



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Studiengang: Early Education – Bildung und Erziehung im Kindesalter
(berufsbegleitend)

Bachelorarbeit

zur

Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts (B.A.)

Anbahnung von Kommunikation
mit Hilfe der
Aufmerksamkeits- Interaktions- Therapie
bei Kindern mit frühkindlichem Autismus

Name: Fanni Peters

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2016-0073-9

Erstprüferin: Prof. Dr. Claudia Hruska

Zweitprüferin: Prof. Dr. phil. habil. Barbara Bräutigam

Ort/ Datum: Neubrandenburg, 30.06.2016

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	3
1 Die Bedeutung von Kommunikation in der vorsprachlichen Entwicklung.....	7
1.1 Die Begriffe Kommunikation, Sprache und Sprechen	7
1.2 Kognitive Voraussetzungen für die Kommunikationsfähigkeit	10
1.3 Kommunikation in der vorsprachlichen Entwicklung	11
1.4 Kurzer Überblick über die Phasen der vorsprachlichen Entwicklung....	14
1.5 Kommunikationsfähigkeiten von Menschen mit Behinderung	16
2 Autismus- Spektrum- Störung mit dem Schwerpunkt auf frühkindlichem Autismus.....	19
2.1 Historischer Abriss.....	19
2.2 Definition und Klassifikation	20
2.3 Epidemiologie und Schweregradeinteilung	21
2.4 Ätiologie für Autismus- Spektrum- Störungen	22
2.5 Diagnostik von Autismus- Spektrum- Störungen.....	24
2.6 Symptome des frühkindlichen Autismus	25
3 Die Aufmerksamkeits- Interaktions- Therapie (AIT).....	32
3.1 Die Grundlagen der Aufmerksamkeits- Interaktions- Therapie (AIT)....	32
3.2 Experteninterview mit Dr. Hellmut Hartmann	42
4 Fallbeispiele: Adam und Oskar	47
4.1 Fallbeispiel 1: Adam (13 ½ Jahre) - Diagnose nach ICD-10: Frühkindlicher Autismus (F84.0).....	47
4.2 Fallbeispiel 2: Oskar (14 Jahre) – Diagnose nach ICD-10: Frühkindlicher Autismus (F84.0)	55
4.3 Zusammenfassung und kurzer Vergleich der Fallbeispiele	60
5 Was kann die AIT für betroffene Kinder, für deren Familien und auch pädagogische Fachkräfte leisten?	63
6 Zusammenfassung, Fazit und Ausblick.....	67
7 Literaturverzeichnis.....	71
Anhang	I

Einleitung

Kommunikation ist ein menschliches Grundbedürfnis. Um Wohlbefinden und ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit zu erfahren, also um sich gut zu fühlen, braucht der Mensch das Gefühl sich in einer responsiven Umgebung zu befinden. Er ist angewiesen darauf, dass andere auf ihn reagieren, sei es durch kleine Gesten, Zugewandtheit, Interesse oder symbolische Handlungen.

Aufgrund ihres scheinbaren Desinteresses an sozialen Kontakten, können Menschen mit Autismus- Spektrum- Störungen nur selten diese Erfahrungen machen, da die Menschen in ihrer Umgebung im Umgang mit ihnen eher unbeholfen und distanziert reagieren.

Während meiner fast sechsjährigen Arbeit im Autismus- Therapiezentrum Neubrandenburg habe ich in der Umfeldarbeit mit Eltern, Betreuungspersonen, Lehrkräften und anderen Bezugspersonen häufig solche Reaktionen und Erfahrungsberichte erhalten.

Neben der Förderung der sozialen Kompetenzen und der kommunikativen Fähigkeiten der Kinder und Jugendlichen mit Autismus- Spektrum- Störungen nimmt auch die Arbeit mit den Angehörigen und pädagogischen Fachkräften der Betroffenen einen wichtigen Schwerpunkt in meiner täglichen Arbeit ein.

Allen Menschen mit Autismus- Spektrum- Störungen, auch denjenigen mit Asperger- Syndrom und Atypischen Autismus ist gemein, dass sie Defizite in der zwischenmenschlichen Kommunikation zeigen. Es fällt ihnen schwer nonverbale Signale zu lesen und richtig zu deuten sowie selbst welche zu verwenden. Des Weiteren stellt das Initiieren und Aufrechterhalten eines Dialoges eine große Herausforderung dar.

Es gibt viele Hilfsmittel, die bei der Kommunikation unterstützend eingesetzt werden können, beispielsweise PECS (Picture Exchange Communication System), Gebärdensprache oder Big Points (sprechende Tasten). Hierbei wird das gesprochene Wort durch Bilder oder Gebärden ersetzt. Somit dienen sie hauptsächlich der Mitteilung von Wünschen und Bedürfnissen – sind also in diesem Sinne noch nicht kommunikativ. In der Praxis stelle ich häufig fest, dass die Kinder schnell Kenntnisse über Symbole und Zeichen erwerben, damit jedoch nicht kommunikativ umgehen können, sie treten nicht in zwischenmenschliche Interaktion. Beispielsweise werden Bildkarten von den Kindern nur hochgehalten, woraufhin häufig eine voreilige Reaktion von Eltern und Betreuungspersonen erfolgt. Das Kind weiß jedoch nicht, dass es vorher angemessen durch

Blickkontakt oder eine leichte Berührung mit seinem Kommunikationspartner in Kontakt treten muss.

Aus meiner Sicht werden die Grundlagen zur Förderung der Kommunikation, z.B. Kenntniserwerb im Bereich Ursache- Wirkung und Selbstwirksamkeitserfahrungen der Menschen mit Autismus- Spektrum- Störungen in der Praxis häufig vernachlässigt, sodass die Betroffenen viele Bilder, Symbole und Zeichen kennen, es in den seltensten Fällen zu einer Kommunikation im Sinne der zwischenmenschlichen Interaktion kommt.

Das Erlernen von kommunikativen Fähigkeiten stellt für Menschen mit Autismus- Spektrum- Störung eine bedeutende Grundlage für ihre gesamte Entwicklung dar.

In meiner vorliegenden Bachelorarbeit möchte ich mich daher tiefgreifender mit der Kommunikationsanbahnung von frühkindlichen Autisten unter Anwendung der AIT auseinandersetzen und dabei folgende Hypothese überprüfen:

Durch die regelmäßige Anwendung der Aufmerksamkeits- Interaktions- Therapie kann die Entwicklung von Kindern mit frühkindlichem Autismus positiv beeinflusst werden.

Daher habe ich mich schon in der Vergangenheit häufig mit der Aufmerksamkeits- Interaktions- Therapie (AIT) von Dr. Hellmut Hartmann beschäftigt, denn sie legt den Fokus auf die Nachahmung von Lauten und Bewegungen sowie eine expressive Mimik und Gestik von Therapeutenseite, durch die Blickkontakt entstehen kann. Bei der ATI wird das Verhalten der Kinder aufgegriffen und damit die Chance eröffnet, dass aus stereotypen Bewegungen oder Monologen erste „Dialoge“ mit Bewegungen oder Lauten werden (vgl. Hartmann 2011, S.13f.).

Mich begeisterte an diesem Ansatz auch immer die ausdrucksstarke Mimik und Gestik von Therapeutenseite, die es Kindern mit Autismus ermöglicht ihr Gegenüber besser „lesen“ zu können, aber auch ihnen eine bessere Ausdrucksfähigkeit ermöglicht.

Dr. Hartmann bezieht sich in seinem Ansatz der erweiterten AIT auch auf die Förderung von Asperger- Autisten jedoch arbeite ich in meiner alltäglichen Praxis vor allem mit Kindern zusammen, die vom frühkindlichen Autismus betroffen sind, sodass ich dort mehr Praxisbezüge herstellen kann.

Des Weiteren gelingt es Menschen mit Asperger- Autismus häufig besser, Defizite in ihrer Kommunikationsfähigkeit kognitiv zu kompensieren. Kinder mit

frühkindlichen Autismus benötigen gezielte Hilfestellungen und Förderangebote, wie sie in der Aufmerksamkeits- Interaktions- Therapie beschrieben werden, um positive Fortschritte in ihrer Kommunikationsentwicklung zu erreichen.

Im Folgenden werde ich auf die Bedeutung von Kommunikation in der vorsprachlichen Entwicklung eingehen. Dabei werde ich mich zu Beginn mit den Begriffen Kommunikation, Sprache und Sprechen auseinandersetzen, um anschließend die kognitiven Voraussetzungen für die Kommunikationsfähigkeit zu beleuchten. Im Anschluss beziehe ich mich auf die Besonderheiten in der Kommunikation während der vorsprachlichen Entwicklung und gebe einen kurzen Abriss über den Verlauf der vorsprachlichen Entwicklung. Abschließend befasst sich dieser Abschnitt mit Kommunikationsfähigkeiten von Menschen mit Behinderung.

Der zweite Teil meiner Bachelorarbeit ist dem Störungsbild Autismus- Spektrum- Störung gewidmet, wobei der Schwerpunkt hier auf dem frühkindlichen Autismus liegt.

Es folgt ein historischer Abriss des Begriffes Autismus und sich daran anschließend die Definition der Begriffe Autismus- Spektrum- Störung und frühkindlicher Autismus sowie die Klassifikation.

Danach geht es um die Epidemiologie und Schweregradeinteilung bei Autismus- Spektrum- Störung. Es schließen sich Ausführungen über Ätiologie und Diagnostik Autismus- Spektrum- Störung an.

Den Schluss bildet eine umfassende Beschreibung der Symptome des frühkindlichen Autismus.

Im dritten Abschnitt werden die Grundlagen der Aufmerksamkeits- Interaktions- Therapie (AIT) genau beschrieben. Danach schließt sich die Zusammenfassung des Experteninterviews mit Dr. Hartmann an.

Im vierten Teil liegt der Fokus auf den Fallbeispielen von Adam und Oskar, zwei Jungen, die ich schon lange betreue und bei denen die Umsetzung und Anwendung der AIT fester Bestandteil ihrer Förderung war und ist. In beiden Fällen wird der Entwicklungsstand zu Beginn der Förderung, die Anwendung und Umsetzung der AIT sowie der aktuelle Entwicklungsstand beschrieben, um sie abschließend in vergleichender Form zusammen zu fassen.

Anschließend wird aufgezeigt, was die AIT sowohl für Betroffene als auch für Familie und Begleitpersonen leisten kann.

Das Ende meiner Bachelorarbeit bildet eine Zusammenfassung mit Fazit und Ausblick.

1 Die Bedeutung von Kommunikation in der vorsprachlichen Entwicklung

1.1 Die Begriffe Kommunikation, Sprache und Sprechen

Kommunikation ist ein menschliches Grundbedürfnis, welches subjektiv für die Lebensqualität von entscheidender Bedeutung ist. Sie stellt die wesentliche Bedingung für soziale Partizipation und Selbstbestimmung sowie die Grundlage jeder Entwicklung dar (Wilken 2014a). Daher ist es unerlässlich beeinträchtigten Kindern früh in ihrer Entwicklung begleitende Hilfen zum Verstehen und zum Verständigen anzubieten.

Die Begriffe Kommunikation, Sprache und Sprechen werden im allgemeinen Sprachgebrauch nur wenig differenziert betrachtet, obwohl sie unterschiedliche Bedeutungen haben.

Die Informatik definiert Kommunikation im allgemeinen als Übermittlung von Informationen (Papoušek 1994). In der zwischenmenschlichen Interaktion bezeichnet die Kommunikation alle Verhaltensweisen und Ausdrucksformen, mit denen Personen mit anderen Menschen bewusst oder unbewusst, beabsichtigt oder unbeabsichtigt, willkürlich oder unwillkürlich in Beziehung treten. Diese wechselseitige Beziehung umfasst mehr als nur die verbale Sprache. In die Kommunikation werden nonverbale Informationen, wie Nähe und Distanz, Berührungen, Blickkontakt, Mimik, Gestik, Körperhaltung sowie Kleidung miteinbezogen. Vor allem kleine Kinder verdeutlichen über ihr Verhalten Bedürfnisse, Vorlieben, Schmerzen und Abneigungen. Alle Formen der Kommunikation sind kontextgebunden und müssen situationsentsprechend interpretiert werden (Wilken 2014a). Darüber hinaus umfasst Kommunikation die Fähigkeiten, Wünsche und Interessen mitzuteilen sowie Mitteilungen zu verstehen und beantworten zu können. Des Weiteren geht es auch um die effektive Gestaltung von Mitteilungen durch kulturspezifische Formen (Kane 2014).

Wichtige individuelle Grundlagen der Kommunikation sind sensorische Fähigkeiten, wie sehen, hören, fühlen, schmecken und riechen sowie eine angemessene kinästhetische, propriozeptive und vestibuläre Wahrnehmung. Es ist festzustellen, dass Kommunikation häufig über mehrere Kanäle realisiert wird. Mögliche Kommunikationskanäle sind u.a. Blicke, Laute, Gestik und Mimik. Die

Kombination von mehreren Kommunikationsmitteln lässt auf eine Sicherheit bei ihrer Verwendung schließen (Kane 2014).

Basale Kompetenzen werden durch soziale Beziehungen, wie die Einflussnahme durch Blickkontakt, mimischer und gestischer Ausdruck, abwechselndes Handeln in der Interaktion sowie das Einhalten von alters- und kulturtypischen Kommunikationsabständen erworben (Wilken 2014a).

Sprache ist ein Kommunikationssystem, das auf festgelegten Symbolen, wie Gebärden, gesprochener bzw. geschriebener Worte oder anderer optischer Zeichen, beruht. Sie repräsentiert Dinge oder Handlungen, ermöglicht Beziehungen, stellt zeitliche Ordnungen und Abfolgen dar, ermöglicht kontextunabhängige Mitteilungen zu machen, Fragen zu stellen sowie die Reflexion eigener und fremder Handlungen (Wilken 2014b).

Sprache stellt die wesentliche Grundlage für das bedeutungsbezogenen Verarbeiten von Wahrnehmungen dar, damit flüchtige Sinneseindrücke gespeichert werden können. Sie ist notwendig für das Vergleichen und Bewerten, Erinnern, die Bildung von Kategorien sowie die wesentliche Voraussetzung für vielfältige kognitive Leistungen. Zu betonen ist, dass diese Funktionen nicht an die Lautsprache gebunden sind, sondern lediglich an das Vorhandensein eines differenzierten Symbolsystems. Deshalb können Menschen ohne Lautsprache auch mit anderen Sprachsystemen entsprechende kognitive Fähigkeiten erwerben (Wilken 2014a). Ein gutes Sprachverständnis und normale Sprachkompetenzen sind nicht abhängig von der Sprechfähigkeit. Eine wesentliche Voraussetzung für die Sprache sind Erkenntnisse in der Objektpermanenz sowie im Symbolverständnis.

Das Erwerben von Wörtern und Gebärden in einer syntaktischen und grammatischen Struktur und deren Einhaltung sind von unabdingbarer Wichtigkeit, um eine zielgerichtete und auf Logik basierende Kommunikation zu gewährleisten.

Sprechen beschreibt das Produzieren der hörbaren Sprache und beinhaltet darüber hinaus die Bildung sprachtypischer Normlaute, das Verbinden zu Wörtern und das bedeutungsbezogene Nutzen dieser. Sie stellt ein besonders effektives und differenziertes Mittel der Kommunikation dar. Zudem erfordert das Erlernen dieser vielfältige basale Voraussetzungen, aber auch spezielle motorische und kognitive Fähigkeiten. Notwendige Aspekte für die Realisierung von Sprechen sind die Artikulation (das korrekte Bilden einzelner Laute), der Syntax (beachten der Regeln bei Wortfolge und Satzbau) und die Pragmatik

(verbundene Absichten mit geäußerten Wörtern) (Wilken 2014a). Eine ungestörte Kommunikation ist auch abhängig von der Sprechflüssigkeit, Prosodie und Resonanz.

Für die Förderung der Kommunikationsfähigkeiten ist auch relevant, wie das Kind auf Missverständnisse reagiert. Eine höhere Selbstständigkeit scheint mit besseren Kompetenzen im Umgang mit Belastungen einherzugehen (Wilken 2014b).

Einen besonderen Aspekt bilden die Regeln der Konversation, beispielsweise „Wie und wann werden Nachfragen gestellt?“, „Wann darf der Sprecher unterbrochen werden?“, „Wie wird ein Gespräch begonnen?“ oder „Wie wird ein Thema bestimmt oder gewechselt?“. In Unterhaltungen müssen die Kommunikationspartner in der Lage sein Missverständnisse zu korrigieren sowie (Vor)Kenntnisse der Gesprächspartner bei einem Thema berücksichtigt werden (Wilken 2014a). Auch angemessene Höflichkeitsformen, wie eine situationsgerechte Wortwahl, sollten bei einer Unterhaltung Beachtung finden.

Das Verhältnis von Gesprächsthemen und aktuellen Tätigkeiten wandelt sich mit zunehmenden Alter. Die Gespräche kleiner Kinder befassen sich überwiegend mit kontext- und handlungsgebundenen Inhalten.

Kognitive und emotionale Grundlagen der sprachlichen Entwicklung werden in der Interaktion zwischen Kind und Bezugsperson erworben. In sozialen und gegenständlichen Kooperationen kann das Kind Sinn und Ziel von Eigenaktivität erleben. Die Entwicklung von Objektpermanenz und Symbolverständnis als kognitive Voraussetzung für die Entwicklung von Sprache sind gebunden an die eigenen Handlungserfahrungen des Kindes (Wilken 2014a).

Der Begriff Kognition umfasst die Gesamtheit aller informationsverarbeitender Prozesse und Strukturen eines Individuums. Zu diesen gehören die Wahrnehmung und Aufmerksamkeit, das Denken und Lernen sowie das Sprachverstehen und die Sprachproduktion. Der nachfolgende Abschnitt erörtert das Zusammenspiel zwischen Kognition als Voraussetzung für den Erwerb der Kommunikationsfähigkeit im frühkindlichen Alter.

1.2 Kognitive Voraussetzungen für die Kommunikationsfähigkeit

Nach Kane (2014) erwerben Kinder in der kognitiven Entwicklung wichtige Grundlagen für die Verständigung mit Symbolen. Die intellektuelle Entwicklung ist ein Prozess, bei dem das Kind durch ein Zusammenspiel von Wahrnehmung und eigenem Handeln Fähigkeiten erwirbt, die einen zunehmend gezielteren, effektiveren und komplexeren Umgang mit der Umwelt ermöglichen. Sie betont außerdem: „Kognitive Entwicklung findet demnach nicht nur im Umgang mit Dingen statt, sondern Kommunikation und Interaktion bilden ein wichtiges Gerüst für kognitive Erfahrungen.“ (Kane 2014, S.33).

Unterschiedliche Entwicklungsbereiche sind relevant für die Sprachentwicklung, auch bestimmte kognitive Entwicklungsschritte gehen dem Sprachbeginn voraus.

Im Verlauf des ersten Lebensjahres entwickelt das Kind ein Verständnis davon, dass Dinge und Personen in seiner Umwelt unabhängig von der momentanen Wahrnehmung existieren. Es hat die Fähigkeit der Objektpermanenz entwickelt. Das Kind kann nun Objekte und Personen innerlich repräsentieren, auch wenn sie abwesend sind. Es ist in der Lage etwas zu fordern oder zu kommentieren, wenn es ein inneres Bild von Dingen und Ereignissen hat (Kane 2014).

Im weiteren Verlauf eignet sich das Kind zunehmend die Fähigkeit an, eine Handlung zu planen und auszuführen, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Es hat ein Verständnis davon, Mittel zu nutzen, um einen Zweck zu erreichen. Die Entwicklung von Mittel- Zweck- Verbindungen ist eine Grundlage für die Verwendung von Kommunikation als Mittel, um eigene Wünsche zu verdeutlichen oder um die Aufmerksamkeit anderer zu lenken (Kane 2014).

Der Produktion von Lauten setzt voraus, dass Kinder Laute und Lautkombinationen nachahmen können. Gebärden kann ein Kind erst erlernen, wenn es Bewegungsabläufe imitieren kann (Kane 2014). Das Erlernen von konventionellen Gesten (z.B. Zeigen) oder Laute (z.B. „oh“) erfordert die Fähigkeit einfache Bewegungen- und Lautmodelle nachzuahmen.

Die Entwicklung der Wahrnehmung von kausalen Zusammenhängen bedingt im Vorfeld, dass das Kind durch Explorieren und Beobachten erkennt, dass Umweltgeschehnisse Ursachen haben. Diese Erfahrungen können Kinder in eigenen Handlungen machen oder bei Handlungen anderer Personen sowie bei mechanischen Vorgängen sehen (Kane 2014). Das Verständnis für den Zusammenhang zwischen Handlung und Effekt ist notwendig, damit das Kind

verstehen, dass durch Gesten oder Worte ein bestimmtes Ereignis erreicht werden kann.

Die Entwicklung der Wahrnehmung für räumliche Zusammenhänge beinhaltet das allmähliche Erkennen der Bedeutung von Nähe und Ferne, von oben und unten, von innen und außen. Es ist eng gekoppelt an die Entwicklung von grob- und feinmotorischen Bewegungen (Kane 2014).

Mit zunehmendem Alter entwickelt das Kind Schemata im Umgang mit Objekten. Dies ermöglicht ihm komplexere Handlungen im Umgang mit Gegenständen. Sie verwenden Gegenstände im sozial üblichen Sinn. Darüber hinaus lösen sie sich auch von realen Formen, was sich im „So- tun- als- ob“- Spiel manifestiert oder sie nutzen Gegenstände in symbolischer Bedeutung.

Mit zunehmendem Alter entwickelt das Kind Schemata in der Handhabung und Benutzung von Objekten, welches ihm im späteren Verlauf komplexere Handlungen im Umgang mit diesen ermöglicht. Die Verwendung der Gegenstände erfolgt im sozial üblichen Sinn. Darüber hinaus findet eine Loslösung von den realen Formen statt, welches sich im "So- tun- als- ob"- Spiel manifestiert. Ebenfalls nutzen Kinder situativ Gegenstände in symbolischer Bedeutung. In diesen Zeitraum fällt auch der Gebrauch der ersten Namen (Mama, Papa). In den folgenden Monaten erweitert sich der Wortschatz des Kindes stetig (Kane 2014).

Schon Papoušek (1994) stellte fest, dass die vorsprachliche Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern abhängig ist von der intuitiven elterlichen Anpassung. Sie beeinflusst die Lernbereitschaft und die Lernfähigkeit des Kindes und hat somit einen hohen Stellenwert in der Entwicklung von kommunikativen Fähigkeiten. Im nächsten Abschnitt soll daher die Kommunikation in der vorsprachlichen Entwicklung thematisiert werden.

1.3 Kommunikation in der vorsprachlichen Entwicklung

Die Vorstellungen und Kenntnisse über Säuglinge haben sich im Verlauf der letzten Jahrzehnte gewandelt. Nach Papoušek (1994) wird heute von einem „[...] neugierigen, lern- und interaktionsbereitem Gegenüber, das aktiv mit allen Sinnen nach angemessenen strukturierten Anregungen in seiner Umwelt sucht und mit seinem Verhalten auf die Umwelt Einfluss nimmt [...]“ (S.15) ausgegangen. Im gleichen Zuge hat die frühe Eltern- Kind- Beziehung an

Wichtigkeit für die vorsprachliche Entwicklung und darüber hinaus für die sozio-emotionale, sensomotorische, kognitive und kommunikative Entwicklung zugenommen.

In der vorsprachlichen Entwicklung übt das Kind die Steuerung seiner Artikulationsorgane. Es richtet seine Aufmerksamkeit auf das Hören eigener und fremder sprachlicher Laute im Allgemeinen. So kann es die Elemente der Sprache, wie Laute, Silben und prosodische Merkmale, identifizieren und differenzieren. Durch die Beschäftigung mit der eigenen Lautproduktion wird die Organisationseinheit der gehörten Sprache unterstützt, bevor Inhalt und Struktur verstanden wird (Konrad 2014). Die Lautsprache ist ein Thema vieler Interaktionen zwischen Eltern und Kind. Eltern tendieren dazu ihre Kinder zu imitieren und ihnen wiederum Laute und Silben anzubieten, von denen sie meinen, dass das Kind sie imitieren könnte.

Je jünger das Kind ist, desto mehr hängt seine positive Entwicklung von günstigen und kritischen Faktoren in seiner Umwelt ab. Kindliche Wohlbehagenslaute werden häufig mit stimmlichen Reaktionen der Bezugspersonen beantwortet, wobei kindliche Missbehagenslaute eher eine vermehrte taktile und vestibuläre Beantwortung nach sich ziehen (Konrad 2014). Dazwischen gibt es viele Variationen, die je nach Situation rasch wechseln können.

Eltern sind in der Lage auf den momentanen Zustand der Aufmerksamkeit, der Aufnahme und Interaktionsbereitschaft oder Ermüdung ihres Kindes angemessen zu reagieren. Sie können den Zeitpunkt, die Dosierung sowie die Intensität ihrer Anregung auf das Kind genau abstimmen. Dabei helfen Laute des Kindes bei der Gestaltung eines günstigen motivationalen Rahmens für sein Lernen (Konrad 2014).

