

Autistische Störung

Ragna Cordes und Franz Petermann

Die autistische Störung wird sowohl in der ICD-10 als auch im DSM-IV den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen zugeordnet, da der Entwicklungsverlauf autistischer Kinder **qualitativ verändert** ist und in keinem Entwicklungsstadium dem gesunder Kinder entspricht. Typisches Charakteristikum für die autistische Störung sind die qualitativen Beeinträchtigungen des Sozialverhaltens, die das Störungsbild von anderen Entwicklungsstörungen und der Normalentwicklung deutlich unterscheiden. Wing und Attwood (1987) bezeichnen dieses Kernsymptom als **autistisch-soziale Dysfunktion**, Rutter und Schopler (1987) als **Mangel an sozio-emotionaler Reziprozität**.

Schon bei autistischen Kleinkindern unter vier Jahren sind spezifische Auffälligkeiten in der Interaktion mit den Bezugspersonen zu beobachten, die eine Früherkennung ermöglichen. Hierzu gehören der fehlende oder wenig kommunikativ eingesetzte Blickkontakt, die mangelnde Fähigkeit, gemeinsame Aufmerksamkeit herzustellen (z. B. anderen etwas Interessantes zu zeigen), ihre fehlenden oder seltenen Versuche, eine Interaktion zu beginnen, zu verändern oder zu beenden und ihr Bevorzugen immer gleicher, einfacher Spiele mit den Bezugspersonen (Baron-Cohen, 1992; Cordes, 1995; Osterling & Dawson, 1994). Normales Sozialverhalten ist bei autistischen Menschen in keiner Entwicklungsphase zu beobachten!

Die autistische Störung ist in den meisten Fällen von Geburt an oder im ersten Lebensjahr vorhanden und tritt nur in seltenen Fällen nach einer bis dahin scheinbar normalen Entwicklung im Alter von zwei oder drei Jahren auf. Obwohl 94 % der Betroffenen schon vor dem 36. Lebensmonat, 76 % sogar schon in den ersten 24 Lebensmonaten auffällig werden, wird die Diagnose in Deutschland erst etwa Mitte des fünften Lebensjahres, also drei Jahre später, gestellt (Kehrer, 1995). Die Prävalenz der autistischen Störung liegt zwischen zwei und fünf pro 10.000, wobei Jungen etwa vier mal häufiger betroffen sind als Mädchen (Kusch & Petermann, 2000). 75 % der Betroffenen sind zusätzlich geistig behindert, möglicherweise auch als Folge ihrer schon früh einsetzenden Störungen der sozialen Interaktion.

In Kasten 1 sind die Kriterien für die Diagnose einer autistischen Störung nach DSM-IV (Saß, Wittchen & Zaudig, 1996) aufgeführt.

Kasten 1:

Diagnose der autistischen Störung nach DSM-IV (299.00)

Autistische Kinder zeigen in folgenden Bereichen Beeinträchtigungen, von denen zumindest eine vor Ende des dritten Lebensjahres auftritt:

- Die soziale Interaktion ist gestört; es werden keine angemessenen sozialen Beziehungen aufgebaut.
- Der kommunikative Einsatz nonverbalen Verhaltens und die verbale Kommunikation sind beeinträchtigt.
- Die Kinder verfügen über ein nur beschränktes, oft stereotypes Repertoire an Aktivitäten und Interessen.

Zusätzlich zeigen viele Kinder

- auffällige Reaktionen auf sensorische Reize und
- Auto- und Fremdaggressionen sowie Schlaf- und Eßstörungen.

Die Symptomatik verändert sich im Entwicklungsverlauf: Während im Vorschulalter in der Regel das klassische Bild des Autismus mit deutlichem Rückzugsverhalten, dem Beharren auf Gleichförmigkeit und stereotypen Verhaltensmustern besonders ausgeprägt ist, entwickeln die Kinder abhängig vom Alter und der Intelligenz später eher sozial passives Verhalten, das durch wenig Freude und Interesse aber Duldung von Interaktionen gekennzeichnet ist. Einige Kinder sind in der weiteren Entwicklung zu aktiverem, aber sonderbarem Sozialverhalten in der Lage. Sie können Interaktionen beginnen, strukturieren sie aber vorwiegend durch stereotypes Fragen oder Monologisieren (Wing & Attwood, 1987). Während Verhaltensprobleme sich in der Schulzeit oft etwas bessern, tritt bei 10 % bis 20 % in der Adoleszenz eine Symptomverschlechterung ein (Kusch & Petermann, 1991). Nur 1 % bis 2 % aller autistischen Menschen sind im Erwachsenenalter in der Lage, unabhängig zu leben. 60 % bis 70 % aller autistischen Menschen sind auch in diesem Alter noch immer auf ständige Betreuung angewiesen. Während sich das rituelle und zwanghafte Verhalten manchmal verbessert und gute Anpassungsleistungen zu beobachten sind, stellen vor allem die vermehrten Auto- und Fremdaggressionen große Probleme für den autistischen Erwachsenen selbst, seine Familie oder die betreuende Wohneinrichtung dar.

Eine gute Prognose haben vor allem autistische Kinder,

- deren IQ über 55 ist,
- die vor dem fünften Lebensjahr zu sprechen beginnen und
- bei denen schon vor dem vierten Lebensjahr eine intensive Frühförderung eingesetzt hat (Lovaas, 1987; Lovaas & Buch, 1997; McEachin, Smith & Lovaas, 1993).

1 Beschreibung des Störungsbildes

1.1 Äußeres Erscheinungsbild und biographische Angaben

Zum Zeitpunkt der ersten Untersuchung in einer auf die Diagnostik autistischer Störungen spezialisierten Facheinrichtung kommt Ken in Begleitung seiner Eltern. Ken ist vier Jahre alt und körperlich altersentsprechend entwickelt. Er hat regelmäßige Gesichtszüge und sieht – wie viele autistische Kinder – sehr ansprechend aus. Er sucht den ständigen Körperkontakt zu seiner Mutter, bei der er sich in dieser neuen Situation am sichersten zu fühlen scheint. Kens aus Japan stammende Mutter ist 41 Jahre, der Vater 39 Jahre alt. Ken hat keine Geschwister. Die Familie ist aus beruflichen Gründen in den letzten Jahren mehrfach umgezogen und lebt erst seit kurzem in einem Haus im Vorort der Stadt. Ken wird zweisprachig aufgezogen: Seine Mutter spricht vorwiegend japanisch mit ihm, der Vater deutsch.

1.2 Erste Auffälligkeiten und Entwicklung bis zur Diagnose

Nach einer unauffälligen Schwangerschaft wurde nach einem vorzeitigen Blasensprung die Geburt des Kindes 20 Tage vor dem errechneten Termin eingeleitet. Der Junge entwickelte sich aus Sicht der Eltern zunächst unauffällig: Er schlief zwar schlecht ein, schrie oft ohne erkennbaren Grund, verweigerte zeitweise das Stillen, liebte es, intensiv die gemusterten Tapeten zu betrachten und bewegte sich mit sechs Monaten nur auf dem Rücken liegend fort. Doch mit 14 Monaten konnte Ken frei laufen, gut klettern und erste Worte sprechen. Statt „Mama“ oder „Papa“ zu sagen, benannte Ken allerdings nur Gegenstände, wie „Stein“, „Loch“ oder „Wassermelone“ und diese auf japanisch. Im zweiten Lebensjahr fiel auf, daß er panikartig auf das Schließen von Türen in öffentlichen Verkehrsmitteln reagierte und sich ausdauernd mit geometrischen Formen und technischen Geräten, vor allem Ventilatoren befaßte, die er in sekundenschnelle in Geschäften oder auf Hinterhöfen entdeckte. Obwohl er nur selten und nur Ein-Wort-Sätze sprach, konnte er 20 Lieder mit Texten in Deutsch und Japanisch singen. Bei einem Aufenthalt in der Heimat der Mutter im Alter von 2¹/₂ Jahren wurden die Auffälligkeiten deutlicher: Ken schien sich von seiner Umwelt zurückzuziehen, seine motorische Unruhe verstärkte sich, und er drehte sich oft immer wieder um die eigene Achse, schaukelte mit dem Körper, wedelte mit den Händen und lief auf Zehenspitzen. Er hörte fast ganz auf zu sprechen und führte nur noch Selbstgespräche oder lautierte mit auffälliger Modulation. Auf Ansprache und Laute reagierte er nur selten. Waren viele der bisherigen Auffälligkeiten aus der Sicht der Eltern auf die Zweisprachigkeit, die häufigen Umzüge oder auf eine „Spätentwicklung“ zurückzuführen, waren jetzt vor allem der Rückgang der Sprache und der soziale Rückzug ein deutliches Zeichen für die gestörte Entwicklung Kens. Die besorgten Eltern begannen Hilfe zu suchen und stellten den Jungen verschiede-

nen Ärzten vor, die sie entweder vertrösteten („Das kommt schon noch!“), eine – organisch nicht nachweisbare – „minimale cerebrale Dysfunktion“ annahmen oder vermuteten, Ken sei taub und reagiere deshalb anders. Eine Überprüfung des Hör- und Sehvermögens ergab aber keine Auffälligkeiten. Nach vielen erfolglosen Arztbesuchen verwies ein Arzt die Eltern schließlich an eine spezialisierte Facheinrichtung. Hier wurde die Diagnose „Autistische Störung“ gestellt und die ambulante Therapie in einer Spezialeinrichtung empfohlen.

