

Autismus

Bakkalaureatsarbeit

Medizinische Universität Graz
Gesundheits- und Pflegewissenschaften

Carola Neuhaus

0612643

Begutachterin:

Ao.Univ-Prof. Dr.phil. Anna Gries

Institut für Physiologie

Harrachgasse 21/V, 8010 Graz

Titel der Lehrveranstaltung:

Physiologie

Jahr der Vorlage:

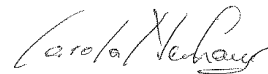
2009

Datum der Einreichung:

14. Jänner 2010

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bakkalaureatsarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzen Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.



Unterschrift

Graz, am 14. Jänner 2010

INHALTSVERZEICHNIS

<u>Einleitung</u>	<u>5</u>
<u>1 Autismus</u>	<u>7</u>
<u>1.1 Begriffserklärung</u>	<u>7</u>
<u>1.2 Klassifikationssysteme und Diagnosekriterien</u>	<u>7</u>
<u>1.3 Prävalenz</u>	<u>8</u>
<u>1.4 Historische Aspekte</u>	<u>8</u>
1.4.1 Leo Kanner	9
1.4.2 Hans Asperger	9
<u>1.5 Komorbidität</u>	<u>10</u>
1.5.1 Intelligenzminderung	10
1.5.2 Epilepsie	10
1.5.3 Andere psychische Störungen	10
<u>1.6 Mögliche Ursachen</u>	<u>11</u>
1.6.1 Genetische Ursachen	11
1.6.2 Gehirnstruktur	12
1.6.3 Gehirnfunktion	12
<u>2 Entwicklungsschritte</u>	<u>13</u>
<u>2.1 Entwicklungsschritte nicht-autistischer Kinder in der frühen Kindheit</u>	<u>13</u>
2.1.1 Feinmotorik	13
2.1.2 Symbolspiel	14
<u>2.2 Entwicklungsschritte autistischer Kinder</u>	<u>15</u>
2.2.1 Symbolspiel	17
2.2.2 Soziale und emotionale Entwicklung nicht-autistischer Kinder	17
2.2.3 Emotionale Gesichtsausdrücke	18
2.2.4 Bewusstsein für das eigene Selbst	18
2.2.5 Entwicklung sozialer Beziehungen	19
<u>2.3 Soziale und emotionale Entwicklung autistischer Kinder</u>	<u>19</u>
2.3.1 Emotionale Ausdrucks- und Reaktionsfähigkeit	21
2.3.2 Lob und Anerkennung	21
2.3.3 Empathie	22
2.3.4 Soziale Beziehungen und Zwischenmenschlichkeit	23
<u>2.4 Spracherwerb und Sprachgebrauch</u>	<u>23</u>
2.4.1 Sprachentwicklung autistischer Kinder	24
2.4.2 Gespräche führen	25
2.4.3 Echolalie	26
<u>2.5 „Theory of Mind“</u>	<u>26</u>
<u>3 Interventionen</u>	<u>27</u>
<u>3.1 Pädagogische Interventionen</u>	<u>28</u>
<u>3.2 Verhaltenstherapie</u>	<u>28</u>
<u>3.3 TEACHC</u>	<u>29</u>
<u>3.4 Sprachtherapie</u>	<u>29</u>
<u>3.5 Medikamentöse Interventionen</u>	<u>30</u>
<u>4 Asperger – Syndrom</u>	<u>31</u>
<u>4.1 Definition</u>	<u>31</u>
<u>4.2 Unterscheidung Asperger-Syndrom und Autismus</u>	<u>31</u>

<u>4.3 Spezialinteressen und Zwangsphänomene.....</u>	<u>33</u>
<u>4.4 Ursachen.....</u>	<u>34</u>
<u>4.5 Interventionen.....</u>	<u>34</u>
<u>Zusammenfassung und Diskussion</u>	<u>36</u>

Einleitung

Autismus ist eine Erkrankung, der bis heute zu wenig Beachtung geschenkt wurde. Immerhin sind zwischen 4-10 Kinder von 10 000 Neugeborenen von einer autistischen Störung betroffen.

Kinder mit einer autistischen Erkrankung sind in sich zurück gezogen und leben in ihrer eigenen Welt. Häufig reagieren sie nicht, wenn sie jemand anspricht, oder sind stundenlang mit ein und derselben Sache beschäftigt. Viele halten Autisten für bemitleidenswert, weil sie wenig soziale Kontakte haben und sehr verhaftet in ihrer Welt leben. Obwohl fast die Hälfte aller Autisten in ihrem ganzen Leben nie die Sprache erlernen, gibt es auch einige, die sehr gute sprachliche Fähigkeiten erwerben. Sie beschreiben ihre Welt als schön, als einzigartig und aufregend, und nicht als traurig und düster, wie sie nach außen hin zu sein scheint.

Besonders in der frühkindlichen Diagnostik muss das Krankheitsbild des Autismus Beachtung finden. Da der „Autismus“ als Krankheitsbild mehrere Ausprägungen hat und jeder Fall individuell und einzigartig ist, werden vor allem mildere Fälle einer autistischen Störung erst sehr spät diagnostiziert. Ein typisches Charakteristikum des Autismus ist der Mangel an sozialen Fähigkeiten. Deswegen erleben viele Kinder ihre Andersartigkeit als sehr negativ - vor allem wenn sie mit Gleichaltrigen zusammen sind werden sie häufig ausgeschlossen.

Wie bereits erwähnt, ist es sehr schwer das autistische Spektrum zu vereinheitlichen. Es gibt sehr viele Ausprägungen und Schweregrade der autistischen Störungen, es gibt Autisten mit und ohne geistige Retardierung und jeder von ihnen ist individuell.

Im ersten Teil meiner Arbeit werde ich auf den allgemeinen Begriff des „Autismus“ eingehen. Hier werde ich zuerst den Begriff erklären und Klassifikationssysteme vorstellen. Darüber hinaus werde ich den historischen Hintergrund der Entstehung der Diagnose „Autismus“ näher beleuchten, und auch auf die Komorbidität und mögliche Ursachen eingehen.

Im zweiten Teil meiner Arbeit werde ich sehr genau auf die Entwicklungsschritte autistischer Kinder im Vergleich zu nicht-autistischen Kindern eingehen. Hier werde ich auch meine **Forschungsfrage** behandeln: *„Wie unterscheidet sich die Entwicklung eines Kleinkindes mit einer autistischen Erkrankung von jener eines nicht-autistischen Kindes?“*

Es gibt sehr viele typische Charakteristika einer autistischen Erkrankung, von denen die meisten bereits im frühen Kindesalter in Erscheinung treten. Vor allem hier gilt es ein besonderes

Augenmerk darauf zu legen, denn je früher eine autistische Störung erkannt wird, desto früher kann mit einer Interventionsmaßnahme begonnen werden.

Neben den allgemeinen Entwicklungsschritten werde ich auch auf die soziale Entwicklung autistischer und nicht-autistischer Kinder eingehen und die sog. „Theory of Mind“ erläutern.

Im Anschluss werde ich ebenfalls einige Interventionsmaßnahmen vorstellen.

Im letzten Teil meiner Arbeit werde ich kurz das „Asperger-Syndrom“ erläutern, und auch die Unterscheidung zum „Autismus“ beleuchten.

1 Autismus

1.1 Begriffserklärung

Schlägt man den Begriff Autismus in einem klinischen Wörterbuch nach, erhält man folgende Definition: „Autismus (gr. autōs für sich): Kontaktstörung mit Rückzug auf die eigene Vorstellungs- und Gedankenwelt und Isolation von der Umwelt.“¹

Eine genaue Begriffsdefinition ist allerdings sehr schwer, da der Autismus an sich keine einheitliche Krankheit ist und mehrere Ätiologien hat.²

1.2 Klassifikationssysteme und Diagnosekriterien

Die Klassifikationssysteme DMS-IV und ICD-10 reihen die Krankheit Autismus in den Komplex der „tiefgreifenden Entwicklungsstörungen“ ein. Zu dieser Kategorie zählen der frühkindliche Autismus, das Asperger-Syndrom, der atypische Autismus, das Rett-Syndrom und andere tiefgreifende Entwicklungsstörungen.³

Geht man von dem ICD-10 Klassifikationssystem aus, müssen für die Diagnose des frühkindlichen Autismus zumindest Verhaltensstörungen in den folgenden Bereichen auftreten:

- qualitative Auffälligkeiten der gegenseitigen sozialen Interaktion
- qualitative Auffälligkeiten der Kommunikation (und Sprache) sowie
- begrenzte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten.

Darüber hinaus muss sich

- eine auffällige und beeinträchtigte Entwicklung bereits vor dem 3. Lebensjahr (häufig Verzögerung der Sprachentwicklung oder Ausbleiben von Sprache)

manifestieren, und

- das klinische Erscheinungsbild kann nicht einer anderen tiefgreifenden Entwicklungsstörung oder einer anderen psychischen Störung zugeordnet werden.⁴

¹ Pschyrembel klinisches Wörterbuch 1990, S.156

² Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 140

³ Vgl. Poustka u.a. 2004, S.8f

⁴ Poustka u.a. 2004, S.9

Das Autismus-Spektrum enthält, wie oben bereits erwähnt, im Wesentlichen folgende Störungen:

- den frühkindlichen Autismus
- das Asperger-Syndrom
- und den atypischen Autismus.⁵

Der frühkindliche Autismus lässt sich weiters unterteilen in den „High-Functioning-Autismus“ und den „Low-Functioning-Autismus“, wobei von der ersteren Kategorie Menschen ohne geistige Retardierung oder zumindest durchschnittlicher Intelligenz betroffen sind. Meist liegt dem High-Functioning-Autismus auch eine gute verbale Fähigkeit zugrunde, die beim Low-Functioning-Autismus hingegen nicht vorhanden ist.⁶

1.3 Prävalenz

Die Literatur zeigt unterschiedliche Zahlen bezüglich der Prävalenz autistischer Störungen. Nach dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM) kommen ausgeprägte autistische Störungen bei etwa 2-5 von 10 000 Kindern vor. Studien in Japan haben hingegen eine Zahl von 10-13 pro 10 000 Kindern ergeben.⁷

Andere Untersuchungen in Europa, Japan und USA ergaben eine Häufigkeit der autistischen Störungen von 4-10 Fällen pro 10 000 Kinder.

Einigkeit herrscht jedoch darüber, dass autistische Störungen bei Jungen häufiger vorkommen als bei Mädchen, und zwar in einem Verhältnis von 1,4:1 bis 3,4:1.⁸

1.4 Historische Aspekte

Vor über 100 Jahren verwendete der englische Arzt Havelock Ellis das erste Mal den Terminus „Autoerotismus“ im Zusammenhang mit einer Beschreibung des infantilen sexuellen Verhaltens. Selbst Sigmund Freud benutzte diesen Begriff zur Beschreibung der infantilen Sexualität.

