

Einleitung

Frühkindlicher Autismus, Asperger- Syndrom, A-typischer Autismus, High-functioning- Autismus sind alles Begriffe die sogenannten Autismus- Spektrum- Störungen (oder auch autistisches Spektrum) zugeordnet werden. Diesen Begriffen begegnet man nicht alltäglich, dennoch hat sicherlich jeder schon einmal den einen oder anderen gehört und sich eventuell die Fragen gestellt „Was sind Autismus- Spektrum- Störungen genau bzw. wie äußern sie sich und bestehen entsprechende Therapie- und Fördermöglichkeiten?“

Die nachfolgende Arbeit mit dem Thema „Der Förderansatz Applied Behavior Analysis/ Verbal Behavior (ABA/VB) bei Kindern und Jugendlichen mit Autismus- Spektrum- Störungen (ASS); eine Elternbefragung zur Zufriedenheit mit dem Förderansatz“ beantwortet jener dieser Fragen. Schwerpunktmäßig konzentriert sich die Diplomarbeit auf die Form des Frühkindlichen Autismus und des Asperger- Syndroms sowie auf verschiedenste Therapie- und Fördermöglichkeiten mit besonderen Bezug zum Applied Behavior Analysis/ Verbal Behavior- Förderansatz. Gerade die im dritten Teil dargestellte empirische Untersuchung, eine Elternbefragung zur Zufriedenheit mit dem ABA/VB- Ansatz, grenzt die vorliegende Arbeit von bereits bestehenden Ausarbeitungen ähnlicher Themen ab.

Die Ziele bestehen einerseits darin, die tiefgreifenden Entwicklungsstörungen des Frühkindlichen Autismus und des Asperger- Syndroms ausführlichst darzustellen und adäquate Therapiemöglichkeiten aufzuzeigen. Dies erfolgt in den ersten beiden Teilen der Arbeit. Andererseits soll zudem die Entstehung des ABA/VB- Förderprogramms sowie dessen Inhalte in umfassender Weise vorgestellt werden. Abschließend folgt eine empirische Untersuchung, in der Eltern, welche mit ihrem Kind an der ABA/VB- Förderung teilnehmen, zur Zufriedenheit mit Fortschritten bzgl. dieses Programms befragt wurden. Eine der vorherrschenden Fragen in diesem Teil war, herauszufinden, wovon die Zufriedenheit der Eltern abhängt. Ergebnisse der Auswertung sowie weitere interessante Erkenntnisse sind im dritten Teil der Arbeit aufgeführt.

Ausarbeitungen der ersten beiden Teile bauen auf aktuellen Publikationen auf bzw. Standardwerke bilden die Grundlage; zu einem Großteil wird Primärliteratur herangezogen; bedeutende Textstellen sind mit Zitaten unterlegt. Da gerade im Bereich ABA/VB bisher wenig deutschsprachige Literatur vorhanden ist, befinden

sich in der Arbeit u.a. englischsprachige Zitate. Erkenntnisse des sorgfältigen Literaturstudiums stellen die Basis der empirischen Arbeit dar.

Die Grundlage der Themenwahl lieferte mein zweites praktisches Studiensemester, welches ich im Rahmen meines Studiums „Soziale Arbeit“, leistete. Ich arbeitete über einen Zeitraum von 20 Wochen in der Heilpädagogischen Einrichtung gGmbH (Coburg) mit Kindern mit einer Autismus- Spektrum- Störung zusammen, welche an dem Verfahren nach ABA/VB teilnahmen. Zu diesem Zeitpunkt eignete ich mir erste Kenntnisse im Bereich ABA/VB an; aufbauend auf diesen nahm ich an zwei ABA/VB-Workshops teil. So konnten praktische Erfahrungen gesammelt werden und in meinem Praktikum Anwendung finden. Da ich u.a. eine Fallarbeit mit einem Jungen der Heilpädagogischen Einrichtung durchführte, konnte ich Fortschritte im Verhalten des Jungen, die mit diesem Programm erzielt wurden, erfahren. Dies motivierte mich zunehmend, sodass ich mich am Ende des Praktikums dafür entschied, meine Diplomarbeit über dieses Thema zu verfassen. Weiterhin bestand die Motivation darin neue empirische Ergebnisse zu liefern, die auch die Zufriedenheit anderer Personen (Eltern) wiedergibt.

Aus all diesen Aspekten ist letztendlich die nachfolgende Diplomarbeit entstanden.

I AUTISMUS – SPEKTRUM – STÖRUNGEN

1. Begriffsdefinitionen

In den folgenden Abschnitten der Arbeit kehren Begrifflichkeiten des Öfteren wieder. Um diese Schlüsselbegriffe genauer zu bestimmen, erfolgt zunächst eine Definition der Begriffe Autismus-Spektrum-Störung (ASS), Applied Behavior Analysis (ABA), Verbal Behavior (VB), Motivation, Lernen, Verhaltenstherapie, Fortschritt und Zufriedenheit.

Die Bezeichnung *Autismus* leitet sich von dem griechischen Wort „autos“ ab, welches so viel bedeutet wie „selbst“, „auf sich selbst bezogen“. Der Begriff wurde 1914 von Eugen Bleuler in die Psychiatrie eingeführt und in den 40er Jahren von Leo Kanner (1943) und Hans Asperger (1944) in die Bereiche der Kinderpsychiatrie und Pädiatrie übernommen. Beide Autoren bestimmten die Kardinalsymptome a) grundlegende Kontaktstörung b) zwanghafte Gleichhaltung der Umwelt c) geringe Bindung an Bezugspersonen und d) Auffälligkeiten speziell in den Bereichen Wahrnehmung, Kommunikation und Verhalten (MOLNÄR 2005: 21f.). Im deutschsprachigen Raum wird Autismus den „tiefgreifenden Entwicklungsstörungen“ untergeordnet (DILLING et al. 2008: 54). Da das Behinderungsbild ein Kontinuum unterschiedlichster Symptome und Ausprägungen beinhalten kann, wird seit einigen Jahren der Begriff der *Autismus- Spektrum- Störung* verwendet. Autismus- Spektrum- Störungen verändern sich im Laufe der Entwicklung eines Kindes und sind bei verschiedenen Kindern unterschiedlich ausgeprägt. Es gibt kein Verhalten, das stets zu beobachten ist und keines, das Kinder automatisch von der Diagnose des Autismus ausschließt. Gemeinsamkeiten, die bei den meisten Personen erkennbar sind, bestehen jedoch bei oben genannten Kardinalsymptomen (LORD/ McGEE 2002: 23ff.). „Die Schwere der Symptome sowie das Profil der Fähigkeiten variiert von erheblicher Beeinträchtigung bis zu einem fast normalen Verhalten. Wahrnehmungsstörungen, Kommunikationsauffälligkeiten, Defizite im Sozialverhalten sowie das Intelligenzniveau zeigen in der Gruppe der Betroffenen eine erhebliche Bandbreite von sehr subtilen Störungen bis zu erheblicher Beeinträchtigung“ (BERNARD-OPITZ 2007: 13). Als typische Formen der ASS gilt der frühkindliche Autismus (auch Kanner- Syndrom), als leichtere Variante das Asperger- Syndrom.

Weiterhin existieren zudem folgende Formen: atypischer Autismus, Rett- Syndrom, sonstige desintegrative Störung des Kindesalters, überaktive Störung mit

Intelligenzminderung und Bewegungstereotypien (DILLING 2008: 54). Eine Klassifizierung erfolgt in Punkt 2.

Die *Applied Behavior Analysis* ist eine angewandte Verhaltensanalyse, bei der es sich um eine Methode handelt, bei der das Verhalten beobachtet und gemessen wird und neue Verhaltensweisen aufgebaut werden. Mittels ABA wird ein Verhalten erklärt, in dem man sich das Umfeld, in dem es stattfindet, genau anschaut und die Ereignisse betrachtet, die dem Verhalten vorausgegangen sind bzw. darauf folgen (RICHMANN 2004: 23). Das ABA- Lernprogramm ist ein verhaltenstherapeutisch orientiertes Frühförderprogramm, das sich besonders für die Kommunikationsförderung von Kindern mit autistischem Verhalten eignet (MOLNÀR 2005: 19). Baer, Risley und Wolf setzten sich mit den einzelnen Komponenten der Bezeichnung „Applied Behavior Analysis“ auseinander. Sie beschreiben „Analytic Behavioral Application“ (die angewandte Verhaltensanalyse) als einen

„process of applying sometimes tentative principles of behavior to the improvement of specific behaviors, and simultaneously evaluating whether or not any changes noted are indeed attributable to the process of application- and if so, to what parts of that process“ (BAER/WOLF/RISLEY in LOVAAS/BUCHER 1974: 10).

Indem also Verhaltensprinzipien angewandt werden, um spezielle Verhaltensweisen zu verbessern, werden zugleich alle aufgetretenen Veränderungen evaluiert.

Eine erlernte Verhaltensweise ist auch nur dann übertragen worden, wenn sie dauerhaft über die Zeit hinweg in einer Vielzahl möglicher Umgebungen gezeigt wird oder sich auf verwandte Verhaltensweisen bezieht. So auch o.g. Autoren:

„Thus, in summery, an applied behavior analysis will make obvious the importance of the bahavior changed, its quantitative characteristics, the experiential manipulations which analyze the clarity what was responsible for the change, the technologically exact description of all procedures in making sufficient change for value, and the generality of that change“ (a.a.O.: 19).

Verbal Behavior wird definiert, als ein „Verhalten, das von einer anderen Person verstärkt wird“ (SCHRAMM 2007: 17). VB wird dem ABA- Programm hinzugefügt, um verbales Verhalten (Sprache) ergänzend zu lehren und um Motivation beim

Teilnehmer zu erzeugen (BURK 2009). Der VB- Ansatz stammt ursprünglich von B. F. Skinner.

Der Begriff der *Verhaltenstherapie* wurde erstmals Mitte der sechziger Jahre von Eysenck und Rachmann (1965) sowie von Wolf und Lazarus (1966) gewählt. Definiert wurde sie als „Sammelbezeichnung für eine Reihe von Verfahren, deren Gesamtheit in ihrer lerntheoretischen Fundierung gesehen wurde“ (FLIEGEL 1998: 9). Allgemein kann Verhaltenstherapie etwa als „therapeutische Richtung, die sich darauf beruft, praktische Anwendung experimentell- naturwissenschaftlich gewonnener *Gesetze des Lernens* zu sein“ definiert werden (JAEGGI In: ASANGER/ WENNINGER 1999: 818).

Mit *Motivation* wird meist versucht die Antwort nach dem „Warum“ des Verhaltens zu beantworten. Die Verwendung des Begriffes ist eine Sammelbezeichnung für alle Prozesse und Konstrukte, mittels deren das „Warum“ menschlichen Verhaltens erklärt werden soll (THOMAE In: ASANGER/ WENNINGER 1999: 463).

Der psychologische *Lernbegriff* umfasst den Erwerb von Vorlieben und Abneigungen, die Ausbildung von Gewohnheiten, die Befähigung zu planvollem Handeln und das Problemlösen. Gemeinsames Merkmal aller dieser Lernprozesse ist die Erfahrungsbildung. „Der Prozess des Lernens führt zu dem Produkt des Neuerwerbs oder der Veränderung psychischer Dispositionen, d.h. zur Bereitschaft und Fähigkeit, bestimmte seelische oder körperliche Leistungen zu erbringen. [...] Das eigentliche Lernen besteht im Erwerb von Dispositionen, d.h. von Verhaltens- und Handlungsmöglichkeiten“ (EDELMANN In: ASANGER/ WENNINGER 1999: 393).

Der *Fortschritt* ist die „mit einer Weiterentwicklung verbundene Veränderung eines Zustandes, die sich von der einfachen Entwicklung dadurch unterscheidet, dass sie vorwiegend durch menschliche Aktivität bewirkt wird und dass der Gesamttendenz nach die zeitlich späteren Erscheinungsbilder jeweils einen höheren Vollkommenheitsgrad aufweisen“ (BROCKHAUS-ENZYKLOPÄDIE 1997: 495, Band 7).

Im Rahmen einer empirischen Untersuchung im dritten Teil dieser Arbeit soll die Zufriedenheit der Eltern bzgl. des Förderansatzes ABA/VB dargestellt werden. Die *Zufriedenheit* ist ein globaler Aspekt des Erlebens, der immer auch an gewisse Aktivitäten sowie soziale, situative und psychologische Momente gekoppelt ist (LEHR 1961: 32ff.). Zufriedenheit korreliert darüber hinaus auch immer mit anderen Lebensbereichen sowie mit der allgemeinen Lebenszufriedenheit (a.a.O.).

Bei *tiefgreifenden Entwicklungsstörungen* handelt es sich nach ICD- 10 (International Classification of Diseases) um „eine Gruppe von Störungen, die durch qualitative Beeinträchtigungen in gegenseitigen sozialen Interaktionen und Kommunikationsmustern sowie durch ein eingeschränktes, stereotypes, sich wiederholendes Repertoire von Interessen und Aktivitäten charakterisiert sind. [...] In den meisten Fällen besteht von frühester Kindheit an eine auffällige Entwicklung. Mit nur wenigen Ausnahmen sind die Störungen seit den ersten 5 Lebensjahren manifest. Meist besteht eine gewisse allgemeine kognitive Beeinträchtigung; die Störung ist jedoch durch das Verhalten definiert, das nicht dem Intelligenzalter des Individuums entspricht“ (DILLING 2008: 306).

2. Tiefgreifende Entwicklungsstörungen nach ICD- 10

Wie im ersten Punkt der Begriffsdefinition erwähnt, umfasst die ASS verschiedene Störungsbilder, die den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen untergeordnet sind. Diese sind u.a. in der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“ (ICD- 10, Kapitel V (F)) gruppiert und genauer beschrieben. An dieser Stelle erfolgt eine Einordnung.

2.1. Klassifikation

2.1.1. Frühkindlicher Autismus

Der frühkindliche Autismus wird in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen als „tiefgreifende Entwicklungsstörung, die durch eine abnorme oder beeinträchtigte Entwicklung definiert ist und sich vor dem 3. Lebensjahr manifestiert“ (DILLING 2008: 306) beschrieben. „Außerdem ist sie durch eine gestörte Funktionsfähigkeit in den drei folgenden Bereichen charakterisiert: in der sozialen

Interaktion, der Kommunikation und in eingeschränktem repetitiven¹ Verhalten“ (a.a.O.).

Laut den diagnostischen Leitlinien bestehen qualitative Beeinträchtigungen in der sozialen Interaktion und Kommunikation. Diese äußern sich in Form einer unangemessenen Einschätzung sozialer und emotionaler Signale wie bspw. im Fehlen von Reaktionen auf Emotionen anderer Menschen. Zudem zeigen sich Defizite im Gebrauch vorhandener sprachlicher Fertigkeiten. Die Störung ist weiterhin durch eingeschränkte, sich wiederholende und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten charakterisiert. Das Syndrom kann in allen Altersgruppen diagnostiziert werden; Entwicklungsauffälligkeiten müssen jedoch in den ersten drei Lebensjahren vorhanden gewesen sein (a.a.O.: 307f.).

