

Hochschule Magdeburg-Stendal (FH)/Standort Stendal
Fachbereich: Angewandte Kindheitswissenschaften
Professor: Prof. Dr. Raimund Geene
Zweitkorrektur: Dr. Nadine Grochla-Ehle



Bachelor-Thesis

Autismus – Eine tiefgreifende Entwicklungsstörung

Sabrina Hartkopf
Zollensteig 14
39590 Tangermünde
Matrikel-Nr. 20102873
E- Mail: sabsi-89@web.de
Tel. 0174/2412471

Tangermünde, den 19.05.2015

Eidesstattliche Erklärung zur Bachelorarbeit

Hiermit versichere ich, diese Bachelorarbeit selbstständig und lediglich unter Benutzung der angegebenen Quellen und Hilfsmittel verfasst zu haben.

Desweiteren erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Tangermünde, den 19.05.2015

Unterschrift

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	4
2. Erstbeschreibung autistischer Störungen	6
3. Klassifikation	
3.1. Frühkindlicher Autismus	8
3.2. Asperger- Syndrom	11
4. Diagnostik	15
5. Therapieansätze.....	20
5.1. Verhaltenstherapien	21
5.2. Medikamentöse Therapien	22
5.3. Ergänzende Maßnahmen	22
6. Das Mentalisieren.....	24
6.1. Theorie of Mind.....	25
7. Erfahrungen in der Praxis	25
7.1. Fall Taylor.....	28
7.2. Empfindungen einer Entwicklungshelferin im Fall Taylor	30
8. Theorie-Praxis-Bezug	33
9. Fazit	34
10. Literaturangabe	36
11. Anhang Interview.....	37

1. Einleitung

Autistische Störungen sind vielschichtige Phänomene und gehören zu den schwersten psychischen Störungen im Kindesalter. Das Spektrum erstreckt sich über verschiedene Ausprägungsgrade in der Symptomatik. Sie reichen von schweren autistischen Merkmalen mit erheblichen geistigen und sprachdefizitären Störungen, bis hin zu schwächerer autistischer Symptomatik mit einem erhöhten Begabungsgrad sowie einer sehr gut entwickelten Sprache. Darüber hinaus betreffen die Beeinträchtigungen viele Verhaltensbereiche, aufgrund derer die Störung prinzipiell diagnostiziert wird, und sind als Folge einer verzögerten Entwicklung anzusehen.¹ Diese können von Geburt an vorliegen oder in aller frühesten Kindheit entstehen.

Der Autismus, sowie deren verschiedene Ausprägungsgrade zählen zu den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen und werden gemäß der gängigen psychiatrischen Klassifikationssysteme ICD – 10 der Weltgesundheitsorganisation und der DSM IV der American Psychiatric Association dargestellt.² Der Begriff der Autismus- Spektrum- Störung wurde in der letzten Zeit verwendet, um zu beschreiben, dass es sich bei den in der ICD- 10 und dem DSM- IV aufgeführten autistischen Störungsbildern nicht unbedingt um unterschiedliche, voneinander abzugrenzende Störungsbilder handelt. Vielmehr geht es um unterschiedliche Ausprägungsgrade einer Störung mit den drei Kernsymptomen der qualitativen Beeinträchtigung der Zwischenmenschlichen Beziehung, der qualitativen Beeinträchtigung der verbalen oder der nonverbalen Kommunikation und dem beschränkten Aktivitäts- und Interessenrepertoire.

Autisten fällt es schwer, die Welt, in der sie leben, sowohl die in ihr lebenden Individuen als auch sich selbst zu verstehen. Das Bild der Außenwelt ist demnach anders als die, der Erlebenswelt anderer Menschen und kann nicht gänzlich so erlebt werden. Insbesondere werden gewisse Details scharf gesehen aber Zusammenhänge können nicht erkannt werden.

¹ Vgl. Poustka, Fritz/ Bölte, Sven/ Feineis-Matthews, Sabine/ Schmötzer, Gabriele: Autistische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Göttingen 2008, Seite 15

² Vgl. Remschmidt, Helmut: Autismus. Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen. München 2000, Seite 14

Inhalt dieser Bachelorarbeit wird daher die Erstbeschreibung des Krankheitsbildes, sowie die Klassifikation, in Frühkindlichem Autismus und dem Asperger- Syndrom, sein, um Kerninformationen von Autismus als tiefgreifende Entwicklungsstörung zu verstehen. Desweiteren gehe ich auf die Diagnostik in Bezug auf die Richtlinien der ICD- 10 und der DSM IV, sowie weitere standardisierte Testverfahren ein.

Wie auch in anderen diagnostischen Verfahren diverser Erkrankungen, werden nach einer eindeutigen Autismusdiagnostik verschiedene Therapieansätze auf den individuellen Verlauf sowie dem Schwere- und Ausprägungsgrad der Erkrankung angepasst. Ich gehe kurz auf die Verhaltenstherapie, die Medikamentöse Therapie und ergänzende Maßnahmen ein.

Mein Hauptaugenmerk lege ich jedoch auf den Praxisbezug durch ein von mir persönlich durchgeführtes Projekt mit geistig beeinträchtigten Kindern an der Behindertenschule in Stendal, sowie die Befragung einer Entwicklungshelferin eines an Frühkindlichem Autismus erkrankten Jungen namens Taylor. Mit Hilfe dieser Erhebungen sowie den Einbezug jeglicher Fachliteratur, gehe ich speziell auf das Sozialverhalten ein.

Die Gesamtheit aller aufgeführten Schwerpunkte, soll mich zu einer aufschlussreichen Antwort auf folgende Forschungsfrage führen.

„Ein bewusstes Zurückziehen in die eigene Phantasiewelt oder die eingeschränkte Fähigkeit eine soziale Welt bewusst zu erleben?“

2. Erstbeschreibung autistischer Störungen

Der Schweizer Psychiater Eugen Bleuler führte den Begriff Autismus im Jahr 1911 erstmals ein. Mit diesem beschrieb er ein Grundsymptom der Schizophrenie, welche demnach als kindliche Schizophrenie bezeichnet wurde. Bis in die 70er Jahre galten der Autismus und die Schizophrenie als zwei Störungen des gleichen Wesens. Heute weiß man jedoch, dass beide Krankheitsbilder klar voneinander abzugrenzen sind.³

Der austro-amerikanische Kinderpsychiater Leo Kanner beschrieb 1943 erstmals die autistische Störung als solche. Zunächst sorgten seine Ausführungen in der Bevölkerung für Verwirrung, da dieser bis dahin als Rückzug in eine Phantasiewelt von schizophrenen Menschen galt. Jedoch wurde nun deutlich, dass autistische Kinder oder auch Erwachsene sich nicht aktiv in eine Phantasiewelt zurückziehen, sondern sie primär von der Geburt an unfähig beziehungsweise eingeschränkt fähig sind, soziale Kontakte zu entwickeln. Mithilfe eines österreichischen Pädiaters, namens Hans Asperger, welcher unabhängig von Kanner autistisches und abnormes Verhalten bei Jugendlichen entdeckte, wurde diese Aussage und die bisherigen Forschungen bestätigt. Im Gegenteil zu der Schizophrenie, wird der soziale Kontakt zu der Außenwelt von Grund auf vermieden, und basiert nicht auf den Rückzug bereits vorhandener Kontakte.⁴ Von Beginn an herrscht ein „autistisches“ Alleinsein, in dem man als Betroffener gefangen ist. Die Gesamtheit von allen einwirkenden Reizen auf das Kind wird zum einen nicht beachtet und zum anderen ignoriert. Es besteht eine Störung des affektiven Kontaktes, welche die emotionale, mentale und seelische Welt entgleisen lässt. Laut elterlicher Beschreibung wird dies dann so empfunden, als würden die Kinder in einer Schale leben, als wären sie glücklich, wenn man sie allein lässt, als würden sie hypnotisiert handeln oder von ihrer Umgebung keine Notiz nehmen.⁵

An dieser Stelle möchte ich direkt an meine Forschungsfrage anknüpfen. „Ein bewusstes Zurückziehen in die eigene Phantasiewelt oder die eingeschränkte

³Vgl. Poustka, Fritz/ Bölte, Sven/ Feineis-Matthews, Sabine/ Schmötzler, Gabriele: Autistische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Göttingen 2008, Seite 1

⁴ Vgl. Remschmidt, Helmut: Autismus. Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen. München 2000, Seite 10

⁵ Vgl. Remschmidt, Helmut: Autismus. Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen. München 2000, Seite 9

Fähigkeit eine soziale Welt bewusst zu erleben?“ Kanners und Aspergers Ausführungen in Bezug auf den Rückzug in eine für die Außenwelt abgeschottete Lebenswelt von Autisten ist deutlich zu erkennen, dass sie bereits der Annahme waren, dass Kinder sich aufgrund von verschiedenen Faktoren in eine Kapsel des „Ichs“ einschließen, dies aber nicht bewusst beeinflussen können. Es wird deutlich, dass eine erhebliche Störung des extravertierten Kontaktes der Auslöser des separierenden und isolierten Verhaltens sei. Dies bestätigt, die Hypothese, dass die Generation Autismus tatsächlich eine restriktive Fähigkeit besitzt, die soziale Umgebung bewusst zu erleben. „Die herausragende fundamentale pathognomonische Störung, ist die von Geburt an bestehende Unfähigkeit, sich in normaler Weise mit Personen oder Situationen in Beziehung zu setzen.“⁶

Ungeachtet dessen wird jedoch nicht auf das bewusste Erleben von Kindern eingegangen. Es heißt, der soziale Kontakt wird grundlegend von Beginn der Entwicklung an, vermieden.

Gegenwärtig wird der Begriff Autismus vor allem mit den Autismus- Spektrum- Störungen, dem frühkindlichen Autismus (Kanner- Syndrom) und dem Asperger- Syndrom, welche nach ihren Erstbeschreibern benannt wurden, verbunden.⁷ Diese werden im Folgenden nochmals aufgegriffen und verdeutlicht, da sie fortan Gegenstand des aktuellen Forschungsstandes sind.

⁶ Vgl. Sinzig, Judith. Frühkindlicher Autismus. Remschmidt Schmidt (Hrsg.) Manuale psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Berlin Heidelberg 2011. Seite 2

⁷ Vgl. Remschmidt, Helmut: Autismus. Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen. München 2000, Seite 16

3. Klassifikation

3.1. Frühkindlicher Autismus

Die internationalen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV beschreiben die Kernmerkmale des Frühkindlichen Autismus, die einer Diagnose der Störung zugrunde gelegt werden.