1.3 Aktuelle Symptomatik

Neben der ausführlichen **Anamnese** durch einen Kinder- und Jugendpsychiater und eine Psychologin, die durch die **Autismusfragebögen 1 und 2** (Kehrer, 1995) ergänzt wurde, wurde Kens Verhalten frei beobachtet und systematisch nach der **Autismus-Beurteilungsskala CARS** (Schopler, Reichler & Renner, 1986; dt. in: Steinhausen, 1993) eingeschätzt. Sein Entwicklungsstand in den verschiedenen Funktionsbereichen wurde mit dem **Entwicklungs- und Verhaltensprofil P.E.P.** (Schopler & Reichler, 1981), einem speziellen Testverfahren für autistische Kinder, überprüft. Zusätzlich wurde das **Entwicklungsgitter** (Kiphard, 1977) und der nicht-verbale **Intelligenztest von Snijders-Oomen (SON 2 1/2 – 7)**, Snijders & Snijders-Oomen, 1970; Tellegen, Winkel & Wijnberg-Williams, 1996) durchgeführt. Hier erreichte Ken einen IQ von 87. Sein Entwicklungsprofil war, wie für autistische Kinder typisch, sehr inhomogen: Nahezu altersentsprechenden Leistungen in den Bereichen Grobmotorik, Auge-Hand-Koordination und der Feinmotorik standen um ein bis zwei Jahre verzögerte Leistungen in den Bereichen Sprache, Sozialverhalten und Imitation gegenüber.

Folgende Auffälligkeiten führten zu der Diagnose einer autistischen Störung nach DSM-IV:

Qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktion. Ken vermeidet den Blickkontakt mit anderen. Fremden Personen nähert er sich, beschnuppert sie kurz, scheint sie aber ansonsten nicht wahrzunehmen. Auf Fragen oder Kontaktangebote anderer reagiert er nicht oder nur nach mehrfacher Wiederholung. Während er den engen Körperkontakt zur Mutter aktiv sucht, wehrt er Berührungen anderer ab.

Kens emotionale Reaktionen sind oft unangemessen. So reagiert er auf eigentlich harmlose Situationen (z. B. laute Geräusche, schnelles Umherdrehen) übertrieben ängstlich, erkennt dagegen reale Gefahren (z. B. Höhen oder heiße Herdplatten) nicht. Ken lacht, weint und schreit oft, ohne daß ein Grund erkennbar wäre. Die Gefühlsausdrücke seiner Bezugspersonen kann er nicht einordnen. Es kann vorkommen, daß er lacht, wenn er jemanden weinen sieht. Ken bevorzugt es, allein mit seinem Körper oder mit Lieblingsgegenständen zu spielen, hat aber auch Freude an ganz bestimmten sozialen Aktivitäten mit seiner Mutter: So singt er mit der Mutter gern ihm gut bekannte Lieder und

hat Freude an einfachen Kitzelspielen, die die Mutter mit bestimmten Geräuschen begleiten soll. Allerdings ist Ken bei diesen Spielen eher passiv und initiiert oder variiert sie nur selten. Ken gelingt es lediglich, einfache Handbewegungen (Klatschen oder Winken) zu imitieren. Großräumige und komplexe Bewegungen sowie sprachliche Äußerungen ahmt er nicht nach.

Qualitative Beeinträchtigung der verbalen und nonverbalen Kommunikation. Ken spricht selten spontan, kann aber seine Bedürfnisse mit Ein- bis Zwei-Wort-Sätzen verständlich machen. Er verwechselt allerdings noch deutsche und japanische Begriffe. Oft sagt Ken Wörter (wie z. B. Staubsauger oder Bohrmaschine) ohne kommunikative Bedeutung oder Situationszusammenhang, in auffälliger Betonung vor sich her. In Anforderungssituationen spricht Ken mit auffälliger Anstrengung und in gepreßtem Tonfall; bei Selbstgesprächen ist die Sprachmelodie dagegen oft hoch und fast singend. Auch das Sprachverständnis des Jungen ist – wenn gleich weit besser als die aktive Sprachkompetenz – reduziert: Er entnimmt oft der Situation, Gesten oder anderen Hinweisreizen, was von ihm erwartet wird. Seine Mutter fungiert oft als „Dolmetscherin“ für Ken, da sie die Aufforderungen anderer in seine Sprache „übersetzt“. Ken versteht nur wenige Gesten, wie das unmittelbare Deuten mit dem Zeigefinger auf ein Objekt, und ist auf unterstützende Körperprompts (z. B. Hand berühren) angewiesen, wenn er etwas tun soll. Er selbst setzt keine Gesten zur Verständigung ein, sondern zieht Personen an der Hand zu den von ihm gewünschten Objekten, wenn er sie selbst nicht erreichen kann.

Deutlich beschränktes Repertoire von Aktivitäten und Interessen. Ken spielt in immer der gleichen Art und mit bestimmten Objekten, wobei er diese nicht angemessen nutzt: Er bevorzugt es zum Beispiel, Legosteine in Drehbewegungen zu versetzen, statt einen Turm aus ihnen zu bauen. Ken erkundet Dinge vorwiegend mit den Nahsinnen, steckt sie in den Mund, beriecht oder betastet sie. Sein Hauptinteresse gilt sich schnell drehenden Objekten (Ventilatoren) und technischen Geräten, wie Computern oder Radios, mit denen er außerordentlich geschickt umgehen kann. Er entdeckt diese Geräte auch in neuen Räumen sofort und erkennt schnell, wie sie zu bedienen sind, ohne sie je zuvor gesehen zu haben. Wird er bei solchen Aktivitäten unterbrochen, zeigt er deutlich Unmut und Erregung (Weinen, Schreien). In neuen Situationen, bei einer Veränderung des gewohnten Tagesablaufs oder auch nur, wenn er einen anderen als den bekannten Weg gehen soll, reagiert Ken mit großer Angst und massiven Erregungszuständen. Ken ist nicht zu Rollenspielen oder symbolischem Spiel in der Lage.

Nebenmerkmale. Kens Wahrnehmung scheint in verschiedenen Bereichen gestört zu sein: So hat er starke Angst vor lauten Geräuschen, hält sich aber auch bei leiseren Tönen sofort die Ohren zu. Gleichzeitig zeigt er eine Vorliebe für laute technische Geräte und Musik. Lieder, die er einmal gehört hat, kann er (mit Text) genau nachsingen. Im visuellen Bereich zeigt er eine deutliche Präferenz von gemusterten Oberflächen, die er stundenlang betrachten kann. Interessant ist, daß Ken selbst große, etwa 40teilige Puzzle legen kann, dage-

gen aber nicht in der Lage ist, nur drei gleichgroße Teile zu einem Bild zusammenzulegen. Er scheint sich beim Puzzlen nur an den Formen der Puzzle-teile zu orientieren, ohne das Motiv zu beachten!

Ken hat starke taktile Reize gern, vermeidet dagegen aber den Kontakt mit weichen Materialien wie Creme, Schaum oder Federn. Das Schmerzempfinden des Jungen ist deutlich reduziert. Auf schnelle, vestibuläre Stimulation in der Rücken- oder Bauchlage (auf einem Gymnastikball) reagiert er mit Panik.

Kens Stärken liegen im grob- und feinmotorischen sowie einigen kognitiven Bereichen. Er ist motorisch außerordentlich aktiv und läuft und klettert gern herum. Er legt mit Mosaiksteinen komplexe Muster und baut Autos und Ventilatoren mit Legosteinen nach. Ken hat großes Interesse an Zahlen und kann bis 100 zählen! Gleichzeitig ist er aber nicht in der Lage, auf Aufforderung zwei Äpfel zu holen, hat also noch keinen funktionalen Zahlenbegriff erworben. Hier zeigt sich ein ganz typisches Merkmal, das für viele von Kens guten Fähigkeiten gilt: Er setzt auch diese Fähigkeiten vorwiegend stereotyp und zur Selbststimulation ein, ohne sie sinnvoll oder funktional nutzen zu können.

