

Bakkalaureatsarbeit

zum Thema

Autismus-Spektrum-Störungen: Erkrankungsausprägungen und individuelle Therapieansätze

Verfasserin: Julia Lex

geboren am 17.02.1992 in Villach

Medizinische Universität Graz, Auenbruggerplatz 2, 8036 Graz

Studium: Gesundheits- und Pflegewissenschaften

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

Institut für Physiologie, Harrachgasse 21/V, 8010 Graz

Lehrveranstaltung: Physiologie

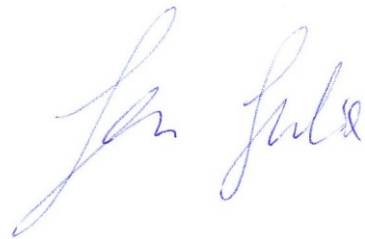
eingereicht am 26.August 2013

Ehrenwörtliche Erklärung

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

Graz, am 26.8.2013

Unterschrift

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'L. J. J. J.', is written in a cursive style.

Zusammenfassung

Laut neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zählt Autismus zur Gruppe der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen und wird unter 10000 Menschen bei 60 bis 100 Fällen diagnostiziert. Die Betroffenen zeigen gegenüber gesunden Gleichaltrigen eine qualitative Abweichung im Bereich von wechselseitigen sozialen Interaktionen sowie Kommunikationsmustern. Außerdem ist die Erkrankung durch ein eingeschränktes, stereotypes, sich wiederholendes Repertoire an Interessen und Aktivitäten gekennzeichnet. Die wesentlichsten Ausprägungsformen der autistischen Störung sind der frühkindliche Autismus, das Asperger-Syndrom, der Atypische Autismus, das Rett-Syndrom und andere desintegrative Störungen des Kindesalters.

Nachdem die Symptome der Erkrankung in der Vergangenheit als rätselhaft, überirdisch und unbeeinflussbar eingestuft wurden, steht heutzutage fest, dass eine Therapie durchaus zu einer Besserung der Symptomatik führen kann. Doch Maßnahmen zur Vorbeugung von Autismus oder gar Interventionen, welche eine vollständige Heilung hervorrufen, sind bis heute nicht am Markt, da der Wissenschaft die Entdeckung der tatsächlichen Ursache autistischer Störungen noch nicht gelungen ist.

Im Vorfeld einer therapeutischen Intervention wird durch eine sorgfältige Diagnose untersucht, wie stark der Grad der Beeinträchtigung ist und welche Bedürfnisse und Kompetenzen des Kindes es zu fördern gilt. Unter den zahlreichen Behandlungsmöglichkeiten lassen sich bestimmte grundsätzliche Therapieansätze herauslesen, welche in verschiedenen therapeutischen Programmen optional zusammengestellt und gebündelt werden. Dabei ist der Erfolg der Intervention besonders groß und nachhaltig, wenn die Eltern im Zuge eines Elterntrainings im Umgang mit der Erkrankung geschult und als KotherapeutInnen ausgebildet werden.

Verhaltenstherapeutische Ansätze verfolgen einerseits das Ziel, konkrete Verhaltens- und Sprachprobleme von Menschen mit Autismus positiv zu beeinflussen.

Andererseits wird beispielsweise durch zielgerichtete Strukturierung versucht, den Betroffenen ein selbstständiges Leben innerhalb einer Gesellschaft zu ermöglichen.

Programme der Sprach- und Kommunikationsförderung sollen die Betroffenen dabei unterstützen, ihre eingeschränkte Fähigkeit zu kommunizieren zu überwinden oder sich mittels gewisser Hilfestellungen ihrem Gegenüber mitzuteilen.

Gruppentherapeutische Ansätze basieren auf dem Grundgedanken, dass Autisten bei der gemeinsamen Durchführung alltäglicher Tätigkeiten in einer Kleingruppe ein Gespür für gesellschaftliche Verhaltensweisen entwickeln und somit ihre soziale Kompetenz steigern.

Pharmakologische Maßnahmen dienen der Linderung der Komorbiditäten und beeinträchtigenden Symptomatiken und können parallel zur therapeutischen Behandlung erfolgen. So ist es mittels Wirkstoffen beispielsweise möglich, Aggressionen, Angstzustände oder gewisse stereotype Verhaltensweisen abzuschwächen.

Ergänzende Maßnahmen können an die Grundtherapien angehängt werden, um die Förderung des Kindes zu unterstützen oder zu ergänzen. Beispiele hierfür sind sogenannte Social Stories, mittels welchen ein angemessenes Verhalten im sozialen Umfeld erlernt wird, oder die Musiktherapie zur Sprachförderung.

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	1
2. METHODE	2
3. DEFINITION	2
4. GESCHICHTE	5
5. AUTISMUS-SPEKTRUM-STÖRUNGEN	6
6. EPIDEMIOLOGIE	7
7. DER FRÜHKINDLICHE AUTISMUS	8
7.1. SOZIALE INTERAKTIONEN	8
7.2. KOMMUNIKATION	10
7.3. INTERESSEN UND STEREOTYPE VERHALTENSWEISEN	11
8. DAS ASPERGER-SYNDROM	12
8.1. SOZIALE INTERAKTION	13
8.3. KOMMUNIKATION	14
8.2. INTERESSEN UND STEREOTYPE VERHALTENSWEISEN	14
9. DER ATYPISCHE AUTISMUS	15
9.1. AUTISMUS MIT ATYPISCHEM ERKRANKUNGSALTER.....	16
9.2. AUTISMUS MIT ATYPISCHER SYMPTOMATOLOGIE	16
10. DAS RETT-SYNDROM	17
10.1. GENETISCHES CHARAKTERISTIKUM	17
10.2. SYMPTOMATIK	18
11. DESINTEGRATIVE STÖRUNGEN DES KINDESALTERS	19
12. THERAPIEGRUNDSÄTZE	20
12.1. ALLGEMEIN	20
12.2. DIE BEDEUTUNG DER DIAGNOSTIK	21
12.3. ZIELE DER THERAPIE VON AUTISMUS-SPEKTRUM-STÖRUNGEN	22
12.4. DIE MULTIMODALE BEHANDLUNG	22
13. THERAPIEANSÄTZE	24
13.1. PSYCHOEDUKATIVE MAßNAHMEN.....	25
13.1.1. <i>Beziehungsorientierte Therapiemethoden</i>	25
13.1.2. <i>Elternberatung und -training</i>	26

13.2. VERHALTENSTHERAPEUTISCHE METHODEN	27
13.2.1. <i>Autismusspezifische Verhaltenstherapie</i>	28
13.2.2. <i>TEACCH</i>	29
13.2.3. <i>ABA</i>	32
13.3. SPRACH- UND KOMMUNIKATIONSFÖRDERUNG	33
13.3.1. <i>PECS</i>	34
13.4. GRUPPENTHERAPEUTISCHE ANSÄTZE	36
13.5. PHARMAKOLOGISCHE INTERVENTIONEN	37
13.6. ERGÄNZENDE MAßNAHMEN	38
13.6.1. <i>Musiktraining</i>	38
13.6.2. <i>Hörtrainings</i>	38
13.6.3. <i>Social Stories</i>	39
14. DISKUSSION	40
15. AUSBLICK	42
16. LITERATURVERZEICHNIS	43
16.1. BÜCHER	43
16.2. INTERNETQUELLEN	45

Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1: Prinzipien der Behandlung autistischer Störungen (Remschmidt 2013, S. 79)

Abbildung 2: Übersicht über die Zusammenhänge zwischen Behandlungs- und Fördermethoden und den zu beeinflussenden Zielansätzen (Remschmidt 2013, S. 80)

Abbildung 3: Die Konsequenzen falschen Verhaltens in der Schule
(<http://www.rehavista.de/index.php>, 12.08.2013)

Abbildung 4: Kommunikationsförderung mit PECS
(<http://www.autismusambulanz-halle.de/angebote/kommunikation.html>, 14.08.2013)

Abkürzungsverzeichnis:

ICD-10: internationales Klassifikationssystem in der 10. Fassung

WHO: Weltgesundheitsorganisation

ASS: Autismus-Spektrum-Störungen

AVT: Autismusspezifische Verhaltenstherapie

TEACCH: Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children

ABA: Applied Behavior Analysis - angewandte Verhaltensanalyse

PECS: Picture Exchange Communication System

SOKO-Autismus: Förderung von sozialer Kompetenz bei Autisten

1. Einleitung

Unter der Krankheitsbezeichnung „Autismus“ verstand man in der Vergangenheit noch lange nicht jenes Störungsbild, wie es heute bekannt ist. Kinder, welche autistoides Verhalten zeigten, wurden als wild, verhext, rätselhaft oder sogar als göttlich bezeichnet. Die Vorstellungen über die mystischen Ursachen, von denen die Symptome herrühren sollten, variierten je nach Epoche und Region. Bis heute hat die Bedeutung hinter dem Begriff Autismus eine erstaunliche Entwicklung erlebt. So zählt die Erkrankung heute laut ICD-10 zu den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen und ist bezüglich ihrer Subgruppen und Symptome in Kategorien separiert. Zusätzlich findet man in aktueller Literatur immer häufiger die Bezeichnung „Autismus-Spektrum-Störungen“, welche eine Sicht aus einem völlig neuen Blickwinkel ermöglicht. Des Weiteren wird durch die Fortschritte bezüglich der Diagnostik erst ersichtlich, wie häufig die Erkrankung bei Kindern auftritt. So sprechen heutzutage einige Autoren sogar von einer „Epidemie des Autismus“, was wiederum die Relevanz weiterer Erkenntnisse zu dieser Thematik steigert. So gilt es, die Behandlung der Erkrankung zu optimieren um den betroffenen Kindern ein selbstständiges Leben, eingegliedert in die Gesellschaft, zu ermöglichen. Doch das Angebot an Therapiemöglichkeiten ist sehr groß und macht vor vermeintlichen „Wunderheilungen“ ohne bewiesene Wirkung keinen Halt. Wie sollen sich also betroffene Eltern einen Überblick darüber verschaffen, welche Bedürfnisse ihr Kind durch seine spezielle Situation hat und welche Therapien für ihr Kind angemessen sind?

Diese Arbeit setzt sich folglich mit den Facetten der autistischen Störung und deren Behandlungsmöglichkeiten näher auseinander. Zunächst wird auf die Definition sowie auf die geschichtliche Entwicklung des Störungsbildes eingegangen. Nachdem die moderne Bezeichnung „Autismus-Spektrum-Störungen“ und der damit verknüpfte Gedankengang beschrieben werden, befasst sich die Arbeit mit der Erkrankungshäufigkeit.

Der Hauptteil meiner Arbeit widmet sich zunächst den unterschiedlichen Ausprägungsformen frühkindlicher Autismus, Asperger-Syndrom, Atypischer Autismus, Rett-Syndrom sowie anderen desintegrativen Störungen des Kindesalters. Der Schwerpunkt liegt auf der Auseinandersetzung mit den einzelnen

Therapiemöglichkeiten sowie deren unterschiedlichen Ansätzen, auf welchen sie basieren. In diesem Zusammenhang wird des Weiteren beschrieben, welche Aspekte im Vorfeld einer adäquaten Behandlung von größter Bedeutung sind, um einen Therapieerfolg erzielen zu können. Anschließend wird in der Schlussfolgerung die Forschungsfrage beantwortet.

Das Kernstück meiner Bachelorarbeit ist somit die ausführliche Beantwortung folgender Forschungsfrage: Wie lauten die wesentlichsten Ausprägungsformen, welche unter dem Überbegriff Autismus zusammengefasst werden, und welche Grundsätze beziehungsweise Therapieformen sind die Basis für eine erfolgreiche Behandlung?

2. Methode

Die vorliegende Bachelorarbeit stützt sich auf aktuelle Literatur, welche sich mit dieser Thematik auseinandersetzt. Sie basiert auf wissenschaftlichen Büchern, die sich nach gründlicher Recherche in der Bibliothek der Medizinischen Universität Graz sowie der Karl-Franzens Universität Graz als angemessen erwiesen haben. Des Weiteren wurde die Arbeit mit Hilfe von Informationen einzelner Forschungseinrichtungen und Institute für Autismus im Rahmen einer Onlinerecherche verfasst.

3. Definition

Der Begriff „Autismus“ stammt aus dem Griechischen und wird von dem Wort „autos“ abgeleitet, welches so viel wie „selbst“ heißt (Sinzig, Remschmidt et al. 2011, S. 2)

Die Weltgesundheitsorganisation definiert im Rahmen ihres internationalen Klassifikationssystems in der 10. Fassung (ICD-10) autistische Störungen als eine Form von tiefgreifenden Entwicklungsstörungen. Gekennzeichnet ist die Erkrankung durch qualitative Abweichungen im Bereich von wechselseitigen sozialen Interaktionen und Kommunikationsmustern. Ein weiteres Charakteristikum autistischer Störungen ist ein eingeschränktes, stereotypes, sich wiederholendes

Repertoire an Interessen sowie Aktivitäten

(<http://www.icd-code.de/suche/icd/code/F84.-.html?sp=Sautismus>, 02.04.2013).

Die typischen Auffälligkeiten sind von der frühen Kindheit bis ins Erwachsenenalter präsent und zeigen sich bei den Betroffenen in allen Lebenssituationen. Obwohl bei der Therapie zahlreiche unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten existieren, kann die Erkrankung nur gelindert, jedoch nicht vollständig geheilt werden. Grundsätzlich sind autistische Störungen nach aktuellem Forschungsstand also unheilbar (Kamp-Becker, Bölte 2011, S.12).

Bereits die Erstbeschreiber autistischer Störungen, Dr. Leo Kanner und Dr. Hans Asperger, waren sich bewusst, dass Autismus als eine angeborene beziehungsweise in allerfrühester Kindheit erworbene Krankheit verstanden werden muss. Allgemein gilt laut der ICD-10 ebenfalls, dass bei den Betroffenen meist von frühester Kindheit an eine auffällige Entwicklung zu verzeichnen ist, wobei autistische Störungen je nach Ausprägungsgrad in ihrer Erkrankungsschwere variieren können. Nur in seltenen Fällen manifestieren sich die Störungen erst ab dem fünften Lebensjahr. Des Weiteren ist meist eine gewisse kognitive Beeinträchtigung beobachtbar, wobei die Störungen ausschließlich durch das Verhalten definiert sind, welches nicht mit dem Intelligenzniveau der Erkrankten übereinstimmt, unabhängig davon, ob es altersentsprechend ist oder nicht (Remschmidt 2012, S. 14).

Zu den wichtigsten tiefgreifenden Entwicklungsstörungen zählen der frühkindliche Autismus, das Asperger-Syndrom, das Rett-Syndrom, der atypische Autismus sowie andere desintegrative Störungen des Kindesalters. Grundsätzlich verbinden diese Erscheinungsformen drei charakteristische Merkmale, welche auch als „die klassischen autistischen Trias“ bezeichnet werden. Eines der Kennzeichen ist eine qualitative Beeinträchtigung in der zwischenmenschlichen Interaktion. Des Weiteren sind qualitative Auffälligkeiten in der Kommunikation zu erwähnen. Außerdem wird bei den Betroffenen ein eingeschränktes, stereotypes, sich wiederholendes Repertoire von Interessen sowie Aktivitäten beobachtet (Kamp-Becker, Bölte 2011, S. 12f).