Eine spezifische Ausführung der Leitsymptome erfolgt im Punkt 3.1.

2.1.2. Atypischer Autismus

Der atypische Autismus ist als eine „tiefgreifende Entwicklungsstörung, die sich vom frühkindlichen Autismus entweder durch das Alter bei Krankheitsbeginn oder dadurch unterscheidet, dass die diagnostischen Kriterien nicht in allen drei Bereichen erfüllt werden“ (a.a.O.: 308) definiert. Auffälligkeiten befinden sich in den folgenden drei psychopathologischen Bereichen: in der gegenseitigen sozialen Interaktion, in der Kommunikation sowie im Verhalten/ Interesse. Beim atypischen Autismus wird entweder die „abnorme oder beeinträchtigte Entwicklung erst nach dem 3. Lebensjahr erstmals manifest, oder es bestehen deutlich nachweisbare Auffälligkeiten nur in zwei der drei für die Diagnose geforderten psychopathologischen Bereichen [...] trotz charakteristischer Abweichungen in anderen Bereichen“ (a.a.O.: 308). Diese Form der tiefgreifenden Entwicklungsstörung tritt am häufigsten bei schwerst intelligenzgeminderten Personen auf, deren geringes Funktionsniveau kaum spezifisch abweichendes Verhalten zulässt. Aufgrund dessen stellt der atypische Autismus eine vom Autismus getrennte Störung da (a.a.O.: 309).

2.1.3. Rett- Syndrom

Beim Rett- Syndrom „folgt einer scheinbar normalen oder weitgehend normalen frühen Entwicklung ein teilweiser oder vollständiger Verlust von erworbenen

¹ sich wiederholend

Fähigkeiten im Gebrauch der Hände und der Sprache, zusammen mit einer Verlangsamung des Kopfwachstums“ (a.a.O.: 309). Zudem ist der „Verlust zielgerichteter Handbewegungen, Stereotypien in Form wringender² Handbewegungen und Hyperventilationen [...] besonders charakteristisch. Sozial- und Spielentwicklung sind in den ersten 2 oder 3 Jahren gehemmt, ein gewisses soziales Interesse wird jedoch meist aufrechterhalten“ (a.a.O.: 309). Der Krankheitsbeginn liegt zwischen dem 7. und 24. Lebensmonat (a.a.O.: 309).

Betroffene Kinder behalten typischerweise eine Art „soziales Lächeln“ und ein „die Leute Ansehen“ oder „ein durch sie Hindurchsehen“ bei, interagieren mit ihnen in der frühen Kindheit nicht; wobei sich später häufig soziale Interaktionen entwickeln. Weiterhin treten bei einer Mehrzahl der Betroffenen epileptische Anfälle auf; meist vor dem 8. Lebensjahr. „Im Gegensatz zum Autismus sind Selbstschädigungen und komplexe stereotype Bewegungen und Gewohnheiten selten“ (a.a.O.: 310).

2.1.4. Andere desintegrative Störung des Kindesalters

Diese tiefgreifende Entwicklungsstörung ist dadurch gekennzeichnet, dass vor Beginn der Erkrankung eine normale Entwicklung stattgefunden hat. Innerhalb weniger Monate nach Erkrankung kommt es zum Verlust vorher erworbener Fähigkeiten aus mehreren Bereichen der Entwicklung, die durch charakteristische Auffälligkeiten im sozialen und kommunikativen Verhalten sowie in den Verhaltensfunktionen gekoppelt sind. Der Verlauf der Krankheit ist eher negativ, da bei Betroffenen eine schwere Intelligenzminderung bestehen bleibt. Bedenken existieren dahingehend, inwieweit sich diese Störung vom frühkindlichen Autismus unterscheidet (a.a.O.: 310).

Laut den diagnostischen Leitlinien erfolgt eine normale Entwicklung bis zum Alter von mindestens 2 Jahren; gefolgt von einem erheblichen Verlust sozialer Funktionen und kommunikativer Fähigkeiten (bis hin zum Verlust der Sprache) (a.a.O.: 311). „Typischerweise geht die Störung mit einem allgemeinen Verlust von Interesse an der Umwelt einher; mit stereotypen, sich wiederholenden motorischen Manierismen und mit einer autismusähnlichen Beeinträchtigung der sozialen Interaktion und Kommunikation“ (a.a.O.: 311).

² „flatternde“

2.1.5. Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungstereotypien

Diese Störung ist nur schwer zu beschreiben und somit bestehen auch Schwierigkeiten in der Definition. Sie wird angesichts folgender Hinweise an dieser Stelle aufgeführt:

„1. Kinder mit unbestimmter (mittelgradiger oder schwerer) Intelligenzminderung (IQ unter 50 bzw. 34), die größere Probleme bezüglich Überaktivität und Aufmerksamkeit zeigen, weisen häufig stereotype Verhaltensweisen auf.

2. Solche Kinder profitieren gewöhnlich nicht von Stimulantien (anders als die mit einem IQ im Normbereich) und können eine schwere dysphorische³ Reaktion zeigen (manchmal mit psychomotorischer Entwicklungsverzögerung), wenn ihnen Stimulantien gegeben werden.

3. In der Adoleszenz⁴ verändert sich die Überaktivität in verminderte Aktivität (ein Muster, das bei hyperkinetischen Kindern mit normaler Intelligenz nicht typisch ist)“ (a.a.O.: 312). Das Syndrom wird zudem meist von einer Vielzahl von umschriebenen oder globalen Entwicklungsverzögerungen begleitet (a.a.O.: 312).

2.1.6. Asperger- Syndrom

Das Asperger- Syndrom wird als eine Störung beschrieben, die durch verschiedene Erscheinungsformen gekennzeichnet ist; die jedoch „durch dieselbe Form qualitativer Beeinträchtigungen der gegenseitigen sozialen Interaktion charakterisiert ist, die für den Autismus typisch ist“ (a.a.O.: 312). Auffallend sind zudem eingeschränkte, stereotype, sich wiederholende Interessen und Aktivitäten. Diese tiefgreifende Entwicklungsstörung unterscheidet sich vom Autismus primär durch das Fehlen einer allgemeinen Entwicklungsverzögerung bzw. keines Entwicklungsrückstandes der Sprache oder der kognitiven Entwicklung. Kommunikationsprobleme sind dem Autismus ähnlich; eine eindeutige Sprachentwicklungsverzögerung schließt die Diagnose jedoch aus. Eine Vielzahl der betroffenen Personen besitzt eine normale allgemeine Intelligenz, ist aber motorisch auffällig ungeschickt. Die Auffälligkeiten bestehen bis in die Adoleszenz und bis ins Erwachsenenalter. Im frühen Erwachsenenalter können beiläufig psychotische Episoden auftreten (a.a.O.: 312f.).

³ ängstlich- bedrückt

⁴ Jugendalter

Fazit:

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die tiefgreifenden Störungen viele Verhaltensbereiche betreffen und Folge einer devianten, nicht nur verzögerten, Entwicklung sind. Alle unter Punkt F84 (ICD-10) klassifizierten Störungen zeigen phänotypische Überlappungen mit dem frühkindlichem Autismus, da sie Verzögerungen und Auffälligkeiten der sozialen und verbalen (non- verbalen) kommunikativen Fähigkeiten oder stereotyper Verhalten einschließen. Der Begriff Autismus- Spektrum- Störung (auch: autistisches Spektrum) ist mit dem Konzept der oben genannten tiefgreifenden Entwicklungsstörung weitgehend synonym (POUSTKA et al. 2004: 8).

In Ergänzung zur Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD- 10) soll ein Exkurs zum „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders⁵“ (DSM- IV) folgen. Dieses Klassifikationssystem stellt einen Ersatz bzw. eine Ergänzung zur ICD- 10 dar und ist die *nationale* Klassifikation der Vereinigten Staaten von Amerika. DSM- IV berücksichtigt im Gegensatz zur ICD- 10 geschlechtsspezifische Unterschiede.

Im DSM- IV werden folgende tiefgreifende Entwicklungsstörungen im Vergleich zur ICD- 10 aufgeführt:

ICD- 10	DSM- IV
- Frühkindlicher Autismus (F84.0)	- Autistische Störung (299.00)
- Asperger- Syndrom (F84.5)	- Asperger- Störung (299.80)
- Atypischer Autismus (F84.1)	- Nicht näher bezeichnete tiefgreifende Entwicklungsstörung (NNB- TE; 299.80)
- Rett- Syndrom (F84.2)	- Rett- Störung (299.80)
- Andere desintegrative Störung des Kindesalters (F84.3)	- Desintegrative Störung im Kindesalter (299.10)
- Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungstereotypien (F84.4)	- <i>keine entsprechende im DSM- IV</i>

Tab. 1: Vergleich ICD- 10 und DSM- IV (POUSTKA et al. 2004: 9)

⁵ „Diagnostisches und Statistisches Handbuch psychischer Störungen“

3. Frühkindlicher Autismus

3.1. Leitsymptome der drei Defizitkategorien

3.1.1. Auffälligkeiten in der gegenseitigen Interaktion

„Soziale Kompetenz zeigt sich in der Fähigkeit, sich auf soziale Situationen und soziale Interaktionen einzustellen und sich an sie anzupassen. Anders als die kognitive und sprachliche Entwicklung, die auf Regeln basiert, unterliegt die soziale Entwicklung einem ständigen Wandel“ (QUILL 2000 zit. In: DODD 2007: 93).

Um mit anderen Personen Kontakt aufzunehmen, muss Blickkontakt hergestellt werden und Mimik sowie Körpersprache eingesetzt werden. Die soziale Entwicklung erfordert auch die Fähigkeit des Abwartens, des Teilens und des sich Abwechselns. Hinzu kommt, dass Handlungen, Gedanken und emotionale Zustände anderer interpretiert werden müssen, um entsprechend reagieren zu können. Zweckentsprechende soziale Umgangsformen verlangen auch die Wahrnehmung einer adäquaten sozialen Distanz, stimmliche Qualität, Gesprächsfähigkeiten zu denen u.a. das Initiieren, Fortsetzen und Beenden eines Gespräches gehören (DODD 2007: 93).

„Die Erfordernisse an ein angemessenes soziales Funktionieren sind enorm und stellen für Autisten, die von Natur aus nicht sozial sind, eine große Belastung dar. Viele Forscher sehen in der Beeinträchtigung des sozialen Funktionierens das *Hauptdefizit*“ (a.a.O.) der Betroffenen. Kanner (1943) beobachtete das extreme Rückzugsverhalten und beschrieb später die auffällige Isolation als definiertes Merkmal (KANNER/ EISENBERG 1956: 556).

Beim frühkindlichen Autismus kommt es demzufolge zu einer Einschränkung in der Kommunikationsfähigkeit und in der Entwicklung von Beziehungen mit anderen Personen. Den meisten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit einer Autismus-Spektrum- Störung fällt es schwer, sozial zu interagieren und zu kommunizieren, andere zu imitieren und phantasievoll zu spielen. Diese Beeinträchtigungen variieren jedoch unter Kindern und Erwachsenen beträchtlich.

Die Auffälligkeiten in der sozialen, gegenseitigen Interaktion können nach DODD (2007: 95) wie folgt zusammengefasst werden:

- als mangelnde Empathie mit anderen Menschen und fehlende Wahrnehmung der Rolle, die andere im sozialen Interaktionsprozess spielen
- unzureichende Zuhör- und Imitationsfähigkeiten
- eingeschränkte Akzeptanz der Sichtweisen anderer
- kein/ kaum Einsehen von Irrtümern
- beschränkte Akzeptanz von Veränderungen
- Schwierigkeiten im Verstehen sozialer Hinweise anderer Menschen (Blicke, Körpersprache, Zeichen, Gesichtsausdruck)
- geringes Bedürfnis mit anderen Personen in Kontakt zu treten

„Die Schwere dieser Verhaltensstörung variiert von einem Autisten zum anderen entlang eines `sozialen´ Kontinuums. Das soziale Kontinuum ermöglicht es, die Störung der sozialen Fähigkeiten einer Person zu jedem Zeitpunkt von schwer bis leicht festzustellen. Es muss berücksichtigt werden, dass die Position einer Person auf dem Kontinuum sich im Laufe der Zeit verschieben kann und das unterschiedliche Fähigkeiten sich möglicherweise verschiedenen Positionen auf dem Kontinuum zuordnen lassen“ (a.a.O.). So ist bspw. zu beobachten, dass die oben genannten zentralen Merkmale des frühkindlichen Autismus bei den betroffenen Personen variieren können. Dies ist u.a. abhängig vom Grad der intellektuellen Beeinträchtigung, der Behinderung und dem Alter der Person. Menschen mit einer ASS, „die das Kriterium `schwer´ [...] erfüllen, zeigen keinerlei Interesse an anderen, einschließlich ihrer Peergroup, und es mangelt ihnen an grundlegenden sozialen Fähigkeiten wie Teilen, Warten und Abwechseln. Am `leichteren´ Ende des Kontinuums können die betroffenen Personen recht gesellig sein, Kontakt zu anderen suchen, wobei sie sich ihnen aber auf sonderbare, repetitive Weise nähern und die Bedürfnisse oder Interessen der anderen kaum wahrnehmen“ (a.a.O.).

3.1.2. Auffälligkeiten in Kommunikation und Sprache

Kommunikation besteht aus unterschiedlichen zweckgerichteten Verhaltensweisen, die innerhalb der Struktur sozialer Interaktionen bewusst eingesetzt werden, um Informationen, Beobachtungen und innere Zustände zu vermitteln oder um in der unmittelbaren Umwelt Veränderungen herbeizuführen (STOKES, BEAR 1977: 361).

Unter Kommunikation versteht man das Empfangen und Senden einer Botschaft und das Teilen von Ideen, Gedanken und Gefühlen mit anderen. Dieser wechselseitige Prozess bedarf sowohl expressiver wie auch rezeptiver Kommunikationsfähigkeiten. Der Verlauf des Sendens einer Botschaft wird als `expressive`⁶ Kommunikation bezeichnet; der des Interpretierens und Verstehens als `rezeptive`⁷. Wann immer ein Problem beim Äußern bzw. beim Aufnehmen einer Botschaft entsteht, liegt eine *Kommunikationsstörung* vor. Sprache stellt ein symbolisches System dar, das auf einer Reihe von Regeln beruht. Kommunikation hingegen ist ein sozialer Prozess, der sich stets wandelt und weiterentwickelt. Damit Sprechen kommunikativ ist, muss es in einem sozialen Kontext stattfinden. Bei Menschen mit einer ASS weisen die sozial- kommunikativen Interaktionen Defizite auf (Vgl. DODD 2007: 68f.). DODD beschreibt folgende:

- eingeschränkte Imitation
- Mangel an gemeinsam geteilter Aufmerksamkeit
- beschränkte nonverbale Verhaltensweisen (wie Zeigen, Gestik, Mimik)
- beeinträchtigte Fähigkeit zur Aufrechterhaltung einer wechselseitigen Interaktion
- Mangel an Phantasierollenspielen

Die Grundlage der Sprachentwicklung eines Kindes besteht darin, mit der Welt zu kommunizieren und zu interagieren. Kinder mit signifikanten Kommunikationsstörungen nehmen wahrscheinlich schon deswegen keine Kommunikation auf, da dies für sie mit großer Mühe verbunden ist. Die Kommunikationsdefizite sind kennzeichnend, variieren aber, wie auch die Auffälligkeiten in der sozialen Interaktion, in ihrer Schwere. Die Störungen der Kommunikationsfähigkeit werden in zwei Hauptkategorien unterteilt: die erste Gruppe sind die typisch sprachbasierten Lernstörungen. Bei diesen haben die betroffenen Personen Probleme mit gesprochener bzw. geschriebener Sprache und weisen Störungen im expressiven und rezeptiven Bereich auf. In einer zweiten Gruppe sind die ASS angesiedelt, die auch non- verbale Kommunikationsprobleme einbeziehen; insbesondere Probleme der Sozialisation, Empathie, Theory of Mind⁸, Sprachpragmatik und des

⁶ ausdrucksstark

⁷ aufnehmend

⁸ breites Spektrum an sozio- kognitiven Fähigkeiten, die für erfolgreiche soziale Interaktion zuständig sind (POUSTKA 2004: 30)

repräsentationalen Spielens. Sie können sowohl mit als auch ohne zusätzliche verbale Sprechprobleme auftreten (Vgl. DODD 2007: 69ff.).

