

Bremer Frühtherapieprogramm Autismus (BFA): Erste Ergebnisse einer dreijährigen Interventionsstudie und Bedeutung für die Frühförderung autistischer Kinder in Deutschland

Autor(en): Cordes, Ragna Dr. (IFA), Cordes, Hermann (IFA), Schmidt, Nicole (IFA), Zipfing, Marevna (IFA), Institution(en): Institut für Autismusforschung Hans E. Kehrler e.V. (IFA), an der Jacobs University Bremen, Research 1, Campus Ring 1, 228759 Bremen

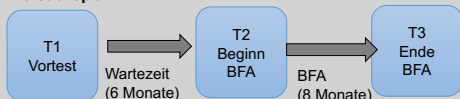
Hintergrund

Die Autismus-Spektrum-Störung ist eine neurobiologisch bedingte, tiefgreifende Entwicklungsstörung, die pränatal beginnt und die frühkindliche Entwicklung und das soziale Lernen schwerwiegend beeinträchtigt. Die bisher effektivsten Interventionen, die sog. „Early Intensive Behavioral Intervention (EIBI) Programs“ sollten daher so früh wie möglich (2-5 Jahre) einsetzen, so intensiv wie möglich sein (30-40 Stunden/Woche), die Eltern und das weitere soziale Umfeld einbeziehen sowie die Methode der „Autismusspezifischen Verhaltenstherapie“ (AVT) (in den USA: ABA) einsetzen. Solche Programme sind zwar in den USA, England, Norwegen und Schweden sehr verbreitet – bislang aber nicht in Deutschland! Basierend auf den langjährigen Erfahrungen durch den Einsatz des „Bremer Elterntrainingsprogramms BET“ hat das IFA ein Frühtherapieprogramm entwickelt, das die evidenzbasierten Elemente der EIBI-Programme enthält. Das BFA wurde von 2014 bis 2017 gefördert von der Aktion Mensch erstmals im Rahmen einer empirischen Vergleichsstudie überprüft, erste Ergebnisse hier präsentiert.

Stichprobe

| | |
|------------------------------------|------------------------------|
| Geschlecht | 10 Jungen / 2 Mädchen |
| Alter T2 (Vor dem BFA) | 4,3 Jahre (2,11-5,2 Jahre) |
| Entwicklungsalter T2 | 1,9 Jahre (1,0-3,2 Jahre) |
| Differenz zu Lebensalter T2 | 2,7 Jahre (1,6-3,8 Jahre) |
| Anzahl der Kinder T1-T3 | 9 Kinder (3 Kinder nicht T1) |

Versuchsplan



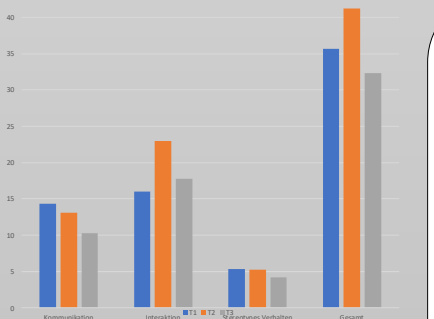
Methoden

12 Familien mit autistischen Kleinkindern im Alter von 3 bis 5 Jahren wurden zunächst in eine Wartegruppe aufgenommen, in der sie weiter an der normalen sozial-medizinischen und therapeutischen Versorgung teilnehmen sollten. Nach 6 Monaten kamen die Familien in das Intensivprogramm „BFA“. Beide Eltern und jeweils 4 Ko-Therapeuten wurden in mehrtägigen Workshops ausgebildet, im Verlauf intensiv angeleitet und supervidiert, ihr Kind nach den Prinzipien der autismusspezifischen Verhaltenstherapie für 8 Monate 30 Stunden in der Woche zu fördern. Vor Beginn der Wartezeit, vor Therapiebeginn und nach der Therapie wurden zur Messung der Autismussymptomatik das ADI-R, der ADOS 2, zur Erhebung des Entwicklungsstands der PEP-R, der nonverbalen Intelligenz der SON-R (2,5 bis 7) und weitere Verfahren eingesetzt. Die Veränderungen in der Wartezeit wurden mit denen in der Intensivphase verglichen. 9 Familien nahmen an allen 3 Messzeitpunkten teil. Zur Auswertung wurden non-parametrische Tests (Friedman-Test, Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test) und parametrische Verfahren (ANOVA mit Messwiederholung) eingesetzt.

Testverfahren

| | Kinder | Eltern |
|--------------------------------|---|-------------|
| Autismus-symptomatik | ADOS-2 | ADI-R |
| Entwicklungsstand | PEP-R | FSK |
| Sprache | SETK | ELFRA 1 / 2 |
| Intelligenz | SON-R 2,5-7 | |
| Problemverhalten | | HSQ |
| Elternbelastung | | EBI |
| Mutter-Kind-Interaktion | Videoaufnahmen standardisierter Interaktionssituationen | |

Skalen ADI-R (Mittelwerte)



Ergebnisse

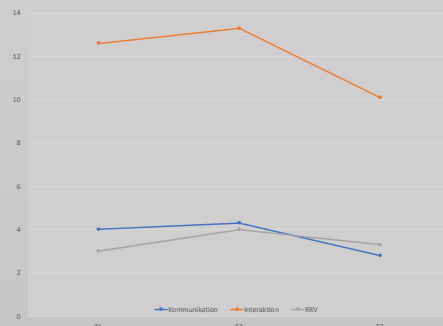
Entwicklungsstand (PEP-R): Während die Kinder in der Wartezeit sich durchschnittlich nur um 1,8 Monate weiterentwickelten, konnten sie in der Therapiezeit 12,6 Monate aufholen (Bestätigung durch Friedman-Test und ANOVA/ N=10).