In Tabelle 1 werden diese aufgeführt.⁸

Tabelle 1: Diagnostische Leitlinien bzw. Kriterien für den frühkindlichen Autismus nach ICD-10 und DSM-IV (gekürzt und sinngemäß)

ICD-10	DSM-IV
1. Qualitative Beeinträchtigungen wechselseitiger sozialer Aktionen (z.B. unangemessene Einschätzung sozialer und emotionaler Signale; geringer Gebrauch sozialer Signale)	1. Qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktion (z.B. bei nonverbalen Verhaltensweisen wie Blickkontakt etc.; Beziehungsaufnahme zu Gleichaltrigen; Ausdruck von Gefühlen)
2. Qualitative Beeinträchtigungen der Kommunikation (z.B. Fehlen eines sozialen Gebrauchs sprachlicher Fertigkeiten; Mangel an emotionaler Resonanz auf verbale und nonverbale Annäherungen durch andere Menschen; Veränderungen der Sprachmelodie)	2. Qualitative Beeinträchtigung der Kommunikation (z.B. verzögerte oder ausbleibende Sprachentwicklung, stereotyper oder repetitiver Gebrauch der Sprache; Fehlen von entwicklungsgemäßen Rollen- und Imitationsspielen)
3. Eingeschränkte Interessen und stereotype Verhaltensmuster (z.B. Starre und Routine hinsichtlich alltäglicher Beschäftigungen; Widerstand gegen Veränderungen)	3. Beschränkte repetitive und stereotype Verhaltensweisen, Interessen und Aktivitäten
4. Unspezifische Probleme wie Befürchtungen, Phobien, Schlaf- und Eßstörungen, Wutausbrüche, Aggressionen, Selbstverletzungen	4. Beginn vor dem 3. Lebensjahr und Verzögerungen oder abnorme Funktionsfähigkeit
5. Manifestation vor dem 3. Lebensjahr	

⁸ Vgl. Remschmidt, Helmut: Autismus. Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen. München 2000, Seite 17

Demnach sind folgende Hauptcharakteristiken des Frühkindlichen Autismus, oder auch bekannt als Kanner- Syndrom, frühkindliche Psychose oder infantiler Autismus⁹, aus beiden Klassifikationssystemen sehr deutlich herauszufiltern. Zum einen die qualitative Beeinträchtigung wechselseitiger sozialer Aktionen, sowie die qualitative Beeinträchtigung der Kommunikation, und zum anderen die eingeschränkten Interessen und stereotype Verhaltensmuster, sowie die Manifestation vor dem dritten Lebensjahr.

Durch eine gezielte Beobachtung von Kindern mit der diagnostizierten tiefgreifenden Entwicklungsstörung Autismus, wurden ebenfalls drei Verhaltensweisen im Einklang mit den Richtlinien der ICD-10 und der DSM- IV festgesetzt:

- Die extreme Abkapselung gegenüber der Umwelt
- Das ängstliche Festhalten am Gewohnten
- Besondere Sprachauffälligkeiten¹⁰

Im Folgenden werde ich die diagnostischen Merkmale, sowie Auffälligkeiten darlegen und diese teilweise mit Beispielen untermauern.

Eine der fundamentalen Verhaltensweisen ist die Abkapselung, welche mit einer extremen Kontaktstörung einhergeht. Dies hat zur Folge, dass die Beziehungsaufnahme zu anderen Menschen, auch zu den eigenen Eltern, als sehr abnorm anzusehen ist. Die elterliche Bindung ist demnach ausgeprägt gestört. Wie etwa die Vermeidung von Blickkontakt und fehlendem Antwortlächeln. Die Zuwendung der Kinder liegt demzufolge eher zu der sachlichen Umwelt, welche von Außenstehenden, gerade auch von den Eltern und engeren Verwandten schwer zu verstehen ist. Gerade wenn es um das kooperative Spielen geht. Bleibt dieser Entwicklungsschritt aus, hat dies für das Kind selbst eine Störung der Persönlichkeitsentwicklung zur Folge.¹¹

⁹ Vgl. Sinzig, Judith. Frühkindlicher Autismus. Remschmidt Schmidt (Hrsg.) Manuale psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Berlin Heidelberg 2011. Seite 8

¹⁰ Vgl. Remschmidt, Helmut: Autismus. Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen. München 2000, Seite 16

¹¹ Vgl. Remschmidt, Helmut: Autismus. Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen. München 2000, Seite 16

Autistische Kinder halten sehr stark an Gewohnheiten fest. Sie erleben Angst- und Panikzustände, wenn es in der Umgebung zu Veränderungen kommt, egal ob kleinere oder größere Abwandlungen.

Im Bereich der Sprachauffälligkeiten kommt es bei der Hälfte der Kinder zu einer verzögerten Sprachentwicklung. Es werden beispielsweise neue Worte erfunden oder Echolalien, bei denen Wörter und Sätze des Gesprächspartners nachgesprochen und sehr oft wiederholt werden. Ähnliche Auffälligkeiten spiegeln sich im Fragealter wider, indem alle Fragen von Seiten des Kindes deutlich erkennbar wiederholt werden. Eine weitere Abnormität ist das Sprechen in der dritten Person. So werden Fragen an einen Jungen auf „Wie geht es dir?“ mit „Ihm geht es gut.“ beantwortet. Auch die Stimme wirkt sehr abgehackt und wenig melodisch. Die Klangfarbe ist eher gleichbleibend.¹²

Zu den zwanghaften Phänomenen zählt neben der Autoaggressivität, die die Verletzung und die Aggressivität gegen das eigene Ich beschreibt, die fehlende Angst vor realen Gefahren.¹³ Wo normal entwickelte Kinder, die Gefahr einer heißen Herdplatte erkennen, werden autistische Kinder die Gefahr des Verbrennens auch nach wiederholten und gesammelten Erfahrungen nicht verinnerlichen.

Im Allgemeinen ist anzuführen, dass es im Laufe der Entwicklung zu einer Symptomverlagerung kommen an. Es können unter anderem Angstanfälle, sogenannte psychomotorische Unruhen oder auch Schlafstörungen entstehen. Jedoch können die Symptome ebenso in die entgegengesetzte Richtung verlagert werden. Nicht selten kommt es vor, dass zum Beispiel die Tendenz Gegenstände und Personen immer wieder zu berühren, in der Häufigkeit abnehmen.¹⁴

Zusammenfassend möchte ich daran erinnern, dass der Frühkindliche Autismus ein Sammelbegriff dafür ist, „der lediglich auf den Zeitpunkt der Entstehung der Symptomatik und die Vollständigkeit der Symptomatik abhebt und nichts über die

¹² Vgl. Remschmidt, Helmut: Autismus. Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen. München 2000, Seite 17

¹³ Vgl. Remschmidt, Helmut: Autismus. Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen. München 2000, Seite 18

¹⁴ ebd.

Ätiologie und Pathogenese der so bezeichneten klinischen Bilder sagt.¹⁵ In der Regel gibt es keine Anzeichen dafür, dass eine unauffällige Entwicklung über das dritte Lebensjahr hinaus geht. Die Leitsymptome sind nunmehr der relative Mangel an Kreativität, im Denkprozess, an emotionaler Resonanz auf verbale und nonverbale Annäherungen, Schlaf- und Essstörungen und die depressive Reaktion und Einschränkung der Lebensqualität.

Um nochmals auf die Forschungsfrage zurückzukommen, möchte ich darauf hinweisen, dass hier zwar sehr drastische Symptome aufgezeigt werden, die sich während der Entwicklung von Kindern mit Autismus äußern, jedoch ist dem entgegenzuhalten, dass nicht eindeutig gemacht wird, dass diese Krankheitszeichen ein Merkmal dafür sind, dass die Kinder sich nicht vielleicht doch aktiv und bewusst in ihre Welt zurückziehen. Zwar zielt die Beschreibung der Symptomatik indirekt darauf ab, jedoch muss berücksichtigt werden, dass Kinder ab einem gewissen Alter in der Lage sind, ihre Gefühlswelt und ihre agierenden Handlungen aktiv zu bestimmen. Kann nicht vielleicht sogar ein Zusammenhang zwischen einem Krankheitsbild, welches von Lebensbeginn an vorherrscht und zunächst durchlebt werden muss, dazu führen, dass Betroffene Erkrankte sich aufgrund der störenden Merkmale von Autismus in sich zurückziehen und bewusst die Außenwelt von ihrem eigenen Leben ausschließen? Ich möchte an dieser Stelle meine Annahme weder befürworten noch ihr widersprechen. In meinen weiteren Ausführungen werde ich die Thematik nochmals aufgreifen.

3.2. Asperger- Syndrom

Das Asperger- Syndrom, welches nach seinem Erstbeschreiber Hans Asperger benannt wurde, entspricht in weiten Teilen den Symptomen Autistischer Störungen. Im Allgemeinen kann man diese Form der tiefgreifenden Entwicklungsstörung anhand des Manifestationsalters, welches später eintritt als das des frühkindlichen Autismus, erkennen. Diese ist vor allem vor dem dritten Lebensjahr in der kognitiven

¹⁵ Vgl. Sinzig, Judith. Frühkindlicher Autismus. Remschmidt Schmidt (Hrsg.) Manuale psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Berlin Heidelberg 2011. Seite 8

Entwicklung und der altersgerechten Sprachentwicklung unauffällig.¹⁶ In den diagnostischen Systemen ICD-10 und DSM-IV Tabelle 6 übereinstimmen die Kernmerkmale, welche sich wie folgt aufschlüsseln:

- Qualitative Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion
- Ungewöhnlich ausgeprägte und spezielle Interessen¹⁷

Tabelle 6: Diagnostische Kriterien bzw. Leitlinien für das Asperger-Syndrom nach ICD-10 und DSM-IV (gekürzt und sinngemäß)

ICD-10	DSM-IV
1. Fehlen einer Sprachentwicklungsverzögerung oder einer Verzögerung der kognitiven Entwicklung. Die Diagnose erfordert, daß einzelne Worte im 2. Lebensjahr oder früher benutzt werden.	1. Qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktion in mehreren (mindestens 2) Bereichen: (z.B. bei nonverbalem Verhalten, in der Beziehung zu Gleichaltrigen, in der emotionalen Resonanz)
2. Qualitative Beeinträchtigungen der gegenseitigen sozialen Interaktionen (entsprechend den Kriterien des frühkindlichen Autismus)	2. Beschränkte repetitive und stereotype Verhaltensmuster (z.B. in den Interessen, Gewohnheiten oder der Motorik)
3. Ungewöhnliche und sehr ausgeprägte umschriebene Interessen (ausgestanzte Sonderinteressen) und stereotype Verhaltensmuster	3. Klinisch bedeutsame Beeinträchtigung in sozialen oder beruflichen Funktionsbereichen
4. Die Störung ist nicht einer anderen tiefgreifenden Entwicklungsstörung zuzuordnen.	4. Kein klinisch bedeutsamer Sprachrückstand und keine klinisch bedeutsamen Verzögerungen der kognitiven Entwicklung
	5. Die Störung erfüllt nicht die Kriterien einer anderen tiefgreifenden Entwicklungsstörung.