Erst mit Eugen Bleuer wurde der Terminus „Autoerotismus“ reduziert zu „Autismus“. Er erwähnte den Begriff Autismus bereits 1910 in einer Arbeit zum schizophrenen Negativismus, wobei nach seiner Auffassung der Autismus das gestörte Verhältnis eines Schizophrenen zu seiner Wirklichkeit darstellt. Durch Bleuer fand der Begriff des Autismus Eingang in die deutschsprachige Psychiatrie

⁵ Vgl. Kumbier u.a. 2009, S.6

⁶ Vgl. Poustka u.a. 2004, S. 11

⁷ Vgl. Rollett / Kastner-Koller 2001, S. 4

⁸ Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 13

und wurde mit vielen verschiedenen psychischen Störungen in Zusammenhang gebracht. Erst durch Leo Kanner und Hans Asperger wurde die Sichtweise auf den Autismus erweitert.⁹

1.4.1 Leo Kanner

Im Jahre 1943 beschrieb erstmals Leo Kanner, ein in Boston tätiger Kinderpsychiater, das heute bekannte Störungsbild des Autismus. Durch Kanners Arbeiten wurde der Autismus nicht mehr mit Schizophrenie gleichgesetzt und erhielt ein eigenes Krankheits- und Erscheinungsbild.¹⁰

Die diagnostischen Kriterien, die Kanner zu dieser Zeit verwendete, spiegeln den Autismus in seiner „klassischen Form“ wider:

- eine Unfähigkeit, Beziehungen aufzubauen
- Verzögerung in der Entwicklung der Sprache
- nicht-kommunikativer Gebrauch der gesprochenen Sprache
- verzögerte Echolalie
- Vertausch von Pronomen
- ständig wiederholtes und stereotypes Spiel
- Widerstand gegenüber Veränderungen
- gutes Tatsachengedächtnis
- normale körperliche Entwicklung¹¹

Kanners Beschreibungen jenes Krankheitsbildes, welches er bei einer Gruppe von 11 Kindern untersuchte, sind heute unter dem Namen „frühkindlicher Autismus“ (oder auch „Kanner-Syndrom“) bekannt.¹²

1.4.2 Hans Asperger

Unabhängig von Kanner beschrieb der Wiener Arzt Hans Asperger im Jahre 1944 bei 4 seiner Patienten ein auffälliges Sozialverhalten.¹³ Asperger wählte für die von ihm erforschten abnormen Verhaltensweisen den Begriff „autistische Psychopathie“.¹⁴

Auffällige Gemeinsamkeiten zwischen dem „frühkindlichen Autismus“ von Kanner und der „autistischen Psychopathie“ von Asperger bestehen im Wesentlichen in der Beeinträchtigung des sozialen Austausches. Übereinstimmende Beschreibungen herrschen unter anderem in Bereichen wie mangelnder Blickkontakt, verminderte nonverbale Kommunikation, monotone Sprechweise und Widerstand gegen jegliche Art der Veränderung. Die von Asperger beschriebenen Kinder

⁹ Vgl. Kumbier u.a. 2009, S. 1f

¹⁰ Vgl. Jørgensen 1998, S. 8

¹¹ Vgl. Aaron u.a. 1994, S. 20f

¹² Vgl. Signman u.a. 2000, S. 10

¹³ Vgl. Poustka 2004, S. 5

¹⁴ Vgl. Aaron 1994, S. 22

wiesen jedoch keine bemerkenswerte Verzögerung in der sprachlichen und kognitiven Entwicklung auf.¹⁵

Auch Asperger ging von einer angeborenen Problematik aus, vertrat jedoch die Meinung, dass sich das von ihm beschriebene Syndrom nicht vor dem 3. Lebensjahr erkennen lasse.¹⁶

In Aspergers Beschreibungen ist erkennbar, dass auch er den Autismus nicht mit Schizophrenie gleichsetzte, da typische Symptome wie Halluzinationen oder formale Denkstörungen beim Autismus nicht vorhanden sind. Des Weiteren treten die seiner Meinung nach charakteristischen Merkmale des Autismus wie bestimmte Spezialinteressen oder sprachliche Besonderheiten bei reiner Schizophrenie nicht auf.

Durch Kanner und Asperger wurde der Terminus Autismus revolutioniert und wechselte von der Erwachsenen- in die Kinderpsychiatrie.¹⁷

1.5 Komorbidität

Autistische Störungen gehen meist mit anderen psychischen oder physischen Störungen einher.

1.5.1 Intelligenzminderung

Die Intelligenzminderung ist eine der bedeutendsten Symptome. Einige Studien ergaben anfangs, dass bis zu 75% der von Autismus betroffenen Menschen auch geistig behindert seien. Untersuchungen der letzten Jahre haben jedoch ergeben, dass nur etwa 25-50% der Autisten auch eine geistige Behinderung aufweisen.

1.5.2 Epilepsie

Epilepsie bei autistischen Menschen tritt gehäuft im späten Jugend- oder jungen Erwachsenenalter auf, und betrifft fast 20% aller Autisten. Anfänglich ging man davon aus, dass die Häufigkeit der Epilepsie bei autistischen Störungen mit dem Intelligenzquotienten einhergeht. Dies konnte jedoch widerlegt werden.

1.5.3 Andere psychische Störungen

Obwohl eine Vielzahl anderer psychischer Störungen bei Autisten häufig auftreten, konnte bislang noch nicht bewiesen werden, ob diese zufällig oder überzufällig mit dem Autismus verknüpft sind. Einige Studien haben jedoch ergeben, dass Hyperaktivität, Tic-Störungen, affektive Störungen,

¹⁵ Vgl. Sigman u.a. 2000, S. 11

¹⁶ Vgl. Poustka 2004, S. 5

¹⁷ Vgl. Kumbier u.a. 2009, S. 2ff

Autoaggression und Zwangsstörungen überhäufig mit den autistischen Störungen in Verbindung stehen.¹⁸

1.6 Mögliche Ursachen

Kanner nahm zunächst an, dass der Autismus eine angeborene Krankheit sei, die durch eine Stoffwechselstörung ausgelöst werde. Danach machte er jedoch die Eltern der Kinder für deren Verhalten verantwortlich. Zu einem späteren Zeitpunkt widerlegte er diese Aussage jedoch, und nahm wieder Bezug zu seiner ersten These, die besagte, dass Autismus eine angeborene Störung sei.¹⁹

Durch die Aussagen Kanners wurden somit lange Zeit die Eltern als Auslöser für die Krankheit in Betracht gezogen. Gängige Ausdrücke zu dieser Zeit waren „Kühlschrankschmutter“ und „kalte intellektuelle Eltern“.²⁰

Die genaue Hauptursache für das Krankheitsbild Autismus wurde bis heute jedoch noch nicht gefunden. Probleme während der menschlichen Befruchtung, der Einnistung der Eizelle, der embryonalen Entwicklung aber auch Geburtskomplikationen könnten zu einem autistischen Syndrom führen. Eine weitere Möglichkeit sind Infektionen in frühester Kindheit, die das zentrale Nervensystem betreffen. Bisher konnte jedoch nicht genau nachgewiesen und vereinheitlicht werden, welche der prä-, peri- oder postnatalen Komplikationen autistische Störungen hervorrufen können.²¹

Bei etwa 10% der bisher untersuchten Autismusfälle konnte nachgewiesen werden, dass die autistische Störung durch genetische Störungen wie beispielsweise die X-Chromosomen-Anomalie oder die tuberöse Hirnsklerose ausgelöst wurde. Andererseits hat sich aber auch ergeben, dass eine autistische Störung mit schwerer geistiger Behinderung anders vererbt wird als eine autistische Störung ohne geistige Behinderung.²²

1.6.1 Genetische Ursachen

Auf eine erbliche Veranlagung weisen verschiedene Untersuchungen bei Geschwistern hin. Unter anderem hat RITVO nachgewiesen, dass in 95,7% der von ihm untersuchten Fälle bei eineiigen

¹⁸ Vgl. Poustka u.a. 2004, S.21

¹⁹ Vgl. Poustka 2004, S. 5

²⁰ Vgl. Aaron 1994, S. 31

²¹ Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 140f

²² Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 141

Zwillingen beide Kinder autistisch sind. Bei zweieiigen Zwillingen sind nur in 23,5% der Fälle beide Kinder autistisch.²³

Andere Untersuchungen haben jedoch ergeben, dass bei nur 60% der eineiigen Zwillingen beide Kinder autistisch sind, und bei zweieiigen Zwillingen nur in 5% der Fälle ebenfalls beide Kinder betroffen sind. Ist der Autismus bei Kindern besonders stark ausgeprägt steigt auch die Wahrscheinlichkeit, dass mehrere Verwandte von autistischen Symptomen betroffen sind.²⁴

1.6.2 Gehirnstruktur

Einen weiteren Beweis für genetische Ursachen liefern moderne Untersuchungsmethoden, die nachgewiesen haben, dass bei Autisten häufig Defekte im Kleinhirn, das für den Bewegungsfluss des Körpers zuständig ist, vorhanden sind. Hiervon sind vor allem die Purkinje-Zellen betroffen. Überdies konnten Defekte im limbischen System, dem „Belohnungszentrum“ unseres Gehirns, und eine wenig entwickelte Glia, die im Gehirn als Puffer zwischen den Nervenbahnen wirkt, festgestellt werden.²⁵

Weitere Untersuchungen haben ergeben, dass viele Menschen mit autistischen Störungen, ebenso wie deren Verwandte ersten Grades, einen vergrößerten Kopfumfang aufweisen, der sogar im 97. Perzentil liegt. Der vergrößerte Kopfumfang und ein vergrößertes Gehirnvolumen lassen vor allem in der frühen Kindheit auf autistische Störungen schließen.²⁶

1.6.3 Gehirnfunktion

Die beiden Gehirnhälften scheinen bei autistischen Menschen anders zu arbeiten als bei nicht-autistischen Menschen. Normalerweise sind die Sprache und die symbolischen Fähigkeiten auf die linke Hemisphäre zurückzuführen und die visuell-räumliche Fähigkeit auf die rechte Hemisphäre. Untersuchungen mittels Messungen der Gehirnaktivität haben ergeben, dass bei autistischen Menschen die rechte Gehirnhälfte überaktiv ist, unter Beeinträchtigung der linken. Während gewisse Reize bei nicht-autistischen Personen eine Reaktion in der linken Gehirnhälfte auslösen, lösen die gleichen Reize bei autistischen Menschen Reaktionen in der rechten Gehirnhälfte oder aber gar keine Reize aus.

Darüber hinaus zeigte sich bei autistischen Menschen eine umgekehrte Gehirnaktivität bei sprachlichen Aufgaben und jenen Aufgaben, für die normalerweise die linke Gehirnhälfte zuständig ist. Bei Aufgaben für die rechte Gehirnhälfte zuständig ist, konnte jedoch kein Unterschied festgestellt werden.²⁷

²³ Vgl. Rollett, Kastner-Koller 2001, S.4

²⁴ Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 141

²⁵ Vgl. Rollett, Kastner-Koller 2001, S.4

²⁶ Vgl. Poustak 2004, S. 33

²⁷ Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 135f

Ein weiteres bemerkenswertes Phänomen ist, dass Autisten überhäufig entweder Linkshänder oder sogar Beidhänder sind. Dies lässt darauf schließen, dass die Gehirnhälften keiner eindeutigen Arbeitsteilung unterliegen.²⁸

2 Entwicklungsschritte

Der Verlauf der Krankheit ist von der Ausprägung der autistischen Störung abhängig. Meist suchen die Eltern professionelle Hilfe zum ersten Mal auf, wenn das Kind im 2. Lebensjahr ist. Die Symptome der autistischen Störung werden demnach spätestens zwischen dem 30. und 36. Lebensmonat entwickelt. Die Diagnose und Prognose ist aber, wie bereits erwähnt, vom Schweregrad der Störung und auch von der Komorbidität abhängig.²⁹

2.1 Entwicklungsschritte nicht-autistischer Kinder in der frühen Kindheit

Zu den ersten Entwicklungsschritten Neugeborener gehört die Regulation der Erregungszustände. Direkt nach der Geburt beherrschen vier Zustände den Alltag des Babys: Schlaf, Dämmer Schlaf, Wachsein und Weinen. Bereits in den ersten Lebensmonaten lernen Neugeborene zwischen diesen vier Zuständen zu wechseln und diese zu regulieren, womit sich beispielsweise die Schlafphasen verkürzen und die Wachphasen verlängern.