Des Weiteren kann es beim frühkindlichen Autismus zu einer *semantisch-pragmatischen Störung* kommen. „Die Semantik der Sprache bezieht sich auf die Fähigkeit, die Bedeutung von Worten und Sätzen zu verstehen und diese Worte und Sätze sinnvoll zu verwenden. Die Pragmatik der Sprache bezieht sich auf Fähigkeiten, zu wissen, was man in unterschiedlichen sozialen Kontexten sagt“ (DODD 2007: 71). Personen, die an einer solchen Störung leiden haben u.a. Schwierigkeiten,

- die Sprache anderer zu verstehen und sich durch Sprache zu artikulieren
- mit neuen oder unbekanntem Situationen umzugehen
- einen Wortschatz zu entwickeln und
- die Gedanken und Gefühle anderer zu interpretieren.

Kinder mit einer semantisch- pragmatischen Störung neigen zudem dazu, gehörte Sprache zu memorieren. So klingt ihr Reden meist repetitiv oder erscheint der Gesprächssituation nicht angemessen (a.a.O.).

Durch die beim Kanner- Syndrom auftretende schwere/ schwerste Intelligenzminderung sind individuelle Förderung und das Einüben sozialer Fähigkeiten erheblich erschwert und eingeschränkt. Menschen mit dieser Form der ASS können sich i.d.R. nicht sprachlich äußern und sind demzufolge nicht in der Lage, innere Vorgänge sprachlich zu repräsentieren. Da die Verständigung im Allgemeinen problematisch ist kann es zu missverständlichen Situationen kommen; diese fordern dann wiederum auto- bzw. fremdaggressive Verhaltensweisen. Beiläufig ist es schwierig ihre kognitiven Leistungen zu beurteilen, da das Aufgabenverständnis meist nur an konkreten und bekannten Situationen gebunden ist. Komplexe Handlungsanweisungen können entsprechende Personen wegen der schweren Beeinträchtigung meist nicht verstehen und daher nur schwer umsetzen. An diesem Punkt ist der Einsatz von positiven und negativen Verstärkern besonders wichtig (LASV 2008: 10).

3.1.3. Auffälligkeiten in Verhalten und Interesse

Kinder mit frühkindlichem Autismus zeigen eingeschränkte, starre und repetitive Verhaltensmuster oder Interessen.

„This type of behaviour ranks high on the list of problems that cause parents the most worry and despair. If not handled properly, a child's insistence on routine can come to dominate the life of the whole family”
(WING 1996: 99).

Es heißt also, dass diese Verhaltensweise den Eltern am meisten Kopfzerbrechen und Sorge bereitet. Wenn damit nicht richtig umgegangen wird, kann das Beharren des Kindes auf einer gleichbleibenden Alltagsroutine das Leben der ganzen Familie beherrschen.

Schon Leo Kanner (1943) beobachtete, dass autistische Kinder ein obsessives⁹ Bedürfnis nach gleichbleibenden Strukturen haben. Alle nachfolgenden Beschreibungen stimmen mit seinen ursprünglichen Beobachtungen überein, dass diese Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen stereotype, repetitive motorische Bewegungen und repetitive, starre Verhaltensweisen zeigen (DODD 2007: 113). „Die zentralen Defizite, die mit eingeschränktem, starren und repetitiven Verhaltensmustern oder Interessen verbunden sind, zeigen sich in der obsessiven Beschäftigung mit nur einem Gegenstand oder Thema – oder wenigen Gegenständen bzw. Themen -, ein krampfhaftes Festhalten an funktionslosen Routinen, eine abnorme Bindung an Objekte“ (a.a.O.).

Zu diesem Spektrum zählen DODD (a.a.O.) folgende Verhaltensweisen:

- motorische Stereotypien (z.B. den Kopf gegen etwas schlagen, mit den Händen wedeln)
- zwanghafte Rituale, verbunden mit Ängsten der Veränderung
- repetitive Ideen in Verbindung mit einem restriktiven, penetrant dominierenden und engen Interessenspektrum.

Ein weiteres Element, die Beeinträchtigung der Imagination und des Verständnisses wurde von WING (1996: 44) wie folgt beschrieben:

- Abhängigkeit von Routinen und vertrauten Erfahrungen (Abneigung gegen neue Erfahrungen und Widerstand gegen Veränderungen)
- unflexibles Denken
- Schwierigkeiten den Blickwinkel anderer zu verstehen
- verzögertes oder nicht vorhandenes Spiel auf der `So- tun- als- ob`-Ebene.

⁹ zwanghaftes

Kinder mit einer ASS entwickeln zwar im Spiel eine Handlungsabfolge, jedoch ist zu beachten, dass das Kind diese Abfolge immer wieder wiederholt, ohne jede Veränderung. Sie beherrschen oft nur eine beschränkte Zahl kopierter imaginativer Aktivitäten, die sie starr ausüben. Ein Großteil dieser Spielsequenzen sind vollständig selbstbezogen und beziehen keine anderen Kinder ein oder, wenn andere Personen mit einbezogen werden, wird verlangt, dass diese nur unter den gestellten Bedingungen mitspielen dürfen.

Kinder, Jugendliche oder Erwachsene mit einer ASS verstehen in der Regel auch Beschäftigungen nicht, bei denen es um verbale Äußerungen geht, wie bspw. in Gesprächen, Literatur (insb. fiktionale Literatur) oder sei es subtiler verbaler Humor (DODD 2007: 116). WING (1996: 45) schreibt hierzu zutreffend: „Das Glück kreativer Imagination in der Kindheit ist autistischen Menschen verwehrt, und so auch der Nutzen davon im späteren erwachsenen Leben. Sie haben eine eingeschränktes oder gar kein Verständnis für die Emotionen anderer und können daher weder Glück noch Kummer teilen. Auch ist ihre Fähigkeit beeinträchtigt, Ideen mit anderen zu teilen und vergangene oder gegenwärtige Erfahrungen für eine Planung der Zukunft zu nutzen. Was den meisten Menschen im normalen Alltagsleben zu Zufriedenheit und Selbstbestätigung verhilft, ist für Autisten ein Buch mit sieben Siegeln. Sie finden ihr Glück nur in ihren eigenen speziellen Interessen“.

Aufgrund dessen neigen sie dazu, bestimmte Aktivitäten zu wiederholen, die ihnen angenehm sind. Dies schafft Vertrauen. Unter den meist beobachteten Verhaltensweisen, Interessen und Aktivitäten sind:

- Aufreihen und/ oder Anordnen von Objekten
- starke Bindung an Gegenstände (wie bspw. ein bestimmtes Spielzeug; Gerät)
- Fasziniertsein von einer bestimmten Bewegung (wie bspw. das Drehen eines Ventilators oder eines Rades)
- Erkunden der Umgebung durch Lecken, Riechen und Betasten von Gegenständen
- Überempfindlichkeit gegenüber bestimmten Geräuschen (wie bspw. Gesang, Staubsaugerlärm)
- Schwierigkeiten im Abwarten
- geringe Empfindlichkeit gegenüber Schmerz und Temperatur
- Fasziniertsein von visuellen Mustern, Lichtern und glänzenden Oberflächen

- Scheu vor Berührungen, die nicht von ihnen selbst ausgehen

Diese repetitiven Handlungen können sowohl Ausdruck von Freude als auch von Stress und Angst sein. Die eingeschränkten Verhaltensweisen dienen dazu, den Status quo unverändert zu erhalten. Da das Verhalten anderer Personen für autistische Kinder so unvorhersehbar und chaotisch erscheint, ist für sie die Vorhersehbarkeit des Gleichbleibenden und der Routine so bedeutend, da sie in einer unverständenen Welt Ordnung vermittelt. Das Gleichbleibende ist bei Gegenständen um einiges leichter zu kontrollieren als das Handeln von Personen. Kinder mit einer ASS zeigen daher eine starke Neigung, sich eher mit Objekten als mit den Interaktionen von Menschen zu beschäftigen (DODD 2007: 116f.).

Der Widerstand gegen Veränderungen zeigt sich auch in den eingeschränkten Essgewohnheiten. Viele Kinder mit der Diagnose frühkindlicher Autismus essen kaum oder nie etwas, das von ihrem üblichen Speiseplan abweicht. Sie achten auch auf Farbe, Konsistenz und Anrichtung der Speisen (a.a.O.: 120).

„Repetitives und ritualistisches Verhalten tritt in allen Bereichen des Lernens, des sozialen und kommunikativen Verhaltens auf. Es gibt verschiedene Theorien darüber, warum Autisten dieses Verhalten zeigen. Manche Psychologen glauben, dass repetitives und stereotypes Verhalten ein Mittel ist, die sensorische Stimulation zu regulieren, indem es hilft, visuelle, auditive, taktile¹⁰ und kinästhetische¹¹ Stimulationen, die als überwältigend und belastend erfahren werden, auszublenden“ (a.a.O.: 121).

„Neben der hohen Angstbereitschaft in sozialen Situationen scheinen bei autistischen Menschen die selbstverletzenden Verhaltensweisen eine wesentliche Rolle zu spielen. Besonders relevant ist die Häufigkeit des Auftretens von Verhaltensauffälligkeiten. Hier ist besonders das z. T. massive selbst- sowie fremdverletzende Verhalten zu nennen. Das Ausmaß der Bereitschaft, sich immer wieder selbst zu verletzen, liegt dabei wesentlich höher als bei anderen behinderten Personengruppen“ (LASV 2008: 10).

Wie oben aufgeführt besitzen Personen mit dem Kanner- Syndrom mehrfache Beeinträchtigungen. Aufgrund dessen ist deren Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft erheblich eingeschränkt. Wie alle anderen Menschen, entwickeln sich

¹⁰ den Tastsinn betreffend

¹¹ Fähigkeit, Bewegungen der Körperteile unbewusst zu kontrollieren und zu steuern

auch Menschen mit frühkindlichem Autismus fort. Das Sichtbarwerden positiver Veränderungen in den Funktionsbeeinträchtigungen ist jedoch ein langwieriger Prozess und erfordert viel Zeit und Geduld (LASV 2008: 10).

Die oben genannten Verhaltensauffälligkeiten machen es erforderlich, dass diese Personen ständige kommunikative Hilfen, verhaltenstherapeutische Maßnahmen, körperorientierte Vermittlungsverfahren benötigen, die kontinuierlich reflektiert und an individuelle Besonderheiten angepasst werden. Menschen mit frühkindlichem Autismus benötigen meist lebenslange Unterstützung und individuelle Begleitung. Aufgrund der erhöhten gesundheitlichen Risiken von Menschen mit einer geistigen Behinderung und autistischen Spektrumstörung, ist eine stabile, qualitativ hochwertige medizinische Versorgung und Krisenintervention erforderlich (LASV 2008: 11).

3.2. Prävalenz

Die Prävalenz einer Krankheit oder Behinderung gibt die Ausbreitung bzw. das Vorherrschen dieser in der Bevölkerung an.

Gerade bei Autismus findet man nach ausgiebigen Recherchen Zahlen, die sich voneinander unterscheiden. Dies liegt vorrangig daran, dass Probleme bei der Diagnose dieses Behinderungsbildes bestehen und, wie oben erwähnt, viele verschiedene Formen auftreten können. Weitere Gründe für das Ansteigen der Prävalenz-Zahlen ist ein erhöhtes Interesse der Öffentlichkeit und der Fachwelt, ein erweiterter Geltungsbereich des autistischen Spektrums, verbesserte Diagnosetechniken und neue Forschungsmethoden, die verwandte Störungen einbeziehen. Ob diese Faktoren jedoch der alleinige Grund für die signifikante Zunahme des Autismus sind, bleibt klärungsbedürftig (DODD 2007: 10). Am häufigsten wird in der Literatur folgende Zahl angegeben: von 10 000 Personen der Bevölkerung sind etwa 19 von Autismus betroffen. Diese Zahl berücksichtigt *nicht* das Asperger-Syndrom (GILLBERG/ WING 1999: 401). Frühkindlicher Autismus tritt häufiger bei Jungen auf. Das Verhältnis schwankt je nach Definition, wird jedoch im Allgemeinen bei drei- bis viermal so viel Jungen wie Mädchen angesiedelt (DILLINGER et al. 2008: 306). Mädchen mit der Diagnose Autismus sind gewöhnlich schwerer betroffen und zeigen ein signifikantes Maß an geistiger Behinderung. „Etwa 70 Prozent der Menschen mit Autismusstörung haben geistige Behinderungen, die von leicht bis schwer reichen“ (a.a.O.:11).

3.3. Verlauf und Prognose

Die mit einer ASS einhergehenden Auffälligkeiten veranlassen die Eltern meist während des 2. Lebensjahres des Kindes zum ersten Mal professionelle Hilfe aufzusuchen, auch wenn eine Störung der Entwicklung seitens der Eltern schon längere Zeit zuvor vermutet wurde. Kinder mit einer ASS entwickeln die spezifische Symptomatik spätestens zwischen dem 30. und 36. Lebensmonat. Die Prognose ist in Abhängigkeit der Schwere der Erkrankung, der Komorbidität, der Betreuung und der therapeutischen Maßnahmen sehr unterschiedlich. Die folgende Beschreibung des Verlaufs kann daher nur als grob prototypisch gesehen werden; sie kann im Einzelfall stark variieren (POUSTKA et al. 2004: 34).