¹⁶ Vgl. <http://autismus-institut.de/pages/autismus-spektrum-stoerungen/symptome/asperger-syndrom.php>

¹⁷ Vgl. Remschmidt, Helmut: Autismus. Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen. München 2000, Seite 47

In die Hauptkriterien nach ICD-10 und DSM-IV, sowie anderen diagnostischen Merkmalen möchte ich nun einen Einblick geben.

Die qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktion äußert sich darin, dass autistische Kinder des Asperger- Syndroms im nichtverbalen Verhalten sehr auffällig sind. Dies macht sich vor allem bei den Gesten und Mimen bemerkbar. Betroffene sind allem Anschein nach unfähig, zwanglose Beziehungen herzustellen und können anderen Menschen oder auch Tieren gegenüber kein Mitgefühl zeigen. Die stereotypen Interessen stellen sich mit der Beschäftigung, mit Dingen, die nicht dem allgemeinen Interesse der Bevölkerung sind, heraus. Als Beispiel wären Waschmaschinen und das Verbindungsnetz von U-Bahnen oder auch Biersorten zu nennen. Auch wenn man sich keine Vorstellung darüber machen kann, müssen Angehörige oder Bekannte von Autisten feststellen, dass das Maß dieser Interessen ein erhebliches Ausmaß aufweist. Auch Kinder reden von nichts anderem, als das von ihnen zugewandtem Themenfeld.¹⁸

Ein weiterer Unterschied zum Frühkindlichen Autismus drückt sich darin aus, dass die Kinder relativ früh und gut lernen. Sie drücken sich zwar durchaus des Öfteren recht eigenwillig aus, aber die Intelligenz liegt im absoluten Normbereich. Auch scheint hier die Beziehungsstörung, als die beim Kanner- Syndrom geminderter auszufallen. Was besonders bemerkenswert ist, dass autistische Kinder des Asperger- Syndroms bereits vor dem freien Laufen anfangen zu sprechen. In der direkten Sprachentwicklung ist demgegenüber markant ersichtlich, dass sie reden, wann sie wollen, sich nicht an ihre Zuhörer anpassen und häufig Selbstgespräche führen.¹⁹

Die Kinder denken sehr originell. Sie können logisch und abstrakt denken aber können ihr Wissen weder speichern noch anwenden. Letztendlich verfügen sie über eine höhere Intelligenz als Kanner- Autisten, sind aber oft schlechte Schüler. Die Folge davon ist überwiegend eine ausgeprägte Aufmerksamkeitsstörung, die sich durch Beeinträchtigungen im Cluster Aufmerksamkeit und Impulsivität äußert.

¹⁸ Vgl. Remschmidt, Helmut: Autismus. Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen. München 2000, Seite 47

¹⁹ Vgl. Remschmidt, Helmut: Autismus. Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen. München 2000, Seite 49

Ein weiteres Merkmal ist die motorische Ungeschicklichkeit.²⁰ Ein Handlungsentwurf kann nicht konkret in eine Handlung umgesetzt werden. Diese dyspraktischen Störungen

lassen verhindern, dass man den eigenen Körper nicht das machen lassen kann was man möchte. Bei Kindern kann es zum Beispiel dazu führen, dass wenn man es auffordert einen Stift anzuheben, man zwar einen Handlungswillen erkennt aber er letztendlich erfolglos bleibt.²¹

Andersherum sind sie fast rücksichtslos, wenn es um die Erfüllung ihrer Wünsche geht. Ebenso erfreuen sie sich über den Ärger ihrer Mitmenschen. Kinder mit dieser tiefgreifenden Entwicklungsstörung scheinen sich trotz allem soziale Kontakte zu wünschen. Meistens wissen sie aber nicht, wie man sie eingehen kann. Sie schrecken in ihrer Umgebung auch vermehrt ab, da sie kein Gefühl für eine persönliche Distanz haben.²²

Im Laufe meiner Recherchen rund um die Thematik Frühkindlicher Autismus und Asperger- Syndrom sind mir vor allem die Äußerungen über eine Unfähigkeit einer Herstellung von sozialen Kontakten und somit einen Rückzug in eine Phantasiewelt aufgefallen. Da ich gern untersuchen möchte, ob Kinder, beziehungsweise allgemein Menschen mit Autismus sich bewusst in eine Phantasiewelt zurückziehen oder sie eingeschränkt fähig sind die Welt aktiv zu erleben, sehe ich darin eine direkte Verbindung, um meine These, welche ich bereits anfänglich erläuterte, nämlich, dass Kinder sich wahrscheinlich aus der Erkrankung heraus in die eigene Welt zurückziehen, dies aber tatsächlich bewusst steuern können, zu hinterfragen.

Es ist den Äußerungen vieler Autoren zufolge anzunehmen, dass Autisten von Grund auf ein Defekt in der Verhaltensentwicklung haben. Sie können daher weder eine Beziehung zu anderen Menschen aufbauen, noch mit ihnen verständlich und nachvollziehbar artikulieren. Sie geben einem das Gefühl, niemandem an dem eigenen Leben teilhaben lassen zu wollen. Sie wirken in sich gekehrt, beschäftigen

²⁰ Vgl. Remschmidt, Helmut: Autismus. Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen. München 2000, Seite 50

²¹ Vgl. <http://flexikon.doccheck.com/de/Dyspraxie>

²² Vgl. Remschmidt, Helmut: Autismus. Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen. München 2000, Seite 50

sich ausschließlich mit sich selbst und ihren persönlichen Interessen und sondern sich von der Außenwelt ab.

Bisher habe ich persönlich in jeder Literatur die Bestätigung dafür bekommen, dass all diese Verhaltensmuster mit dem Krankheitsbild einhergehen und diese demzufolge nicht aktiv beeinflussbar durch die Betroffenen sind. Ich möchte diesen Thesen auch auf keinsten Weise widersprechen, jedoch frage ich mich, warum sie nicht hinterfragt werden. Was ist, wenn Autisten keinen anderen Ausweg sehen, als sich zu verschließen? Weil sie womöglich mit den Erscheinungen, welche die Erkrankung mit sich bringt, nicht umgehen können?

Nehmen wir an, ein Kind kann aufgrund von Autismus kein Mitgefühl gegenüber anderen Kindern zeigen oder kann den Eltern nicht die Zuwendung zurückgeben, die es von ihnen bekommt. Können dann nicht sehr frühzeitig Schuldgefühle entwickelt werden, die verursachen, dass man sich immer mehr in seine eigene Welt zurückzieht und sich von der Welt ringsum abkapselt?

Ich hoffe, dass ich zu einem späteren Zeitpunkt anhand einer Verbindung zu einem Fallbeispiel, einem Jungen namens Taylor, er ist Autist, aufschlussreichere Ergebnisse erzielen kann.

4. Diagnostik

Die Früherkennung und explizite Diagnostik stellen eine wichtige Funktion dar. Aufgrund von Frühförderung können erhebliche Verbesserungen in der Verhaltensentwicklung erwirkt werden. Die derzeit gängige Diagnostik basiert auf anamnestic Angaben von Eltern und Bezugspersonen, die Exploration der Eltern sowie im Jugendalter der Betroffenen selbst, der Verhaltensbeobachtung unter Berücksichtigung der drei Symptombereiche und der Interpretation von Testverfahren.²³ Diese und weitere standardisierte Interviews werden unter anderem auch auf der Grundlage der Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV bewertet.

²³ Vgl. Sinzig, Judith. Frühkindlicher Autismus. Remschmidt Schmidt (Hrsg.) Manuale psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Berlin Heidelberg 2011. Seite 46

Gerade die Vorgeschichte der Patienten bieten aufschlussreiche Informationen für eine sichere Diagnose. Probleme in der Schwangerschaft sowie eine auffällige Entwicklung in den ersten Lebensmonaten, welche besonders in der zweiten Schwangerschaft, aufgrund des direkten Vergleichs, besonders gut erkennbar sind, sind erste Anzeichen. Besonders im Bereich des Frühkindlichen Autismus. Wie bereits erwähnt sind hier die Distanzhaltung der körperlichen Nähe und die fehlende Reaktion auf Zurufe, bei denen einige Eltern zunächst eine Taubheit ihrer Kinder befürchteten, kennzeichnend.²⁴

Mittlerweile gibt es diverse Hilfsmittel, die es erlauben bestimmte Verhaltensmerkmale genauer zu erfassen. Als standardisierte Verfahren sind zu nennen:

K- SADS- P	Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present/ Lifetime
CBCL (4-18)	Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen
WET	Elternfragebogen des Wiener Entwicklungstests
PEP- R/ AAPEP	Entwicklungs- und Verhaltensprofil für Kinder/ Jugendliche und Erwachsene
ADOS	Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen
FSK	Fragebogen zur sozialen Kommunikation
ADI- R	Diagnostisches Interview für Autismus- Revidiert ²⁵

Laut Remschmidt et al.(Vgl.2008, S.21) werden diese und weitere diagnostische Vorgehen, die mittlerweile auch in deutscher Übersetzung vorliegen, in folgende

²⁴ Vgl. Remschmidt, Helmut: Autismus. Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen. München 2000, Seite 20

²⁵ Vgl. Poustka, Fritz/ Bölte, Sven/ Feineis-Matthews, Sabine/ Schmötzer, Gabriele: Autistische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Göttingen 2008, Seite 128

Bereiche Screening Fragebögen, Diagnostische Interviews und Beobachtungsskalen aufgegliedert. Diese werden in folgender schematischen Übersicht dargestellt.²⁶

