



Psychologie in Österreich

2&3

Themenschwerpunkt

**Klinisch-
psychologische
Behandlung**

ISSN 1025-1839

Volume 37

Juni 2017

Behandlung der Autismus-Spektrum-Störungen: Ein Überblick

Treatment of Autism Spectrum Disorders: An Overview

Elisabeth Sternbacher-Gabriel

Themenschwerpunkt Klinisch-psychologische Behandlung

Zusammenfassung

Der Begriff „Autismus-Spektrum-Störungen“ umfasst ein vielfältiges Störungsbild, das unterschiedliche therapeutische Zugänge erfordert, wobei verhaltenstherapeutische Methoden besonders bedeutsam sind. Es existieren gut evaluierte und nachweislich effektive Methoden, die im Rahmen dieses Beitrags auszugsweise dargestellt werden sollen.

Abstract

The term “autism spectrum disorders” encompasses a wide clinical picture that requires different therapeutic approaches, whereby behavioral therapeutic methods are particularly important. There are well-evaluated and proven to be effective methods, which are to be presented in the context of this contribution.

1. Einführung/Begriffsbestimmung

Das Verständnis und das Wissen um Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) haben sich seit ihrer Erstbeschreibung 1943 durch Leo Kanner und Hans Asperger stark verändert und deutlich präzisiert. Dennoch erscheint es beachtenswert, dass gerade die Beschreibung Aspergers unserem heutigen Spektrumbegriff nahe kommt. Neben dem Verständnis, dass Autismus eine genetisch bedingte neurobiologische Entwicklungsstörung ist, hat sich auch – wie durch die Einführung des DSM-V sichtbar, die kategoriale Sicht der ASS gewandelt. Die nosologische Unterscheidung in die drei Autismusformen – Frühkindlicher Autismus, Asperger-Syndrom,

Atypischer Autismus – hält wissenschaftlichen Kriterien nicht stand. Dies kommt im nunmehr gebräuchlichen Begriff der Autismus-Spektrum-Störungen zum Ausdruck, wodurch die bislang kategorial unterschiedenen Autismus-Formen als ineinander übergehende Ausformungen eines Spektrums ausgedrückt werden (Freitag, 2014).

1.1. Kernsymptome

Die Kernsymptome der ASS umfassen altersunabhängige Defizite der sozialen Interaktion und Kommunikation sowie eingeschränkte repetitive Verhaltensweisen, Interessen oder Aktivitäten.

Störungen der Interaktion werden u. a. in Form von Problemen in der Initiierung von sozialen Kontakten unabhängig vom Alter sichtbar. Es bestehen Defizite in der Aufnahme, Aufrechterhaltung und dem Verständnis von Beziehungen. Betroffenen fällt es schwer, das eigene Verhalten an verschiedene soziale Kontexte anzupassen. Interessen, Gefühle oder Affekte können oft nur erschwert bis nicht ausgetauscht werden.

Häufig gelingt eine normale wechselseitige Konversation nicht. Auch gut begabte Menschen mit ASS haben im Besonderen in ihrer Kindheit und Jugend Probleme, qualitative Aspekte der Sprache wie Witz, Ironie oder Sprichwörter zu verstehen. Dies kommt u. a. in einem wortwörtlichen Verständnis zum Ausdruck. So könnte ein betroffenes Kind die Frage „Gehst du gerne in die Schule?“ mit – „Nein – ich fahre lieber mit dem Bus.“ oder die Aufforderung: „Kannst du bis zehn zählen.“ mit einem schlichten „Ja.“ beantworten. Auch bestehen Defizite im nonverbalen Kommunikationsverhalten, im Besonderen Blickkontakt und Körpersprache betreffend, begleitet von Defiziten im Verständnis und Gebrauch von Gestik bis hin zum vollständigen Fehlen von Mimik und nonverbaler Kommunikation.

Eingeschränkte, repetitive Verhaltensmuster, Interessen oder Aktivitäten umfassen u. a. einfache motorische Stereotypien, Aufreihen von Spielzeug, Hin- und Herbewegen von Objekten, Echolalie oder einen idiosynkratischen Sprachgebrauch. Häufig finden sich hoch ritualisierte Tagesabläufe, begleitet von einer starken Abneigung/Angst vor Veränderungen. Bei vielen Betroffenen besteht ergänzend eine Hyper- oder Hyporeaktivität auf sensorische Reize und ein geringes Schmerz- und Temperaturempfinden (Falkai & Wittchen, 2015).

1.2. Komorbiditäten und deren Bedeutung in der Behandlung von Autismus-Spektrum-Störungen

Hinsichtlich der komorbiden Symptomatik liegen bei mehr als der Hälfte der Betroffenen sprachliche und motorische Entwicklungsstörungen sowie Intelligenzminderung ($IQ < 70$) vor. Bei Kleinkindern dominieren begleitend Schlafstörungen. Im Kindes- und Jugendalter besteht bei etwas weniger als einem Drittel eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung. Weitere häufig vorkommende Komorbiditäten in dieser Altersgruppe sind emotionale Probleme, Angststörungen und oppositionelles Verhalten. Bei Erwachsenen ohne Intelligenzminderung besteht eine erhöhte Prävalenzrate für Persönlichkeitsstörungen, affektive Störungen, Angststörungen, ADHS, Tic-Störungen und psychotische Störungen (AWMF, 2016).