Nach Papoušek (1994) nimmt die Sprachentwicklung ihren Anfang schon nach der Geburt bzw. pränatal, wenn das Gehör des Ungeborenen ausgebildet ist. Dann kann es den Rhythmus und die Melodie der Muttersprache bereits wahrnehmen. Es kann davon ausgegangen werden, dass die vorsprachliche Kommunikation und die Anfänge der Sprachentwicklung mit der Entwicklung der ersten sozialen Beziehungen einhergehen.

In seinem ersten halben Lebensjahr baut das Kind die Fähigkeit zum Wechsel zwischen Hörer- und Sprecherrolle, zwischen Handeln und Aufnehmen im Dialog auf. Aus Lautspielereien mit Erwachsenen kann das Kind sein erstes noch vorsprachliches Wissen über das Führen von Dialogen entwickeln. Zum Ende

des zweiten Lebensjahres hin zeigt das Kind einen „aktiven [...] Beitrag zum Aufrechterhalten eines koordinierten Austausches [...]“ (Papoušek, zit. nach Konrad 2014, S.61)

In dieser Zeit beginnt das Kind unbewusst nach seinen Vokalisationen zu pausieren, wie um dem Partner Zeit für eine eigene Antwort zu geben.

Ab dem fünften Lebensmonat gelingt es dem Kind bereits aktiv zu zuhören. Es beginnt Laute zu imitieren, indem es zunächst Laute und Silben aufgreift.

Mit ungefähr zwölf Monaten nimmt die Zahl der Überlappungen bei Sprechen und Hören deutlich ab. Das Kind schaut seine Mutter bzw. seinen Vater während der Anregungen häufiger an, wobei die Koordination der Dialogphasen vor allem noch bei den Eltern liegt (Konrad 2014).

Zwischen dem 18. und 24. Lebensmonat unterbricht das Kind die Mutter seltener. Es schaut seine Mutter bzw. seinen Vater am Ende ihres Parts vermehrt an, um das Signal des Abwechselns aufzunehmen (Papoušek 1994). Der Dialog mit Eltern bietet Kindern die Möglichkeit von Erfahrungen der Einflussnahme auf seine Umwelt.

Wichtig ist hierbei der hohe Grad an Abstimmung elterlichen Verhaltens auf ihr Kind. Papoušek spricht von der „elterlichen Neigung visuelle, mimische, stimmliche oder motorische Verhaltensformen des Kindes kontingent zu beantworten.“ (Papoušek, zit. nach Konrad 2014, S.62).

In der zweiten Hälfte seines ersten Lebensjahres wendet sich das Kind verstärkt Objekten zu und es wird eine trianguläre Aufmerksamkeit hergestellt. Objekte sind nun häufig Thema der gemeinsamen Beschäftigung. Typische Verhaltensweisen sind das abwechselnde Hin- und Hersehen zwischen Eltern und Spielzeug, Gesten, wie Zeigen, aber auch stimmliche Gesten, die Aufmerksamkeit, Dinglichkeit etc. signalisieren. Zudem zeigt das Kind aktionsbezogene, objektunspezifische sowie selbsterfundene Laute, die an bestimmte Objekte gebunden sind (Konrad 2014).

Das deklarative Zeigen hat in der vorsprachlichen Kommunikationsentwicklung eine entscheidende Rolle. Das Kind erlebt unmittelbar, wie Bezugspersonen darauf eingehen und dass es dadurch etwas bewirken kann. Das Kind macht Selbstwirksamkeitserfahrungen. Das Beherrschen der Zeigegeste hat eine bedeutende Vorläuferfunktion für das Erlernen von Gebärden. Dabei ist die Unterscheidung der Begriffe Gesten und Gebärden zu berücksichtigen. Gesten sind überwiegend einfache Handbewegungen, denen kulturabhängig Bedeutung

zugewiesen wird. Hingegen sind Gebärden Zeichen, die zu einem differenzierten besonderen Sprachsystem gehören (Wilken 2014b).

In dieser Phase halten Eltern die Beschäftigung des Kindes mit dem Thema aufrecht und reagieren in einer Weise, dass ihm die Bedeutsamkeit seiner Äußerungen weiter bewusst wird.

Das Spiegeln des Kindes, das Aufgreifen von Klangfarbe und Tonfall, das Spiel mit der lautlichen Imitation sowie die Erfahrungen von vorhersagbaren Reaktionen hat eine große Bedeutung für die Entwicklung eines Gefühls von Geborgenheit und Nähe. Sich in andere hineinversetzen zu können, stellt eine grundlegende Voraussetzung für das Gelingen von kommunikativen Handlungen dar (Konrad 2014).

Nach Papoušek (1994) lernen Säuglinge am besten, wenn „sie sich in einem aktiv- aufmerksamen Wachzustand befinden, und wenn sie einfache, kontrastreiche und häufig wiederholte Anregungen bekommen, die in langsamem Tempo, mit ausreichend Pause und als kontingente Antwort auf ihr eigenes Verhalten angeboten werden.“(S.30). Diese Voraussetzungen werden vor allem von der sozialen Umwelt des Säuglings erfüllt.

Obwohl in diesem Abschnitt schon kurz die Meilensteine der vorsprachlichen Kommunikationsentwicklung umrissen wurden, soll im Folgenden nochmal ein kurzer Überblick über die Phasen der vorsprachlichen Entwicklung sowie Förderungsmöglichkeiten in den einzelnen Phasen gegeben werden.

1.4 Kurzer Überblick über die Phasen der vorsprachlichen Entwicklung

Die vorsprachliche Entwicklung lässt sich in verschiedene Phasen unterteilen, wobei diese aufeinander aufbauen und kein klarer Grenzverlauf vorhanden ist. Die erste Phase der vorsprachlichen Entwicklung stellt das Prä-Intentionale Verhalten dar. Erste entwicklungsrelevante kommunikative Grundlagen gehen von den Aktivitäten des kleinen Kindes aus und die dadurch intuitiv ausgelösten Reaktionen der Bezugspersonen. Von Bedeutung sind dabei die elterliche Aufmerksamkeit und die Fähigkeit der Eltern die Mitteilungen der Kinder (z.B. Schreien bei Hunger, Müdigkeit oder Bauchweh) des Kindes zu erkennen und verlässlich darauf zu antworten (Wilken 2014b). Durch mimische, stimmliche, motorische und vegetative Verhaltensformen gibt der Säugling seiner Bezugsperson Rückmeldung über seine Befindlichkeit (Papoušek 1994).

Die Förderung der Kommunikation in dieser pre-intentionalen Entwicklungsstufe besteht darin, Möglichkeiten aufzudecken, wie das Kind in gemeinsamen Aktivitäten Erfahrungen machen kann, die zur Wiederholung und Variation anregen sowie Alltagshandlungen zu gestalten, an denen sich das Kind beteiligen kann und es den Eltern möglich wird, darin Mitteilungen und Absichten des Kindes zu erkennen (Wilken 2014b).

Wenn das Kind aus unterschiedlichen Erfahrungen gelernt hat, dass es selbst etwas bewirken kann, befindet es sich in der nächsten Entwicklungsstufe und zeigt intentionales Verhalten. Die Voraussetzungen dafür sind Eigenaktivität sowie soziales Eingebundensein in Interaktionen mit der sozialen und dinglichen Umwelt. Die Erfahrungen mit eigenen Fähigkeiten sind für die Entwicklung aller Kinder wichtig. Sie vermitteln ihnen ein Selbstwertgefühl, aber auch die Bereitschaft zur Kooperation.

Das Kind erfährt Lernen als aktiven Prozess, den es selbst leisten (gestalten) muss (Wilken 2014b). Es greift nach Dingen, die es gerne haben möchte und schlägt damit auf den Tisch, um Lärm zu machen. Die Aufmerksamkeit des Kindes ist ausschließlich auf ein Ziel gerichtet, welches ein Gegenstand oder eine Person sein kann. Die geteilte Aufmerksamkeit ist noch nicht vorhanden.

In dieser Phase spielt das Spiegeln des Verhaltens und von Lauten des Kindes eine entscheidende Rolle zur Anregung zur Produktivität von Lauten. Die zuverlässige Beantwortung von Lautproduktionen ermöglicht behinderten sowie nicht behinderten Kindern sich und seine Laute als wirksames Mittel der Einflussnahme zu erfahren. Dadurch, dass Kinder gemeinsames Handeln als bedeutsam erleben und emotionales Interesse geweckt wird, kann es zu einer entwicklungsfördernden Interaktion kommen. Sie ermöglicht dem Kind sich kompetent und angenommen zu fühlen und gibt ihm ein gutes Selbstwertgefühl. Zudem kann es sein individuelles Entwicklungspotential entfalten sowie intentionales Verhalten und Lautieren als Ausdruck eigener Wünsche und Absichten einsetzen (Wilken 2014b).

Um dem Kind gezielte Kommunikation zu ermöglichen, ist es in dieser Phase wichtig, die Aufmerksamkeit des Kindes auf das Sprechen zu lenken. Hier sollte zum einen die auditive Wahrnehmung und die lautsprachliche Orientierung gefördert sowie das Kind zum eigenen Lautieren angeregt werden, damit es zunehmend die typischen Laute und Umgebungssprache übernehmen kann. Wichtig ist dabei die Kopplung von auditiver Wahrnehmung und kinästhetischer Empfindung bei der eigenen Lautproduktion. In dieser Entwicklungsstufe ist die Förderung des referentiellen Blickkontaktes ein essentieller Bestandteil (Wilken

2014b). Zudem zeigt das Kind nun den „pendelnden Blick“ (auch referentieller Blick oder Triangulierung genannt) zwischen einem gewünschten Gegenstand und einer Person, möglicherweise schon mit begleitenden Lauten. Das Kind hat die Fähigkeit der geteilten Aufmerksamkeit erworben. Dies befähigt es dazu, sein Ziel zu erkennen und sich an eine andere Person zu wenden, um Hilfe zu bekommen (Kane 2014).

In der Phase der konventionellen Kommunikation kann das Kind einfache Bewegungen nachahmen und kontextabhängig mit Bedeutungen verbinden. Beispielsweise werden Wünsche mit Lauten verdeutlicht, das Kind verfügt über die Fähigkeit des auffordernden Zeigens und Anblicken der Bezugsperson. Das Kind kann mit gelernten Gesten auf Fragen antworten sowie mit dem Kopf nicken oder diesen schütteln.

Für die Kinder ergeben sich nun aus verschiedenen Erfahrungen Möglichkeiten, über Handlungsfolgen Vorstellungen zu erwerben sowie die Wirkung und Bedeutung von Zeichen zu erkennen. Das Kind entwickelt zunehmend ein Symbolverständnis und versteht, dass gelernte Zeichen etwas repräsentieren.

An diese Phase schließt sich die symbolische Kommunikation an. Hier werden Symbolsysteme angeboten, die differenzierte kognitiv- sprachliche Aufgaben übernehmen können (Wilken 2014b).

Kommt es in der frühen Phase der Entwicklung des Kindes durch Beeinträchtigung eines oder mehrerer Entwicklungsbereiche zu einer Verzögerung oder Störung der Sprache und Kommunikation, kann eine gezielte Förderung der Sprachentwicklung und des Spracherwerbes durch unterstützte Kommunikation erreicht werden. Der nächste Abschnitt befasst sich thematisch mit „Kommunikation bei Menschen mit Behinderung“ sowie Förderung der wechselseitigen Verständigung beeinträchtigter Kinder.

1.5 Kommunikationsfähigkeiten von Menschen mit Behinderung

Behinderungen haben Auswirkungen auf Verstehen und Verständigung. Mit einer Behinderung gehen Veränderung der basalen Grundlagen von Kommunikation und Sprache einher, wie beispielsweise Beeinträchtigungen der Kognition, der Motivation und des Bedürfnisses sich mitzuteilen sowie Beeinträchtigungen im motorischen Bereich (Wilken 2014a).

Bei Menschen mit Behinderung ist jedoch zu beobachten, dass die allgemeinen Fähigkeiten weiterentwickelt sind als es das Sprachverhalten vermuten lässt. Dadurch werden kognitive Fähigkeiten unterbewertet, die Erwartungen und Ansprüche der Bezugspersonen sind reduziert und es kommt zu einer Fehleinschätzung sowie einer dadurch bedingten Unterforderung. Diese kann wiederum die Motivation und die Mitteilungsbereitschaft des behinderten Kindes einschränken (Wilken 2014a).

Kinder mit Behinderungen u.a. Autismus- Spektrum- Störung zeigen mitunter Defizite in der Verwendung von Blickkontakt, des sozialen Lächelns und des deklarativen Zeigens. Häufig haben sie Schwierigkeiten die Mundbewegung der Bezugsperson als Anregung für die eigene Lautproduktion zu verstehen. Für beeinträchtigte Kinder ist es schwerer über den referentiellen Blickkontakt Beziehungen herzustellen sowie Objekten Bezeichnungen oder Handlungen zu zuordnen. Mentale Behinderungen erschweren das Erinnern und Wiederholen, emotionale Behinderungen bewirken oft Irritationen und fehlendes Interesse. Das bedeutungsbezogene Verarbeiten von sensorischen Informationen ist erschwert und somit das Lernen in spezifischer Weise beeinträchtigt (Wilken 2014b).

Durch expressive Beeinträchtigungen hat das Kind auf jedem Entwicklungsniveau eine geringere Möglichkeit der aktiven Steuerung seiner Lernprozesse. Expressive Störungen und Schwierigkeiten der elterlichen Abstimmung auf das Kind erschweren die sprachliche Vermittlung von Wissen und das Erkennen und Aushandeln von zwischenmenschlichen Regeln des Zusammenlebens (Konrad 2014).

Für Kinder mit einer Behinderung ist es wichtig, dass Bedingungen in ihrer Umwelt gestaltet werden, welche entwicklungsfördernde Eigenaktivitäten des Kindes ermöglichen sowie Wiederholung und Veränderung zulassen. Dies gilt vor allem für die Förderung der kommunikativen Fähigkeiten. Der Mensch ist von Anfang an in seiner Entwicklung in besonderer Weise auf Interaktion und Kommunikation angewiesen. Kooperative Beziehungen stellen dabei eine fundamentale Lebensbedingung dar. Die ganzheitliche entwicklungsbegleitende Förderung unterstützender Bedingungen zur optimalen Entfaltung der kommunikativen Kompetenzen spielt dabei eine entscheidende Rolle (Wilken 2014b).

Nur durch das Erfassen individueller Voraussetzungen, Möglichkeiten, Bedürfnissen und Interessen der Kinder mit Behinderung können geeignete Kommunikationshilfen gefunden werden.

Unter Unterstützter Kommunikation¹ (deutschsprachige Abkürzung: UK) werden alle pädagogischen und therapeutischen Hilfen zusammengefasst, die Personen ohne oder mit erheblich eingeschränkter Lautsprache zur Verständigung verhelfen können. Alternative Kommunikationsformen werden Menschen mit Behinderung angeboten, die aufgrund fehlender oder erheblich eingeschränkter Sprechfähigkeit statt der gesprochenen Sprache ein anderes Kommunikationssystem benötigen, beispielsweise Gebärden, graphische Symbole oder Schrift, unterschiedliche technische Hilfen mit und ohne Sprachausgabe (Wilken 2014a).

Wilken (2014a) hebt hervor, dass die "UK [es] ermöglicht, die Bedürfnisse und Interessen der behinderten Person zu erkennen, ihren Anspruch auf Selbstbestimmung und Würde zu berücksichtigen und damit wesentliche Lebensqualität und wichtige Voraussetzungen für inklusive Lebensgestaltung zu gewährleisten."(S.16).

Das Ziel der UK ist es, dem Kind frühzeitig differenzierte Hilfen zur Verständigung zu vermitteln sowie Jugendlichen und Erwachsenen individuell geeignete Angebote zu machen, um ihre Teilhabe und Mitbestimmung im Lebensalltag zu fördern.

Zu beachten ist bei individuellen Hilfen, dass die natürliche, spontane Interaktion nicht belastet wird.

Der Fokus liegt zudem auf der Förderung der präverbalen Verständigung und des Spracherwerbs in der frühen Entwicklung. Die Bezugspersonen sollten vielfältige sprachanregende und sprachfördernde Verhaltensweisen bewusst in der Interaktion gestalten, um gemeinsame Lernsituationen zu optimieren (Wilken 2014b).

Die Entwicklung der Kommunikation in der frühen Phase des Kindes ist ein sensibler und störanfälliger Prozess. Eine besonders schwere Beeinträchtigung in diesem Bereich sowie in der sozialen Interaktion weisen Menschen mit Autismus- Spektrum- Störung auf. Nachfolgend rückt dieses Störungsbild in den Fokus der Betrachtung.

¹ Internationale Abkürzung: AAC = augmentive and alternative communcation (ergänzende und alternative Kommunikation)

2 Autismus- Spektrum- Störung mit dem Schwerpunkt auf frühkindlichem Autismus

Nach Susan Dott (2007) beeinträchtigen Autismus- Spektrum- Störungen bei den Betroffenen das Verständnis für ihre Umwelt und für das, was um sie herum geschieht. Dabei gilt Autismus als lebenslange Behinderung, da bisher keine Heilung bekannt ist.

2.1 Historischer Abriss

Der Begriff „Autismus“ hat seinen Ursprung in dem griechischen Wort „autos“, welches so viel wie „selbst“ bedeutet und der lateinischen Endung „-ismus“ für „-heit“ (Dott 2007). Im geschichtlichen Verlauf haben die Begrifflichkeit und Bedeutung des Störungsbildes „Autismus“ sich vielfältig gewandelt. Es wird angenommen, dass die erste detaillierte Beschreibung mehr als 200 Jahre alt ist (Sinzig 2011).

1911 führte Bleuler den Begriff „Autismus“ als ein Grundsymptom der Schizophrenie ein und „beschrieb damit den spürbaren Kontaktverlust schizophrener erkrankter Menschen gegenüber der Umwelt und den damit einhergehenden Rückzug in eine eigene Gedankenwelt.“(Sinzig 2011, S.2).

Der Psychoanalytiker Sigmund Freud setzte „Autismus“ mit den Begriffen „Narzissmus“ und „narzisstisch“ gleich und verwendete ihn als Gegenbegriff zu „sozial“. Bis in die 70er Jahre galt Autismus damit als frühe Form der Schizophrenie. Verschiedene epidemiologische Studien in diesen Jahren trugen dazu bei, dass beide Störungsbilder heute getrennt voneinander zu verstehen sind (Sinzig 2011).

1943 beschrieb Leo Kanner, ein aus Österreich stammender Kinderpsychiater, Kinder, die von Geburt an Defizite im Aufbau sozialer Interaktionen haben. Für diese Kinder verwendete er den Begriff „Autismus“. Seine psychopathologischen Beobachtungen bilden bis heute eine wesentliche Grundlage der Autismusforschung. 1944 wurde der Begriff „Frühkindlicher Autismus“ von ihm als Fachausdruck eingeführt (Sinzig 2011).

In dem gleichen Jahr verfasste der Wiener Kinderarzt Hans Asperger, ohne Kenntnis über die Arbeit von Kanner, ebenfalls eine Schrift über Kinder mit

Beeinträchtigungen in sozialen Interaktionen, jedoch zeigten diese Kinder keine Sprachentwicklungsstörungen oder qualitativ intellektuelle Auffälligkeiten. Er nannte sein beschriebenes Syndrom „autistische Psychopathie“ und ging wie Kanner von einer angeborenen Störung aus. Aspergers Erkenntnisse wurden international jedoch kaum wahrgenommen, da er nur auf Deutsch publizierte. Erst 1981 erlangten Aspergers Beschreibungen und Erkenntnisse durch Lorna Wing internationale Anerkennung (Sinzig 2011).

1979 prägten Lorna Wing und Judith Gould den Begriff der „Triade der Beeinträchtigungen“ und beschrieben damit Autismus als eine Beeinträchtigung der sozialen Interaktion, der sozialen Kommunikation und der sozialen Phantasie. 1988 erweiterte Wing die Beeinträchtigungstriade auf das „autistische Kontinuum“, korrigierte den Begriff jedoch 1996 zum „Autismus- Spektrum“ (Dott 2007).

Der Begriff Autismus umfasst nach heutigem Kenntnisstand ein „Spektrum von Störungen“ (Dott 2007, S.2), welche in ihren spezifischen Merkmalen in verschiedenen Kombinationen auftreten und dabei leicht bis schwer ausgeprägt sein können.

2.2 Definition und Klassifikation

Nach dem DSM- IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 1994, American Psychiatric Associations) lässt sich Autismus als tiefgreifende Entwicklungsstörung definieren, die durch die Beeinträchtigung von Kommunikation und sozialer Interaktion sowie durch eingeschränkte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten gekennzeichnet ist.

Laut ICD- 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 2008, WHO) wird frühkindlicher Autismus definiert als: „Eine Gruppe von Störungen, die durch qualitative Beeinträchtigungen in gegenseitigen sozialen Interaktionen und Kommunikationsmustern sowie durch eingeschränktes, stereotypes, sich wiederholendes Repertoire von Interessen und Aktivitäten charakterisiert sind [...]. Meist besteht eine gewisse allgemeine kognitive Beeinträchtigung, die Störungen sind jedoch durch das Verhalten definiert, das nicht dem Intelligenzalter des Individuums entspricht [...].“ (WHO 2008, S.306).

Im Rahmen der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen wird unterschieden zwischen dem frühkindlichen Autismus (F84.0), dem atypischen Autismus (F84.1), dem Asperger- Syndrom (F84.5) und nicht näher bezeichneten tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (F84.8), zu welchen das Rett- Syndrom (F84.2), die desintegrative Störung des Kindesalters (F84.3) und die hyperkinetische Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien (F84.4) gehören (ICD-10, WHO 2008).

2.3 Epidemiologie und Schweregradeinteilung

Aus neueren Studien geht hervor, dass es für Autismus- Spektrum- Störungen eine höhere Prävalenzrate gibt, als bislang angenommen. Die vermehrt auftretende Häufigkeit von Autismus hängt höchstwahrscheinlich mit den Möglichkeiten der genaueren Diagnostik zusammen (Sinzig 2011).

Nach Fombonne (2005, zit. nach Sinzig 2011, S. 25) sind 10-16 von 10.000 vom frühkindlichen Autismus (mit niedrigem Funktionsniveau) betroffen. Die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten des Asperger- Syndroms liegt bei 2-3,3/10.000 (Fombonne u. Tidmarsch 2003, zit. nach ders.). In der Gesamtheit aller tiefgreifenden Entwicklungsstörungen ergibt sich eine Prävalenz von 60- 65 auf 10.000 Personen (Tidmarsch u. Volkmar 2003, zit. nach ders.).

Des Weiteren wurde in Untersuchungen festgestellt, dass häufiger Jungen als Mädchen von Autismus- Spektrum- Störungen betroffen sind. Für den frühkindlichen Autismus liegt das Geschlechterverhältnis (Junge: Mädchen) bei 3:1 (Fombonne 2006, zit. nach ders.), beim Asperger- Syndrom bei 8:1 (Fombonne u. Tidmarsch 2003, zit. nach ders.).

Die Ausprägung der Merkmale ist als Kontinuum zu betrachten, wobei die Schweregrade zwischen leichter bis schwerer Beeinträchtigung variieren (Dott 2007). Das Spektrum reicht von geistig behinderten Kindern ohne Sprachentwicklung mit ausgeprägten autistischen Symptomen bis hin zu überdurchschnittlich begabten Personen mit einer sehr gut entwickelten Sprache und milderer Symptomausprägung (Sinzig 2011). Dabei ist zu betonen, dass autistische Menschen nicht in allen Symptombereichen den gleichen Schweregrad aufweisen. Aufgrund von Wachstums- und Entwicklungsprozessen sowie individueller Fördermaßnahmen können sich die Behinderungsgrade in den einzelnen Symptombereichen stetig verändern (Dott 2007). Hinzukommt, dass Kinder und Erwachsene mit frühkindlichem Autismus in den meisten Fällen

von einer Intelligenzminderung betroffen sind, diese kann leicht bis schwer ausgeprägt sein (Schatz/ Schellbach 2010).

2.4 Ätiologie für Autismus- Spektrum- Störungen

Trotz intensiver Forschung können die Ursachen für Autismus- Spektrum- Störungen bis heute nicht vollständig geklärt werden, allerdings kann davon ausgegangen werden, dass eine „multifaktorielle Bedingtheit“ (Schatz; Schellbach 2010), also ein „mehrdimensionales Ursachenmodell“ (Sinzig 2011, S. 32) besteht. Dieses bedeutet, dass es durch genetische und hirnschädigende Faktoren (beispielsweise prä-, peri- oder postnatale Schädigungen) zu hirnorganischen Veränderungen kommt, die zur Grundstörung, also einer Störung der Informationsverarbeitung, und damit zu autistischen Verhaltensweisen führen.