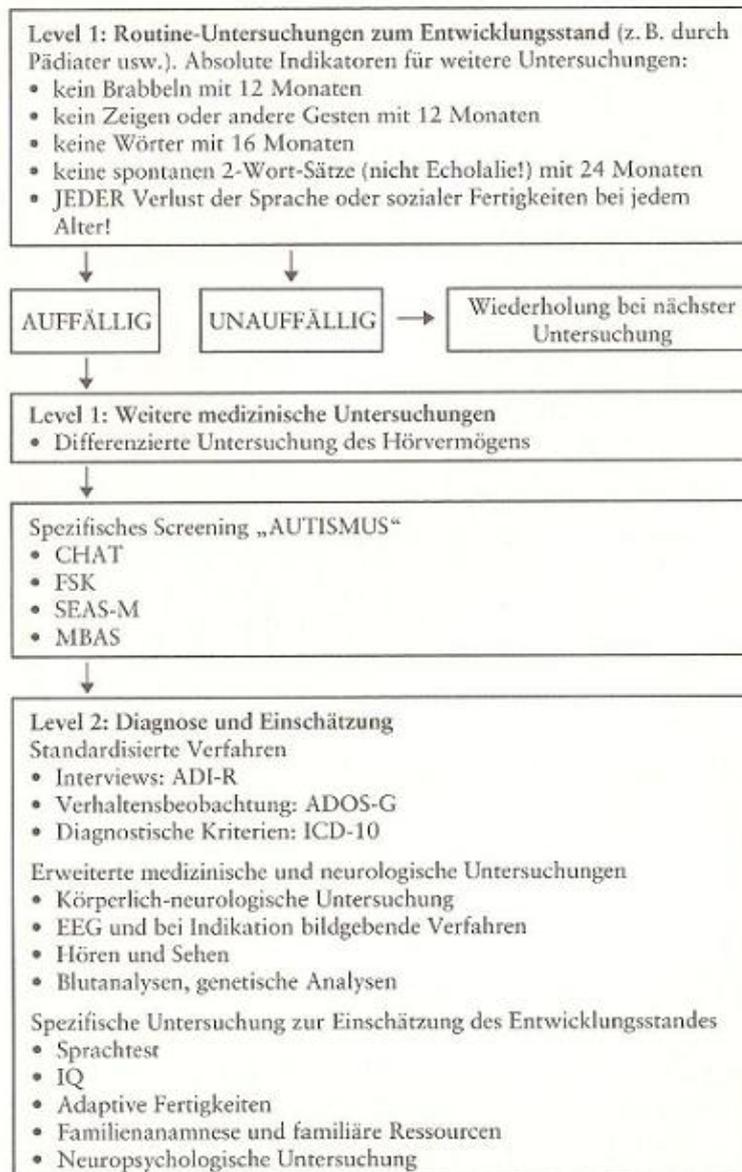


Abbildung 3: Schema zum diagnostischen Vorgehen bei Verdacht auf Autismus-Spektrum-Störungen, nach Filipek et al. 1999)

Legende für nicht bereits erwähnte Instrumente: CHAT- Checklist for Autism Toddlers, SEAS- M- Skala zur Erfassung von Autismus-Spektrums-Störungen bei Minderbegabten, MBAS- Marburger Beurteilungsskala zum Asperger-Syndrom²⁷

²⁶ Vgl. Remschmidt, Helmut: Autismus. Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen. München 2000, Seite 23

Die entsprechende Diagnostik soll dazu verhelfen, dass die Erkrankung zuverlässig gestellt und von anderen psychischen Störungen abgegrenzt werden kann. So muss nicht nur der Frühkindliche Autismus vom Asperger- Syndrom abgegrenzt werden und umgekehrt, sondern ebenfalls das Rett-Syndrom, welches mit der Rückentwicklung mit Verlust der bereits erworbenen Fähigkeiten einhergeht, die Sinnesdefekte, in denen die Beziehung zur Außenwelt nur gering bis gar nicht gestört ist, die Schizophrenie, welche Wahrnehmungssymptome und Halluzinationen verursacht und letztendlich der Hospitalismus, der durch eine extreme Vernachlässigung der Kinder mit der Folge von depressivem Verhalten und Kontaktstörungen kovariieren.²⁸ Fasst man das Asperger Syndrom näher ins Auge, sind hier folgende Abgrenzungen zu benennen: „High-functioning“-Autismus, Schizoide Persönlichkeitsstörung, Zwangsstörung, Gilles-de-la-Tourett-Syndrom und die nonverbale Lernstörung.²⁹

Trotzdessen die Diagnostik, unter Ausschluss der abzugrenzenden Erkrankungen, in den meisten Fällen sicher gestellt werden kann, kann eine Verkomplizierung eintreffen. Zum einen besteht die Möglichkeit, dass manche Kinder nur einzelne statt alle Symptome aufzeigen. Zum anderen können diverse Krankheitsanzeichen nach dem sechsten Lebensjahr nachlassen, wobei normale Entwicklungsprozesse einsetzen. Zusätzlich kann sich der Ausprägungsgrad der Störung in jedem Fall sehr unterschiedlich sein. Von essenzieller Bedeutung ist die Wandelung des psychopathologischen Bildes, welches sich beispielsweise darin äußert, dass die Veränderungsängste im zweiten Lebensjahr, wenn sich jedoch auch die Beziehungen zu der dinglichen Umwelt herausbilden, entwickelt werden.

Die Differentialdiagnose stellt in jedem Fall das Grundmuster für autistische Symptome dar. Die anschließende Tabelle präsentiert nochmals die wesentlichen Unterschiede des Kanner- und Asperger- Syndroms.³⁰

²⁷ Vgl. Remschmidt, Helmut: Autismus. Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen. München 2000, Seite 23

²⁸ Vgl. Remschmidt, Helmut: Autismus. Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen. München 2000, Seite 24

²⁹ Vgl. Remschmidt, Helmut: Autismus. Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen. München 2000, Seite 51-56

³⁰ Vgl. Remschmidt, Helmut: Autismus. Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen. München 2000, Seite 25

	Kanner- Syndrom	Asperger- Syndrom
Erste Auffälligkeiten	In den ersten Lebensmonaten	In etwa von dem dritten Lebensjahr an
Blickkontakt	Erst oft fehlend, später selten und flüchtig	Selten, flüchtig
Sprache	Später Sprachbeginn, verzögerte Sprachentwicklung, anfangs keine kommunikative Funktion	Früher Sprachbeginn, grammatisch und stilistisch hochstehende Sprache, immer kommunikative Funktion
Intelligenz	Meist erheblich eingeschränkt	Gute bis überdurchschnittliche intellektuelle Leistungen
Motorik	Meist keine Einschränkungen	Motorische Ungeschicklichkeit

Das Zitat von Uta Frith, eine deutsche Entwicklungspsychologin, Neurowissenschaftlerin und Autismusforscherin, besagt, dass alle Ebenen der Diagnostik miteinander verbunden werden und nicht voneinander abgegrenzt zu sehen sein sollten. Es zeigt nochmals einen tieferen Einblick in die Diagnostik:

„Um die zentralen Merkmale des Autismus zu identifizieren, mussten wir unter die Oberfläche der Symptome schauen. Erst dann war ein roter Faden zu erkennen, der die empirischen Tatsachen miteinander verband. Es geht um die Unfähigkeit, Informationen so zusammenzufassen, dass sich daraus zusammenhängende und sinnvolle Gedanken ableiten lassen. Es besteht beim Autismus ein Mangel in der grundlegenden Fähigkeit, die Welt als sinnhaft zu erleben. Mit dieser Schwäche in der „Mechanik“ des Bewusstseins sind die wesentlichen Merkmale des Autismus zu

erklären. Wenn man dieses Problem nicht berücksichtigt, kann man das allgemeine Muster des Autismus nicht erkennen.“³¹

Die richtige und zuverlässige Diagnostik von Autismus-Spektrums-Störungen sind unabdingbar. Je früher die tiefgreifende Entwicklungsstörung erkannt wird, desto eher kann den Betroffenen geholfen werden. Jedoch ist die eindeutige Diagnose auch Voraussetzung für den Antrag auf eine exakte Autismustherapie, die Beantragung einer Schulbegleitung oder sogar eines Integrationshelfers. Meines Erachtens sollte jedoch, wie Friths es bereits erwähnt hat, eine Diagnose zu Autismus auf vielen verschiedenen Ebenen durchgeführt werden. Von voreiligen Entschlüssen und vorzeitigen Diagnostizierungen sollte dringend abgeraten werden. Man muss das Individuum als solches schützen und somit klaren Anweisungen in der Diagnostik folgen.

5. Therapieansätze

Ausgehend vom individuellen Entwicklungsprofil des Patienten wird ein ganzheitlicher Behandlungsplan aufgestellt, in dem die Art der Behandlung einzelner Symptome festgelegt und die einzelnen Behandlungsarten aufeinander abgestimmt werden. Bei Kindern wird das gesamte Umfeld (Eltern, Familien, Kindergarten, Schule) in den Behandlungsplan einbezogen.³²

„Alle therapeutischen Strategien zur Behandlung Autistischer Störungen verfolgen das Ziel, die soziale Interaktionsfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit und Selbstständigkeit zu verbessern sowie Rituale, Zwänge, Auto- und Fremdaggressionen, Unruhe/ Hyperaktivität, grob- und feinmotorische Defizite sowie Isolationen zu reduzieren“

Im Anschluss erfolgt eine kurze Zusammenfassung verschiedener Therapieansätze nach Poustka et al. (vgl. 2008, S. 37ff.).