So findet man auf der einen Seite des Spektrums Menschen mit einer kognitiven Behinderung und stark ausgeprägten Kernsymptomatik, die auf ein engmaschiges Helfersystem angewiesen sind und denen eine selbstständige Lebensführung nicht möglich ist. Auf der anderen Seite finden sich Betroffene mit durchschnittlich bis überdurchschnittlicher Intelligenz und guter sozialer Anpassung.

In der Entwicklungsbegleitung Betroffener wird ergänzend sichtbar, dass sich im Bereich der Kognition oft deutliche Veränderungen ergeben können. So kann sich eine im Kindergartenalter vorliegende Intelligenzminderung und Sprachentwicklungsstörung über den weiteren Entwicklungsverlauf in eine durchschnittliche Intelligenz und einen altersentsprechenden Sprachentwicklungsstand wandeln. Dies wird aktuell mit dem Begriff „Highfunctioning Autismus“ umschrieben, der den Wandel vom Frühkindlichen Autismus in Richtung Asperger-Syndrom bezeichnet.

Um die Voraussetzung für eine autismusspezifische Therapie, wie z. B. eine verhaltenstherapeutische Intervention, zu schaffen, wird eine frühzeitige, häufig medikamentöse Behandlung assoziierter Begleitsymptome, wie z. B. einer hyperaktiven, aggressiven, ängstlichen, zwanghaften oder depressiven Symptomatik, empfohlen (Cholemkery & Freitag, 2014).

1.3. Ätiologie – Grundlage der Behandlung von Autismus-Spektrum-Störungen

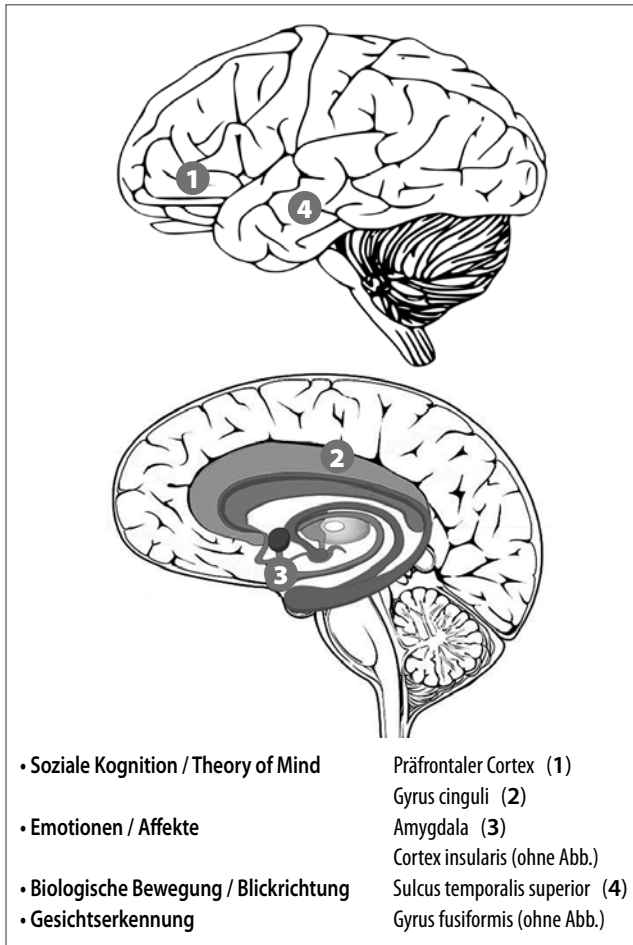
Die derzeit angenommene Prävalenz von Autismus-Spektrum-Störungen liegt bei 0,9-1,1% (Fombonne et al., 2011). Das Verhältnis Jungen zu Mädchen beträgt 2-3:1 (Baird et al., 2006). Menschen mit Intelligenzminderung zeigen ein wesentlich erhöhtes Risiko für ASS, wobei die aktuelle Studienlage für eine Prävalenz von 8-39% spricht (Sappok et al., 2010). Der deutliche Anstieg der Prävalenz von ASS in den letzten Jahren ist vor allem auf eine Verbesserung der diagnostischen Kriterien und eine zunehmende Aufklärung/Sensibilisierung und nicht auf einen tatsächlichen Anstieg der Prävalenz zurückzuführen.