Neben dem körperlichen Wachstum entwickelt sich auch die Bewegungs- und Koordinationsfähigkeit des Kleinkindes mit rasanten Schritten. Kann das Neugeborene anfangs den Kopf nur ein wenig heben, lernt es sehr schnell sich selbstständig von der Liege- in die Sitzposition zu richten, zu krabbeln und schließlich zu gehen.

2.1.1 Feinmotorik

Ein weiterer Entwicklungsschritt des Babys ist die Entwicklung der Feinmotorik. In den ersten Lebensmonaten lernt das Neugeborene beispielsweise die Hände zum Mund zu führen. Während dieser Zeit interessiert es sich allerdings noch mehr für menschliche Gesichter als für diverse Gegenstände. Mit zunehmendem Alter streckt das Kind die Hände nach Gegenständen aus, betastet und erkundet sie. Während es anfänglich noch alles in den Mund steckt, beginnt es später Gegenstände aneinander zu schlagen, sie zu betasten, immer wieder zu drehen und fallen zu lassen.

²⁸ Vgl. Rollett, Kastner-Koller 2001, S.22

²⁹ Vgl. Poustak 2004, S. 35

So lernt es viel über seine Umgebung und seine Umwelt. Neugeborene nehmen im Gegensatz zu Kleinkindern nur Gegenstände wahr, die sich direkt in ihrem Blickfeld befinden.

Mit ca. 2 Jahren entwickelt sich bei Kleinkindern die sog. „Objektpermanenz“, eine Stufe der kognitiven Wahrnehmung nach Piaget. Bewegliche Gegenstände können in diesem Alter bereits mit den Augen verfolgt werden. Wenn ein Spielzeugauto beispielsweise in einen Spielzeugtunnel fährt, wartet das Kind darauf, dass es wieder aus dem Tunnel hinausfährt. Hier wird deutlich, dass das Kind sich auch über die Existenz von Gegenständen bewusst ist, die nicht im momentanen Blickfeld liegen.

Auch die zunehmende Entwicklung der Wahrnehmung spielt eine wesentliche Rolle. Obwohl Neugeborene anfangs nur verschwommen und sehr schlecht sehen, versuchen sie schon früh ihre Umgebung zu betrachten und wahrzunehmen. Mit der Entwicklung des Sehvermögens lernt das Baby ebenfalls Blickkontakt mit Bezugspersonen herzustellen. Vor allem der Blickkontakt während des Fütterns ist ein wichtiger Aspekt für den Aufbau einer sozialen Beziehung mit der Mutter. Neben der „Objektpermanenz“ entwickelt sich auch eine „Wahrnehmungspräferenz“, womit gemeint ist, dass Kleinkinder sich eher für jene Objekte interessieren, die sie bisher nicht kannten oder die nicht in ihrem Blickfeld waren als für solche, die bereits bekannt sind und an deren Anblick sie schon gewöhnt sind.³⁰

2.1.2 Symbolspiel

Ein wichtiger Schritt für die kognitive und soziale Entwicklung des Kindes ist die Entwicklung des sog. „Symbolspiels“. Zwischen dem 1. und 2. Lebensjahr beginnt das Kind nicht nur Gegenstände zu betrachten und zu betasten, es setzt auch zunehmend seine Fantasie ein. War ein Spielzeugauto bislang nur ein Spielzeugauto, beginnt es beispielsweise nun so zu tun, als wäre es ein echtes Auto, oder es schreibt einem Gegenstand eine andere Funktion zu (beispielsweise wird ein Holzklötzchen zu einem Auto). Mit zunehmender Fantasie verändert sich auch die Art und Weise des Spielens. Über diese Art des Spielens lernt das Kind viel über die wirkliche Welt, beispielsweise wenn es sein Spielzeugauto bei einer erfundenen Tankstelle tanken will. Auch die Komplexität des Spielens nimmt immer mehr zu, wenn Kinder beginnen bestimmte Szenarien aus ihrer Umgebung nachzuspielen (Einkaufen gehen, zum Doktor gehen) oder ihren Spielzeugen bestimmte Eigenschaften zugestehen (die Puppe hat Hunger, ist müde, etc.).

³⁰ Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 22ff

Durch die Entstehung des „Symbolspiels“ lernt das Kind auch andere Kinder oder Erwachsene in das Spielen mit einzubeziehen, wodurch sich wiederum die soziale Kommunikation weiterentwickelt.

2.2 Entwicklungsschritte autistischer Kinder

Einige Entwicklungsschritte autistischer Kinder gleichen jenen nicht-autistischer Kinder, beispielsweise die Regulation der Erregungszustände. Viele Eltern berichten, dass ihre Kinder im ersten Lebensjahr keine Probleme mit dem Übergang vom Schlaf- in den Wachzustand hatten. Die Kinder schliefen im Vergleich zu anderen Kindern sogar relativ lange und waren so zu sagen „pflegeleicht“. Erst ab dem Alter von zwei Jahren (dies ist meist die Zeit, in der der frühkindliche Autismus diagnostiziert wird) berichten die Eltern über Veränderungen: Das Kind sei ruhelos und überaktiv und wäre schwer zum Einschlafen zu bringen und schlafe sehr wenig.³¹

Neben jenen „pflegeleichten“ und relativ ruhigen, passiven Kindern, die „Muschelkinder“ genannt werden, gibt es auch noch die Gruppe der sog. „Schreikinder“. Diese reagieren auf alles Neue oder auf jede Veränderung mit starkem, andauerndem Geschrei. Hier ist vor allem die Belastung für die Eltern sehr groß. Autistische Kinder gehören fast immer zu einer dieser beiden Gruppen.³²

Die meisten autistischen Kinder verfügen über relativ gute grobmotorische Fähigkeiten. Vielen von ihnen fehlt es jedoch an der nötigen Einschätzung von gewissen Gefahren, weshalb Eltern autistischer Kinder oft berichten, dass sie ihre Kinder ständig beaufsichtigen müssen. Ebenso wie das Wahrnehmungsvermögen und die sensorischen Fähigkeiten scheint auch das Geruchs- und Geschmacksvermögen bei autistischen Kindern relativ normal entwickelt zu sein. Viele Eltern berichten jedoch häufig, dass ihre autistischen Kinder sich energisch weigern gewisse Nahrungsmittel zu essen, oder sehr genau darauf achten wie die Speisen zubereitet werden. Trotz scheinbar normaler sensorischer Fähigkeiten setzen autistische Menschen ihre Sinne in einer anderen Art und Weise ein. Einige Autisten haben die Angewohnheit, an nicht essbaren Dingen zu riechen oder den Geruch von Speisen auf eine idiosynkratische³³ Weise wahrzunehmen. Autisten haben im Allgemeinen sehr viele idiosynkratische Verhaltensweisen, beispielsweise betrachten sie Dinge und Menschen häufig aus den Augenwinkeln, und richten ihren Blick auf Gegenstände, die in der Peripherie ihres Blickfeldes liegen.

³¹ Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 22ff

³² Vgl. Rollett, Kastner-Koller 2001, S. 24

³³ **Anmerkung:** Laut Fremdwörterbuch bedeutet „idiosynkratisch“ eine Überempfindlichkeit gegenüber bestimmten Stoffen und Reizen, oder eine besonders starke Abneigung und Überempfindlichkeit gegenüber bestimmten Personen, Lebewesen, Gegenständen, Reizen und Anschauungen.

Ebenso wie nicht-autistische Kinder entwickeln auch autistische Kinder eine gewisse Objektpermanenz. Sie haben ein mit nicht-autistischen gleichaltrigen Kindern vergleichbares Verständnis für Gegenstände, jedoch ist die Handhabung der Gegenstände eine andere. Sie riechen häufig an Gegenständen, streichen immer wieder mit der Hand darüber, oder neigen zu unzähligen Wiederholungen der gleichen Handlung, wenn sie beispielsweise einen Bauklotz in dieselbe Richtung drehen.³⁴



Abbildung: typische Verhaltensweise autistischer Kinder³⁵

Wenn sich bei normal entwickelten Kindern die Objektpermanenz ausgebildet hat, dann wissen sie, dass die Welt um sie herum weiterexistiert und dass auch Dinge weiterhin Bestand haben, auch wenn diese im Moment nicht im Blickfeld liegen. Bei autistischen Kindern besteht diese stark ausgebildete Form der Objektpermanenz nicht. Dies ist unter anderem ein Grund für die Angst vor Veränderungen, die bei autistischen Kindern oft sehr stark ausgeprägt ist. Für sie ist die Beständigkeit gewisser Dinge nicht begreiflich, und sie sind der Auffassung, dass einmal Verändertes nicht mehr rückgängig gemacht werden könne.³⁶

³⁴ Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 28ff

³⁵ Vgl. <http://www.scumdoctor.com/images/Early-Symptoms-Of-Autism.jpg>

³⁶ Vgl. Rollett / Kastner-Koller 2001, S. 32

2.2.1 Symbolspiel

Das sog. Symbolspiel läuft bei autistischen Kindern grundsätzlich anders ab als bei nicht-autistischen oder geistig behinderten Kindern. Autistische Kinder bringen in das Spiel mit Gegenständen kaum ihre eigene Vorstellungskraft mit hinein, d.h. ihnen fehlt die dafür nötige Fantasie, um sich beispielsweise einen Bauklotz als ein Auto vorzustellen. Dieses Defizit an Vorstellungskraft und Fantasie ist eines der Hauptmerkmale der autistischen Störungen. Autistische Kinder mit einer relativ guten sprachlichen Fähigkeit sind jedoch manchmal in der Lage Symbolspiele in einem kleinen Maße durchzuführen, wenn sie die Angaben und die Struktur von Erwachsenen erhalten. Jedoch sind auch sie nicht zu komplexeren Symbolspielen fähig, in denen es darum geht, Gegenständen besondere Eigenschaften zuzuweisen oder erfundene Charaktere mit gewissen Emotionen auszustatten. Für derart komplexe Spiele fehlt es ihnen an kognitivem Verständnis.