Poustka et al. (2004 : 34f.) geben folgendes an:

Alter	Verlauf - Defizite
Säuglings- und Kleinkindalter (0- 2 Jahre)	<ul style="list-style-type: none">▪ <u>Charakteristisch</u>: Schlafprobleme, Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme, Mangel an Spiel/ Initiative/ Imitation, Probleme in früher Sozialisation
Vorschulalter (2- 6 Jahre)	<ul style="list-style-type: none">▪ Zu diesem Zeitpunkt tritt die autistischemustypische Symptomatologie (wie in ICD- 10 beschrieben) in deutlichster und oft auch schwerster Form zu Tage▪ Vorkommen von aggressiven Durchbrüchen, Hyperaktivität, einem extremen Beharren auf Gleichförmigkeit, repetitives Spiel▪ ggf. Beginn einfacher Kommunikation▪ in der nachfolgenden Zeit bis hin zu Pubertät lässt bei einer Mehrzahl der Kinder die Schwere der Störung und die soziale Isolation nach; evtl. wird ein gewisser Kontakt zu Gleichaltrigen möglich
Adoleszenz, Erwachsenenalter	<ul style="list-style-type: none">▪ Verlauf sehr unterschiedlich – einige Betroffene zeigen eine Regression¹² im Verhalten, andere eine Besserung der Symptomatik▪ Jugendliche mit schwerer intellektueller Behinderung zeigen u.U. im Zuge der sexuellen Reife sozial unangepasstes, enthemmtes Verhalten

¹² Reaktivierung entwicklungsgeschichtlich älterer Verhaltensweisen beim Abbau oder Verlust des höheren Niveaus

Tab. 2: Verlauf der autistischen Störung

Noch immer sind Studien, die über einen längeren Beobachtungs- und Untersuchungszeitraum laufen rar. Die vorhandenen Ergebnisse sind uneinheitlich. „In einer Übersichtsarbeit fassen Howlin und Goode (1998) 17 Querschnitts- und Längsschnittstudien von 1956 bis 1995 zusammen, die auf einer Verminderung der Symptomschwere des Autismus bei 30% bis 80% der Menschen im Laufe des Lebens hinweisen. Je nach Studie wurde der Verlauf bei 3% bis 38% als ‚gut‘ bezeichnet. Soziale und kommunikative Fähigkeiten bleiben jedoch auf niedrigem Niveau“ (BEADLE-BROWN et al. 2002: 197).

Etwa 10% der erwachsenen Personen mit einer ASS können ein selbständiges Leben führen; ca. 40% bis 50% leben in Institutionen, in denen sie betreut werden (POUSTKA et al. 2004: 35).

3.4. Diagnostik

Bei der Diagnostik kann eine Vielzahl von Verfahren eingesetzt werden. In der nachfolgenden Übersicht sind verschiedene Methoden aufgezeigt, die jedoch nicht als abschließend zu verstehen sind.

Checklisten:

Instrument	Diagnostik	Altersgruppe
Merkmalisliste zur Erkennung autistischer Störungen	Früherkennung	Kleinkinder und Kinder
Checkliste zur Früherkennung des Kindlichen Autismus im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung U1-U8	Früherkennung	Kleinkinder
Früherkennung: erste Symptome (nach Poustka)	Früherkennung	ca. 18 Monate
ADOS (Diagnostische Beobachtungsskala für autistische Störungen) ¹³	Früherkennung	Kleinkinder
CARS (Childhood Autism Rating Scale) ¹⁴	Screening	alle Altersgruppen

¹³ siehe Anhang (Seite I)

¹⁴ siehe Anhang (Seite II)

Diagnostik autistischer Störungen:

Instrument	Diagnostik	Altersgruppe
FSK (Fragebogen über Verhalten und soziale Kommunikation)	Diagnostik autistischer Störungen	alle Altersgruppen
ADI- R (Diagnostische Beobachtungsskala für autistische Störungen)	Diagnostik autistischer Störungen	alle Altersgruppen
SEAS- M (Skala zur Erfassung von ASS bei Minderbegabten)	Diagnostik autistischer Störungen	Erwachsene

Förder-/ Prozessdiagnostik:

Instrument	Diagnostik	Altersgruppe
PEP- R (Psycho-Educational Profile – Revised)	Entwicklungs- und Verhaltensprofil für Kinder	Kinder
AAPEP (Adolescent und Adult Psychoeducational Profile)	Kompetenz- und Verhaltensprofil	Jugendliche und Erwachsene

Intelligenz- und Entwicklungstests:

Instrument	Diagnostik	Altersgruppe
K- ABC (Kaufmann Assessment Battery)	Intelligenztest	Kinder
TBGB (Testbatterie für Geistig Behinderte Kinder) ¹⁵	Entwicklungs- und Leistungstest	Kinder mit geistiger Behinderung
WET (Wiener Entwicklungstest)	Entwicklungstest	Kinder im Alter von 3- 6 Jahren
ET (Entwicklungstest 6 Monate bis 6 Jahre)	Entwicklungstest	Kinder

Tab. 3: Überblick der wichtigsten Diagnoseinstrumente (LASV 2008: 20f.)

Der FSK ist ein Screening- Fragebogen, der an die diagnostischen Leitlinien für frühkindlichen Autismus nach ICD- 10 und DSM- IV angelehnt ist. Dieser liefert, noch bevor ein Betroffener mit Verdacht auf Autismus vorgestellt wird, autismusrelevante schriftliche Informationen. Daher richtet er sich an Eltern, Betreuer und weitere

¹⁵ siehe Anhang (Seite III)

Bezugspersonen, die mit dem aktuellen und zurückliegenden Verhalten des Kindes/ Jugendlichen vertraut sind. Der FSK besteht aus 40 Items, die eine Auswahl aus der ADI- R darstellen.

Das ADI- R stellt ein strukturiertes Elterninterview zur Diagnostik und Differentialdiagnostik tiefgreifender Entwicklungsstörungen dar. Es ist hoch spezifisch für die Diagnose eines frühkindlichen Autismus und ermöglicht somit eine Aussage darüber, ob Autismus vorliegt oder nicht. Das ADI- R besteht aus 111 Fragen und konzentriert sich auf den Altersbereich zwischen dem 4. und 5. Lebensjahr. Die meisten Items gehen von „jemals“ gezeigtem statt „derzeit“ gezeigtem Verhalten aus (LASV 2008: 22).

Wird aufgrund der erfolgten Untersuchungen mittels FSK oder ADI- R eine autistische Störung vermutet, so ist die Beobachtungsskala ADOS ein geeignetes Instrument auf strukturierte, den diagnostischen Kriterien des ICD- 10/ DSM- IV entsprechende Weise die Bereiche soziale Interaktion, Kommunikation und Verhalten zu erfassen (LASV 2008: 22).

„Das ADOS enthält standardisierte Aufgaben und Aktivitäten, bei denen das Auftreten oder Fehlen bestimmter Verhaltensweisen beobachtet werden kann, die sich unabhängig vom Entwicklungsstand und chronologischen Alter als relevant für die Diagnose einer autistischen Störung oder anderer tiefgreifender Entwicklungsstörungen erwiesen haben. Es werden gezielt soziale Situationen erzeugt [...], in denen eine bestimmte Verhaltensweise mit großer Wahrscheinlichkeit auftritt“ (RÜHL et al. 2004: 7).

Innerhalb des Prozesses der Diagnostik sind bei einem Verdacht einer ASS weitere mündliche und schriftliche Befragungen der Eltern zu Familienstruktur, -situation etc. erforderlich. Eine sorgfältige Exploration der Bezugspersonen umfasst dabei folgende Bereiche:

- Autistische Symptomatik des Kindes (Jugendlichen/ Erwachsenen)
- Entwicklungsgeschichte sowie medizinische Anamnese
- Psychiatrische Komorbidität und Differentialdiagnose
- Funktionsniveau
- Therapie und Familienanamnese

Neurologische und organische Untersuchungen sowie weitere klinische Verhaltensbeobachtungen des Betroffenen müssen zusätzlich vorgenommen werden (LASV 2008: 23).

3.5. Ätiologie

Die Ursache(n) der Entstehung von autistischen Störungen kann bis heute nicht vollständig geklärt werden. In der Literatur findet man zur Erklärung verschiedene Ansätze, die sich in einigen Punkten gleichen, in anderen voneinander unterscheiden. Aufgrund vielfältiger Befunde wird in den meisten Ausführungen von einer genetisch/ hirnorganisch/ hirnfunktionellen Pathogenese des frühkindlichen Autismus ausgegangen, wobei aufgrund einer mittlerweile großen Anzahl von Zwillings-, Geschwister- und Familienuntersuchung genetische Ursachen als Ausgangspunkt des Autismus angenommen werden müssen (POUSTKA et al. 2004: 22f.). Um die eventuelle Ursache des Autismus erklären zu können müssen folgende Teilaspekte mit berücksichtigt werden:

3.5.1. Genetik

Nach derzeitigem Erkenntnisstand kann angenommen werden, dass der frühkindliche Autismus eine starke genetische Grundlage hat. Dies zeigen u.a. nachfolgende verhaltensgenetische und molekulargenetische Studienbefunde:

- Eineiige Zwillinge zeigen eine Konkordanz¹⁶ zwischen 82% und 90% (FOLSTEIN/ RUTTER 1977: 727)
- Geschwister von autistischen Personen haben ein Erkrankungsrisiko von rund 3%; das bedeutet eine 50 bis 100-mal höheres Risiko als in der Durchschnittsbevölkerung (a.a.O.: 726).

Familienstudien zeigen zudem, dass nicht nur das Vollbild der Erkrankung gehäuft vorkommt, sondern dass auch subklinische¹⁷ autistische Merkmale im Sinne eines breiteren Phänotyps häufiger als wahrscheinlich zu erwarten sind (BAILEY et al. 1998: 387). Durch das gemeinsame Auftreten von Autismus und Chromosomenanomalien geht man davon aus, dass die Behinderung durch das Zusammenwirken mehrerer Gene (6- 10) entsteht. Belegt wird dies dadurch, dass in molekulargenetischen Untersuchungen einige Genregionen identifiziert wurden, die

¹⁶ die Übereinstimmung in Bezug auf ein bestimmtes Merkmal

¹⁷ im Sinne von: weiteren autistischen Merkmalen (neben Leitsymptomen)

mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Gen enthalten, das für Autismus verantwortlich ist (ROLLETT/ KASTNER-KOLLER 2007: 228).

3.5.2. Neuroanatomie

Bei der Neuroanatomie sind zwei Aspekte von Bedeutung. Einerseits zeigten Untersuchungen des Gehirns, dass das Hirngewicht bei verstorbenen Kindern um etwa 100g bis 200g schwerer war als das von Kinder ohne einer autistischen Störung. Das Hirngewicht der überwiegenden Mehrheit von Erwachsenen mit Autismus hingegen wog 100g bis 200g weniger. Darüber hinaus konnte festgestellt werden, dass die Nervenzellen eine geringere Größe aufwiesen und im Gewebe dichter gepackt erschienen. Diese Gewebeeigenschaften waren zu einem Großteil in der grauen Hirnsubstanz des limbischen Systems aufzufinden (a.a.O.: 229). Dennoch ist festzuhalten, „dass eindeutige klar und leicht ersichtliche morphologische Unterschiede zwischen den Patienten mit Autismus und der Kontrollgruppe nicht existieren, sondern dass man mit weit verbreiteten diskreten, mehr quantitativen Veränderungen rechnen muss“ (a.a.O.) und das diese Veränderungen speziell in bestimmten Regionen des Gehirns auftreten.

3.5.3. Neurochemie

Neurochemische Stoffe sind für die Signalübertragung innerhalb und zwischen den Nervenzellen verantwortlich. Über diese Stoffe wird einerseits die Kommunikation im zentralen Nervensystem geregelt, andererseits sind sie aber auch wichtig für die Entwicklung des Gehirns und die Ausdifferenzierung von Zellen. Einer dieser Stoffe ist u.a. das Serotonin, ein Transmitter. Er stimuliert in der frühen Entwicklung die Expressivität der postsynaptischen Serotonin- Rezeptoren. Im weiteren Verlauf der Entwicklung löst diese Substanz gegenregulatorische Mechanismen aus. Beim Autismus ist eine Serotoninvermehrung in den Blutplättchen zu erkennen. Obwohl derzeit noch nicht restlos gesichert ist, welche Substanzen in die Pathogenese involviert sind, könnte es sein, dass diese Auffälligkeiten eine Rolle spielen (a.a.O.: 229f.).

3.5.4. Neurophysiologie

Heutzutage ist es unbestritten, dass Autismus mit Fehlfunktionen des Zentralnervensystems verknüpft sein muss, da ca. 90% der Betroffenen Auffälligkeiten haben, die auf neurologische Störungen hinweisen (STEFFENBURG 1991: 510). In der Neurophysiologie zeigen sich Abnormalitäten in verschiedenen Gehirnarealen; hauptsächlich im Bereich der emotions- und sozialverhaltensrelevanten Hirnstrukturen. Aber auch hier lässt sich kein einheitliches Muster erkennen (ROLLETT/ KASTNER-KOLLER 2007: 230).

In langjährigen Untersuchungen, u.a. von Courchesne und Lincoln, hat sich gezeigt, dass Auffälligkeiten nur dann auftreten, wenn ein neuer Stimulus in einer Serie von gewohnten Reizen plötzlich erscheint, die Versuchsperson sich willentlich der Aufgabe zuwendet, den neuen Reiz abwartet und beantwortet. „Es lässt sich somit zeigen, dass die neurophysiologischen Zeichen der Informationsverarbeitung bei autistischen Personen nur dann auffällig sind, wenn Aufmerksamkeits- und Selektionsprozesse unter willentlicher Kontrolle ablaufen“ (a.a.O.). „Nimmt man die meisten Untersuchungen und die darin [enthaltenen] Befunde zusammen, so zeigt sich, dass elementare Wahrnehmungsfunktionen und auch elementare motorische Funktionen beim Autismus intakt sind, die Integration von Wahrnehmungselementen zueinander, aber auch mit motorischen Funktionen [...] schlechter gelingt“ (a.a.O.).

3.6. Komorbidität

Autismus ist eine psychische Störung, die häufig mit noch anderen psychischen oder physischen Problemen assoziiert wird. Die bedeutendsten Begleiterscheinungen, die zusätzlich auftreten sind Intelligenzminderung und Epilepsie.

Intelligenzminderung: Untersuchungen der letzten Jahre zeigten, dass bei etwa 25% bis 50% aller Fälle von Autismus auch eine geistige Behinderung vorliegt. Der Grund der Komorbidität von Autismus und geistiger Retardierung ist bisher unklar (POUSTKA et al. 2004: 20f.).

Epilepsie: Etwa 20% der betroffenen Personen entwickeln im Verlauf ihres Lebens ein Anfallsleiden (FOMBONNE 1999: 777). Die Besonderheit besteht darin, dass die Epilepsie erst in der späten Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter auftritt. GOODE, RUTTER und HOWLIN (1994) (zit. In: POUSTKA et al. 2004: 21) zeigten,

dass das Risiko für Epilepsie bei autistischen Patienten mit einem non-verbalen IQ>70 bei 18% und bei einem IQ zwischen 50 und 69 bei 16% liegt.

Andere psychische Störungen: Beim Autismus besteht ein erhöhtes Risiko für Hyperaktivität, Tic- Störungen, affektive Störungen, Autoaggressionen und Zwangsstörungen. Es wird derzeit noch diskutiert, ob diese Auffälligkeiten als Komorbidität zu betrachten sind oder ob das Vorhandensein eine Zweit- oder Dritt diagnose nach ICD- 10 rechtfertigt. Beim frühkindlichen Autismus wird oft *keine* Zusatzdiagnose aus dem psychiatrischen Bereich vergeben. Bei oben genannten Störungen ist es nicht bewiesen, ob diese zufällig oder überzufällig mit Autismus verknüpft sind (TSAI 1996: 159ff.).