Intelligenz (SON-R): Der nonverbale IQ stieg in der Wartezeit um durchschnittlich 2 Punkte, in der Therapiezeit dagegen um 9 IQ-Punkte. 33% der Kinder lagen nun im Bereich normaler Intelligenz (vor BFA: 17%) (Bestätigung durch Wilcoxon-Test/ N=9).

ADOS-2: Während der ADOS-2-Gesamtwert sich nach der Wartezeit leicht erhöhte (+1,7), sank er nach dem BFA deutlich ab (-5 Punkte). Nach dem BFA waren nur noch 4 (T2: 8) Kinder im Bereich „hoher“ Schweregrad (Wert: 8-10), 6 (T2: 4) Kinder im Bereich „mäßig“ (Wert: 6-7). Erstmals waren 2 Kinder im Bereich „niedrig“ (Wert: 3-4) (Bestätigung durch Wilcoxon-Test / N=9).

ADI-R: Der Gesamtscore des ADI-R und die Subskalen veränderten sich in der Wartezeit nicht signifikant. Nach dem BFA waren Gesamtscore und Subskalen signifikant niedriger (Wilcoxon-Test/ N=9)).

Skalen ADOS-2 (Mittelwerte)



Veränderungen der nonverbalen Intelligenz (SON-R)

| | T1 (9 Kinder) | T2 | T3 |
|---|---------------|----------|----------|
| IQ (SON-R) | 59 | 61 | 70 |
| Veränderung | - | + 2 | +9 |
| IQ < 50 (nicht messbarer Bereich) | 6 Kinder | 6 Kinder | 2 Kinder |
| Referenzalter (alle Kinder) | 2,3 | 2,7 | 3,5 |
| Normale Intelligenz (85-115) | 0 / 0% | 2 / 17 % | 4 / 33% |

Diskussion

Nach dem BFA konnten die Autismussymptomatik der Kinder signifikant reduziert, die kognitive Leistungsfähigkeit und der Entwicklungsstand signifikant erhöht werden. Die Eltern konnten erfolgreich „empowered“ werden, fühlten sich kompetent im Umgang auch mit dem schwierigerem Verhalten ihres Kindes und nahmen alle bis zum Ende des BFA am Programm teil (keine drop-outs). In der Wartezeit, in der die Kinder an der bisher in Deutschland üblichen vorschulischen / therapeutischen Förderung teilnahmen, blieben Entwicklungsstand und Intelligenz der Kinder dagegen nahezu unverändert, die Autismussymptomatik verstärkte sich sogar. Diese Befunde zeigen, wie wichtig es ist, solche Intensivprogramme zukünftig in die Regelversorgung von jungen Kindern mit ASS aufzunehmen und so auch Eltern in Deutschland die Möglichkeit anzubieten, ihr Kind in einem solchen Programm zu fördern

Entwicklungsskalen PEP-R (Monate)

| | T1 | T2 | T3 | Diff. T2-T3 |
|---------------------|-------|------|------|-------------|
| Imitation | 8,3 | 10 | 26,1 | + 16,1 |
| Wahrnehmung | 20,4 | 22,5 | 38,3 | + 15,8 |
| Feinmotorik | 23,3 | 24,8 | 35,5 | + 10,7 |
| Grobmotorik | 19,5 | 19,2 | 36 | + 16,8 |
| Auge-Hand-K. | 23,3 | 26,2 | 41,9 | + 15,7 |
| Kognition | 14,5 | 17,2 | 31,6 | + 14,4 |
| Verbal | 16,9 | 20,4 | 27,8 | + 7,4 |
| Mittelwert | 18,10 | 20,6 | 33,3 | + 12,6 |

Literatur

- Cordes, R. & Cordes, H. (2010). Verhaltenstherapeutische „home-based“ Intensivprogramme für autistische Kinder im Vorschulalter und ihre Eltern. Frühförderung interdisziplinär, 29, 22-31.
- Cordes, R. & Cordes, H. (2006). Intensive Frühförderung autistischer Kinder im Elternhaus. Ergebnisse von zwei Pilotstudien zum Bremer Elterntrainingsprogramm (BET). Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Zeitschrift für psychosoziale Praxis, 1, 13-30.
- Makrygianni, M. K. & Reed, P. (2010). A meta-analytic review of the effectiveness of behavioural early intervention programs for children with Autistic Spectrum Disorders. Research in Autism Spectrum Disorders, 4, 577-593.
- Weitlauf, A. S., McPheeters, M. L., Peters, B., Sathe, N., Travis, R., Aiello, R. et al. (2014). Therapies for children with Autism Spectrum Disorder: Behavioral interventions update. Comparative Effectiveness Review, 137, 1-104.
- Wong, C., Odom, S. L., Hume, K. A., Cox, A. W., Fettig, A., Kucharczyk, S. et al. (2015). Evidence-based practices for children, youth, and young adults with Autism Spectrum Disorder: A comprehensive review. Journal of Autism and Developmental Disorders, 45, 1951-1966.