2 Differentialdiagnostik

2.1 Abgrenzung zur geistigen Behinderung

Ken weist einen nonverbalen IQ von 87 auf, was auf eine durchschnittliche, nur wenig verminderte kognitive Leistungsfähigkeit schließen läßt. Während bei der geistigen Behinderung eine **Verzögerung** des Entwicklungsverlaufs in den verschiedenen Bereichen, vor allem aber der kognitiven Fähigkeiten, vorliegt, zeigt Ken ein Entwicklungsprofil, das nicht einfach dem jüngerer Kinder entspricht, also verzögert ist. Sein Entwicklungsprofil ist sehr **inhomogen** mit den deutlichsten Beeinträchtigungen im Bereich der Sprache und des Sozialverhaltens. Geistig behinderte Kinder verfügen über dem Entwicklungsstand entsprechende soziale und kommunikative Verhaltensweisen. Selbst schwerer geistig Behinderte können Blickkontakt und einfache instrumentelle und expressive Gesten zur intentionalen Kommunikation einsetzen. Trotz seiner altersgemäßen kognitiven Fertigkeiten ist Ken **nicht** in der Lage, sich durch Blickkontakt die Aufmerksamkeit anderer zu sichern und auf Aufforderung oder im Spiel jemanden anzusehen. Oft blickt Ken nur flüchtig oder aus den Augenwinkeln (peripher) zu anderen. Ken kann nicht mit dem Finger zeigen, was er haben möchte und versteht die Zeigegeste anderer nur, wenn sie das Objekt direkt berühren. Er ist nicht in der Lage, emotionale Ausdrücke anderer zu erkennen und zu differenzieren, was geistig Behinderte schon in der frühen Interaktion mit der Mutter lernen. Wenn Ken lacht oder weint, wissen seine Eltern oft nicht, warum, weil für sie kein situationaler Zusammenhang erkennbar ist. Ken hat kein Interesse an Sozialkontakt – außer mit den Eltern –, was ihn von den sehr kontaktfreudigen Kindern mit Down-Syndrom deutlich un-

terscheidet. Der Junge kann nur sehr wenige, einfache Handbewegungen imitieren. Auch hier zeigt er die typischen deutlich unter seinem Entwicklungsstand liegenden Beeinträchtigungen.

Wesentliches Unterscheidungsmerkmal zwischen der autistischen Störung und der geistigen Behinderung ist somit das bei autistischen Kindern unabhängig vom allgemeinen Entwicklungsstand deutlich beeinträchtigte und qualitativ andersartige soziale und kommunikative Verhalten, das hingegen bei geistig Behinderten „nur“ rückständig ist. Während etwa 70 % der autistischen Kinder zusätzlich geistig behindert sind, gehört Ken zu den sogenannten Kernautisten (Kehrer, 1995), die die klassischen autistischen Defizite im Sozialverhalten bei nur wenig beeinträchtigter Intelligenz – in „reiner“ Form – aufweisen.

2.2 Abgrenzung zu anderen tiefgreifenden Entwicklungsstörungen

In der ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 1993) und dem DSM-IV (1996) werden auch Entwicklungsstörungen klassifiziert, die von der autistischen Störung abzugrenzen sind:

Rett-Störung. Die Rett-Störung ist bislang fast nur bei Mädchen beschrieben worden. Von der autistischen Störung sind jedoch drei bis vier mal mehr Jungen betroffen. Der für die Rett-Störung typische Verlust der Handfunktionen ist bei Ken nicht zu beobachten. Seine motorischen Fähigkeiten sind fast altersentsprechend und es gibt weder Anzeichen einer Rumpfataxie, einer Apraxie oder von verlangsamtem Schädelwachstum, was kennzeichnend für Kinder mit der Rett-Störung ist. Ähnlichkeit zeigt nur der Entwicklungsknick Kens in der Sprachentwicklung sowie sein vermindertes soziales Interesse, was aber auch für die autistische Störung typisch ist.

Desintegrative Störung. Kinder mit einer desintegrativen Störung verlieren nach einer normalen Entwicklung bis zum zweiten Lebensjahr erworbene Fertigkeiten in mehreren Bereichen. Die Eltern von Ken berichten aber, daß der Junge schon kurz nach der Geburt Auffälligkeiten gezeigt habe, die für die autistische Störung typisch sind, von den Eltern damals aber noch nicht als solche erkannt wurden. Ein Entwicklungsknick im Alter von zwei Jahren ist bei Ken lediglich im sprachlichen, nicht aber in anderen Entwicklungsbereichen nachweisbar.

Asperger-Störung. Kennzeichnendes Merkmal dieser Störung ist die Beeinträchtigung sozialer Interaktion sowie das deutlich eingeschränkte Repertoire sich wiederholender Verhaltensmuster, Aktivitäten und Interessen. Kinder mit einer Asperger-Störung sind zudem motorisch auffällig, oft sehr ungeschickt. Dagegen sind diese Kinder sprachlich und kognitiv altersentsprechend entwickelt. Sie haben Interesse an Beziehungen zu Gleichaltrigen, wählen aber oft sonderbare, unangemessene Verhaltensweisen zur Kontaktaufnahme. Ken zählt dagegen eher zu den sozial passiven Kindern, da er nur selten von sich aus Kontakt zu anderen aufnimmt, bestimmte Kontaktangebote aber genießen kann. Seine größten Defi-

zite liegen gerade im sprachlichen Bereich. Auch seine große motorische Geschicklichkeit ist für Kinder mit einer Asperger-Störung untypisch.

Hyperkinetische Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien. Ken weist einige typische Merkmale einer Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung auf, die aber sein Krankheitsbild nicht bestimmen und eher als Begleitsymptomatik seiner autistischen Störung anzusehen sind (vgl. Kusch & Petermann, 2000). Die typische Intelligenzminderung (IQ unter 50) liegt bei Ken nicht vor.

2.3 Abgrenzung zu anderen Krankheitsbildern

Selektiver Mutismus. Kinder mit selektivem Mutismus verfügen durchaus über altersentsprechende kommunikative Fähigkeiten, die sie aber in einigen Kontexten oder in Gegenwart bestimmter Personen nicht anwenden können. Die für die autistische Störung typischen Auffälligkeiten sozialer Interaktion, verbaler und nonverbaler Kommunikation sowie das stereotype Verhalten und der eingeschränkte Interessenbereich kommen bei dieser Störung nicht vor. Kens Sprache ist unabhängig vom Kontext oder den Personen deutlich rückständig und weist zudem autismusspezifische Auffälligkeiten, wie unmittelbare und verzögerte Echolalie, pronominale Umkehr, Neologismen und auffällige Intonation auf. Auch seine nonverbale Kommunikationsfähigkeit (z. B. durch Mimik und Gestik) ist deutlich beeinträchtigt.

Schizophrenie. Schizophrene Störungen entwickeln sich erst nach mehreren Jahren normaler Entwicklung, meist im Erwachsenenalter und nur sehr selten in der Kindheit. Diese kindliche Form der Schizophrenie beginnt etwa um das sechste Lebensjahr. Hier ist eine Abgrenzung vor allem durch die für Autismus untypischen, für Schizophrene dagegen charakteristischen formalen Denkstörungen und die produktive Symptomatik (Halluzinationen, Wahnvorstellungen) möglich, die allerdings erst ab dem sechsten Lebensjahr sichtbar werden. Es ist daher differentialdiagnostisch von großer Bedeutung, die kognitiven Faktoren besonders bei intelligenten autistischen Kindern genau zu untersuchen, um schizophrene Entwicklungsverläufe, die bei autistischen Kindern allerdings sehr selten sind, auch bei diesen Kindern zu erkennen. Bei Ken spricht der frühe Krankheitsbeginn sowie das Fehlen formaler Denkstörungen und produktiver Symptome gegen eine ausschließliche oder zusätzliche Diagnose einer schizophrenen Störung.

3 Erklärungsansätze

Die autistische Störung wird durch mehrere, auf verschiedenen Ebenen wirksame und miteinander interagierende Faktoren verursacht, von denen bislang aber nur einige bekannt sind.

3.1 *Prädisponierende Faktoren*

Als besonders bedeutsam für die Entwicklung einer autistischen Störung werden neben genetischen Faktoren vor allem neurologische Auffälligkeiten betrachtet: Es werden Dysfunktionen der Strukturen des Temporallappens, eine mesolimbisch-striatale Dysfunktion, eine gestörte sensorische Modulation auf Hirnstamm-Ebene (Kusch & Petermann, 1991) sowie eine fehlende Hemisphärendominanz vermutet. Courchesone (1991) vermutet, daß die bei vielen autistischen Kindern auffindbaren Abnormalitäten im Kleinhirn zu strukturellen Veränderungen anderer, sich später entwickelnder Hirnareale führt, wodurch die höhere kortikale Verarbeitung spezifisch gestört und die Entwicklung der autistischen Störung begünstigt wird. Auch Störungen im Neurotransmitterhaushalt sowie endokriner Substanzen, wie beispielsweise ein erhöhter Serotonin- (bei etwa 25 %) und erhöhter Dopaminspiegel (bei 50 % der autistischen Kinder) und Veränderungen im Endorphinhaushalt können die Störung begünstigen.

Es wird vermutet, daß neurologische Auffälligkeiten zu einer spezifischen Beeinträchtigung der späteren zentralnervösen Entwicklung (kurz vor und nach der Geburt) führen. Störungen in der neuronalen Differenzierung, der Ausbildung neurotransmitterspezifischer Synapsen, der Entwicklung von Neurotransmittern und Endorphinen sowie spezifischen Neurotransmitterrezeptoren sind die Folge (Gustafsson, 1997).