Organische Syndrome: Bei der autistischen Störung kann es zusätzlich zu Erkrankungen im organischen Bereich kommen; diese sind u.a.: die tuberöse Hirnsklerose, die unbehandelte Phenylketonurie, das Fragile X- Syndrom und die Neurofibromatose. Man spricht in diesen Fällen auch von Phänokopien, Doppelsyndromen oder syndromalem Autismus. Auch hier besteht Uneinigkeit darüber, wie groß die Überschneidung von Autismus und organischen Syndromen ist. FOMBONNE (1999: 777ff.) und CHAKRABARTI/ FOMBONNE (2001) kommen zu dem Ergebnis, dass die Anzahl der Häufigkeit zwischen 6% und 10% liegt (zit. In: POUSTKA et al. 2004: 21).

Komorbidität	Vorkommen
Intelligenzminderung	25% bis 50%
Epilepsie	20%
Organische Syndrome	10%
Hyperaktivität	<i>Keine Angabe</i>
Zwangsstörungen	<i>Keine Angabe</i>
Autoaggressionen	<i>Keine Angabe</i>

Tab. 4: Komorbidität des frühkindlichen Autismus (POUSTKA et al. 2004: 21)

3.7. Differentialdiagnose

Der frühkindliche Autismus kann bei entsprechend klinischer Erfahrung in den meisten Fällen relativ zuverlässig von anderen psychiatrischen Störungen abgegrenzt werden. Folgende Differentialdiagnosen zum frühkindlichen Autismus werden bei POUSTKA et al. (2004: 19f.) angegeben:

Andere tiefgreifende Entwicklungsstörungen: An dieser Stelle kann es in Einzelfällen schwierig sein eine diagnostische Unterscheidung zu treffen, da sich die Leitsymptome der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen in Einzelfällen überlappen. Beispielsweise kann die Symptomatologie leichter Fälle des Autismus und die des Asperger- Syndroms ähnlich sein. In diesem Fall kann eine sichere Differentialdiagnose nicht erfolgen.

Intelligenzminderung (ohne Autismus): Die Differentialdiagnose bei Personen mit schwerer und schwerster Intelligenzminderung (IQ < 35) ohne Autismus sowie bei Säuglingen und Kleinkindern kann problematisch sein, da erhebliche Defizite in der Kommunikation und im Sozialkontakt bestehen. Somit spricht jede Form der Kommunikation und der Aufnahme von sozialem Kontakt seitens der Kinder gegen die Diagnose eines frühkindlichen Autismus.

Andere psychische Störungen: Die Differenzierung zur expressiven oder rezeptiven Sprachstörung und der erworbenen Aphasie¹⁸ mit Epilepsie ist unter Umständen erschwert, da viele dieser Kinder auch autismusähnliche Verhaltensauffälligkeiten zeigen. Jedoch sind das Ausmaß und die Qualität des sozialen Kontaktes und die Versuche des Ausgleiches von Kommunikationsdefiziten mittels non- verbaler Verhaltensweisen höher als bei autistischen Störungen. Kinder mit Bindungsstörungen (oder deprivierte Kinder) zeigen im Gegensatz zu Kindern mit einer ASS nach einigen Monaten im adäquaten Umfeld deutliche Verbesserungen kommunikativer und sozialer Funktionen. Weiterhin treten bei früh beginnenden Schizophrenien meist auch Symptome wie Wahn und Halluzinationen auf. Zusätzlich gibt es Unterschiede im Beginn und Verlauf der Störung sowie in der Wirksamkeit antipsychotischer Medikation. Beim Mutismus und bei Angstsyndromen liegen u.a. ein deutlich besseres soziales Reagieren, angepasstere Mimik und Gestik sowie ein besserer Blickkontakt vor.

Differentialdiagnose	ICD- 10 Bezeichnung
Andere tiefgreifende	<i>Keine weitere Bezeichnung</i>

¹⁸ Sprachverlust

Entwicklungsstörungen	
Intelligenzminderung ohne Autismus	F72, F73
<u>Andere psychische Störungen:</u>	
Expressive Sprachstörung	F80.1
Rezeptive Sprachstörung	F80.2
Erworbene Aphasie mit Epilepsie	F80.3
Bindungsstörungen	F94.1, F94.2
Deprivierte Kinder	Z62.4, Z62.5
Schizophrenie	F20
Mutismus	F94.0
Angstsyndrome	F41

Tab. 5: Differentialdiagnosen beim frühkindlichen Autismus (a.a.O.)

4. Asperger- Syndrom

4.1. Leitsymptome der drei Defizitkategorien

4.1.1. Auffälligkeiten in der gegenseitigen Interaktion

Die qualitativen Beeinträchtigungen in diesem Bereich sind die auffälligsten Charakteristika der Störung. Aufgrund dessen erfolgt nochmals eine Untergliederung.

Kontaktverhalten und soziale Motivation

Personen mit dem Asperger- Syndrom finden oft keinen Kontakt zu anderen Menschen, insbesondere das Knüpfen von Kontakten zu Gleichaltrigen ist schwierig. Die Gründe liegen dafür vorrangig an der Unfähigkeit, die ungeschriebenen Regeln des sozialen Miteinanders zu verstehen und sich daraufhin adäquat zu verhalten. Viele Kinder und Jugendliche haben jedoch den Wunsch nach Kontakt zu Freunden und nach Anerkennung durch Andere. Sie werden aber oft durch ihre sozialen Schwierigkeiten tief frustriert und enttäuscht. Dies liegt zu einem Großteil daran, dass sie nicht über die entsprechenden Fähigkeiten verfügen, Freundschaften aufzubauen und aufrecht zu erhalten (VOLKMAR/KLIN In: COHEN/ VOLKMAR 1997. 102f.).

Empathie/ Theory of Mind

Betroffene haben oft Schwierigkeiten die Gefühle anderer zu erkennen und auf diese emotional zu reagieren. Diese Defizite werde deshalb auch als „Störung der

Empathie“ oder als mangelnde Theory of Mind (Mentalisierungsfähigkeit) bezeichnet und meint somit die „Unfähigkeit, die Bedürfnisse und Sichtweisen eines anderen Menschen zu erkennen und entsprechend darauf zu reagieren“ (KLIN/ VOLKMAR In: KLIN/VOLKMAR/SPARROW 2000: 52). So erkennen bspw. Personen mit dem Asperger- Syndrom nicht, wenn ihr Gegenüber gelangweilt ist und kein Interesse an dem gegenwärtigen Gesprächsthema hat. Werden jedoch Emotionen eindeutig und sehr präzise ausgedrückt, dann sind Betroffene durchaus in der Lage diese richtig zu erkennen und adäquat darauf zu reagieren. Die Wirkung ihrer Mimik/ Gestik und Worte auf ihr Gegenüber wird von Menschen mit Asperger- Syndrom nicht beachtet, was dazu führen kann, dass sie einen sonderbaren Eindruck hinterlassen. So sagen sie bspw. Dinge, die andere verletzen, schockieren oder Äußerungen die unverständlich sind. Diese Auffälligkeiten lassen sich als extreme Selbstbezogenheit beschreiben. Außerdem nehmen diese Personen vielfältig, aber unangemessen Kontakt mit ihrer Umwelt auf. Sie sprechen gern und sehr viel mit anderen Personen, berichten ausführlich und weitschweifig von ihren Interessen, achten jedoch nicht darauf, ob ihr Verhalten der Situation angemessen ist und wie ihr Gegenüber darauf reagiert. Ambivalenzen verwirren Menschen mit dem Asperger- Syndrom; Situationen werden nicht sozial interpretiert, sondern auf eine rein sachliche Art und Weise angesehen (REMSCHMIDT/ KAMP- BECKER 2006: 88ff.).

Mangel an geteilter Freude/ sozioemotionaler Gegenseitigkeit

Hierbei bestehen Defizite im „Gemeinsamen“ einer Beziehung, eine Wechselseitigkeit ist nicht vorhanden und die Beziehung bleibt somit einseitig. Freude und Spaß wird nicht gemeinsam erlebt, sondern ist nur auf die eigenen Handlungen und Objekte bezogen. Somit fehlt der Bezug zu anderen Personen, dies ist auch daran zu erkennen, dass der Einsatz von verbalen und non- verbalen Verhaltensweisen im Sinne eines sozialen Austausches (d.h. Geplauder, Kommentare und Bemerkungen oder non- verbale Verhaltensweisen, die eine Gegenseitigkeit ausdrücken) fehlt oder deutlich reduziert ist (a.a.O.)

Nonverbales Verhalten (Mimik, Gestik, Blickkontakt)

Das Spektrum an Gesichtsausdrücken ist bei Menschen mit Asperger- Syndrom deutlich eingeschränkt und erscheint eigentümlich. So ist der mimische Ausdruck wenig sozial gerichtet, sodass der Betroffene seinen Gesichtsausdruck eher auf ein

Objekt richtet als auf sein Gegenüber. Zudem zeigen diese Personen meist nur extreme Ausformungen von Gefühlen, wie bspw. Zorn, Ärger oder Verzweiflung. Hingegen werden Gefühlsäußerungen wie Schuld, Ekel, Verlegenheit, Überraschung, Neugier und Vergnügen nicht non- verbal kommuniziert; sie sind im Gesichtsausdruck nicht zu erkennen. Des Weiteren fehlt das „soziale Lächeln“ bzw. der wechselseitige Bezug zur anderen Person. Das „soziale Lächeln“ wird als das spontane Lächeln verstanden, das auf eine Person gerichtet wird, von der man angelächelt wurde. Der Blickkontakt eines Menschen mit Asperger- Syndrom wird in der Kommunikation nicht als Ausdrucksmöglichkeit und zur Wahrnehmung des Gegenübers genutzt. Blickkontakt kommt zwar vor, aber ist meist nur flüchtig und nicht sozial moduliert. Die Gesten der Personen sind zudem auffällig. Beschreibende Gesten, mit denen ein Objekt oder ein Ereignis erklärt oder dargestellt werden soll, fehlen. Eingeschränkt sind außerdem der Einsatz von konventionellen Gesten (wie bspw. bei Freude in die Hände klatschen) oder derer von instrumentellen Gesten (wie Schulterzucken, Nicken, Kopfschütteln). Somit fehlt auch der kommunikative Aspekt der Gestik (a.a.O.).

4.1.2. Auffälligkeiten in Kommunikation und Sprache

Menschen mit Asperger- Syndrom entwickeln früh einen umfangreichen Wortschatz und eine formell korrekte Sprache. Sie zeigen jedoch eine deutliche Beeinträchtigung in der Prosodie¹⁹ und in der Pragmatik²⁰. Die Pragmatik der Sprache regelt den kommunikativen Gebrauch von Grammatik, Semantik usw. in verschiedenen Kontexten. Nur so kann verstanden werden, dass jemand einen Hintergedanken hat, stichelt oder humorvoll etc. sein möchte (a.a.O.).

Prosodie: Intonation/ Sprechweise

Bei Personen mit der Diagnose Asperger- Syndrom ist das Sprechvolumen, die Intonation und die Modulation der Sprache ungewöhnlich. Sie sprechen meist durchgängig zu laut oder zu leise, monoton und ohne emotionale Betonungen. Zudem ist das Sprechvolumen deutlich erhöht, sodass entsprechende Personen meist zu viel und ohne Rücksicht auf die Situation reden (a.a.O.).

¹⁹ metrisch- rhythmische Aspekte der Sprache

²⁰ sozialer Gebrauch und soziales Verständnis der Sprache

Pragmatik: Sprachverständnis

Das Sprachverständnis ist bei Menschen mit Asperger- Syndrom erschwert, da sie indirekte Formulierungen in der Regel nicht verstehen und Schwierigkeiten haben, wenn es nicht um die lexikalische Bedeutung von Wörtern und Sätzen geht. So sind bspw. Sprichwörter und Redensarten für sie sehr schwer zu verstehen („Mit dem ist nicht gut Kirschen essen“) (a.a.O.). „Dieser auffällige Aspekt des Sprachverständnisses resultiert aus der Unfähigkeit von Menschen mit Asperger- Syndrom zur Theory of Mind: Sie können sprachliche Äußerungen nicht in verschiedene Bezugssysteme setzen, für sie ist nur das eine Bezugssystem – das Lexikalische – von Bedeutung und sie haben Schwierigkeiten, sprachliche Äußerungen auch in andere Bezugssysteme (z.B. bildhaft, ironisch, etc.) zu setzen“ (a.a.O.). Missverständnisse sind somit vorprogrammiert.

Pragmatik: Verständnis von sozialen Regeln

Die Regeln der Pragmatik werden in den meisten Fällen vorausgesetzt und stillschweigend akzeptiert. Bei kleineren Kindern wird es noch entschuldigt, wenn diese zu freizügig über das Gewicht oder die äußere Erscheinung anderer Personen reden. Ab dem Grundschulalter wird aber erwartet, dass das Kind die Regeln der Pragmatik kennt und sich entsprechend diesen verhält. Bei Menschen mit Asperger- Syndrom ist zu beobachten, dass sie solche Regeln der Kommunikation häufig missachten. Sie geben bspw. Kommentare oder Bemerkungen von sich, die völlig unpassend zur Situation sind. Des Weiteren haben sie Schwierigkeiten sich auf eine „oberflächliche“ Konversation (Small Talk) einzulassen, da sie nicht im Interesse des Gegenübers antworten können (a.a.O.).

4.1.3. Auffälligkeiten im Verhalten und Interesse

Begrenzte, repetitive und stereotype Verhaltensweisen treten beim Asperger- Syndrom im Gegensatz zum frühkindlichen Autismus kaum auf. Häufig fallen jedoch Sonderinteressen, zwanghaftes Verhalten, Veränderungsängste und motorische Ungeschicktheit auf.

Sonderinteressen

Menschen mit Asperger- Syndrom neigen dazu, sich großen Mengen an faktischen Informationen im Hinblick auf ihre speziellen Interessen anzueignen (Vgl.

KLIN/VOLKMAR In: KLIN/VOLKMAR/SPARROW 2000: 37). Diese besitzen z.B. ein starkes Interesse in Bereichen wie Mathematik, wissenschaftlichen Teilbereichen, Lesen oder Teilbereichen aus Geographie und Geschichte. Dabei geht es jedoch um Wissensansammlungen im Sinne von Datensammeln und Speichern von Faktenwissen und nicht um eine spielerische Auseinandersetzung mit diesen Dingen. Die Sonderinteressen treten meistens vor oder während des Schulalters auf. Oft versuchen die Kinder oder Jugendlichen auch dadurch Kontakt zu Mitmenschen aufzunehmen, indem sie bspw. fremde Menschen auf diese Themen ansprechen. Die Interessengebiete können wechseln, dominieren aber das alltägliche Leben dieser Person sowohl in der zeitlichen Beanspruchung als auch in der darauf verwendeten Energie und Konzentration. Die Interessen haben oft keine sozialen Motive und auch wenig Bedeutung für das praktische Leben (REMSCHMIDT/ KAMP-BECKER 2006: 96).