³¹ Aarons, Maureen/ Gittens, Tessa: Das Handbuch des Autismus. Ein Ratgeber für Eltern und Fachleute. London 1999, Seite 32

³² Vgl. Remschmidt, Helmut: Autismus. Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen. München 2000, Seite 77

5.1. Verhaltenstherapien

Die Verhaltenstherapie ist in der Autismustherapie die am besten wissenschaftlich abgesicherte Therapieform. Ziel ist es, einerseits störende und unangemessene Verhaltensweisen wie übermäßige Stereotypen oder (auto)aggressives Verhalten abzubauen und andererseits soziale und kommunikative Fähigkeiten aufzubauen. Im Prinzip wird dabei so vorgegangen, dass erwünschtes Verhalten durchgängig und erkennbar belohnt wird (positive Verstärkung). Verhaltenstherapien können entweder ganzheitlich oder auf einzelne Symptome ausgerichtet sein.³³

Die Applied Behavior Analysis (ABA) ist eine ganzheitlich ausgerichtete Therapieform, die in den 1960er Jahren von Ivar Lovaas entwickelt wurde. Diese Therapieform ist auf die Frühförderung ausgerichtet. Zunächst wird anhand einer Systematik festgestellt, welche Fähigkeiten und Funktionen das Kind bereits besitzt und welche nicht. Hierauf aufbauend werden spezielle Programme erstellt, die das Kind befähigen, die fehlenden Funktionen zu erlernen. Die Eltern werden in die Therapie einbezogen. Die Verfahrensweisen von ABA basieren im Wesentlichen auf Methoden des operanten Konditionierens. Hauptbestandteile sind Motivation bei richtigem Verhalten und Löschung bei falschem Verhalten. Lernversuche und -erfolge sowie erwünschtes Verhalten werden möglichst direkt verstärkt, wobei primäre Verstärker (wie Nahrungsmittel) und sekundäre Verstärker (wie Spielzeug) eingesetzt werden, um erwünschtes Verhalten zu belohnen.³⁴

Ein weiteres ganzheitlich orientiertes pädagogisches Förderkonzept ist TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children), das sich sowohl an Kinder als auch an Erwachsene mit Autismus richtet.

³³ Vgl. Poustka, Fritz/ Bölte, Sven/ Feineis-Matthews, Sabine/ Schmötzer, Gabriele: Autistische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Göttingen 2008, Seite 37

³⁴ Vgl. Poustka, Fritz/ Bölte, Sven/ Feineis-Matthews, Sabine/ Schmötzer, Gabriele: Autistische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Göttingen 2008, Seite 38

TEACCH ist darauf ausgerichtet, die Lebensqualität von Menschen mit Autismus zu maximieren und sie anzuleiten, sich im Alltag zurechtzufinden. Zentrale Annahmen des Konzeptes sind, dass Lernprozesse durch Strukturierung und Visualisierung bei Menschen mit autistischen Merkmalen initiiert werden können.³⁵

5.2. Medikamentöse Therapien

Anzumerken ist, dass es noch keine Medikation gegen die Primärsymptomatik gibt. Es erfolgt lediglich eine Pharmakotherapie komorbider Störungen, wie beispielsweise Angst, Depressionen, Aggressivität oder Zwänge mit Antidepressiva, atypischen Neuroleptika oder Benzodiazepinen. Dies bedarf jedoch besonderer Vorsicht und aufmerksamer Beobachtung, denn nicht selten verschlimmern sie bei falscher Anwendung die Symptome, statt sie zu mildern. Mit besonderer Vorsicht ist bei der Gabe von Stimulanzien, wie sie bei Hyperaktivität (ADHS) verschrieben werden, vorzugehen, da sie bei vorhandenem Autismus und der damit einhergehenden sensorischen Hypersensibilität diese noch verstärken können.³⁶

5.3. Ergänzende Maßnahmen

Zu den ergänzenden Maßnahmen, ohne empirische Absicherung, gehören Physio-, Ergotherapie und Logopädie. Die Ergotherapie umfasst handwerkliche, gestalterische sowie spielerische Übungen. Einen elementaren Bereich stellt das Üben lebenspraktischer Tätigkeiten dar. Verbesserung, Wiederherstellung oder Kompensation der beeinträchtigten Fähigkeiten sollen dem Patienten eine möglichst große Eigenverantwortung und Handlungsfreiheit im Alltag ermöglichen.

³⁵ Vgl. Poustka, Fritz/ Bölte, Sven/ Feineis-Matthews, Sabine/ Schmötzer, Gabriele: Autistische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Göttingen 2008, Seite 39

³⁶ Vgl. Poustka, Fritz/ Bölte, Sven/ Feineis-Matthews, Sabine/ Schmötzer, Gabriele: Autistische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Göttingen 2008, Seite 43

Physiotherapie kann motorische Defizite abbauen und Logopädie kann Sprachauffälligkeiten in Lautstärke, Tonlage, Geschwindigkeit und Modulation normalisieren. Mögliche ergänzende Methoden, welche aber zum Teil noch umstritten sind, sind etwa Musik-, Kunst-, Massagetherapie, ebenso wie Reit- und Delfintherapie oder der Einsatz von Therapierobotern (Keepon) oder Echolokationslauten (Dolphin Space). Sie können die Lebensqualität steigern, indem sie positiv auf Stimmung, Ausgeglichenheit und Kontaktfähigkeit einwirken.³⁷

Nicht zuletzt möchte ich noch die Familienbezogene Maßnahmen nennen. Dazu gehören das Elterntaining und ein therapeutisches Training zum Aufbau von einer funktionierenden Beziehung zwischen den Bezugspersonen und dem Patienten. Hierbei sollen nicht nur den Bezugspersonen der Stress genommen werden, auch sollen diese Maßnahmen, bei entsprechender Kooperation mit dem Therapeuten, helfen, das Auftreten von Krisen

vorzubeugen. Ebenso werden die Eltern darin geschult, ihre Kinder quasi als Co-Therapeuten im häuslichen Umfeld zu fördern. Dies ist von entscheidender Bedeutung, da das größte Problem der Therapie ist, die ersten Fortschritte und Erfolge auf die häusliche natürliche Umwelt des Kindes zu übertragen.³⁸

Kurzum, da diese Störungen noch nicht geheilt, sondern nur behandelt werden können, geht es in den Therapien darum, unangemessene Verhaltensweisen zu vermindern sowie soziale- und kommunikative Fähigkeiten aufzubauen und alle Bezugspersonen aufzuklären sowie in die Behandlungen mit einzubeziehen.

³⁷ Vgl. Poustka, Fritz/ Bölte, Sven/ Feineis-Matthews, Sabine/ Schmötzer, Gabriele: Autistische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Göttingen 2008, Seite 41

³⁸ Vgl. Remschmidt, Helmut: Autismus. Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen. München 2000, Seite 99

6. Das Mentalisieren

Neben Uta Friths beschäftigten sich weitere Forscher, unter anderem Fran Happé, mit der Schwierigkeit des Mentalisierens bei autistischen Menschen. Mentalisierung bedeutet demnach das eigene Verhalten oder auch das der Mitmenschen mental bewerten zu können. Man bezeichnet diese Beeinträchtigung bei autistischen Kindern „geistige Blindheit“, was den Eltern zum besseren Verständnis des Defizits verhilft.³⁹ Fran Happé (1994) beschäftigte sich mit fähigeren Kindern und Erwachsenen mit Autismus und untersuchte die Fähigkeit des bewussten Mentalisieren. Er stellte fest, dass die Probanden von ihm vorgegebene Geschichten teilweise sogar sehr gut verstanden haben und sie korrekt interpretieren konnten. Demnach ist es möglich, dass auch Autisten sich in andere Personen mental hineinversetzen können. Jedoch geschah dies nur während der Testsituation. Im Widerspruch dazu seien sie nicht fähig gewesen solche Anforderungen in ihrem Alltag zu bewältigen.⁴⁰

Für mich ergeben sich an dieser Stelle offene Fragen und Zweifel, welche mich wieder in meinem Verdacht bestätigen, dass Autisten manche Verhaltensmerkmale bewusst steuern können. Warum können Kinder und Erwachsene mit einer diagnostizierten Autismus-Spektrums-Störung in gewissen Situationen mentalisieren und in manchen nicht? Warum können sie es in einer Testsituation anwenden und Gefühle anderer interpretieren und im Alltag nicht? Kann es nicht eventuell doch sein, dass Autisten in der Lage sind sich bewusst zu entscheiden, ob und wie sie handeln? Wie ich bereits erwähnte, weist die Literatur lediglich auf eine eingeschränkte Fähigkeit hin, eine soziale Welt bewusst zu erleben. Bewusst bedeutet gewollt und bei klarem Verstand zu handeln und aktiv zu sein. Ist das Bewusstsein eingeschränkt, kann man daraus ableiten, dass man lediglich unter bestimmten Voraussetzungen agiert. Einerseits könnte ein Defekt, eine Fehlbildung oder ausbleibende Entwicklungsphase die Ursache dessen sein, andererseits aber auch der eigene Wille, der entscheidet wann wirke ich mit voller Absicht. Fran Happé fand keine Erklärung dafür, dass die Erwachsenen und Heranwachsenden in

³⁹ Aarons, Maureen/ Gittens, Tessa: Das Handbuch des Autismus. Ein Ratgeber für Eltern und Fachleute. London 1999, Seite 33

⁴⁰ ebd.

verschiedenen Situationen widersprüchlich handeln. Ich sehe darin ganz klar ein Indiz dafür, dass Autisten sich tatsächlich in manchen Kontexten für einen Handlungsweg aktiv entscheiden können. Zwar mag dies auf einem niedrigen Niveau geschehen, aber es ist sehr wahrscheinlich möglich.

6.1. Theorie of Mind

Dennett (1987) geht davon aus, dass sich Menschen von klein auf zweier Systeme bedienen. Der intuitiven Psychologie und der intuitiven Physik. Mit ihnen versuchen sie die Welt um sich, sowie deren Veränderungen zu sortieren.⁴¹

Spricht man von intuitiver Physik, meint dies alle mechanischen Prozesse, die dem Verständnis dafür dienen, wie Dinge funktionieren. Die intuitive Psychologie meint wiederum das Verständnis sozialer Ursächlichkeit, welche als Theory of Mind, kurz ToM, bezeichnet wird.

„ToM bezeichnet die Fähigkeit, sich selbst und dem Gegenüber ein Innenleben beziehungsweise mentale Zustände zuzuordnen, diese mentalen Zustände zu erfassen und die damit verbundenen Informationen zu nutzen. (Prunack u. Woodruff 1978)⁴² Wie bereits erwähnt, ist das Verstehen des inneren Vorgehens bei anderen Menschen eine Schwierigkeit und Besonderheit des Autismus. Die Theory of Mind spielt bei den Hauptsymptomen, den qualitativen Auffälligkeiten der gegenseitigen sozialen Interaktion und Kommunikation, des Autismus ebenso eine Rolle.⁴³

7. Erfahrungen in der Praxis

Meinerseits habe ich alle elementaren Theorieerkenntnisse dargelegt. Für mich, gerade in Bezug auf die Klärung meiner Forschungsfrage, ist es wichtig nicht nur theoretische Fakten zusammenzutragen, sondern einen Bezug zwischen Theorie und

⁴¹ Vgl. M. S. Paschke-Müller et al.: Theory-of-Mind-Training bei Autismusspektrumstörungen, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

⁴² ebd.