Für die Therapieformen der ASS erscheint das Verständnis der neuropsychologischen und neurokognitiven Besonderheiten dieses Störungsbilds essentiell. Die Erforschung autistischer Störungen ist gerade im letzten Jahrzehnt stark vorangeschritten, jedoch gilt ASS noch nicht ursächlich erforscht. Gut belegt ist, dass es sich bei ASS um eine genetisch verursachte neurobiologische und neurokognitive Entwicklungsstörung handelt. Molekulargenetische Studien lassen ein überdurchschnittlich hohes Ausmaß betroffener Gene vermuten. Dies wird auch im breiten Phänotypus der ASS deutlich (Garber, 2007; Geschwind, 2008). Mehrfach repliziert ist auch der Einfluss eines höheren Alters von Mutter und Vater, Medikamentenexposition in der Schwangerschaft (u. a. Antiepileptika, wie z. B. Valproat und Selektive-Serotonin-Wiederaufnahmehemmer), Röteln-Infektion der Mutter in der Schwangerschaft sowie ein Migrationsstatus der Eltern. Psychosoziale Faktoren beeinflussen hingegen Förderung und Umgang mit den autismusspezifischen Verhaltensweisen sowie den Erkrankungsverlauf (AWMF, 2016).

Die Diagnostik selbst erfolgt aufgrund nicht gesicherter neurobiologischer Marker über das Verhalten. Diesbezüglich liegt eine umfassende aktuelle S3-Leitlinie der AWMF zur Diagnostik von ASS im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter vor.

Neuronale Veränderungen finden sich vor allem in Kernregionen des Gehirns, die für soziale und emotionale Entwicklung zuständig sind. Beeinträchtigungen finden sich im Cerebellum (Planung, Koordination und Feinsteuerung von Bewegung), der Amygdala (Emotionen), in Teilen des Temporallappens (Sprachwahrnehmung und soziale Wahrnehmung) und im präfrontalen Cortex (Aufmerksamkeit, Handlungsplanung, abstraktes Denken, Sozialverhalten), jedoch ohne einheitliche Autismussignatur (Rogers & Dawson, 2014).

Abb. 1: Neurobiologie der ASS (Rogers & Dawson, 2014, S.24)



Weitere Studien sprechen für eine veränderte neuronale Konnektivität, die zu einer unzureichenden Vernetzung weiter entfernter Gehirnareale führt (Peters, 2013). Dies sei mit einem Beispiel dargestellt. Ein 15 Monate altes Kleinkind würde sein Interesse an einem für ihn nicht erreichbaren Spielgegenstand, wie z. B. einem Ball durch Lautieren oder eventuell das Nennen des Wortes Ball signalisieren. Es würde seine Mutter rufen, seinen Blick zwischen der Mutter und dem Ball schweifen lassen und mit einer Zeigegeste seinen Wunsch unterstreichen. Begleitend würde es anhand seiner Mimik und Körperhaltung nonverbal signalisieren, dass es den Ball haben möchte bzw. sich darüber freut, den Ball zu bekommen. Diese Leistungen umfassen die Fähigkeit zur geteilten Aufmerksamkeit, Aspekte der visuellen Wahrnehmung, Motorik, Sprache und Emotionen, also ein vernetztes Miteinander vieler Gehirnbereiche. Bei ASS verläuft dieser Prozess weniger effektiv vernetzt und somit kann auch das veränderte Verhalten eines autistischen Kindes erklärt werden. Dieses würde in diesem Alter i. B. durch fehlenden Blickkontakt, fehlender Joint Attention, fehlendes Zeigen mit dem Finger, verzögerte Sprachentwicklung und ein nicht Kundtun von Interesse besonders auffallen.

Hier setzen Frühförderprogramme wie Applied Behavior Analysis oder das Early Start Denver Model an, deren Ziel es ist, zu einem möglichst frühen Zeitpunkt

diese neurobiologischen, neurokognitiven und neuropsychologischen Defizite zu kompensieren und somit die Basis für weitere Entwicklungsschritte zu stärken und zu erweitern.

2. Behandlung

Der Begriff ASS subsumiert eine große Bandbreite an Erscheinungsformen vom mehrfach behinderten bis zum hochbegabten Menschen aller Altersklassen. Das breite Bild der ASS erfordert daher unterschiedliche therapeutische Zugänge. Die Methoden variieren in Abhängigkeit von Alter, kognitivem Entwicklungsstand und komorbider Störung, wobei Letztere ebenfalls diagnostisch erfasst wie auch therapeutisch begleitet sein wollen.

In der Behandlung von ASS dominieren verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Therapieformen, wobei in Abhängigkeit zum allgemeinen Entwicklungsstand unterschiedliche Lernformate, wie das diskrete oder natürliche Lernformat, zur Anwendung kommen. Primäre verhaltenstherapeutische Prinzipien, die in vielen Förderprogrammen verankert sind, sind u. a.:

- Antezedent-Verhalten-Konsequenz-Beziehung, im Besonderen Verstärkung von erwünschten Verhalten durch Token-Systeme, wie z. B. spezielle Spiele, Lob, Süßigkeiten etc., wobei das systematische Ausschleichen der Verstärker zur Stabilisierung des Verhaltens wesentlich ist
- Prompts (Hilfestellungen, wie z. B. Handführung, strukturierte Lernumgebungen, die nur – wenn notwendig und bedacht – eingesetzt werden)
- Shaping (ein zu erlernendes Verhalten oder eine Fähigkeit wird in einzelne Lernschritte zerlegt und schrittweise aufgebaut)
- Chaining (Inhalte werden schrittweise gelernt und auf bereits Erlerntem aufgebaut)