Auch im allgemeinen Spielverhalten unterscheiden sich autistische Kinder von nicht-autistischen Kindern. Autistische Kinder beschäftigen sich, wenn sie sich selbst überlassen werden, weniger mit Gegenständen als dies andere Kinder tun. Auch laufen sie häufig ziellos im Raum umher und führen häufig stereotype Bewegungen aus.³⁷

2.2.2 Soziale und emotionale Entwicklung nicht-autistischer Kinder

Neugeborene treten ab dem ersten Tag ihrer Geburt mit anderen Menschen in Beziehung. Bereits sehr früh sind sie in der Lage, ihre eigene Mutter am Geruch zu erkennen, auf die Stimme der Mutter zu reagieren oder sich gewisse Gesichtszüge einzuprägen. Mit anderen Menschen zu kommunizieren ist ein wichtiger Bestandteil um soziale Beziehungen herzustellen und sich ein Bild seines Gegenübers zu verschaffen. Haben Neugeborene erst einmal gelernt Blickkontakt herzustellen, fangen sie auch bereits an, die Handlungen und Bewegungen anderer Menschen nachzuahmen und entwickeln so ein gewisses Gespür für sich selbst und andere. Bereits mit sechs Monaten wirken fremde Gegenstände und Gesichter für Kinder schon viel interessanter als bereits bekannte Dinge. Etwa im Alter von neun Monaten wollen sie ihre Erfahrungen, die sie beispielsweise mit einem Objekt gemacht haben, mit anderen teilen („triadische Interaktion“). Ungefähr im selben Alter fangen Kleinkinder auch an, auf die emotionalen Reaktionen der Menschen in ihrer Umgebung zu achten, und lernen dabei auch ihre eigenen Gefühlsausdrücke zu differenzieren.³⁸

³⁷ Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 30ff

³⁸ Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 36f

Viele dieser Verhaltensweisen werden bis ins dritte Lebensjahr erweitert und verfeinert. Mit zunehmendem Alter und Erfahrungsreichtum sucht das Kleinkind immer mehr den engeren Kontakt mit seinen engen Bezugspersonen, beispielsweise sucht es Blickkontakt, wenn es einer Situation ausgesetzt wird, die es nicht versteht. Bezugspersonen werden immer mehr zu einem sozialen Bezugspunkt. So folgt ein Kind beispielsweise der Blickrichtung einer Bezugsperson, schaut aber nicht in die Blickrichtung einer Puppe. Es hat gelernt leblose von belebten Gegenständen zu unterscheiden. Dadurch lernt es einerseits über die Intentionen anderer, andererseits aber auch eine Situation aus dem Standpunkt eines anderen zu betrachten. Diese Fähigkeiten sind wichtige Grundlagen für eine soziale Interaktion.³⁹

2.2.3 Emotionale Gesichtsausdrücke

Die Fähigkeit des Menschen, Gefühle auszudrücken und in gewissen Situationen emotional zu reagieren, ist von Geburt an gegeben. Untersuchungen haben ergeben, dass bereits sechs Monate alte Babys zwischen verschiedenen emotionalen Gesichtsausdrücken unterscheiden können. Zeigte man ihnen beispielsweise verschiedene Fotos mit Personen, die immer den gleichen emotionalen Gesichtsausdruck hatten, verloren sie sehr rasch das Interesse. Tauchten aber nun Fotos auf, auf denen andere Gesichtsausdrücke zu sehen waren, war das Interesse der Kinder wieder neu geweckt. Zu den emotionalen Gesichtsausdrücken können Kleinkinder schon sehr bald die dazugehörigen stimmlichen Ausdrücke zuordnen. Die meisten Kinder lachen, wenn sie mit einer fröhlichen Stimme angesprochen werden, oder beginnen zu weinen wenn jemand in ihrer unmittelbaren Umgebung schreit oder wütend ist. Mit der Zeit lernen sie ebenfalls auf gewisse Gefühle passend zu reagieren. Beispielsweise versuchen bereits Zweijährige ihre Mutter zu trösten, wenn diese traurig ist oder bringen ein Spielzeug herbei.

Die Entwicklung des Bewusstseins für die Bedingungen und Handlungen, die gewisse Emotionen hervorrufen (Trauer, Freude, Wut, Angst) ist elementar für ein soziales Verstehen andere Menschen und für die Entwicklung empathischer Fähigkeiten.⁴⁰

2.2.4 Bewusstsein für das eigene Selbst

Die Entwicklung für ein Bewusstsein des eigenen Selbst braucht einige Zeit und unterscheidet den Menschen vom Tier. Während ein drei Monate altes Baby wenig Interesse zeigt, wenn man ihm einen Spiegel hinhält, wird das eigene Spiegelbild von einem fünf Monate alten Baby bereits angelächelt. Hält man einem zehn Monate alten Baby einen Spiegel vor, und zieht hinter dessen

³⁹ Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 38

⁴⁰ Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 39f

Rücken ein Spielzeug hervor, reagiert es bereits darauf. In diesem Alter versucht es aber beispielsweise noch nicht einen Fleck, den man vorher heimlich auf die Nase gezeichnet hat, von selbst wegzuwischen. Diese Fähigkeit ist erst im Alter von etwa 18 Monaten gegeben. Einige Monate später können die Kinder bereits sagen, dass es sie selbst sind, die sie im Spiegel sehen.⁴¹

2.2.5 Entwicklung sozialer Beziehungen

Bereits Neugeborene fangen an, ein erstes Beziehungsnetz mit ihren Bezugspersonen zu knüpfen. Während die nahen Bezugspersonen die wichtige Aufgabe der Versorgung des Neugeborenen mit Nahrung und Geborgenheit haben, bilden sie später den äußeren Rahmen für die Entwicklung des Kindes, indem sie Beständigkeit und Einfühlungsvermögen vermitteln. Bereits im frühen Alter ist die Bindung, die ein Kleinkind an seine Mutter hat, von wichtiger Bedeutung für die spätere Intensität der Bindungen an andere Personen. Zuerst beginnen Kleinkinder eine vertrauensvolle Beziehung zu Bezugspersonen aufzubauen. Im späteren Alter kommen Konflikte mit Geschwistern oder Gleichaltrigen dazu.

Die Erforschung der Umwelt spielt vor allem im zweiten und dritten Lebensjahr eine wichtige Rolle. Gleichzeitig muss das Kind aber auch lernen sich mit Hindernissen oder Verboten auseinander zu setzen. Durch die Konflikte mit anderen, das Auseinandersetzen mit sich selbst und der Umwelt, sowie mit der Entstehung von Verboten und Geboten, lernt das Kind auch die gesellschaftlichen Gepflogenheiten.⁴²

2.3 Soziale und emotionale Entwicklung autistischer Kinder

Da die Diagnose „Autismus“ meist erst zwischen dem zweiten und dritten Lebensjahr oder später gestellt wird, ist über die ersten Entwicklungsjahre der später als autistisch diagnostizierten Kinder wenig bekannt.

Einige Studien untersuchten die Entwicklung der frühen Kindheit autistischer Kinder mithilfe von Privatvideos vom jeweils ersten Geburtstag. Die Analyse ergab, dass die später als autistisch diagnostizierten Kinder auch in diesem jungen Alter schon weniger in Kontakt mit ihren Mitmenschen treten, d.h. wenig Blickkontakt herstellen und auch seltener in die Richtung schauen, in die andere zeigen. Auch wenn man ihren Namen ruft, reagieren sie selbst in diesem Alter schon seltener darauf als gleichaltrige nicht-autistische Kinder.

⁴¹ Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 40

⁴² Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 41f

Eine britische Studie zeigte ähnliche Ergebnisse. Diese verglich Krankenakten jener Kinder, die als autistisch diagnostiziert wurden, mit den Krankenakten nicht-autistischer Kinder und Kindern mit Lernschwierigkeiten. In Bereichen wie Sehkraft, Motorik, Gehör oder Sprachentwicklung zeigten die autistischen Kinder mit zwölf Monaten noch keine Unterschiede zu Gleichaltrigen, schnitten sogar besser ab als jene Kinder, bei denen später eine Lernschwierigkeit festgestellt wurde. Die ersten Probleme in der sozialen Entwicklung zeichneten sich im Alter von 18 Monaten ab. Hier stellte man fest, dass die später als autistisch diagnostizierten Kinder von sich aus weniger in Kontakt mit anderen treten und auch nur selten reagieren, wenn man versucht, sie in Interaktionen einzubinden. Auch andere Studien haben belegt, dass bei autistischen Kindern bereits im Alter von zwei Jahren Verhaltensauffälligkeiten im Umgang mit anderen Menschen auftreten.

Versucht man mit drei oder vierjährigen autistischen Kindern Ball zu spielen, reagieren diese genauso fröhlich wie gleichaltrige nicht-autistische Kinder. Auch berichten viele Eltern, dass ihre autistischen Kinder in diesem Alter gleich gerne und ausgiebig mit ihnen gespielt hätten. Zu diesem ausgiebigen Spielen kommt es zumeist jedoch nur, wenn die autistischen Kinder von Erwachsenen zum Spielen angeregt werden, ergeben sich jedoch unstrukturierte Begegnungen, zeigen sich deutlich Probleme. Autistische Kinder spielen dann nicht so intensiv mit den ihnen zur Verfügung stehenden Gegenständen und lassen sich weniger auf Spiele ein.

Während autistische Kinder also weniger Probleme mit der sog. „dyadischen Interaktion“⁴³ haben, zeigen sich deutliche Verhaltensauffälligkeiten in der „triadischen Interaktion“. Wenn sich autistische Kinder mit Spielsachen beschäftigen, schauen sie selten zu ihren Bezugspersonen auf und unternehmen meist auch keinen Versuch, andere in das Spiel miteinzubeziehen oder jemanden an der Freude über ein neues Spielzeug teilhaben zu lassen. Sie machen ihre Erfahrungen für sich selbst und haben wenig Bedürfnis danach, diese mit anderen zu teilen. Gleichzeitig haben autistische Kinder auch Probleme damit, sich auf mehrere Dinge gleichzeitig zu konzentrieren.

Das gemeinsame Erleben bzw. das gemeinsame Erfahrung sammeln hat große Auswirkungen auf die Intensität und die Enge einer Beziehung. Fehlen diese Bestandteile, fehlen gleichzeitig die Gelegenheiten für kulturelles Lernen. Autistische Kinder sind somit nur begrenzt in der Lage, den Standpunkt anderer Personen nachzuvollziehen. Lässt sich ein autistisches Kind doch auf eine „triadische Interaktion“ ein, geht es fast immer um ein konkretes Anliegen, beispielsweise wenn es einen Gegenstand haben will, den es selbst nicht erreichen kann.⁴⁴

⁴³ **Anmerkung:** Die dyadische Interaktion bezieht sich auf die Interaktion zwischen zwei Menschen; die triadische Interaktion bezieht sich auf die Interaktion mit drei Menschen.