Darüber hinaus wird in der ICD-10 erwähnt, dass die Störungen in einigen Fällen mit bestimmten körperlichen Krankheitsbildern einhergehen und diesen möglicherweise auch zuzuschreiben sind. Beispiele hierfür sind tuberöse Sklerose, frühkindliche

Cerebralparese, eine Störung des Fettstoffwechsels mit Gehirnbeteiligung sowie das „Fragiles-X-Syndrom“. Letzteres bezeichnet eine Erberkrankung aufgrund einer Mutation auf dem X-Chromosom. Ein weiteres Charakteristikum, welches speziell den frühkindlichen Autismus betrifft, ist eine Intelligenzminderung des Kindes, wobei dies jedoch nicht in jedem Fall beobachtbar ist (Remschmidt 2012, S.14).

Allen Formen von Autismus ist die gestörte Motivation zu kommunizieren gemeinsam. Ist die Fähigkeit zu sprechen jedoch vorhanden, bilden die Kinder meist metaphorische Sätze, die sie in ihrem Umfeld zuvor aufgefasst haben und wiederholen diese ohne jeglichen kausalen Zusammenhang.

Ein Beispiel hierfür ist die analoge Verwendung von Begriffen: So sprechen Autisten nicht direkt die Farben eines Malkastens aus, um diese zu benennen, sondern verwenden analog dazu andere Ausdrücke. Verbindet das Kind beispielsweise den Begriff „Baum“ mit der Farbe Grün oder stellt es sich die Ziffer „Drei“ stets in der Farbe Rot vor, so wird es von seinem Gegenüber einen „Baum“ und die „Drei“ verlangen, um die Malkfarben Grün und Rot zu erhalten.

Auch eine unübliche Generalisierung ist typisch für die autistische Störung: Wird beispielsweise ein Kind wegen eines falschen Verhaltens ermahnt, merkt es sich in dieser Situation nur die unwichtigen Elemente bildhaft. Kommt es nun dazu, dass sich das Kind anschließend in einer ähnlichen Situation selbst ermahnt, benennt es nicht die Inhalte der Ermahnung, sondern jene bildhaften Elemente aus der ursprünglich erlebten Situation, in der die Ermahnung erstmals stattfand.

Ein weiteres Beispiel ist die Restriktion bei autistischem Verhalten. Dies bedeutet, dass ein autistisches Kind beispielsweise seine 65-jährige Großmutter schlicht die „65“ nennt.

Ein weiteres sprachspezifisches Charakteristikum der Störung ist die Tatsache, dass die Betroffenen Fragen des Gegenübers häufig nicht mit ja oder nein beantworten, sondern diese nur als Vorlagen für eine Wiederholung derselben verwenden (Walter, Dinges 2008, S. 40).

Seit über 50 Jahren beschäftigen sich Spezialisten aus zahlreichen Fachrichtungen mit der Entstehung von Autismus. So bestehen über die organischen und psychogenen Ursachen der Erkrankung zahlreiche Hypothesen, von denen bis heute keine einzige vollständig bestätigt werden konnte (Walter, Dinges et al. 2008, S. 14).

Ferner erlauben Vermutungen über gewisse Risikofaktoren eine weniger konkrete Aussage über die Auslösung der Krankheit. So wird beispielsweise angenommen, dass die Schädigung der Mutter durch eine Rötelinfection während der Schwangerschaft die Wahrscheinlichkeit einer autistischen Störung des Kindes steigert (Remschmidt 2012, S.14).

4. Geschichte

Die Bezeichnung „Autismus“ unterlag im Laufe der Geschichte einer vielfältigen Entwicklung, die je nach Epoche und Kultur eine andere Form annahm. Die erste detaillierte Beschreibung eines autistischen Kindes fand vermutlich bereits vor über 200 Jahren statt und wurde vom französischen Arzt Jean Itard im Jahre 1799 verfasst (Sinzig, Rembrandt et al. S. 2) Dabei dokumentierte er das auffällige Verhalten eines französischen Jungen, der auf sich allein gestellt im Wald aufwuchs und nach mehreren vergeblichen Versuchen schließlich im Alter von 12 Jahren eingefangen wurde. Itard beschrieb Victor, den „wilden Jungen von Aveyron“, wie er schon bald in Frankreich bekannt wurde, als völlig verwildert und nur zu rudimentären lebenserhaltenden Tätigkeiten fähig. Er ernährte sich ausschließlich von wilden Früchten, schlief von Sonnenaufgang bis Sonnenuntergang und war nicht fähig, sich verbal zu artikulieren. Besonders auffällig waren seine völlige Unempfindlichkeit gegenüber Kälte und Hitze und seine starken Affekte. So wechselte beispielsweise seine jähzornige Gemütslage sprunghaft in ein völlig apathisches Verhalten und umgekehrt. Itard traf die Entscheidung, den Jungen weiterhin unter seiner Obhut zu halten und begann ein komplexes und sehr streng ausgeführtes Erziehungsprogramm anzuwenden. Mit dieser Maßnahme verfolgte er stets das Ziel, Victor als „vollwertiges Mitglied“ in die Gesellschaft zu integrieren. Doch bis auf vereinzelte Fortschritte gelang es dem Arzt nicht, den Jungen jemals zu erziehen (Seiffge-Krenke 2009, S. 34ff).

Im Laufe der Zeit kam es zur Entwicklung unterschiedlicher Vorstellungen in Bezug auf die Entstehungsursache von autistischem Verhalten. Im zaristischen Russland etwa waren die Menschen der Ansicht, dass autistische Kinder als besonders gläubige, göttliche Wesen zur Welt gekommen seien. Die charakteristischen Verhaltensweisen wurden mit der freiwilligen Entscheidung der Kinder für ein Leben

jenseits aller Konventionen in Verbindung gebracht. Ihre Verhaltensweisen wurden als verschlüsselte, göttliche Botschaften interpretiert. In den überlieferten Berichten über die sogenannten „heiligen Narren“ aus jener Zeit lassen sich viele Parallelen mit der Beschreibung des Victor aus Aveyron finden. So wurden sie als Kinder beschrieben, welche das Gesetz missachteten, sich merkwürdig verhielten, selten sprachen und scheinbar völlig kälteunempfindlich waren (Sinzig, Rembrandt et al. S. 2).

Lange Zeit glaubte die Fachwelt zu wissen, dass der pathogene Einfluss der Eltern auf ihr Kind die Ich-Entwicklung einschränke oder sogar verhindere und somit Autismus auslöse. Gegen Ende der 1960er Jahre entdeckten Spezialisten jedoch zunehmend organische Beeinträchtigungen bei den Betroffenen, wodurch die diffusen Erklärungsmodelle, die auf epochal-kulturellen Normen unterschiedlicher Gesellschaften basierten, zunehmend in den Hintergrund gerieten. Gleichzeitig kam es zu einer Zunahme der literarischen Vielfalt bezüglich modernen Behandlungsmethoden und neuen Erklärungsansätzen.

Heute wirft das Thema Autismus trotz der enormen Fortschritte der Wissenschaft immer noch viele Fragen auf, deren Beantwortung die Forschung kontinuierlich und mit immer höherer Intensität anstrebt (Walter, Dinges et al. 2008, S.14).

5. Autismus-Spektrum-Störungen

Bisher wurden die verschiedenen autistischen Störungen durch die diagnostischen Kategorien voneinander und von anderen Störungen unterschieden, welche im Klassifikationssystem ICD-10 formuliert sind.

Die Bezeichnung Autismus-Spektrum-Störungen, kurz ASS, hingegen ist ein alternatives Konzept, bei welchem die autistischen Beeinträchtigungen, im Gegensatz zur ICD-10, auf einem Kontinuum beziehungsweise auf einem Spektrum angesiedelt sind. Auf diese Weise wird verdeutlicht, dass spezifische Abgrenzungskriterien hierbei nicht im Fokus stehen, sondern der Grad der Ausprägung der Merkmale, welche die Störung beschreiben (Kamp-Becker Bölte 2011, S. 28).

Der Begriff Autismus-Spektrum-Störungen umfasst also viele Varianten und Facetten. Demnach kann ein Mensch mit Autismus ein selbstständig lebender Arbeiter, Angestellter, Künstler oder Akademiker sein. Ebenso ist es aber auch möglich, dass ein autistischer Mensch nicht sprechen kann, nicht in der Lage ist, sich selbst zu versorgen und lebenslang Hilfe benötigt (Bernard, Opitz 2007, S. 14).

Der Grundgedanke hinter diesem Konzept stützt sich auf die Annahme, dass den Betroffenen zwar eine grundlegende Beeinträchtigung im Bereich der sozialen Interaktion und Kommunikation sowie der sich wiederholenden, stereotypen Verhaltensweisen gemeinsam ist, jedoch weisen sie eine hohe Variabilität hinsichtlich des Beeinträchtigungsgrades der kognitiven, verbalen, sozialen, adaptiven sowie motorischen Fähigkeiten auf. Aus diesem Grund wird in der Forschung die eindeutige Abgrenzung der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen voneinander in Frage gestellt. Das Konzept der Autismus-Spektrum-Störungen soll auf diese Weise einen neuen Blickwinkel hinsichtlich der Diagnosestellung von autistischen Störungen ermöglichen (Kamp-Becker, Bölte 2011, S. 28).

6. Epidemiologie

Laut neueren Untersuchungen befinden sich unter 10000 Kindern und Jugendlichen zwischen vier und 15 Jahren etwa vier bis fünf Kinder, bei denen frühkindlicher Autismus feststellbar ist. Betrachtet man die Krankheit in Bezug auf die Geschlechterverteilung so liegt das Verhältnis zwischen Jungen und Mädchen bei 1:3. Entgegen früheren Annahmen werden autistische Störungen in den unterschiedlichen sozialen Schichten etwa gleich häufig verzeichnet. Somit besteht bei dieser Erkrankung kein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit im Vorkommen und den unterschiedlichen soziodemographischen Schichtungen der Gesellschaft (Renschmidt 2012, S. 20).

Die Frage, ob die Häufigkeit autistischer Störungen im Laufe der letzten Jahre gestiegen ist, ist Teil einer kontroversen Diskussion. Tatsächlich wurden im Laufe der Zeit stetig mehr Fälle von Autismus verzeichnet, doch dies liegt vermutlich an dem Wissenszuwachs bezüglich dieser Erkrankung, welche in Folge zu häufigeren Diagnosen führt. Doch diese Tatsache ist mit einer echten Zunahme autistischer Störungen nicht gleichzusetzen. Aus diesem Grund lässt sich auch nicht eindeutig

sagen, ob das Vorkommen von Autismus in der Bevölkerung im vergangenen Jahrzehnt tatsächlich zugenommen hat oder nicht (Remschmidt 2012, S. 20).

Deutlich wird der enorme Anstieg der Prävalenzzahlen im Vergleich alter und neuer Untersuchungen zu diesem Thema. Über viele Jahre hinweg gingen Forscher davon aus, dass sich unter 10000 Menschen, unabhängig vom Alter, etwa vier bis fünf Autisten, unabhängig von der Untergruppe, befinden (Remschmidt, Kamp-Becker 2011, S. 190). Heutzutage belegen aktuelle epidemiologische Untersuchungen hingegen, dass bei der gleichen Menge an Personen zwischen 60 bis 100 Fälle von autistischen Störungen zu verzeichnen sind. Der erstaunlich hohe Autismus-Prävalenzanstieg, welcher in neueren epidemiologischen Studien circa ab dem Jahre 2000 deutlich wird, wird von einigen Autoren sogar als „Epidemie des Autismus“ bezeichnet (Kamp-Becker, Bölte 2011, S. 25).

7. Der frühkindliche Autismus

Der frühkindliche Autismus ist auch unter der Bezeichnung „Kanner-Syndrom“ bekannt und ist bereits vor dem dritten Lebensjahr beobachtbar. Beim frühkindlichen Autismus, welcher der Gruppe der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen angehört, handelt es sich um eine Störung mit einer schweren qualitativen Abweichung vom üblichen Entwicklungsverlauf. Jene typischen Einschränkungen beziehungsweise Verzögerungen stehen in engem Zusammenhang mit der beeinträchtigten Reifung des Zentralnervensystems. Der Verlauf des frühkindlichen Autismus ist stetig und ohne Remissionen und Rezidive (Sinzig, Remschmidt et al. 2011, S.8).

Kinder, welche am Kanner-Syndrom leiden, zeigen eine Bandbreite an typischen Verhaltensmustern in drei Bereichen auf, auf welche im folgenden Kapitel näher eingegangen wird (Kamp-Becker, Bölte 2011, S. 13).

7.1. Soziale Interaktionen

Qualitative Beeinträchtigungen in Bezug auf wechselseitige soziale Interaktionen sind ein typisches Merkmal des frühkindlichen Autismus. Dahingehend kapseln sich die Kinder extrem von ihrem sozialen Umfeld ab. Diese Abkapselung entspringt einer extremen Kontaktstörung. So fehlen beinahe alle Anzeichen einer normalen

kindlichen Kontaktaufnahme zu den Eltern. Besonders auffällig ist die fehlende Bindung zur Mutter. Kinder mit frühkindlichem Autismus reagieren nicht mit einem Antwortlächeln, wenn die Mutter dem Kind ein Lächeln zuwirft. Auch zeigen sie keine Antizipationsgesten, wie es für Kinder üblich ist. Beispielsweise strecken autistische Kinder ihre Arme nicht aus, um aufgehoben zu werden (Remschmidt 2012, S. 16). Die Eltern bemerken in der Regel früh, dass der Blickkontakt ihres Kindes deutlich reduziert oder inkonsistent ist oder sogar als ein „Hindurchblicken“ erscheint. Um soziale Interaktionen zu steuern, setzen die Betroffenen Mimik und Gestik kaum ein (Kamp-Becker, Bölte 2011, S. 13). Weiters unterscheiden sie emotional nicht zwischen ihren Eltern und anderen Personen (Remschmidt 2012, S. 16).

Ein typisches Symptom, welches den Eltern meist früh auffällt, ist die grundsätzliche Unfähigkeit, eine „geteilte Aufmerksamkeit“ herzustellen. Dies bedeutet, dass die Koordination der Aufmerksamkeit zwischen dem Kind selbst, einem Ereignis oder Gegenstand oder gar einer anderen Person nicht gelingt. Beindruckend ist, dass autistische Kinder einerseits ihre Eltern nicht vermissen, wenn diese abwesend sind, andererseits zeigen sie jedoch einige Verhaltensmuster, die im Zusammenhang mit einer engen Bindung an eine Bezugsperson stehen. Dies wird deutlich, wenn die Kinder nur dann Nahrung aufnehmen, wenn sie von der Bezugsperson selbst gefüttert werden (Kamp-Becker, Bölte 2011, S. 13).