Etablierte Therapieprogramme, die häufig bei niedrigem Funktionsniveau (Frühkindlicher Autismus) Anwendung finden, stellen im Besonderen die Applied Behavior Analysis (ABA), Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children (TEACCH) und das Picture Exchange Communication System (PECS) dar. Diese werden auch unter dem Begriff „strukturierte Therapie“ zusammengefasst. Zum Erfolg strukturierter Therapie existieren mehr als 1.000 Forschungsdokumentationen (Bernard-Opitz, 2015). Interventionen bei hohem Funktionsniveau (Highfunctioning Autismus und Asperger-Syndrom) umfassen häufig eine Förderung der sozialen Kompetenz. Diesbezüglich existieren mehrere evaluierte Programme.

In Deutschland und Österreich gibt es nur wenige Studien zur Wirksamkeit von Autismus-Therapien, wobei sich diesbezüglich vor allem in den letzten Jahren eine erste Veränderung erkennen lässt. Studien aus dem

anglo-amerikanischen Sprachraum lassen die stärkste empirische Evidenzbasis für die Applied Behavior Analysis (ABA), das Pivotal-Response Training (PRT) und das Early Start Denver Model (ESDM) erkennen.

Als prognostisch günstige Faktoren für die Entwicklung von Kindern mit ASS haben sich gut entwickelte sprachliche und kognitive Faktoren, früh beginnende Interventionen, Kontakte mit unterstützenden Einrichtungen und eine geringe Schweregradausbildung herausgestellt. Insofern ist die frühe Diagnosestellung und in weiterer Folge eine möglichst frühzeitig begonnene und spezifische Frühförderung in der Behandlung von Autismus-Spektrum-Störungen besonders bedeutsam.

Hinsichtlich notwendiger TherapeutInnenvariablen ist ein fundiertes Wissen über Autismus-Spektrum-Störungen unabdingbar. Anlässlich der Bedarfsanalyse zum Therapieprogramm „GATE“ (Gawronski et al., 2012) wurden von Erwachsenen mit ASS als wichtige übergreifende TherapeutInnenmerkmale Zugewandtheit, Akzeptanz und Wohlwollen sowie eine Anpassung an die Bedürfnisse der autistischen KlientInnen hinsichtlich Kommunikationsform (schriftlich vs. verbal), Sitzungsstruktur (sehr strukturiert) und Terminplanung (immer der gleiche Termin) genannt.

2.1. Frühförderung

„Normale Kinder ... lernen unbewusst, instinktiv ... Sie [autistische Kinder, Anm. der Autorinnen] müssen alles verstandesgemäß erlernen ... Bei manchen Kindern erreichte man dadurch eine fast reibungslose Einordnung, dass man einen genauen Stundenplan feststellte, in dem, vom Aufstehen zu bestimmter Zeit angefangen, alle Beschäftigungen und Pflichten des Tages genau aufgezählt waren.“ (Hans Asperger, 1943; S. 103, zitiert nach Cholemkery & Freitag, 2014).

Im Kleinkind- und Vorschulalter wird empfohlen, unabhängig vom Schweregrad und den kognitiven Fähigkeiten, verhaltenstherapeutisch basierte, intensive Frühförderung durchzuführen. Die Evidenz dieser Therapieverfahren, die teilweise, als sehr hoch bezeichnet wird, ist hingegen auch aufgrund häufig unzureichender Studienqualität nicht sicher einschätzbar. Baird (2011) geht von einer mäßig bis guten Evidenz aus. Einen guten Überblick über strukturierte Therapien findet man bei Bernard-Opitz (2015) in ihrem Praxishandbuch „Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen“.

2.1.1. Angewandte Verhaltensanalyse

Die erste intensive verhaltenstherapeutische Frühfördermaßnahme war die Applied Behavior Analysis (ABA). ABA steht für angewandte Verhaltensanalyse und wurde von Lovaas (1987) als intensives auf verhaltenstherapeutischen Grundprinzipien beruhendes Frühförderpro-

gramm seit Ende der 60er Jahre entwickelt. Mit Lovaas stand erstmals ein effektiver Ansatz zur Förderung autistischer Kinder zur Verfügung. Durch kleine Lernschritte, klare und wiederholende Sprache und unmittelbare Konsequenzen gelang es, einfache Grundfertigkeiten wie Imitation und Sprache auf- sowie Verhaltensprobleme abzubauen. Die frühe Form der „Lovaas Therapie“ ist im Besonderen in der Form des diskreten Lernformats nicht unumstritten. ABA-Vertreter betonen diesbezüglich, dass die Methode über die letzten Jahrzehnte erheblich verändert, erweitert und um entwicklungspsychologische, kognitive, soziale und emotionale Erkenntnisse ergänzt wurde.