Veränderungsängste/ Zwänge

Rigide, sich wiederholende, perfektionistische und zwanghafte Verhaltensweisen treten bei allen autistischen Störungen auf, einschließlich dem Asperger- Syndrom. Zwänge und Veränderungsängste sind meist ein Teil der Symptomatik. Da diese Verhaltensweisen in bestimmten Fällen derart ausgeprägt sind, stellt sich die Frage, ob eine Zwangsstörung differentialdiagnostisch erwogen werden muss oder als komorbide Störung angesehen werden kann. Die Lebensqualität von Menschen mit Asperger- Syndrom ist durch das Einhalten von Routinen und Ritualen in erheblichem Maß beeinträchtigt. Die zwanghaften Verhaltensweisen können mit Spezialinteressen verbunden sein oder andere Sachverhalte, wie bspw. sich anziehen, essen und die persönliche Hygiene betreffen (a.a.O.).

Motorik

Die motorische Ungeschicktheit ist ein meist auffälliges, aber nicht unbedingt notwendiges Symptom des Asperger- Syndroms (vgl. ICD- 10- Kriterien). Derzeit wird in diesem Bereich noch geforscht, da bisher empirische Befunde sehr widersprüchlich und methodisch strittig sind (a.a.O.: 101).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass bei Menschen mit Asperger- Syndrom eine massive Differenz zwischen ihren kognitiven und ihren sozial-

emotionalen Fertigkeiten vorliegt. Einerseits sind sie sprachlich sehr gewandt und erfassen Lerninhalte gut und schnell. Manche sind in der Schule sogar kognitiv unterfordert. Andererseits bleibt ihnen die soziale Welt fremd, in emotionalen Dingen und im emphatischen Umgang miteinander sind sie häufig überfordert (a.a.O.: 102).

4.2. Prävalenz

Wie auch beim frühkindlichen Autismus existieren beim Asperger- Syndrom nur sehr wenige Studien zur Prävalenz, die sich dazu noch in den Zahlen voneinander unterscheiden. Bei den epidemiologischen Studien ist zu bedenken, dass sich sowohl das Namensverzeichnis als auch die diagnostischen Kriterien für die ASS im Laufe der Jahre immer wieder geändert haben. Es existieren verschiedene Kriterienkataloge (vgl. ICD- 10 und DSM- IV) (a.a.O.: 26).

Die einzige Untersuchung, die sich ausschließlich auf die Prävalenz des Asperger-Syndroms konzentrierte, wurde in Schweden durchgeführt und 1993 von Ehlers und Gillberg geliefert. Sie bezog sich auf eine Stichprobe von 1519 Kindern im Alter von 7 bis 16 Jahren. Von den 14 Kindern, bei denen zunächst ein Verdacht auf Asperger-Syndrom bestand, erwiesen sich vier nach den Kriterien des ICD- 10 als Asperger-Fälle. Dies entspricht einer Häufigkeit von 28,5 auf 10.000 Kinder. Aber auch bei dieser Zahl existiert eine Reihe von Kritikpunkten. Diese belaufen sich u.a. auf eine kleine Zahl der Stichprobe und keine hinreichenden Daten des Screening-Instruments (a.a.O.).

4.3. Verlauf und Prognose

Der Verlauf des Asperger- Syndrom gestaltet sich meist folgendermaßen: Im Gegensatz zum frühkindlichen Autismus sind die Symptome des Asperger-Syndroms erst etwa ab dem 3. Lebensjahr erkennbar. Die Sprachentwicklung der Kinder setzt früher oder altersentsprechend ein, so dass für die Eltern im 2. Lebensjahr kein Grund zur Besorgnis besteht. Erst im Kindergartenalter werden die Auffälligkeiten ersichtlich. Das Kind mit Asperger- Syndrom zeigt kein Interesse an den anderen Kindern bzw. ist unfähig altersangemessenen Kontakt aufzunehmen. Anfangs sind die Auffälligkeiten noch sehr unspezifisch, im Laufe der Zeit nehmen aber die Anforderungen an die sozialen Fähigkeiten zu und das Kind kann diesen nicht mehr nachkommen; die Symptomatik erfährt eine Steigung. Gerade in der Pubertät kommt es dann zu einer deutlichen Zunahme der Problematik. Zusätzliche

Symptome, wie bspw. Zwänge und Depressionen entstehen. Auch im Erwachsenenalter variiert die Symptomatik von Individuum zu Individuum, aber auch über die Zeit. Reifungsprozesse, sowohl biologische als auch psychische, beeinflussen den Verlauf, die Ausprägung und die Ausgestaltung des Symptome. Förderung, Therapie, familiäres Umfeld, medikamentöse Behandlung usw. nehmen zusätzlich, meist positiven Einfluss auf die Entwicklung. In vielen Studien konnte bewiesen werden, dass die Symptomatik (erfasst durch das ADI) im Erwachsenenalter im Vergleich zur frühen Kindheit signifikant geringer ausfällt (a.a.O.: 202ff.).

Es sollte jedoch immer berücksichtigt werden, dass „autistische Störungen [...] als lebenslang angesehen [werden], die sich im Laufe der Entwicklung eines Menschen wandeln können, deren Kernsymptomatik in ihrer qualitativen Abweichung jedoch erhalten bleibt“ (a.a.O.: 207). Asperger selbst beschrieb 1944 zunächst einen positiven Verlauf der Symptomatik seiner Patienten und schätzte ihre Prognose als günstig ein. In späteren Jahren relativierte er jedoch die anfänglichen Einschätzungen, beschrieb aber dennoch Funktionsverbesserungen während des Prozesses des Erwachsenenalters bei einem generell stabilen klinischen Bild (a.a.O.).

Nordin und Gillberg (1998: 100ff.) sowie Howlin (2000: 125ff.) fassen folgendermaßen zusammen:

- „Gute kognitive und sprachliche Fähigkeiten haben einen positiven, aber nicht ungebremsten Einfluss auf den Verlauf der Störung.
- Im Verlauf kommt es zu einer Verminderung der Symptomatik, wenngleich die meisten Patienten auch im Erwachsenenalter noch alle Diagnosekriterien erfüllen.
- Frühe Diagnose und Intervention- auch hinsichtlich der sozial- kognitiven Fähigkeiten- sind entscheidend.
- Der Verlauf ist sehr variabel.
- Zwar scheint die Prognose beim Asperger- Syndrom besser zu sein als beim frühkindlichen Autismus, dennoch hängt der Verlauf nicht nur von guten kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten ab.
- Das Auftreten von komorbiden Erkrankungen beeinträchtigt die Entwicklungsmöglichkeiten.“

4.4. Diagnostik

Wie auch schon beim frühkindlichen Autismus erwähnt, gibt es auch beim Asperger-Syndrom kein Verfahren, das eine eindeutige Diagnose stellen kann. Zwar geht man davon aus, dass ASS eine biologische Ursache haben, aber genauso klar ist auch, dass nicht nur ein biologischer Faktor ASS verursacht. Deshalb wird zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine Diagnose durch Verhaltensbeobachtungen jeglicher Art gestellt (REMSCHMIDT/ KAMP- BECKER 2006: 107).

Ein Verfahren, welches angewendet werden sollte ist das **Screening**. Es hat durch die frühzeitige und schnelle Identifizierung von autistischen Symptomen eine große Bedeutung. Denn je früher die Diagnose gestellt wird, desto früher kann auch eine intensive Förderung einsetzen, die die besten Fortschritte in der Entwicklung des Kindes erzielen kann. Die „Marburger Beurteilungsskala zum Asperger- Syndrom“ (MBAS) ist ein Fragebogen zum Screening von autistischen Störungen auf einem hohen Funktionsniveau bei Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 6 und 24 Jahren mit durchschnittlichen kognitiven Fähigkeiten. Die MBAS orientiert sich an den diagnostischen Kriterien der aktuellen Klassifikationssysteme ICD- 10 und DSM- IV. Die Fragen beziehen sich einerseits auf den aktuellen Zustand, andererseits aber auch auf die Symptomatik des 4.- 5. Lebensjahres. Erfasst werden folgende Symptombereiche: Qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktion, Qualitative Beeinträchtigungen der Kommunikation und begrenzte, repetitive und stereotype Verhaltensweisen, Interessen und Aktivitäten (a.a.O.: 108f.).

Ein weiterer Schritt in der Diagnose des Asperger- Syndroms sollte auch eine **Exploration der Bezugsperson(en)** sein, da die Anamnese der gesamten Entwicklung einen hohen Stellenwert einnimmt. Auch die frühkindliche Entwicklung beim Asperger- Syndrom sollte bei der Exploration einen höheren Stellenwert haben, da dieses Behinderungsbild zu den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen zählt, deren Beginn in der frühen Kindheit liegt. Dies bedeutet, dass die Symptomatik sowohl für die frühe Kindheit als auch für den derzeitigen Lebensabschnitt erfragt werden sollte. Bei REMSCHMIDT/ KAMP- BECKER (2006: 113) werden folgende Bereiche der Anamnese benannt:

- Schwangerschaft, Geburt, frühkindliche Entwicklung (sog. Meilensteine der Entwicklung)
- Entwicklung der Symptomatologie

- Wann bemerken die Eltern erstmals, dass in der Entwicklung ihres Kindes etwas nicht stimmt?
- Vorkommen von Entwicklungsstörungen oder autistischen Wesensmerkmalen bei Familienmitgliedern
- familiäre und psychosoziale Faktoren
- therapeutische/ medikamentöse Maßnahmen der Vergangenheit und dessen Erfolg

Diese Angaben der Bezugsperson(en) müssen durch weitere Einschätzungen, bspw. aus dem Kindergarten, der Schule und aus Vorbefunden von ambulanten oder stationären Aufenthalten ergänzt werden (a.a.O.: 114).

Ein dritter Schritt des Verfahrens ist die **Exploration und Verhaltensbeobachtung des Betroffenen**. „Die klinische Verhaltensbeobachtung des Kindes/ Jugendlichen ist die bedeutendste Informationsquelle, anhand derer die Aussagen aus dem Umfeld des Betroffenen geprüft werden können“ (a.a.O.). Die Beobachtung sollte in verschiedenen Situationen erfolgen; in strukturierten und unstrukturierten sowie in bekannten und neuen Situationen. Des Weiteren sind die Kenntnisse der Interaktionen innerhalb der Familie für die weitere Interventionsplanung bedeutsam. Wichtig ist zudem, dass die charakteristischen Symptome in der sozialen Interaktion, im Spielverhalten, bei den Interessen und in der Kommunikation in Relation zum Entwicklungsstand des Kindes/ Jugendlichen gesetzt werden. Als Letztes sollte noch darauf geachtet werden, ob weitere Auffälligkeiten, wie Tic- Störungen, Ängste und/ oder zwanghaftes Verhalten ersichtlich sind (a.a.O.).

Abschließend können, wie auch bei den Diagnose-Instrumenten des frühkindlichen Autismus, die standardisierten Verfahren des **ADI** und des **ADOS** (s. Pkt. 3.4.) aufgeführt werden. Jedoch sind diese Methoden nicht gezielt dazu konzipiert und validiert worden, um das Asperger- Syndrom zu erfassen. Sie erheben allerdings den Anspruch, für das gesamte autistische Spektrum geeignet zu sein (a.a.O.: 115f.).

4.5. Ätiologie

Die Ursache des Asperger- Syndroms ist, wie auch beim frühkindlichen Autismus bisher noch nicht vollkommen geklärt. Folgende Einflussfaktoren sind jedoch in der Literatur aufgeführt: genetische Faktoren, Hirnschädigungen und Hirnfunktions-

störungen sowie neuropsychologische Defizite. Neuerdings wurde zudem festgestellt, dass Jugendliche mit Asperger- Syndrom ein niedrigeres Körpergewicht im Vergleich zu Gleichaltrigen haben. Inwieweit dies jedoch mit den Ursachen des Asperger- Syndroms zusammen hängt, ist vorerst unklar (REMSCHMIDT 2008: 57).

4.5.1. Genetische Faktoren

Asperger (1944) untersuchte 200 Kinder mit einer autistischen Psychopathie und fand heraus, dass fast alle mindestens einen Elternteil mit ähnlichen Persönlichkeitsmerkmalen hatten. Ferner stellte er fest, dass die Väter oft sehr intellektuell ausgerichtet waren. Auch Wolff (1995: 26f.) führte Untersuchungen durch und kam auf ein ähnliches Ergebnis wie Asperger und weitere Wissenschaftler (Wing 1981: 119f.; Gillberg 1989: 524). Es sind jedoch umfangreiche Familienuntersuchungen erforderlich, um die Hypothese einer genetischen Verursachung zu überprüfen. Neuere Untersuchungsergebnisse ließen die Vermutung aufkommen, dass Autismus im Zusammenhang mit bestimmten Regionen auf den Chromosomen zu sehen ist. „In einer finnischen Untersuchung zur Genetik des Asperger- Syndroms wurden sogenannte Suszeptibilitätsgenorte auf den Chromosomen 1, 3 und 13 festgestellt, die sich mit bereits beschriebenen Genorten für den frühkindlichen Autismus [...] und für die Schizophrenie überlappen“ (YLISAUKKO-OJA et al. 2004: 162ff.). Ausgehend von diesen Ergebnissen wäre es denkbar, dass zur Pathogenese des Asperger- Syndroms sowohl genetische Komponenten aus dem Bereich schizophrener Erkrankungen als auch aus dem Spektrum autistischer Störungen beitragen (REMSCHMIDT 2008: 58).

4.5.2. Hirnschädigungen und Hirnfunktionsstörungen

In mehreren Untersuchungen wird berichtet, dass Kinder mit Asperger- Syndrom zwischen 43% (Gillberg 1989: 524) bis 67% (Rickarby 1991 zit. In REMSCHMIDT 2008: 59) pränatale²¹ oder perinatale²² Komplikationen erlitten haben. Die cerebralen Dysfunktionen sind jedoch bei Kindern mit Asperger- Syndrom niedriger als bei

²¹ vorgeburtlich

²² geburtsbegleitend

Kindern mit „High- functioning“- Autismus²³. Des Weiteren wurden Hirnfunktionsstörungen beschrieben bei denen sich auch die Frage stellt, inwieweit diese für das Asperger- Syndrom oder andere ASS spezifisch sind. Solche Untersuchungsergebnisse beziehen sich auf Gewebeauffälligkeiten des Hippocampus, einem bestimmten Hirnabschnitt sowie auf neurophysiologische Auffälligkeiten der seitlichen und vorderen Hirnrinde (MINSHEW 1992 zit. In REMSCHMIDT 2008: 59). „Aus diesen und anderen Defiziten (einschließlich der neuropsychologischen Defizite) kann geschlossen werden, dass sowohl das Asperger- Syndrom als auch andere autistische Syndrome die Konsequenz einer Entwicklungsstörung neuronaler Reize sind, die ihrerseits zu einer Störung der Verarbeitung komplexer Informationen führt. Diese Fehlentwicklung wird möglicherweise durch genetische Faktoren, Hirnschädigungen und/ oder Umwelteinflüsse mitbedingt“ (REMSCHMIDT 2008: 59).