Interessanterweise gelingt es Kindern mit frühkindlichem Autismus deutlich besser, Kontakt zu Erwachsenen als zu Gleichaltrigen herzustellen. Da andere Kinder auf sie deutlich lauter, uneinfühlsamer und somit bedrängender wirken, reagieren sie typischerweise mit Kontaktverweigerung sowie aggressivem Verhalten auf sie. Darüber hinaus sind die betroffenen Kinder nicht in der Lage, soziale Situationen sowie Emotionen zu verstehen. In diesem Sinne reagieren sie auf die Gefühle ihres Gegenübers unangemessen und verhalten sich in weiterer Folge auch dementsprechend. Ein Beispiel dafür ist die Tatsache, dass die Kinder keine Anteilnahme zeigen, wenn ihre Mitmenschen trauern oder sich freuen, weil sie die gezeigten Emotionen nicht adäquat einschätzen können. Genauso wenig suchen autistische Kinder Trost bei ihren Mitmenschen, wenn sie traurig sind oder sich verletzt haben (Kamp-Becker, Bölte 2011, S.14)

Ein interaktives Spielverhalten mit Gleichaltrigen stellt für Kinder mit frühkindlichem Autismus eine große Schwierigkeit dar, da sie, wie erwähnt, nicht fähig sind, eine geteilte Aufmerksamkeit herzustellen. Stattdessen wird das Spielzeug meist zweckfremd genutzt, beispielsweise indem das Kind das Spielzeugauto nicht auf einer Fahrbahn fahren lässt, sondern völlig davon fasziniert ist, es mit den Händen rotieren zu lassen und zu beobachten. Ebenso reihen sie gerne Spielsachen in stereotyper Reihenfolge auf und klopfen sie aneinander. Typisch ist auch, dass sie das Spielzeug häufig ablecken oder daran riechen. Besonderes Interesse der betroffenen Kinder gilt bestimmten Teilen der Spielsachen, welchen sie meist längere Zeit ihre ganze Aufmerksamkeit schenken. So drehen sie bei einem Spielzeugauto meist unentwegt die Reifen oder klappen die Autotüren pausenlos auf und zu. Bei diesem auffälligen Spielverhalten wird deutlich sichtbar, wie sehr das funktionelle, sensomotorische Spielen bei den Betroffenen im Vordergrund steht. Hierbei hat die körperliche Aktivität sowie das Erfassen von Gegenständen über die Sinne eine besondere Bedeutung. Reduziert ist hingegen die Fähigkeit, imaginierte Ereignisse in Form eines Symbolspiels bzw. eines „So-tun-als-ob-Spieles“ zu produzieren. So fällt es den Kindern schwer, Objekten, Umgebungen oder Personen, einschließlich der eigenen Person, eine phantasierte oder alternative Identität zuzusprechen. In diesem Zusammenhang steht auch die Schwierigkeit der Erkrankten, sich in kooperative, soziale Fiktions- und Illusionsspiele gemeinsam mit anderen Kindern hineinzusetzen (Kamp-Becker, Bölte 2011, S. 14f).

7.2. Kommunikation

Eine weitere charakteristische qualitative Beeinträchtigung des frühkindlichen Autismus äußert sich in Form von besonderen Sprachauffälligkeiten (Remschmidt 2012, S. 16). Kinder, bei welchen frühkindlicher Autismus diagnostiziert wird, zeigen vor dem eigentlichen Sprachbeginn nie das typische Brabbeln und Lallen im Tonfall, wie es bei Kleinkindern üblich ist. Grundsätzlich entwickeln circa 50 Prozent der Betroffenen entweder gar keine kommunikative Sprache oder bauen erst sehr spät eine lediglich nicht kommunikative Sprachform auf. In letzterem Fall kommt es in der Regel erst im Schulalter oder noch später zu verbalen Äußerungen mit nur teilweise kommunikativem Charakter. Des Weiteren sprechen autistische Kinder von sich selbst häufig in der zweiten oder dritten Person. Diesbezüglich erlernen sie im

Vergleich zu Kindern, welche keine Entwicklungsstörung aufweisen, sehr verzögert die Fähigkeit, die eigene Person mit „ich“ zu bezeichnen (Kamp-Becker, Bölte 2011, S.14). Ebenso neigen sie zu Echolalien. Dies bedeutet, dass sie gewisse Worte oder Laute echoartig nachsprechen (Remschmidt 2012, S.18).

Die Kinder neigen zu grammatikalischen Fehlern und Neologismen, da sie Wörter oder Wortteile zu neuen Ausdrücken zusammensetzen. Auffällig ist auch, dass die Sprachmelodie monoton ist und der Sprechrhythmus meistens abgehackt wirkt. Darüber hinaus betonen viele Kinder mit frühkindlichem Autismus Wörter oder Satzteile auf eine ungewöhnliche Weise (Kamp-Becker, Bölte 2011, S.14).

7.3. Interessen und stereotype Verhaltensweisen

Vor allem ein ängstliches Festhalten am Gewohnten und eine Veränderungsangst sind typische Merkmale der Störung. Dieses Verhalten zeigt sich in Form von Angst- und Panikzuständen, wenn in der unmittelbaren Umgebung des Kindes etwas verändert wird (Remschmidt 2012, S.16f). Dieses ängstlich-zwanghafte Bedürfnis, jegliche Veränderung der Umgebung und Lebensweise zu verhindern, kann auf ganz unterschiedliche Weise, je nachdem, welche subjektiven Gegebenheiten für das Kind selbst wichtig sind, ausgerichtet sein. Angsteinflößend sind beispielsweise fremde Räume, veränderte Spazier- und Schulwege, unbekannte Speisen, umgestellte Möbel, neue Kleidungsstücke und selbst kleine Abweichungen vom gewohnten Tagesablauf. Kommt es tatsächlich zu einer Veränderung, reagieren die Betroffenen meist mit Panikattacken. Die Tatsache, dass diese Ängste so ein beträchtliches Ausmaß annehmen können, verdeutlicht, wie bedeutsam ein stereotyper Tagesrhythmus sowie ein möglichst gleichbleibendes Umfeld für die betroffenen Kinder ist (Kamp-Becker, Bölte 2011, S.15).

Fälschlicherweise wird bei Kindern mit frühkindlichem Autismus häufig eine Hörstörung angenommen, da die Kinder zunächst keine Reaktion zeigen, wenn sie ein Geräusch hören oder wenn sie angesprochen werden. Trotz dieser scheinbar verzögerten Reaktion der Sinnesreize weisen sie in vielen Fällen gleichzeitig eine selektive oder totale Geräuschüberempfindlichkeit auf.

Ein stereotypes Verhaltensmuster der Kinder, welches als Selbststimulation von Sinnesbereichen verstanden werden kann, sind beispielsweise das Hin-und-Her-

Pendeln des Kopfes, das Schlagen der Hände auf die Ohren oder eine fächernde Bewegung der Hände vor den Augen. Dieses letztgenannte typische Verhalten wird auch als Hand- und Fingermanierismus bezeichnet.

Weiters wehren die Betroffenen einerseits Berührungen und Zärtlichkeiten meist ab. Andererseits zeigen sie jedoch auch distanzloses Verhalten, indem sie sich beispielsweise bei Personen, die ihnen völlig fremd sind, plötzlich auf den Schoß setzen.

Eine weitere Auffälligkeit bezüglich der Wahrnehmung der Sinnesreize ist eine oft beobachtete Unempfindlichkeit gegenüber Schmerzen und Kälte.

Auch Ängste gegenüber bestimmten Tieren wie Hunden oder Insekten werden beschrieben.

Ebenso weisen Kinder mit frühkindlichem Autismus häufig einen gestörten Schlaf-wach-Rhythmus auf (Kamp-Becker, Bölte 2011, S. 15f).

Erwähnenswert ist auch, dass es im Laufe der Entwicklung zu einer Symptomverlagerung kommt. Je älter das Kind wird, desto eher zeigt sich die Tendenz, dass die Geräuschempfindlichkeit, die psychomotorische Unruhe, die Schlafstörungen, die Angstanfälle sowie das Bedürfnis, Gegenstände und fremde Personen zu berühren, abnehmen (Remschmidt 2012, S. 18).

8. Das Asperger-Syndrom

Im Jahre 1994 wurde das Asperger-Syndrom erstmalig von dem Kinderarzt Hans Asperger beschrieben. Er bezeichnete die Erkrankung als autistische Psychopathie, in Folge dessen sie als eine Persönlichkeitsstörung verstanden wurde (Remschmidt 2012, S. 47). Erst in den 1990er-Jahren entstand die Erkenntnis, dass das Asperger-Syndrom eine Untergruppe des Autismus ist und zu den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen zählt. Heutzutage spricht man im Zusammenhang mit dieser Erkrankungsform, ebenso wie bei den übrigen Untergruppen des Autismus, allerdings von einer Variante des autistischen Spektrums. Darüber hinaus geben aktuelle Erhebungen einen Grund zur Annahme, dass das Asperger-Syndrom sogar wesentlich häufiger diagnostiziert wird als vergleichsweise der klassische Autismus. Ebenfalls ist es möglich, dass die Erkrankung bei Kindern auftritt, welche zuvor

niemals den Anschein machten, autistische Züge zu zeigen (Attwood 2011, S. 14).

Verglichen mit dem frühkindlichen Autismus befassen sich nur wenige epidemiologische Studien mit dem Auftreten des Asperger-Syndroms. Generell gilt, dass die erhobenen Prävalenzdaten einer Erkrankung eng im Zusammenhang mit der jeweiligen Definition der Krankheit stehen. Da im Falle der autistischen Persönlichkeitsstörung bestimmte Definitionsunterschiede je nach Autor bestehen, sind in Folge dessen auch die Zahlenangaben der verschiedenen Untersuchungen nicht einheitlich. Im Jahre 1993 wurde die einzige Studie zu diesem Thema durchgeführt, welche sich auf die Allgemeinbevölkerung bezog. Die Studie wurde von Ehlers und Gillberg in Göteborg in Schweden durchgeführt und ergab eine Prävalenz von 7,1 Fällen pro 1000 Kinder, die zwischen sieben und sechzehn Jahren alt sind. Im Vergleich mit dem Kanner-Syndrom wird somit deutlich, dass das Asperger-Syndrom häufiger auftritt, wobei hier beigefügt werden muss, dass dies vermutlich nur bei einer breit gefassten Definition des Syndroms der Fall ist. In diesem Zusammenhang muss auch erwähnt werden, dass es durchaus Formen des Syndroms gibt, welche so schwach ausgeprägt sind, dass keine klinische Bedeutung besteht. Somit stellt sich die Frage, wie aussagekräftig Angaben über die Häufigkeit des Syndroms sind (Remschmidt 2012, S.50f).

Beim Asperger-Syndrom kann ebenso wie beim frühkindlichen Autismus eine qualitative Beeinträchtigung der gegenseitigen sozialen Interaktion bei den Betroffenen beobachtet werden. Doch im Unterschied zur frühkindlichen autistischen Störung ist für diesen Erkrankungstyp ein bestimmtes Repertoire an eingeschränkten stereotypen und sich wiederholenden Interessen sowie Aktivitäten charakteristisch (Sinzig 2011, S. 19).

8.1. Soziale Interaktion

Kinder und Jugendliche, welche das Asperger-Syndrom aufweisen, sind bezüglich ihres nonverbalen Verhaltens, sprich in ihrem Ausdruck von Gestik, Mimik und Blickkontakt, im Vergleich zu ihren gesunden Gleichaltrigen auffällig. Außerdem ist es ihnen nicht möglich, eine zwanglose Beziehung mit ihrem Gegenüber herzustellen. Ein Faktor, der diese Problematik bedingt, ist die Unfähigkeit der

Betroffenen, mit anderen Personen emotional mit zu reagieren sowie an der Freude, dem Ärger oder an der Wut eines Menschen in ihrer Umgebung teilzuhaben (Kamp-Becker, Bölte 2011, S. 16).

In der Schule fällt auf, dass die betroffenen Kinder zwar meist ein großes Interesse an bestimmten Wissensgebieten haben, jedoch wenig Gefallen daran finden, Motivation für Aktivitäten aufzubringen, welche ihre gleichaltrigen KlassenkameradInnen faszinieren. Aus diesem Grund werden Kinder mit Asperger-Syndrom meist isoliert und in vielen Fällen von anderen Kindern gehänselt (Attwood 2011, S. 12).

8.3. Kommunikation

Verglichen mit dem frühkindlichen Autismus besteht beim Asperger-Syndrom keine verzögerte Sprachentwicklung. Tatsächlich lernen diese Kinder sogar relativ früh und leicht zu kommunizieren. Besonders auffällig ist, dass sie meistens bereits fähig sind zu sprechen, bevor sie beginnen, selbstständig zu laufen. Sehr früh entwickeln sie eine erstaunlich wandlungsfähige Sprache, verfügen über einen großen Wortschatz und entwickeln ähnlich wie Kinder mit frühkindlichem Autismus äußerst originelle Wortschöpfungen. Vergleicht man jedoch die gesamte Sprachstörung an sich, besteht ein deutlicher Unterschied zwischen den Symptomen des Asperger-Syndroms und denen des Kanner-Syndroms, da Erstere ohne Rücksicht auf die Zuhörer reden und dies dann tun, wann immer sie es wollen. So führen sie beispielsweise oft Selbstgespräche. Des Weiteren sind Echolalien sowie Umkehrungen von Pronomina absolut untypisch bei dieser Form des Autismus. (Remschmidt 2012, S. 49) Hinzu kommt, dass die vom Syndrom betroffenen Kinder häufig Redewendungen wortwörtlich auffassen (Attwood 2011, S. 12).

8.2. Interessen und stereotype Verhaltensweisen

Die charakteristischen, ungewöhnlich ausgeprägten Interessen der Betroffenen schließen unter anderem die monomane Beschäftigung mit sehr umschriebenen Wissensgebieten, die in der Regel nicht im allgemeinen Interesse stehen, ein. Beispielsweise zeigt das Kind eine extreme Begeisterung für spezielle Themen wie Schmelzpunkte von Metallen oder den mechanischen Aufbau von Waschmaschinen

usw. Auffällig sind nicht nur die außergewöhnlichen Interessensgebiete, sondern auch das hohe Ausmaß, mit welchem sich Kinder mit Asperger-Syndrom diesen spezifischen Themen widmen. In vielen Fällen lassen sie sich von ihren Interessen kaum abbringen und sprechen häufig von nichts anderem mehr, wodurch sie die Menschen in ihrer Umgebung jedoch belasten (Kamp-Becker, Bölte 2011, S. 17f). Die Interessen kommen und gehen im Laufe der Entwicklung und nehmen einen großen Teil der Freizeit ein (Attwood 2011, S. 12).