In Studien mit Geschwistern und insbesondere in Zwillingsstudien konnte gezeigt werden, dass genetische Faktoren eine entscheidende Rolle spielen. Das Erkrankungsrisiko für Geschwister liegt bei 3%, für zweieiige Zwillinge hingegen schon bei 0-30%. Eineiige Zwillinge weisen eine Konkordanzrate von 36-96% auf (Sinzig 2011).

Sinzig (2011) betont jedoch: „Die Tatsache, dass die Befundlage inkonsistent ist, viele Genorte nicht bestätigt werden können und zahlreiche unterschiedliche Gene für die Verursachung unterschiedlicher Symptome von Autismus- Spektrum- Störungen angenommen werden, zeigt, dass der alleinige Blick auf das Genom ein zu enger Ansatz für die Aufklärung der biologischen Hintergründe autistischer Störungen sein könnte.“ (S.32).

Bei 10- 20% aller Menschen, die von Autismus betroffen sind, können strukturelle Chromosomenveränderungen, wie Deletion (Löschung) oder Duplikation (Dopplung), auf den für frühkindlichen Autismus relevanten Chromosomen nachgewiesen werden. Zudem werden zahlreiche monogene Erkrankungen überzufällig mit frühkindlichem Autismus in Verbindung gebracht. Hierzu gehören u.a. tuberöse Sklerose, Fragiles- X- Syndrom und Neurofibromatose (Sinzig 2011).

In ihrem Buch „Autismus- Eine sehr kurze Einführung“ beschreibt Uta Frith (2013), dass Autismus schon vor der Geburt beginnt. Es tritt ein winziger Fehler auf, der das genetische Programm betrifft, aus dem sich schließlich das

Zentralnervensystem entwickelt. Sie erklärt, dass dieser Fehler so klein ist, dass die Entwicklung „weitgehend störungsfrei abläuft und ein Baby zur Welt kommt, das rein äußerlich vollkommen gesund erscheint. Erst mit dem beginnenden zweiten Lebensjahr werden die größeren und bisweilen verherrenden Auswirkungen dieses Fehlers bemerkbar.“(S.27).

Die Befundlage aus dem biochemischen Bereich, also den beteiligten Neurotransmittern, ist uneinheitlich. Es wird angenommen, dass neben Serotonin auch Dopamin an der Entstehung von Autismus typischen Symptomen beteiligt ist. Beispielsweise konnte in Tierversuchen nachgewiesen werden, dass Tiere mit einem erhöhten Serotoninblutspiegel eine verringerte Interaktion mit Bezugstieren und anderen Tieren zeigten. Der Dopaminstoffwechsel scheint in Bezug auf repetitives und stereotypes Verhalten eine entscheidende Rolle zu spielen (Sinzig 2011).

Durch Befunde aus der Bildgebung konnte gezeigt werden, dass es strukturelle und funktionale Auffälligkeiten des Gehirns bei Menschen mit Autismus-Spektrum- Störungen gibt, welche vermutlich schon pränatal vorhanden sind (Sinzig 2011).

Strukturelle bildgebende Studien belegen, dass Kinder mit frühkindlichem Autismus im Alter von 2-4 Jahren ein vergrößertes Hirnvolumen haben, vor allem im Bereich der weißen Substanz. Im Gehirn von Betroffenen befindet sich eine vermehrte Anzahl von Nervenfasern, wobei die Anzahl der dendritischen oder synaptischen Verbindungen nicht signifikant erhöht sind (Sinzig 2011). Uta Frith (2003) stellte die Hypothese auf, dass bei diesen Kindern in den ersten fünf Lebensjahren es nicht zum physiologischen Abbau von unwichtigen Nervenzellen, dem sog. „pruning“ kommt (zit. nach Sinzig 2011).

Bei funktionellen Magnetresonanztomographie- Untersuchungen (fMRT) liegt der Schwerpunkt auf den Hirnprozessen während der Gesichter- und Emotionserkennung. Dabei wurden Unteraktivitäten in der sogenannten „face area“ sowie verringerte Aktivitäten im präfrontalen Kortex und der Amygdala bei der Durchführung von „Theorie-of-mind“ – Aktivitäten sichtbar (Sinzig 2011).

Neurophysiologische Befunde weisen keine spezifischen EEG- Muster bei Menschen mit Autismus auf. Jedoch liegen bei 10-50% der Kinder mit frühkindlichem Autismus zerebrale Anfälle vor (Sinzig 2011).

Des Weiteren sind auch prä- und perinatale Risikofaktoren zu erwähnen. Rötelninfektionen sowie starker Alkoholkonsum in der Schwangerschaft können ebenfalls Verursacher einer Autismus- Spektrum- Störung sein. Andere

Risikofaktoren, wie ein hohes mütterliches und väterliches Alter, Medikamenteneinnahme während der Schwangerschaft, eine Unterversorgung mit Sauerstoff unter der Geburt oder ein niedriges Geburtsgewicht sind gleichermaßen zu beachten (Sinzig 2011).

Es konnte jedoch wiederlegt werden, dass frühkindlicher Autismus durch die Masern- Mumps- Röteln- Impfung verursacht wird. Außerdem gibt es keinen gesicherten Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Allergien und Nahrungsmittelunverträglichkeiten zu Autismus- Spektrum- Störungen (Sinzig 2011).

2.5 Diagnostik von Autismus- Spektrum- Störungen

Die Diagnostik von Autismus- Spektrum- Störungen ist sehr aufwendig, komplex und zeitintensiv. Sie besteht aus anamnestischen Angaben der Eltern bzw. Bezugspersonen, einer Exploration der Eltern/ Bezugspersonen sowie Verhaltensbeobachtungen unter Berücksichtigung der drei, für den frühkindlichen Autismus typischen, Symptombereiche (qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktion; qualitative Beeinträchtigung der Kommunikation; begrenztes, repetitives und stereotypes Verhalten) und der Interpretation von Testverfahren (Sinzig 2011). Dabei muss jedoch beachtet werden, dass die Ausprägungsgrade variieren und vom Alter des Betroffenen abhängig sind.

Bei der Anamnese werden standardisierte Anamnesebögen verwendet. Des Weiteren werden Informationen zum Schwangerschaftsverlauf sowie zur Geburt eingeholt. Wichtig für die Diagnostik sind ebenfalls die ersten Lebensjahre des Kindes, vor allem bezüglich allgemeiner Regulationsstörungen, die das Schlaf-, Schrei- und Essverhalten betreffen. Im weiteren Verlauf geht es um die medizinische Vorgeschichte sowie die motorische, sprachliche und Sauberkeitsentwicklung des auffälligen Kindes. Zusätzlich werden Auffälligkeiten im Kindergarten bzw. der Schule erfragt und Informationen über die Entwicklung des Spiel- und Sozialverhaltens des Kindes eingeholt (Sinzig 2011).

Wenn möglich, werden auch Vergleiche zu Geschwisterkindern bei der Diagnostik herausgezogen und es wird eine Familienanamnese erstellt, die im Idealfall drei Generationen umfasst, um ein mögliches Vorkommen von Autismus- Spektrum- Störungen, Intelligenzminderungen, neurologische Erkrankungen oder Fehlbildungen, zu erheben (Sinzig 2011).

Neben Gesprächen mit den Eltern bzw. Bezugspersonen und ggf. mit den Betroffenen selbst sowie den Beobachtungen werden häufig Testverfahren, wie der SRS², A-DOS³ und ADI-R⁴ verwendet (Hogrefe 2016).

2.6 Symptome des frühkindlichen Autismus

Die Symptome, durch die der frühkindlicher Autismus gekennzeichnet ist, sind vielfältig. Betroffene zeigen eine Reihe von qualitativen Beeinträchtigungen in der sozialen Interaktion und Kommunikation sowie repetitive, sich wiederholende und stereotype Verhaltensweisen, Interessen und Aktivitäten – die sogenannte Triade der Beeinträchtigungen. Die ersten Auffälligkeiten werden als schleichender Prozess beschrieben, welcher eine fundierte Früherkennung erschwert.

Zudem zeigen autistische Menschen Auffälligkeiten in den exekutiven Funktionen, der zentralen Kohärenz, der „Theory-of-mind“ sowie in der Imitationsfähigkeit, auf die ich im Folgenden näher eingehen möchte.

Menschen mit Autismus- Spektrum- Störungen zeigen häufig Besonderheiten in den exekutiven Funktionen. Exekutive Funktionen ermöglichen ein erfolgreiches Lernen und Leben und befähigen dazu, das eigene Denken bzw. die Aufmerksamkeit, das Verhalten und eigene Emotionen gezielt zu steuern. Sie befinden sich im präfrontalen Kortex (Stirnhirn) des menschlichen Gehirns und schließen ihre Entwicklung erst im Erwachsenenalter ab. Dies bedeutet, dass sie ein Leben lang anpassungsfähig und lernfähig sind (Kubesch 2016). Die exekutiven Funktionen beinhalten das Arbeitsgedächtnis, die Inhibition und die kognitive Flexibilität. Im Arbeitsgedächtnis werden Informationen kurzzeitig gespeichert, um dann mit diesen arbeiten zu können. Die Inhibition, die sogenannte Impulskontrolle, ermöglicht dem Menschen spontane Impulse zu unterdrücken, seine Aufmerksamkeit willentlich zu lenken und Störreize auszublenden. Auch mit Hilfe der kognitiven Flexibilität gelingt es den Fokus der Aufmerksamkeit zu lenken. Sie trägt auch dazu bei, sich schnell auf neue Situationen einzustellen sowie die Perspektive anderer einzunehmen. Diese Funktionen und Fähigkeiten steuern im Zusammenspiel das selbstregulierende Verhalten. Darüber hinaus unterstützen sie den Menschen Entscheidungen zu treffen und planvoll, aber auch flexibel und zielgerichtet zu handeln. Sie tragen

² Social Responsiveness Scale (Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität)

³ Autism Diagnostic Observation Schedule (Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen)

⁴ Autism Diagnostic Interview – Revised (Diagnostisches Interview für Autismus – Revidiert)

entscheidend zu Willensbildung und disziplinierten Verhalten bei (Kubesch 2016).

Menschen mit Autismus- Spektrum- Störungen, darunter auch Kinder und Jugendliche, die vom frühkindlichem Autismus betroffen sind, fallen oft durch ihre mangelnd ausgebildeten exekutiven Funktionen auf. So haben beispielsweise Schulkinder mit Autismus Schwierigkeiten, sich auf Unterrichts- und andere Lerninhalte zu konzentrieren. Häufig sind sie ängstlich, besorgt oder verärgert ohne einen genauen Grund benennen zu können. Sie zeigen eine schnelle Ablenkbarkeit durch Klassenkameraden oder die Klassenraumgestaltung. Mitunter lassen sich Kinder mit einer akustischen Hypersensibilität durch das Kratzgeräusch eines schreibenden Füllfederhalters ablenken. Zudem fühlen sie sich schnell durch eine große Menge an Informationen überfordert.

Darüber hinaus weisen autistische Menschen eine schwach ausgeprägt zentrale Kohärenz auf. Der Begriff der zentralen Kohärenz wurde von Uta Frith geprägt, „um die Fähigkeit von Menschen zu erklären, die wichtigsten Informationen aus einer Geschichte oder einem Gespräch zu ziehen, um ein „Gesamtbild“ zu erhalten und nicht nur die Einzelelemente der Geschichte.“ (Dott 2007, S.60). Im Allgemeinen haben Menschen das Bedürfnis im Ganzen einen Sinn zu finden (Dott 2007). Menschen mit Autismus zeigen die Tendenz, lokale Merkmale gegenüber globalen Merkmalen zu bevorzugen (Schatz/ Schellbach 2010). Sie beschäftigen sich eher mit isolierten Details und übersehen dabei die Gesamtheit von Dingen und Situationen, sodass Informationen häufig nicht kontextgebunden verarbeitet werden (Sinzig 2011).

Eine weitere Beeinträchtigung der sozialen Kognitionen bei Menschen mit Autismus- Spektrum- Störungen betrifft die sogenannte „Theory-of-mind“. Zum Konzept der „Theory-of-mind“ gehört das Verständnis, dass andere Menschen Gedanken, Gefühle und Wünsche haben, die sich von den eigenen unterscheiden. Simon Baron- Cohen und Mitarbeitende führten 1985 den „False-Belief- Test“ (auch bekannt als „Sally-/ Anne- Test“) durch, um zu überprüfen, ob Kinder „Implikationen einer falschen Überzeugung“ (Dott 2007, S.5) verstehen können. Dabei entstand die Hypothese, dass Kinder mit Autismus keine „Theory-of-mind“ entwickeln würden und aus diesem Grund auch nicht verstehen könnten, dass andere Menschen andere Gedanken und Überzeugungen haben. Er sieht in der mangelnden „Theory-of-mind“ das mögliche Hauptdefizit von Autismus. Weiterhin geht das Konzept der „Theory-of-mind“ davon aus, dass Autisten keine Fähigkeiten entwickeln über die Gedanken anderer

nachzudenken, sodass ihre sozialen, kommunikativen und imaginativen Fähigkeiten beeinträchtigt werden (Dott 2007).

Imitationsfähigkeiten sind bei Menschen mit Autismus schwach ausgeprägt. Sie haben Schwierigkeiten Handlungen mit Gegenständen und auch Gesten nachzuahmen. Dabei hat die Imitationsfähigkeit eine entscheidende Rolle für die Entwicklung der „Theory-of-mind“, da die faziale Emotionserkennung erst durch das Imitieren ermöglicht wird. Eine mögliche Ursache für diese Beeinträchtigung kann eine Dysfunktion der sogenannten „Spiegelneuronen“ sein. Dabei handelt es sich um Nervenzellen, die im Gehirn während der Betrachtung eines Vorganges die gleichen Potenziale auslösen, wie sie entstünden, wenn dieser Vorgang nicht bloß passiv betrachtet, sondern aktiv gestaltet würde (Giamoco/ Rizzolatti 2006, zit. nach Sinzig 2011). Dieses Entwicklungsdefizit der Spiegelneuronen scheint eine Bedeutung für die fehlende Imitation sozialer Interaktion zu haben (Sinzig 2011).

Im Bereich der sozialen Interaktion sind die Fähigkeiten schwach ausgeprägt, welche die Art, wie Personen sich auf andere Menschen, Objekte und Ereignisse beziehen, beeinflussen. Dazu gehören auch Teilen, Warten sowie die Erledigung von Aufgaben (Dott 2007). Menschen mit frühkindlichem Autismus zeigen Defizite im Einsatz von Blickkontakt, Mimik und Gestik bei der Modulation und Regulation zwischenmenschlicher Situationen. Das bedeutet jedoch nicht, dass sie unfähig sind Blickkontakt aufzunehmen oder Mimik und Gestik einzusetzen. Auffällig ist in diesem Zusammenhang, dass diese Fähigkeiten intuitiv nicht angemessen eingesetzt werden, beispielsweise das soziale Lächeln oder das Kopf schütteln und nicken (Sinzig 2011).

Im Bereich der Mimik werden häufig extreme Formen verwendet, die meistens nicht zur Situation passen, zum Beispiel lacht ein Kind mit Autismus, wenn sich die Mutter den Kopf stößt oder hinfällt. Gestische Fähigkeiten hingegen sind gar nicht oder nur übertrieben ausgeprägt und werden im sozialen Kontakt kaum eingesetzt, um etwas zu unterstreichen oder zu verdeutlichen (Sinzig 2011).

Sinzig (2011) betont in diesem Zusammenhang: „Fehlender Blickkontakt ist ein häufig angeführtes Kriterium, das zur Verdachtsdiagnose eines frühkindlichen Autismus führt. Entscheidend ist jedoch nicht, ob kein oder wenig Blickkontakt vorliegt, sondern ob dieser nicht sozial moduliert ist. So gibt es therapieerfahrende Menschen mit frühkindlichem Autismus, die gelernt haben, dass man ein Gegenüber anschauen sollte; dies tun sie bisweilen zu lange oder im falschen sozialen Kontext.“ (S. 49). Beispielhaft hierfür ist das unentwegte

Anstarren einer Betreuungsperson oder einer Lehrperson, obwohl sie eine Lernaufgabe zu lösen haben.

Die Beziehungsaufnahme zu Gleichaltrigen ist erschwert, da frühkindliche Autisten häufig einen Mangel an sozioemotionaler Wechselseitigkeit zeigen. Dies führt dazu, dass sie kaum spontan Freude an gemeinsamen Aktivitäten, Interessen oder Erlebnissen zeigen. Positive und negative Emotionen können nur schwer miteinander geteilt werden. Die Interessen des Gegenübers, wenn sie nicht mit den eigenen Interessen übereinstimmen, werden ignoriert. Von Bedeutung sind nur die eigenen Interessen und Themen, auf die autistische Menschen fixiert sind. Dadurch ist auch das Führen von wechselseitigen Gesprächen kaum umsetzbar (Sinzig 2011).

Auch wenn ihnen das Teilen von Emotionen schwerfällt, sind sie trotzdem in der Lage diese zu empfinden. Es bereitet ihnen Schwierigkeiten Gefühle und Gedanken ihrer Mitmenschen bzw. ihres direkten Gegenübers zu erspüren und mit demjenigen mitzuschwingen. Häufig verstehen sie den emotionalen Ausdruck, können ihn aber nur eingeschränkt nachempfinden und dementsprechend nicht situationsangemessen, intuitiv darauf reagieren. Des Weiteren zeigen sie Defizite im Modulieren von Verhalten in sozialen Kontexten, beispielsweise beim Besuch eines Museums leise zu sein oder beim Einkaufen nicht laut über andere Leute zu sprechen. Soziale, emotionale und kommunikative Verhaltensweisen werden nur teilweise auf das Verhalten anderer Personen angepasst, z.B. Trost spenden, wenn jemand traurig ist (Sinzig 2011).

Eine weitere Auffälligkeit in diesem Bereich stellt das Spielverhalten von Kindern mit frühkindlichem Autismus dar. In der Spielsituation ist häufig zu beobachten, dass betroffene Kinder lieber alleine spielen und sich sehr selten aktiv am Gruppenspiel beteiligen. Sie sind nicht in der Lage auf andere Kinder zuzugehen, um die Initiative zum gemeinsamen Spiel zu ergreifen. Sie neigen dazu andere Kinder, aber auch Erwachsene eher als Objekte oder „mechanische Hilfsmittel“ (Sinzig 2011, S.47) zu benutzen, die ihnen ihre Wünsche und Bedürfnisse erfüllen, anstatt sie als Spiel- oder Kommunikationspartner zu betrachten. Kinder mit frühkindlichem Autismus zeigen eine lange Phase des sensorischen Spiels und erreichen erst spät die Stufe des einfachen kombinatorischen Spiels. Besondere Schwierigkeiten bereitet ihnen die Phase des funktionellen Spiels. Möglicherweise hängt dies mit der Dysfunktion der Spiegelneuronen zusammen, sodass das Verhalten der Bezugspersonen kaum imitiert werden kann. Ebenso zeigen betroffene Kinder deutliche Defizite in der Phase des symbolischen Spiels bzw. im „So-tun-als-ob“-Spiel. Aufgrund ihrer

mangelnden Fähigkeit zur Perspektivübernahme anderer Personen sind sie kaum in der Lage an Rollen- bzw. Fantasienspielen teilzunehmen.

Die Beeinträchtigung der Kommunikation umfasst alle Aspekte der kommunikativen Wechselbeziehungen einschließlich des Verstehens und der Verwendung verbaler und nonverbaler Kommunikationsmittel, um mit anderen zu interagieren und zu kommunizieren (Dott 2007). Ungefähr die Hälfte aller Kinder, die vom frühkindlichen Autismus betroffen sind, entwickeln keine aktive Sprache. Wenn autistische Kinder sprechen, dann häufig erst nach dem dritten Lebensjahr (Schatz; Schellbach 2010). Es gibt aber auch eine Gruppe von Kindern, bei denen die Sprachdefizite nicht von Geburt an bestehen. Bei ihnen kommt es häufig nach anfänglich unauffälliger Sprachentwicklung zu einem plötzlichen Sprachverlust im zweiten oder dritten Lebensjahr. Bei allen betroffenen Kindern verläuft die Sprachentwicklung dann insgesamt verzögert. Oft treten Phänomene wie stereotype und repetitive Verwendung von Sprache oder ein idiosynkratischer Gebrauch von Worten oder Phrasen, sogenannte Echolalien, auf (Sinzig 2011). Diese Echolalien können in direkter oder indirekter (verzögerter) Form auftreten. Weiterhin weisen sie Auffälligkeiten in der Prosodie auf, die sich vor allem in Besonderheiten bezüglich der Intonation, der Rhythmik, der Geschwindigkeit, Lautstärke und Modulation der Sprache äußern. Mitunter verfügen betroffene Kinder über gar keine Sprachlaute, sondern nur über stereotype Geräusche. Zudem fällt auf, dass es keine Kompensationsversuche durch Gestik und Mimik gibt. Des Weiteren haben Betroffene eine pragmatische Sprachverständnisstörung, die zu vielfältigen Problemen führt, da soziale Regeln nicht richtig verstanden werden (Sinzig 2011). Aufgrund dieses häufig auftretenden unzureichenden Sprachverständnisses, benötigen sie visuelle Hilfen, um die Absichten ihres Kommunikationspartners besser verstehen zu können.

Frühkindliche Autisten mit einem hohen Funktionsniveau können gute Sprachfähigkeiten entwickeln. Trotzdem zeigen sie im Alltag häufig eine Unfähigkeit im Initiieren und Aufrechterhalten von Gesprächen mit anderen Personen (Sinzig 2011).

Der dritte Symptombereich, der eingeschränkte Interessen und sich wiederholende Aktivitäten beinhaltet, ergibt sich als autistisches Merkmal, welches bei Menschen mit frühkindlichem Autismus am signifikantesten ausgeprägt ist (Schatz; Schellbach 2010). Dieser Bereich beschreibt die umfassende Beschäftigung oder Interessen, die in Inhalt und Schwerpunkt abnorm sind, vor allem stereotyp, oder die von ungewöhnlicher Intensität und

Begrenztheit geprägt sind. Vorherrschend beschäftigen sich diese Kinder mit Teilobjekten oder nichtfunktionalen Elementen eines Spielzeuges, beispielsweise mit den Rädern eines Spielzeugautos (Sinzig 2011).

Menschen mit Autismus können sich ausdauernd mit einer Sache beschäftigen, es fällt ihnen jedoch schwer, jemand anderes in ihre Interessen einzubeziehen bzw. die Interessen anderer Menschen zu teilen. Sie haben Schwierigkeiten in der Fähigkeit ihre Aufmerksamkeit auf dieselben Dinge zu orientieren auf die andere Personen sie richten. Sie können in den seltensten Fällen eine gemeinsam geteilte Aufmerksamkeit herstellen (Schatz/ Schellbach 2010).

Beim Vorliegen eines ungewöhnlichen Interesses beziehen sich die Themen oft auf Sachinhalte, z.B. das Wetter oder Zugfahrpläne. Weiterhin umfasst dieser Bereich das starke Bedürfnis nach Kontinuität und die gleichförmige Wiederkehr von Abläufen, die für Menschen mit Autismus von großer Bedeutung sind. Veränderung im Tagesablauf oder der vertrauten räumlichen Umgebung können große Ängste und unvorhersehbare Verhaltensweisen (z.B. selbstverletzendes Verhalten) auslösen (Schatz; Schellbach 2010). Es gibt eine zwanghafte Anhänglichkeit an spezifische, nichtfunktionale Handlungen und Rituale, die für Nichtbetroffene nur schwer nachvollziehbar sind. Besonders in der frühen Kindheit zeigen betroffene Kinder häufig eine spezifische Bindung an ungewöhnliche, typischerweise nicht weiche Objekte (Sinzig 2011).

Neben den genannten Verhaltensauffälligkeiten zeigen sie häufig stereotype Bewegungen, wie ungewöhnliche Hand-, Arm-, Körper- oder Kopfbewegungen. Dazu gehört das Drehen und Flackern der Finger vor den Augen oder Schaukel- und Hüpfbewegungen. Häufig stehen diese mit dem Erleben von intensiven Emotionen in Verbindung. Diese repetitiven Bewegungsmuster dienen häufig der Selbststimulation oder dem Ausblenden von Umweltreizen und haben keine selbstregulierende Funktion (Dott 2007). Darüber hinaus sind oft eine Reihe unspezifischer Probleme zu erkennen. Hierzu gehören nicht nachvollziehbare Ängste und Phobien, Schlaf- und Essstörungen sowie Wutausbrüche und Aggressionen.

Weiterhin lassen sich hyper- und hyposensible Wahrnehmungen beobachten, beispielsweise Überempfindlichkeiten im taktilen Bereich. Diese äußern sich durch das Ablehnen von Berührungen sowie bestimmter Stoffe und Kleidungsstücke. In sehr ausgeprägten Fällen laufen diese Kinder am liebsten ohne Kleidung. Eine visuelle Hypersensibilität kann sich im Betrachten winziger Staubteile äußern sowie im Meiden von spiegelnden Flächen.