3.2 *Auslösende Bedingungen*

Die neurologischen Auffälligkeiten beeinträchtigen die Anpassungsleistungen und machen für das Auftreten der autistische Störung vulnerabel. Folgende Bedingungen können den zugrundeliegenden neuropathologischen Mechanismus verhaltenswirksam werden lassen und somit als auslösend für die Entwicklung einer autistischen Störung innerhalb der ersten drei Lebensjahre betrachtet werden:

- Komplikationen in der Schwangerschaft und während der Geburt (z. B. Sauerstoffmangel) oder der Geburtsprozeß selbst.
- Entwicklungsanforderungen zwischen dem achten und 24. Lebensmonat, in denen spezifische, psychologische Funktionen ausgebildet werden.
- Besondere familiäre Bedingungen, die für das in der Informationsverarbeitung beeinträchtigte Kind eine Überforderung darstellen (z. B. Geburt eines Geschwisterkindes, Zweisprachigkeit der Eltern).
- Körperliche Erkrankungen des Kindes, die mit hohem Fieber einhergehen und so eine zusätzliche neurologische Beeinträchtigung bewirken.
- Krankenhausaufenthalte des Kindes, die vermehrte Anpassungsleistungen des Kindes bezüglich der Umwelt und variabler Bezugspersonen erfordern.

3.3 *Aufrechterhaltende Bedingungen*

Die spezifischen neurologischen Beeinträchtigungen verursachen bei den betroffenen Kindern eine „Erregungsmodulationsstörung“ (Dawson & Lewy, 1989): Unvorhersagbare oder neue Reize, die für gesunde Kinder optimal stimulierend sind und zu einer Orientierungsreaktion führen, sind für autistische Kinder überstimulierend und gehen mit einem erhöhten Erregungsniveau und Abwehrreaktionen einher. Der Bereich optimaler Stimulation ist bei diesen Kindern enger, wodurch sie in der Wahrnehmung und Verarbeitung komplexer Reize beeinträchtigt sind. Autistische Kinder profitieren daher nur wenig von dem für die soziale, kommunikative und emotionale Entwicklung besonders wichtigem Stadium der frühen Eltern-Kind-Interaktion. Sie erleben diese als überfordernd, wenden sich von ihr ab und bemühen sich, ihre Lernerfahrungen stattdessen in der einfacher strukturierten, besser voraussagbaren unbelebten Umwelt zu machen. Die Eltern sind durch das abweisende Verhalten ihrer Kinder sehr verunsichert, ziehen sich selbst von ihrem Kind zurück oder bemühen sich verzweifelt, die Aufmerksamkeit des Kindes durch intensive Stimulierung zu wecken. Die so gestörte und veränderte Eltern-Kind-Interaktion bedingt die typischen Beeinträchtigungen in der sozial-kommunikativen und emotionalen Entwicklung und führt u.a. zu der für das Störungsbild typischen mangelhaften Perspektivenübernahme (Störung der „Theory of Mind“, Baron-Cohen, 1992, 1995).

3.4 *Erklärung der Störung bei Ken*

Neben einer Untersuchung des Fruchtwassers während der Schwangerschaft und einem EEG bei Ken, die beide ohne Befund waren, wurden in der Familie keine neurologischen oder genetischen Untersuchungen vorgenommen. Über die prädisponierenden Bedingungen kann daher nur gemutmaßt werden. Als Anzeichen für eine familiäre Prädisposition kann das seltsame und extrem schüchterne, sozial zurückgezogene Verhalten einer Nichte des Vaters gewertet werden. Erster Hinweis für eine mögliche schon pränatal wirksame Beeinträchtigung war der vorzeitige Blasensprung der Mutter sowie die dann eingeleitete Geburt. Retrospektiv berichtet die Mutter heute über folgende Auffälligkeiten, die für das Vorliegen einer autistischen Störung schon im ersten Lebensjahr sprechen:

- Scheinbar am liebsten allein („selbstzufriedenes Kind“),
- wenig Blickkontakt,
- Kontaktaufnahme zu Fremden durch Betasten ihrer Füße, ohne sie jedoch anzusehen,
- häufiges Schreien, ohne daß die Mutter einen Grund dafür entdecken konnte,
- Fixation auf bestimmte Objekte (Steine, Ventilatoren),
- intensives Betrachten und Betasten gemusterter Tapeten und Bodenoberflächen sowie
- Fütterungs- und Schlafprobleme.

Obwohl Kens Entwicklung zu keinem Zeitpunkt normal war, wurde sein Verhalten erst im Alter von zwei bis $2\frac{1}{2}$ Jahren so auffällig, daß Fachleute hinzugezogen werden mußten. Zu diesem Zeitpunkt war Ken besonders **hohen Umgebungsanforderungen** ausgesetzt, die vermutlich zur Manifestation der Störung führten: Die Familie hielt sich für längere Zeit in der Heimat der Mutter in Japan auf. Die andere Sprachumwelt, der Wechsel des gewohnten Umfeldes und die Anwesenheit „neuer“ Personen (Familie der Mutter) stellten eine Überforderung für Ken dar. Zurück in Deutschland folgte aus beruflichen Gründen eine mehrmonatige Trennung vom Vater, was wiederum mit starken Veränderungen im Familienleben, einer Fixierung auf die Mutter und einer Verunsicherung in der Beziehung zum Vater einherging. Auf den erneuten Umzug der Familie reagierte er mit „autistischem“ Verhalten, Reduktion der Sprache, sozialem Rückzug und vermehrten Stereotypen. Ken bekam in dieser Zeit häufig plötzlich hohes Fieber, das nach zwei Tagen wieder abklang. Kens Schwierigkeiten bei der Verarbeitung komplexer Informationen sowie seine Bevorzugung einfacher Reizmuster bestand vermutlich von Geburt an. Die im Alter von zwei Jahren wirksamen Umgebungsänderungen überstiegen aber seine Informationsverarbeitungsfähigkeiten. Die bis dahin wirksamen Kompensationsleistungen reichten nicht mehr aus, so daß sich die Störung manifestieren konnte. Abbildung 1 stellt die Entwicklung der autistischen Störung bei Ken dar.

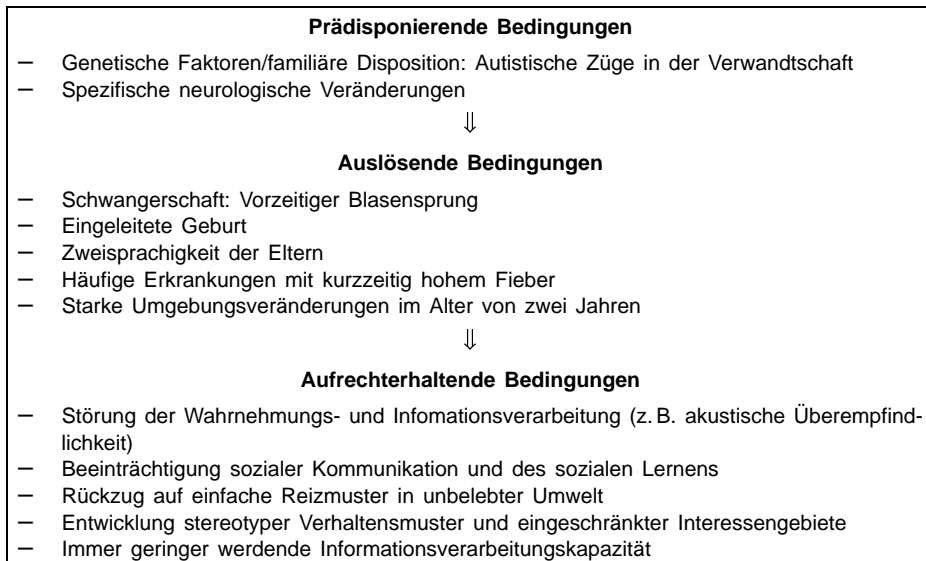


Abbildung 1:
Entwicklung der autistischen Störung bei Ken

4 Interventionsprinzipien

4.1 Bewährte Interventionsmethoden

Obwohl es inzwischen eine Vielzahl ganz unterschiedlicher Therapieformen für die Behandlung autistischer Kinder gibt (vgl. Dzikowski & Arens, 1990), sind nur sehr wenige empirisch überprüft und liegen kaum Effektivitätsstudien vor. Amerikanische Projekte, wie das TEAACH-Modell (Schopler & Olley, 1981; Schopler, Lansing & Waters, 1987) und auch deutsche Untersuchungen (Cordes 1985; Cordes & Dzikowski, 1991) zeigen deutlich, daß vor allem verhaltenstherapeutische Programme sehr wirksam in der Arbeit mit autistischen Kindern eingesetzt werden können. Eindrucksvoll sind vor allem die Erfolge eines speziellen, intensiven, verhaltenstherapeutischen Trainingsprogramms von Lovaas, dem „Early Intervention Program“ (Lovaas, 1987; McEachin, Smith & Lovaas, 1993), mit folgenden Rahmenbedingungen:

- Beginn vor dem vierten Lebensjahr,
- enge Kooperation mit den Eltern und Förderung in häuslicher Umgebung,
- sehr hohe Intensität (etwa 40 Stunden wöchentlich!) und
- Einsatz verhaltenstherapeutischer Techniken.

Etwa die Hälfte (47 %) der in diesem Projekt trainierten Kinder wiesen in Nachuntersuchungen (im durchschnittlichen Alter von 13 Jahren) ein normales Funktionsniveau auf!

