtlich der meisten Objekte auf. Zu beobachten sind einige eigenartige und offensichtlich übermäßige Beschäftigungen mit wiederholtem Gebrauch von Objekten (nicht funktionsgerecht, möglicherweise mechanisch oder bizarr) und eine Vermeidung des Gebrauchs anderer Objekte z.B. Pendeln von Fäden, Kratzen an Objekten mit Fingernägeln, Drehbewegungen an Rädern, Faszination hinsichtlich eines kleinen Teils, Objekte ans Licht zur Reflexion halten, Faszination hinsichtlich Bewegung an sich, Drehen von Scharnieren usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)	Das Kind zeigt extreme hinsichtlich der oben beschriebenen Charakteristika und ausgeprägte Schwierigkeiten, von diesen Objekten abgelenkt zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.	Anpassung an Veränderungen der Umgebung		
(1)	Das Kind zeigt altersangemessene Reaktionen auf Veränderungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)	Das Kind leistet leichten Widerstand gegenüber Veränderungen der Umgebung. Es hält fest an Objekten oder Aktivitäten oder gleichen Reaktionsmustern. Das Kind kann abgelenkt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)	Das Kind leistet aktiven Widerstand gegenüber Veränderungen von Aktivitäten mit Zeichen von Verärgerung und Frustration. Das Kind ist beim Versuch einer Intervention schwer abzulenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)	Das Kind zeigt ausgeprägte Reaktionen auf Veränderungen, die außerordentlich resistent gegenüber Modifikationen sind. Wenn auf Modifikation bestanden wird, können Wutausbrüche auftreten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



(Bitte kreuzen Sie pro Abschnitt nur ein, maximal zwei aufeinanderfolgende Kriterien mit ja an !)

7.	Visuelle Reaktionsbereitschaft	Ja	Nein
(1)	Die visuellen Reaktionen des Kindes werden in integrierter Weise mit anderen sensorischen Systemen eingesetzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)	Das Kind muss gelegentlich daran erinnert werden, Materialien anzusehen. Es ist leicht fixiert auf das Spiegelbild, vermeidet etwas den Blickkontakt, starrt etwas in die Luft oder ist geringgradig fasziniert von Beleuchtungsquellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)	Das Kind muss häufig erinnert werden, anzuschauen, was es gerade tut. Es schaut mit Vorliebe glänzende Objekte an. Auch unter Druck zeigt es nur wenig Blickkontakt. Das Kind schaut durch Menschen hindurch, starrt häufig in die Luft, betrachtet Materialien aus einer ungewöhnlichen Perspektive oder hält Materialien sehr dicht vor die Augen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)	Das Kind vermeidet es durchgängig, Objekte oder Menschen anzuschauen. Visuelle Reize werden bizarr gebraucht (z.B. Augenbohren; "Schwarzsehen" durch Hyperventilation etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.	Akustische Reaktionsbereitschaft	Ja	Nein
(1)	Die akustischen Reaktionen des Kindes werden in integrierter Weise mit anderen sensorischen Systemen eingesetzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)	Beim Kind fällt ein leichter Reaktionsmangel auf akustische Reize oder spezifische Töne auf (Sprache im Gegensatz zu mechanischen Klängen). Die Reaktionen können verzögert sein. Reize müssen bisweilen wiederholt werden. Eventuell ist das Kind überempfindlich oder zuweilen durch Geräusche, die von außen kommen, abgelenkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)	Die Reaktionen des Kindes auf akustische Reize können unbeständig sein. Die Reize müssen eventuell mehrmals wiederholt werden, bevor das Kind reagiert. Das Kind kann überempfindlich auf bestimmte Töne reagieren (es ist z.B. sehr schreckhaft und bedeckt seine Ohren).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)	Beim Kind fällt auf, daß Reaktionen auf akustische Reize ausgeprägt vermieden werden, unabhängig von der Art des Reizes bzw. fallen extreme Überempfindlichkeiten gegenüber Geräuschen, Tönen, hohen oder hektischen Stimmen auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.	Reaktion der Nah-Rezeptoren	Ja	Nein
(1)	Bezogen auf die Intensität zeigt das Kind angemessene Reaktionen auf Schmerz. Das Kind erkundet tastend und riechend angemessen ohne Ausschluss anderer Erkundungsvorgänge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)	Das Kind zeigt einen leichten Mangel an Schmerzreaktionen. Es gibt Hinweise, dass taktile Explorationen leicht überwiegen (auch: Riechen, Schmecken). Eventuell werden gelegentlich Objekte in den Mund gesteckt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)	Angemessene Schmerzreaktionen sind kaum zu beobachten. Es gibt Hinweise, dass taktile Erkundungen überwiegen (auch: Riechen, Schmecken). Die Erkundung kann sich auf Objekte, das Kind selbst oder andere Menschen erstrecken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)	Taktile Erkundungen wie In-den-Mund-Stecken, Lecken, Fühlen oder Reiben überwiegen ausgeprägt. Sie bewirken eher sensorische als funktionale Erfahrungen. Schmerz kann entweder vollständig ignoriert oder hochgradig überspielt werden. Es überwiegt ein ausgeprägtes erkundendes Riechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



(Bitte kreuzen Sie pro Abschnitt nur ein, maximal zwei aufeinanderfolgende Kriterien mit ja an !)