Hypersensibilitäten stellen im Alltag von Menschen mit Autismus oftmals eine Hürde dar, welche sie daran hindert, eine gewisse Normalität im Umgang mit ihrer Umwelt zu erleben. Temple Grandin beschreibt es folgendermaßen: „Ich stieß Leute weg, wenn diese mich zu umarmen versuchten, weil dieses Berührtwerden eine überwältigende Flut von Stimulation in meinem Körper hervorrief.“(Grandin, zit. nach Schatz/Schellbach 2010)

Neben solchen Hypersensibilitäten sind auch häufig „verminderte Reizempfindlichkeiten“ (Dott, 2007, S. 185) zu beobachten, beispielsweise in der taktilen Wahrnehmung. Diese äußern sich dadurch, dass Betroffene selbst bei hochsommerlichen Temperaturen mindestens ein langärmeliges Sweatshirt und darüber eine Strickjacke oder einen Pullover tragen. Je mehr Kleidung sie übereinander tragen, desto höher ist die taktile Stimulation. Ein Beispiel für Hyposensibilität im gustatorischen Bereich ist das Verzehren diverser Objekte unabhängig davon, ob diese genießbar sind oder nicht. Diese Eigenarten können sehr ungewöhnlich sein und weitreichende, einschränkende Folgen auf den Alltag haben.

Autismus- Spektrum- Störungen sind gekennzeichnet durch eine Vielzahl von Symptomen, die in ihrer Ausprägung und Intensität variieren. Die Förderung von Menschen mit frühkindlichem Autismus stellt einen langfristigen und ganzheitlichen Prozess dar. Wie aus dem ersten Abschnitt hervorgegangen ist, ist die Förderung der kommunikativen Fähigkeiten in der frühen, vorsprachlichen Entwicklung von entscheidender Bedeutung für den gesamten Entwicklungsverlauf.

Kommunikationsfähigkeiten beeinflussen sowohl die soziale, emotionale als auch die kognitive Entwicklung. Sie stehen alle in einer wechselseitigen Beziehung. Einen Ansatz zur Förderung kommunikativer Fähigkeiten stellt die Aufmerksamkeits- Interaktions- Therapie (AIT) von Dr. Hellmut Hartmann dar, die im folgenden Abschnitt genauer beleuchtet wird.

3 Die Aufmerksamkeits- Interaktions- Therapie (AIT)

3.1 Die Grundlagen der Aufmerksamkeits- Interaktions- Therapie (AIT)

1986 wurde die AIT erstmals von Dr. Hellmut Hartmann beschrieben und in den folgenden Jahren stetig durch ihn und seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erweitert und ergänzt (Hartmann 2011).

In der erweiterten AIT werden Empfehlungen und Anleitungen für Eltern (sowie andere Bezugspersonen⁵) und Therapeutinnen und Therapeuten gegeben, wie sie mit ihren Kindern/ Klientel wechselseitige Interaktionen starten und gestalten können (klassische AIT). Dies wird vor allem durch sprachliche, aber auch nicht sprachliche Dialoge realisiert, die der zentrale Bestandteil der AIT sind. Des Weiteren wird aufgezeigt, wie Übungen (wie bei TEACCH⁶) durchgeführt sowie Hilfsmittel für die Kommunikation eingeführt und genutzt werden können. Letztlich geht es auch um die Nutzung von Bezugssystemen. Hier liegt der Fokus auf einer lösungsorientierten Blickrichtung und kreativem Problemlösen (Hartmann 2016).

Das allgemeine Entwicklungsprogramm der Erweiterten AIT beinhaltet als erstes die Erprobung von Interaktions-Regeln und Strategien in offenen und inszenierten Situationen zum Starten von „Mini- Dialogen“(Hartmann 2011, S.14). Im Anschluss geht es um die Weiterentwicklung dieser „Mini-Dialoge“ sowie die Entwicklung von Neugierverhalten. Parallel zu den eben genannten Punkten werden Übungen zu Interaktionsbausteinen sowie zu Bausteinen der Intelligenz durchgeführt. Darüber hinaus enthält das Entwicklungsprogramm der AIT auch

⁵ Andere Bezugspersonen können sein: Großeltern, Lehrkräfte, pädagogische Fachkräfte u.v.m

⁶ TEACCH: Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children (Therapie und pädagogische Förderung von autistischen und in ähnlicher Weise kommunikationsgestörten Kindern)

Handeln nach „TEACCH“ bedeutet Strukturieren und Visualisieren von Handlungen, mit Hilfe von Strukturierungen der Zeit und des Raumes, Routinen, Strukturierungen von Instruktionen und Arbeitsorganisationen sowie individualisierten Aufgaben (z.B. Kistenaufgaben oder Tablettaufgaben).

Man arbeitet hier unter der Berücksichtigung autismspezifischer Besonderheiten. Es handelt sich um einen ganzheitlichen Ansatz, der nicht nur einzelne Fähigkeiten fördert (Schatz/ Schellbach 2010).

spezielle Strategien für den Umgang mit Stereotypen, Aggressionen und Depressionen (Hartmann 2015).

Da es in dieser Arbeit um die Anbahnung von kommunikativen Fähigkeiten geht, werde ich meine Ausführungen auf die klassische AIT, also die Entwicklung von „Mini- Dialogen“ beziehen, um zu verdeutlichen, wie dadurch wechselseitige Bezugnahme und Kommunikation bei Menschen mit frühkindlichem Autismus angebahnt werden können. Es bleibt trotzdem zu betonen, dass Übungen sowie Kommunikationshilfsmittel aus dem Bereich der „Unterstützten Kommunikation“ ein fester Bestandteil in der Förderung von Menschen mit Autismus- Spektrum- Störungen sind. Sie würden an dieser Stelle jedoch den Rahmen überspannen, weshalb ich an diesem Punkt auf eine weitere Vertiefung der Thematik verzichte.

Die Grundlage der AIT basiert auf den Erkenntnissen, welche schon Mechthild Papoušek (1994) in ihren Studien machte, nämlich dass erste Dialoge mit Hilfe von Mimik und Gestik bereits im Säuglingsalter erfolgen. Sie sind die Basis für die Abstimmung bei späteren sprachlichen Dialogen. Nichtsprachliche Signale ermöglichen das Einstellen auf und das Abstimmen mit dem Kommunikationspartner (Hartmann 2011).

Der Schwerpunkt der AIT liegt auf der Entwicklung nichtsprachlicher Kommunikation und Dialoge ohne Sprache. Das zentrale Werkzeug ist hierbei das Einstimmen auf das Kind und das anschließende Aufgreifen seines Verhaltens. Dadurch wird die Chance eröffnet, dass aus stereotypen Bewegungsmustern und Monologen erste Dialoge mit Bewegungen oder Lauten werden. Diese werden dann schrittweise verlängert sowie durch neue Elemente ergänzt (Hartmann 2011).

Nach Hartmann (2011) gibt es drei Hauptwege, um kommunikative und kognitive Fähigkeiten zu fördern:

1. Durch das Lernen im Dialog,
2. Durch eine spontane, eigenständige Auseinandersetzung mit Sachen und Funktion und
3. Durch das Lernen nach Aufforderung.

Das Kernziel der AIT ist jedoch die gegenseitige Bezugnahme, denn gemeinsam mit der sozialen Aufmerksamkeit und den sogenannten „Mini- Dialogen“ bilden sie die Grundlage für Sprache und Intelligenz (Hartmann 2011).

Der Therapeut bzw. die Therapeutin kann dabei drei verschiedene Rollen einnehmen:

1. Als Dialogpartner (beim spontanen Lernen),
2. Als Unterstützer bzw. Unterstützerin (beim gelenkten spontanen Lernen) und
3. Als Lehrkraft (beim gelenkten Lernen).

In der Umsetzung der AIT ist die intensive Zusammenarbeit mit allen Bezugspersonen, wie Eltern, Geschwistern, Erziehern, Erzieherinnen, Lehrer und Lehrerinnen etc. unabdingbar. Die konzeptionelle Umsetzung der AIT sollte zudem regelmäßig, möglichst täglich im sozialen Umfeld erfolgen.

Hartmann (2011) sagt, dass „zentrale soziale Kompetenzen nur in Situationen gelernt werden können, in denen Menschen aufeinander bezogen und ohne festgelegtes Ziel oder ohne bekannten Weg handeln und sich wegen der sich daraus ergebenden ständigen Veränderung fortlaufend miteinander abgestimmt werden müssen.“(S.28).

Das Grundschema des Dialoges ist das wechselseitige aufeinander Bezugnehmen. Der Ablauf, sowohl sprachlicher als auch nichtsprachlicher Dialoge, ist ein Kreisprozess mit den allgemeinen Zielen, Interaktionskreise zu schließen und zu erweitern sowie Interesse und die Fähigkeit für immer differenziertere und ausführlichere Dialoge zu entwickeln (Hartmann 2011). Ein weiteres Merkmal von Dialogen ist, dass beide Dialogpartner Informationen sowie auch Bewertungen, Meinungen, Ideen, Affekte und anderes, in diesen einbringen. Zudem ist der Verlauf eines Dialoges immer offen. Es lässt sich nicht vorhersehen, wann der Dialog zu Ende ist und welche Veränderungen das ursprüngliche Thema erfährt. Letztlich ist ein Dialog auch immer dadurch gekennzeichnet, dass das Abwechseln der Dialogpartner überwiegend durch Mimik, Gestik und der Stimmelmelodie gesteuert wird. Diese Steuerung geschieht meist unbewusst (Hartmann 2015). Im Normalfall wird die Prosodie, ohne bewusste Einflussnahme des aktiv sprechenden Dialogpartners, durch das Unterbewusstsein gesteuert.

Menschen mit frühkindlichem Autismus zeigen Beeinträchtigungen in der Wahrnehmung sowie intuitiven Steuerung und Modulierung nonverbaler Verhaltensweisen, sodass sie Defizite im Anbahnen und Aufrechterhalten von Dialogen aufweisen.

Zu Beginn eines Dialoges müssen im Vorfeld „kommunikative Räume“(Hartmann 2011, S.33) geschaffen werden. Hierbei geht es darum aktuelle Themen, räumliche Distanzen und den zeitlichen Rhythmus einer Interaktion aufeinander abzustimmen, damit Verstehen und wechselseitige Beeinflussung ermöglicht

werden. Bei einer mangelnden Abstimmung besteht ein erhöhtes Risiko eines Zusammenbruchs des Dialoges. Ferner besteht die Möglichkeit, dass es zu Dialoghandlungen ohne wechselseitigen Bezug kommen kann, wenn die Distanz zwischen den Dialogpartnern zu groß ist.

Kinder mit frühkindlichem Autismus zeigen spontanes Verhalten, wenn man ihnen genug Zeit gibt, denn auch sie haben eine angeborene Reaktionstendenz. Dabei handelt es sich um einen Impuls, der sinnvolle Bewegungsmuster automatisch imitiert und Aufmerksamkeit weckt, wenn man selbst imitiert wird (Hartmann 2011).

Hartmann (2011) hat herausgefunden, dass soziale Aufmerksamkeit häufiger und deutlicher gezeigt wird, wenn mimische und gestische Signale pantomimisch, mitunter sogar ausdrucksstark imitiert werden. Gesprächspausen werden hingegen mit abwartender und fragender Mimik oder Gestik untermalt. Wichtig ist, dass sich der Therapeut bzw. die Therapeutin oder die Bezugsperson sich in „Thema und Tempo“ dem Menschen mit Autismus anpasst.

Darüber hinaus entwickelte Hartmann (2011) grundlegende Strategien für die AIT, damit Kommunikation und Lernen erfolgreich realisiert werden können.

Das erste grundlegende Ziel ist die Entwicklung von Motivation zu nichtsprachlichen Dialogen, welche einen „Einstieg in erstes wechselseitiges Bezugnehmen ermöglichen“ (Hartmann 2011, S.39). Um dieses Ziel zu erreichen, bedarf es fünf Schritten, welche abgestimmt sind auf die Aufmerksamkeitsreaktionen des autistischen Kindes. Diese dienen als "orientierendes Gerüst" (Hartmann 2011, S. 39) und sind "primär als Interaktionsschritte zu verstehen" (Hartmann 2011, S. 53). Die fünf Schritte, auch Phasen genannt, zum Aufbau von ersten nichtsprachlichen Dialogen orientieren sich an den Schritten eines „perfekten“ Dialoges und der „Intuitiven Früherziehung“ nach Papoušek (1994):

1. „Die Aufmerksamkeit auf den Partner richten und auf sein Verhalten warten.
2. Auf dieses Verhalten Bezugnehmen, auch durch spiegelndes Nachfragen.
3. Die Aufmerksamkeit nach innen auf die eigene Antwort richten.
4. Die Aufmerksamkeit des Partners für die eigene Antwort gewinnen.
5. Die eigene Antwort, Meinung oder Frage vermitteln.“ (Papoušek, zit. nach Hartmann 2011, S.39)

Im Folgenden werden die Schritte nacheinander erläutert und mit Hilfe von Praxisbeispielen unterlegt.

Erster Schritt: „Begrüßen in der „eigenen Sprache und der des Kindes oder Klienten“ und Erlaubnis geben zum Handeln – und dann warten auf ein „Verhaltens-Thema“ des Kindes oder Klienten“(Hartmann 2011, S. 40)

In dieser Phase geht es erst einmal darum das Kind in „der eigenen Sprache und der des Kindes“ zu begrüßen und ihm dann die Erlaubnis zum Handeln zu geben. Anschließend wartet der Therapeut bzw. die Therapeutin / Bezugsperson auf ein sogenanntes „Verhaltensthema“ des Kindes. An dieser Stelle ergeben sich für den Therapeuten und Therapeutin / die Bezugsperson zwei Möglichkeiten: Zum einen das Warten mit freischwebender Aufmerksamkeit oder zum anderen das Warten mit der Aufmerksamkeit auf eine eigenen Tätigkeit gerichtet.

Mögliche Verhaltensthemen von Kindern mit frühkindlichem Autismus können beispielsweise das Herumlaufen im Raum sein, das Hantieren mit Schraubverschlüssen oder sich beständig wiederholende Lautäußerungen.

Zweiter Schritt: „Bezugnehmen auf das „Thema des Kindes oder Klienten (auf der Ebene des Verhaltens)“(Hartmann 2011, S.41)

In dieser Phase erfolgt eine einfühlsame Bezugnahme durch paralleles Begleiten, über gegenläufiges und begegnendes Begleiten, über aufgreifendes und zeitlich synchrones Spiegeln von Verhalten und/ oder Affekten. Spiegeln meint jedoch kein „spiegelbildliches Verhalten im wörtlichen Sinn“ (Hartmann 2011, S.44). Es handelt sich dabei eher um eine Art „Antwort“ zu dem Verhalten des Partners.

Die nächste Stufe der behutsamen Bezugnahme kennzeichnet schon den Übergang in eine Form des „Handlungsdialoges“ oder „Lautdialoges“ (ohne fordernde Erwartung). Dabei handelt es sich um zeitlich versetztes wechselseitiges Spiegeln, eine erste Weiterentwicklung in Richtung „Dialog“. Hartmann (2011) sagt: „So werden im „Mini- Dialog“ erste Erfahrungen über die Grenzen der eigenen Personen und die des Partners vermittelt, aber auch über gemeinsam erlebte Gefühle.“(S.44).

Der Therapeut bzw. die Therapeutin/ die Bezugsperson kann beispielsweise mit einem ausreichend großen Abstand zum autistischen Kind parallel mit im Raum umhergehen oder in entgegengesetzter Richtung gehen. Eine andere Möglichkeit wäre, dass der Therapeut bzw. die Therapeutin/ die Bezugsperson sich ebenfalls einen Schraubverschluss nimmt und die Handlung aufgreift und spiegelt.

Zeitlich versetztes wechselseitiges Spiegeln lässt sich auch mit Lauten realisieren, indem der Therapeut bzw. die Therapeutin/ die Bezugsperson auf eine Lautpause des Kindes wartet und dann die Laute des Kindes in gleicher Art und Weise (Intonation, Lautstärke, Länge des Tones) spiegelt.

In diesen beiden ersten Phasen kommen die Grenzen respektierenden AIT-Strategien zum Tragen. Diese beinhalten neben dem Warten mit freischwebender Aufmerksamkeit sowie dem Warten mit fixierter Aufmerksamkeit auch das aufgreifende Spiegeln von Atmung, Ausdruck von Gefühlen, Handlungen bis hin zum Toben. Ein weiterer Bestandteil ist das Verändern von Interaktionsmustern durch die Einführung von neuen und/ oder überraschenden Elementen, beispielsweise durch die Erzeugung von Spannung sowie Aufmerksamkeit durch Verzögerung und/ oder Weglassen sowie Fehler machen. Auch das Zeigen von Hilflosigkeit stellt eine Strategie beim Respektieren von Grenzen dar. Um die Aufmerksamkeit des Kindes zu erregen, können laufenden Interaktionen nach „Ingangbringen“ auch von Therapeutenseite unterbrochen werden.

Ab dieser Phase ist es bereits von Bedeutung auf die eigenen Gefühle und Gedanken des Therapeuten bzw. der Therapeutin /der Bezugsperson und die Veränderung seiner Gefühle und Gedanken zu achten, wobei sich an diesen letzten Punkt gleitend die nächste Phase der AIT anschließt (Hartmann 2015).

In dieser zweiten Phase werden Worte und Laute nicht oder nur sehr eingeschränkt verwendet. Lediglich eigenen Handlungen des Therapeuten bzw. der Therapeutin / der Bezugsperson werden mit wenigen Lauten und Worten begleitet und ggf. zur Steuerung erster Interaktionen sowie zu seltenen Aufforderungen, wie „Komm!“, „Gib!“, „Nimm!“, genutzt. Unwillkürlich produzierte Laute des Kindes werden im Frageton wiederholt.

Dritter Schritt: „Innehalten, achten auf die eigenen Gefühlen, Impulse und Ideen, sich in Beziehung setzen und so eine eigene Antwort entwickeln.“(Hartmann 2011, S.44)

Durch das Aufgreifen und Spiegeln des Verhaltens des Kindes mit frühkindlichem Autismus, kann sich der Therapeut bzw. die Therapeutin / die Bezugsperson in den betroffenen hineinversetzen, da er seine Handlungen nicht nur sieht, sondern auch nachempfinden kann. Durch das Innehalten kann die Bezugsperson auf seine eigenen Gefühle, Impulse und Ideen achten, um anschließend eine Antwort auf das „Verhaltens- Thema“ des Kindes zu finden.

Vierter Schritt: „Freundliches Provozieren von wechselseitiger Bezugnahme mit dem Ziel mimisch- gestischer Abstimmung, auch durch gezeigte Hilfslosigkeit.“(Hartmann 2011, S.45)

Im Konkreten meint Hartmann (2011) damit das wiederholte Andeuten von Überschreitungen einer Grenze, das Spielen an und Überschreiten von Grenzen, das Einführen überraschender Aktionen und Dingen oder das Inszenieren von Situationen mit mehreren attraktiven Alternativen.

Das Andeuten von Grenzüberschreitungen verfolgt das Ziel einer langandauernden und differenzierten mimischen Abstimmung und Kommunikation. Beim Herumlaufen im Raum kann die Bahn des Kindes beispielsweise immer wieder gekreuzt.

Beim Spielen an und Überschreiten von Grenzen wird der Abstand zum Kind immer mehr verringert oder eine Berührung bzw. der Beginn eines Interaktionsspieler (z.B. Kitzel- oder Monsterspiele) angedeutet.

Mit der Einführung überraschender Aktionen und Dingen liegt der Fokus auf der Aufmerksamkeit und mimisch- gestischen Abstimmung. Es können beispielsweise interessante Dinge versteckt werden und wiederauftauchen (z.B. Schraubverschlüsse). Die Aufmerksamkeit des Kindes kann auch durch Einbauen von „Fehlern“ erzeugt werden, z.B. durch das Verwenden eines anderen Lautes beim Spiegeln von Lautketten. Beim gemeinsamen Herumlaufen im Raum kann das Tempo beschleunigt oder verlangsamt werden oder man stoppt ganz plötzlich in der Handlung.

Das Inszenieren von Situationen mit mehreren attraktiven Alternativen erfolgt selbstverständlich unter der Kontrolle des Therapeuten bzw. der Therapeutin /der Bezugsperson, wobei dieser auch mimisch- gestisch nach der Wahl des Kindes fragt. Beispielsweise kann der Therapeut bzw. die Therapeutin eine durchsichtige, verschlossene Schachtel mit Schraubverschlüssen in Sicht-, aber außer Reichweite des Kindes halten und mimisch- gestisch fragen (z.B. über die Zeigefunktion und fragenden Blick), ob das Kind Schraubverschlüsse haben möchte.

An dieser Stelle ist es wichtig zu betonen, dass Therapeuten bzw. Therapeutinnen und Bezugspersonen gute bis sehr gute Kenntnisse über die Interessen und Vorlieben der Kinder mit frühkindlichem Autismus haben sollten, da diese „Themen“ der Kinder die Grundlage für die Kommunikationsanbahnung bilden (Hartmann 2011).

Im weiteren Verlauf kann durch die Grenzüberschreitung das Kind mit frühkindlichem Autismus zu gemeinsamen Aktionen geführt werden, beispielsweise durch bewusstes Überschreiten von Grenzen durch Körperkontakt, wie an die Hand fassen beim Laufen oder kitzeln. Die Achtsamkeit liegt dabei immer auf dem Kind. Falls sich das Kind unwohl fühlt, sollte die Handlung des Therapeuten bzw. der Therapeutin / der Bezugsperson sofort beendet werden. Er kann dann in einem nächsten Anlauf das Kind durch eine „geringere Provokation“ zu einer erneuten Bezugnahme animieren.

Provozierte „Mini-Dialoge“ können verlängert werden, indem man die Provokation langsam steigert, Handlungen plötzlich unterbricht oder eine Mimik mit fragendem Ausdruck zeigt. Das Teilziel besteht darin, gleichzeitig mehrere Kommunikationskanäle zu nutzen, wie Blickkontakt, Lächeln, gesamtes Spektrum an Mimik und Gestik, Haltung, Laute und Sprache sowie integrierte Handlungen (Hartmann 2011). Zwischendurch sollte der Therapeut bzw. die Therapeutin / die Bezugsperson immer wieder Hilflosigkeit zeigen und abwarten, um eine Handlung von Seiten des Kindes zu provozieren.

In dieser Phase greifen Grenzen überschreitende AIT- Strategien. Der Therapeut bzw. die Therapeutin oder die Bezugsperson können mit dem vom Autismus betroffenen Kind immer wieder Interaktionsspiele wie Kitzel-, Monster-, Krabbel- oder Löwenspiele beginnen, solange sie von dem Kind nicht dazu aufgefordert werden. Das Gleiche gilt auch für das Führen zum Tanzen, Rennen oder Toben sowie für Kissen- oder Papierschlachten. Wichtig ist hierbei immer, dass es keine Aufforderung von Seiten des Kindes mit frühkindlichem Autismus zu diesen Interaktionsangeboten des Erwachsenen gibt. Die Aufmerksamkeit des Kindes kann auch durch lebhaftere, wiederholte direktive sprachliche Aufforderungen zum Bringen von Gegenständen sein.

Auch das Anstiften zum Erschrecken dritter Personen, mit mimischer und gestischer Abstimmung kann die wechselseitige Bezugnahme steigern und Kinder mit frühkindlichem Autismus in dialogisches Handeln bringen. Das Aufgreifen und Spiegeln aggressiver oder autoaggressiver Verhaltensweisen oder Äußerungen kann diese zum einen stoppen und zum anderen zu einem Dialog führen. Eine letzte Strategie in diesem Bereich bilden die paradoxen Aufforderungen. Diese können akzeptierbare leicht grenzüberschreitende Handlungen des Kindes mit Autismus betreffen, aber auch Aktivitäten, die das betroffene Kind oder der betroffene Erwachsene aktuell schon ausführt (Hartmann 2015).

In der vierten Phase werden von Seiten des Therapeuten bzw. der Therapeutin / der Bezugsperson keine Worte oder nur wenige Laute oder Worte begleitend verwendet. Mit diesen wenigen Worten kann jedoch das eigene Handeln und das des Kindes begleitet werden. Es wird versucht mehr Worte für die Steuerung der wechselseitigen Interaktion anzubieten, wobei die Worte dem Entwicklungsstand und den Entwicklungszielen angepasst werden sollten (Hartmann 2011).

Fünfter Schritt: „Zielgerichtetes Einführen und Wiederholen neuer Handlungen, Dinge, Aktionen und Personen – paralleles Handeln (Modellhandeln)“ (Hartmann 2011, S.50)

In dieser letzten Phase gibt es zwei Zielrichtungen: Entweder gemeinsames Handeln mit neuen Dingen (Ziel: gemeinsame Beschäftigung) oder eigenständiges Handeln (Ziel: Problemlösen/ Intelligenzentwicklung – selbstständige Beschäftigung).