ABA kommt ab einem Alter von ca. zwei Jahren primär im Vorschul- und frühen Schulalter zur Anwendung und kennzeichnet sich durch seine hohe zeitliche Intensität von mindestens 20 Stunden pro Woche über einen Zeitraum von drei Jahren aus. Somit ist ihr Einsatz in klassischer Form in Österreich und auch in Deutschland wenig verbreitet (Cholemkery & Freitag, 2014). ABA zählt jedoch besonders in Amerika zu den effektivsten Therapieformen bei Autismus. Auch existieren zu ABA bzw. verhaltensbasierten Interventionen die meisten Wirksamkeitsstudien.

2.1.2. Weiterentwicklung der klassischen Applied Behavior Analysis

Weiterentwicklungen der klassischen ABA betonen zunehmend den Einsatz „natürlicher Lernformate“, womit Lernen in alltäglichen Situationen und in weniger starrer Weise, wohl aber mit verhaltenstherapeutischen Grundprinzipien beschrieben wird. So basiert das Pivotal-Response Training (PRT) von Schreibman und Koegel (2005) auf den Prinzipien der ABA, betont jedoch die Vorteile eines natürlichen und interaktiven Fördersettings, wodurch wesentlich bessere Lerneffekte – im Sinne von erhöhter Motivation, einem erhöhten Ausmaß an Verhaltensveränderung und Generalisierung – erzielt werden können. PRT fördert zentrale Bereiche der Entwicklung eines Kindes wie Motivation, Reaktionsfähigkeit, Selbstmanagement und soziale Interaktion und weniger isolierte Fähigkeiten. Schwerpunkte der Therapie sind die Motivation und Selbstinitiative des Kindes, natürliche Spielumgebungen und die Rolle der Eltern als Interventionsvermittler.

PRT gilt derzeit als eines der empirisch am besten belegten Frühförderprogramme, vor allem für den Aufbau kommunikativer und sozialer Kompetenzen sowie Sprachfertigkeiten (Rogers & Dawson, 2014).

2.1.3. Early Start Denver Model (ESDM)

ESDM (Rogers & Dawson, 2014) ist ein hochfrequentes Interventions- und Frühförderprogramm, welches auf

empirisch gesichertem Wissen über Lern- und Entwicklungsprozesse im Säuglings- und Kleinkindalter basiert. ESDM bedient sich einer Kombination von Therapiemethoden und Techniken aus ABA, PRT und ihrer Vorläuferversion, dem Denver-Modell. Ihr Ziel ist es, Autismussymptome zu mildern und i. B. die kognitive, sozial-emotionale und sprachliche Entwicklung zu fördern. ESDM setzt verhaltenstherapeutische Verfahren bedacht ein. Die Kind- und Beziehungsorientierung, aber auch der positive Affekt in der direkten Interaktion werden als wesentlich erachtet. Zentraler Gedanke ist hierbei, dass die Biologie des Autismus eine grundlegende Beeinträchtigung der sozialen Motivation mit einschließt, aber auch alle Entwicklungsbereiche beeinflusst. Das Programm kann in einem Alter von einem Jahr begonnen und bis zu einem Alter von fünf Jahren durchgeführt werden. Es ist interdisziplinär ausgerichtet, wobei den Eltern und der koordinativen und evaluierenden Funktion des/der TeamleiterIn eine besondere Rolle zugesprochen wird. In 12-wöchigen Abständen werden im Rahmen einer standardisierten Förderdiagnostik Therapieziele und Förderschritte formuliert und für das Kind ein individualisierter Therapieplan erstellt. Das Programm kann sowohl einzeln wie auch in Gruppen umgesetzt werden. Wesentliche Förderbereiche sind hierbei die sozio-emotionale, aber auch die kognitive und sprachlich-kommunikative Entwicklung.

ESDM erfährt im deutschen Sprachraum zunehmende Aufmerksamkeit und bislang auch hohe Akzeptanz und wird erstmals in Europa im Autismuskompetenzzentrum des Konventhospitals der Barmherzigen Brüder in Linz umgesetzt.

2.2. Visuelle Programme

Menschen mit ASS zeigen häufig bessere visuelle als auditive Fähigkeiten. Viele Kinder, aber auch Erwachsene mit ASS haben keine Sprache und reagieren auf non-verbale kommunikative Signale oft nur eingeschränkt. Studien zur Intelligenzstruktur zeigen, dass viele Menschen mit ASS eine interindividuelle Stärke im Bereich der visuell-räumlichen Wahrnehmung und der Gedächtnisfunktionen aufweisen. Zudem können visuelle Informationen meist auch ohne die Interpretation sozialer Signale verstanden werden und sind zudem beständiger. Die Verarbeitung visueller Informationen und der Transfer in eine Handlung gelingen Menschen mit ASS meist leichter als jene auditiver Informationen.

Strukturierung und Visualisierung sind daher wesentliche Grundelemente autismusspezifischer Therapieformen, helfen aber auch den Alltag für Betroffene zu erleichtern. Bekannte Methoden sind hierbei TEACCH, PECS, aber auch Comic Strip Conversation.