10.	Angst-Reaktion	Ja	Nein
(1)	Die Angst-Reaktionen des Kindes sind alters- und situationsangemessen. Sie halten nicht übermäßig lang an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)	Das Kind reagiert leicht verängstigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)	Das Kind zeigt mittelgradige Angst-Reaktionen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)	Das Kind kommt eventuell während der ganzen Untersuchung nicht zur Ruhe. Es ist ganz offensichtlich furchtsam, zurückgezogen usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.	Verbale Kommunikation		
(1)	Die Sprache ist altersangemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)	Die Sprachentwicklung ist allgemein verzögert. Der größte Teil der Sprache ist bedeutungsvoll, es können aber Überreste von Wort- und Satzwiederholungen auftreten (Echolalie).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)	Die Sprache fehlt oder ist eine Mischung von Anteilen bedeutungsvoller Sprache in Kombination mit unangemessener Sprache (z.B. Echolalie, Privatsprache).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)	Das Kind bildet hinreichend komplexe Laute, die etwa als Sprachäquivalente gelten können, jedoch fehlen erkennbare Wörter. Ein eigentümlicher und bizarrer Einsatz einer stärker erkennbaren Sprache kann ebenfalls auffallen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12.	Nonverbale Kommunikation		
(1)	Die nonverbale Kommunikation ist altersgemäß.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)	Die nonverbale Kommunikation ist allgemein verzögert (eingeschränkt wie bei einem jüngeren Kind). Die Kommunikation kann aus einem vagen Zeigen oder Langen nach gewünschten Objekten bestehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)	Die nonverbale Kommunikation fehlt bzw. setzt das Kind nonverbale Kommunikation nicht ein. Das Kind reagiert auch nicht darauf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)	Die nonverbale Kommunikation ist eigenartig, bizarr und allgemein unverständlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13.	Aktivitätsniveau (Bewegungsmuster)		
(1)	Das Aktivitätsniveau des Kindes ist normal. Weder hyper- noch hypoaktiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)	Das Kind kann leicht unruhig sein, herumlaufen oder etwas langsam in Bewegungsabläufen sein. Im allgemeinen kann das Kind kontrolliert werden, und sein Aktivitätsniveau beeinträchtigt die Leistung nur leicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)	Das Kind ist recht aktiv . Die Aktivitäten sind nur schwer einzugrenzen. Das Kind wirkt eventuell aktivitätsgetrieben. Es benötigt häufige Kontrolle durch den Untersuchenden. Es kann andererseits auch recht inaktiv sein. Seine Bewegungsabläufe sind dann langsam, und es ist ein hoher Aufwand erforderlich, um eine Reaktion zu erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)	Es liegt ein extremes Aktivitätsniveau vor. Das Kind wirkt entweder getrieben oder apathisch. Es gibt große Probleme, das Kind zu lenken bzw. Reaktionen auf jegliche Vorgabe auszulösen. Es ist nahezu eine ständige Kontrolle durch den Erwachsenen erforderlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



(Bitte kreuzen Sie pro Abschnitt nur ein, maximal zwei aufeinanderfolgende Kriterien mit ja an !)

14.	Funktionsniveau der Intelligenz	Ja	Nein
(1)	Es gibt keinen Hinweis auf eine Entwicklungsverzögerung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)	Die Entwicklung der Fertigkeiten erscheint relativ gleichmäßig verzögert über alle untersuchten Bereiche hinweg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)	Die Entwicklung einiger Fertigkeiten erscheint verzögert in Verbindung mit anderen Fertigkeiten, die nahe beim Altersniveau liegen oder ihm entsprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)	Die Entwicklung von einigen Fertigkeiten erscheint verzögert in Verbindung mit anderen, die über dem Altersniveau liegen oder besonders ungewöhnlich sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15.	Allgemeiner Eindruck		
(1)	Das Kind dürfte kein Träger des Autismus-Syndroms sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)	Das Kind zeigt geringe Anzeichen für die mögliche Existenz eines Autismus-Syndroms.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)	Das Kind zeigte verschiedene Anzeichen für die mögliche Existenz eines Autismus-Syndroms.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)	Das Kind zeigt deutlich ausgeprägte Anzeichen für die mögliche Existenz eines Autismus-Syndroms.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Untersuchungen sind bereits / noch nicht erfolgt (Nichtzutreffendes bitte streichen):

Datum	Wer hat untersucht?	Eingesetztes Verfahren	Ergebnis

Grundlage des Erhebungsbogens:

SCHOPLER, E./ REICHLER, R./ DE VELLIS, K./ DALY, K.: Toward objective classification of childhood autism: Childhood autism rating scale (CARS). Journal Autism Develop. Dis. 10 (1980), p.91-103. bearbeitet von: Prof. Dr. med. Dr. phil. Hans-Christoph Steinhausen, Psychiatrische Universitäts-Poliklinik für Kinder und Jugendliche, Freiestr. 15, CH-8032 Zürich. Überarbeitet von: Dr. paed. Lutz Dietrich Herbst, Ansprechpartner für Autismus im Bereich des Staatlichen Schulamtes Biberach, Friedrich-Schiller-Str. 22, D-88444 Ummendorf - Stand: 09/1997



Erhebungsbogen zur Beurteilung der Ausprägung des Autismus-Syndroms

(n. SCHOPLER et al.1980; bearb. von H.-C. Steinhausen 1996)

CARS

- Beurteilungsskala -

Name des Kindes:	Geb.:
Datum:	Untersuchende:

I Beziehung zu Menschen 1 1,5 2 2,5 3 3,5 4	IX Reaktion der Nah - Rezeptoren 1 1,5 2 2,5 3 3,5 4
II Imitation – verbal und motorisch 1 1,5 2 2,5 3 3,5 4	X Angst - Reaktion 1 1,5 2 2,5 3 3,5 4
III Affekt 1 1,5 2 2,5 3 3,5 4	XI Verbale Kommunikation 1 1,5 2 2,5 3 3,5 4
IV Körperbewusstsein 1 1,5 2 2,5 3 3,5 4	XII Nonverbale Kommunikation 1 1,5 2 2,5 3 3,5 4
V Beziehung zu nicht belebten Objekten 1 1,5 2 2,5 3 3,5 4	XIII Aktivitätsniveau 1 1,5 2 2,5 3 3,5 4
VI Anpassung an Veränderungen 1 1,5 2 2,5 3 3,5 4	XIV Funktionsniveau der Intelligenz 1 1,5 2 2,5 3 3,5 4
VII Visuelle Reaktionsbereitschaft 1 1,5 2 2,5 3 3,5 4	XV Allgemeiner Eindruck 1 1,5 2 2,5 3 3,5 4
VIII Akustische Reaktionsbereitschaft 1 1,5 2 2,5 3 3,5 4	

Interpretation:
 Die diagnostische Gesamtbeurteilung wird auf der Grundlage des Gesamtwertes und der Anzahl von Skalen bestimmt, in denen das Kind eine Beurteilung von (3) oder höher erhält.
 Kinder mit einem Gesamtwert von weniger als 30 werden als **nicht autistisch** bezeichnet.
 Kinder mit einem Gesamtwert von 37 oder höher und einer Beurteilung von (3) oder höher auf insgesamt fünf Skalen werden als **hochgradig autistisch** bezeichnet.
 Kinder mit einem Gesamtwert von 30 oder höher, die aber eines der beiden eben aufgeführten Kriterien nicht erfüllen, werden als **leicht- / mittelgradig autistisch** bezeichnet.

Gesamtwert:

Anzahl der Merkmale mit Wert > 3:

Schweregrad des Autismus-Syndroms:

- Nicht autistisch**
- Leicht- / mittelgradig autistisch**
- Hochgradig autistisch**

aus: STEINHAUSEN, Hans-Christoph: Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. 3. aktualisierte Auflage. München/Wien/Baltimore 1996, S.379 und 386



5.5.6 Assoziierte Erkrankungen

(Aus: Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Prof. Dr. F. Poustka, Frankfurt/Main, Juni 2000)



Eine Vielzahl von Erkrankungen zeigen im Erscheinungsbild autistische Verhaltensweisen. Diese „assozierten“ Erkrankungen beruhen jedoch auf einer anderen Grunderkrankung. Aus diesem Grund ist eine sorgfältige medizinische Diagnose von Bedeutung. Jedoch sind Betroffene aufgrund ihrer besonderen Situation ebenfalls auf besondere Rahmenbedingungen angewiesen.

Schwere geistige Behinderung.

Die Differentialdiagnose 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.

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.

Tritt nur bei Mädchen auf, erworbene Fähigkeiten gehen verloren und typische psychomotorische Entwicklungsstörungen treten auf.

Hellersche Demenz bzw. andere desintegrative Störungen.

Bis zum Alter von mindestens 2 Jahren liegt eine normale Entwicklung vor, der Verlust erworbener Fähigkeiten differenziert diese Störung vom Autismus.

Fragiles X-Syndrom.

Die Differenzierung vom Autismus ist durch molekulargenetische Untersuchungen eindeutig möglich. Nur etwa 2% der Kinder mit Autismus zeigen auch ein Fragiles X-Syndrom.

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 Differentialdiagnose 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.