⁴⁴ Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 42ff

Auch der Bezug zu anderen Menschen ist bei autistischen Kindern anders als bei nicht-autistischen oder geistig behinderten Kindern. Wie bereits erwähnt, orientieren sich Kleinkinder häufig an ihren Bezugspersonen, wenn sie Situationen ausgesetzt sind, die sie selbst nicht begreifen können. Meist schauen sie ihre Bezugspersonen direkt an und versuchen deren Gesichtsausdruck zu deuten. Sind autistische Kinder einer Situation ausgesetzt, die für sie unbekannt oder verwirrend ist, schauen sie selten ihre Bezugspersonen an, um in deren Gesichtern eine Antwort ablesen zu können. Dadurch fehlt es autistischen Kindern an Übung im Umgang mit gewissen Situationen, sie wissen die Informationen oft nicht zu deuten und daher auch nicht, wie man sich passend verhält.⁴⁵

Autistische Kinder sind meist auch mit der Fülle an Informationen, die auf sie eindringen, überfordert. Anders wie bei normal entwickelten Menschen, können Autisten Neben- und Hintergrundgeräusche nicht einfach ausblenden, und werden mit Reizen förmlich überflutet. Dieser Effekt des gezielten Ausblendens von Geräuschen und Eindrücken, wird unter den Psychologen „Cafeteria-Effekt“ genannt und funktioniert demnach bei autistischen Menschen nicht.⁴⁶

2.3.1 Emotionale Ausdrucks- und Reaktionsfähigkeit

Obwohl autistische Kinder in ihrer emotionalen und sozialen Ausdrucksfähigkeit begrenzt sind, sind sie keineswegs „abgestumpft“. Laut Befragungen von Eltern autistischer Kinder zeigen diese ebenso Emotionen wie nicht-autistische Kinder, jedoch sind ihnen die negativen Gefühlsausbrüche wie Zorn, Wut oder Trauer schneller anzumerken und kommen auch häufiger vor. Positive Gefühle wie Freude oder Interesse werden auch von autistischen Kindern gezeigt, jedoch in einem begrenzten Umfang.

Beobachtungen autistischer Kinder in gewissen Situationen ergaben, dass sie ebenso wie nicht-autistische Kinder Freude ausdrücken können. Häufig kam es jedoch vor, dass auch uneinheitliche Gefühle zum Ausdruck kamen, d.h. dass die eine Gesichtshälfte beispielsweise ein trauriges Gesicht machte, die andere jedoch ein fröhliches. Vermutet wird, dass dies aufgrund einer für sie verwirrenden Situation zustande kommt, in der die autistischen Kinder nicht wissen, wie sie reagieren sollen.⁴⁷

2.3.2 Lob und Anerkennung

Ein großer Unterschied zwischen nicht-autistischen und autistischen Kindern ist auch die Reaktion auf Lob und Anerkennung. Nicht-autistische Kinder sind begierig nach Lob und Anerkennung,

⁴⁵ Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 45f

⁴⁶ Vgl. Rollett / Kastner-Koller 2001, S. 31

⁴⁷ Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 46f

beispielsweise schauen sie nach Vollendung einer Aufgabe (beispielsweise ein Puzzle legen) zu ihren Eltern, oder ihrer Bezugsperson auf, und freuen sich sichtlich, wenn sie dafür gelobt werden. Autistische Kinder freuen sich ebenso, wenn sie ein Puzzle fertig gelegt haben, schauen jedoch nur selten zu ihren Bezugspersonen auf. Viele autistische Kinder zeigen keine Reaktion auf Lob, bei anderen wiederum kann es sogar vorkommen, dass sie zurückweichen wenn sie gelobt werden.

Ein anderes typisches Charakteristikum ist das Fehlen von Lächelreaktionen. Nicht-autistische Kinder lächeln ihre Bezugspersonen oft an und reagieren auch mit einem Lächeln wenn sie selbst angelächelt werden. Zwar sehen autistische Kinder auch oft ihre Bezugspersonen an, lächeln jedoch selten dabei.⁴⁸

Untersuchungen ergaben auch, dass autistische Kinder meist Probleme damit haben, die Mimik von Personen mit den passenden stimmlichen Äußerungen in Verbindung zu setzen.

2.3.3 Empathie⁴⁹

In einem Experiment wurde die Empathie von Kindern ohne autistische Störungen, von Kindern mit einer geistigen Behinderung und von Kindern mit einer autistischen Störung miteinander verglichen. Die Mütter der jeweiligen Kinder wurden gebeten so zu tun, als ginge es ihnen nicht gut. Die nicht-autistischen und die geistig behinderten Kinder gingen zu ihren Müttern hin, schauten sie direkt an und versuchten sogar sie zu trösten. Die autistischen Kinder hingegen blieben relativ unbesorgt und zeigten nur wenig Interesse für den Zustand ihrer Mutter.

In einer gestellten Szene wurden die Mütter gebeten so zu tun, als würden sie sich beim Spielen unabsichtlich mit einem Spielzeughammer auf den Finger hauen und dabei Schmerzen empfinden. Alle nicht-autistischen und geistig behinderten Kinder reagierten mit starker Besorgnis, manche umarmten ihre Mutter und andere strichen ihr übers Haar. Die Reaktion der autistischen Kinder unterschied sich hier beträchtlich, denn die meisten reagierten überhaupt nicht auf die Schmerzensschreie der Mutter und spielten unbeirrt weiter. Diese Ergebnisse legen die Vermutung nahe, dass es autistischen Kindern am Vorhandensein von Empathie beträchtlich mangelt. Die Bekundung von Empathie ist jedoch bedeutsam in der zwischenmenschlichen Bindung und für das Gefühl der kulturellen Zusammengehörigkeit.⁵⁰

⁴⁸ Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 47f

⁴⁹ **Anmerkung:** Empathie ist die Bereitschaft und Fähigkeit von Menschen, sich in die Einstellung anderer Personen einfühlen zu können. (Vgl. Fremdwörterbuch)

⁵⁰ Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 48ff

2.3.4 Soziale Beziehungen und Zwischenmenschlichkeit

Autistische Kinder können, entgegen der These von Kanner, eine liebevolle Bindung zu ihren Bezugspersonen entwickeln. Ob sich das Bindungsverhalten jedoch in der gleichen Art und Weise entwickelt wie bei nicht-autistischen Kindern konnte bisher nicht untersucht werden, da Studien zur Erforschung des Bindungsverhaltens zwischen dem 18. und 24. Monat durchgeführt werden, und die autistische Erkrankung meist später diagnostiziert wird.

In einigen Beobachtungen konnte jedoch festgestellt werden, dass auch autistische Kinder ihre Mutter oder ihren Vater gegenüber einer fremden Person bevorzugen, und auch beunruhigt waren, wenn die Eltern den Versuchsraum verlassen haben. Ebenso zeigten sie sichtlich Freude, wenn die Eltern wieder zurückkehrten, auch wenn diese nicht so intensiv war wie bei nicht-autistischen Kindern.

Forschungen bei nicht-autistischen Kindern haben ergeben, dass mithilfe der ersten Bindung, die Kinder an ihre Bezugspersonen haben, Modelle für weitere Bindungen aufgebaut werden. Diese Theorie kann jedoch nicht auf autistische Kinder umgelegt werden. Um Beziehungsmodelle auf andere Personen umlegen zu können, muss man ein gewisses Verständnis für die Lebensperspektive des Gegenübers aufbringen. Jedoch fehlt den autistischen Kindern, wie schon erwähnt, diese Fähigkeit.⁵¹

Autistische Kinder haben auch Probleme mit der Lösung zwischenmenschlicher Konflikte. Da ihr Bewusstsein für soziale Normen herabgesetzt ist, haben sie Schwierigkeiten in der Erfüllung dieser. Des Weiteren haben sie ebenfalls Probleme mit der Selbstbeherrschung. Überdies haben autistische Kinder große Mühe in ihrem Ess-, Schlaf- und Verdauungsverhalten eine Regelmäßigkeit zu entwickeln.

Auch auf Verbote reagieren sie gleichgültiger als nicht-autistische oder geistig behinderte Kinder.⁵²

2.4 Spracherwerb und Sprachgebrauch

Die Sprache dient der Kommunikation und wird zumeist zum Erreichen eines bestimmten Zieles verwendet. Das Vorhandensein sprachlicher Fähigkeiten unterscheidet das Kleinkind vom Baby. Da die Sprache sich auf einem Schnittpunkt zwischen dem kognitiven, emotionalen und sozialen Verstehen entwickelt, und diese Bereiche bei autistischen Kindern beeinträchtigt sind, haben diese große Probleme mit der Anwendung der Sprache.⁵³

⁵¹ Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 50ff

⁵² Vgl. Sigman / Capps 2000, S.52f

⁵³ Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 55f

2.4.1 Sprachentwicklung autistischer Kinder

Als eines der zentralen Kennzeichen der autistischen Störungen kann die Beeinträchtigung des Sprachvermögens gesehen werden. Jedes zweite autistische Kind entwickelt im Laufe seines Lebens keine adäquaten sprachlichen Fähigkeiten.

Die Sprachentwicklung setzt bei autistischen Kindern erst im Alter von etwa viereinhalb Jahren ein, im Verhältnis zu ihrem gesamten kognitiven Niveau ist dies sehr spät. Um mit anderen Menschen kommunizieren zu können, benötigt es einen gewissen Grad der gemeinsamen Aufmerksamkeit und den Bezug zu anderen Menschen. Da Autisten aber vor allem auf diesen Gebieten große Schwierigkeiten haben, verwundert es nicht, dass sie auch ein Leben lang große Schwierigkeiten mit der Kommunikation haben.⁵⁴

Im Vergleich zu normal entwickelten Kindern zeigen sich gewisse Ähnlichkeiten bei der Bildung und auch der Reihenfolge erster Sprachlaute, obwohl die ersten Sprechversuche autistischer Kinder meist später einsetzen. Autistische Kinder machen anfangs die gleichen sprachlichen Fehler und verwechseln beispielsweise die Buchstaben miteinander. Das Lerntempo in Bezug auf neue Wörter ist bei ihnen jedoch langsamer. Meist ist bei autistischen Kindern auch das Satzverständnis beeinträchtigt, beispielsweise haben sie häufig Probleme mit dem Erkennen von Bezügen in einem Satz.⁵⁵

Jene autistischen Kinder, die sprachliche Fähigkeiten überhaupt erwerben, verwenden auch Grammatik und Syntax in ähnlicher Weise wie nicht-autistische Kinder, allerdings neigen sie dazu Grammatikregeln strikt einzuhalten, während sie von nicht-autistischen Kindern der Situation angemessen flexibler gehandhabt werden. Andererseits haben sie aber Schwierigkeiten in der Verwendung der richtigen Vergangenheitsform und in der Verwendung von Pronomina. Da autistische Kinder häufig Schwierigkeiten haben sich in andere hineinzusetzen und auch häufig nicht wissen, welche Blickrichtung in der jeweiligen Situation Gültigkeit besitzt, verwechseln sie sehr oft die Pronomina „ich“ und „du“.⁵⁶

Obwohl autistische Kinder die Sprache manchmal relativ gut erlernen, haben sie jedoch, wie bereits erwähnt, Schwierigkeiten in der Anwendung verschiedener sprachlicher Formen und Muster. Beispielsweise haben sie Probleme im Erkennen subtiler Bedeutungen, der Beachtung sozialer Regeln und der Berücksichtigung des Gesprächspartners.