2.2.1. Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children (TEACCH)

Das TEACCH Programm ist ein – seit Jahrzehnten – bekanntes Autismusprogramm und mehr als eine Therapiemethode. TEACCH ist die Bezeichnung für das staatliche Autismusprogramm des amerikanischen Bundesstaats North Carolina, das Betroffenen und ihren Familien eine Begleitung über die gesamte Entwicklungsspanne ermöglicht. TEACCH ist mittlerweile fester Bestandteil der therapeutischen und pädagogischen Arbeit mit Menschen mit ASS weltweit.

Ziel von TEACCH (Häußler, 2005) ist die Behandlung und pädagogische Förderung autistischer und in ähnlicher Weise kommunikationsbehinderter Kinder. TEACCH umfasst neben seinen Methoden zur Strukturierung aber auch ein individualisiertes Förderprogramm. Diesbezüglich stehen diagnostische Verfahren wie PEP-R für Kinder und AAPEP für Jugendliche und Erwachsene zur Verfügung.

Ein wesentlicher Bestandteil von TEACCH ist jedoch der Einsatz unterschiedlichster Formen visueller Strukturierung, u. a. in Form von Piktogrammen, optischen Signalen und Bildern, welche der Kompensation neuropsychologischer Defizite dienen. Hierdurch gelingt es, Raum, Abläufe oder Zeit besser verständlich zu machen. Wesentliches Ziel von TEACCH ist es, Menschen mit ASS in ihrer Selbstständigkeit zu unterstützen und ihnen soziale Teilhabe durch Orientierung und Planbarkeit zu ermöglichen. Das Verdeutlichen von Abläufen und die Vermittlung von Vorhersehbarkeit führen aber auch zu einer Verminderung von Verhaltensproblemen.

Zeitliche Orientierung wird z. B. durch bebilderte Tagespläne, „Erst-dann“-Abläufe oder den Einsatz eines Timetimers erleichtert. Es kommen u. a. bebilderte Handlungspläne und eine spezielle Gestaltung des Arbeitsbereiches zum Einsatz, mit denen Arbeitsabläufe verdeutlicht werden können. Räumliche Orientierung wird vielfach dadurch erleichtert, dass mittels Bildkarten oder anderer Formen der Visualisierung (z. B. Farben, Trennlinien) verschiedene Aktivitäten verschiedenen Raumbereichen zugeordnet werden.

TEACCH kann als Methode für das gesamte Spektrum verstanden werden, kommt jedoch besonders häufig bei ASS mit niedrigem Funktionsniveau bzw. Frühkindlichem Autismus zur Anwendung.

2.2.2. Picture Exchange Communication System (PECS)

PECS wurde in den 1980er Jahren von Frost und Bondy (2011) als alternatives Kommunikationssystem entwickelt. Es zählt mittlerweile zu den bekanntesten und effektivsten alternativen Kommunikationssystemen weltweit. Ziel von PECS ist es, Menschen mit ASS, aber

auch anderen Behinderungen ohne aktive Sprache funktionelle Kommunikation zu ermöglichen. Dies geschieht über den Austausch von Bildkarten. Die Einführung in das System erfolgt über sechs Phasen mit Hilfe verhaltenstherapeutischer Lehrstrategien basierend auf Prinzipien der Applied Behavior Analyses. Forschungsergebnisse zeigen aber auch, dass PECS verbalsprachliche Fähigkeiten fördert und vormals nonverbalen Kindern zum Erwerb aktiver Sprache verhelfen kann (Schreibman & Stahmer, 2014). PECS kann im Alter von zwei Jahren begonnen und über die gesamte Lebenszeit eingesetzt werden.

2.3. Trainingsprogramme zur Förderung der sozialen Kompetenz im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter

Förderprogramme zur Unterstützung der sozialen Kompetenz liegen mittlerweile sowohl als Einzel- wie auch Gruppeninterventionsprogramme für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in vielfältiger und zunehmend besser evaluierter Weise vor. Ziel ist nicht die Symptombefreiheit, sondern der Aufbau zusätzlicher sozialer Kompetenzen. Sie wenden sich vorrangig an Betroffene aus dem hochfunktionalen Bereich (Highfunctioning oder Asperger-Autismus). Sie basieren auf neuropsychologischen Besonderheiten der ASS, wie dem Konzept der schwachen zentralen Kohärenz, der Einschränkung in der Theory of Mind und der Exekutivfunktionen. Mit Störungen im Bereich der Exekutivfunktionen wird u. a. repetitives Verhalten, Festhalten an Routinen und Gleichbleibendem, Planungs- und Initalisierungsschwächen bei Betroffenen erklärt. Die hohe Detailwahrnehmung und die Problematik, Geschehnisse ganzheitlich zu verstehen, spiegelt sich im Konzept der zentralen Kohärenz wider.