Kinder und Jugendliche, bei welchen diese autistische Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wird, denken typischerweise in originellen Denkmustern und sind üblicherweise in der Lage, sehr abstrakt und logisch zu denken. Erstaunlich ist auch, dass die Betroffenen meistens ein geradezu lexikalisches Wissen zu bestimmten Themengebieten aufweisen, wobei sie dieses nicht zusammenhängend anwenden oder umsetzen können, da die reine Wissensspeicherung überwiegt.

Trotz ihrer in vielen Fällen hohen Intelligenz erhalten sie meist schlechte Noten in der Schule. Dies liegt daran, dass sie, ähnlich wie Kinder mit dem Kanner-Syndrom, an einer ausgeprägten Aufmerksamkeitsstörung leiden. Doch die Kinder werden nicht durch die äußere Umgebung ihres Umfelds abgelenkt, sondern ihre Ablenkung stammt von innen, da sie mit sich selbst beschäftigt sind (Remschmidt 2012, S. 49).

Bezüglich ihrer kognitiven Fähigkeiten bewegen sich die Betroffenen im Normbereich und weisen durchschnittlich sogar eine höhere Intelligenz als Kinder mit Kanner-Syndrom auf (Remschmidt 2012, S. 48f).

9. Der atypische Autismus

Beim atypischen Autismus handelt es sich um eine bisher kaum eindeutig abgrenzbare diagnostische Kategorie, welche bis dato leider nur wenig erforscht wurde (Kamp-Becker, Bölte 2011, S. 19f).

Grundsätzlich wird diese Ausprägungsvariante der autistischen Störungen als atypisch bezeichnet, da die Erkrankung in Bezug auf das Erkrankungsalter oder in der Symptomatologie nicht typisch ausgeprägt ist (Sinzig 2011, S. 13f).

Vom atypischen Autismus wird ausgegangen, wenn ein Kind eines der beiden folgenden Merkmale aufweist oder sogar beide Merkmale zutreffen: Das erste

mögliche Charakteristikum für einen vorliegenden atypischen Autismus ist, dass die Auffälligkeiten sowie die Beeinträchtigung in der Entwicklung erst während oder ab dem dritten Lebensjahr manifest werden. Die zweite mögliche Voraussetzung für die Erkrankung ist, dass die Störungen der diagnostischen Bereiche soziale Interaktion, Kommunikation und stereotype Interessen und Aktivitäten nicht ausreichend bzw. nicht in allen drei Bereichen gleichzeitig vorhanden sind (Kamp-Becker, Bölte 2011, S. 19f).

Demzufolge wird der atypische Autismus in zwei Kategorien aufgeteilt, auf welche in den zwei folgenden Absätzen näher eingegangen wird.

9.1. Autismus mit atypischem Erkrankungsalter

Bei Kindern, welche an Autismus mit atypischem Erkrankungsalter erkrankt sind, sind inhaltlich alle Kriterien für das Kanner-Syndrom erfüllt, jedoch wird die Störung erst im Laufe des oder ab dem dritten Lebensjahr des Kindes deutlich (Remschmidt 2012, S. 67).

9.2. Autismus mit atypischer Symptomatologie

Bei dieser Krankheitsform sind die Auffälligkeiten und Beeinträchtigungen zwar bereits vor dem dritten Lebensjahr zu verzeichnen, doch entsprechen sie nicht dem Vollbild des frühkindlichen Autismus. Besonders häufig trifft dies auf Kinder mit erheblicher Intelligenzminderung zu, welche meist auch an einer umschriebenen Entwicklungsstörung der Sprache leiden, vor allem bezüglich des Sprachverständnisses. Diese Variante des atypischen Autismus wird ebenso als Intelligenzminderung mit autistischen Zügen bezeichnet (Remschmidt 2012, S. 67).

Die Differenzierung in diese zwei Subgruppen hat eine große Bedeutung für die Praxis. Denn häufig kommt es vor, dass Eltern ihr Kind einem Psychologen oder einem Psychiater vorstellen, um zu erfragen, ob es sich um eine autistische Störung oder um eine Intelligenzminderung handelt. An dieser Stelle ist es wichtig, zwischen dem Kanner-Syndrom und dem atypischen Autismus zu unterscheiden. Denn die erstgenannte Form von Autismus wird in den meisten Fällen mit einer

Intelligenzminderung assoziiert, ohne dass diese jedoch das Erscheinungsbild der Erkrankung dominiert. Betrachtet man jedoch den atypischen Autismus, so verhält sich die Ausprägung meist umgekehrt, indem zur Intelligenzminderung die autistischen Züge hinzukommen (Remschmidt 2012, S. 68).

10. Das Rett-Syndrom

Unter dem Rett-Syndrom versteht man ein sehr spezifisches Zustandsbild, welches fast ausschließlich Mädchen betrifft. Die Betroffenen zeigen bei ihrer Geburt keine Zeichen der Erkrankung und ihre psychomotorische Entwicklung verläuft in den ersten sechs bis 18 Monaten scheinbar normal (Rett 2000, S. 11).

Die erstmals vom österreichischen Kinderarzt und Kinderpsychiater Andreas Rett beschriebene Störung manifestiert sich zwischen dem siebten und 24. Lebensmonat der erkrankten Kinder (Remschmidt 2012, S. 70f). Zu Beginn äußert sich das Rett-Syndrom zunächst in Form einer Periode der Verlangsamung oder Stagnation, gefolgt von Regression als Zeichen eines abbauenden Prozesses (Rett 2000, S.11).

10.1. Genetisches Charakteristikum

Die Wahrscheinlichkeit, am Rett-Syndrom zu erkranken, liegt bei Kindern und Jugendlichen vom sechsten bis zum 17. Lebensjahr bei 1:15000 und tritt fast nur bei Mädchen auf (Remschmidt 2012, S. 71). Der Grund für diese auffällige Geschlechterverteilung der Störung ist eine Mutation des x-chromosomalen MECP2-Gens. Tritt diese Gen-Mutation jedoch bei männlichen Individuen auf, so ist diese in der Regel tödlich, weshalb die Störung fast ausschließlich bei Mädchen verzeichnet wird. Bis heute ist es der Forschung noch nicht gelungen, eine schlüssige Erklärung für die extrem hohe Sterblichkeitsrate von männlichen Embryonen und Babies, welche am Rett-Syndrom leiden, zu finden. Jedoch wird davon ausgegangen, dass die Mutation der X-Chromosomen bei Jungen aufgrund der Tatsache, dass männliche Individuen nur ein X-Chromosom besitzen, der Grund ist, weshalb sie im Gegensatz zu Mädchen eine unichromosomale Mutation weniger gut kompensieren können. Denn in weiterer Folge wird im Zuge des Zellteilungsprozesses die Mutation auf jede neue Zelle übertragen, was letztendlich dazu führen kann, dass die

Entwicklung des Fötus so schwer beeinträchtigt wird, dass der Säugling keine große Lebenserwartung hat oder sogar bereits im Mutterleib verstirbt (Kamp-Becker, Bölte 2011, S. 21). Obwohl das Rett-Syndrom bei männlichen Individuen in der Regel tödlich ist, sind einzelne Fälle der Störung bei Jungen beobachtet worden, welche kleinere Abweichungen vom typischen Befund aufweisen (Remschmidt 2012, S. 71). Trotz dieser Annahme der genetischen Besonderheit des Rett-Syndroms gibt es bisher noch keine Beweise für einen bestimmten genetischen Mechanismus (Rett 2000, S. 12).

10.2. Symptomatik

Der Beginn der Erkrankung kann sich allmählich oder aber auch schnell und dramatisch vollziehen. So ist es möglich, dass die Mädchen plötzlich ohne ersichtlichen Grund zu schreien beginnen, untröstlich weinen und sich von der Außenwelt zurückziehen. In dieser Phase zeigen sie in der Regel ein Verhalten, welches meistens zur Fehldiagnose des frühkindlichen Autismus führt. Im Laufe der Zeit verbessert sich ihr Kontakt mit der Umwelt zunächst, jedoch entwickelt sich zur gleichen Zeit eine Anzahl weiterer spezifischer Symptome (Rett 2000, S.11f).

Zu dem Erkrankungsbild zählt unter anderem die Abnahme des Kopfwachstums zwischen dem fünften Lebensmonat und dem vierten Lebensjahr. Des Weiteren kommt es zum Verlust der erworbenen zielgerichteten Handbewegungen in der Zeitspanne zwischen dem fünften und dem 30. Lebensmonat. In diesem Zusammenhang werden stattdessen Stereotypien in Form von Drehbewegungen der Hände beobachtet. Derartig typische Handbewegungen der Betroffenen erinnern an Waschbewegungen oder Händewringen. Ebenso auffällig sind ein kaum koordinierter, unsicherer Gang und/oder Rumpfbewegungen. Weitere Merkmale des Rett-Syndroms sind eine Kommunikationsstörung sowie eine beeinträchtigte soziale Fähigkeit der Interaktion. Dies äußert sich in Form einer schwer gestörten expressiven und rezeptiven Sprachentwicklung mit einer schweren psychomotorischen Verlangsamung (Sinzig 2011, S. 15f). Hinzu kommen epileptische Anfälle, autistische Züge sowie häufige Störungen des Magen-Darm-Traktes und geistige Retardierung (Rett 2000, S. 11).

Nicht nur der Krankheitsbeginn und das Fortschrittempo sind individuell, sondern auch der Grad der Ausprägung der einzelnen Symptome. Allen Krankheitsmerkmalen ist jedoch gemeinsam, dass der Grad der Behinderung aufgrund des progressiven Verlaufs der Störung erheblich zunimmt. Im Laufe der Zeit nimmt beispielsweise die motorische Verschlechterung zu. Doch die Erkrankung weist keineswegs einen klaren linearen Abwärtstrend auf, sondern ist eher durch Perioden der Verschlechterung sowie des Stillstandes gekennzeichnet. Es gibt bis heute kein Anzeichen dafür, dass die Störung zu einem vorzeitigen Tod in der Jugend führt, da die betroffenen Mädchen, trotz ihrer schweren Behinderung, in der Regel das Erwachsenenalter erreichen (Rett 2000, S. 11).

Vergleicht man das Syndrom mit dem frühkindlichen Autismus fällt auf, dass die neurologischen Symptome bei Kindern mit dem Kanner-Syndrom deutlich seltener auftreten und niemals das Ausmaß des Rett-Syndroms annehmen. Ebenso zeigen frühkindlich autistische Kinder die für das Rett-Syndrom charakteristischen „windenden Handbewegungen“ nicht. Auch die übrigen typischen körperlichen Veränderungen sowie die erheblichen intellektuellen Einschränkungen grenzen die Störung vom Kanner-Syndrom ab (Remschmidt 2012, S. 71).

11. Desintegrative Störungen des Kindesalters

Hierbei handelt es sich um eine äußerst seltene Störung, an welcher nur in etwa zehn Kinder unter einer Million erkranken. Sie wurde 1908 erstmals von Theodor Heller beschrieben, weswegen sie auch unter dem Namen „Heller'sche Demenz“ oder „Heller-Syndrom“ bekannt ist (Remschmidt 2012, S. 72f).

Typisches Merkmal desintegrativer Störungen ist der Verlust von bereits erworbenen Fähigkeiten wie beispielsweise der Sprach- sowie der Hygieneentwicklung innerhalb von wenigen Monaten. Charakteristischerweise geht die Heller'sche Demenz auch mit einem Verlust des Interesses an der eigenen Umwelt einher. Weiters werden stereotype, sich wiederholende motorische Manierismen sowie eine autismusähnliche Störung sozialer Interaktionen und der Kommunikation verzeichnet (Kamp-Becker, Bölte 2011, S. 20).

Besonders bedeutsam ist die Abgrenzung zu anderen, ähnlich verlaufenden tiefgreifenden Entwicklungsstörungen. In Bezug auf den frühkindlichen Autismus fällt die Unterscheidung relativ schwer. Denn wenn es sich um sogenannte Spätmanifestationen des frühkindlichen Autismus handelt, ist die Phase der normalen Entwicklung ein gemeinsames Merkmal. Außerdem weisen Kinder mit desintegrativen Störungen ebenso autistische Merkmale auf (Remschmidt 2012, S. 73). Im Gegensatz zum Rett-Syndrom besteht bei Kindern mit desintegrativen Störungen eine eindeutig normale Entwicklung bis zu einem Alter von mindestens zwei Jahren (Sinzig 2011, S. 16f).

12. Therapiegrundsätze

Die Behandlung autistischer Störungen hängt von einer Vielzahl an Komponenten und Faktoren ab. Die Wahl einer angemessenen Therapie stellt betroffene Eltern demnach vor ein komplexes Netz aus Entscheidungsmöglichkeiten.

Im folgenden Kapitel werden die notwendigen Schritte im Vorfeld einer Therapie sowie die allgemeinen Grundsätze zur Behandlung autistischer Symptome behandelt. Ebenso wird auf die Kernelemente und Ziele der Förderungsmaßnahmen eingegangen.

12.1. Allgemein

Über ein halbes Jahrhundert wurden Kinder, bei denen eine Form von autistischer Störung diagnostiziert wurde, als unheilbar eingestuft. In den meisten Fällen erwartete die Betroffenen ein Leben in Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie ein Alltag, der durch eine intensive Abschottung von der Gesellschaft geprägt war. Obwohl heutzutage immer noch die Ansicht vertreten wird, dass es sich bei dieser Erkrankung um eine schwerwiegende Beeinträchtigung handelt, hat sich der medizinische Blickwinkel hinsichtlich dieser Thematik grundlegend verändert. Ein Beweis für diese gedankliche Wende ist die Bezeichnung der Erkrankungsformen als Autismus-Spektrum-Störungen, mit welcher verdeutlicht werden soll, dass die Verlaufsformen je nach Betroffenen unterschiedlich stark oder schwach ausgeprägt sein können. Ebenso ist sich die Medizin heute einig, dass die Erkrankung zwar nicht

vollkommen heilbar, jedoch durchaus behandelbar ist (Bernard-Opitz 2007, S. 24). So müssen Therapieansätze für Betroffene entsprechend dem Spektrum der Störungsbereiche auch ein Spektrum an Methoden beinhalten (Bernard-Opitz 2007, S. 28). Eine Therapie ist demnach nur dann erfolgreich, wenn eine für den jeweiligen Krankheitsausprägungsgrad des oder der PatientIn angemessene Behandlung durchgeführt wird (Bernard-Opitz 2007, S. 24).

Betrachtet man die verschiedenen Möglichkeiten der Behandlung, so besteht weltweit eine enorme Auswahl an zahlreichen therapeutischen Ansätzen. Darunter befinden sich auffällig viele unseriöse Angebote, welche den Eltern der betroffenen Kinder eine vollständige „Heilung“ oder „Wunderbehandlungen“ versprechen, welche auf vermeintlich wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren. Darüber hinaus wird die Erreichung eines „normalen Funktionsniveaus“ mit „normalem Schulbesuch“ und „normalem Intelligenzquotienten“ angepriesen (Kamp-Becker, Bölte 2011, S.74). Doch fest steht, dass es keine Generallösung für die Probleme von Autisten gibt. Therapien mit Allheilanspruch sorgen in populärwissenschaftlicher Literatur zwar regelmäßig für Schlagzeilen, doch haben sie bis dato systematischen Untersuchungen nicht standhalten können (Bernard-Opitz 2007, S. 24).