Dazu werden zuvor neue Handlungen (z.B. hopsen statt laufen), Gegenstände (z.B. Bauklötze, Bälle, Malstifte und anderes), Aktionen (z.B. Ball spielen) und Personen (z.B. Co-Therapeuten und Co-Therapeutinnen, andere Kinder aus der Kindergartengruppe) in die laufende Interaktion eingeführt. Hauptsächlich geschieht diese Einführung über paralleles Handeln, indem der Therapeut bzw. die Therapeutin / die Bezugsperson ggf. gemeinsam mit der anderen Person als Modell dient. Das Verhalten des betroffenen Kindes wird spiegelnd aufgegriffen und dann um einen neuen Inhalt erweitert. Aufgrund des Bewegens auf der Verhaltensebene des betroffenen Kindes haben diese neuen Inhalte einen hohen Motivationscharakter für das Kind (Hartmann 2011).

In der fünften Phase werden neue Laute oder gezielt ausgewählte Worte in die Interaktion eingeführt.

Im gesamten Prozess wird die eigene Sprache auf ein Minimum reduziert, wobei nur beschreibende und hinweisende Gesten und Laute verwendet werden. Es ist zu beachten, dass die Sprache auf das Niveau des Kindes angepasst wird und Schlüsselwörter wie „Ball“ in „Da ist der BALL!“ expressiv betont werden. Gleiches gilt für spannenden Aktionswörtern wie „eins, zwei, drei, LOS!“ (Hartmann 2015).

Neben den fünf Schritten, die entscheidend bei der Durchführung der AIT sind, gibt es auch übergeordnete Regeln, die vor allem im Alltag fest integriert und allgemeingültig sein sollten.

Therapeuten bzw. Therapeutinnen und Bezugspersonen wird empfohlen, wechselseitigen Intuitionen und spontanen Ideen Raum zu geben, damit Dialoge

möglichst lange aufrechterhalten werden können. Sollte es während eines Dialoges zum Abbruch oder gleichförmigen Wiederholungen kommen, wird immer wieder auf die Schritte 1-5 zurückgegriffen, um die Wechselseitigkeit wieder in Gang zu setzen. Wichtig ist die Variation von Aktionen, in Form von Tempo, Entfernung oder Ähnlichkeiten des eigenen Verhaltens zu dem Kind oder durch Einführung von neuen Objekten und Inhalten sowie Variationen in der Stimme, um Interesse zu wecken.

Die bedeutendste Rolle im Verhalten der Bezugspersonen spielt das Abwarten können, auch soziales Warten genannt (Hartmann 2011). Wie schon mehrfach erwähnt, ist ein grundlegendes Ziel, dass Kinder und Erwachsene mit Autismus-Spektrum- Störungen spontan die Initiative ergreifen, um auf den Therapeuten bzw. die Therapeutin zu zukommen. Daher wird in der AIT empfohlen, dass mehrfach täglich Zeiten eingeschoben werden, in der der Therapeut bzw. die Therapeutin oder die Bezugsperson präsent ist, aber seine Aufmerksamkeit ruhig auf sich selbst oder einer dritten Person gerichtet ist. Wenn sich das Kind mit Autismus nun nähert, wird es mit einem freundlichem Begrüßungslächeln und einem Begrüßungswort bestätigt. Anderweitig wird keine weitere Initiative ergriffen, die nicht vom Betroffenen ausgeht.

Die Zeiten können mehrere Minuten lang sein. Nach einer oder mehreren Initiativen des Kindes, kann der Therapeut bzw. die Therapeutin oder die Bezugsperson beginnen, auch spontanes, nicht soziales Handeln des Betroffenen bestätigend und spiegelnd aufzugreifen (Hartmann 2015). Durch die regelmäßige Anwendung der AIT können die Kompetenzen in der wechselseitigen Bezugnahme und sozialen Flexibilität weiterentwickelt werden (Hartmann 2011). Hartmann (2011) empfiehlt, dass sich die Bezugspersonen täglich mindestens 2 Stunden Zeit nehmen, um nur dem betroffenen Kind zur Verfügung zu stehen. Dabei können die Bezugspersonen auch durchaus wechseln, um somit eine Generalisierung zu ermöglichen. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit eines erfolgreichen Verlaufes.

Zu beachten ist bei dieser Form der Kommunikationsanbahnung immer „das Risiko einer Interaktions- Sackgasse“ (Hartmann 2011, S.59), bei der der Therapeut bzw. die Therapeutin/ die Bezugsperson zum „Animateur“ wird und nicht mehr den Status als Dialog- Partner, Unterstützer bzw. Unterstützerin oder Lehrkraft innehält. In diesen Situationen ist es wichtig abzuwarten und nur minimal die Themen des Kindes aufzugreifen, um ein Aktivwerden des Kindes zu provozieren (Hartmann 2011).

Spaß und Quatsch haben wichtige Funktionen und Ziele in der AIT. Durch das lustvolle Erleben von Interaktionen (positive Verstärkung), gemeinsames Erleben ähnlicher Gefühle (wechselseitiges Spiegeln freudigen Ausdrucks) und gemeinsames Lachen kann es zur Ausschüttung von Oxytozin, dem sogenannten Kuschelhormon, kommen. Dieses kann dazu beitragen, dass Konflikte oder aggressive Gefühlszustände aufgelöst werden. Darüber hinaus ist es notwendig, dass Therapeuten bzw. Therapeutinnen und Bezugspersonen die individuelle Sprache ihrer Interaktionspartner lernen, das heißt, die Bedeutung ihrer Handlung, Gesten und andere Ausdrucksweisen kennenzulernen. Ziel ist es, eine gemeinsame Bedeutungsebene zu entwickeln, welche für beide gültig ist (Hartmann 2016).

Um den Therapeuten bzw. Therapeutinnen und Bezugspersonen ein besseres Verständnis für die Prinzipien und Regeln der AIT zu vermitteln, hat Dr. Hellmut Hartmann in seiner langjährigen Laufbahn als Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, mehrere Fachbücher zu diesem Thema publiziert. Weiterhin hält Dr. Hartmann in regelmäßigen Abständen Workshops zu Themen rund um die AIT und ihre Anwendung ab. Während seines letzten Workshops in Bollmannsruh ergab sich die Möglichkeit eines Interviews mit Herrn Dr. Hartmann. Die nächste Passage enthält die Zusammenfassung des Experteninterviews mit Herrn Dr. Hellmut Hartmann. Anschließend werden zwei Fälle aus meiner therapeutischen Arbeitspraxis beschrieben, bei denen die Anwendung der AIT einen hohen Stellenwert aufweist.

3.2 Experteninterview mit Dr. Hellmut Hartmann

Am 07.05.2016 führte ich im Rahmen dieser Bachelorarbeit ein Experteninterview mit Dr. Hellmut Hartmann, den Begründer und Entwickler der AIT, durch. Das Interview fand im Anschluss eines Workshops mit dem Thema „Erweiterte AIT und Entwicklungsdiagnose - PRO Frühjahrsseminar 2016“ in Bollmannsruh statt.

Dr. med. Hellmut Hartmann ist Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Bis 2002 war er Chefarzt der Klinik für KJPP in Brandenburg an der Havel. Des Weiteren ist er Gründungsmitglied des Instituts für Autismusforschung e.V. und arbeitete in der psychologischen-psychotherapeutischen Ambulanz der Universität Potsdam mit. Seine Arbeitsschwerpunkte sind frühkindlicher Autismus, Steuerung von Hirnprozessen sowie soziale Interaktion.

Auf der Grundlage des Experteninterviews werden im Folgenden aus der Sicht des Interviewten Einblicke in die Geschichte der AIT, Fallbeispiele, Prinzipien und Grenzen der AIT sowie Zukunftswünsche im Umgang mit autistischen Menschen geschildert⁷.

Das Interview wurde mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend transkribiert⁸. Die Zusammenfassung der Interviewtranskription basiert auf der Analysetechnik von Philipp Mayring (2008). Ziel dieser Form der Inhaltsanalyse ist die Reduzierung des Materials auf den wesentlichen Inhalt, ohne diesen zu verfälschen (Mayring 2008).

Zusammenfassung des Interview

Die Idee für die AIT entwickelte sich, laut Aussage von Dr. Hartmann, durch eine erste Beobachtung eines kleinen autistischen Mädchens, welches keinerlei Reaktion auf den Interviewpartner zeigte. Das autistische Mädchen wollte nur auf dem Schoß der Mutter sitzen und begann nach einer Weile, mit den Beinen zu schaukeln. Situativ griff Dr. Hartmann dieses Bewegungsmuster des Mädchens auf, welches daraufhin mit Blickkontakt und Interesse reagierte. Diese Verhaltensbeobachtung, die das autistische Kind bei Aufgreifen seines eigenen Verhaltens zeigt, war der Grundbaustein für die Entwicklung der AIT. Im Laufe der Zeit erkannte Dr. Hartmann, dass es nicht nur um das Aufgreifen von bestimmten Bewegungen, sondern auch um die Themen und die Gefühle der Kinder, geht. Der Interviewpartner empfindet es als ein sehr breites Spektrum für die Interaktion und den Umgang mit seinem Gegenüber. Ein weiterer Hintergrund in der Entwicklung der AIT sieht der Interviewte in seiner, teilweise auch privaten, Auseinandersetzung mit dem Konzept der Kinderläden⁹. Dieses Konzept der Betreuung von Kindern stellt ein Beispiel für den „interessiert gewährenden Umgang mit Kindern“ (Interviewtranskription Hartmann, 2016) dar, welches maßgeblich Einfluss auf die Interaktion und Entwicklung von Kindern nehmen kann.

Adam, ein Junge, den ich seit Beginn meiner Arbeit im Autismus-Therapiezentrum begleite und fördere, und dessen Entwicklung sehr eindrucksvoll ist, ist auch Dr. Hartmann seit mehreren Jahren bekannt.

Dr. Hartmann beschreibt den Erstkontakt mit Adam wie folgt:

⁷ Der Interviewleitfaden befindet sich im Anhang 1.

⁸ Die Transkription des Interviews befindet sich im Anhang 2.

⁹ Kinderläden: [nach der anfänglichen Unterbringung in ehemaligen Läden] aus privater Initiative entstandener, nicht autoritär geleiteter Kindergarten (Duden 2016)

Adam lief im Raum umher und machte einen fröhlichen Eindruck. Er zeigte jedoch kein Interesse im Umgang bzw. der Anwesenheit seiner Bezugspersonen. Während der Erstvorstellung leitete der Interviewte die Mutter bereits an, indem er ihr die Möglichkeit des „parallelen Bauens“ mit Klötzchen aufzeigte. Als Reaktion begann der Junge spontan mit der Ausführung des ihm vorgemachten Spiels. In der zweiten Vorstellung wirkte Adam schon viel interessierter an seiner Umgebung und seinen Bezugspersonen. Dr. Hartmann erinnert sich, dass der Junge sich aktiv und freudig an sog. „Kuckuck- Spielen“ mit seiner Mutter beteiligte.

Nach Aussage von Dr. Hartmann waren die nächsten Jahre von verschiedenen Entwicklungen und Verhaltensauffälligkeiten geprägt, darunter auch Trotzphasen. In diesen Phase erprobten der Interviewte und die Bezugspersonen verschiedene Handlungen (Dinge) im Umgang mit Adam. Das Ziel, den Jungen zur Ruhe zu bringen, konnte durch den Einsatz interessenspezifischer Dinge erreicht werden. Dr. Hartmann betont auch die Wichtigkeit der Zusammenarbeit mit der Bezugsperson, welche Ideen und Anregungen des Interviewten immer annahm und in sehr guter Weise umsetzte. In regelmäßig stattfindenden Gesprächen erfuhr Dr. Hartmann von kindlichen Rollenspielen, welche in der Häuslichkeit durchgeführt wurden und an denen Adam viel Interesse und Freude zeigte. „Dieses ist umso erstaunlicher, da autistische Kinder kaum Interesse an Rollenspielen aufweisen.“, gibt Dr. Hartmann zu bedenken.

Insgesamt stellt er anerkennend fest, dass Adams Entwicklung im Bereich des Lernens und vor allem der Sprache einen positiven Verlauf genommen hat.

Während der Arbeit in seiner langjährigen Laufbahn mit behinderten Menschen, blieben dem Interviewten viele Fälle in Erinnerung. Der Fall eines 50- jährigen Mannes aus jüngster Zeit ist Dr. Hartmann in besonderer Erinnerung geblieben. Während der Zeit, in welcher der Interviewte Fallarbeiten in einem Heim machte, förderte er diesen Klienten, dem er die Äußerung von Wünschen mittels Bildkarten aufzeigte. Dieses konnte der Klient dann teilweise für sich nutzen.

Während Fallbesprechungen in diesem Heim gesellte sich der Klient zu den Therapeuten und bekundete offensichtlich sein Interesse an Kaffee und Keksen. Die Verbalisierung seines Wunsches durch seitens des Interviewten führte zu einem Nachsprechen durch den Klienten. Im weiteren Verlauf begann der Klient sich spontan zu artikulieren. Allerdings war für Dr. Hartmann das letzte Zusammentreffen in dieser Einrichtung am eindrucksvollsten. Der Klient wirkte fröhlich und es war, aus Sicht von Dr. Hartmann erkennbar, dass die Angebote, welche dem Klienten unterbreitet wurden, einen positiven Effekt auf dessen

seelischen Zustand hatten. Es wurde berichtet, dass der Mann sich aktiv an seiner Umwelt beteiligte und sich aktiv in der Werkstatt, in einem geschützten Rahmen, unter Zuhilfenahme von Gegenständen ausdrückte.

Wie jeder Therapieansatz kann auch die AIT unter gewissen Umständen im Umgang mit Menschen mit Autismus- Spektrum- Störung an ihre Grenzen stoßen. In seinen Ausführungen schildert der Interviewte, dass es aus seiner Sicht drei große Prinzipien gibt. Das erste Prinzip ist die der AIT, also das Bemühen um einen Dialog mit den Betroffenen, wobei die Wahl der Sprache und der Mittel keine Relevanz besitzt. Das zweite große Prinzip sind „die Übungen und das Training in ganz kleinen, geduldigen Schritten, wie es bei ABA“ (Interviewtranskription Hartmann, 2016) praktiziert wird. Als drittes großes Prinzip gilt die Bereitstellung von Kommunikationshilfsmitteln wie Bildkarten. Laut Dr. Hartmann weisen alle drei Prinzipien natürliche Grenzen auf, wobei es sich schwierig bestimmen lässt, wo diese Grenzen verlaufen. Hartmanns Ausführungen machen deutlich, dass ein Abweichen von den Regeln der AIT eine Grenze darstellt. Darüber hinaus schildert Dr. Hartmann den Fall eines Jungen, welcher in der Häuslichkeit zu stark aggressiven Verhaltensweisen neigte. Zur Unterbindung dieses Verhaltens, führte die Bezugsperson, auf Hartmanns Empfehlung hin, den Jungen in sein Zimmer. Als Reaktion auf das „Wegsperren“, bestand der Junge im weiteren Verlauf darauf, dass die Eltern den Schlüssel zur Tür im Schloss umdrehten. Dieses „Führen und Isolieren“ durch die Bezugspersonen wirkte nur für eine kurze Zeit, da der Junge im Anschluss an sein aggressives Verhalten freiwillig auf sein Zimmer gegangen sei. Hier protestierte er solange, bis er das typische Schließgeräusch hörte. Als die Eltern nicht mehr auf sein Fordern eingingen, ließ er von dieser Forderung auch ab.

Dieses Fallbeispiel von Dr. Hartmann unterstreicht nochmal, dass die Bezugspersonen/ Therapeuten bzw. Therapeutinnen sich immer ihrer Rolle im Konzept der AIT bewusst sein sollten, entweder als Dialog- Partner, Unterstützer bzw. Unterstützerin oder Lehrkraft, aber nie nur als „mechanisches Hilfsmittel“ zum Erfüllen der Wünsche des Menschen mit Autismus.

Mit Blick auf die Zukunft der AIT und die zukünftigen Pläne des Interviewten, äußert dieser, dass seinerseits großes Interesse an der Verbreitung der AIT in Deutschland besteht. Die Publizierung der allgemeinen Prinzipien, also die Berücksichtigung und das Anknüpfen an die Impulse der Betroffenen, scheinen nach der Auffassung von Dr. Hartmann schwierig zu sein. Jahre nach der Veröffentlichung der AIT entwickelte sich in Israel der Therapieansatz „Mifne“, welcher in der Umsetzung Ähnlichkeiten bzgl. des Wartens auf Signale des

Kindes, zur AIT aufweist. Dieser Ansatz sowie eine Erscheinung aus England, „Intensive Interaction“ genannt, finden in Deutschland gleichermaßen Beachtung, obwohl nach Aussage des Interviewten, die AIT schon länger bekannt sein sollte. Diesbezüglich erhofft sich Dr. Hartmann eine Zusammenarbeit mit der WGAS¹⁰, um die AIT in die Leitlinien für die Autismustherapie in Deutschland mit einfließen zu lassen. Ein weiteres Anliegen des Interviewten ist die statistische Videoanalyse mit dem Ziel der Erkennung, wann erwünschtes Verhalten bei Kindern mit Autismus- Spektrum- Störungen auftritt und was im Verhalten der Bezugspersonen zu der Reaktion des Kindes führte.

Auf die Frage hin, was sich Dr. Hartmann im Umgang mit Menschen mit Autismus- Spektrum- Störung wünscht, insbesondere in Hinblick auf Einrichtungen und Therapiezentren, ging er zunächst auf „Supervision“ ein. Der Interviewte wünscht sich, dass alle Personen, die mit Menschen zusammenarbeiten, entsprechende Ausbildungsstandards genießen, ein breites Spektrum an Erfahrungen aufweisen und regelmäßige Angebote zu Supervision nutzen können. Im Weiteren äußerte der Interviewte, dass die Inklusion weiter untersucht werden müsste. So stellt sich ihm die Frage, wann Inklusion von Kindern mit Autismus gelingt und wann es schwierig ist? Dr. Hartmann führte diesbezüglich eine, von ihm erlebte Diskussion zwischen Politikern, Therapeuten und Eltern an, welche im Konsens zu keiner Entscheidung bzgl. der Schulform gekommen sei. Was die Heimbetreuung anbelangt lässt sich, aus seiner Sicht sagen, dass es verschiedene Konzepte gibt, welche gut funktionieren. In diesem Zusammenhang sprach der Interviewpartner von integrativen Konzepten und jenen, welche einen besonders geschützten Rahmen anbieten.

Für Dr. Hartmann steht jedoch fest, dass die Umsetzung der Inklusion in Schulen mit Sicherheit zusätzliche Lehrkräfte sowie geschultes Personal, welches während der gesamten Schulzeit anwesend ist, erfordert. Sonderpädagogen, welche im Einzelfall bei stärker Betroffenen nur stundenweise anwesend sind, machen in seinen Augen keinerlei Sinn. Gut entwickelte Kinder, welche nicht so schwer betroffen sind, brauchen nach Aussage des Interviewten vielleicht Gruppenunterstützung außerhalb der Schule.

Ich bedanke mich ganz herzlich für das nette und aufschlussreiche Interview.

¹⁰ WGAS: Wissenschaftliche Gesellschaft Autismus-Spektrum

4 Fallbeispiele: Adam und Oskar

Im Folgenden möchte ich zwei Klienten aus meiner täglichen Arbeitspraxis vorstellen, die schon lange durch Therapeutinnen des Autismus-Therapiezentrum Neubrandenburg begleitet und gefördert werden. Beide Fälle betreue ich bereits seit über fünf Jahren.

Die Förderung beider Klienten zeichnet sich dadurch aus, dass vor allem die AIT fester Bestandteil im Alltag sowie in den Therapieeinheiten ist und damit auch maßgeblich in der Arbeit mit ihnen und ihren Familien Anwendung fand.

Anhand der beiden Fallbeispiele möchte ich verdeutlichen, welchen Stellenwert die AIT hat und die daraus resultierenden Entwicklungsfortschritte aufzeigen.

Als Erstes werden beide Fälle mit ihrem Entwicklungsstand zu Beginn der autismusspezifischen Förderung beschrieben. Im Anschluss gehe ich näher darauf ein, wie und welche AIT- Strategien durch die Bezugspersonen und Therapeuten angewandt wurden, um dann den heutigen Entwicklungsstand aufzuzeigen. Abschließend erfolgt eine Zusammenfassung und kurzer Vergleich beider Fallbeispiele.

Die Grundlage der folgenden Ausführungen bilden Diagnoseschreiben, der Elternfragebogen des Autismus- Therapiezentrum, Entwicklungsberichte der Therapeutinnen sowie die Dokumentationsunterlagen der geleisteten Therapiestunden.

4.1 Fallbeispiel 1: Adam (13 ½ Jahre)¹¹ - Diagnose nach ICD-10: Frühkindlicher Autismus (F84.0)

Entwicklungsstand zu Beginn der Autismustherapie

Adam besucht regelmäßig das Autismus- Therapiezentrum seitdem er 3 ½ Jahre alt ist. Aus der Diagnostik von Dr. Hellmut Hartmann und den Berichten der Bezugspersonen ging hervor, dass Adams Entwicklung ungefähr bis zu seinem zweiten Lebensjahr unauffällig verlief. Er habe auch „gebrabbelt“ und erste Worte, wie „Mama“ und „Papa“ gesagt. Nach Aussage der Bezugspersonen kam es dann allerdings zu einer vermehrten Unruhe und einer verminderten Kontaktsuche zu Erwachsenen. Zusätzlich wurde beobachtet, dass Adam später

¹¹ Name, Alter sowie alle anderen personenbezogenen Angaben wurden geändert.

gleichwohl keinen Kontakt mehr zu anderen Kindern gesucht habe. Teilweise lachte oder weinte er grundlos. Zudem habe er im Alter zwischen 12 – 15 Monaten aufgehört zu sprechen. Des Weiteren zeigten sich ersten Auffälligkeiten im mangelnden Blickkontakt, einer Entwicklungsstörung der Feinmotorik sowie einer intensiven Beschäftigung mit sich selbst.

Das Fragile X-Syndrom und andere Stoffwechselerkrankungen konnten durch entsprechende Diagnostiken ausgeschlossen werden.

Zu Beginn der Autismustherapie zeigte Adam im Bereich der sozialen Interaktion qualitative Beeinträchtigungen. Diese äußerten sich im fehlenden Blickkontakt sowie mangelnder Mimik und Gestik. Er wirkte zeitweilig gedankenverloren und wies nur wenige Affekte und mimische Regungen auf. Zudem verfügte er weder über deklaratives Zeigen noch über die Fähigkeit der gemeinsam geteilten Aufmerksamkeit. Häufig führte er seine Bezugsperson, um Wünsche erfüllt zu bekommen. Er nutzte nur selten Gesten und äußerte kaum Laute, die an Personen gerichtet waren. Insgesamt offenbarte Adam nur wenig Freude am gemeinsamen Spiel. Er spielte lieber für sich alleine, wobei sein Spielverhalten nicht altersgerecht entwickelt war. Kurzzeitig ließ er sich auf Fang- und Singspiele ein, zeigte jedoch ein mangelnd ausgeprägtes funktionales Spiel mit Gegenständen sowie Phantasiespiele.

Darüber hinaus stellte sich heraus, dass Adam kein Verständnis für soziale Regeln aufwies.

Wenn Bezugspersonen weinten, schaute Adam häufig interessiert und umarmte die betreffende Person mitunter auch spontan. Gelegentlich lachte er mit Bezugspersonen mit oder amüsierte sich, wenn sich jemand erschrak.

Adam verfügte lediglich über spontan ungerichtete Laute, aber keine Sprache. Auch sein passiver Wortschatz war sehr eingeschränkt. So reagierte er zwar auf das Wort „Nein!“, aber auf keine anderen Aufforderungen seiner Bezugspersonen. Positiv war jedoch seine Reaktion auf Musik sowie ihm bekannte Geräusche, wie das Rasseln einer Smarties®- Schachtel.

Adam mochte Musik und Singspiele. Auch Schaukelbewegungen bereiteten ihm Freude. Des Weiteren zeigte er ungewöhnliche sensorische Interessen, die sich vor allem darin äußerten, dass er diverse Gegenstände mit dem Mund erkundete. Zudem beschäftigte er sich intensiv mit seinen Fingern und zeigte eine Vorliebe für Licht.

Auch ritualisierte Abläufe hatten eine große Bedeutung für ihn. Im Spiel neigte er dazu Materialien in Reihen und Halbkreisen anzuordnen. Bei Veränderungen in seiner Alltagsroutine reagierte er aggressiv und schrie laut.

Bei hoher Erregung oder starker Freude zeigte er motorische Stereotypen, wie das Wedeln mit den Armen.

Es gilt hervorzuheben, dass zu Zeitpunkt des Therapiebeginns Adams besondere Stärken in seiner guten Merkfähigkeit, seiner vorhandenen Imitationsfähigkeit sowie seiner Fähigkeit zum Detailsehen lagen.

Anwendung und Umsetzung der AIT im Rahmen der häuslichen und therapeutischen Förderung

Seit Adams Erstvorstellung bei Dr. Hellmut Hartmann wurden die Bezugspersonen und Therapeuten bzw. die Therapeutinnen mit Hilfe der Regeln und Strategien der AIT für die Förderung von Adam angeleitet und zur konsequenten und regelmäßigen Umsetzung angeregt.