Die Probleme in der Theory of Mind stellen einen weiteren wesentlichen Förderschwerpunkt der sozialen Kompetenzbehandlung dar. Hierunter fallen die Schwierigkeiten, mentale Zustände, wie Gefühle, Gedanken, Wünsche oder Absichten, bei sich und bei anderen zu verstehen. Dies zeigt sich auch in unterschiedlichen Besonderheiten der ASS, wie einer monologisierenden Sprache, fehlendem Verständnis für Metaphorik, Witz, Smalltalk, Problemen in der Perspektivenübernahme, Schwierigkeiten, das Konzept Freundschaft zu verstehen, und wird auch in folgendem Zitat deutlich:

„Ich denke, dass das Erkennen von Gefühlen, Absichten, Meinungen, Wünschen, Unausgesprochenem für mich das größte Problem ist. ... das sich ... Hineinversetzen können ... in meine Gefühle ..., ist das Schwierigste für mich und löst bei mir Verwirrung, Irritation und ein Gefühl von Versagen und Schwäche aus.“ (Schneebeli, 2009, S. 46f., zitiert nach Jenny et al., 2012).

Das Ausmaß sozialer Motivation ist unterschiedlich ausgeprägt. Betroffene Kinder zeigen meist wenig Interesse am Kontakt mit Gleichaltrigen. Manche Jugendliche und Erwachsene würden sich diesen jedoch verstärkt

wünschen. Den Betroffenen fehlt jedoch das Wissen um das Wie.

Die Vorliegenden sozialen Kompetenztrainings ähneln sich in Aufbau und Struktur, sind mehrheitlich zufriedenstellend evaluiert und gut umsetzbar. Wesentliche Therapiebausteine sozialer Kompetenztrainings sind im Besonderen:

- Psychoedukation (der Betroffenen und deren Angehörigen, wie z. B. Eltern, Partner)
- Theory of Mind Training, u. a. durch
- Gefühlserkennung (Gefühle erkennen, benennen, verstehen und mit auslösenden Funktionen verknüpfen)
- Perspektivenübernahme u. a. durch False-Belief-Aufgaben
- Förderung kommunikativer Kompetenzen, wie Smalltalk oder des Verständnisses für Ironie, Redewendungen, übertragender Bedeutungen.
- Kontaktaufnahme und Freundschaft
- Impulskontrolle und Selbstregulation
- Umgang mit Konflikten und Kritik
- Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Umgang mit Stress
- Erkennen von Ressourcen, Förderung positiver Selbstwahrnehmung

Im deutschen Sprachraum kommen diesbezüglich bei Kindern und Jugendlichen im Besonderen das Soziale Kompetenztraining für Kinder und Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen (Cholemkery & Freitag, 2014), TOMTASS – Theory-of-Mind-Traing bei Autismus-Spektrumstörungen (Paschke-Müller et al., 2017), KOMPASS – Züricher Kompetenztraining für Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen (Jenny et al., 2012) zur Anwendung. Ergänzend liegt ein verhaltenstherapeutisches Gruppenmanual von Gawronski et al. (2012) für die Behandlung Erwachsener vor, welches schwerpunktmäßig das Verhaltensrepertoire Betroffener im sozialen Kontext und die Stressbewältigung stärkt.

3. Zusammenfassung und Ausblick

Die Behandlung von Autismus-Spektrum-Störungen umfasst ein breites Störungsbild. Sie muss dem kognitiven und sprachlichen Entwicklungsstand, aber auch dem Lebensalter Betroffener angepasst werden. Es existieren mittlerweile viele gut evaluierte Therapieprogramme – beginnend im Bereich der Frühförderung bis hin zur Behandlung Erwachsener – die im Rahmen dieses Beitrages nur auszugsweise dargestellt werden konnten. Vor allem früh einsetzende Hilfe (u. a. ABA, PRT, ESDM) kann nachweislich die autistische Symptomatik auf neurobiologischer Ebene mildern. Visuelle Programme wie TEACCH ermöglichen eine Kompensation neuropsychologischer Defizite und verhelfen durch Strukturierung

den Betroffenen zu mehr Selbstständigkeit und Teilhabe am Alltagsleben. Soziale Kompetenztrainings unterstützen Menschen mit hochfunktionalem Autismus, soziale Isolation zu überwinden und ihr soziales Verhaltensrepertoire zu erweitern.

Dennoch muss angemerkt werden, dass trotz vielfältiger und gut evaluierter Methoden und Programme das entsprechende Angebot in Österreich mehr als überschaubar und zumeist auch privat zu finanzieren ist. Dies stellt die Betroffenen und deren Eltern oft vor unüberwindbare Hürden und behindert den Zugang zu effektiven therapeutischen Hilfen. Eine Verankerung nachweislich wirksamer Methoden der Behandlung von Autismus-Spektrum-Störungen im österreichischen Gesundheitssystem und Finanzierung derselben durch die öffentliche Hand würde eine effektive Behandlung aller Betroffenen dieser Entwicklungsstörung, die häufig sehr umfangreiche Unterstützung erfordert und sich in allen Lebensbereichen stark einschränkend auswirken kann, ermöglichen.