12.2. Die Bedeutung der Diagnostik

Prinzipiell ist es das Ziel einer jeden Behandlung, einen ganzheitlichen Therapie- und Förderansatz zu verfolgen, welcher die Gesamtentwicklung des oder der Betroffenen, unabhängig vom Alter, in den Fokus stellt. Besonders bei Autismus-Spektrum-Störungen ist dies nur möglich, wenn im Zuge der Therapie gleichzeitig bestimmte Symptome, Auffälligkeiten oder Eigenarten der PatientInnen gezielt beeinflusst werden. Aus diesem Grund ist eine im Vorfeld sorgfältig durchgeführte Untersuchung von großer Bedeutung, da die verschiedenen Symptome und Verhaltensweisen je nach Person sehr unterschiedlich sein können. Des Weiteren ist eine ausführliche Analyse notwendig, da die Symptome für die Betroffenen meist eine ganz individuelle Bedeutung haben und deswegen auch die Therapieauswahl dementsprechend beeinflussen (Remschmidt 2012, S. 78f).

Bevor also mit der Therapie begonnen werden kann, muss eine differenzierte, individuelle Diagnostik durchgeführt werden und das Lebensumfeld des oder der PatientIn, sprich die Eltern, Bezugspersonen, der Kindergarten oder die Schule mit

einbezogen werden. Erst die Untersuchung dieser Elemente erlaubt es, einen adäquaten Behandlungsplan zu erstellen, welcher sich aus einzelnen Therapiemethoden zusammensetzt (Remschmidt 2012, S. 78f). Die Diagnose autistischer Störungen wird in der Regel basierend auf dem jeweiligen Verhalten der Erkrankten gestellt. Dies geschieht unabhängig vom Vorhandensein oder Fehlen einer körperlichen Auffälligkeit. (Remschmidt 2012, S.14).

12.3. Ziele der Therapie von Autismus-Spektrum-Störungen

Die Behandlung von Kindern, welche unter einer autistischen Störung leiden, muss bestimmte Ziele verfolgen, um einen Fortschritt erzielen zu können. Zum einen soll eine Minderung oder zumindest eine Modifikation der Symptomatik angestrebt werden. Ebenso spielt der Abbau von störenden Verhaltensweisen, welche das Kind in seiner Entwicklung beeinträchtigen, eine große Rolle bei der Therapie. Auch konstruktives, adaptives Verhalten soll aufgebaut werden, wobei stets die für das Individuum adäquateste Bewältigungsstrategie zu berücksichtigen ist. Des Weiteren ist es von großer Bedeutung, im Zuge all dieser Behandlungsmaßnahmen die Familie und das soziale Umfeld mit einzubeziehen (Kamp-Becker, Bölte 2011, S. 75).

Auf diese Weise sollen Menschen mit autistischer Wahrnehmung zu einem weitgehend selbstbestimmten Leben befähigt werden, in dem sie in der Lage sind, ihren Alltag so selbstständig wie möglich gestalten können. In diesem Sinne ist es also das oberste Ziel sämtlicher Behandlungsmethoden und -ansätze, die autistische Person in die Gesellschaft zu integrieren, um eine Steigerung der Lebensqualität zu erreichen (<http://www.autismus-asperger.at/cms/index.php?id=3>, 06.08.2013).

12.4. Die multimodale Behandlung

Die multimodale Behandlung ist eine grundlegende Form der Therapie autistischer Kinder. Hierbei werden verschiedene Komponenten in einem Gesamtplan gebündelt. Diese Komponenten basieren auf verschiedenen Prinzipien, welche sich in bisher durchgeführten Therapieplänen als wirksam und sinnvoll erwiesen haben. Die Kernkomponenten gelten für jede Behandlungsmaßnahme zur Therapie von autistischen Symptomen, unabhängig von der Altersstufe, auf welcher sie eingesetzt

werden (Remschmidt 2012, S. 79). Diese unterschiedlichen Grundsätze werden in der folgenden Grafik dargestellt.

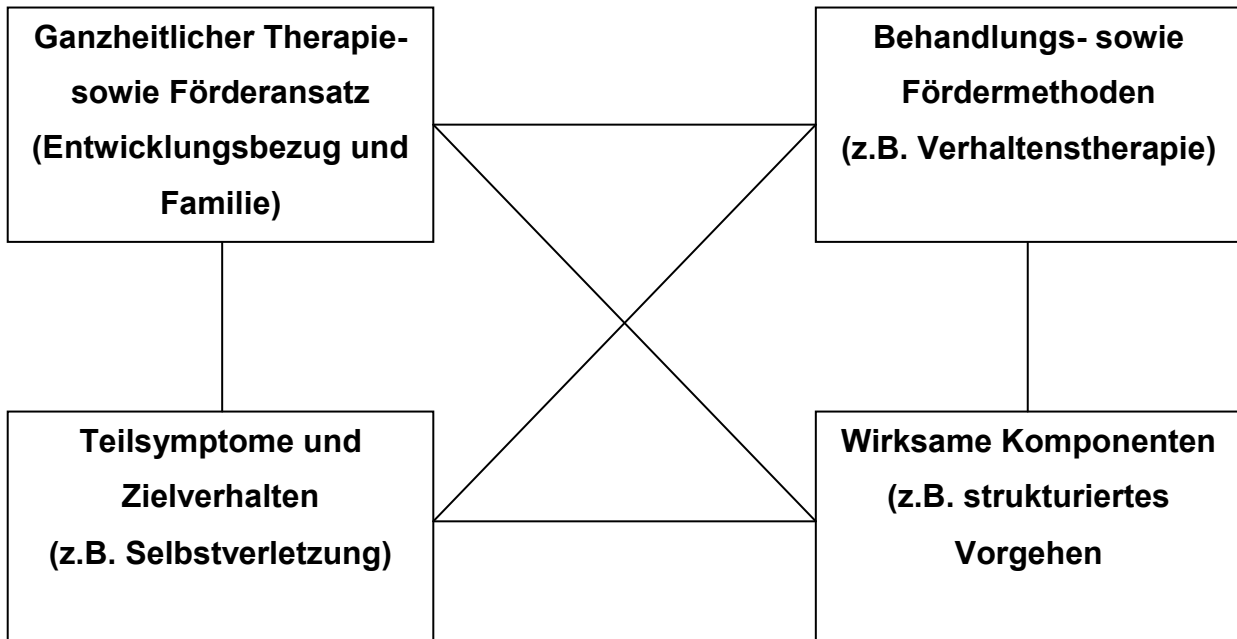


Abbildung 1: Prinzipien der Behandlung autistischer Störungen (Remschmidt 2013, S. 79)

Folglich richtet sich der inhaltliche Fokus darauf, die unterschiedlichen Behandlungs- und Fördermethoden auf die Zielsymptome sowie das Zielverhalten zu beziehen, welche therapeutisch oder erzieherisch beeinflusst werden sollen. Auf welche Art und Weise dies umgesetzt wird und welche Methode angewendet wird, muss für jedes Kind individuell entschieden werden.

Beispielsweise ist es einerseits möglich, selbstverletzendes Verhalten durch entsprechende pädagogische Programme oder mittels einer medikamentösen Therapie positiv zu beeinflussen. Andererseits kann die Verhaltensauffälligkeit ebenso durch Sport und Bewegung vermindert werden (Remschmidt 2012, S. 79f).

Die folgende Grafik verdeutlicht die Zusammenhänge zwischen Behandlungs- und Fördermethoden und den Zielvariablen, welche es im Rahmen der Therapie zu beeinflussen gilt.

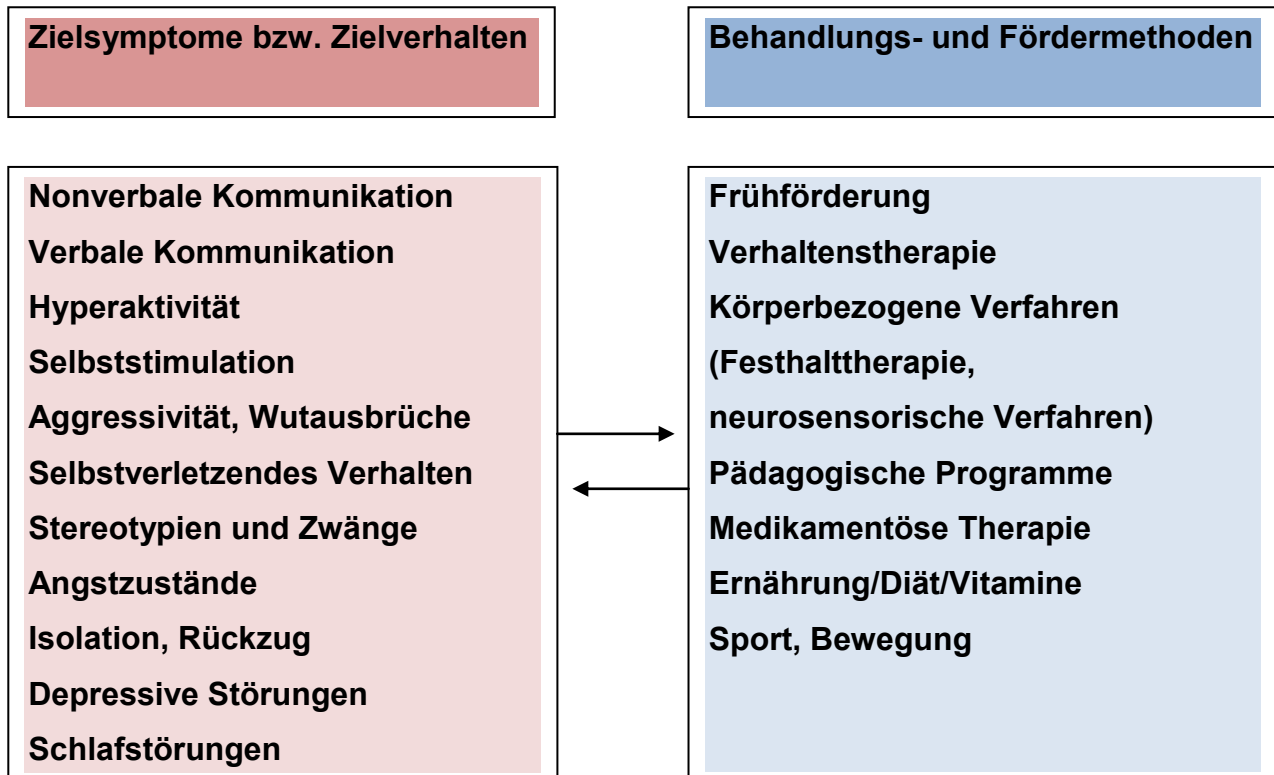


Abbildung 2: Übersicht über die Zusammenhänge zwischen Behandlungs- und Fördermethoden und den zu beeinflussenden Zielansätzen (Remschmidt 2013, S. 80)

13. Therapieansätze

Das Therapieangebot zur Behandlung autistischer Störungen ist facettenreich. Der Pool an Therapien und Programmen weist eine Vielzahl an unterschiedlichen Ansätzen auf, die sich aus mehreren Komponenten zusammensetzen. Da jede Therapieform also auf eine gewisse Auswahl an Kernelementen zurückgreift, entstehen Mischformen, welche sich teilweise mit anderen Behandlungsmethoden inhaltlich überlappen. Folglich ist es nicht möglich, die einzelnen Therapieangebote zu separieren, vielmehr müssen sie als ineinander übergehende

Behandlungsprogramme betrachtet werden.

Das folgende Kapitel beschäftigt sich demnach nur mit einer Auswahl an Therapieansätzen, um einen Einblick in die Vielfalt der Behandlungsmöglichkeiten von Autismus zu ermöglichen.

13.1. Psychoedukative Maßnahmen

Der Begriff Psychoedukation steht für eine informierende sowie beratende Intervention, welche das Ziel verfolgt, seitens der PatientInnen, der Angehörigen und deren Umwelt Verständnis und Einsicht in die Ursachen, Symptome und Konsequenzen der Störung herzustellen. Bloß die Aufklärung über das Störungsbild und die Beseitigung der Ungewissheit führt zu einer massiven Entlastung und einem konstruktiveren Umgang mit den Verhaltensauffälligkeiten (Kamp-Becker, Bölte 2011, S.76). Den Betroffenen und deren Familien wird ein angemessenes Störungskonzept vermittelt. Dies beinhaltet nicht nur die Informationsvermittlung, sondern auch die Auseinandersetzung mit dem jeweiligen Störungsbild und folglich seine Akzeptanz (Sinzig, Remschmidt et al. 2011, S.90).

Psychoedukative Maßnahmen sollten stets am Anfang einer Therapie Anwendung finden, da sie einen bedeutsamen Bestandteil unterschiedlicher Therapiebausteine darstellen. Abhängig davon, wie diese Therapiebausteine im Rahmen der multimodalen Behandlung von den PatientInnen und deren Familien angenommen werden, ist die Psychoedukation eine gewisse Zeit lang gegebenenfalls einziges therapeutisches Mittel.

Besonderes Augenmerk bei der Informationsvermittlung liegt darauf, den richtigen Zeitpunkt zu wählen, um den oder die PatientIn sowie die Familie nicht zu überfordern (Sinzig, Remschmidt et al. 2011, S.90).

13.1.1. Beziehungsorientierte Therapiemethoden

Anzunehmen, Kinder mit autistischer Störung seien in ihrer Beziehungsfähigkeit so beeinträchtigt, dass beziehungsorientierte Angebote sie nicht erreichen, ist ein Trugschluss. Tatsächlich gibt es eine Auswahl an beziehungsfördernden Angeboten, welche sehr wohl eine therapeutische Wirksamkeit zeigen. Dabei ist es wichtig, ein attraktives, lustvolles, empathisches sowie verlässliches Beziehungsangebot zu

machen, welches sich auf einer spielerischen Ebene entwickelt, um eine konstruktive, lang währende therapeutische Arbeit gewährleisten zu können. Der beziehungsorientierte Therapieansatz zeichnet sich besonders durch eine von Wertschätzung geprägte Haltung aus und befasst sich mit der allgemeinen Kontakt- und Beziehungsfähigkeit sowie mit der sozialen Aufmerksamkeit des Kindes. Aus diesem Grund sind beziehungsaufbauende Maßnahmen besonders im Vorfeld der eigentlichen Therapie zu empfehlen, um dem Kind die spätere Behandlung zu erleichtern.

Im Zuge beziehungsorientierter Therapiemethoden wird quasi zweigleisig vorgegangen: Während einerseits die allgemeine soziale Bezogenheit des Kindes gefördert wird, kommt es andererseits auch zu einer Vertiefung und Erweiterung der Beziehung zwischen KlientIn und TherapeutIn. Somit wird die Beziehung an sich tragfähiger und stellt in weiterer Folge das Sicherungsnetz für spätere Interventionen dar, die einen konfrontativeren und fordernden Charakter aufweisen (Rittmann 2013, S. 253).