Umsetzung in der Häuslichkeit

Adams Bezugspersonen waren von Beginn an sehr daran interessiert ihn bestmöglich zu fördern.

Nach diversen Anleitungen, Anregungen und Rücksprachen mit Dr. Hartmann wurden viele Strategien in den Alltag übernommen, um vor allem Adams kommunikative und damit zusammenhängend auch seine kognitiven Fähigkeiten zu fördern.

Dabei wurde vor allem auf seine Vorliebe für Musik aufgebaut. Um ihm seine Tagesabläufe, aber auch Aufforderungen zu verdeutlichen und besser verständlich zu machen, wurden diese gesungen. Dabei verwendeten seine Bezugspersonen eine einfache Melodie und Texte wie „Wollt‘ ihr wissen...? Wollt‘ ihr wissen, was die kleinen Adams machen?... Sie putzen Zähne, putzen Zähne...tralalala...“.

Auch Hartmann (2011) sagt, dass es manchmal hilfreich sein kann Aufforderungen melodisch zu singen, da gesprochene Aufforderungen von manchen Menschen mit Autismus nicht angemessen verarbeitet werden können.

Anfänglich haben Adams Bezugspersonen ohne seine Aufforderung gesungen (grenzüberschreitende AIT- Strategie), später, als Adam sprechen konnte, forderte er sich Lieder sowie gesungene Inhalte ein.

Kinderlieder von CD wurden in Adams Beisein verlangsamt abgespielt, dieses gab ihm die Möglichkeit die gesungenen Texte besser zu verstehen (Anpassung des Sprachtempos an die Aufnahmefähigkeit des Menschen mit Autismus).

Auch Unterbrechungen und plötzliches Stoppen beim gemeinsamen Tanzen und bei Singspielen waren Teil von gemeinsamen Handlungen (Grenzen respektierende sowie Grenzen überschreitende AIT- Strategien).

Des Weiteren wurde viel neben ihm gespielt (paralleles Handeln). Bei Ausflügen, gemeinsamen und parallelen Aktivitäten wurden die wichtigsten Abläufe verbalisiert (handlungsbegleitendes Sprechen).

Neben parallelen Handlungen kamen auch immer wieder Handpuppen und Fingerpuppen zum Einsatz, an denen Adam zunehmend Interesse und Freude zeigte (Einführen neuer Gegenstände und Aktionen in den Alltag).

Eine besondere Bedeutung im gesamten Alltag von Adam hatte die expressive Mimik und Gestik. Diese erregten seine Aufmerksamkeit und er zeigte vermehrt Blickkontakt.

Seine Selbstwirksamkeitserfahrungen wurden dadurch bestärkt, dass jede seiner Kontaktaufnahmen positiv verstärkt wurde und seine Bezugspersonen mitmachten, wenn er sie zu Handlungen aufforderte.

Zudem waren Adams Bezugspersonen immer bemüht ihn mit anderen, möglichst gleichaltrigen Kindern in Kontakt zu bringen. Diese Angebote nahm Adam mit zunehmenden Alter immer freudiger an und konnte dadurch neue Erfahrungen sowohl im sozialen, kommunikativen als auch im kognitiven Bereich sammeln (Handlungen mit neuen Personen und neuen Aktionen).

Umsetzung in der Autismustherapie

In der autismusspezifischen Förderung hat die ausdrucksstarke Mimik und Gestik von Therapeutenseite einen hohen Stellenwert. Alle Aussagen und Gefühlsregungen der Therapeutin wurden durch übertriebene Gesichtsausdrücke und Gesten begleitet. Dadurch konnte, wie bereits erwähnt, immer wieder seine Aufmerksamkeit, vor allem auf das Gesicht seines Gegenübers gelenkt und somit Blickkontakt hergestellt werden. Dieses Verhalten wurde dann sofort durch Lob verstärkt.

Auch das Warten spielt bis heute in der Therapie eine wichtige Rolle. Die Therapeutin gab Adam ausreichend Zeit, um Aufforderungen bzw. Aussagen zu verarbeiten und die Handlung zu beginnen oder eine Antwort zu formulieren (Tempo anpassen; abwarten). Im weiteren Verlauf wartete die Therapeutin immer

ab bis eine Aktivität von Adams Seite ausging, auf die sie dann eine Antwort finden konnte (in Anlehnung an die 5 Schritte der AIT).

Durch das Organisieren von Aufgaben in Kisten, nach dem TEACCH- Ansatz, konnte bei Adam auch das Neugierverhalten geweckt werden, sodass er vor allem im Kindergartenalter vermehrt Interesse an der Therapeutin und ihren Handlungen sowie geplanten Aktivitäten zeigte (Prinzipien der erweiterten AIT)

Des Weiteren wurde in der Therapie das Spiel mit Puppen aufgegriffen, an denen er, wie auch zu Hause, viel Interesse zeigte. Dieses wurde im Laufe der Jahre dahingehend erweitert, dass Adam und die Therapeutin über sogenannte „Therapiepuppen“ Unterhaltungen über alltägliche Inhalte, die ihn beschäftigten oder imaginäre Inhalte geführt werden konnten (gemeinsame Handlungen mit Gegenständen).

Auch paralleles Handeln spielte eine Rolle in der autismusspezifischen Einzelförderung. Dadurch konnte Adam dazu angeregt werden sich an Lerninhalten und Übungen mit der Therapeutin zu beteiligen, was zu einer Förderung seiner kognitiven Fähigkeiten führte.

Um seine kommunikativen, insbesondere aber seine sprachlichen Fähigkeiten weiter zu fördern, wurden mit Adam in der Therapie auch geplante Förderangebote (unter Berücksichtigung des TEACCH- Ansatzes) durchgeführt. Diese Aufgaben beinhalteten das Wiedergeben von Inhalten auf Bildkarten sowie das Beantworten von Fragen der Therapeutin zu diesem Bild, z.B. „Was macht der Hund?“, „Was machst du mit einem Kamm?“. Bei Fragen nach der Funktion von Gegenständen, wie einem Kamm, war es auch wichtig, dass Adam dieses gestisch darstellte.

Zum jetzigen Zeitpunkt spielt das zusammenhängende Erzählen und Berichten von Tagesabläufen, besonderen Ereignissen sowie zukünftigen Aktivitäten eine große Bedeutung in seiner Förderung. Des Weiteren wird das Erkennen und Beschreiben von eigenen Gefühlen intensiv geübt.

Zur Förderung seiner auditiven Fähigkeiten wird unter anderem regelmäßig „Geräusche- Memory“ gespielt.

Übergeordnete, wichtige Bestandteile der Förderung für Adam, sowohl in der Therapie als auch in der Häuslichkeit, waren immer Überforderung zu vermeiden, das Aufgabenniveau anzupassen und somit Erfolgserlebnisse zu schaffen.

Aktueller Entwicklungsstand

Adam ist mittlerweile 13 ½ Jahre alt.

Nach wie vor zeigt er eine deutliche Beeinträchtigung in der Verwendung einer Vielzahl nonverbaler Verhaltensweisen wie Blickkontakt, Mimik und Gestik zur Regulation sozialer Interaktionen.

Allerdings gelingt es ihm kurzzeitig und situationsangemessen Blickkontakt zu seinem Gegenüber herzustellen, beispielsweise bei der Begrüßung, Verabschiedung oder bei der Äußerung von Wünschen und Bedürfnissen. Das adäquate Halten von Blickkontakt bei Gesprächen fällt ihm weiterhin schwer. Jedoch gelingt ihm die kontextbezogene Verwendung von Gesten, wie die Zeigegeste, Nicken und Schütteln des Kopfes, wobei Gesten mit den Armen und Händen häufig sehr übertrieben wirken.

Im Bereich der primären Emotionen zeigt er bereits eine differenziertere Mimik, das Zeigen sowie Verbalisieren sekundärer Emotionen bedarf noch weiterer Förderung.

Adam ist sehr an Kontakt mit Gleichaltrigen interessiert. Im Einzelfall treten jedoch Konflikte bei der gemeinsamen Nutzung von Materialien und Spielen mit anderen Kindern auf, da Adam noch unzureichend auf soziale Interaktionsfähigkeiten im spielerischen Umgang mit Gleichaltrigen zurückgreifen kann. Aufgrund der eingeschränkten „Theory- of- mind“ kann er die Perspektive anderer Menschen nur schwer verstehen. Dadurch besteht ein Defizit darin, die Erwartungen an das eigene Spielverhalten zu erkennen. Die Tatsache, dass andere Personen ihre eigenen Überzeugungen, Wünsche und Intentionen haben, die ihr Verhalten leiten, ist für Adam immer noch schwer nachzuvollziehen. Er kann die Gefühle und Bedürfnisse anderer nicht ausreichend verstehen und interpretiert die meisten Informationen nur in einen Bezug zu sich selbst.

Bezüglich sozialer Regeln und angemessenen Verhaltens in sozialen Kontexten ist er sich der meisten theoretischen Grundlagen bewusst. Aufgrund einer Generalisierungsschwäche, die häufig mit Autismus- Spektrum- Störungen einhergeht, kann er diese in seinem Alltag nicht konsequent und situationsgerecht umsetzen. Als Hilfsmittel wurden in therapeutischer Zusammenarbeit mit Adam gemeinsam „Regelcomics“ gestaltet, in dem wichtige soziale Regeln zusammengefasst und für ihn visualisiert wurden.

Es gelingt ihm gemeinsam mit Bezugspersonen bei primären Emotionen mitzuschwingen. Er kann mit ihm nahestehenden Personen gemeinsam lachen, aber sie auch trösten, wenn sie traurig sind.

Adam verfügt über eine gute, wenn auch nicht altersentsprechende Sprachfähigkeit. Er kann seine Wünsche und Bedürfnisse verbalisieren und gut verständlich zum Ausdruck bringen. Sein Sprachbild ist geprägt von einer auffälligen Prosodie sowie einer auffälligen Sprechlautstärke, die mitunter nicht situationsangemessen ist (z.B. sehr lautes Aussprechen von plötzlich einschließenden Gedanken).

Bei einer Überforderung durch zu viele Umweltreize neigt Adam dazu in Echolalien zu verfallen und wiederholt Fragen zu stellen (z.B. „Hast du „nein“ gesagt?“ „Was hast du gesagt?“ „Wer hat Adam geholfen?“). Je nach Tagesform kann es weiterhin zur Vertauschung der Pronomen „ich“ und „du“ kommen.

In Einzelsituationen lässt er sich gut auf Unterhaltungen ein. Mit ausreichend Pausen gelingt ihm das Verarbeiten von gegebenen Informationen und das Formulieren angemessener Antworten.

Auch sein Sprachverständnis hat sich signifikant weiterentwickelt. Auf Aussagen und Aufforderungen aus seiner Umwelt kann er angemessen reagieren.

Adam ist neugierig und aufgeschlossen. Sein Interessensspektrum hat sich stark weiterentwickelt und erweitert sich stetig.

Über Anschauen von Videos bei „youtube“, das Lesen von Büchern und Erfragen bei Bezugspersonen erschließen sich Adam immer wieder neue Wissensfelder, wie der menschliche Körper oder die Tierwelt. Auch das Schauen von Zeichentrickfilmen bereitet ihm Freude. Musik spielt immer noch eine zentrale Rolle in seinem Leben. Mit großem Vergnügen singt er im Schulchor oder Lieder im Radio mit. Auch Aktivitäten außerhalb der Häuslichkeit nimmt er gut an. Immer wieder erfreut er sich an Besuchen am Badensee oder im Tierpark. Auch das Sammeln von Ameisen und Pflücken von Blumen üben einen Reiz auf ihn aus. Nur gegenüber Hunden zeigt er eine erhöhte Angst und versichert sich immer wieder bei Bezugspersonen, ob diese an der Leine seien und ihn nicht beißen würden.

Ein gleichförmiger, strukturierter und vorhersehbarer Tagesablauf spielt nach wie vor eine entscheidende Rolle in seinem Alltag. Abweichungen von diesem oder plötzlich auftretende Veränderungen verunsichern ihn und führen zu Verhaltensauffälligkeiten, wie plötzlichem Weinen, Beißen in den rechten Zeigefinger oder in sein Oberteil sowie Werfen von Gegenständen.

Nach wie vor verfügt Adam über eine gute Merkfähigkeit und Imitationsfähigkeit, die ihm das Lernen neuer Inhalte erleichtert.

In den vergangenen Jahren hat Adam Lesen, Schreiben und Rechnen auf dem Grundschulniveau gelernt.

4.2 Fallbeispiel 2: Oskar (14 Jahre)¹² – Diagnose nach ICD-10: Frühkindlicher Autismus (F84.0)

Entwicklungsstand zu Beginn der Autismustherapie

Oskar wird seit seinem vierten Lebensjahr durch das Autismus- Therapiezentrum betreut und gefördert.

Im Erstgespräch gaben die Bezugspersonen an, dass Oskar bis zum ca. 18. Lebensmonat eine unauffällige Entwicklung gezeigt habe. Nach beginnender Sprachentwicklung und ersten Worten, wie „Ball“, „Mama“ und „Papa“ habe er aufgehört zu sprechen. Des Weiteren zeige er fehlenden Blickkontakt sowie ein Beharren auf routinierten Abläufen.

Zu Beginn der Autismustherapie zeigte Oskar eine deutliche Beeinträchtigung im Einsatz von Mimik, Gestik und Blickkontakt. In den ersten Kontaktstunden wirkte er teilnahmslos und zeigte kaum mimische Affekte oder Gesten, wie das deklarative Zeigen und Schütteln oder Nicken mit dem Kopf.

Des Weiteren schien er durch andere Personen hindurchzuschauen und nutzte seine Bezugspersonen lediglich als „mechanische Hilfsmittel“, um seine Wünsche und Bedürfnisse erfüllt zu bekommen. Er spielte lieber für sich allein und beteiligte sich nicht an Gruppenspielen. Insgesamt war sein Spielverhalten gekennzeichnet durch zielloses Herumlaufen und Klettern. An Spielmaterialien zeigte er kaum Interesse.

Zu anderen Kindern nahm er von sich aus keinen Kontakt auf, er neigte jedoch zu fremdaggressiven Verhalten, indem er sie kratzte, biss oder schubste. Zudem hatte er kein Verständnis für soziale Regeln.

Auf die Bedürfnisse und Stimmungen anderer Menschen, auch nahestehender Bezugspersonen schien er nicht zu reagieren. Emotionen wie Freude teilte er nicht.

Imitationen gelangen ihm nur zusammenhangslos und mechanisch.

Zu Beginn der autismusspezifischen Förderung sprach Oskar nur einzelne, wenige Worte, die häufig auch nur direkt echolaliert waren. Des Weiteren zeigte er ein gutes, aber nicht altersentsprechendes Sprachverständnis, welches sich dadurch äußerte, dass er Aufforderungen folgen konnte.

¹² Name, Alter sowie alle anderen personenbezogenen Angaben wurden geändert.

Besondere Auffälligkeiten zeigten sich bei Oskar in der akustischen Wahrnehmung. Er reagierte sehr überempfindlich auf laute Geräusche, häufig hielt er sich dann die Ohren zu oder lief weg.

Eine besondere Vorliebe zeigte er für starke Schaukelbewegungen und Klettern, wobei er keinerlei Ängste gegenüber Stürzen verspürte, obwohl er bei diesen auch weinte. Essen und Mahlzeiten hatten eine große Bedeutung für ihn. Am liebsten aß er nur die Wurstbeläge von Stullen sowie Apfelschalen. Warme Getränke lehnte er stets ab. Beim Anbieten von ihm unbeliebten Nahrungsmitteln begann Oskar zwar häufig zu essen, jedoch signalisierte er eine Ablehnung der Mahlzeit durch Hochwürgen der Nahrung.

Wenn er die Möglichkeit hatte, suchte sich Oskar Raufasertapeten und begann die Unebenheiten mit den Fingern abzukratzen. Mitunter riss er auch ganze Stücke von der Tapete ab. Des Weiteren zeigte er Ein- und Durchschlafstörungen.

Das Abweichen von gewohnten Wegen, Zeitabläufen und Routinen fiel ihm schwer. Oft reagierte er darauf mit Weinen und Schreien oder mit aggressiven Verhaltensweisen, wie beißen, kratzen oder schubsen seines Gegenübers.

Zeitweise traten auch selbstverletzende Verhaltensweisen, wie Lippen beißen oder Ziehen an den Zähnen auf.

Anwendung und Umsetzung der AIT im Rahmen der häuslichen und therapeutischen Förderung

Seit Beginn der autismusspezifischen Förderung wurde therapeutisch konsequent nach den Regeln und Strategien der AIT gearbeitet.

Umsetzung in der Häuslichkeit

Während der vergangenen Jahre fanden mehrere Gespräche mit der Hauptbezugsperson bezüglich der Umsetzung von Therapieinhalten, insbesondere der AIT- Regeln und Strategien statt, jedoch ohne erfolgsversprechende Resultate.

Nach Aussage der Hauptbezugsperson möchte diese „nicht zu viel Energie in die Erziehung stecken“. Häufig entstand der Eindruck, dass Oskars Hauptbezugsperson überfordert sei und es keine feinfühlig Bindung zwischen ihr und dem Kind gebe.

Daher fand im häuslichen Umfeld keine Anwendung von AIT Strategien bzw. Umsetzung von Therapieinhalten statt.

Umsetzung in der Autismustherapie

In der autismspezifischen Therapie wurde seit Beginn mit einer ausdrucksstarken Mimik und Gestik von Therapeutenseite gearbeitet. Durch das übertriebene Gestalten, aber auch Verbalisieren von Gefühlen konnte Oskars Aufmerksamkeit erregt und damit vermehrter Blickkontakt provoziert werden.

Beim Durchführen von Lernaufgaben und Übungen nach dem TEACCH-Ansatz, welcher eine reizarme und strukturierte Lernumgebung vorgibt, hatte das Abwarten und Pausieren einen hohen Stellenwert, um Oskar die Möglichkeit für eigene Handlungen und Äußerungen zu eröffnen (Grenzen respektierende AIT, abwarten). Durch Organisieren von Aufgaben in Kisten konnte bei Oskar das Neugierverhalten geweckt und somit eine höhere Motivation für die Lösung von Aufgaben erreicht werden, welches zur Schaffung von Erfolgserlebnissen und zur Förderung seiner kognitiven Leistungen beitrug. Die Lerninhalte beinhalteten neben feinmotorischen Aufgaben unter anderem das Wiedergeben von Inhalten auf Bildkarten sowie das Beantworten von Fragen der Therapeutin zu diesem Bild, z.B. „Was macht die Kuh?“, „Was machst du mit einer Zahnbürste?“. Bei Fragen nach der Funktion von Gegenständen, wie einer Zahnbürste, war es auch wichtig, dass Oskar dieses gestisch darstellte.

Über Ballspiele konnten gemeinsame Spielhandlungen initiiert werden. Auch die gemeinsame Nutzung des Rollbrettes bereitet ihm sehr viel Freude (Handlung mit neuen Objekten; Einführen neuer Aktionen). Zudem ging es bei Aktivitäten mit dem Rollbrett (z.B. Therapeutin zieht Oskar und umgekehrt) um die Förderung kooperativen Verhaltens und gegenseitige Rücksichtnahme. Auch gemeinsames Singen und Tanzen machten ihm Spaß (Grenzen überschreitende AIT- Strategie). In diese gemeinsamen Handlungen wurden von Therapeutenseite immer wieder „Fehler“ und „Unterbrechungen“ eingebaut, um seine Aufmerksamkeit zu erregen und eine Korrektur bzw. Aufforderung zum Weitermachen seinerseits zu provozieren (Grenzen respektierende und Grenzen überschreitende AIT- Strategien).

Für das Schaukeln zeigte er eine große Vorliebe. In den Therapieräumen des Autismus- Therapiezentrums ist es möglich, so zu schaukeln, dass die Therapeutin Oskars Füße beim entgegenschaukeln berühren kann (Grenzen überschreitende AIT- Strategien). Dabei lachte er sehr viel. Währenddessen wurde Oskar immer wieder dazu angeregt, durch die Wortgruppe „Nochmal [gewünschte Aktion]“ eine Wiederholung bestimmter Aktivitäten einzufordern. Viele Handlungen wurden in einem begrenzten Rahmen, nach Vorgaben der allgemeinen AIT- Regeln, sprachlich begleitet.

Insgesamt konnte durch Grenzen überschreitende AIT- Strategien festgestellt werden, dass Oskar positiv auf Körperkontakt reagierte und sich diesen regelmäßig einforderte, in dem er beispielsweise sagte „Nochmal kraulen.“. Auf das Spiegeln von Worten zeigte er keine wahrnehmbare Reaktion. Über Aufgreifen seiner Handlungen, wie den Mund ganz weit aufreißen, lachte er (Grenzen respektierende AIT- Strategie).

Auf parallele Handlungen (Modellhandlung), wie das gemeinsame Bauen eines Turms aus Bausteinen oder paralleles Puzzeln, ließ er sich ein.

Aktueller Entwicklungsstand

Oskar ist heute 14 Jahre alt.

Er ist ein fröhlicher und aufgeschlossener Junge.

Oskar zeigt weiterhin eine qualitative Beeinträchtigung im Bereich der zwischenmenschlichen Interaktion. Den Blickkontakt kann er gezielt zur Begrüßung, Verabschiedung oder zur Kontaktaufnahme von Bezugspersonen bei Fragen seinerseits aufnehmen und kurz halten. In Lernsituationen kommt es mitunter vor, dass er sein Gegenüber anstarrt, um Hilfe zu bekommen, es gelingt ihm jedoch nicht seinen Wunsch nach Hilfe angemessen zu äußern.

Im Bereich der nonverbalen Kommunikation konnten Fortschritte erzielt werden. Oskar verwendet mittlerweile die Zeigegeste, aber auch Kopf nicken oder Schütteln bei Zustimmung bzw. Ablehnung. Basale Emotionen spiegeln sich in seiner Mimik wieder und können von ihm auf Bildern erkannt und verbalisiert werden. Auf die Frage, wie es ihm ginge, antwortet Oskar stets „Alles gut.“.

Oskar wendet sich eher Erwachsenen zu, da diese für ihn vorhersehbarer handeln als Gleichaltrige. Er kann die Wünsche, Absichten, Gefühle und Überzeugungen anderer Personen nicht ausreichend verstehen, was ihn ängstlich und unsicher werden lässt. Zu Mitschülern oder anderen Kinder nimmt er von sich aus keinen Kontakt auf. Er bevorzugt nach wie vor das Alleinspiel. Durch eine gezielte Anregung von außen lässt er sich auf gemeinsame Spiele, wie Ballspielen, Sing- und Tanzspiele sowie einfache Gesellschaftsspiele ein, die ihm viel Freude bereiten. Mit Hilfe von Spielen, wie „Domino“ oder „Obstgarten“ erlernt er verschiedene Spielregeln sowie allgemeingültige Regeln, wie das Sich-Abwechseln.

Auf Aktivitäten mit der Therapeutin oder anderen Bezugspersonen lässt er sich vergnügt ein. Hier gelingt es ihm auch mit seinem Gegenüber mitzuschwingen und Emotionen, wie Freude zu teilen.

Die in der Therapie erlernten und geübten Verhaltensregeln kann Oskar aufgrund einer Generalisierungsschwäche nur schwer auf seinen Alltag übertragen. Mit Hilfe von Bildkarten wird das Erinnern an diese Regeln im Schulalltag unterstützt.

Oskar kann sich zum jetzigen Zeitpunkt in Form von Drei- Wort- Sätzen mitteilen und somit auch seine Wünsche und Bedürfnisse äußern. Er verfügt über ein gut entwickeltes Sprachverständnis, wodurch er angemessen auf die Anforderungen aus seiner Umwelt reagieren kann. Seine Kommunikationsfähigkeiten sind jedoch weiterhin eingeschränkt. Nur selten gelingt es ihm eine Handlung von sich aus zu initiieren und seine Bezugspersonen zu Handlungen aufzufordern.

Oskar benötigt klar und deutlich formulierte Anweisungen und Aufgabenstellungen, um diese bewältigen zu können. Die Sprache seiner Bezugspersonen sollte einfach gehalten und situationsbezogen mit visuellen Hilfen unterstützt werden.

Oskars Interessen beziehen sich vor allem auf Bewegungsangebote, wie Schaukeln, Trampolinspringen oder Ball spielen. Essen hat für ihn nach wie vor einen hohen Stellenwert, wobei er heute die meisten Lebensmittel zu sich nimmt und kaum etwas ablehnt. Das Hochwürgen von Essen bei Ablehnung der Mahlzeit zeigt Oskar nicht mehr. Er gibt verbal und gestisch, durch das Wegschieben des Tellers zu verstehen, dass er satt ist.

Ein klar strukturierter und vorhersehbarer Tagesablauf ist für Oskar von großer Bedeutung. Jede unangekündigte Veränderung bedeutet für ihn eine starke Unsicherheit und kann zu unangemessenen Verhaltensweisen, wie Weinen oder Beißen in den Handrücken führen.