⁴³ ebd.

Praxis zu erlangen. Meiner Ansicht nach lassen sich nur so tiefgründige Ergebnisse erzielen.

Neben meiner beruflichen Tätigkeit leitete ich von September bis Dezember 2014 ein Bewegungsprojekt an der Helen- Keller- Schule für geistig behinderte Kinder, in Stendal. Das Projekt diente dazu, den Kindern ein gewisses Gefühl für ihren Körper zu vermitteln. Ein besonderer Aspekt war dabei das Einsetzen von Musik. Die Kinder lernten sich im Takt zur Musik zu bewegen und dabei ihre Arme und Beine in bestimmten Momenten richtig einzusetzen. Dies erforderte zum einen die Koordinationsfähigkeit aber auch soziale Kompetenzen, da die Stunden innerhalb einer Gruppe gehalten wurden. Jeder musste auf den anderen Acht geben, wenn es beispielsweise darum ging, 4 Schritte in eine Richtung zu gehen. Ich entwickelte für die Kinder und Jugendlichen im Alter von 9 bis 15 Jahren einfache Choreographien zu kindgerechter Musik. Ich achtete im Besonderen darauf, dass ebenso widerkehrende Schritte und Übungen, sowie verschiedene Tempowechsel vorhanden waren. So konnte ich diverse Sinne und Fähigkeiten zugleich schulen.

Im Hinterkopf sollte man behalten, dass meine Gruppe aus 14 Kindern bestand, in der jeder für sich unter einer anderen geistigen Beeinträchtigung litt. Die meist vertretenden Defizite lagen bei Aufmerksamkeitsdefizitstörungen, über Intelligenzminderung, dem Fetalen Alkoholsyndrom bis hin zu dem Prader- Willi- Syndrom.

Einer unter ihnen war Taylor.⁴⁴ Er ist Autist. Ich hatte die Möglichkeit Taylor über 12 Wochen regelmäßig zu erleben. In den ersten Wochen konnte ich beobachten, dass er dem gesamten Geschehen des Bewegungs- und Tanzprojektes kaum folgte. Bereits nach 10 Minuten verließ er plötzlich mit seiner Entwicklungshelferin den Raum. Bereits nach 4 Wochen konnte ich bemerkenswerter Weise feststellen, dass Taylor volle 60 Minuten bei uns, den anderen Kindern, Lehrkräften und mir, blieb. Besonders interessant empfand ich sein Verhalten, sobald die Musik begann zu spielen. Er guckte verträumt.

⁴⁴ Name geändert, Datenschutz

Es schien, als wäre er körperlich anwesend, jedoch nicht geistig. Er hatte ein Lächeln im Gesicht und machte zwar ganz andere Bewegungen als die anderen Kinder, aber es war mir alles recht. Die Hauptsache war für mich, dass er und auch die anderen Kinder glücklich sind.

Ich konnte weiterhin des öfteren beobachten, wie er dann aus heiterem Himmel seine Welt verließ, zu einem anderen Kind rannte und es umarmte. Die Kinder schienen diese Situation sehr gut zu kennen, denn sofort zückte das Mädchen die Hand, richtete sie vor ihm auf und sagte: „Stop“. In solchen Momenten war Taylor dann wirklich sehr liebebedürftig und anhänglich. Ich konnte jedoch auch feststellen, dass er sich immer die gleichen Kinder aussuchte um deren Nähe zu erfahren. Anders war das Verhalten mir gegenüber. Zu Beginn des Projektes hatte ich das Gefühl, dass Taylor durch mich durchblickte und mich nicht direkt wahrnimmt. Ab der sechsten Woche in etwa nahm dieses Verhalten ab. Ich erinnere mich an eine Situation am 03.11.2014. Die Kinder der Gruppe waren mittlerweile in der Lage eine Choreographie, ohne mich als Vortänzerin, zu tanzen. Sie waren immer unwahrscheinlich stolz, wenn sie ein neues Lied beherrschten und es mir vortragen konnten. Am 03.11.2014 war es auch wieder an dem Zeitpunkt, dass ich die Musik anstellen konnte und die Kinder tanzten mir das Erlernte vor. Auch Taylor, an der Hand einer Lehrkraft. Dieser entriss er sich nach kurzer Zeit, setzte sich direkt neben mich, harkte mich ein und schunkelte mit mir zusammen zu der Musik.

Dieses Verhalten zeigte mir, dass er seine Handlungen definitiv bewusst durchführt. Ich vermute, dass er lediglich Zeit brauchte, um sich an mich zu gewöhnen, Vertrauen aufbauen musste um dann mit mir in den direkten Kontakt treten zu können.

Schlussfolgernd sehe ich darin einen klaren Widerspruch zu Leo Kanners Ansichten. Wie bereits erläutert, verdeutlichte er, dass autistische Kinder sich nicht aktiv in eine Phantasiewelt zurückziehen, sondern von Geburt an unfähig sind, soziale Kontakte zu entwickeln.

Laut meiner praktischen Erfahrungen mit Taylor, konnte ich erkunden, dass er im Laufe der Zeit des Projektes tatsächlich eine Bindung beziehungsweise einen Kontakt zu mir aufbaute, obwohl ich eingangs eine vollkommen fremde Person war. Diese entwickelte sich von absoluter Nichtbeachtung, bis hin zu einem eigenständigen Händeschütteln. Ich stimme daher lediglich mit der Ansicht überein, dass autistische Kinder eingeschränkt fähig sind, soziale Kontakte aufzubauen und zu entwickeln. Vergleicht man das Verhalten von Taylor, mit dem anderer Kinder des Projektes, sind klar und deutlich Abweichungen und prägnante Verhaltensauffälligkeiten erkennbar. Trotzdem fand eine soziale Interaktion statt, die von Taylor selbst bewusst gesteuert wurde.

In Bezug auf meine Forschungsfrage: „Eine bewusstes Zurückziehen in die eigene Phantasiewelt oder die eingeschränkte Fähigkeit eine soziale Welt bewusst zu erleben?“ , habe ich durch die praktischen Erfahrungen zwar Hinweise auf das soziale Bindungsverhalten von einem autistischen Kind erlangen können, jedoch sind mir meine persönlichen Erkenntnisse zu schwammig und nicht repräsentativ genug, um auf sie klar und deutlich antworten zu können.

Auf Grund dessen, habe ich mit der Entwicklungshelferin von Taylor, welche ihn seit vielen Jahren begleitet, ein Interview geführt, welches ich folglich auswerten möchte. Es beschreibt den Fall Taylor aus der Sicht der Eltern, sowie die Empfindungen ihrerseits in der Zusammenarbeit mit einem Autisten.

7.1. Fall Taylor

Taylor ist derzeit 11 Jahre alt und leidet am Symptom des Frühkindlichen Autismus. Die Diagnose wurde eindeutig bereits im Kindergartenalter gestellt. Zunächst war es sehr schwierig, die Verhaltensauffälligkeiten von Taylor der Erkrankung zuzuordnen, da es zu der Zeit andersartigen Verhaltensweisen keine weiteren Kinder mit ähnlichen Symptomen gab. Dies erschwerte zunehmend die Erkennung der Entwicklungsrückstände in Bezug auf eine ernsthafte Erkrankung.

Auffälligkeiten waren Fremdverletzung anderer Kinder, sowie das Bespucken und Klauen von Gegenständen dieser, der Wunsch nach alleinigem Spielen, plötzliches Schreien, Ungeduld und verminderte Sprachentwicklung. Taylors Art zu spielen unterschied sich außerdem, von der der anderen Kinder. Hauptsächlich beschäftigte er sich mit Erbsen und Murmeln oder begann Dinge zu sortieren.

Nach den heutigen Forschungsständen sind einige dieser Verhaltensauffälligkeiten von Taylor eindeutig autistischem Verhalten zuzuordnen. Auf den ersten Blick ist das ausdauernde und widerkehrende Spiel mit nicht erkennbarem sinnvollem Hintergrund, wie hier das ständige Sortieren von Dingen, als Indikator für den Frühkindlichen Autismus, zu erkennen.

Ist eine Diagnose gestellt, bedeutet dies für die betroffenen Patienten, sowie deren Angehörige und Bekannte meist eine radikale Umstellung des Alltags. Es folgen Arztbesuche, Medikamenteneinstellungen, diverse Behördengänge, Therapiestunden und das Suchen passender Betreuungsmöglichkeiten, die, gerade bei Entwicklungsstörungen, bestmöglich für die weitere Entwicklung sorgen.

Veränderungen im Alltag bedeuten, auch gerade wie im Fall Taylor mit der Diagnose Autismus, die Verursachung von zusätzlichem Stress. Wobei die Umstellung und Arbeit in erster Linie noch mehr die Angehörigen, wie hier die Eltern, belastet. Sie stehen in der Pflicht, sich um alles zu kümmern und die Schwierigkeiten der Auswirkungen der Erkrankung zu meistern.

Laut dem Interview vom 27.02.2015 mit der Entwicklungshelferin Frau Meier⁴⁵, war die Diagnose auch für die Eltern von Taylor ein Schock. Seit Beginn der Betreuung durch Frau Meier werden sie jedoch als sehr liebevolle und engagierte Eltern gesehen, die mit allen Instanzen der Betreuung in regen Austausch gehen, sehr viel über die ASS recherchieren und immer neue Ideen und Möglichkeiten offen annehmen und ausprobieren.

Sie haben sich mit der Entwicklungsstörung ihres Sohnes bestens engagiert und gehen mit den Umständen offen um. Ich persönlich, würde mir wünschen, dass alle

⁴⁵ Name geändert

Eltern und Angehörige von kranken Kindern diese Familie als Vorbild sehen. Niemand ist gegen solche Schicksalsschläge geschützt. Man muss das Beste aus der Situation machen und darf nicht die Krankheit über das eigene Leben herrschen lassen. Sie ist zwar Teil des Ganzen, aber eben auch nur ein Teil.