13.1.2. Elternberatung und -training

Die Einbeziehung der Eltern in den Prozess der Therapie hat nicht nur zahlreiche Vorteile, sondern bildet meistens auch das Fundament, auf dem die Wirkung der Behandlung erst Fuß fassen kann. Durch Elterntrainingsprogramme werden die Bezugspersonen nicht nur ausreichend über das Krankheitsbild informiert, sondern werden auch befähigt, aktiv am Therapieerfolg ihres Kindes teilzunehmen.

Grundsätzlich umfassen diese Elternschulungen eine Weiterbildung über die Ursachen der Erkrankung sowie über grundlegende Kenntnisse der typischen Verhaltensweisen. Außerdem beinhalten sie verhaltenstherapeutische Trainings, um die Eltern über die autismusbezogenen Therapiemaßnahmen zu unterrichten. Zusätzlich bringen die Schulungen eine Professionalisierung der Eltern mit sich, wodurch sie in der Lage sind, die bedeutsame Rolle der KotherapeutInnen einzunehmen. In diesem Zusammenhang erhöht sich die Selbstwirksamkeit der elterlichen Verhaltensweisen, wodurch die Stressbelastung gesenkt und die Eltern-Kind-Beziehung gestärkt wird. Darüber hinaus lernen die Eltern die besonderen Signale, die ihre Kinder aussenden, zu erkennen, zu verstehen und adäquat auf diese zu reagieren (Sinzig, Renschmidt et al. 2011, S. 95).

Tatsächlich ist die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Elterntrainings wissenschaftlich bestätigt: Fakt ist, dass die Lernerfolge der Kinder bestehen bleiben und ausgebaut werden können, sofern die Eltern ein verhaltenstherapeutisches Training erhalten und in die Programme mit einbezogen werden (Sinzig, Remschmidt et al. 2011, S. 95). Weitere empirisch gesicherte Effekte zeigen sich in Form einer Veränderung bzw. Abnahme der Verhaltensstereotypen sowie Verbesserungen der Sprachfähigkeiten der Kinder (Kamp-Becker, Bölte 2011, S. 82f).

13.2. Verhaltenstherapeutische Methoden

Verhaltensmodulierende Verfahren sind durch einen strukturierenden sowie übungsbezogenen Charakter gekennzeichnet. Der Schwerpunkt liegt in erster Linie auf der Einflussnahme bei konkreten Verhaltensproblemen. Des Weiteren fußen sie auf der systematischen Förderung autismusspezifischer Beeinträchtigungen zum Beispiel hinsichtlich der Sprache oder der sozialen Interaktion des Kindes. Besonders von Vorteil sind hierbei die zeitnahen und klar zu benennenden Therapieerfolge, wobei die Fortschritte nur erzielt werden können, wenn die verhaltensmodulierenden Maßnahmen auf einer stabilen und tragfähigen Beziehung basieren, weswegen beziehungsorientierte Therapiemethoden im Vorfeld den Grundstein bilden sollten. Denn sollte es im Laufe der Behandlung zu einer Krisensituation kommen, ist es sinnvoll, der Stärkung der Beziehung den Vorrang vor weiteren Verhaltensfortschritten zu geben (Rittmann 2013, S. 253f).

Die verhaltensmodulierenden Methoden und Programme setzen sich in der Regel aus verschiedenen Ansätzen zusammen, welche wiederum auf unterschiedliche Weise umgesetzt werden können. So sind beispielsweise die Förderung der Sprache und Kommunikation Kernelemente einer Therapie, welche speziell für Autisten erstellt wird. Weiters können zusätzliche Therapieeinheiten zur Steigerung sozialer Kompetenzen, wie zum Beispiel Social Stories, an die Grundbehandlung angehängt werden (Rittmann 2013, S. 254). Diese Punkte werden in den nachfolgenden Kapiteln detailliert thematisiert, während sich dieses Kapitel speziell der autismusspezifischen Verhaltenstherapie sowie den Programmen TEACCH und ABA widmet.

13.2.1. Autismusspezifische Verhaltenstherapie

Nach der detaillierten Analyse der Problematik gilt die Wahl verhaltenstherapeutischer Maßnahmen, kurz AVT, als angemessene Basisintervention besonders bei schweren Verhaltensstörungen des autistischen Kindes. Ziel ist es, konstruktive Verhaltensweisen zu modifizieren oder zu erwerben und destruktive Verhaltensweisen abzubauen (Rittmann 2013, S. 254).

Bevor die Entscheidung für eine der Optionen gefällt wird, muss geklärt werden, ob es sich um die zu behandelnden Leitsymptome unter der Kategorie Verhaltensdefizite, wie extremer Rückzug oder weitgehend fehlende bzw. eingestellte verbale und nonverbale Kommunikation, handelt. In den meistens Fällen handelt es sich jedoch um Verhaltensexzesse wie beispielsweise Angstzustände, Erregungszustände, aggressives Verhalten oder Selbstverletzung. Besonders bei letztgenanntem stereotypem Verhalten wird die Wirksamkeit verhaltensbezogener Maßnahmen deutlich. So hat sich die Umleitung des selbstverletzenden Verhaltens als sehr erfolgreich herausgestellt. Dies geschieht, indem gemeinsam mit den Betroffenen Möglichkeiten erarbeitet werden, welche für den oder die PatientIn selbst sowie für die jeweilige Umgebung weitaus weniger gravierend sind. Eine andere Möglichkeit ist es, alternative Angebote als Ersatz oder Ausgleich für das selbstverletzende Verhalten aufzuzeigen (Remschmidt 2013, S. 100f).

In erster Linie bedient sich AVT typischer verhaltenstherapeutischer Prinzipien wie Verstärkung, Löschung und Verhaltensformung. In diesem Zusammenhang sind erfahrungsgemäß natürliche Lernformate, also in der alltäglichen Umgebung des Kindes stattfindendes Lernen wie zum Beispiel im eigenen zu Hause, besonders effektiv. Ebenso ist sogenanntes inzidentelles Lernen, womit das Aufgreifen von sich „zufällig“ ergebenden Lernsituationen gemeint ist, vorzuziehen. So prägt sich das Kind das Gelernte besser ein, wenn die Lektion im Anschluss an eine akute Situation wie beispielsweise falsches Verhalten erfolgt. Schwer zu generalisierende, diskrete Lernformate, wie zum Beispiel trainingshaftes Lernen bei Tisch, sind hingegen weniger wirkungsvoll (Rittmann 2013, S. 254).

13.2.2. TEACCH

Das Programm „Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children“ (TEACCH) bezeichnet ein umfassendes Therapieprogramm, welches auf einer Kombination aus pädagogischen und verhaltenstherapeutischen Maßnahmen basiert (Kamp-Becker, Bölte 2011, S. 80).

Der TEACCH-Ansatz ist eine sehr vielschichtige, ganzheitliche Behandlungsmethode und findet vor allem in Deutschland in der Therapie von autistischen Menschen immer häufiger Anwendung. Im Mittelpunkt steht die Entwicklung individueller Hilfen, um eine Unterstützung des Lernens und eine selbstständige Bewältigung des Alltags zu ermöglichen (http://www.team-autismus.de/teacch_ansatz/teacch_ansatz_2.pdf, 09.08.2013).

Die Methode der „Strukturierung und Visualisierung“ bildet die grundlegende Strategie im Rahmen der Förderung und bezieht sich auf alle Bereiche der Entwicklung der Betroffenen. Fälschlicherweise wird dieser methodische Ansatz oftmals mit dem TEACCH-Programm gleichgesetzt, obwohl die „Strukturierung und Visualisierung“ in Wirklichkeit nur einen Teilaspekt der Denk- und Handlungsweise von TEACCH darstellt. Dieses pädagogische Konzept berücksichtigt die für Autismus typische Problematik beim Lernen und Handeln.

Hinter der Entwicklung dieser pädagogischen Strategien, welche sich inhaltlich sehr voneinander unterscheiden können, stehen die drei folgenden Gedankengänge: Zunächst stellt sich die Frage „Wie nehmen autistische Menschen Informationen auf und wie verarbeiten sie diese?“ Hierbei geht es darum, über die Besonderheiten des Individuums bezüglich seiner kognitiven Fähigkeiten Bescheid zu wissen.

In weiterer Folge gilt es herauszufinden „Wie wirkt sich dies auf die Lernsituation und das Handeln aus?“ Dies dient dem Zweck der Feststellung des persönlichen Lernstils der PatientInnen.

Die letzte Fragestellung, die für die Entwicklung der pädagogischen TEACCH-Strategie notwendig ist, lautet: „Welche Maßnahmen ermöglichen bzw. haben eine unterstützende Wirkung auf das Lernen, Verstehen sowie auf das Handeln?“ Durch die Auseinandersetzung mit dieser Thematik ist es letztendlich möglich, einen geeigneten Unterrichts- sowie Umgangsstil zu entwickeln (http://www.team-autismus.de/teacch_ansatz/teacch_ansatz_2.pdf, 09.08.2013).

Konkret werden bei der Anwendung der TEACCH-Methode die folgenden vier Programmpunkte umgesetzt:

1. Die Organisation der materiellen Umgebung: Dies geschieht zum Beispiel, indem ein Raum klar strukturiert und übersichtlich gestaltet wird, damit dem Kind eindeutig vermittelt wird, für welche Aktivitäten und Funktionen die jeweilige Räumlichkeit genutzt wird. Besonders die Reizreduzierung trägt positiv zur Raumstrukturierung bei. Dazu werden unnötige Dekorationen aus dem entsprechenden Raum entfernt und verschiedene Tische für verschiedene Aktivitäten eingerichtet. Auf diese Weise wird die Funktion einzelner Bereiche klar dargestellt und eine mögliche Verwirrung durch übermäßige visuelle Eindrücke verhindert. Zusätzlich ist es hilfreich, den Arbeitsbereich eines Tisches farblich zu markieren, um dem Kind sichtbar zu machen, wo es arbeiten darf und wo die Grenze zu den Arbeitsbereichen anderer Kinder liegt.

2. Das Aufstellen von Plänen und Arbeitssystemen

3. Das Aufgliedern komplexer Handlungen in einzelne überschaubare Teilschritte sowie die Formulierung klarer und eindeutiger Erwartungen und Instruktionen

4. Die Visualisierung von Abläufen: Beispiele hierfür sind die Verdeutlichung des Tagesplans mit Bildern oder die Zerlegung komplexerer Handlungsabläufe in einzelne Schritte mittels Bilderserien (Kamp-Becker, Bölte 2011, S. 81).

Auch Vorschriften und Verhaltensregeln, wie in Abbildung 3 dargestellt, werden auf diese Weise für Kinder mit autistischen Störungen verständlich gemacht.

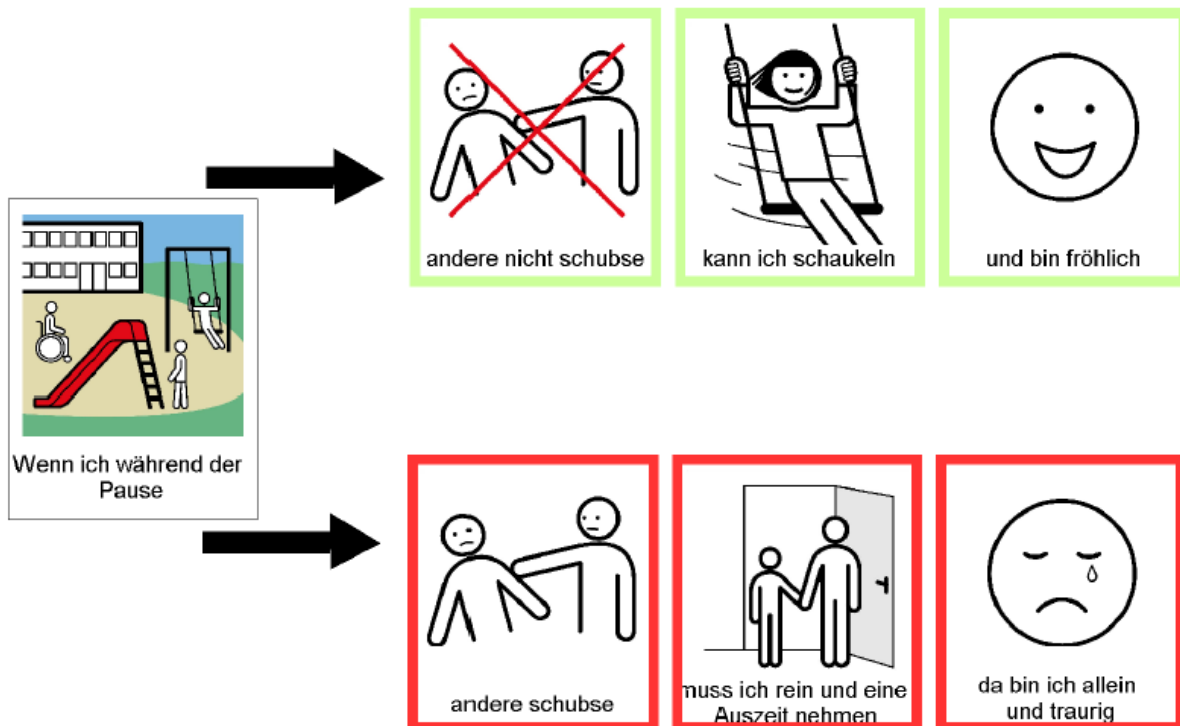


Abbildung 3: Die Konsequenzen falschen Verhaltens in der Schule
 (<http://www.rehavista.de/index.php>, 12.08.2013)

Um die Kernaspekte des TEACCH-Ansatzes charakterisieren zu können, ist es unumgänglich, auf die sogenannte TEACCH-Philosophie näher einzugehen. Hinter dieser Sichtweise verbirgt sich keine bestimmte pädagogische Strategie – vielmehr ist die TEACCH-Philosophie eine grundlegende Denk- und Handlungsweise bzw. pädagogische Grundhaltung. Zum einen beinhaltet sie die Voraussetzung der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse und fachliche Kompetenz im Umgang mit autistischen Kindern, was dazu führt, dass Methoden und Strategien immer wieder verändert und ergänzt werden. Des Weiteren ist die individuelle Anpassung der Übungsprogramme und Materialien an die jeweilige Situation des oder der PatientIn von großer Bedeutung. Ebenso zählen die Einbeziehung der Eltern, die Kontinuität von Diagnostik und Behandlung sowie die bereits im Vorfeld genannte Methode der Strukturierung und Visualisierung zu den Schwerpunkten. In Bezug auf die Intervention bei Problemverhalten wird davon abgesehen, die typischen Verhaltensweisen mittels entsprechender Konsequenzen zu regulieren. Stattdessen werden wie in Abbildung 3 vorbeugende Maßnahmen getroffen und Strategien

vermittelt, damit die Betroffenen mit gewissen Situationen angemessen umzugehen lernen.