4.5.3. Neuropsychologische Defizite

Zu den neuropsychologischen Defiziten zählt u.a. die Unfähigkeit des „Theory of Mind“, welches die Fähigkeit beschreibt, psychische Zustände (Gefühle, Gedanken) anderen Personen und sich selbst zuzuschreiben. Es verbessert sich aber scheinbar die Fähigkeit von Patienten, solche Aufgaben mit zunehmenden Alter zu lösen (BOWLER 1992: 888ff.; HAPPÉ et al. 1996: 199f.). Zudem gibt es neben dem „Theory of Mind“ mehrere andere Befunde aus dem Bereich der visuellen Wahrnehmung, der Wahrnehmung des Gesichtsausdruckes und der Wiedererkennung von Gesichtern, die mit einer Frontallappenfehlfunktion zusammenhängen. Laut GILLBERG (1998: 202f.) gibt es vier verschiedene kognitive Modelle, die den Zusammenhang zwischen Gehirnfunktion und Verhalten beim „High- functioning“- Autismus und Asperger- Syndrom beschreiben:

- Beeinträchtigungen im Mentalizing (Fähigkeit, Gefühle und andere emotionale Zustände anderen zuzuschreiben)
- Eingeschränkte zentrale Kohärenz (Fähigkeit, Einzelheiten als zusammengehörig aufzufassen)
- Defizite der ausführenden Funktionen
- Beeinträchtigung der Fähigkeit, gespeichertes Wissen abzurufen

²³ begabtere Sonderform des frühkindlichen Autismus

Möglicherweise besteht eine Überlappung der Defizite in diesen Funktionsbereichen und verschiedene Veränderungen im Verlauf der Entwicklung. Die oben genannten Störungen führen zu einem basalen Defizit, das viele der Symptome des Asperger-Syndroms erklärt (REMSCHMIDT 2008: 61).

4.5.4. Abnormale Gewichtsregulation und damit zusammenhängende psychische Auffälligkeiten

Viele Ärzte und sonstige Fachleute haben den Eindruck gewonnen, dass Kinder und Jugendliche mit Asperger-Syndrom und schizoider Persönlichkeitsstörung ein niedriges Körpergewicht aufweisen. Um diese Hypothese zu überprüfen wurden 30 männliche Patienten dahingehend untersucht und beobachtet. Die Untersuchung erfolgte durch den „Body Mass Index“ (BMI)²⁴ und im Vergleich zur Kontrollgruppe. Folgende Ergebnisse kamen zustande: die BMI-Perzentile der Patienten mit schizoider Persönlichkeitsstörung und Asperger-Syndrom waren reduziert; sie waren stärker reduziert als bei Patienten mit abnormen Essverhalten. So haben Personen mit der Diagnose Asperger-Syndrom und schizoider Persönlichkeitsstörung ein erhöhtes Risiko auf Untergewicht. Dies hängt möglicherweise damit zusammen, dass die Psychopathologie die Kalorienaufnahme und/oder den Energieverbrauch beeinflusst. Zu den möglichen Mechanismen zählen verminderter Appetit, verringertes Hungergefühl, Lustlosigkeit in Bezug auf Essen oder ein erhöhtes Stressniveau, welches zu einem erhöhten Energieverbrauch führt (a.a.O.: 61f.).

4.6. Komorbidität

Beim Asperger-Syndrom können eine Reihe von komorbiden psychopathologischen Störungen auftreten. Im Folgenden werden diese Störungen benannt und eine kurze Beschreibung dazu gegeben. Im Anschluss erfolgt eine Tabelle, in wie vielen Fällen jene Komorbidität auftritt.

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Beim Asperger-Syndrom äußert sich ADHS eher in der Aufmerksamkeitsstörung als in der Hypermotorik. Interessanterweise sind die neuropsychologischen Befunde von diesen Patienten den Befunden von Patienten mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung sehr ähnlich (REMSCHMIDT/ KAMP- BECKER 2006: 36ff).

²⁴ Körpergröße und Gewicht werden in Beziehung zueinander gesetzt

Tics und Tourette- Syndrom

Auch Tics und das Tourette- Syndrom kommen bei dem Asperger- Syndrom, den „High- functioning“- Autismus und dem frühkindlichem Autismus gehäuft vor. Am häufigsten aber beim Asperger- Typ in bis zu 20% der Fälle (EHLERS/ GILLBERG1993: 1340f.).

Störungen der Motorik

Aus einer Vielzahl von Studien und klinischen Beobachtungen ist bekannt, dass Patienten mit Asperger- Syndrom Koordinationsstörungen, eine wenig fließende Motorik, motorische Ungeschicktheit und Entwicklungsstörungen aufweisen. Dadurch wirken die Betroffenen bzgl. des Gangbilds ungelentk und hölzern (REMSCHMIDT/ KAMP- BECKER 2006: 36ff).

Zwangssymptome, affektive Störungen

Beim Asperger- Syndrom sind Zwangssymptome in über 20% der Fälle festzustellen, affektive Störungen (wie Depressionen, bipolare Erkrankungen) sind weitaus häufiger als bei anderen autistischen Störungen. Dies wird einerseits auf eine genetische Belastung zurückgeführt, andererseits aber auch darauf, dass diese Patienten gerade in der Pubertät ihrer Defizite stärker bewusst werden und aufgrund ihrer non- verbalen Lernstörung, die sie wahrscheinlich anecken lässt, zu einem sozialen Rückzug neigen (REMSCHMIDT/ KAMP- BECKER 2006: 36ff).

Essstörungen

Wie im Punkt 4.5.4. bereits erwähnt, haben Patienten mit der Diagnose Asperger- Syndrom und schizoide Persönlichkeitsstörung, ein erhöhtes Risiko auf Untergewicht. Außerdem fanden sich in einer repräsentativen Stichprobe von Patienten mit Anorexia nervosa in 18% Störungen aus dem Autismus- Spektrum; darunter in 6% ein Asperger- Syndrom. Dies konnte sowohl zu Beginn der Essstörung als auch noch nach 5 bzw. 10 Jahren festgestellt werden (WENTZ 1999 et al. zit. In: REMSCHMIDT/ KAMP- BECKER 2006: 36ff).

Mutismus, Schizophrenie

In älteren Literaturen wird noch von einem Zusammenhang zwischen Schizophrenie und Autismus (frühkindlicher A., „High- functioning“- A. Asperger- Syndrom) berichtet. Nachuntersuchungen ergaben jedoch, dass ein solcher Zusammenhang nicht existiert. Hingegen ist beim Asperger- Syndrom bzw. der schizoiden Persönlichkeitsstörung, unter die das Asperger- Syndrom noch in der ICD-9 fiel, ein Übergang in eine schizophrene Erkrankung in ca. 5% der Fälle bekannt (REMSCHMIDT/ KAMP- BECKER 2006: 36ff).

Persönlichkeitsstörung

Hans Asperger beschrieb bereits in seiner Originalarbeit die Persönlichkeitsstörung; damals noch unter der Bezeichnung der „autistischen Psychopathie“. Die von Asperger beschriebenen vier Fälle wurden alle wegen überwiegend externalisierender Verhaltensweisen (oppositionelles Verhalten, Respektlosigkeit, Regelverstöße, Distanzlosigkeit, etc.) stationär aufgenommen. Wenn diese Verhaltensweisen dauerhaft beobachtet werden können, können sie der Persönlichkeitsstörung zugeordnet werden (a.a.O.).

Aggressives Verhalten

Auch aggressive Verhaltensweisen können verstärkt beim Asperger- Syndrom auftreten. Eine Untersuchung aller Patienten an einer Klinik für forensische Psychiatrie ergab, dass die Häufigkeit von Patienten mit Asperger- Syndrom deutlich höher war als in der allgemeinen Bevölkerung. Diese Aggressivität bzw. die Straftaten kommen meist dadurch zustande, da sie sich aus ihren ausgeprägten Spezialinteressen ergeben, wie bspw. das Entwenden von Gegenständen, die sie sammeln oder das Missverständnis von Situationen, die sie nicht adäquat erfassen können (a.a.O.).

Schlafstörungen

Bei Schlafstörungen muss geprüft werden, ob sie nicht ein Symptom einer zusätzlichen anderen psychiatrischen Störung sind (wie z.B. einer Depression) oder ob sie zumindest bei einem Teil der Aspergerpatienten zum Symptomspektrum gehören. Untersuchungen von GODBOUT et al. (2000: 129) ergaben, dass eine Reihe von Auffälligkeiten im Schlafrhythmus der Untersuchten bestehen. Hierzu zählt u.a. die Reduktion der Schlafzeit im ersten Drittel der Nacht. Daraus schloss man,

dass bei Patienten mit Asperger- Syndrom möglicherweise der Schlafrhythmus gestört ist.

Folgende Tabelle gibt die Häufigkeiten der einzelnen Komorbiditäten wieder.

Psychopathologische Störung	Häufigkeit bezüglich des Asperger-Syndroms
ADHS	> 20%
Tics/ Tourette- Syndrom	> 10%
Störungen der Motorik	> 20%
Zwangssymptome	> 20%
Affektive Störungen	> 20%
Essstörungen	> 10%
Mutismus	> 10%
Schizophrenie	überzufällig assoziiert
Persönlichkeitsstörung	> 20%
Aggressives Verhalten	> 20%
Selbstverletzendes Verhalten	> 10%
Schlafstörungen	> 20%

Tab. 6: Komorbidität beim Asperger- Syndrom (nach GILLBERG/ BILLSTEDT 2000; 324ff.; GHAZIUDDIN et al. 1998: 279)

4.7. Differentialdiagnose

Bei der Differentialdiagnose muss das Asperger- Syndrom zunächst einmal von anderen tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (s. Pkt. 1) abgegrenzt werden. Hier bereitet insbesondere die Abgrenzung zum frühkindlichen Autismus auf hohem Funktionsniveau häufig Probleme. Sowohl DSM- IV als auch die ICD- 10 geben hierzu klare Regeln der Diagnosestellung an: Bevor die Diagnose des Asperger-Syndroms gestellt werden kann, muss frühkindlicher Autismus ausgeschlossen werden. Wenn das derzeitige klinische Bild uneindeutig ist, muss auf die frühkindliche Entwicklung zurückgegriffen werden. Es ist zudem wichtig, dass die Differenzierung durch eine möglichst umfassende anamnestische Erhebung der frühkindlichen Entwicklung erfolgt (REMSCHMIDT/ KAMP- BECKER 2006: 140ff.). Aus folgenden Bereichen kann eine Differentialdiagnose gestellt werden:

Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis

Einerseits muss das Asperger- Syndrom von der *schizotypen Störung* abgegrenzt werden. Dies ist eine Störung mit exzentrischem Verhalten und Anomalien des Denkens und der Stimmung, die schizophren wirken, obwohl nie eindeutige schizophrene Symptome aufgetreten sind. Die Störung zeigt einen chronologischen Verlauf mit unterschiedlicher Intensität; in bestimmten Fällen entwickelt sich eine eindeutige Schizophrenie. Man nimmt an, dass sie zu dem genetischen „Spektrum“ der Schizophrenie zählt, da sie auch schwer gegenüber der Schizophrenia simplex und anderen Persönlichkeitsstörungen abzugrenzen ist (a.a.O.).

Andererseits muss das Asperger- Syndrom auch gegenüber der *Schizophrenia simplex* abgegrenzt werden. Diese bezeichnet ein seltenes Zustandsbild mit schleichender Progredienz²⁵. Den Kern dieser Diagnose bilden schizophrenietyische Symptome und nicht autistischem Typische. So treten bei den schizophrenen Störungen meist positive Symptome, wie Wahn oder Halluzinationen auf, die für das Asperger- Syndrom untypisch sind. Negative Symptome, wie Trägheit, Eigensinnigkeit oder flacher Affekt lassen sich jedoch bei Jugendlichen und Erwachsenen mit Asperger- Syndrom nicht immer ausschließen. Das wichtigste Unterscheidungsmerkmal liegt beim Verlauf: „Schizophrenen Psychosen geht eine Phase normalen Entwicklungsverlaufs voraus, auch die Prodromalstadien²⁶ umfassen lediglich einige Wochen oder Monate, aber nicht die gesamte frühkindliche Entwicklung. Die bei einer schizophrenen Psychose auftretenden Wahnsymptome, Halluzinationen oder die Verschlechterung des erlernten kognitiven Niveaus fehlen beim Asperger- Syndrom“ (a.a.O.).

Persönlichkeitsstörungen

„Persönlichkeitsstörungen umfassen für das Individuum typische stabile und beherrschende (pervasive) Verhaltensweisen, die sich als rigide Reaktionsmuster in unterschiedlichsten Lebenssituationen manifestieren und mit persönlichen Funktionseinbußen und/ oder sozialem Leid einhergehen“ (a.a.O.). Der Beginn der Störung liegt in der Kindheit und Jugend. Eine Form der Persönlichkeitsstörung, die gegenüber dem Asperger- Syndrom abgegrenzt werden muss, ist die *schizoide Persönlichkeitsstörung*. Diese ist durch einen Rückzug von affektiven, sozialen und

²⁵ zunehmende Verschlimmerung einer Krankheit

²⁶ Stadien der Frühsymptome einer Krankheit

anderen Kontakten, mit übermäßiger Vorliebe für Phantasien und eine in sich gekehrte Zurückhaltung gekennzeichnet. Zudem fehlt der Wunsch nach engen Freunden oder vertrauensvollen Beziehungen; es ist jedoch die Fähigkeit zur wechselseitigen Interaktion vorhanden. Es besteht eine mangelnde Sensibilität im Erkennen und Befolgen von gesellschaftlichen Regeln. Aufgrund dieser Merkmale ist die Differentialdiagnose gegenüber dem Asperger- Syndrom schwierig. Hier kann nur eine weit in die frühe Kindheit zurückführende klare Anamnese die Persönlichkeitsstörung ausschließen, wenn Auffälligkeiten einer autistischen Störung bestanden. Die meisten Menschen mit Asperger- Syndrom sehen in ihrer „Andersartigkeit“ und in ihrer Unfähigkeit soziale Kontakte herzustellen den Grund ihrer Probleme. Dies ist bei Menschen mit einer schizoiden Persönlichkeitsstörung seltener anzutreffen (a.a.O.).

Des Weiteren muss die zwanghafte Persönlichkeitsstörung, die durch Gefühle der persönlichen Unsicherheit und der Zweifel gekennzeichnet ist, vom Asperger-Syndrom abgrenzt werden. Häufig finden sich zudem eine übertriebene Genauigkeit, ein Perfektionismus und ein Bedürfnis zum wiederholten Überprüfen. Auch hier ist die Differentialdiagnose manchmal schwierig, da es zu Überschneidungen zwischen den Störungsbildern kommt. Bei der zwanghaften Persönlichkeitsstörung stehen die Zwangssymptome im Vordergrund. Die qualitativen Auffälligkeiten in der Interaktion, die kennzeichnend für das Asperger- Syndrom sind, fehlen hier. Eine Abgrenzung sollte somit durch eine ausführliche Anamnese und durch eine Verhaltensbeobachtung des Patienten erfolgen (a.a.O.).