Um seinen Alltag erfolgreich bewältigen zu können, hat Oskar einen Wochenplan, an dem die Aktivitäten eines jeden Tages visualisiert sind und individuell mit ihm besprochen werden können.

Darüber hinaus zeigt Oskar in Überforderungs-, aber auch Unterforderungssituationen autoaggressive Verhaltensweisen, wie das Schlagen mit den Fäusten gegen die Schienbeine oder bereits erwähntes Beißen in den Handrücken.

Zudem zeigt er bei Reizüberflutungen oder starkem Unsicherheitsgefühl, beispielsweise durch Veränderungen im Tagesablauf, vermehrt stereotype Verhaltensweisen, wie wiederholtes Äußern der immer gleichen Phrase „Fanni, Montag Schule Mittagessen.“ oder starkes Grimassieren.

4.3 Zusammenfassung und kurzer Vergleich der Fallbeispiele

Es ist festzustellen, dass Adam sich sehr positiv entwickelt hat, dabei war die konsequente Anwendung der AIT ein fester Bestandteil in seinem Alltag. Seit der Diagnosestellung wurde systematisch und zielgerichtet, mit Anleitung und Unterstützung von Dr. Hellmut Hartmann sowie der Therapeutin an der Entwicklung und Förderung von Adam gearbeitet.

Der Fall Adam zeigt, wie Kommunikationsanbahnung mit Hilfe der AIT im Einzel- bzw. Idealfall aussehen kann. Direkt in der ersten Sitzung gelang es Herrn Dr. Hartmann, Adam zu einer Interaktion mit einem Dialogpartner zu bewegen. Das einst eher gedankenverloren wirkende Kind, das nicht an Kontakt zu anderen interessiert schien, entwickelte sich im Laufe der Jahre zu einem kommunikativem und weitestgehend aufgeschlossenen pubertierenden Jugendlichen, dessen Entwicklungsalter unter dem Gleichaltriger liegt, doch bei weiterhin konsequenter Förderung sehr gute Entwicklungschancen aufweist.

Selbst Dr. Hartmann stellte in einem, mit mir geführten Interview fest, dass Adams Sprachentwicklung erstaunlich sei, da er nun in ganzen Sätzen und gut verständlich sprechen sowie lesen, schreiben und rechnen könne. Tatsächlich weist Adam in der Ausführung der Kulturtechniken ein gutes Grundschulniveau auf.

Auch bei Oskar ist insgesamt ein positiver Entwicklungsverlauf zu verzeichnen. Allerdings wurde hier die Durchführung der Regeln und Strategien der AIT hauptsächlich durch die Therapeutin in der Autismustherapie und teilweise auch durch die Betreuungskräfte in der Schule geleistet.

Im Fall des frühkindlichen Autisten Oskar lässt die Kommunikationsanbahnung mit Hilfe der AIT positive Schritte im Bereich der nonverbalen und sprachlichen Entwicklungen erkennen. So gelingt es Oskar seine Wünsche und Bedürfnisse in Drei-Wort-Sätzen zu verbalisieren und einfache kommunikative Gesten, wie Nicken und Schütteln des Kopfes zu zeigen. Zudem zeigt er zunehmend mehr Interesse am Helfen und Teilhaben an hauswirtschaftlichen Situationen des Alltags, wie Tischdecken, abwaschen oder Mahlzeiten herstellen. Er nimmt Geschehnisse in seiner Umgebung freudig wahr und mit Anregung von Betreuern und Bezugspersonen gelingt ihm auch das Einbringen in diese.

In der Vergangenheit wurde seine Entwicklung jedoch zum Teil durch ungünstige, externe Faktoren gehemmt. Wie im Fallbeispiel bereits erwähnt, zeigten sich Schwierigkeiten bei der Umsetzung der AIT im familiären Umfeld.

Oskars starke Abhängigkeit sowie sein Beharren auf Alltagsroutinen und gleichbleibenden Tagesabläufen ließ sich auf unstrukturierte und nicht verlässliche Verhaltensweisen in seinem häuslichen Umfeld zurückführen. Durch seine Hauptbezugsperson erfuhr er keinen sicheren Halt. Sie war nicht in der Lage sich auf Oskars Gefühle, Stimmungen und Verhaltensweisen einzustimmen, diese angemessen aufzugreifen und darauf zu reagieren, sodass Oskar im Laufe seiner Entwicklung in seinem häuslichen Umfeld nur wenige positive Erfahrungen im kommunikativen Bereich sammeln konnte.

Im Gegensatz zu Adams Bezugspersonen zeigte sie nur wenig Interesse an der Förderung von Oskars Fähigkeiten und seiner gesamten Entwicklung.

Adam hingegen wuchs von klein auf in einer kommunikations- und entwicklungsfördernden Umgebung auf. Seine Bezugspersonen waren seit Beginn an seinen Gefühlen, Stimmungen und Verhaltensweisen interessiert und griffen sie entsprechend auf. Es gelang ihnen mit Adam mitzuschwingen.

In der autismspezifischen Therapie erfuhren beide, angepasst an ihr entsprechendes Entwicklungs- und Leistungsniveau, Fördermaßnahmen, welche auf den Regeln und Grundprinzipien der AIT basierten. Beide Kinder bekamen zweimal wöchentlich individuelle Förderung.

Beide Fälle besaßen zu Beginn der Autismustherapie vor ca. zehn Jahren eine gewisse Grundähnlichkeit in den diagnostisch ermittelten Entwicklungsständen, wobei es zu beachten gilt, dass Adam einen gewissen Vorteil durch seine Fähigkeiten in der Imitation besaß.

Im Vergleich wird deutlich, dass die Entwicklung von Oskar und Adam sehr stark vom Umfeld und ihren Bezugspersonen abhängig ist.

Einen sehr großen Einfluss auf die Entwicklung beider Fälle nahmen krisenhafte Situationen ein. Im Fall von Oskar gab es über die Jahre hinweg viele einschneidende Erlebnisse, welche seine Entwicklung hemmten bzw. Rückschritte verursachten. Im weiteren Verlauf seines Lebens verlor Oskar eine ihm wichtige Bezugsperson. Zudem lagen gesundheitliche Einschränkungen vor, auf welche ich bedingt durch die Anonymisierung der Fälle nicht näher eingehen werde. Eine letzte gravierende Veränderung in Oskars Leben ging mit dem Auszug aus der Häuslichkeit einher, da seine Hauptbezugsperson aus unterschiedlichsten Gründen keine angemessene Betreuung mehr gewährleisten konnte.

Durch die Unterbringung in einer autismspezifischen Einrichtung eröffnete sich für Oskar jedoch die Chance auf bessere Entwicklungsmöglichkeiten. Durch die

Therapeutin werden den Mitarbeitern vor Ort die AIT-Regeln und Strategien vermittelt, sodass sie Anwendung in Oskars Alltag finden können. Zu bemerken ist aber, dass die sozio- emotional Bezugnahme durch Betreuer in einer Heimeinrichtung nicht die feinfühlig Bindung und gegenseitige Bezugnahme, die zwischen Mutter bzw. Vater und Kind stattfindet, ersetzen kann.

Daher liegt das Augenmerk der autismusspezifischen Förderung von Oskar auf der Weiterentwicklung der sprachlichen, kommunikativen und kognitiven Fähigkeiten unter Berücksichtigung der AIT- Regeln und Strategien.

Im Laufe der der Förderung kam es auch bei Adam zwischenzeitlich immer wieder zu kleineren und größeren Krisensituationen, die zu entsprechenden Rückschritte in seiner Entwicklung führten. Dieses konnte jedoch unter Einhaltung und strikter zielgerichteter Anwendung der AIT kompensiert werden.

Aus meiner Sicht kann auch Oskar durch eine guten Zusammenarbeit aller, an seiner Förderung und Entwicklung beteiligten Personen, sich weiterhin positiv entwickeln und ihm die Chance eröffnet werden, ein glücklicher Erwachsener zu werden.

5 Was kann die AIT für betroffene Kinder, für deren Familien und auch pädagogische Fachkräfte leisten?

Die Diagnose "Frühkindlicher Autismus" stellt für die betroffenen Kinder und ihre Familien, aber auch anderen Menschen in ihrem sozialen Umfeld, wie Betreuungskräften, Lehrkräften und anderen Begleitpersonen eine große Herausforderung dar.

Die Aufmerksamkeits- Interaktions- Therapie (AIT) bietet einen Ansatz für den Umgang und eine angemessene Gestaltung der Interaktion mit autistischen Kindern. Die regelmäßige und konsequente Anwendung der AIT hat sowohl für Kinder mit frühkindlichem Autismus, als auch für ihre Familien und Begleiter positive Effekte.

Ein Ziel der AIT ist das Ermöglichen erster kleiner Dialoge durch Bewegungen oder Laute. Somit werden dem Kind mit frühkindlichem Autismus, Wege in Richtung Kommunikation und Interaktion mit den Menschen in seiner sozialen Umwelt eröffnet. Das Kind erlebt, dass es eine Möglichkeit gibt, sich auszudrücken. Selbst, wenn es keine aktive Sprache entwickeln sollte, können mit diesem Ansatz die Grundlagen für die spätere Nutzung von Hilfsmitteln aus der UK vermittelt werden. Durch die schrittweise Erweiterung seiner kommunikativen Kompetenzen und das sich Einlassen seiner Bezugspersonen, kann sich das Kind verstanden fühlen. In der Praxis ist häufig zu beobachten, dass autistische Kinder weniger fremd- und autoaggressive Verhaltensweisen zeigen, wenn sich ihre Kommunikationsfähigkeiten verbessern und sie sich als verstanden erleben.

Mit Hilfe der AIT können neben den Kommunikationsfähigkeiten, auch soziale, emotionale, kognitive und motorische Fähigkeiten weiterentwickelt werden. Damit bietet die AIT auch einen ganzheitlichen Förderansatz, der in der therapeutischen Arbeit mit Autisten von großer Bedeutung ist. Durch bessere emotionale, soziale und kognitive Kompetenzen können betroffene Kinder und Jugendliche schrittweise soziale Regeln, wie die angemessene Verwendung von Blickkontakt oder Verhalten in Gruppen (z.B. andere Kinder werden nicht geschubst) erlernen. Damit wird ihnen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglicht. Sie können mehr Kontakte zu anderen Menschen, unter anderem Gleichaltrigen aufbauen, was ihnen wiederum dabei hilft, ihre Kompetenzen zu erweitern, da Kinder in einer Gruppe Gleichaltriger noch andere Fähigkeiten erwerben als im häuslichen Umfeld. Zudem erleben sie durch ihre Öffnung zur

sozialen Welt, ein Gefühl der Dazugehörigkeit. Da die AIT in seinen Grundzügen ein interessenbezogener Ansatz ist, erlebt das Kind mit Autismus, dass seine eigenen Interessen wahrgenommen und anerkannt werden. Häufig identifiziert sich das Kind mit Autismus über seine Interessen, daher fühlt es sich allgemein wahrgenommen und auch ernst genommen von seiner Familie und seinen Begleitern bzw. Begleiterinnen. Dies kann sein Selbstwertgefühl steigern. Im Rahmen der AIT werden dem Kind auch immer wieder neue Gegenstände und Aktionen angeboten. Dies kann in der Folge zu einer Erweiterung des Interessenspektrums führen.

Insgesamt kann sich die Bindung zwischen dem betroffenen Kind und seinen Eltern sowie die Beziehung zu anderen Bezugspersonen verbessern. Dadurch kann das Kind im Alltag ein höheres Gefühl der Sicherheit und des "Gehalten Werdens" erfahren und neigt resultierend daraus weniger zu Verhaltensauffälligkeiten sowie Aggressionen. Wenn das betroffene Kind seine Eltern und Bezugspersonen als "sicheren Hafen" und zuverlässigen Rückzugspunkt empfindet, eröffnet sich ihm die Chance, seine Umwelt interessiert und neugierig zu erkunden.

Auch für die Familie und den Begleitpersonen von Kindern mit frühkindlichem Autismus, kann die Anwendung und Umsetzung der AIT einen Nutzen haben. In Erstgesprächen erlebe ich häufig Eltern, die mit ihrem autistischen Kind schon einen langen "Leidensweg" hinter sich haben: mehrere Ärzte, Falschdiagnosen, mehrere Kindergärten, soziale Isolation u.v.m.

Durch die enge Begleitung der Familien im Rahmen der Autismustherapie, durch speziell ausgebildete Therapeuten und Therapeutinnen mit Kenntnissen über die AIT, können sie Sicherheit im Umgang mit ihren betroffenen Kindern gewinnen. In Gesprächen werden mit den Eltern das Störungsbild des frühkindlichen Autismus sowie Hinweise, Anregungen, aber auch konkrete Anleitungen für den Umgang mit dem Kind thematisiert. Dadurch kann in ersten Schritten die Hilflosigkeit und Unsicherheit in Bezug auf ihr Kind verringert werden. Für Kinder mit Autismus ist es unabdingbar, dass ihre Eltern Sicherheit und Selbstvertrauen ausstrahlen. Im weiteren lernen Eltern durch intensive Gespräche einen entspannteren Umgang mit der Diagnose, ihrem Kind und ihrem sozialen Umfeld. Gleiches gilt für die Zusammenarbeit mit pädagogischen Fachkräften, deren Arbeitsbereich sich auf Kindern mit Autismus bezieht.

Durch die AIT werden Eltern und anderen Bezugspersonen Möglichkeiten der Kommunikation mit ihrem, vom Autismus betroffenen Kind, aufgezeigt. Es kann

eine bessere Interaktion mit ihrem Kind stattfinden, was dazu führt, dass sich das autistische Kind, wie bereits erwähnt, verstandener fühlt und dadurch weniger Verhaltensauffälligkeiten oder aggressive Ausbrüche zeigt. Zudem können Eltern und andere Bezugspersonen neue Erkenntnisse über die Gefühle und Stimmungen ihres Kindes gewinnen.

Durch das Aufgreifen und Spiegeln von Bewegungen, Lauten, Verhaltensweisen und Themen ihres autistischen Kindes, im Rahmen der Umsetzung der fünf AIT-Schritte und der AIT- Strategien, stimmen sie sich auf ihr Kind ein. Sie können sich einfühlen und mitschwingen. Das Hineinversetzen in das Kind mit Autismus, kann manche autistischen Verhaltensweisen für Familien und Begleitpersonen nachvollziehbarer machen. Durch das Imitieren von gemeinsamen Handlungen bei der Anwendung der AIT, wie gemeinsames Spielen, Toben, Tanzen sowie Kitzelspiele, kann gemeinsame Freude mit dem Kind erlebt werden, was Frustrationen und negative Gefühle in Bezug auf das Kind abbauen kann, welche viele Eltern mit autistischen Kindern sowie die Begleiter bzw. die Begleiterinnen dieser Kinder erleben. Die negativen Gefühle entstehen häufig aus der Hilflosigkeit gegenüber den autistischen Verhaltensweisen heraus.

Insgesamt kann durch die Förderung nach dem AIT- Ansatz die Eltern (Betreuer)- Kind- Beziehung und damit auch die Eltern (Betreuer)- Kind- Interaktion verbessert werden. Darüber hinaus können auch Eltern und Bezugspersonen neue Facetten an sich selbst erkennen. Beispielsweise schulen sie ihre eigene Wahrnehmung. Sie werden dafür sensibilisiert, auch kleine Fortschritte in der Entwicklung ihrer Kinder zu sehen, also ihren eigenen Blick auf ihre Welt und die Welt ihres Kindes zu schärfen.

Auch das Abwarten und Geduldig sein müssen die meisten Eltern und Betreuungspersonen lernen, was sich im Umgang mit autistischen Kindern jedoch sehr bewährt. Weiterhin können sie neue Stärken an sich erkennen und ihr eigenes Spektrum erweitern, beispielsweise über den differenzierten Einsatz von expressiver Mimik und Gestik. Durch eine bessere Beziehung und sicheren Umgang mit ihren autistischen Kindern erleben viele Eltern eine Stärkung ihres Selbstwertgefühls. Sie haben die Chance auf ein harmonisches Familienleben und somit auch auf eine aktivere Teilhabe am sozialen und gesellschaftlichen Leben. Viele Eltern empfinden zudem Stolz und Freude, wenn ihnen in den regelmäßig stattfindenden Entwicklungsgesprächen aufgezeigt wird, welche kontinuierlichen Fortschritte ihre Kinder machen.

Kein Therapieansatz, auch nicht die AIT, kann eine Autismus- Spektrum- Störung heilen. Aber dieser Ansatz der AIT eröffnet, sowohl den Kindern als auch ihren

Eltern und Begleitpersonen, die Möglichkeit auf eine individuelle sowie gemeinsame positive Entwicklung.

6 Zusammenfassung, Fazit und Ausblick

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass zwischenmenschliche Kommunikation einen sozialen und sich ständig verändernden Prozess darstellt, welcher in seiner Entwicklung, vor allem in der pre-verbalen Entwicklung, hochsensibel und stör anfällig ist. Schwerwiegende Störungen in der vorsprachlichen Phase der kommunikativen Entwicklung beeinflussen sehr früh die gesamte Entwicklung des Kindes. Gleichmaßen schränken diese Störungen auch die Orientierungsmöglichkeiten der Eltern ein. Sie können die Äußerungen und Verhaltensweisen, die ihr Kind nur vermindert oder gar nicht zeigt, nur begrenzt nutzen, um wechselseitige Bezugnahme und gemeinsame Beschäftigungen mit Gegenständen und Sprache anzuregen und aufrechtzuerhalten. Somit sind auch die elterliche Unterstützung beim Erkennen von sprachlichen Merkmalen, der allgemeine Aufbau von auditiver Wahrnehmung sowie der frühe Aufbau von Dialogstrukturen beeinträchtigt.

Kommunikation und Kognition stehen in einem engen Zusammenhang und bedingen sich gegenseitig. Fortschritte in der kommunikativen Entwicklung gehen häufig einher mit einer Weiterentwicklung im kognitiven Bereich und umgekehrt.

Eine Beeinträchtigung in der kommunikativen Entwicklung, wie sie bei Autismus-Spektrum- Störungen auftreten, haben nicht nur Auswirkungen auf die kognitive, sondern auch auf soziale, emotionale und motorische Entwicklung. Es kommt unter anderem zu Einschränkungen im Imitationsverhalten, wodurch Kinder mit Autismus nur vermindert Kenntnisse über das Lernen von anderen erwerben, was Auswirkungen auf ihren gesamten Entwicklungsprozess hat.

Bei einer Autismus- Spektrum- Störung handelt es sich um eine tiefgreifende Entwicklungsstörung, die vielfältig ausgeprägt ist und nach heutigem Kenntnisstand nicht heilbar ist.

Um Menschen mit Autismus- Spektrum- Störungen eine aktive Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen, ist eine ganzheitliche Förderung von klein auf unerlässlich. Den Schwerpunkt meiner täglichen Arbeit nimmt vor allem die Förderung und Begleitung frühkindlicher Autisten ein. Häufig verlaufen Förderprozesse über mehrere Jahre, in denen es Phasen mit überraschenden Entwicklungssprüngen, aber auch Rückschritten und Stagnationen gibt. Innerhalb der autismusspezifischen Therapie ist die Förderung der sozialen und kommunikativen Fähigkeiten ein grundlegendes Thema. Um Kinder und Erwachsene mit frühkindlichem Autismus entsprechende Hilfsmittel auch im

Rahmen der "Unterstützten Kommunikation" anbieten zu können, benötigen sie basale Fähigkeiten zur sozialen Interaktion und Kommunikation.

Diese grundlegenden Kenntnisse können durch den Therapieansatz der AIT vermittelt werden.

Zu Beginn meiner Ausführung im Rahmen dieser Bachelorarbeit hatte ich folgende Hypothese aufgestellt.

"Durch die regelmäßige Anwendung der Aufmerksamkeits- Interaktions- Therapie kann die Entwicklung von Kindern mit frühkindlichem Autismus positiv beeinflusst werden."

Im Rahmen der vergleichenden Betrachtung der Fälle von Oskar und Adam konnte eine positive Entwicklung bei beiden Kindern aufgezeigt werden. Der Grad des Erfolges ist jedoch immer abhängig von der Zusammenarbeit zwischen Therapeuten bzw. den Therapeutinnen, Elternhaus und betreuenden Einrichtungen. Nur wenn alle Beteiligten an einem Strang ziehen, kann dem Kind eine ganzheitliche positive Entwicklung ermöglicht werden. Anhand der gewählten Fallbeispiele konnte zudem die Bedeutung der sozio- emotionalen Bindung zwischen dem beeinträchtigten Kind und seiner Haupt Bezugsperson für den Entwicklungsprozess verdeutlicht werden. Diese nimmt einen sehr hohen Stellenwert ein, denn nur wenn alle Bedingungen und Gegebenheiten zum positiven ausgerichtet sind, kann eine positiv verlaufende Entwicklung mit Unterstützung der AIT gelingen.

Der gut verständliche und praxisnahe Ansatz der AIT bietet konkrete Hinweise für den Umgang und das tägliche Miteinander für Menschen mit Autismus- Spektrum- Störungen.

Während meiner Recherche und Beschäftigung mit dieser gesamten Thematik ist mir die Wichtigkeit der sozialen und emotionalen Bezugnahme sowie das Einlassen auf den Menschen mit Autismus- Spektrum- Störung sehr bewusst geworden.

Häufig gehen Eltern und andere Bezugspersonen nur vermindert auf Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Autismus ein, da ihrerseits nur wenig oder keine sichtbare Resonanz erkennbar ist. Trotzdem benötigen sie soziale sowie emotionale Ansprache von außen, um ihre Fähigkeiten, wenn auch nur kleinschrittig, weiterentwickeln zu können. Sie sind darauf angewiesen, dass ihr soziales Umfeld sich für sie und ihre Themen interessiert und es im weiteren Verlauf auch zu einer Einstimmung und Spiegelung ihrer Verhaltensweisen

kommt, damit ihnen die Möglichkeiten der gegenseitigen Bezugnahme und somit das Erlernen kommunikativer Fähigkeiten eröffnet werden.

Ich denke, dass vor allem Eltern von Kindern mit frühkindlichem Autismus, aufgrund der verminderten Ansprechbarkeit ihrer Kinder auf zwischenmenschliche Interaktionsangebote, mit der Zeit in immer seltener mit ihren autistischen Kindern in Aktion treten. Es findet zunehmend weniger Interaktion zwischen ihnen statt, da sie keine Reaktion bzw. Antwort von ihnen erhalten und es darauf hin zu vermehrt frustrierenden Situationen kommt, die einen Rückgang der elterlichen Initiierung von Kontakt nach sich zieht.

Es ist mir wichtig zu betonen, dass Eltern und andere Bezugspersonen sowie pädagogische Fachkräfte dahingehend sensibilisiert werden müssen, dass auch Kinder mit frühkindlichem Autismus soziale und emotionale Signale ihrer Umwelt aufnehmen und entsprechend ihrer Möglichkeiten darauf reagieren. Diese Reaktionen können minimale faziale Regungen sein, die ihrem Gegenüber entgehen können.

Jeder Mensch ist angewiesen auf soziale Kontakte. Auch bei Menschen mit Autismus müssen Eltern und andere Personen zur Wiederaufnahme wechselseitiger Bezugnahme ermutigt werden, auch wenn die ersten Reaktionen des Kindes mit Autismus nur minimal oder scheinbar unsichtbar sind.

Die Regeln und Schritte der Aufmerksamkeits- Interaktions- Therapie von Dr. Hellmut Hartmann können hier Hilfestellungen und Anregungen geben, die für Eltern, Therapeuten bzw. Therapeutinnen und andere Bezugspersonen gut umsetzbar sind. Sie kann den Prozess der Kommunikationsanbahnung begleitend unterstützen.

Natürlich bedarf auch die Umsetzung der AIT, in Abhängigkeit vom Schweregrad der autistischen Störung, viel Geduld und Mühe seitens der Eltern und Bezugspersonen, um das Kind durch eine zielgerichtete Förderung zu stimulieren und es aktiv in den Prozess der Kommunikationsanbahnung einzubinden. Es handelt sich bei der AIT um einen behutsamen und damit langandauernden Prozess, der aber global betrachtet, erfolgversprechend ist.

Es geht darum, den Blick und die Wahrnehmung auf das Kind, den Jugendlichen und Erwachsenen mit Autismus zu schärfen. Kleine Erfolge zu sehen, wie ein kurzes Hinwenden, ein kurzer peripherer Blick oder ein kurzes Innehalten, ist nicht einfach und bedarf viel Aufmerksamkeit sowie Einfühlungsvermögen.

Doch aus meiner eigenen Erfahrung und den Berichten von Eltern kann ich sagen, dass es sich lohnt sich Zeit für das Kind mit Autismus zu nehmen, da

erste Fortschritte und die daraus resultierende Freude auf beiden Seiten einen positive Effekte nach sich ziehen.

Selbstverständlich ist die Entwicklung von Menschen mit Autismus- Spektrum- Störungen, vor allem von frühkindlichen Autisten, geprägt von Höhen und Tiefen. Auch mit der konsequenten Umsetzung der AIT kann dieser Verlauf nicht beeinflusst werden.