⁵⁴ Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 63f

⁵⁵ Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 64f

⁵⁶ Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 65f

Wie bereits im Bezug auf das Gestikverhalten autistischer Kinder erwähnt, wenden autistische Kinder auch die sprachlichen Mittel meist nur an, wenn sie beispielsweise einen Gegenstand haben wollen, nicht aber wenn sie ein Erlebnis mit jemandem teilen wollen.⁵⁷

Weitere Schwierigkeiten zeigen sich bei der Verwendung von verschiedenen Intonationsmustern. Nicht-autistische Kinder passen ihre Sprechweise der jeweiligen Situation an, autistische Kinder sind jedoch dazu meist nicht in der Lage. Ihre Sprache klingt überwiegend monoton, dumpf oder hölzern. Auch die empathische Betonung bereitet den meisten Autisten ihr Leben lang Schwierigkeiten. Zwar können sie zwischen betonten und unbetonten Wörtern unterscheiden, machen dabei jedoch bei der Entschlüsselung einer Botschaft keinen Unterschied. Sogar autistische Menschen mit verhältnismäßig hoher Sprachkompetenz haben Schwierigkeiten damit, prosodische Merkmale zu erkennen. Dadurch nehmen sie alles wörtlich, was gesagt wird, da ihnen für die Verwendung gewisser prosodischer Merkmale, wie dies beispielsweise in der Ironie der Fall ist, das Verständnis fehlt.⁵⁸

2.4.2 Gespräche führen

Sehr große Probleme haben autistische Menschen auch in der Gesprächsführung. Ihnen fällt es sichtlich schwer, den sog. „roten Faden“ in einem Gespräch zu entdecken und aufrecht zu erhalten. Außerdem neigen sie dazu vom Thema abzukommen und den Blickkontakt nicht beizubehalten. Häufig stellen sie auch Fragen, die unpassend oder peinlich sind, da ihnen das Gefühl für die gesellschaftlichen Regeln eines Gespräches meist gänzlich fehlt. Untersuchungen bei autistischen Jugendlichen haben ergeben, dass ihnen die richtige Verwendung der „Sie“ bzw. „Du“ Form große Schwierigkeiten bereitet.⁵⁹

Um ein Gespräch erfolgreich führen zu können, muss man ein gewisses Verständnis für den Blickwinkel des Gesprächspartners und dessen Wissen mitbringen. Da dies autistischen Menschen besonders schwer fällt, haben sie folglich auch Probleme sich mit anderen zu unterhalten.⁶⁰

Ein weiteres Hindernis für Konversation autistischer Menschen stellt ihr Mangel an Erzählfähigkeit dar. Während nicht-autistische Kinder früh mit dem Erzählen beginnen, tun dies selbst autistische Kinder mit hoher sprachlicher Fähigkeit nicht. Mit der Fähigkeit zum Erzählen entwickelt sich

⁵⁷ Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 67f

⁵⁸ Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 68f

⁵⁹ Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 69f

⁶⁰ Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 70

jedoch ein Verständnis für Emotionen und Ereignisse, und auch die Fähigkeit nachvollziehbar für andere zu erzählen.

Untersuchungen ergaben, dass autistische Kinder selbst beim Nacherzählen einer Geschichte gänzlich auf Vergangenheitsformen verzichten und auch die sinnvollen Aspekte menschlicher Handlungen zumeist nicht begreifen. Oft drücken sie sich auf eine bizarre Art und Weise aus und erwähnen irrelevante Einzelheiten sehr ausführlich.⁶¹

2.4.3 Echolalie

Die Echolalie ist ein sehr auffälliges Verhaltensmerkmal autistischer Kinder. Es handelt sich dabei um ein papageienartiges Wiederholen ganzer Sätze, Wörter oder Satzteile. Diese stereotype Sprechweise ist bei etwa 80% der sprechenden autistischen Kinder feststellbar. Je ausgeprägter die Echolalie, desto weniger sind sie in der Lage, auch spontane Äußerungen von sich zu geben.⁶²

Die Schwierigkeiten in der Sprache, das mangelnde Verständnis für den Blickwinkel anderer Personen, der fehlende Blickkontakt und die Schwierigkeiten, sich in andere hineinzusetzen macht es autistischen Menschen sehr schwer sich in der Gesellschaft zurecht zu finden und eine eigene Identität aufzubauen.

2.5 „Theory of Mind“

Die „Theory of Mind“ wurde in den 1970er Jahren von Premack und Woodruff entwickelt. Ursprünglich wurde sie durch die Primatenforschung entdeckt. Sie bezeichnet die Fähigkeit des Menschen die eigenen und fremde Gedankengänge einordnen, verstehen und nachvollziehen zu können. Menschen mit autistischen Störungen haben auf diesem Gebiet große Probleme. So fällt es ihnen beispielsweise schwer, Sarkasmen, subtilere soziale Vorgänge oder sogar Witze zu verstehen. Da sie auch nonverbale soziale Hinweisreize nicht erfassen können, fällt es ihnen sehr schwer die Befindlichkeit anderer Personen nachzuempfinden.⁶³

Durch einfache Untersuchungen bei autistischen Kindern konnte man diesen Mangel an der „Theory of Mind“ nachweisen. Zeigt man autistischen Kindern eine Bonbonschachtel, die aber keine Bonbons enthält sondern bspw. Bleistifte, und fragt sie daraufhin, was wohl eine fremde Person, die die Schachtel noch nie gesehen hat, in dieser Bonbonschachtel vermuten würde, werden

⁶¹ Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 72f

⁶² Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 71

⁶³ Vgl. Poustak 2004, S. 30

fast alle die Antwort „Bonbons“ geben. Das zeigt, dass sie ihr Wissen mit dem der fremden Person, die natürlich Bonbons in der Schachtel vermuten würde, gleichsetzen.⁶⁴

Autistischen Menschen fehlt somit überwiegend das grundlegende Bewusstsein für die inneren Vorgänge einer anderen Person. Dieses Defizit spiegelt sich auch im beeinträchtigten sozialen Verstehen wieder und ist ein typisches Charakteristikum einer autistischen Erkrankung. Durch diese Defizite an sozialem Verständnis haben selbst sehr intelligente, sprachlich gut begabte autistische Kinder große Probleme damit, einfache Gespräche zu führen, geschweige denn Freundschaften zu entwickeln.⁶⁵

3 Interventionen

Seit „Autismus“ eine anerkannte Krankheit ist und somit diagnostizierbar wurde, wurden viele Interventionen entwickelt, die das Ziel haben die Defizite von autistischen Kindern und Menschen soweit als möglich auszugleichen und deren Familien bei der Bewältigung der Krankheit zu helfen. Keine der Interventionen kann jedoch eine Heilung erzielen.

Die Hilfsangebote variieren sehr stark von Land zu Land. Während beispielsweise in den USA Therapeuten häufig an Schulen oder auch zu Hause mit den Kindern arbeiten, ist es in Japan eher üblich, Trainingsprogramme in kommunalen Zentren anzubieten. Auch die jeweiligen Vorstellungen über die Krankheit Autismus, die im jeweiligen Land vorherrschen, haben Einfluss auf die Art der angebotenen Interventionen. Wird Autismus beispielsweise als rein psychische Krankheit betrachtet, werden die Interventionen zum großen Teil in psychiatrischen Zentren angeboten.

Entscheidend ist auch, welche Schule die autistischen Kinder besuchen. In allgemeinbildenden Schulen mit autistischen Kindern wird darauf Wert gelegt, die soziale Integration und Anpassung zu fördern. Sind Einrichtungen jedoch spezialisiert, werden eher die kognitiven und beruflichen Fähigkeiten gefördert.⁶⁶

⁶⁴ Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 89

⁶⁵ Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 90f

⁶⁶ Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 143f

3.1 Pädagogische Interventionen

Die meisten Länder bieten Förderungsprogramme für autistische Kinder in den Schulen an. Häufig können autistische Kinder am regulären Unterricht teilnehmen, jedoch gibt es auch Sonderschulen oder andere spezialisierte Einrichtungen. Neben der Förderung der sozialen Fähigkeiten stehen auch motorische und sprachliche Fertigkeiten im Mittelpunkt. Außerdem werden vor allem junge Kinder im Umgang mit fremden Personen und gesellschaftlichen Verhaltensweisen vertraut.

Das genaue Ausmaß der Interventionen hängt einerseits von ihren Verhaltenssymptomen im allgemeinen, und andererseits von der Stärke ihrer geistigen Behinderung ab. Einige sehr intelligente autistische Kinder sind sogar fähig die Schule oder das College erfolgreich abzuschließen.⁶⁷

3.2 Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapeutische Maßnahmen werden in speziellen Einrichtungen, Schulen oder zu Hause angewendet und bilden meist die Grundlage jeder Intervention für autistische Kinder. Das Ziel ist es, gewisse Verhaltensweisen zu modifizieren um so vor allem die besonders auffälligen Kennzeichen des Autismus zu mindern. Ursprünglich wurde versucht, vorallem das autoaggressive Verhalten vieler autistischer Kinder (beißen, schlagen, Gesicht kratzen) mit verhaltenstherapeutischen Maßnahmen zu regulieren. In frühester Zeit zählten bizarre Maßnahmen wie leichte Stromschläge zu verhaltenstherapeutischen Maßnahmen, diese wurden zum Glück jedoch wieder abgeschafft. Die heutzutage angewandten verhaltenstherapeutischen Maßnahmen sind darauf ausgerichtet, gezielt positive kommunikative als auch soziale Interaktionen zu verstärken, sowie negative zu mildern.

Die Eltern werden in die neuesten Maßnahmen ebenfalls sehr intensiv miteingebunden. Sie werden extra geschult und sollen Zuhause die Interventionen weiterführen um optimale Ergebnisse erreichen zu können.⁶⁸

Die jeweils verwendeten Strategien werden auf das autistische Kind individuell angepasst. Dazu wird das Kind in einer Spielsituation mit einem Therapeuten beobachtet und Verhaltensweisen, sowohl die positiven als auch die negativen, notiert. Danach werden jene Verhaltensweisen ausgewählt, die reduziert werden sollen. Meist funktioniert dies, indem jene Verhaltensweisen positiv verstärkt werden, die mit den negativen konkurrieren. Häufig verwendete Methoden sind

⁶⁷ Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 145f

⁶⁸ Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 146ff

beispielsweise: gezielte Belohnungen; loben, wenn negative Verhaltensweisen vom Kind nicht gezeigt werden; gezieltes Ignorieren der Verhaltensweisen, mit dem Sinn die Aufmerksamkeit davon abzulenken.

Eine andere sehr oft verwendete Methode ist jene der positiven Verstärkung, d.h. positive Verhaltensweisen werden sofort darauf belohnt.⁶⁹

3.3 TEACHC

TEACHC bedeutet „Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children“ und ist eine zeitlich sehr intensive verhaltenstherapeutische Maßnahme. Der Aufwand beträgt bis zu 25 Stunden die Woche und kann bis zu mehreren Monaten dauern. Das Grundprinzip der TEACHC-Methode ist der Aufbau kompensatorischer Verhaltensmuster und berücksichtigt dabei die vorhandenen Fähigkeiten des autistischen Kindes. Die Lebensqualität des betroffenen Kindes soll durch Strukturierung, sowie minimierte störende Einflussfaktoren in einer angepassten Umgebung, deutlich erhöht werden.⁷⁰

3.4 Sprachtherapie

Das Sprachvermögen ist für autistische Kinder wichtig, um sich später in der Welt zurecht finden und anpassen zu können. Die meisten autistischen Kinder sprechen, wie bereits erwähnt, nur wenig oder erlernen die Sprachfähigkeit nie zur Gänze. Die Sprachtherapie findet in regelmäßigen Abständen (beispielsweise ein- bis zweimal pro Woche) statt und kann sich sogar über mehrere Jahre hinziehen. Die verwendeten Methoden und Maßnahmen sind auch in dieser Therapieform individuell auf Verhaltensauffälligkeiten des Kindes und seine Fähigkeiten abgestimmt.