Neuere verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen sind heute **entwicklungsorientiert**: Die Erkenntnisse über die Entwicklung gesunder Kinder und der qualitativ veränderten Entwicklung autistischer Kinder bilden die Basis für die Therapieplanung und die genaue Festlegung von Therapiezielen (Petermann, Kusch & Niebank, 1998). Neben der Verhaltenstherapie ist auch die Förderung der Wahrnehmung durch Methoden wie die Sensorische Integrationsbehandlung (vgl. Dzikowski & Vogel, 1988; Zimmermann, 1998) oder Körpertherapien (vgl. Fikar, Fikar & Thumm, 1991) in Deutschland weit verbreitet, allerdings bislang nicht empirisch überprüft.

4.2 Therapeutisches Angebot für autistische Kinder

In Deutschland gibt es zur Zeit etwa 31 Autismusambulanzen, in denen autistische Kinder, Jugendliche und Erwachsene eine speziell auf ihre Störung abgestimmte Therapie erhalten können. Dieses therapeutische Angebot ist unabhängig von der Art der Einrichtung (wie z. B. Kindergarten, Schule, Werkstatt), die die autistischen Kinder, Jugendlichen oder Erwachsenen besuchen, und wird in der Regel nach dem § 39/40 BSHG (Hilfe zur Eingliederung) finanziert. Die autistischen Menschen erhalten in den Autismusambulanzen zwischen einer und sechs Stunden wöchentlich Einzelförderung durch spezialisierte Fachkräfte (meist Psychologen, Sozial- und Heilpädagogen). Schulen,

in denen autistische Kinder speziell gefördert werden, sind selten (z.Zt. in Bremen, Hannover und Berlin). Für autistische Erwachsene bestehen aktuell 17 spezielle Wohneinrichtungen mit angegliedertem Arbeitsbereich. Verglichen mit den USA und England, wo es eine Vielzahl spezieller Schulen, Therapiezentren und Heime für autistische Menschen gibt, ist das therapeutische Angebot in Deutschland sehr eingeschränkt.

4.3 Therapie mit Ken

Ken wurde im Alter von vier Jahren in der Autismusambulanz auf Empfehlung des diagnostizierenden Kinder- und Jugendpsychiaters vorgestellt. Ken besuchte inzwischen seit wenigen Monaten die integrative Gruppe eines Regelkindergartens. Nach dem Erstgespräch mit der Mutter, der Psychologin und der Heilpädagogin der Ambulanz, bei dem die Mutter die bisherige Entwicklung Kens, die aktuell vorherrschenden Probleme schilderte, Fragen zur Symptomatik beantwortete und Informationen über das Angebot der Ambulanz erhielt, wurde der Beobachtungszeitraum festgelegt.

Beobachtungs- und Kontaktaufbauphase. Eine sorgfältige Beobachtung ist aufgrund der großen inter- und intraindividuellen Unterschiede autistischer Kinder von besonders großer Bedeutung für eine sinnvolle Therapieplanung, die Identifikation von Verhaltensdefiziten und -kompetenzen und deren Kontextabhängigkeit. Ziel der etwa zwei bis drei Monate dauernden **Beobachtungsphase** bei Ken war es:

- Kens Verhalten in ganz unterschiedlichen Situationen und Umwelten zu beobachten,
- seine kommunikativen Fähigkeiten in der Interaktion mit verschiedenen Bezugspersonen sowie die Fähigkeit, seine Bedürfnisse zu äußern, zu erfassen (Stufe intentionaler Kommunikation),
- sein Spielverhalten allein und mit anderen Kindern zu analysieren,
- seine Vorlieben, Interessen und Stärken in den unterschiedlichen Funktionsbereichen herauszufinden,
- seine Über- bzw. Unterempfindlichkeit in den einzelnen Wahrnehmungsbereichen sowie Ängste und Probleme in den Funktionsbereichen festzustellen,
- den Entwicklungsstand Kens in den verschiedenen Entwicklungsbereichen mit Hilfe von standardisierten Testverfahren zu erheben,
- Möglichkeiten der Kontaktaufnahme über bestimmte Vorlieben und Interessengebiete herauszufinden.

Die Resultate der diagnostischen Untersuchung, wie des **Entwicklungs- und Verhaltensprofils P.E.P.** (Schopler & Reichler, 1981) und der **Autismus-Bewertungsskala CARS** (Schopler, Reichler & Renner, 1986), sowie der Intelligenzdiagnostik mit dem nicht-sprachlichen Test von **Snijders Oomen** (Snijders & Snijders-Oomen, 1970) lagen vor, mußten also nicht erneut durchgeführt werden.

Um zu verdeutlichen, wie wichtig die sorgfältige Beobachtung autistischer Kinder zu Beginn, aber auch im Verlauf einer Therapie ist, sollen hier kurz exemplarisch die Ergebnisse der Beobachtung verschiedener Situationen zu Hause und im Kindergarten dargestellt werden:

Ken wurde beim gemeinsamen Abendessen, dem abendlichen Zubettgehen und beim Spielen zu Hause sowie beim gemeinsamen Essen im Kindergarten, der Gruppenarbeit und der Pause auf dem Hof beobachtet. Es zeigte sich, daß Ken sich zu Hause ruhig verhielt, sich vor allem beim Essen bemühte, mit Ein-Wort-Sätzen Bedürfnisse zu verdeutlichen und auch teilweise zur Mithilfe beim Auf- und Abdecken zu motivieren war. Laute Geräusche von Geräten weckten sein Interesse, führten aber zu keinen Abwehrreaktionen. Problematisch war dagegen die Waschsituation vor dem Zubettgehen: Ken benötigte ständige Aufforderungen und physische Prompts von der Mutter. Verließ diese das Bad, unterbrach er sofort die Tätigkeit. Im Kindergarten zeigte Ken dagegen ein völlig anderes Verhalten: Er spielte weit ab von der Gruppe, hielt sich schon bei lauterem Kinderrufen die Ohren zu, stand bei gemeinsamen Aktivitäten ständig auf und war nur schwer zum Mitmachen zu bewegen. Nur das Singen in der Gruppe schien ihm Spaß zu machen, so daß er sitzen blieb, aufmerksam zuhörte und sich rhythmisch zum Gesang bewegte.

Ken spielte zu Hause und im Kindergarten am liebsten allein. Sein Spielverhalten war oft stereotyp und wenig phantasievoll. Wollten andere Kinder sich am Spiel beteiligen, ließ Ken die Spielsachen liegen und entfernte sich. Den Eltern gelang es dagegen, kurzzeitig mit Ken gemeinsam etwas zu spielen, indem sie genau auf seine Vorlieben zugeschnittene, für ihn gut verständliche Spiele anboten (vorwiegend Sing- und Kitzelspiele). Viele der Kompetenzen, die Ken zu Hause zeigte, waren im Kindergarten nicht zu beobachten: So sprach Ken gar nicht und schien viele, für ihn zu Hause einfache, Aufforderungen nicht zu verstehen. Zu Hause gut erträgliche Reizsituationen (soziale Kontakte, laute Geräusche) wirkten im Kindergarten aufgrund seines hier insgesamt schon höheren Erregungsniveaus sofort überfordernd und führten zu Rückzugsverhalten.

Die Beobachtung Kens bei verschiedenen Aktivitäten zu Hause und im Kindergarten zeigte, daß Ken – abhängig von seiner Umgebung, den an ihn gestellten Anforderungen und der Bekanntheit der Bezugspersonen – jeweils andere Verhaltensmuster zeigte. Es konnte so festgestellt werden, welche situationalen Bedingungen für seine Entwicklung optimal waren, welche dagegen zu Rückzugsverhalten und Stereotypien führten!

Gemeinsam mit den Eltern und der Erzieherin des Kindergartens wurden die Ergebnisse der Beobachtungsphase besprochen und überlegt, welche Therapieziele im nächsten Jahr angestrebt werden sollten. Wichtig war dabei, daß die Therapieziele für den alltäglichen Umgang mit Ken (Kindergarten und Elternhaus) relevant waren, seinen Entwicklungsmöglichkeiten entsprachen und daß die Bezugspersonen bereit waren, diese Ziele zu unterstützen. Die Inhalte der Therapie setzten gezielt an dem momentanen Entwicklungsstand

Kens an. Seine Vorlieben und Stärken (z. B. das Interesse an Zahlen, Buchstaben und Bewegungsspielen), wurden genutzt, um ihn auch zur Bearbeitung schwieriger Aufgaben zu motivieren und den Erwerb neuer Verhaltensweisen zu erleichtern.

Therapeutische Phase. Die hier dargestellte Förderung fand zwischen Kens viertem und siebtem Lebensjahr statt. Die Autismustherapie mit Ken wurde einmal wöchentlich in der Autismusambulanz sowie einmal wöchentlich bei Ken zu Hause, später dann in der Schule, durchgeführt. Die Mutter war bei den Therapiestunden sowohl beobachtend als auch aktiv handelnd beteiligt. Die Therapie in der Einrichtung hatte vor allem die Anbahnung bestimmter Fertigkeiten zum Inhalt, die dann in den Stunden zu Hause auf den Alltag generalisiert werden sollten. Da Kens Mutter sehr gut mitarbeitete und Ken bei der Umsetzung von Neuerlerntem zu Hause sehr unterstützte, war es möglich, Ken auch von den speziell ausgestatteten Räumen sowie dem ausgewählten Therapiematerial profitieren zu lassen. Autistische Kinder mit einer ausgeprägten Generalisierungsschwäche (besonders junge autistische Kinder) werden dagegen in der Regel ausschließlich zu Hause gefördert, um den Lerntransfer zu verbessern und eine alltagsnahe Förderung zu ermöglichen.