Wie bereits erwähnt ist die Schwere der geistigen Behinderung bei Menschen mit frühkindlichem Autismus zu berücksichtigen. In diesen Fällen ist noch mehr Geduld seitens der Eltern und Bezugspersonen bei der Entwicklung notwendig.

Es ist wichtig zu erkennen, dass die Ausdrucksfähigkeit ein zentraler Bestandteil der Entwicklung eines jeden Kindes ist, unabhängig davon, ob es autistisch ist oder nicht. Durch die Förderung der kommunikativen und damit zusammenhängend auch der kognitiven, sozialen sowie emotionalen Fähigkeiten mit Hilfe der AIT, kann das Kind mit Autismus seine Selbstwirksamkeitserfahrungen und sein Selbstvertrauen erweitern sowie zunehmend seine Umwelt erkunden.

In der Arbeit mit autistischen Menschen ist es unabdingbar zu verstehen, dass die Anpassung des eigenen Verhaltens notwendig ist, um das Kind im Aufbau seiner Kommunikationsfähigkeit angemessen zu unterstützen und somit langfristig ein geeignetes Kommunikationssystem für das Kind zu finden.

Abschließend ist festzustellen, dass durch die Anwendung der Prinzipien der AIT sowie einer feinfühligem Abstimmung und Aufmerksamkeit auf die Gefühle, Bedürfnisse, Wünsche sowie Themen des Kindes mit frühkindlichem Autismus ein positiver Entwicklungsverlauf erreicht werden kann.

7 Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen - Bern - Toronto - Seattle: Hogrefe-Verlag für Psychologie.
- Dott, S. (2007). *Autismus - Was Betreuer und Eltern wissen müssen*. München: Elsevier GmbH.
- Duden. (2016). Abgerufen am Juni 2016 von www.duden.de
- Frith, U. (2013). *Autismus - Eine sehr kurze Einführung*. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Hartmann, H. (7./8. Mai 2016). Erweiterte AIT und Entwicklungsdiagnose - PRO Frühjahrsseminar 2016. Bollmannsruh.
- Hartmann, H. (7./8. November 2015). Erweiterte Aufmerksamkeits- Interaktions- Therapie - PRO Herbstseminar 2015. Bollmannsruh.
- Hartmann, H. (2011). *Erweiterte Aufmerksamkeits- Interaktions- Therapie AIT - Kleines Lehrbuch der modernen Autismus- Therapie mit dialogischen Schwerpunkt*. Tübingen: dgvt - Verlag.
- Helfferrich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hogrefe- Verlag für Psychologie. (2016). Abgerufen am 6. Juni 2016 von www.testzentrale.de
- Kane, G. (2014). Diagnose der Verständigungsfähigkeit bei nicht sprechenden Kindern. In Wilken, Etta (Hrsg.): *Unterstützte Kommunikation - Eine Einführung in Theorie und Praxis* (S. 17-35). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Konrad, H. (2014). Spracherwerbsprobleme nichtsprechender Kinder. In Wilken, Etta (Hrsg.): *Unterstützte Kommunikation - Eine Einführung in Theorie und Praxis* (S. 58-80). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Kubesch, D. S. (Dezember 2015). *Förderung der Selbstregulation durch Förderung exekutiver Funktionen*. Von www.kinderyoga-akademie.de abgerufen
- Papoušek, M. (1994). *Vom ersten Schrei zum ersten Wort - Anfänge der Sprachentwicklung in der vorsprachlichen Kommunikation*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Schatz, Y./ Schellbach, S.: *Heilpädagogisches Handlungsfeld Autismus Teil 1*, unveröffentlichtes Skript aus der Weiterbildung vom 04./05. Oktober 2010. Nordhausen
- Sinzig, J. (2011). *Frühkindlicher Autismus*. Berlin Heidelberg: Springer- Verlag.
- Weltgesundheitsorganisation. (2008). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel 5*. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe.

Wilken, E. (2014). Kommunikation und Teilhabe. In Wilken, Etta (Hrsg.): *Unterstützte Kommunikation - Eine Einführung in Theorie und Praxis* (S. 7- 16). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Wilken, E. (2014). Präverbale sprachliche Förderung und Gebärden- unterstützte Kommunikation in der Frühförderung. In Wilken, Etta (Hrsg.): *Unterstützte Kommunikation - Eine Einführung in Theorie und Praxis* (S. 36-57). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Anhang

Anhang 1: Interviewleitfaden

Im Anhang 1 befindet sich der Leitfaden den Interview mit Dr. Hellmut Hartmann vom 07.05.2016.

Die Formatierung entspricht des Originals, welches beim Interview verwendet wurde. Die in großer, aus der Entfernung lesbare Schrift schafft Übersichtlichkeit und Orientierung während des Interviews.

Die Erstellung des Leitfadens basiert auf dem SPSS- Prinzip von Cornelia Helfferich (2011).

- Gerät einschalten -

Hallo Herr Dr. Hartmann,

im Vorfeld schon einmal vielen Dank, dass Sie sich für das Interview bereit erklärt haben. Wie ich Ihnen in meiner E-Mail mitgeteilt habe, werden Teile des Interviews in meine Bachelorarbeit mit der Hypothese „Durch die regelmäßige Anwendung der Aufmerksamkeits- Interaktions- Therapie kann die Entwicklung von Kindern mit frühkindlichen Autismus positiv beeinflusst werden.“ einfließen.

Selbstverständlich werden personenbezogenen Daten aller genannten Klienten und Personen anonymisiert.

Wenn von Ihrer Seite an dieser Stelle keine Fragen mehr sind, würde ich gerne mit dem Interview beginnen.

Leitfragen (Erzählaufforderung)	Check – wurde das erwähnt? Memo für mögliche Nachfrage – nur stellen, wenn nicht von allein angesprochen! Formulierung anpassen	Konkrete Fragen – bitte an passender Stelle (auch am Ende möglich) in dieser Formulierung stellen	Aufrechterhaltung- und Steuerungsfragen
------------------------------------	---	---	---

<p>Ich habe schon viel über die AIT gelesen und habe auch schon praktische Erfahrungen damit. Mich würde sehr interessieren, wie sie auf die Idee für die AIT gekommen sind. Können Sie mir etwas über die Geschichte der AIT erzählen?</p>			<p>Nonverbale Aufrechterhaltung</p>
<p>Vor allem durch Kenneth und seine Großmutter bin ich auf die AIT aufmerksam geworden. Er gehört zu den Klienten, deren Entwicklung mich mit am meisten beeindruckt hat. Können Sie mir etwas über Kenneth erzählen?</p>	<p>Erstkontakt? Erste Eindrücke? Besondere Vorkommnisse? Meilensteine? Verlauf und Entwicklung? Ggf. aktuelle Informationen</p>		<p>Nonverbale Aufrechterhaltung</p>

<p>Ich denke, dass jeder, der mit Menschen arbeitet einen Fall hat, der ihn am nachhaltigsten im Gedächtnis bleibt. Hatten Sie in ihrer Laufbahn auch so einen Fall und falls ja, können Sie mir davor berichten?</p>	<p>Verlauf und Entwicklung? Aktueller Entwicklungsstand?</p>	<p>Was war an diesem Fall anders als bei anderen?</p>	<p>Nonverbale Aufrechterhaltung</p>
<p>Viele Therapieansätze in der Arbeit mit Menschen mit Autismus- Spektrum- Störung haben ihre Grenzen. Sehen Sie Grenzen in der AIT und wenn ja, wo?</p>		<p>Wenn die AIT keine Grenzen hat, dann kann Sie Ihrer Meinung nach bei jeden Menschen mit Autismus erfolgreich angewandt werden?</p>	<p>Nonverbale Aufrechterhaltung</p>

<p>Sie arbeiten schon sehr lange mit Menschen mit Autismus- Spektrum- Störungen. Was sind Ihre Pläne für die Zukunft?</p>	<p>Zukünftige Anwendung? Verbreitung?</p>	<p>Was wünschen Sie sich in Bezug auf die Therapie? Was wünschen Sie sich bezüglich des Umganges mit Menschen mit Autismus- Spektrum- Störungen?</p>	<p>Nonverbale Aufrechterhaltung</p>
---	---	---	-------------------------------------

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben für das Interview.

- Gerät ausschalten -

Anhang 2: Transkription des Interviews mit Dr. Hellmut Hartmann vom 07.05.2016

Fanni Peters (FP): Okay. Hallo Herr Hartmann. Im Vorfeld schon mal vielen Dank, dass Sie sich für das Interview bereit erklärt haben und wie ich schon in meiner Email mitgeteilt habe, werden die Teile des Interviews in meine Bachelorarbeit einfließen und die Hypothese für die Bachelorarbeit ist „Durch die regelmäßige Anwendung der Aufmerksamkeits- Interaktions- Therapie kann die Entwicklung von Kindern mit frühkindlichem Autismus positiv beeinflusst werden“. Selbstverständlich werden personenbezogene Daten aller genannten Klienten und Personen anonymisiert und wenn von Ihrer Seite jetzt keine Fragen weiter sind, dann würde ich gerne mit dem Interview beginnen.

Dr. Hellmut Hartmann (DH): Ja natürlich. Vielen Dank für Ihr Interesse an der AIT und meinen Aussagen.

FP: Okay. Ich habe schon viel über die AIT gelesen und habe auch schon praktische Erfahrungen damit und mich würde sehr interessieren, wie Sie auf die Idee für die AIT gekommen sind. Können Sie mir etwas über die Geschichte der AIT erzählen?

DH: Ja. Eine erste Beobachtung war, in der, nun, oder während der Vorstellung eines kleinen autistischen Mädchens, dass keinerlei Reaktion zeigte auf mich und nur versuchte auf dem Schoß der Mutter zu sitzen. Und begann aber nach einer Weile mit den Beinen zu schaukeln. Und spontan hatte ich begonnen auch zu schaukeln mit den Beinen und das war eine Situation, wo das Mädchen mit Blickkontakt und Interesse reagierte. Und diese Beobachtung hat dazu geführt dann das im Umgang mit den autistischen Kindern zu nutzen, das heißt das aufzugreifen, was sie gerade machten und im Laufe der Zeit ist mir deutlich geworden, dass es nicht nur um das Aufgreifen von bestimmten Bewegungen geht, sondern um die Themen der Kinder, um die Gefühle der Kinder, so also im ganz breiten Spektrum, alles was sozusagen diese Kinder betrifft oder, wenn Sie so wollen, in der Interaktion meiner Gegenüber betrifft. Vielleicht muss ich dazu sagen, dass ein bisschen im Hintergrund auch ist, dass wir uns mit Kinderladenerziehung auseinandergesetzt haben und unsere älteste Tochter in ein Kinderladen gebracht hatten, wo wir als Eltern auch Dienst machten und ich war überzeugt, dass das eine sehr gute Art der Betreuung von Kindern ist, und unsere Tochter hat sich auch sehr gut entwickelt und im Gegensatz zu den Aussagen anderer Experten, da die Schlimmes befürchteten, wenn die Kinder in die Schule kommen und so etwas, sehr diszipliniert im Laufe ihres Lebens verhalten und sie ist jetzt Professorin an der Universität der Künste in Berlin für, oh Gott, ja Mediensoziologie. So. Ein Fallbeispiel für, ja, interessiert gewährenden Umgang mit Kindern.

FP: Vor allem durch Adam¹ und seine Bezugsperson bin ich ja auf die AIT aufmerksam geworden, gleich zu Beginn meiner Arbeit und er gehört zu den Klienten, deren Entwicklung mich am meisten beeindruckt hat. Können Sie mir etwas über Adam erzählen, so Erstkontakte, erste Eindrücke, die Sie damals hatten?

DH: Ja, den ersten Eindruck erinnere ich mich. Adam lief im Raum umher, machte auch einen fröhlichen Eindruck aber interessierte sich in keiner Weise

¹ Name und personenbezogenen Daten geändert. (Fallbeispiel 1)

für, weder für seine Bezugsperson, ah damals waren es noch seine Eltern, weder für seine Eltern noch für mich und ich habe dann die Mutter gleich angeleitet, während der Erstvorstellung auch, und eine Sache, die wir gemacht haben, war paralleles Bauen mit Klötzchen, was bedeutete, die Mutter hat mit Klötzchen gebaut und auch Adam hatte die Möglichkeit, ja, mit einem Häufchen Klötzchen, die vor ihm lagen umzugehen und er hat spontan begann dann auch zu bauen und wir haben mit einem kleinen Kipplaster auch gespielt und er, beziehungsweise die Mutter hat ihn dann mit langsamen Bewegungen beladen und dann hat sich auch Adam daran beteiligt und ich erinnere mich an die zweite Vorstellung, wo Adam sehr viel interessierter war, auch schon an der Mutter und so Spielchen mitmachte, wo die Mutter ihren Kopf mit einem Tuch verdeckte und Adam dann sich ihr zuwandte und das Tuch herunter gerissen hat und sie sich beide gefreut haben und dann gibt es viele Erinnerungen. Einmal an Zeiten, wo er sehr trotzig war und wie wir dann, die Bezugsperson und ich, so verschiedene Dinge ausprobiert haben im Umgang mit ihm. Also in einer Situation, ja, wie kriegen wir ihn zur Ruhe und eine Sache war dann auch, so Dinge aufzugreifen, die ihn interessieren könnten ohne auf sein Schreien und Trotzen zu achten und das hat eine Weile gedauert, aber dann ist er auch darauf eingegangen und war dann ruhiger und hat sich am Spiel beteiligt. Es war auch wichtig in der Arbeit dann mit der Bezugsperson immer wieder so zu ermuntern, da keine Anforderungen zu stellen oder in kurzer Folge Anforderungen zu haben, zu stellen. Die Bezugsperson hat es dann auch in sehr guter Weise umgesetzt und später hörte ich von Rollenspielen, die sie zu Hause gemacht haben, das ganz erstaunlich ist für ein autistisches Kind und Adam interessiert war an Verkleidung und die Rollen auch übernommen hat und das hab ich dann auch selbst gesehen im Seminar, wie er sich so auf Rollenspiele mit Figuren einlassen konnte und das andere sind dann eben mehr Dinge auch von den Erzählungen von seiner Entwicklung in der Schule und das er gut lernen gelernt oder gut lesen gelernt hat, so etwas. Erstaunlich war dann auch seine Sprachentwicklung, so dass er wirklich gelernt hat, in ganzen Sätzen zu sprechen und gut verständlich zu sprechen, so etwas.

FP: Das stimmt. Das hat sich in den letzten Jahren enorm entwickelt, also da bin ich auch total begeistert von. Ich denke auch, dass jeder Mensch der, oder jeder der mit Menschen arbeitet, einen Fall hat, der ihn so am nachhaltigstem im Gedächtnis bleibt. Hatten Sie in Ihrer Laufbahn auch so einen Fall und falls ja, können Sie mir davon berichten?

DH: *(lacht kurz auf)* Das ist eine schwierige Frage, weil es so viele Fälle gibt und ich erinnere mich aus der letzten Zeit an die Arbeit mit einem 50jährigen Mann, wo ich Fallarbeiten in einem Heim mache und wir ihm sozusagen gezeigt haben, das er mit Bildkarten Wünsche ausdrücken kann. Was er auch bis zu einem gewissen Grad gelernt hat und was noch eindrucksvoll ist, das er sich auch, wenn wir mit ihm zusammen saßen, wenn ich Fallbesprechungen machte, kam er immer mit dazu und wir saßen an einem Tisch und haben Kaffee getrunken und Kekse gegessen und er war sehr an dem Kaffee und den Keksen interessiert und er hat dann auch versucht nachzusprechen, wenn wir ihm seinen Wunsch verbalisierten "Kekse" oder "Kaffee", so etwas, das hat sich etwas raus gedehnt, auch er spricht einiges nach oder bemüht sich auch nachzusprechen und mit gewissen Hinweisen auch, wenn man so will spontan, einiges artikulieren und das eindrucksvollste war an sich der letzte, das letzte Treffen, wo er so relativ fröhlich war und man merkte, diese Angebote, die er bekommen hat, so, das hat ihm gut getan. Ich hatte so den Eindruck, dass er so ein mehr erfüllteres Leben

jetzt führt in dem Heim. Es war auch berichtet worden, dass er sich in einer Musikgruppe beteiligt, dass er am Arbeitsplatz in der geschützten Werkstatt mit Gegenständen ausdrückt und wir hoffen die Werkstatt noch dafür zu gewinnen, das sie auch Bildkarten nutzen, mit denen er dann in der Werkstatt kommunizieren kann. Das war so ein, ja, ein Fall, an den ich mich erinnere.

FP: Das ist eine schöne Geschichte, wenn man sieht, dass es so auch funktioniert, wenn die Leute schon älter sind, also dass es nicht unbedingt in der Kindheit ansetzen muss, wo ja denn meine nächste Frage wäre: Es gibt ja viele Therapieansätze in der Frage mit Autismus, also in der Arbeit mit Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung und die haben alle irgendwo ihre Grenzen. Sehen Sie auch Grenzen in der AIT und wenn ja, wo?

DH: Also für mich gibt es drei große Prinzipien. Das Eine ist das Prinzip der AIT, der, das Bemühen um einen Dialog mit den Betroffenen, ja?

FP: Ja.

DH: In welcher Sprache oder mit welchen Mittel auch immer und das Zweite sind die Übungen, das Training in ganz kleinen, geduldigen Schritten, wie es bei ABA gemacht wird und das Dritte ist so die Bereitstellung von Kommunikationshilfsmitteln wie Bildkarten oder so etwas und jeder der Bereiche hat natürlich seine Grenzen, auch die AIT. *(DH überlegt kurz)* Es ist schwer zu sagen, wo die Grenzen sind. Vielleicht an der Stelle, wo wir manche Dinge deutlich machen müssen gegenüber den Kindern, also wenn wir im Prinzip in der AIT abweichen und ihnen auch zeigen müssen, ja, wie Dinge passieren. Das passiert zwar auch sozusagen indirekt in der AIT, indem wir da, meinetwegen andere Familienmitglieder oder so etwas als instruierte Modelle benutzen. Ich erinnere mich an einen Fall, wo es um aggressives Verhalten ging. Ein Junge, der massiv zuhause an die Fensterscheiben geschlagen hat, so dass das Risiko war, dass die Fensterscheiben zu Bruch gingen, und der in sein Zimmer dann geführt wurde, auf meine Empfehlung hin, und wenn er begann und das erstaunliche war, das er dann nach einer Weile darauf bestand, dass die Eltern den Schlüssel umdrehten in der Tür, so etwas. Das war noch so eine ganz lustige Begebenheit, ich kam wieder hin zu der Familie und fragte, wie es denn ginge und wie dieses Führen und Isolieren in seinem Zimmer, für jeweils kurze Zeit nur, gewirkt hätte und die Mutter sagt, es hat überhaupt, funktioniert überhaupt nicht mehr und so etwas, der geht immer alleine in sein Zimmer dann.

(DH lacht; FP lacht mit)

DH: Und wir hatten uns dann auch Gedanken gemacht, wie wir das, diese zwanghafte Geschichte mit dem Abschließen müssen, ja, er hat dann drin immer so zu sagen so lange, was weiß ich, protestiert, bis er hörte, dass der Schlüssel, wir haben ein kompliziertes System uns überlegt, kam ich wieder und fragte, wie ging es dann mit dem Abgewöhnen auf dem darauf bestehen, das zu geschlossen wird. Ach, sagten die Eltern, ja das funktioniert jetzt gut. Ich sagte, wie haben sie es denn geschafft? Ach sagt er, wir haben es einfach nicht mehr gemacht. So. Ja, das ist so ein Beispiel für Grenzsetzung, die natürlich auch insofern in der AIT eine Rolle spielt, dass wir manchmal vorher Grenzen setzen müssen bevor wir überhaupt so Interaktion möglich wird. Und es gibt eine ähnliche Form, in Israel entwickelt, MIFNE genannt, wo die Therapeuten in einer Klinik jeweils einen geschützten Raum zur Verfügung stellen, einen fensterlosen Raum, aber mit Einwegscheibe und wo Kissen drin liegen und so etwas, wo die Kinder also so zu sagen alles, nicht weglaufen, können, aber sich vollkommen frei bewegen können und alles machen können und schreien und rennen und so

etwas, aber wo die Kinder nicht alleine sind, sondern jeweils Familienmitglieder dabei sind die angeleitet werden, ähnlich wie in der AIT, zu warten und Signale der Kinder aufzugreifen und so etwas.

FP: Sie arbeiten ja schon sehr lange mit Autismus, mit Kindern und Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung und mich würde mal interessieren, wo Ihre Pläne noch für die Zukunft liegen. Wie geht es weiter für die zukünftige Anwendung oder auch für die Verbreitung von der AIT?

DH: Ja, ich wäre natürlich daran interessiert, bin daran interessiert, dass die Prinzipien, insbesondere auch die allgemeinen Prinzipien, das so zu sagen Berücksichtigen und Anknüpfen an die Impulse und Interessen der Betroffenen, dass es breiter wird, das scheint in Deutschland schwierig zu sein. Parallel, also in der Regel viele Jahre nachdem ich die erste Veröffentlichung hatte zur AIT sind dann dieses MIFNE aus Israel veröffentlicht worden, dann in England in letzter Zeit noch etwas, was sich „Intensive Interaction“ nennt. Solche Dinge, die in Deutschland auch beachtet werden, obwohl die AIT schon viel länger so zu sagen auch bekannt sein sollte. Ich hoffe, noch Kontakt zu einem Therapeuten in Berlin zu bekommen, der auch der Meinung ist, dass das, was vom Vorstand der WGAS, der Wissenschaftlichen Gesellschaft Autismus- Spektrum- Störung, so vertreten wird jetzt als eine Art Leitlinie, dass das ein bisschen erweitert werden sollte. Ich hoffe, dass dieser Kontakt und die Zusammenarbeit gelingt. Was ich noch machen möchte, jetzt, zu um diese Angebote zu verbessern, ist Videoanalysen, und zwar statistische Videoanalysen mit Hilfe des Programms „Interact“, mit der Frage, *(DH klopft dreimal nachdrücklich auf den Tisch)* wenn erwünschtes Verhalten des Kindes auftritt, was war dann jeweils an elterlichen oder Bezugspersonverhalten voraus gegangen und ich hoffe, da bestimmte statistische Häufigkeiten zu finden, um so heraus zu finden, ja wo, bei welchen Interaktionsmustern sind die Wahrscheinlichkeiten größer auf erwünschtes Verhalten der Kinder. Das und, ich hab ja eine Menge an Video, Therapievideos und das Programm hab ich schon und jetzt muss ich mich eigentlich daran machen auszuwerten.

FP: Für viele Lehrer oder Einrichtungen ist es ja auch immer schwierig mit, ja, autistischen Kindern oder auch Jugendlichen umzugehen. Was wünschen Sie sich hinsichtlich auf Therapiezentren oder Einrichtungen in dem Umgang mit Menschen mit Autismus -Spektrum -Störung. Was erhoffen Sie sich da, ja wenn Sie in eine Einrichtung gehen, der Umgang mit den Menschen, was erhoffen Sie sich da, wie mit den umgegangen wird?

DH: Ja, wichtig ist natürlich Supervision. Ich glaube, das generell alle, die verantwortlich mit anderen Personen umgehen, eine Supervision haben sollten, Lehrer, Manager was weiß ich, Erzieherinnen in Kindertagesstätten und da wäre es natürlich gut, wenn entsprechend ausgebildete und erfahrene hier Supervision übernehmen können und breites Spektrum an Erfahrungen haben und ja, das ist das Eine. Die, und ich glaube, das so etwas wie Inklusion noch genauer untersucht werden müsste. Wann gelingt die Inklusion von Kindern mit Autismus und wann ist es schwierig. Ich hab erlebt, eine vor Jahrzehnten, eine Diskussion im „Landschaftsverband Rheinland“ zwischen Politikern, Therapeuten und Eltern, wo eine Gruppe von Eltern geschworen hat, auf die Schulen, wo die Kinder integriert werden, und eine Gruppe von Eltern geschworen hat, auf besondere Schulen für ihre Kinder und es war praktisch keine Entscheidung möglich. Und ich selbst habe auch, was Heimbetreuung angeht, ganz verschiedene Konzepte erlebt, also integrative Konzepte und Konzepte, die besonders geschützten Raum auch anboten und beides, beides hat funktioniert. Und das so zu sagen als

Programm zu formulieren, das ist gut, aber die Umsetzung erfordert mit Sicherheit, zum Beispiel was Schulen angeht, zusätzliche Lehrer, geschulte Lehrer, die während der ganzen Schulzeit dabei sind und Sonderpädagogen, die nur Stundenweise dabei sind, das macht bei etwas stärker Betroffenen keinerlei Sinn. Und andere, die gut entwickelt sind, die nicht so schwer betroffen sind, die intelligent sind, okay, die brauchen vielleicht Gruppenunterstützung außerhalb der Schule und natürlich die Lehrer die entsprechende Supervision.

FP: Super. Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben für das Interview.

DH: Vielen Dank für Ihre Fragen.