7.2. Empfindungen einer Entwicklungshelferin

Frau Meier, Entwicklungshelferin von Taylor, betreut ihn seit September 2011. Die Betreuung läuft über das zuständige Jugendamt, an dem sich die Eltern wenden und folglich einen Beratungstermin vereinbaren. Nachdem eine individuelle Hilfe für die Betroffenen gefunden wurde, dienen die ersten drei Monate der Betreuung durch einen Entwicklungshelfer als Kennlernphase. So war es auch bei Frau Meier und Taylor.⁴⁶

Im Interview beschrieb sie mir, wie Taylor sich in der ersten Zeit ihr gegenüber verhalten hat. „Er spielte viel allein, ließ aber sowohl Körperkontakt, als auch Interaktion zu.“⁴⁷ Sie hatte ebenso den Eindruck, als würde er den sozialen Kontakt wollen, wusste aber nicht direkt wie er ihn erlangen konnte. Frau Meier konnte jedoch auch beobachten, dass er sie nach einer gewissen Zeit die Nähe zu ihr suchte.

Besonders interessiert war ich daran, wie sich Taylors Verhalten in den letzten Jahren verändern hat. Ich persönlich konnte bereits innerhalb weniger Wochen eine Entwicklung in der Bereitschaft für den Kontakt zu meiner Person beobachten. Jedoch sah ich Taylor nur wenige Wochen und nur wenige Stunden. Wie also verhält sich ein Autist, einem Menschen gegenüber, den er über Jahre tagtäglich an seiner Seite hat?

Frau Meier beschrieb mir folgendes: Taylor hat sein fremdverletzendes Verhalten gegenüber anderen Kindern drastisch reduziert. Auch wenn er noch immer in manchen Situationen holprig auf seine Mitmenschen zugeht, nimmt er zunehmend mehr Rücksicht. Auch das vorher regelmäßige Spucken und Klauen von Gegenständen sind nicht mehr vorhanden. Mittlerweile kann Taylor auch Wartezeiten

⁴⁶ Vgl. Interview im Anhang

⁴⁷ Vgl. ebd.

ziemlich gut verkräften, ist flexibler geworden und spricht sehr viel mehr, als noch vor ein paar Jahren.⁴⁸

Die größte Entwicklung hat er, laut Frau Meier, im allgemeinen Sozialverhalten gemacht. Er hat einen enormen Kontakt- und Interaktionswunsch gegenüber seinen Mitmenschen. Dies äußert sich besonders darin, dass er lieber an gruppendynamischen Prozessen teilnimmt, als sich dem alleinigen Spiel zu widmen.

Was ebenso besonders auffällig ist, dass Taylor den Schullalltag mittlerweile komplett ohne Schulbegleiter absolviert. Im Allgemeinen wird er nun auch als fröhlicher, aufgeschlossener, aufgeweckter und zugänglicher, als zu Beginn der Betreuung durch Frau Meier, beschrieben.

Auf die Frage, was Frau Meier empfindet, wenn Sie mit ihm den Tag verbringt, antwortete Sie sofort: „Es macht einfach Spaß mit ihm zusammen zu sein. Natürlich zeigt er noch immer Verhaltensweisen, die sich als anstrengend erweisen, jedoch ist es auch interessant, diese zu hinterfragen.“⁴⁹ Manchmal schreit Taylor einfach los. Doch dieses Verhalten resultiert überwiegend aus Nichtverständnis bestimmter Situationen. Im Gesamten ist es für Frau Meier schön anzusehen, wie er sich verändert hat, dass er mittlerweile fast alle Angebote annimmt und immer wieder bereit ist neue Sachen auszuprobieren. Die Arbeitsbeziehung wird aufgrund dessen als gut und stabil beschrieben. „Die kleinen Fortschritte, die er fast täglich macht, bereichern dies sehr.“⁵⁰

Um weitere Erkenntnisse in Bezug auf meine Forschungsfrage zu erlangen, bat ich Frau Meier sich über den Aufbau des Kontaktes zu anderen Menschen zu äußern. Sie beschrieb ins Besondere, dass der Kontakt in jedem Fall bewusst durchgeführt wird. Sobald Taylor sich sicher ist, jemanden kennt oder beobachtet, geht er von sich aus, auf andere Menschen zu. Als Ressource für adäquates Verhalten ist hier besonders das Imitationsverhalten zu nennen, welches Taylor sehr sicher beherrscht. Er hört sehr viel zu und ahmt das Verhalten Anderer nach. Zwar kommt es auch zu

⁴⁸ Vgl. Interview im Anhang

⁴⁹ ebd.

⁵⁰ ebd.

Ablehnungen zu bestimmten Personen, jedoch ist auch das ablehnende Verhalten als eine Kontaktform anzusehen.

Auf die Frage, ob Taylor sich bewusst von der Außenwelt abkapselt, beschrieb Frau Meier, eine für mich sehr interessante These. Denn Sie behauptet das absolute Gegenteil. Es ist ihm sehr wichtig Aufmerksamkeit zu bekommen und immer am Geschehen teilzuhaben. Zwar sucht er sich in manchen Momenten Rückzugsorte, aber dies geschieht in keinem Fall häufiger als bei anderen Kindern, die nicht am Autismus-Syndrom leiden. Eine ähnliche aber mindestens genauso interessante Antwort, bekam ich auf die Frage, ob Taylor in bestimmten Situationen vollkommen unbewusst handelt. Es wurde mir erklärt, dass die Handlungen nicht unbewusst ausgeführt werden, jedoch die Konsequenz hinter ihnen nicht bewusst sind. Wie bereits erwähnt hat er ein sehr ausgeprägtes Imitationsverhalten. Dennoch kann er Erlerntes nicht optimal adaptieren. Daraufhin wurde mir ein Musterbeispiel dargelegt: Taylor lernte in der Schule mit der Schere Zeitung in Streifen zu schneiden. Als er dann wieder zu Hause war, begann er die Briefe seiner Eltern zu zerschneiden und konnte nicht verstehen, dass seine Handlung nun falsch ist.

Zusammenfassend schließe ich folglich aus den Aussagen der Entwicklungshelferin, dass Taylor sich in den letzten Jahren enorm verändert und entwickelt hat. Die anfänglichen Defizite und Verhaltensauffälligkeiten konnten teilweise vollkommen reduziert werden. Durch eine hohe Anzahl verschiedener Angebote, gefördert auch durch die Bereitschaft der Eltern, und einer intensiven Betreuung und Zuwendung der Entwicklungshelferin Frau Meier hat sich der Aufbau von sozialen Kontakten, welcher besonders bei Autisten als sehr defizitär beschrieben wird, bestens herausbilden können. Die extravertierten Abläufe scheinen in jedem Fall bewusst durch Taylor gesteuert zu werden. Er schließt sich nicht aktiv der Außenwelt aus und zieht sich nicht bewusst in eine Phantasiewelt zurück. Die Verknüpfung von erlerntem Verhalten zu der adäquaten Anwendung dieser, ist bei Taylor noch lückenhaft. Im Allgemeinen hat er sich jedoch zu einem sehr aufgeschlossenen und kontaktfreudigem Jungen entwickelt.

8. Theorie- Praxis- Bezug

Wie zu Beginn erwähnt, sind autistische Störungen vielschichtige Phänomene. Das Spektrum der Auffälligkeiten erstreckt sich sehr weitläufig. Ich habe jedoch mein Hauptaugenmerk auf das bewusste und unbewusste Erleben in der sozialen Welt von Frühkindlichen Autisten gelegt. Während meiner Recherchen, habe ich in der Literatur jedoch überwiegend einschlägige Theorien von Wissenschaftlern entdeckt, die sich teilweise mit meinen praktischen Erfahrungen in der Arbeit mit einem Autisten widersprachen.

Daher möchte ich spezielle Aspekte der theoretischen Erkenntnisse mit meinen praktisch gesammelten Erfahrungen, sowie den Kenntnissen der Entwicklungshelferin, Frau Meier, zueinander in Bezug setzen.

Zunächst möchte ich mit der Annahme beginnen, dass autistische Kinder im aktiven Handeln Zusammenhänge nicht richtig erkennen können. Sie erlernen bestimmte Verhaltensweisen, können diese aber nicht miteinander in Verbindung setzen und dementsprechende Konsequenzen erkennen. Diese Theorie stimmt mit den Erfahrungen der Entwicklungshelferin vollkommen überein. Vorweg beschrieb ich die Situation, in der Taylor die Briefe seiner Eltern zerschnitt, weil er in der Schule mit der Schere zu schneiden lernte.

Leo Kanner beschrieb, dass autistische Kinder sich nicht aktiv in eine Phantasiewelt zurückziehen, sondern sie primär unfähig sind, soziale Kontakte aufzubauen. Die praktischen Erfahrungen stimmen mit dieser These teilweise überein. Es konnte im Fall Taylor bestätigt werden, dass autistische Kinder sich bewusst für das Zurückziehen entscheiden, wenn sie eine Auszeit benötigen. Dies geschieht jedoch nicht häufiger als bei anderen Kindern. Allerdings konnte nicht bestätigt werden, dass sie in gewisser Weise unfähig sind, soziale Kontakte aufzubauen. Das Beispiel Taylor zeigt eindeutigen Kontaktwunsch und auch die Aufnahme derer zu Mitmenschen. Er wurde sogar als sehr aufgeschlossen bezeichnet. Demzufolge stimme ich nicht mit den Aussagen überein, dass Autisten in einer eigenen Welt gefangen sind oder als glücklich beschrieben werden, sobald sie allein sind. Dies hat zur Folge, dass die Richtlinien der ICD-10 und der DSM-IV erweitert werden sollten. Denn wie bereits

erwähnt, besagen diese die extreme Abkapselung gegenüber der Umwelt und das ängstliche Festhalten am Gewohnten. Ich gehe davon aus, dass es sicher von Einzelfall zu Einzelfall unterschiedliche Ausprägungen der genannten Symptome gibt, jedoch sollten auch positivere Diagnosen nicht vollkommen unerwähnt bleiben. Ich sehe in diesem Zusammenhang Schwierigkeiten bei der Feststellung einer Erkrankung des Autismus.

Die Mutmaßung, dass Kinder und auch Erwachsene, die an dem Syndrom leiden, laut Kanner vollkommen unfähig sind, sich mit anderen Personen in Beziehung zu setzen, schließt sich demnach für mich auch aus. Wie bereits beschrieben, sind sie meiner Meinung nach im Stande, eine Wechselbeziehung aufzubauen. Sie benötigen lediglich Handlungsfreiräume, Sicherheit und stetig widerkehrende Kontakt- und Vertrauenspersonen. Bestärkt wird meine These vor allem durch das beobachtete Verhalten von Taylor während der Zeit des Bewegungsprojektes, welches durch mich geleitet wurde.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die überwiegende Beschreibung der Symptomatik indirekt darauf abzielt, dass Kinder mit dem Frühkindlichen Autismus, sich zum einen bewusst in eine Phantasiewelt zurückziehen, was meine These bestätigt, sie jedoch zum anderen größtenteils vollkommen unfähig sind, eine soziale Welt bewusst zu erleben und diese aktiv von sich aus zu leiten, was wiederum meiner Annahme und den Erfahrungen von Frau Meier zurückweisen.