Wenn autistische Kinder beispielsweise absurde Kommunikationssignale wie autoaggressives Verhalten von sich geben, zielt die Therapie darauf ab, dem Kind alternative Möglichkeiten beizubringen um auf sich aufmerksam zu machen.

Weiters wird versucht sprachliche Grundformen zu vermitteln. Wichtig ist vor allem, dass das Kind nicht nur Gegenstände benennen kann, sondern auch deren Bedeutung kennt. Hat das Kind beispielsweise bereits das Wort „Apfel“ gelernt, versucht der Sprachtherapeut mittels rezeptivem oder expressivem Benennen die Bedeutung zu verinnerlichen. Beim rezeptiven Benennen wird der

⁶⁹ Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 147ff

⁷⁰ Vgl. Poustak 2004, S. 39f

Gegenstand vom Therapeuten in der Hand gehalten und die Hand des Kindes zum Gegenstand geführt, wobei der Name des Gegenstandes solange vom Therapeuten wiederholt wird, bis das Kind den Gegenstand von alleine benennen kann, wenn der Therapeut darauf deutet. Beim expressiven Benennen zeigt der Therapeut auf den Gegenstand und fragt das Kind, was dies für ein Gegenstand sei. Das Kind wird dabei unterstützt, indem der Therapeut das Wort selbst wiederholt und dabei immer weniger Hilfestellungen leistet, bis das Kind den Gegenstand von alleine benennen kann.

Ob eine sprachfördernde Intervention Erfolg hat, hängt unter anderem auch davon ab, ob das Kind gelernt hat, soziale Konventionen herzustellen. Diese sind unter anderem Blickkontakt zu halten, Gestik zu zeigen oder Körpersprache anzuwenden. Weiters sind natürlich auch die sprachlichen Fähigkeiten des Kindes entscheidend dafür, ob es fähig ist eine Interaktion mit anderen einzugehen und aufrecht zu erhalten.⁷¹

3.5 Medikamentöse Interventionen

Medikamentöse Interventionen werden beim Autismus als rein begleitende Interventionen eingesetzt. Der Autismus selbst kann nicht mit Medikamenten behandelt werden, jedoch benötigen gewisse komorbide Erkrankungen, wie beispielsweise Epilepsie, eine medikamentöse Therapie.⁷²

Allerdings wirken viele Medikamente bei Autisten anders als bei nicht-autistischen Menschen, sowohl hinsichtlich der Wirkung als auch der Nebenwirkungen. Je nach begleitenden Symptomen der autistischen Störung werden verschiedene Medikamentengruppen eingesetzt.

Neuroleptika, Beta-Blocker oder Opiat-Blocker können beispielsweise (auto)aggressive Verhaltensweisen reduzieren. Stimulantien hingegen wirken positiv auf die Hyperaktivität autistischer Kinder. Im Einzelfall werden auch Antidepressiva oder angsthemmende Medikamente eingesetzt. Autisten können von diesen Medikamenten zum Teil profitieren, da sie dadurch auch zugänglicher für weitere Interventionen sind.⁷³

⁷¹ Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 149ff

⁷² Vgl. Poustak 2004, S. 43

⁷³ Vgl. Sigman / Capps 2000, S. 151

4 Asperger – Syndrom

4.1 Definition

Die WHO beschreibt das Asperger-Syndrom folgendermaßen:

„Eine Störung von unsicherer nosologischer Prägnanz, durch dieselbe Form qualitativer Beeinträchtigung der gegenseitigen sozialen Interaktion charakterisiert, die für den Autismus typisch ist, hinzu kommt ein Repertoire eingeschränkter, stereotyper, sich wiederholender Interessen und Aktivitäten. Die Störung unterscheidet sich vom Autismus in erster Linie durch das Fehlen einer allgemeinen Entwicklungsverzögerung bzw. eines Entwicklungsrückstandes der Sprache oder der kognitiven Fähigkeiten. Die meisten Patienten besitzen eine normale allgemeine Intelligenz, sind jedoch üblicherweise motorisch auffällig ungeschickt; die Erkrankung tritt vorwiegend bei Jungen auf (das Verhältnis Jungen zu Mädchen ist 8:1). Sehr wahrscheinlich sind wenigstens einige Fälle milderer Varianten des Autismus, jedoch ist unsicher, ob dies für alle zutrifft. Die Auffälligkeiten haben eine starke Tendenz, bis in die Adoleszenz und ins Erwachsenenalter zu persistieren. Es scheint, dass sie individuelle Charakteristika darstellen, die durch Umwelteinflüsse nicht besonders beeinflusst werden. Im frühen Erwachsenenleben treten gelegentlich psychotische Episoden auf.“ (ICD-10 1993)⁷⁴

Da Asperger seine Artikel in deutscher Sprache während des zweiten Weltkrieges verfasste, fanden sie in der internationalen Fachliteratur vorerst wenig Beachtung. Das Asperger-Syndrom ist erst seit 1992 ein offiziell anerkannter Diagnosebegriff, und ist im Klassifikationssystem der WHO (ICD-10) unter der Rubrik „tiefgreifende Entwicklungsstörungen“ zu finden.⁷⁵

4.2 Unterscheidung Asperger-Syndrom und Autismus

Obwohl gewisse Parallelen zwischen dem Asperger-Syndrom und dem infantilen Autismus auftreten, gibt es dennoch viele Unterschiedlichkeiten. Um die Diagnose „Asperger-Syndrom“ stellen zu können, müssen folgende Faktoren vorliegen:

A. Im Unterschied zum Autismus liegt beim Asperger-Syndrom keine generelle Verzögerung der sprachlichen Entwicklung vor. Dies bezieht sich weder auf das Sprachverständnis, noch beim Sprechen selbst. Einzelne Wörter werden bereits im Alter von zwei Jahren oder auch früher erlernt und verwendet. In den ersten drei Lebensjahren entsprechen Anpassung und Neugier der Umwelt gegenüber denen normal entwickelter Kinder. Obwohl die motorische Entwicklung etwas verzögert sein kann, ist sie kein

⁷⁴ Jørgensen 1998, S. 20

⁷⁵ Vgl. Jørgensen 1998, S. 22

zwingendes diagnostisches Kriterium. Häufig kommen auffallende Spezialinteressen, in Kombination mit isolierten Fähigkeiten auf gewissen Gebieten hinzu. Auch dies ist aber kein zwingendes diagnostisches Kriterium.

B. Es bestehen Abweichungen in der sozialen Interaktion, die nach denselben Kriterien wie beim Autismus zu bemessen sind. Diese sind unter anderem:

- Die Fähigkeit, mithilfe von Blicken, Gesichtsmimik oder Körperhaltung eine soziale Interaktion zu beginnen oder aufrecht zu erhalten, ist nur begrenzt vorhanden.
- Schwierigkeiten im Aufbau von Freundschaften und emotionalen Beziehungen, vor allem bezüglich der Beschäftigung mit gemeinsamen Interessen oder Aktivitäten.
- Sozial-emotionale Gegenseitigkeit liegt ebenfalls nur begrenzt vor. Auf Gefühle von anderen Menschen wird sehr sparsam oder sogar abweisend reagiert. Darüber hinaus besteht eine verminderte Anpassungsfähigkeit des eigenen Verhaltens in sozialen Situationen.

C. Vorherrschend ist ein monomanes⁷⁶ und ungewöhnlich intensives Interesse für gewisse Gegenständlichkeiten (beispielsweise ein bestimmtes Themengebiet oder Gegenstände). Desweiteren wird der Alltag zumeist von einem begrenzten und repetitivem Verhaltensmuster beherrscht.

D. Der Zustand darf nicht in andere Kategorien einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung einzuordnen sein.⁷⁷

Bezüglich der sprachlichen Fähigkeiten bei Menschen mit Asperger-Syndrom ist noch zu erwähnen, dass diese zwar über einen großen Wortschatz verfügen, jedoch die Sprache häufig nicht als Mittel zur Kommunikation verwendet wird. Das Gefühl für die Bedeutung von Kommunikation ist folglich vermindert.

Eine Echolalie wie sie beim Autismus zu finden ist, findet sich beim Asperger-Syndrom hingegen nicht. Auch werden die Pronomina „ich“ und „du“ selbst bei Kindern mit Asperger nicht in der Form verwechselt, wie sie von Kindern mit frühkindlichem Autismus verwechselt werden.

Die Sprachmelodie allerdings wirkt beim Asperger-Syndrom ebenso monoton wie beim frühkindlichen Autismus, und häufig ist die Stimmlage entweder zu hoch oder zu tief.

⁷⁶ **Anmerkung:** Monomanie ist ein abnormer Zustand des Bessenseins von einer einzigen Idee oder Zwangsneigung (Vgl. Fremdwörterbuch)

⁷⁷ Vgl. Jørgensen 1998, S. 20f

Darüber hinaus haben Menschen mit Asperger-Syndrom häufig sehr spezielle Interessen und entwickeln zuweilen eine Besessenheit für gewisse Themen, für die sie im Laufe der Zeit ein enorm großes Wissen im Laufe der Zeit entwickeln.⁷⁸

Die Diagnose des Asperger-Syndroms wird zumeist erst später gestellt als jene des Autismus. Häufig sind die Symptome erst im vierten bis sechsten Lebensjahr auffällig. Kinder, bei denen später Asperger diagnostiziert wird, verhalten sich im Kindergarten meist eigentümlich, und werden oft als seltsam erlebt. Oft zeigen sie wenig Interesse mit anderen Kindern zu spielen, und auch die Eltern empfinden es als schwierig zu ihrem Kind einen emotionalen Kontakt aufzubauen. Weiters zeigen diese Kinder auch in der nonverbalen Kommunikation Auffälligkeiten. Häufig wirken sie plump, weil keine völlige Stimmigkeit zwischen dem sprachlich Ausgedrückten und der Körperhaltung besteht.⁷⁹

Während man einen Autisten aber zumeist schon auf den „ersten Blick“ erkennt, ist das Asperger-Syndrom unauffälliger. Meist erkennt man das Asperger-Syndrom erst in einer näheren Kontaktaufnahme. Hier fallen vor allem die Schwierigkeiten in Interaktion und Kommunikation als erstes auf.⁸⁰

4.3 Spezialinteressen und Zwangspänomene

Spezialinteressen sind ein charakteristischer Wesenszug beim Asperger-Syndrom. Zumeist entwickeln die Kinder bereits im Kindergartenalter anfängliche Spezialinteressen, in denen sie ein Wissen aufweisen können, das beträchtlich größer ist als jenes ihrer Altersgenossen. Das Interesse für ein bestimmtes Gebiet nimmt mit der Zeit einen immensen Umfang an, und drängt so andere Interessen, die normalerweise dem Alter entsprechend wären, in den Hintergrund.⁸¹

Das Leben von vielen Autisten ist von zwanghaften Verhaltensmerkmalen geprägt. Beispielsweise gibt es Kinder, die immer und immer wieder alle Türen im Haus öffnen. Bei geistig behinderten autistischen Menschen sind diese Zwanghaftigkeiten eher auf motorischem Gebiet angesiedelt. Je höher jedoch das Intelligenzniveau, desto komplexer werden auch die zwanghaften Verhaltensmuster. Diese können auch beim Asperger-Syndrom stark ausgeprägt sein. Wie bereits