Rahmenbedingungen für die Therapie. Um eine optimale Lernsituation für Ken zu ermöglichen, mußte eine Situation geschaffen werden, die seiner Informationsverarbeitungskapazität angemessen war, vor allem also nicht überfordernd war und motivierende und für ihn verarbeitbare Reize enthielt. Die Therapie wurde daher in einem mittelgroßen, reizarmen Raum durchgeführt, der nur wenig und in Schränken verschlossene Spielsachen enthielt und sehr geräuscharm war. Nur so war es möglich, die Aufmerksamkeit Kens für längere Zeit aufrechtzuerhalten. Die Therapiestunde wurde durch feststehende, jedesmal wiederkehrende Rituale und Abfolgen für Ken vorausschau- und kontrollierbar (vgl. Abb. 2).

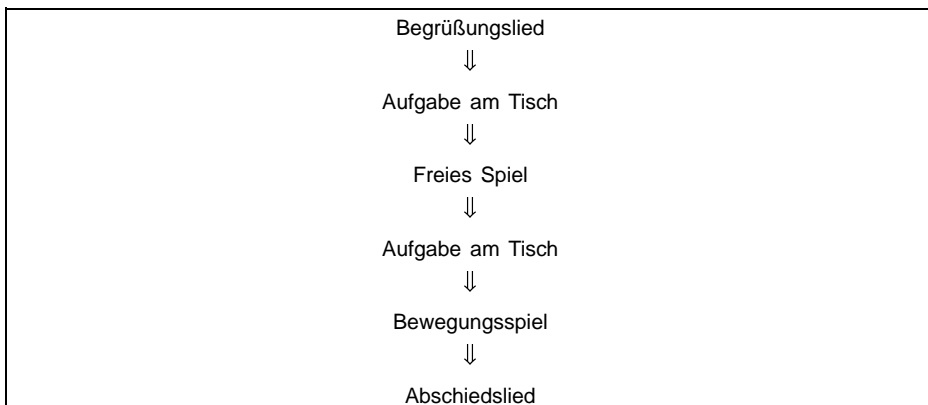


Abbildung 2:
Ablauf der Therapiestunde

Konzentrationsphasen waren mit dem Sitzen am Tisch verbunden und wurden von weniger strukturierten, entspannenden Phasen freier Bewegung abgelöst. Auch die Abfolge der einzelnen Aufgaben war immer gleich, um Ken Sicherheit zu bieten. In jeder Therapiestunde sollte nicht mehr als eine Aufgabe bzw. ein Spielmaterial neu für Ken sein. Auch die Sprache war zu strukturieren: Wenig Worte, kurze Sätze, einheitliches Vokabular und mehrfache Wiederholung der sprachlichen Äußerung. Es wurden nur wenige, für Ken verständliche Gesten angewandt, die verbal begleitet wurden.

In der Therapie mit Ken wurden ausgehend von den Ergebnissen der Beobachtungsphase und dem Lernzielgespräch im ersten Jahr mehrere Ziele verfolgt. Neben verhaltenstherapeutischen Vorgehensweisen (Cordes, 1998; Maurice, 1996; Schopler, Lansing & Waters, 1987) wurden auch Programme zur Förderung sensorischer Integration (Dzikowski & Vogel, 1988) eingesetzt.

Aufbau von Sozialverhalten. Zunächst lernte Ken **Blickkontakt** zur Kommunikation in verschiedenen sozialen Kontexten einzusetzen: Ken schaute andere gewöhnlich nur ausgesprochen kurz und nur selten in Kontaktsituationen wie dem gemeinsamen Spiel oder bei der Begrüßung an. Er schien den Blickkontakt nicht zu vermeiden, ihm aber keine Bedeutung beizumessen, benutzte ihn also nicht kommunikativ. In den Therapiestunden wurde Kens Interesse an den Augen und der Mimik anderer geweckt. Er lernte, Blickkontakt aufzunehmen, wenn er dazu aufgefordert wurde und wenn andere ihn ansprachen oder ihn begrüßten. Längere Phasen von Blickkontakt waren allerdings selten. Ken lernte, anderen zur Begrüßung die Hand zu geben und „Guten Tag“ zu sagen sowie sich zu verabschieden. Zu Hause wurden strukturgebende soziale Konventionen eingeführt, wie beispielsweise sich vor dem Essen an den Händen zu fassen, um sich einen guten Appetit zu wünschen.

Ken spielte von sich aus am liebsten allein und zeigte kein Interesse an sozialer Interaktion. Es war daher ein wichtiges Ziel, ihn dazu zu motivieren, von sich aus **Kontakt aufzunehmen und Spiele zu initiieren**. Eine gute Möglichkeit war es hierbei, Kens stereotypes Verhalten aufzugreifen, zu imitieren und leicht abzuwandeln. Ken wurde aufmerksam, fand die Variation interessant und begann schrittweise, auch selbst Variationen einzubringen. Strukturierte Interaktionsspiele (mit immer dem gleichen Ablauf) machten Ken bald auch große Freude und wurden auch von ihm begonnen. So krabbelte er gern in eine große Tonne und bestimmte mit Rufen wie „Deckel zu“ oder „Deckel auf“, ob etwas auf die Tonne gelegt wurde oder nicht. Er konnte auch plötzlich weglaufen, „Fangen“ sagen und so ein Fangspiel beginnen. Schwierig war es für Ken aber, die Rollen zu tauschen, also beispielsweise selbst zu versuchen, den anderen zu fangen.

Ken lernte schrittweise, Handbewegungen und Laute, später auch komplexere Ganzkörperbewegungen und Mimik **nachzuahmen**.

Sprache. Kens kommunikative Sprache beschränkte sich auf einzelne Wörter, die er mit gepreßter Intonation hervorbrachte. Während ihm Bedürfnisäuße-

rungen sehr schwer zu fallen schienen, stimulierte er sich gern durch das Singen von Liedern und Wiederholen von bestimmten „Lieblingswörtern“ in hoher Tonlage und mit besonderer Intonation (z. B. „Staubsauger“). In Spielsituationen mit beliebten Objekten lernte Ken, Gegenstände zu benennen. Zu Hause sollte er am Tisch sagen, was er haben wollte. Während seine Wunschäußerungen zunächst noch unter großer Anstrengung hervorgebracht wurden und erst nach mehrmaliger Aufforderung kamen, erkannte Ken zunehmend, was er mit Sprache erreichen konnte und bekam mehr Freude am Sprechen. Seine Stimme wurde weniger gepreßt, und er begann auch, spontan Bedürfnisse zu äußern. Ken lernte, ganze Sätze (z. B. „Ich möchte Milch haben!“) zu sagen, später aber auch eigene Handlungen und Bilder zu beschreiben. Trotz der Vergrößerung des aktiven Wortschatzes, zunehmender Spontansprache und „normalerer“ Stimme blieb die Sprache Kens vor allem aufgrund der sehr monotonen, beinahe maschinenhaften Sprechweise auffällig.

Wahrnehmung. Ken wies starke **Defizite in der Bildwahrnehmung** auf: Während er reale Objekte erkennen und bezeichnen konnte, war er nicht in der Lage zu erkennen, was auf Fotografien oder Bildern abgebildet war! Vor allem die Abstraktion durch Zeichnungen konnte er nicht nachvollziehen. Gegenstände, die sich nur minimal voneinander in der Größe, der Farbe oder der Form unterschieden, wurden von Ken nicht als zu einer Kategorie gehörig erkannt (sog. visuelle Überselektivität). Ken übte daher, zunächst reale Objekte einander zuzuordnen, dann Fotografien und schließlich abstrakte Bilddarstellungen den realen Gegenständen zuzuordnen. Ken lernte, Objekte auch dann einer Gruppe zuzuordnen, wenn sie sich in Details unterschieden. Nach intensivem Training gelang es Ken sogar, Gegenstände nach ihren kennzeichnenden Merkmalen zu Klassen (z. B. Obst, Fahrzeuge) zusammenzufassen. Kens **akustische Überempfindlichkeit** war nur sehr schwer abzubauen. Ken lernte, Laute und Stimmen zu diskriminieren, Geräuschquellen zu lokalisieren und selbst laute und leise Geräusche zu produzieren. Hierdurch erlangte er zwar Kontrolle über akustische Signale und konnte sie besser einordnen, reagierte aber in Streßsituationen, vor allem im Kontakt mit anderen Kindern, weiter mit Abwehr. Mit Hilfe einer systematischen Desensibilisierung zeigte er etwas bessere Anpassungsleistungen. Dennoch reagiert Ken auch heute noch empfindlich auf laute Geräusche. Das Ohren-Zuhalten ist generalisiert und folgt jetzt als Reaktion auch auf andere überfordernde Situationen.

Durch die Förderung sensorischer Integration wurden vor allem Kens **vestibuläre Überempfindlichkeit** und die **taktile Abwehr** reduziert. Ken lernte schrittweise, verschiedene Raumlagen ohne Angst einzunehmen und zu ertragen. War er zunächst nur für kräftige taktile Reize zu begeistern, so begann er langsam, auch sanfte Massagen und Eincremen zu genießen. Ken begann mehr Körperkontakt zu den Eltern und anderen Bezugspersonen zu suchen und konnte ihre Berührungen jetzt auch genießen.