9. Fazit

Mit dieser Bachelorarbeit wollte ich belegen, dass frühkindliche autistische Kinder, in der Lage sind sich bewusst und aus freiem Willen in eine Phantasiewelt zurückzuziehen. Dies jedoch nur dann, wenn ihnen tatsächlich danach ist. Zwar wird der Frühkindliche Autismus häufig mit diesem Symptom assoziiert, welches auch tatsächlich vorliegt, jedoch war für mich in der Literatur nie deutlich erkennbar gemacht, dass der Rückzug bewusst herbeigeführt wird. Durch meine praktischen Erfahrungen im Bewegungsprojekt, konnte ich jedoch genau dies innerhalb kürzester

Zeit feststellen. Meine Hypothese wurde anhand von Aussagen einer Entwicklungshelferin, die seit Jahren täglich Autisten begleitet, größtenteils bestätigt.

Daher formuliere ich die Antwort auf meine Forschungsfrage: „Ein bewusstes Zurückziehen in die eigene Phantasiewelt oder die eingeschränkte Fähigkeit eine soziale Welt bewusst zu erleben?“, folgendermaßen: Autistische Kinder, überwiegend solche, die an dem Frühkindlichen Autismus erkrankt sind, ziehen sich auf eigenem Wunsch heraus bewusst in eine Phantasiewelt zurück. Das Verhalten tritt einzelfallabhängig in mehreren Facetten von wenig bis vermehrt auf. Autisten sind in ihrer gesamten Bandbreite tatsächlich fähig, eine soziale Welt bewusst zu erleben und diese aktiv zu bestimmen. Es kann lediglich aufgrund den eingeschränkten Möglichkeiten, in Bezug der Sprachauffälligkeiten beziehungsweise des sich in den Gegenüber reinzuversetzen, zu Schwierigkeiten kommen.

Abschließend möchte ich anmerken, dass weitere Forschungen notwendig wären, um noch repräsentativere Aussagen treffen zu können. Diese Arbeit kann in dem Punkt kritisch hinterfragt werden, da sie den Einzelfall „Taylor“ beschreibt. Als Ganzes gesehen spricht jedoch Frau Meier aus jahrelanger Erfahrung mit autistischen Kindern.

Die Erarbeitung der gesamten Thematik war für mich besonders spannend, weil ich immer den direkten Bezug zur Praxis hatte. Es war faszinierend bestimmte Verhaltensweisen bei Taylor entdeckt zu haben, die dann mit der Literaturrecherche entweder übereinstimmten oder abwichen.

Ich bedanke mich für die tolle Zusammenarbeit mit der Entwicklungshelferin, sowie die Offenheit der Eltern. Ohne sie wäre die Arbeit nur halb so lebendig.

„Ich denke nicht daran, mich einzuschränken, nur weil die Leute nicht akzeptieren, dass ich etwas anders mache.“

Dolly Parton

10. Literaturangabe

Fachliteratur

Aarons, Maureen/ Gittens, Tessa: Das Handbuch des Autismus. Ein Ratgeber für Eltern und Fachleute. London 1999

M. S. Paschke-Müller et al.: Theory-of-Mind-Training bei Autismusspektrumstörungen, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

Poustka, Fritz/ Bölte, Sven/ Feineis-Matthews, Sabine/ Schmötzer, Gabriele: Autistische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Göttingen 2008

Remschmidt, Helmut: Autismus. Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen. München 2000

Sinzig, Judith. Frühkindlicher Autismus. Remschmidt Schmidt (Hrsg.) Manuale psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Berlin Heidelberg 2011

Internetquellen

<http://flexikon.doccheck.com/de/Dyspraxie>

<http://autismus-institut.de/pages/autismus-spektrum-stoerungen/symptome/asperger-syndrom.php>

11. Anhang Interview

- Beantwortet von Frau Meier, Integrationshelferin von Taylor
- Stichpunktartig zusammengefasst

Alter: 11 Jahre

Form Autismus: Frühkindlicher Autismus

Wann wurde die Erkrankung diagnostiziert? Das war während der Kita-Zeit

Wurde sie eindeutig diagnostiziert? ja

Wissen Sie, wie die Eltern die Diagnose aufgefasst haben und wie sie derzeit damit umgehen?

Ich glaube zu Beginn der Diagnose war es nicht leicht diese zu akzeptieren. Da es damals keine weiteren Kinder und somit keinen Vergleich gab, stellte man nicht so leicht die Entwicklungsrückstände fest. Durch die „andersartigen“ Verhaltensweisen bemerkten sie, dass etwas nicht stimmt. Es war jedoch schwierig zu schauen, welche Verhaltensweisen sind auf seine ASS zurückzuführen und welche nicht. Seit Beginn der Betreuung nehme ich sie als sehr engagierte und liebevolle Eltern wahr. Sie gehen viel mit uns in den Austausch, recherchieren viel über die ASS und probieren neue Ideen und Möglichkeiten aus.

Seit wann begleiten Sie ihn? Seit September 2011

Wie sind Sie zu ihm gekommen? Bevor die Familien zu uns kommen, können sie einen Beratungstermin vereinbaren. Die eigentliche Hilfe läuft dann übers Jugendamt. So auch in diesem Fall. Nachdem die Familie beim Jugendamt war, wandte sich dieses an uns.

Wie verhielt er sich Ihnen gegenüber, als Sie ihn kennengelernt haben?

Er spielte viel allein, ließ aber sowohl Körperkontakt als auch Interaktion zu. Wir hatten eine Kennenlernphase von ca. 3 Monaten, indem er Schulbegleitung und TEACH-Förderung bekam. Zudem spielten wir viel auf seine Weise, was damals bedeutete mit kleinen Erbsen und Murmeln zu spielen oder Sachen zu sortieren. Er

zeigte damals verschiedene Verhaltensweisen, wie z.B. spucken, schreien oder auch fremdverletzendes Verhalten gegenüber anderen Kindern.

War er abweisend? Wenn er die Wahl hatte spielte er lieber allein. Dennoch konnte er Kontakte zulassen. Ich gehe davon aus, dass es oft daran liegt, dass Kinder mit einer ASS auf jeden Fall Kontaktwunsch haben, nur wissen sie nicht wie sie in diesen kommen.

Konnten Sie in den letzten Jahren Veränderungen in seinem Verhalten erkennen? (bsp.)

Er hat sich in so vielen Sachen geändert.

Das fremdverletzende Verhalten gegenüber anderen Kindern konnte reduziert werden. Er spuckt nicht mehr und klaut anderen Kindern auch nicht mehr deren Brillen. Wartesituationen kann er sehr gut aushalten. Er ist zudem sehr flexibel geworden und spricht sehr viel mehr. Die größte Veränderung sehe ich im allgemeinen Sozialverhalten. Er hat einen enormen Kontakt- und Interaktionswunsch gegenüber anderen Kindern entwickelt und nimmt lieber an Gruppenprozessen teil, anstatt allein zu spielen.

War irgendetwas besonders auffällig?

Das eben beschriebene auf jeden Fall. Hinzu kommt, dass die Absicherung der Schulpflicht auch ohne komplette Schulbegleitung abgesichert ist. Insgesamt ist er heute aufgeweckter, fröhlicher und zugänglicher als damals.

Können Sie sich vorstellen, dass er sich in manchen Situationen bewusst von der Außenwelt abkapselt?

Ich würde heute eher das Gegenteil behaupten. Es ist ihm sehr wichtig Aufmerksamkeit zu bekommen und am Geschehen teilzunehmen. Klar benötigt er auch mal Rückzugsmomente und Ruhepole, aber die sind nicht häufiger als bei anderen Kindern.

Wie ist Ihr persönliches Empfinden, wenn Sie mit ihm zusammen sind?

Es macht einfach Spaß mit ihm zusammen zu seinen. Natürlich zeigt er noch immer Verhaltensweisen, die sich als anstrengend erweisen. Beispielsweise wenn er aus unersichtlichen Grund anfängt zu schreien oder Gegenstände versteckt. Jedoch macht es Spaß diese Sachen zu hinterfragen. Wutausbrüche resultieren z.B. meist aus Nichtverständnis. Ansonsten empfinde ich die Zeit mit ihm als sehr schön. Es ist schön zu sehen, dass er mittlerweile fast alle Angebote und auch neue Sachen annimmt und wie gut er sich weiterentwickelt. Wir haben mittlerweile eine sehr gute und stabile Arbeitsbeziehung und die kleinen Fortschritte die er täglich macht bereichern dies.

Konnten Sie beobachten, dass er Kontakt zu anderen Menschen bewusst aufbaut? Vielleicht wenn er sie länger kennt?

Auf jeden Fall. Wenn er sich sicher ist, jemanden kennt oder viel beobachtet (er hat ein sehr gutes Imitationsverhalten, was eine gute Ressource für „adäquates“ Verhalten ist) geht er z.B. auch auf seine Mitschüler zu. Letztendlich ist er ständig im Kontakt. Dieser kann durch Nachahmungen, Zuhören oder aktiven Interaktionen geschehen. Nebenbei ist ja ablehnendes Verhalten auch eine Kontaktform ;)

Können Sie beobachten, dass er in bestimmten Situationen vollkommen unbewusst handelt?

Ich würde nicht unbedingt sagen dass es unbewusste Handlungen sind. Ich denke die Handlung an sich ist schon bewusst, nur ist ihm die Konsequenz dahinter nicht bewusst. Wie beispielsweise eben beschrieben hat er ein sehr gutes Imitationsverhalten, jedoch kann er Erlerntes nicht immer sinnvoll adaptieren. Hier mal ein Beispiel: In der Schule wurde gebastelt, indem Zeitung erst in Streifen und dann in kleine Schnipsel zerrissen wurde. Nachdem er dann zu Hause angekommen war, fing er an die Briefe seiner Eltern zu zerreißen. Letztendlich hat er gar nicht verstanden wieso das was er jetzt gemacht hatte falsch war, denn so hatte er es ja gelernt.