Der Fokus der TEACCH-Förderung richtet sich jedoch auch auf die positive Beeinflussung der Kommunikation der Betroffenen, also auf das gegenseitige Mitteilen und Verstehen. Auf diese Weise soll respektvoller Umgang sowie Verständnis für die Eigenarten des Einzelnen erzielt werden. Zusätzlich wird dem Kind ermöglicht, sich auf angemessene Art und Weise gegenüber den Bezugspersonen mitzuteilen, um somit bei der Gestaltung seiner Lebenssituation mitwirken zu können (http://www.team-autismus.de/teacch_ansatz/teacch_ansatz_2.pdf, 09.08.2013).

13.2.3. ABA

Ein weiteres Behandlungsbeispiel nach dem verhaltenstherapeutischen Ansatz ist die Applied Behavior Analysis, kurz ABA, welche auch unter der Bezeichnung „angewandte Verhaltensanalyse“ bekannt ist (Paschke-Müller, Biscaldi et al. 2013, S. 11). Die Methode wurde bereits 1981 entwickelt und widmet sich ausschließlich der Frühförderung von Kindern mit Autismus (Sinzig, Remschmidt et al 2011, S. 94).

Die Dauer des ABA-Programms beträgt 3 Jahre, wobei berücksichtigt werden muss, dass es bereits ab einem Alter von zweieinhalb Jahren angewendet werden sollte. Während dieser Periode findet die Therapiearbeit über 40 Stunden pro Woche in einer 1:1 Situation zwischen einem Therapeuten oder einer Therapeutin und dem Kind statt. Zunächst werden die Einheiten in einer dafür vorgesehenen Einrichtung durchgeführt. Nach und nach werden die Interventionen in das häusliche Umfeld verlegt.

Die Eltern des Kindes nehmen fünf bis zehn Stunden pro Woche die Rolle der KotherapeutInnen ein (Sinzig, Remschmidt et al 2011, S. 94). Der engmaschige Kontakt der Behandlung und die Unterteilung der zu lernenden Verhaltensweisen in möglichst kleine Einzelschritte erleichtern es somit den PatientInnen, die einzelnen Komponenten letztendlich zu einer Einheit zusammenzufügen (Paschke-Müller, Biscaldi et al. 2013, S. 11).

Inhaltlich wird die angewandte Verhaltensanalyse in drei Phasen separiert, die jeweils den einzelnen Therapiejahren entsprechen: Im ersten Jahr lernt das Kind,

imitativ zu antworten und die Selbststimulation zu reduzieren. Ebenso wird das funktionelle Spiel geübt. Die Therapie im folgenden Jahr befasst sich mit der expressiven und abstrakten Sprache, dem Erlangen von sozialen Fertigkeiten sowie dem angemessenen Umgang mit Gleichaltrigen. Im dritten Jahr trainiert das betroffene Kind die Emotionserkennung und die für das schulische Lernen notwendigen Fähigkeiten (Sinzig, Remschmidt et al 2011, S. 94).

Heute gehört ABA zu den bekanntesten Programmen im Bereich der Frühförderung von Kindern mit Autismus-Spektrum-Störungen. Zudem gilt diese Methode als eine der am besten evaluierte bezüglich dieser Thematik. Die Anwendung setzt jedoch eine intensive Schulung der Eltern voraus, um eine wirkungsvolle Umsetzung möglich zu machen (Paschke-Müller, Biscaldi et al. 2013, S. 11).

13.3. Sprach- und Kommunikationsförderung

Die Förderung der Sprach- und Kommunikationsfähigkeiten autistischer Kinder strebt in erster Linie die Vermittlung von Ausdrucks- sowie Verständnismöglichkeiten an. Je nach der individuellen Lernbereitschaft und natürlich der Lernfähigkeit der PatientInnen entscheidet sich, ob die Förderung der Verbalsprache, der Gebärden- oder Bildkartensprache oder ähnlicher Methoden der unterstützten Kommunikation im Fokus der Therapie stehen. Betroffenen, die grundsätzlich nur non-verbal kommunizieren, sollten Verbalsprache ersetzende Methoden, gemeinsam mit dem gesprochenen Wort, möglichst früh angeboten werden, da prinzipiell jede Form von Sprache besser ist als keine Sprache. Gleichzeitig haben diese Maßnahmen auch eine unterstützende Wirkung, sollte es eventuell zu einer späteren Entwicklung der Verbalsprache kommen.

In jedem Fall ist es jedoch wichtig, die Förderung der Kommunikation stets in Situationen, welche für das Kind bedeutungsvoll sind, durchzuführen. Sogenannte situationsbegleitende Sprachangebote versuchen dies umzusetzen und weisen somit eine hohe Wirksamkeit auf (Rittmann 2013, S. 255).

13.3.1. PECS

Das „Picture Exchange Communication System“, kurz PECS, wurde im Jahre 1994 entwickelt und bezeichnet eine Methode zur Kommunikation mittels Bildkarten. Sie wird häufig bei Kindern mit frühkindlichem Autismus angewandt und stellt eine Alternative zum Erlernen der Gebärdensprache bei autistischen Personen dar. Der Vorteil liegt darin, dass die PECS-Methode die meist überdurchschnittlich guten visuellen Fähigkeiten der Betroffenen nutzt, um deren Lernerfolg zu steigern (Sinzig, Remschmidt et al. 2011, S. 96).

Die Betroffenen lernen, ihre Wünsche durch die Verwendung von Bildkarten zu äußern. Gleichzeitig kommt es zu einer positiven Verstärkung, da ihr Wunsch sofort erfüllt wird, was wiederum die Lernfähigkeit steigert (Kamp-Becker, Bölte 2011, S. 84). Ein weiterer Vorteil des PECS ist, dass eine vergleichsweise geringe motorische Geschicklichkeit erforderlich ist. Darüber hinaus müssen die jeweiligen KommunikationspartnerInnen kein komplexes Gebärden- oder Symbolsystem erlernen, wodurch der Alltagstransfer für Familien und Institutionen wesentlich erleichtert wird. Außerdem entstehen, verglichen mit elektronischen Mitteln zur Kommunikationsförderung, nur geringe Kosten, weswegen die Implementierung keine finanziellen Überlegungen mit sich bringt und somit schneller stattfinden kann (Snippe 2013, S. 83).

Als Methode zur Kommunikationsförderung hat sich PECS speziell bei jenen bewährt, welche über keinerlei sprachliche Fähigkeiten verfügen. Dies gilt vor allem für Kinder, die weder in der Lage sind zu imitieren, noch eine geteilte Aufmerksamkeit herstellen können (Kamp-Becker, Bölte 2011, S. 84).

Basierend auf der angewandten Verhaltensanalyse im Vorfeld und dem diskreten Lernformat, ermöglicht PECS den Betroffenen, sich mit Hilfe eines Bildkartensystems mit den Menschen in ihrem Umfeld zu verständigen (Sinzig, Remschmidt et al. 2011, S. 96).

In der Praxis bedeutet dies, dass das Kind die verschiedenen Bildkarten aus einem Kommunikationsbuch oder von einem Kommunikationsbrett entnimmt und an sein Gegenüber weitergibt. So ist es beispielsweise möglich, aus den drei Karten für „ich möchte“, „groß“ und „Eis“ einen Satz zu bilden. Der Ansprechpartner erhält die

Karten und versteht sie sofort als den vollständig geformten Satz „Ich möchte ein großes Eis.“ Auf diese Weise wird es dem Kind ermöglicht, einen Wunsch zu äußern. Die Abbildung 4 zeigt anhand dieses Beispiels, wie die Kommunikation nach PECS mittels dieser drei Karten stattfinden kann. PECS verhilft dem Kind auf diese Weise auch auf Fragen zu antworten oder Kommentare zu äußern (Snippe 2013, S. 81).

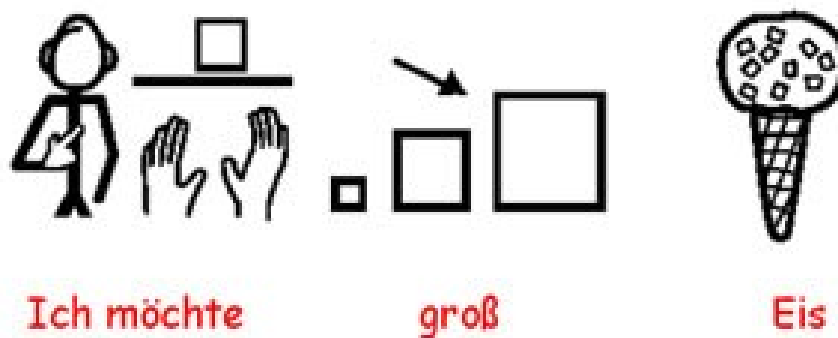


Abbildung 4: Kommunikationsförderung mit PECS

(<http://www.autismusambulanz-halle.de/angebote/kommunikation.html>, 14.08.2013)

Im Laufe der Erarbeitung dieses Kommunikationssystems werden sechs Phasen nacheinander geübt und erlernt. Zunächst befasst sich das Kind mit seinen TherapeutInnen mit dem bloßen Austausch von Bildern. Anschließend soll die Spontanität, mit welcher der oder die Betroffene das System nutzt, gefördert werden. Der nächste Schritt liefert dem Kind die Erkenntnis, dass es tatsächlich denjenigen Gegenstand erhält, der auf dem Kärtchen abgebildet ist. In der vierten und fünften Phase werden bereits Satzstrukturen erarbeitet und Antworten auf Fragen der TherapeutInnen formuliert. Schließlich lernt das Kind in der letzten Phase soziale Kommentare über bestimmte Ereignisse in seiner Umwelt zu äußern, mit denen es die Aufmerksamkeit des Gesprächspartners lenken kann (Snippe 2013, S. 82f).

13.4. Gruppentherapeutische Ansätze

Zur Kernproblematik von ASS zählen Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion, was wiederum zu vielfältigen Einschränkungen im Alltag führt, beispielsweise in Bezug auf den Aufbau von Freundschaften. Das Training in Gruppentherapien soll die TeilnehmerInnen unter Ihregleichen dazu befähigen, soziale Kompetenzen zu entwickeln, da die Eingliederung in die Gesellschaft ohne die Fähigkeit, angemessen mit dem eigenen sozialen Umfeld umzugehen, nicht möglich ist (Paschke-Müller, Biscaldi et al. 2013, S.12).

Um anhand eines Beispiels einen Einblick in das Vorgehen gruppentherapeutischer Ansätze zu gewährleisten, widmet sich das nächste Kapitel dem Förderungsprogramm SOKO-Autismus (Förderung Sozialer KOMPetenz bei autistischen Personen).

13.4.1. SOKO-Autismus

Unter diesem Programm versteht man einen gruppentherapeutischen Ansatz, der auf der TEACCH-Methode basiert. Die Bezeichnung SOKO-Autismus steht hier für die Förderung sozialer Kompetenzen bei autistischen Personen. Im Rahmen dieses Programmes werden die soziale Interaktion, das Erlernen von sozialen Regeln und die Kommunikation der PatientInnen gefördert. Zusätzlich sollen eine Steigerung der Aufmerksamkeit und das Erleben positiver sozialer Erfahrungen erzielt werden. Ebenso wie bei der TEACCH-Methode ist das Programm nicht standardisiert, sondern wendet je nach den speziellen Bedürfnissen der Betroffenen unterschiedliche angepasste Strategien an. Grundsätzlich umfassen diese Behandlungsstrategien, je nach PatientIn stark oder weniger stark ausgeprägt, die individuelle Strukturierung der Gruppensituation sowie das Einüben von Routinen im Alltag. Dabei orientiert sich SOKO an individuellen Themen und Spezialinteressen der TeilnehmerInnen. In der Praxis bedeutet dies, dass während der Gruppentherapien gemeinsame Spiele stattfinden, Mahlzeiten gemeinsam eingenommen und Ausflüge unternommen werden sowie Gruppengespräche und -übungen stattfinden (Sinzig, Remschmidt et al. 2011, S. 97).

Die Anwendung des SOKO-Autismus ist besonders flexibel, da sie nicht an ein sprachliches oder intellektuelles Niveau der einzelnen TeilnehmerInnen gebunden ist, was zusätzlich zur individuellen Schwerpunktsetzung und Gestaltung noch mehr Flexibilität mit sich bringt. Die Gruppensitzungen finden vierzehntägig statt, wobei der Personalschlüssel vorschreibt, dass für zwei PatientInnen ein Therapeut beziehungsweise eine Therapeutin vorgesehen ist (Paschke-Müller, Biscaldi et al. 2013, S. 12).

13.5. Pharmakologische Interventionen

Bislang ist es der Forschung nicht gelungen, ein Medikament zur Vorbeugung oder Heilung von Autismus-Spektrum-Störungen zu entwickeln. Doch es ist durchaus möglich, eine Minderung komorbider Erkrankungen sowie begleitender Symptome mittels pharmakologischer Interventionen zu erzielen (Paschke-Müller, Biscaldi et al. 2013, S.11).

So ist beispielsweise die Effektivität von Risperidon zur Verminderung stereotyper und aggressiver Verhaltensweisen belegt. Besonders in Kombination mit einem angemessenen Elterntraining lässt sich diese Wirkung erstaunlicherweise steigern. Ebenso zeigt dieser Wirkstoff einen positiven Effekt auf Angst- und Zwangsstörungen.

Ferner können selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer zu einer Reduktion von zwanghaften Verhaltensweisen führen.

Ein weiteres medikamentöses Beispiel zur Verbesserung der Symptomatik ist der Wirkstoff Aripiprazol, welcher die Hyperaktivität, die Irritabilität sowie stereotypes Verhalten des Kindes beeinflusst (Paschke-Müller, Biscaldi et al. 2013, S.11).

In Bezug auf die Anwendung medikamentöser Hilfsmittel stimmen jedoch alle Fachleute überein, dass sie nie die einzige Behandlungsmaßnahme darstellen kann, sondern in jedem Fall in ein ganzheitliches therapeutisches Gesamtkonzept integriert werden muss (Remschmidt 2013, S. 91).

13.6. Ergänzende Maßnahmen

Das nachfolgende Kapitel setzt sich mit verschiedenen Möglichkeiten der Behandlung von Autismus auseinander, welche optional an eine Grundtherapie angehängt werden können. Da die Auswahl an ergänzenden Maßnahmen enorm ist, wird in dieser Arbeit lediglich auf einige Beispiele eingegangen.

13.6.1. Musiktraining

Ein weiteres Beispiel der Behandlung von Menschen mit autistischen Störungen ist der gezielte Einsatz von Musik als ergänzende Therapie, um seelische, physische und psychische Gesundheit wiederherzustellen, zu erhalten oder zu fördern (Kamp-Becker, Bölte 2011, S. 84f). Die Musiktherapie nimmt es sich ebenfalls zum Ziel, die Entwicklung der Beziehungsqualitäten so gut wie möglich zu fördern. Mittels musikalisch gestalteter Therapieeinheiten soll demnach der Prozess der Kontaktaufnahme sowie der Anpassung an das soziale Umfeld ermöglicht beziehungsweise unterstützt werden (Frohne-Hagemann, Pleß-Adamczyk 2005, S. 210).