4.4 Arbeit mit den Eltern

Die enge Zusammenarbeit mit den Eltern war von entscheidender Bedeutung für die therapeutische Förderung Kens. Neben der Teilnahme an den Therapiestunden, fanden wöchentlich Gespräche mit der Mutter (Hauptbezugsperson) sowie etwa halbjährlich gemeinsame Lernzielbesprechungen statt. In den **Therapiestunden** war es das Ziel, die Mutter im angemessenen, auf die Störung abgestimmten Umgang mit ihrem Kind zu unterstützen. Die Mutter lernte daher nicht nur, Ken genau zu beobachten, sondern auch sein angemessenes Verhalten zu verstärken, unangemessenes Verhalten dagegen zu ignorieren. Sie wurde im Einsatz physischer und verbaler Prompts geschult. Die Mutter sprach nur noch in kurzen Sätzen mit begrenztem Vokabular und vor allem ausschließlich deutsch mit Ken. In den Therapiestunden sollte die Mutter zunächst die Interaktion zwischen der Therapeutin und Ken beobachten und daran anschließend selbst die Rolle der Therapeutin übernehmen. Sie erhielt Rückmeldung für ihr Verhalten und gemeinsam wurde die Übertragung des Gelernten auf die häusliche Situation geplant. So sollte Ken beispielsweise lernen, seine Bedürfnisse nicht nur in der strukturierten Therapiesituation, sondern auch zu Hause in ganzen Sätzen zu äußern. Die Mutter konnte hier zunächst das Vorgehen der Therapeutin beobachten, schaffte es dann selbst in der Therapie-stunde unter Einsatz verbaler Prompts, Ken zur Äußerung ganzer Sätze zu bringen und berichtete nach einigen Wochen, daß er nun auch zu Hause seine Bedürfnisse in ganzen Sätzen äußern würde.

Gemeinsam mit der Mutter wurde auch überlegt, wie Kens Alltag besser zu strukturieren ist. Sie wurde angeregt, einen Tagesplan mit Photos für Ken zu erstellen, den sie jeden Tag mit ihm besprach. Für Ken war es jetzt leichter, den Ablauf des Tages vorherzusehen und mit Veränderungen zurechtzukommen. Regelmäßig am Ende der Therapiestunde hatte die Mutter die Möglichkeit, Kens Verhalten in der letzten Woche zu schildern und besondere Probleme, aber auch Erfolge im Umgang mit ihm zu besprechen.

In den regelmäßig stattfindenden **Elterngesprächen** wurde gemeinsam Kens Entwicklung reflektiert und wurden neue Ziele festgelegt. Die Eltern erhielten Hinweise, wie sie mit schwierigen Verhaltensweisen von Ken, besonders seiner Geräuschempfindlichkeit, dem stereotypen Spielverhalten und der Angst vor anderen Kindern umgehen sollten. Im ersten Jahr war es für die Eltern besonders wichtig zu erfahren, wie Kens oft sonderbare Verhaltensweisen zu erklären waren und welche Ursachen es für seine Erkrankung gab. Hilfreich war hier für die Eltern auch die Kontaktaufnahme zum ortsansässigen Elternverein: „Hilfe für das autistische Kind.“

4.5 Arbeit mit dem Kindergarten und der Schule

In etwa halbjährlichen Abständen oder in Krisensituationen hospitierte die Therapeutin im Kindergarten und führte Gespräche mit den Erzieherinnen. Im

Alter von sechs Jahren wechselte Ken in eine Schule für Körperbehinderte, deren Bedingungen seiner Problematik am ehesten gerecht wurden: Ken wurde in eine kleine Gruppe von sechs lernbehinderten Schülern integriert. Dennoch war eine ständige Begleitung durch einen Zivildienstleistenden nötig. Die intensive Zusammenarbeit der Autismusambulanz mit den Lehrern war hier von besonders großer Bedeutung, um den Schulbesuch Kens nicht zu gefährden. Die Lehrer konnten Kens Verhalten oft nicht einordnen und wußten nicht, ob sie sich ihm gegenüber richtig verhielten. Besonders hilflos waren sie, wenn Ken einfach weglief oder plötzlich begann, laut zu schreien. Ihre üblichen pädagogischen Vorgehensweisen zeigten bei Ken keine Wirkung. Er wurde im Gegenteil durch die ständig wechselnden Reaktionen auf sein Verhalten irritiert und wurde zunehmend problematischer, was wiederum die Lehrer noch mehr verunsicherte. Dieser Teufelskreis mußte durchbrochen werden. Es wurden daher zunächst Verhaltenbeobachtungen – vor allem problematischer Situationen – in der Klasse durchgeführt (Video), so daß eine genaue Situations- und Verhaltensanalyse möglich war. Anhand der Videoaufzeichnungen lernten die Lehrer, Ken genauer zu beobachten und Ursachen sowie aufrechterhaltende Bedingungen für sein Verhalten zu erkennen. Gemeinsam wurde dann ein Vorgehen abgesprochen, das zunächst mit Ken in der Einzelsituation geübt und danach von den Lehrern übernommen wurde. Zeigten sich erste Erfolge, wirkte sich das auch sofort positiv auf die Beziehung der Lehrer zu Ken aus.

Ohne diese Unterstützung einer auf Autismus spezialisierten Facheinrichtung und die tägliche Begleitung durch einen Zivildienstleistenden wäre Kens Besuch der Schule für Körperbehinderte auf Dauer sicher nicht möglich gewesen!

4.6 Entwicklungsverlauf Kens bis heute

Ken ist inzwischen – drei Jahre später – zehn Jahre alt und besucht die dritte Klasse der Schule für Körperbehinderte. Er erhält noch immer zwei mal wöchentlich eine autismspezifische Förderung durch die Autismusambulanz. Seine Auffälligkeiten im Bereich der Grobmotorik und der Gleichgewichtskontrolle sind deutlich vermindert, und Ken kann inzwischen komplexe Ganzkörperbewegungen imitieren. Sprachlich äußert er sich in ganzen Sätzen, oft allerdings im Telegrammstil und in auffälliger Intonation. Ken bildet selten neue Sätze. Er wiederholt fast ausschließlich exakt die gelernten Sätze. („Ich möchte Lied singen!“). Die Anwendung von Personalpronomen fällt Ken schwer und erfordert oft noch Hilfen. Obwohl Ken keine gewöhnlichen Fragen stellen kann, hat er eine Formulierung gefunden, mit der er Wortbedeutungen von der Mutter erfragt: „Kakee, Kakee?“ (= „Was ist das?“). Spontane Sprache gegenüber unbekanntem Personen ist selten.

Dagegen liegen Kens kognitive Leistungen deutlich über denen seiner Klassenkameraden: Ken kann als einziger Schüler lesen, schreiben und im Zahlenraum bis 100 addieren. Dennoch besteht eine große Diskrepanz zwischen diesen Fertigkeiten und deren sinnvoller Anwendung: Während seine Mitschü-

ler beispielsweise noch nicht rechnen können, wohl aber über einen Mengenbegriff verfügen und sofort sagen können, auf welchem Teller mehr Kartoffeln sind, kann Ken die Kartoffeln lediglich zählen. Hieran zeigt sich, daß Ken das Rechnen auf eine vollständig andere Art erlernt hat. Durch langandauernde intensive Beschäftigung mit einem Taschenrechner hat Ken die Aufgaben vermutlich **visuell** gespeichert. Aufgabe der Schule ist es nun, Ken den fehlenden Zahlenbegriff beizubringen. Auch sinnentnehmendes Lesen und sinnvolles Schreiben fällt Ken schwer. Er bevorzugt es, Straßenschilder und Warenzeichnungen zu lesen. Im Sozialverhalten bestehen bei Ken weiterhin die größten Auffälligkeiten. Während er in einer strukturierten Situation durchaus zur Kontaktaufnahme mit einem anderen Jungen in der Lage ist, ist er im Beisein anderer Kinder weiterhin überfordert, zieht sich zurück und ist auch zu einfachen Aufgaben oft nicht in der Lage.

Für Kens weitere Entwicklung ist es daher von großer Bedeutung, seine sozialen Fähigkeiten zu verbessern und zunehmend auf größere, strukturierte Gruppensituationen auszuweiten. Seine zahlreichen Teilfertigkeiten, die oft nur zu Stereotypen dienen, müssen in sinnvolle Alltagshandlungen eingebunden werden, damit er von ihnen profitieren und so weitere Entwicklungsschritte machen kann.