⁷⁸ Vgl. Jørgensen 1998, S. 36

⁷⁹ Vgl. Jørgensen 1998, S. 38ff

⁸⁰ Vgl. Jørgensen 1998, S. 85

⁸¹ Vgl. Jørgensen 1998, S. 41

erwähnt, entwickeln Kinder mit Asperger-Syndrom ihr Spezialinteresse zumeist schon im Kindergartenalter. Viele Personen mit Asperger können nur mit Personen sprechen, wenn es im Gespräch um ihre zwanghaften Interessen geht, ganz gleich ob der Gesprächspartner auch an diesem Gebiet interessiert ist oder nicht. Einerseits wissen Personen mit Asperger zwar extrem viel über ein bestimmtes Gebiet, jedoch fehlt ihnen der Bezug, wie man dieses Wissen auch praktisch umsetzen kann. Wie auch Menschen mit frühkindlichem Autismus fehlt es ihnen dafür an der nötigen Fantasie und Vorstellungskraft.⁸²

4.4 Ursachen

Über die Ursachen des Asperger-Syndroms herrschen ähnliche Unklarheiten und Uneinigkeiten wie beim frühkindlichen Autismus, außerdem liegen wenige klinische Untersuchungen vor. Bei einigen Kindern mit Asperger-Syndrom konnte nachgewiesen werden, dass diese als Neugeborene eine Hirnblutung erlitten hatten. Weitere Ursachen ähneln, laut Experten, jenen des frühkindlichen Autismus, jedoch wird vermutet, dass sie beim Asperger-Syndrom weniger ausgeprägt sind.

Zu den möglichen Ursachen des Asperger-Syndroms zählen unter anderem genetische Störungen des X-Chromosoms, eine Unterfunktion der Schilddrüse, die die Entwicklung des Gehirns beeinträchtigt.⁸³

4.5 Interventionen

Bereits Asperger erwähnte in seinen Artikeln, dass vor allem pädagogische Maßnahmen beim Asperger-Syndrom gut geeignete Therapiemöglichkeiten bieten. Da Menschen mit Asperger-Syndrom vor allem die Fähigkeit fehlt, Dinge wie die Regeln der zwischenmenschlichen Beziehung zu befolgen, oder in sozialen Kontakt zu treten, besteht hier ein guter Ansatzpunkt für Interventionen.

Kinder mit Asperger-Syndrom können soziale Regeln am besten anhand konkreter Beispiele und Übungen erlernen, wobei aber langwierige Erklärungen überflüssig sind.⁸⁴

Wird die Diagnose rechtzeitig gestellt, ist es am besten mit den sonderpädagogischen Maßnahmen bereits im Kindergartenalter zu beginnen. Kinder können spezielle Gruppen mit ausgebildetem

⁸² Vgl. Jørgensen 1998, S. 55f

⁸³ Vgl. Jørgensen 1998, S. 44f

⁸⁴ Vgl. Jørgensen 1998, S. 63f

Personal besuchen, oder aber am normalen Unterricht teilnehmen und anschließend von speziellem Personal betreut werden. Wenn man Kinder mit Asperger-Syndrom allerdings im normalen Kindergarten oder Schulunterricht unterbringt, besteht immer die Gefahr, dass sich das Kind ausgegrenzt und „anders“ fühlt, weil es mit zunehmendem Alter die eigene Andersartigkeit immer mehr begreift.

Ebenso wie beim frühkindlichen Autismus ist es auch bei einigen Menschen mit Asperger-Syndrom notwendig, über das ganze Leben hinweg Hilfestellungen, unter anderem durch pädagogische Maßnahmen, zu leisten. Einige Menschen mit Asperger können im Erwachsenenalter selbstständig leben, und sogar eine Beziehung eingehen. Andere hingegen müssen in betreutem Wohnen untergebracht werden, damit sie ihr Leben so weit wie möglich alleine meistern können. Häufig brauchen sie praktische Beratung, vor allem in Alltagsdingen, und auch die soziale Interaktion und Umgangsform muss immer wieder geübt werden. Hier ist es wichtig, auf die individuellen Fähigkeiten gezielt einzugehen.⁸⁵

⁸⁵ Vgl. Jørgensen 1998, S. 65f

Zusammenfassung und Diskussion

Autismus als einzige Krankheit darzustellen, ist sehr schwer. Autismus an sich umfasst mehrere Ausprägungen, zu denen zählen der frühkindliche Autismus nach Kanner, das Asperger-Syndrom und der atypische Autismus. Der frühkindliche Autismus und das Asperger-Syndrom treten jedoch am häufigsten in Erscheinung. Wie sich im historischen Rückblick gezeigt hat, handelt es sich vor allem beim Asperger-Syndrom um ein recht junges Krankheitsbild, das erst 1992 in die Diagnoseklassifikationen aufgenommen wurde. Über den frühkindlichen Autismus nach Kanner ist hingegen schon etwas mehr bekannt, da seine Artikel im internationalen Raum schneller Anklang fanden als jene von Asperger.

Autistische Störungen sind häufig von Komorbidität wie Intelligenzminderung, Epilepsie oder sonstigen organischen Störungen begleitet.

Bislang ist keine Heilung einer autistischen Störung bekannt, jedoch kann man einerseits die Komorbidität mit Medikamenten bekämpfen, und andererseits die autistischen Symptome vor allem durch pädagogische Interventionen reduzieren oder verbessern.

Im Rahmen meiner Bakkelaureatsarbeit konnte ich meine Forschungsfrage beantworten, die wie folgt lautet: *„Wie unterscheidet sich die Entwicklung eines Kleinkindes mit einer autistischen Erkrankung von jener eines nicht-autistischen Kindes?“*

Wie sich in der Analyse der Entwicklungsschritte von nicht-autistischen und autistischen Kindern gezeigt hat, sind bereits in jungen Jahren viele Auffälligkeiten zu bemerken. Besonders auffällig ist hier vor allem, dass Neugeborene, die später als autistisch diagnostiziert werden, im Vergleich zu nicht-autistischen Neugeborenen wenig bis keinen Blickkontakt mit einer Bezugsperson aufbauen. Des Weiteren schauen sie ihre Bezugsperson weniger häufig direkt an, als nicht-autistische Kinder. Während nicht-autistische Kleinkinder ihre Erfahrungen fast immer mit Bezugspersonen teilen wollen, zeigt sich bei autistischen Kleinkindern dieses Bedürfnis nach Mitteilung nicht.

Vor allem im Kindergarten fallen autistische Kinder das erste Mal auf, wenn sie von einer Gruppe Gleichaltriger umgeben sind. Autistische Kinder sind meist von der Gruppe isoliert, gehen von sich aus selten auf ihre Mitmenschen zu, und lassen sich nur sehr schwer von anderen in ein Spiel integrieren. Während nicht-autistische Kinder im Kindergartenalter erste Freundschaften schließen, sind die sozialen Kontakte autistischer Kinder sehr begrenzt, und es scheint, als würden sie lieber für sich bleiben wollen.

Auch in der Entwicklung der Sprache zeigen sich bei autistischen Kindern, im Vergleich zu nicht-autistischen Kindern, Auffälligkeiten. Viele autistische Kinder erlernen erst sehr spät erste sprachliche Fähigkeiten, während manche von ihnen nie zu sprechen anfangen. Typische

sprachliche Charakteristika sind unter anderem die Verwechslung der Pronomina „ich“ und „du“, sowie die Verwendung der Echolalie (dem papageienartigen Wiederholen von Wörtern, Satzteilen oder ganzen Sätzen).

Ein weiteres typisches Charakteristikum einer autistischen Erkrankung ist das Fehlen der sog. „Theory of Mind“. Diese beinhaltet das Verständnis für andere Personen, deren Denkweisen, und die Fähigkeit sich in andere hineinversetzen zu können. Autistische Menschen haben dadurch auch bei einfachster Konversation sehr große Probleme.

Personen mit Asperger-Syndrom haben zwar auch in der sozialen Welt ihre Schwierigkeiten, jedoch sind diese nicht ganz so ausgeprägt wie beim frühkindlichen Autismus. Ihnen fehlt die Echolalie, wie sie Autisten häufig zeigen, und sie können auch die Pronomina richtig zuordnen. Auch die Theory of Mind können sie zu einem gewissen Teil recht gut anwenden. Ihnen fällt es dadurch leichter, sich in der sozialen Welt zurecht zu finden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es eine wichtige Aufgabe des behandelnden Arztes ist, die richtige Diagnose zu stellen, damit die richtige Intervention so früh wie möglich eingeleitet werden kann. Viele Autisten brauchen jedoch ihr Leben lang eine Therapie, und Hilfestellungen im Umgang mit sozialen Kontakten. Bei einigen Personen mit einer autistischen Erkrankung sind jedoch gute Fortschritte durch pädagogische Maßnahmen zu erreichen. Besonders wichtig bei der Behandlung einer autistischen Erkrankung sind Geduld, und auch Verständnis für die Andersartigkeit, die diese Erkrankung mit sich bringt.

Literaturverzeichnis

BÜCHER:

Aarons, Maureen / Gittens, Tessa (1994), Das Handbuch des Autismus. Ein Ratgeber für Eltern und Fachleute. Beltz Verlag. Weinheim u. Basel.

Jørgensen, Ole Sylvester (1998), Autismus oder Asperger – Differenzierung eines Phänomens. Beltz Verlag. Weinheim u. Basel.

Poustka, Fritz / Bölte, Sven / Feineis-Matthews, Sabine / Schmötzer, Gabriele (2004), Autistische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 5, 2. aktualisierte Aufl., Hogrefe Verlag. Göttingen u.a.

Pschyrembel, klinisches Wörterbuch (1990), 256. neu bearbeitete Aufl., Walter de Gruyter Verlag. Berlin, New York.

Rollett, Brigitte A. / Kastner-Koller, Ursula (2001), Praxisbuch Autismus. Ein Leitfaden für Eltern, Erzieher, Lehrer und Therapeuten, 2. überarbeitete und erweiterte Aufl., Urban & Fischer Verlag. München, Jena.

Sigman, Maria / Capps, Lisa (2000), Autismus bei Kindern. Ursachen, Erscheinungsformen und Behandlung. Verlag Hans Huber. Bern, Göttingen u.a.

Fremdwörterbuch, Duden (1990), 5., neu bearb. u. erw. Auflage, Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG, Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich.

FACHJOURNALE:

Kumbier, E. / Domes, G. u.a., Autismus und autistische Störungen. Historische Entwicklung und aktuelle Aspekte, in: Der Nervenarzt, 2009, Springer Medizin Verlag.

Abbildung:

<http://www.scumdoctor.com/images/Early-Symptoms-Of-Autism.jpg>, Stand 13.1.2010

Weiterführende Quellen:

Lee O'Neill, Jasmine (2001), Autismus von Innen. Nachrichten aus einer verborgenen Welt. Verlag Hans Huber. Bern, Göttingen u.a.

Leolord, Gilbert / Rothenberger, Aribert (2000), Dem Autismus auf der Spur. Verstehen, erklären, behandeln – ein Lesebuch. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.