Die therapeutische Funktion der Musik in der Behandlung autistischer Kinder basiert auf folgendem Gedankengang: Indem Musik eine emotionale Bewegung auslösen kann, hat sie auch eine anregende Wirkung auf den stimmlich-vorsprachlichen Ausdruck und bildet somit die Grundlage für die Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit und damit der Sprache (Frohne-Hagemann, Pleß-Adamczyk 2005, S. 212).

13.6.2. Hörtrainings

Für Hörtrainings hingegen, welche auch unter der Bezeichnung Klang-Therapie, Audio-Psycho-Phonologie oder Tomatis-Therapie bekannt sind, konnten bisherige Studien eindeutig keine Evidenz erbringen. Diese Therapieform fußt auf der Vorstellung, dass bei Autisten eine sensorische Dysfunktion in Form einer hypersensitiven Geräuschempfindlichkeit vorliegt, bei der gewisse Frequenzen einen Schmerz auslösen. Demnach werden autistische Verhaltensweisen, wie Aggressionszustände oder Zwänge, ausgelöst, weil das Kind unter der Geräuschempfindlichkeit leidet und sich nicht angemessen verhalten kann. Im Zuge dieser Hörtrainings werden den Betroffenen beispielsweise über Kopfhörer technisch

veränderte Sprachaufzeichnungen und Melodien dargeboten, bei denen die für das Kind angeblich kritischen, meist hohen Frequenzen sowie störende Außengeräusche herausgefiltert werden. Doch bei dieser Therapieform sind bisher weder plausible Erklärungen über die Wirkungsweise noch langfristige Erfolge zu verzeichnen, weswegen sie nicht zu empfehlen ist (Kamp-Becker, Bölte 2011, S. 85).

13.6.3. Social Stories

Sogenannte Social Stories werden häufig in der ASS-Therapie angewendet, um den Betroffenen angemessenes soziales Verhalten zu vermitteln. Die Technik wurde 1991 entwickelt und bietet den Vorteil, dass sie von den Eltern selbst im häuslichen Umfeld angewendet werden kann, ohne dass die Anwesenheit von TherapeutInnen notwendig ist (Schirmer 2006, S. 118). Die Effektivität dieser Methode zeigte bis dato in einigen Studien ein signifikantes Ergebnis, weswegen Social Stories in unterschiedlichen Programmen häufig zum Einsatz kommen (Paschke-Müller, Biscaldi et al. 2013, S. 12).

Eine Social Story beschreibt eine soziale Situation im Sinne einer kurzen Geschichte, wodurch das Kind die Regeln, den Ablauf sowie die Anforderungen an sein eigenes Verhalten erlernt, um sich in weiterer Folge in seinem sozialen Umfeld in gesellschaftlich erwarteter Weise verhalten zu können. Social Stories beschreiben Situationen des Alltags, Verhaltenszusammenhänge sowie soziale Hinweise und angemessene Handlungsvarianten (Schirmer 2006, S. 118).

Die Möglichkeiten der Anwendung sind vielseitig. So können Social Stories im Anschluss an eine schwierige Situation erfolgen, Kenntnisse festigen oder den Betroffenen soziale Informationen vermitteln. Ebenso können sie aber auch geschrieben werden, um dem Kind zu versichern, dass es sich in einer speziellen Situation richtig verhalten hat. Dabei ist es wichtig, dass der Aufbau der Geschichten in kleinen Schritten vorangeht, da Personen mit Autismusspektrumstörungen neue Konzepte nur langsam verinnerlichen können. Um die Verständlichkeit zu steigern, wird die Geschichte aus der Perspektive des Kindes erzählt und mit einem Titel versehen, der bereits Aufschluss über die übergeordnete Bedeutung gibt (Schirmer 2006, S. 118).

14. Diskussion

Das Störungsbild Autismus hat seit seiner ersten dokumentierten Diagnosestellung vor über 200 Jahren bis heute eine beträchtliche Entwicklung durchlebt. Die Zuschreibungen von rätselhaft wildem Verhalten und mystischen Bedeutungen nahmen im Laufe der Zeit immer mehr ab und wurden durch wissenschaftliche Erkenntnisse abgelöst.

Heute werden die wesentlichsten Ausprägungsformen von Autismus in fünf Subkategorien gegliedert: So lauten die einzelnen Typen frühkindlicher Autismus, Asperger-Syndrom, Atypischer Autismus, Rett-Syndrom sowie desintegrative Störungen des Kindesalters, welche sich teilweise bezüglich ihrer Symptomatik, je nach Ausdehnungsgrad der Begriffsdefinition, nur geringfügig voneinander abgrenzen lassen.

Ein weiterer Wendepunkt in der forschungsbasierten Auseinandersetzung mit dem Erkrankungsbild ist die Bezeichnung „Autismus-Spektrum-Störungen“ als Sammelbegriff aller Subtypen. Auf diese Weise soll verdeutlicht werden, dass jede Form von Autismus als ein Spektrum von Ausprägungsgraden verstanden werden muss, welche je nach Individuum variieren.

Doch obwohl die Erforschung der stereotypen Verhaltensweisen immer mehr in den Mittelpunkt der Wissenschaft rückt und immer häufiger Forschungsstudien bezüglich dieser Thematik durchgeführt werden, ist es der Wissenschaft bis dato noch nicht gelungen, die genaue Ursache von Autismus in Erfahrung zu bringen. Folgedessen gibt es noch kein Erfolgsrezept, um die Störung grundsätzlich zu verhindern oder zu heilen. Lediglich die Verhaltensauffälligkeiten können im Zuge von Therapien behandelt und der Mangel an sozialen Fähigkeiten kann kompensiert werden.

Der Pool an Therapieangeboten bietet eine enorme Anzahl an Möglichkeiten. Denn so variabel der Ausprägungsgrad der Autismus-Spektrum-Störungen sein kann, so vielfältig sind auch die Behandlungsmöglichkeiten, welche nicht selten eine Überforderung der Eltern mit sich bringen. Hinzu kommt, dass unseriöse Anbieter mit vermeintlichen „Wunderheilungen“ werben, ohne jegliche wissenschaftliche Evidenz vorweisen zu können. Besonders hier besteht die Gefahr, dass die Verzweiflung der Eltern über die Erkrankung des Kindes dazu führt, dass solchen „Allheilbehandlungen“ Glauben geschenkt wird.

Aufgrund der Tatsache, dass eine grundsätzliche Heilung momentan nicht möglich ist, ist es umso wichtiger, die genaue Erkrankungsform zu kennen, um je nach den

subjektiven Bedürfnissen eine adäquate Therapie zu finden. Welche Herangehensweise ist also die richtige, um eine an das Kind angepasste Therapie zu wählen?

Zunächst ist also eine exakte Diagnose von großer Bedeutung, da die Erkrankung bei jedem Menschen unterschiedlich ausprägt ist. Nur durch eine genaue Untersuchung kann festgestellt werden, um welche Form der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen es sich handelt. Ebenso wird im Zuge einer detaillierten Diagnostik herausgefiltert, welche stereotypen Verhaltensweisen das Kind aufweist und wie es um seine sozialen Kompetenzen steht. Des Weiteren ist es ausschlaggebend, im Vorfeld zu erkennen, welche Symptome für die Betroffenen eine besondere Bedeutung haben. Anschließend ist es erst möglich, einen an das Individuum angepassten Therapieplan zu erstellen.

Darüber hinaus muss vor Beginn der Behandlung ein Elterntraining stattfinden, welches den Grundstein für den Therapieerfolg bildet. Dabei werden die Erziehungsberechtigten nicht nur über die Auffälligkeiten der Störung informiert, sondern sie lernen auch, auf die Eigenheiten ihres Kindes adäquat zu reagieren und damit umzugehen. Ein weiterer Vorteil liegt in der professionellen Ausbildung der Eltern zu sogenannten KotherapeutInnen, wodurch diese aktiv an den Therapieeinheiten teilnehmen können. Der positive Einfluss auf den Lernerfolg der Kinder sowie auf die Eltern-Kind-Beziehung durch Elterntrainings ist wissenschaftlich erwiesen.

Werden diese Grundsätze im Vorfeld berücksichtigt, kann begonnen werden, den Therapieplan, welcher stets aus mehreren Interventionen besteht, umzusetzen. Die einzelnen Ansätze und Programme sind nicht gänzlich voneinander zu unterscheiden, da sie sich hinsichtlich vieler Aspekte überlappen und ergänzen. So finden beispielsweise beziehungsorientierte und verhaltenstherapeutische Maßnahmen, so auch das Programm TEACCH oder ABA, häufig Anwendung, um die Selbstständigkeit der Betroffenen ganzheitlich und nachhaltig zu fördern. Einen großen Stellenwert zur Eingliederung des Kindes in die Gesellschaft haben auch Sprach- und Kommunikationstrainings, wie beispielsweise das Programm PECS für Menschen mit schweren Beeinträchtigungen der Sprachfähigkeit. Weiters besteht die Möglichkeit gruppentherapeutischer Behandlungen, bei denen eine Kleingruppe gemeinsam an der Entwicklung sozialer Kompetenzen arbeitet. Im Hinblick auf pharmakologische Interventionen können parallel zu den therapeutischen

Maßnahmen Medikamente zur Behandlung von Angstzuständen, Zwangsstörungen, Aggressionen und stereotypen Verhaltensweisen verabreicht werden. Ebenso ist es empfehlenswert, zusätzlich zu den Grundbehandlungen ergänzende therapeutische Maßnahmen anzuwenden. So werden häufig Social Stories zum Erlernen angemessener Verhaltensweisen oder Musiktherapien zur Unterstützung der Sprachentwicklung ausgewählt.

Die Behandlung autistischer Menschen kann ihren Zweck jedoch nur dann erfüllen, wenn der Therapieplan speziell auf das betroffene Kind und seine Umwelt angepasst ist und die Eltern durch eine entsprechende Schulung sowohl in der Rolle der KotherapeutInnen, als auch als verständnisvolle Bezugspersonen ihrem Kind den nötigen Halt geben.

15. Ausblick

Um in Zukunft eine noch gezieltere und nachhaltigere Behandlung von Autisten zu ermöglichen, muss der Erforschung des Krankheitsbildes sowie den Ursachen von Autismus weiterhin mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Denn nur durch eine wissenschaftlich fundierte Grundlage an Informationen bezüglich der Störung und ihrer Symptome können gezielt Möglichkeiten der Therapie entwickelt werden.

Besonders die Entdeckung der auslösenden Faktoren, mit dem Ziel, letztendlich eine heilende Therapie zu ermöglichen, muss zukünftig angestrebt werden.

Der Blick auf die Geschichte des Autismus bis heute zeigt, dass die Problematik rund um den Autismus bereits einen wissenschaftlichen Stellenwert erreicht hat, da die Anzahl von Forschungsstudien sowie die globale institutionelle Vernetzung zur Förderung von Autisten immer weiter ansteigt. Ersichtlich ist also, dass ein Umdenken bezüglich dieser Thematik bereits stattgefunden hat. Diese Herangehensweise muss in Zukunft noch intensiver als bisher verfolgt werden, um eine evidenzbasierte Therapie und den entsprechenden Erfolg zu garantieren.

16. Literaturverzeichnis

16.1. Bücher

Attwood T. (2011) Asperger-Syndrom: Das erfolgreiche Praxis-Handbuch für Eltern und Therapeuten. 3. Auflage, Georg Thieme Verlag, Stuttgart

Bernard-Opitz V. (2007) Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) – Ein Praxishandbuch für Therapeuten, Eltern und Lehrer. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage, W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Frohne-Hagemann I., Pleß-Adamczyk H. (2005) Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes – und Jugendalter. 1. Auflage, Vadenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Kamp-Becker I., Bölte S. (2011) Autismus. 1. Auflage, Ernst Reinhardt GmbH & Co Kg Verlag, München

Paschke-Müller M.S., Biscaldi M., Rauh R., Fleischhaker C., Schulz E. (2013) TOMTASS – Theory-of-Mind-Training bei Autismusspektrumstörungen. 1. Auflage, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg

Remschmidt H. (2012) Autismus – Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen. 5., überarbeitete Auflage, Verlag C.H. Beck oHG, München

Remschmidt H., Kamp-Becker I. (2011) Autistische Syndrome. In: Remschmidt H., Quaschner K., Theisen F. M. (2011) Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische

Einführung. 6., überarbeitete Auflage, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart, S. 190-219

Rett A. (2000) Rett-Syndrom: eine Übersicht über psychologische und pädagogische Erfahrungen. 3. Auflage, WUV Universitätsverlag, Wien

Rittmann B. (2013) Das Multimodale Therapiemodell in der Autismustherapie am Beispiel des Hamburger Autismus Instituts. In: Bundesverband Autismus Deutschland e.V. (2013) Inklusion von Menschen mit Autismus. 2. Auflage, Loeper Literaturverlag, Karlsruhe, S. 245-262

Schirmer B. (2006) Elternleitfaden Autismus: Wie Ihr Kind die Welt erlebt. - Mit gezielten Therapien wirksam fördern. - Schwierige Alltagssituationen meistern. 1. Auflage, TRIAS Verlag, Stuttgart

Seiffge-Krenke I. (2009) Psychotherapie und Entwicklungspsychologie – Beziehungen: Herausforderungen, Ressourcen, Risiken. 2. Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg

Sinzig J., Remschmidt H., Schmidt M.H. (2011) Frühkindlicher Autismus – Manuale psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 1. Auflage, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, Bonn

Snippe K. (2013) Autismus: Wege in die Sprache. 1. Auflage, Schulz-Kirchner Verlag GmbH, Idstein

Walter S., Dinges E., Worm H-L. (2008) Autismus: Erscheinungsbild, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten. 4. Auflage, Persen Verlag GmbH, Buxtehude

16.2. Internetquellen

Autismusambulanz Halle: Angebote für Menschen mit Autismus

(<http://www.autismusambulanz-halle.de/angebote/kommunikation.html>, 14.08.2013)

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information: Tiefgreifende Entwicklungsstörungen

(<http://www.icd-code.de/suche/icd/code/F84.-.html?sp=Sautismus>, 02.04.2013)

Häußler A. - Team Autismus GbR: TEACCH – mehr als eine Methode zur Förderung von Menschen mit Autismus

(http://www.team-autismus.de/teacch_ansatz/teacch_ansatz_2.pdf, 07.08.2013)

REHAVITA GmbH, Hilfsmittel zur Kommunikation, PC-Bedienung und Umfeldsteuerung: Die Konsequenzen falschen Verhaltens in der Schule

(<http://www.rehavista.de/index.php>, 12.08.2013)

Therapeutisches und diagnostisches Zentrum für Menschen mit Autismus und Asperger-Syndrom

(<http://www.autismus-asperger.at/cms/index.php?id=3>, 01.05.2013)