Literatur

- ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN (AWMF) (2016). Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Teil 1: Diagnostik. Verfügbar: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-018l_S3_Autismus-Spektrum-Stoerungen_ASS-Diagnostik_2016-05.pdf (Zugriff am 15.04.17)
- BAIRD, G., DOUGLAS, H. R. & MURPHY, M. S. (2011). Recognising and diagnosing autism in children and young people: Summary of NICE guidance. *British Medical Journal*, 343, d6360.
- BAIRD, G., SIMONOFF, E., PICKLES, A., CHANDLER, S., LOUCAS, T. & MELDRUM, D. (2006). Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP). *The Lancet*, 368(9531), 210-215.
- BERNARD-OPITZ, V. (2015). *Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS). Ein Praxishandbuch für Therapeuten, Eltern und Lehrer.* Stuttgart: Kohlhammer.
- BERNARD-OPITZ, V. (2009). Applied Behavior Analysis (ABA)/Autismspezifische Verhaltenstherapie. In S. Bölte (Hrsg.), *Autismus: Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven* (S. 242-259). Bern: Hans Huber.
- CHOLEMKERY, H. & FREITAG, C. M. (2014). *Soziales Kompetenztraining für Kinder und Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen.* Weinheim, Basel: Beltz.
- FALKAI, P. & WITTCHEM, H-U. (Hrsg.) (2015). *Diagnostische Kriterien DSM 5.* Göttingen: Hogrefe.
- FOMBONNE, E., QUIRKE, S. & HAGEN, A. (2011). Epidemiology of pervasive developmental disorders. In D. G. Amaral, G. Dawson & D. H. Geschwind (Hrsg.), *Autism Spectrum Disorders* (S. 90-111). New York: Oxford University Press.
- FREITAG, CH. (2014). Autismus-Spektrum Störung nach DSM-5. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 42, 185-192.
- FROST, L. A. & BONDY, A. S. (2011). *Das Picture Exchange Communication Trainingshandbuch.* Rodgau: Pyramid Educational Consultants of Germany UG.

- GARBER, K. (2007). Neuroscience: Autism's cause may reside in abnormalities at the synapse. *Science*, 17, 190-191.
- GAWRONSKI, A., PFEIFFER, K. & VOGLEY, K. (2012). *Hochfunktionaler Autismus im Erwachsenenalter. Verhaltenstherapeutisches Gruppenmanual.* Weinheim, Basel: Beltz.
- GESCHWIND, D. H. (2008). Autism: Many genres, common pathways? *Cell*, 135, 391-395.
- HÄUSSLER, A. (2005). *Der TEACCH Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus. Einführung in Theorie und Praxis.* Dortmund: Modernes Lernen.
- JENNY, B., GOETSCHEL, P., ISENMISCH, M. & STEINHAUSEN, H.-C. (2012). *KOMPASS – Züricher Kompetenztraining für Jugendliche mit ASS.* Stuttgart: Kohlhammer.
- 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.
- PASCHKE-MÜLLER, M., BISCALDI, M., RAUH, R., FLEISCHHAKER, C. & SCHULZ, E. (2017). *TOMTASS – Theory-of-mind-Training bei Autismusspektrumstörungen. Freiburger Therapiemanual für Kinder und Jugendliche.* Heidelberg: Springer.
- PETERS, J. M. (2013). Neural connectivity abnormalities in autism. Verfügbar: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23445896> (Zugriff 15.4.2017).
- ROGERS, S. J., DAWSON G. & HOLZINGER D. (Hrsg.) (2014). *Frühintervention für Kinder mit Autismus. Das Early Start Denver Model.* Bern: Hans Huber.
- SAPPOK, T., BERGMANN, T., KAISER, H. & DIEFENBACHER, A. (2010). Autismus bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung. *Nervenarzt*, 81, 1333-1345.
- SCHREIBMAN, L. & KOEGEL, R. L. (2005). Training for parents of children with autism: Pivotal responses, generalization and individualization of interventions. In E. D. Hibbs & P. S. Jensen (Hrsg.), *Psychosocial treatment for children and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (S. 605-631). Washington, DC: American Psychological Association.
- SCHREIBMANN, L. & STAHER, A. C. (2014). A Randomized Trial Comparison of the Effects of Verbal and Pictorial Naturalistic Communication Strategies on Spoken Language for Young Children with Autism. *Journal Autism and Developmental Disorders*, 44(5), 1244-1251.

Autorin

Mag. Elisabeth Sternbacher-Gabriel

Studium der Psychologie an der Universität Wien, Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin (Schwerpunkt: entwicklungspsychologische Diagnostik und Beratung, Autismus-Spektrum-Störungen), Vertragspsychologin, Verkehrspsychologin, autismusspezifische Aus- und Fortbildung (u. a. Diagnostik mittels ADOS-2 und ADI-R, Special Trainer für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Autismus und speziellen Entwicklungsstörungen, Picture Exchange Communication System), Seminar- und Vortragstätigkeit.

Sparkassengasse 3
A-9620 Hermagor
praxis@sternbacher.at
www.sternbacher.at