5 Resümee

Die autistische Störung ist durch ganz spezifische sozial-kommunikative Beeinträchtigungen gekennzeichnet. Große interindividuelle Unterschiede ergeben sich vor allem durch das unterschiedlich hohe Ausmaß intellektueller Beeinträchtigung und die variablen Störungen des Sozialverhaltens, die von völligem Rückzugsverhalten bis hin zu seltsamem und distanzlosem Kontaktverhalten reichen. Ken zeigt die typischen Merkmale einer autistischen Störung bei nur wenig beeinträchtigter Intelligenz und ohne komorbide Störungen. Selbst wenn die Krankheit also – was eher selten ist – wie bei Ken in ihrer typischen Ausprägung vorliegt, sind abhängig vom situationalen Kontext, dem Interaktionspartner und dem betroffenen Entwicklungsbereich große intraindividuelle Unterschiede in Kens Verhalten feststellbar. Das macht ihn für andere zunächst schwer einschätzbar. Eine lange Beobachtungs- und Kontaktphase ist erforderlich, um Kens Entwicklungsprofil, seine Kompetenzen und Vorlieben sowie seine Schwierigkeiten zu erfassen und eine Beziehung zu ihm aufzubauen. Die Schwere der autistischen Störung, die sich auf alle Entwicklungsbereiche auswirkt, macht ein spezielles, auf diesen Beobachtungen beruhendes und die Störungsbedingungen berücksichtigendes therapeutisches Vorgehen erforderlich. Wenn auch nur wenige Kinder mit besonders guten Voraussetzungen und einer früh einsetzenden Therapie ein annähernd normales Funktionsniveau erreichen können, so sind dennoch bei vielen Kindern deutliche Verbesserungen in den Verhaltensbereichen möglich. Allerdings sind meist lang-

fristige therapeutische Maßnahmen bis ins Erwachsenenalter nötig, da die Bewältigung der jeweiligen Entwicklungsaufgaben immer wieder zu Krisen, Verhaltensproblemen oder -rückschritten führen kann. Eine Therapie autistischer Menschen ist langwierig, oft mühsam und erfordert von den Eltern und dem Therapeuten viel Einsatz, Ausdauer und eine hohe Frustrationstoleranz, da Erfolge oft erst nach intensiver Arbeit aller Bezugspersonen zu verzeichnen sind. Der Markt für alternative Behandlungsmethoden (wie die „Delphin-Therapie“, die „Festhaltetherapie“, die „Gestützte Kommunikation“), die zu schnellen Erfolgen auf relativ einfache (wenn auch oft teure) Art und Weise führen sollen, ist groß. Ken hat durch die intensive und sensible Unterstützung besonders seiner Mutter, der früh einsetzenden Autismustherapie und dem Engagement der Mitarbeiter im Kindergarten und der Schule beachtliche Fortschritte gemacht. Er kann sich seiner Familie und den Lehrern begrenzt verständlich machen, ist zur Kontaktaufnahme in der Lage und hat ein gutes Maß an Selbständigkeit erreicht. Auch weiterhin wird Ken auf die intensive, auf seine Behinderung abgestimmte Arbeit der verschiedenen Bezugspersonen angewiesen sein, um die Anforderungen des täglichen Lebens zu bewältigen und sich weiterzuentwickeln.

Jede therapeutische Maßnahme muß auf die individuellen Möglichkeiten, Fähigkeiten und Schwierigkeiten des autistischen Menschen sorgfältig abgestimmt werden. Spezifische Kenntnisse, ein hohes Engagement und Sensibilität der Therapeuten sind hierzu erforderlich. Die Therapie autistischer Kinder kann heute verbessert werden, wenn die Ergebnisse der Therapieforschung (besonders der USA und Englands) konsequenter in die therapeutische Arbeit umgesetzt werden. Besonders erfolgversprechend scheint der sehr frühe Beginn und die hohe Intensität der Förderung zu sein. Die Früherkennung autistischer Kinder muß so verbessert werden, daß eine Förderung schon im Alter von 1 1/2 Jahren möglich wird. Die Frühförderung sollte an der frühen Eltern-Kind-Interaktion ansetzen (vgl. Kusch & Petermann, 2000). Wenn die Eltern in die Lage versetzt werden, trotz der Störungen ihrer Kinder, eine gelungene soziale Interaktion aufzubauen, wird soziales Lernen auch für autistische Kinder möglich!

Literatur

- Baron-Cohen, S. (1992). The theory of mind hypothesis of autism: History and prospects of the idea. *The Psychologist. Bulletin of the British Psychological Society*, 5, 9–12.
- Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness*. London: MT Press.
- Cordes, H. (1985). Früherkennung und Frühförderung bei Frühkindlichem Autismus. *Frühförderung interdisziplinär*, 4, 17–29.
- Cordes, H. & Dzikowski, S. (1991). *Frühförderung autistischer Kinder*. Bremen: Hilfe für das autistische Kind Bremen e. V.
- Cordes, R. (1995). *Soziale Interaktion autistischer Kleinkinder. Videogestützte Analyse der Kommunikation zwischen Mutter und Kind*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.

- Cordes, R. (1998). Förderung von Kommunikation und Interaktion autistischer Kinder. *praxis ergotherapie, 11*, 253–258.
- Courchesene, E. (1991). Neuroanatomic imaging in autism. *Pediatrics, 87*, 781–790.
- Dawson, G. & Lewy, A. (1989). Arousal, attention and the socioemotional impairments of individuals with autism. In G. Dawson (Ed.), *Autism – Nature, diagnosis and treatment* (49–74). New York: Guilford.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD–10, Kapitel V*. Bern: Huber, 2. Auflage.
- Dzikowski, S. & Arens, C. (Hrsg.) (1990). *Autismus heute. Band 2. Neue Aspekte der Förderung autistischer Kinder*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Dzikowski, S. & Vogel, C. (1988). *Störungen der sensorischen Integration bei autistischen Kindern. Probleme von Diagnose, Therapie und Erfolgskontrolle*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Fikar, H., Fikar, S. & Thumm, K. (Hrsg.) (1991). *Körperarbeit mit Behinderten*. Stuttgart: Verlag Konrad Wittwer.
- Gustafsson, L. (1997). Inadequate cortical feature maps: A neural circuit theory of autism. *Society of Biological Psychiatry, 42*, 1138–1147.
- Kehrer, H.E. (1995). *Autismus. Diagnostische, therapeutische und soziale Aspekte*. Heidelberg: Asanger, 5. überarb. Auflage.
- Kiphard, E. (1977). *Wie weit ist mein Kind entwickelt?* Dortmund: verlag modernes lernen.
- Kusch, M. & Petermann, F. (1991). *Entwicklung autistischer Störungen*. Bern: Huber, 2. erweiterte Auflage.
- Kusch, M. & Petermann, F. (2000). Tiefgreifende Entwicklungsstörungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie* (431–452). Göttingen: Hogrefe, 4. völlig veränd. Auflage.
- Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 3–9.
- Lovaas, O. I. & Buch, G. (1997). Intensive behavioral intervention with young children with autism. In N. N. Singh (Ed.), *Prevention and treatment of severe behavior problems. Models and methods in developmental disabilities* (61–86). Pacific Grove: Brooks.
- Maurice, C. (Ed.) (1996). *Behavioral intervention for young children with autism. A manual for parents and professionals*. Austin: pro-ed.
- McEachin, J. J., Smith, T. & Lovaas, O. I. (1993). Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. *American Journal on Mental Retardation, 97*, 359–372.
- Osterling, J. & Dawson, G. (1994). Early recognition of children with autism: A study of first birthday home videotapes. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 24*, 247–257.
- Petermann, F., Kusch, M. & Niebank, K. (1998). *Entwicklungspsychopathologie. Ein Lehrbuch*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Rutter, M. & Schopler, E. (1987). Autism and pervasive developmental disorders: Concepts and diagnostic issues. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 17*, 159–186.
- Saß, H., Wittchen, H. U. & Zaudig, M. (Hrsg.) (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV)*. Göttingen: Hogrefe.
- Schopler, E., Lansing, M. & Waters, L. (1987). *Übungsanleitungen zur Förderung autistischer und entwicklungsbehinderter Kinder (0–6 Jahre). Band 3*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Schopler, E. & Olley, J. G. (1981). Comprehensive educational services for autistic children: The TEACCH model. In C. Reynolds & T. Guthins (Eds.), *Handbook for school psychology*. New York: Wiley.
- Schopler, E. & Reichler, R. J. (1981). *Entwicklungs- und Verhaltensprofil (P.E.P.)*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Schopler, E., Reichler, R. J. & Renner, B. R. (1986). *The Childhood Autism Rating Scale (CARS)*. New York: Irvington.

- Snijders, J. Th. & Snijders-Oomen, N. (1970). *Nicht-verbaler Intelligenztest von Snijders-Oomen (2¹/₂ bis 7)*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Steinhausen, H. Ch. (1993). *Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter*. München: Urban & Schwarzenberg, 2. Auflage.
- Szatmari, P. & Jones, M. B. (1991). IQ and the genetics of autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 897–908.
- Tellegen, P. J., Winkel, M. & Wijnberg-Williams, B. J. (1996). *Snijders-Oomen Non-verbaler Intelligenztest (SON-R 2¹/₂–7)*. Frankfurt: Swets & Zeitlinger.
- Wing, L. & Attwood, A. (1987). Syndromes of autism and atypical development. In D. J. Cohen & A. M. Donellan (Eds.), *Handbook of autism and pervasive development disorders* (3–19). New York: Wiley.
- Zimmermann, A. (1998). *Ganzheitliche Wahrnehmungsförderung bei Kindern mit Entwicklungsproblemen. Möglichkeiten der Sensorischen Integration. Ein Überblick*. Dortmund: verlag modernes lernen.