Aufmerksamkeits-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Wie bereits beschrieben kann ADHS auch als komorbide Störung zum Asperger-Syndrom auftreten. Dennoch ist auch die Differentialdiagnose zu diesen Störungen wichtig, da häufig ein Asperger- Syndrom zunächst als ADHS verkannt wird. Die hyperkinetische Störung äußert sich in einer beeinträchtigten Aufmerksamkeit, in Überaktivität und in Impulsivität. *In Folge* dieser Symptome kann es auch zu Interaktionsstörungen kommen; jedoch werden so die Kriterien der Asperger-Syndroms nicht erfüllt. Auch hier lassen sich anhand einer ausführlichen Diagnostik die beiden Störungen gut voneinander abgrenzen. Unterschiede sind nach REMSCHMIDT/ KAMP- BECKER (2006) in folgenden Bereichen zu beobachten:

- Spielverhalten: Kinder mit ADHS können im Gegensatz zu Kindern mit Asperger- Syndrom phantasievoll und kreativ spielen; auch ein kooperatives Spiel gelingt
- Theory of Mind: Kinder mit ADHS zeigen grundlegende Beeinträchtigungen in der Fähigkeit zur Theory of Mind; ursächlich dafür ist jedoch die mangelnde Aufmerksamkeit und nicht die Unfähigkeit im Verständnis sozialer Inhalte; bei Kindern mit Asperger- Syndrom bestehen Defizite im Verständnis und in der Selbstkontrolle; bei Kindern mit ADHS nur in der Selbstkontrolle
- Non- verbales Verhalten: Kinder mit ADHS zeigen deutliches und kommunikatives non- verbales Verhalten; Kinder mit Asperger- Syndrom zeigen dies nicht (bzw. nicht sozial angemessen).

II THERAPEUTISCHE INTERVENTIONSFORMEN BEI EINER AUTISMUS- SPEKTRUM- STÖRUNG MIT BESONDERER BETRACHTUNG DER FÖRDERUNG NACH DER APPLIED BEHAVIOR ANALYSIS/ VERBAL BEHAVIOR (ABA/VB)

5. Übersicht der Therapie- und Förderansätze

	Wissenschaftlich erprobte Therapien/ Förderansätze		ergänzende Therapiemöglichkeiten			
	Applied Behavior Analysis/ Verbal Behavior (ABA/VB)	TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children)	Auricula- Training	Tomatis- Therapie	Doman- Delacato Therapie	Delphin- Therapie
Zielgruppe	- Kinder mit Autismus- Spektrum- Störungen	- autistische Menschen aller Altersstufen und Funktionsniveaus (WEIß 2002: 223)	- verhaltensauffällige Kinder - Patienten mit primär akustischen Wahrnehmungsstö- rungen - Kinder mit einer Autismus- Spektrum- Störung (AURICULA 2009)	- anfänglich für Menschen mit auditiven Wahrnehmungs- problemen, Aufmerksamkeits- störungen, Gleichgewichts- störungen, Sprachstörungen - später für Kinder mit einer Autismus- Spektrum- Störung(KEHRE R 1989: 146ff.	- unspezifisch (nicht weniger als zwölf verschiedene Gruppen werden benannt) (WEIß 2002: 177)	- nicht speziell für Kinder mit Autismus- Spektrum- Störungen (sie stellen aber neben schwer körperlich beeinträchtigten Kindern das Hauptklientel dar) (WEIß 2002: 92)

	ABA/VB	TEACCH	Auricula- Training	Tomatis- Therapie	Doman- Delacato Therapie	Delphin- Therapie
<u>Ziel</u>	<ul style="list-style-type: none"> - ganzheitliche Förderung -Kind hat Spaß am Lernen -Lernen ist zu einer positiven Erfahrung geworden -Unterscheidung verschiedener Stimuli (Namen, Farben, Nummern) (Vgl. SCHRAMM 2007) 	<ul style="list-style-type: none"> - Herstellung eines befriedigenden Zustandes (Sicherung des Verbleibes des Kindes in der Familie) - Integration des Kindes in die Familie - Maximierung der Lebensqualität - größtmöglicher Grad der Selbstständigkeit soll erreicht werden (HÄUßLER 1998 zit. In: WEIß 2002: 222) 	<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung der "sound sensitivity" = der Geräuschempfindlichkeit -> Ausweitung auf die Bereiche der Funktion des (Sozial-)Verhaltens und der Kognition (WEIß 2002: 152) 	<ul style="list-style-type: none"> - Anregung des Wahrnehmungssystems -Verbesserung der auditiven Wahrnehmungsverarbeitung (TOMATIS 2009) 	<ul style="list-style-type: none"> - Wiederholung von Entwicklungsstufen -> "Durchorganisation" des Gehirns - Entwicklung und Differenzierung des Nervensystems (WEIß 2002: 172) 	<ul style="list-style-type: none"> - Erreichen von Veränderungen im Verhaltensmuster - Hervorhebung vorhandener positiver Anlagen - Erhöhung der Konzentrationsspanne (DOLPHIN HOPE 2000 zit. In WEIß 2002: 94)
<u>Ansatz</u>	<ul style="list-style-type: none"> - ein behavioristisch geprägter verhaltensanalytischer Ansatz 	<ul style="list-style-type: none"> - Ansatz des strukturierten Lehrens und Lernens für Menschen mit schwerwiegenden Problemen im perzeptiven, kommunikativen und interaktiven Bereich (WEIß 2002: 218) 	<ul style="list-style-type: none"> - ganzheitlicher Ansatz; befasst sich mit Hören und mit anderen Wahrnehmungsbereichen des Kindes (WEIß 2002: 152) 	<ul style="list-style-type: none"> - der Ansatz ist nicht auf die Symptomatik, sondern allumfassend ausgerichtet -> d.h. auf die gesamte Hörwahrnehmung (TOMATIS 2009) 	<ul style="list-style-type: none"> - ein sowohl hirnhysiologischer als auch bewegungstherapeutischer Ansatz (WEIß 2002: 172) 	<ul style="list-style-type: none"> - ein therapeutischer Ansatz der Alpha-Therapie (Alpha-Therapie ist eine ganzheitliche Delphintherapie, in der die stimulierenden Effekte der Delphine in einem Förderkonzept genutzt werden) (Trompisch 2009)
<u>Beschreibung und Ablauf der Therapie</u>	<ul style="list-style-type: none"> - die Umwelt des Kindes wird systematisch so gestaltet, dass erwünschte 	<ul style="list-style-type: none"> - der autistische Mensch, wird da abgeholt wo er steht und bildet den Ausgangspunkt der 	<ul style="list-style-type: none"> - Annahme, dass einige der autistischem Verhaltenweisen 	<ul style="list-style-type: none"> - systematische Anregung des Wahrnehmungs- 	<ul style="list-style-type: none"> Annahme: das menschliche Gehirn durchläuft 	<ul style="list-style-type: none"> - dem Delphin kommt die Rolle des Verstärkers zu

ABA/VB	TEACCH	Auricula- Training	Tomatis- Therapie	Doman- Delacato Therapie	Delphin- Therapie
<p>Verhaltensweisen gelernt und verstärkt werden</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grundlage: wissenschaftliche Gesetzmäßigkeiten des Verhaltens (ursprünglich von B.F. Skinner) - konkretes Vorgehen wird ganz auf die Möglichkeiten und Bedürfnisse des einzelnen Kindes abgestimmt - intensives Wiederholen und Üben unter Anleitung -> Verhaltensverbesserung und Ausbau kognitiver Fähigkeiten -Therapeuten bringen dem Kind, das was gelernt werden soll in kleinen messbaren Schritten bei -> jeder Teilabschnitt des Lernprozesses wird durch Aufforderungen oder Anweisungen präsentiert; bei Bedarf wird ein „Prompt“ (= Hilfestellung) hinzugefügt - es wird mit positiven Verstärkern (Lob, Kitzeln, Lieblingsspielzeug, Süßigkeiten) gearbeitet - Minderung des Problemverhaltens: Strategien zur Reduktion des Verhaltens (Time Out, Löschung) 	<p>Überlegungen (gegenwarts- und zukunftsorientierter Ansatz) (WEIß 2002: 219)</p> <ul style="list-style-type: none"> - anfangs: Förderdiagnostik und Förderplanung - im Sinne einer Förderdiagnostik finden regelmäßig entsprechende Überprüfungen statt (AUTEA 2009) - Stärken des autistischen Menschen stehen im Vordergrund (Beachtung von Interessen und Fähigkeiten) - die Therapie geht den autistischen Menschen von zwei Seiten an: 1. durch spezielle Lern- und Übungsangebote wird er in seiner Entwicklung gefördert 2. sein Umfeld wird so strukturiert, dass die noch bestehenden Schwierigkeiten darin aufgefangen werden können und der Betroffene ideale Bedingungen zum Leben vorfindet (AUTEA 2009) - <u>Techniken</u>: positive Verstärkung (Belohnung, soz. Verstärkung, Erfolgsmotivation); Bestrafung (Entzug positiver Verstärker, Löschung, Trennung, Isolierung, Deprivation) (SCHOPLER, REICHLER, 	<p>daher rühren, dass man unter bestimmten Geräuschen bzw. Geräuschfrequenzen leidet und sich aus diesem Grund nicht adäquat verhalten kann</p> <p>-> Herausfiltern der speziellen Frequenzen</p> <p>-> Verbesserung der Geräuschempfindlichkeit -> Ausweitung auf Bereiche des Sozialverhaltens und der kognitiven Fähigkeiten (WEIß 2002: 152)</p> <p>- Kinder werden auf ihre Bedürfnisse therapiert; d.h. elektrisch gefilterte und verfremdete Musik</p> <p>-> plastische Veränderungen der Hörbahnen-> veränderte zentrale Verarbeitung von akustischen Signalen im Gehirn -> besseres Verstehen der Umwelt; Abbau von Überempfindlichkeiten (AURICULA 2009)</p> <p>- die Therapie wird den</p>	<p>systems (Vorspielen von Musik)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einspielen von Mozart- Musik und Gregorianischen Gesängen; Stimmaufnahme der eigenen Mutter -> werden individuellen Bedürfnissen angepasst und über spezielle Kopfhörer übertragen - es findet ein Vorgespräch und ein Wahrnehmungstest statt; daraufhin wird ein individueller Behandlungsplan erstellt (LEUKITSCH-GNÄDINGER 1985: 11ff.) - ausführliche Beratungsgespräche und ein Kontrolltest folgen 	<p>während seiner Entwicklung die gesamte Stammesgeschichte in 5 Stadien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stadium: ohne Mobilität 2. S.: Kriechen 3. S.: Krabbeln 4. S.: aufrechter Gang 5. S.: ausgeprägte Hirnhälften- dominanz <p>-> Problem: wenn ein Kind ein Stadium nicht durchläuft, kann es auch nicht das nächst höhere erreichen (Rosatti-Bonauer 2009)</p> <p>-> dann kommen folgende Elemente zum Einsatz, damit das entsprechende Stadium erreicht werden kann:</p> <p><u>Elemente</u>:</p> <p>1.Patterning:</p>	<p>(im Sinne der Lernpsychologie)</p> <p>-> Kontakt des Delphines als Belohnung (DOLPHIN HOPE zit. In: WEIß 2002: 92)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Delphine senden Schallwellen aus (=Heilungsquelle) -> Stimulation vom zentralen Nervensystem und den Gehirnströmen (WEIß 2002: 93) - <u>Ablauf</u>: Kind geht mit dem Betreuer zum Delphin - Kind darf mit dem Delphin schwimmen, ihn streicheln und füttern = Vergnügen; als Belohnung nachdem das Kind bestimmte Aufgaben erfüllt hat (WEIß 2002: 94)

ABA/VB	TEACCH	Auricula- Training	Tomatis- Therapie	Doman- Delacato Therapie	Delphin- Therapie
	<p>LANSING 1990: 9ff.) <u>Umsetzung</u>: physische Organisation der Umwelt (Raumaufteilung, Reizabschirmung); Zeitplanung (Visualisierung der Abfolge von Aktivitäten); Arbeitsorganisation (Systeme, die anzeigen, was ist zu tun – Reihenfolge – Zeitrahmen); Routinen (von links nach recht, Fertiges in einen Korb); Instruktionen (schriftliche Anweisungen, Bildsequenzen); Darbietung des Materials (Organisation in Behältnissen) (HÄUßLER 1998 zit. In: WEIß 2002: 220) - <u>Entwicklungs- förderung</u>: physische Manipulation (Körperteile werden bei Aufgaben- erledigung von Erwachsenen geführt); direkte Unterstützung (Arbeitsergebnisse werden korrigiert); Demonstration (Erwachsener führt Kind eine Aufgabe vor); Signale (Zeichen, die erwünschte Reaktion auslösen); pantomimische Darstellung (die Bewegung einer Aufgabe wird ohne Material durchgeführt); verbale Anweisungen (SCHOPLER, REICHLER, LANSING 1990:9ff)</p>	<p>Eltern geschult, diese sollten sie dann zu Hause durchführen (Heimprogramm) -> Übungen zur Stimulation des Tastsinns, des Geruchssinns, des Sehsinns, des Gleichgewichtssinns, des Temperaturempfindens und des Zeitgefühls (WEIß 2002: 154) - <u>Nutzen</u>: Kinder lernen zweimal pro Tag ruhig zu sitzen -> Aufmerksamkeit sowie Kooperation können geschult werden -> dadurch können wiederum größere Verhaltensänderungen erzielt werden (WEIß 2002: 157)</p>	<p>(TOMATIS 2009) - 3 Phasen werden durchlaufen: 2 Passivphasen und eine aktiv Phase -> in den Passivphasen: Verbesserung des Körperschemas; Strukturierung und Herausbildung von Automatismen; Anregung des Sprachflusses -> in der Aktivphase: werden die sprachl. Inhalte, der Sprachfluss, die Atmung und die Intonation (=die Feinabstimmung v. Lautstärke und Klangfarbe) gefördert (BENZON 1983: 130ff.)</p>	<p>passives rhythmisches Bewegen von Kopf und Extremitäten des Kindes nach bestimmten Bewegungsmustern 2. Fortbewegungstraining/ Bewegungsförderung= aktives Bewegen des Kindes mit verschiedenen Hilfsmitteln 3. Stimulation des Sehens, Hörens und der taktilen Wahrnehmung 4. Sprachtherapie 5. Training der Handfunktion (Greif-, und Tastübungen; Stimulation der Handinnenflächen) 6. andere Elemente (Atemübungen, Diät) (WEIß 2002: 173)</p>	

	ABA/VB	TEACCH	Auricula- Training	Tomatis- Therapie	Doman- Delacato Therapie	Delphin- Therapie
		- <u>geförderte Bereiche</u> : hauptsächlich kommunikative Kompetenzen, soz. Fähigkeiten, Selbstständigkeit, Arbeitskompetenz, Entwicklung von Interessen (WEIß 2002: 220)				
<u>Zeitdauer</u>	- täglich (so oft wie möglich) - die ABA- Therapie ist so konzipiert, dass sie zu einem Großteil von den Eltern durchgeführt werden sollte und in den Tagesablauf integriert werden kann	- mehrmals täglich; den verschiedenen Lebenssituationen angepasst (WEIß 2002: 219)	- die Therapie geht über einen Zeitraum von zwei Wochen (2 x 5 Tage); täglich je 2 x 45 Minuten (AURICULA 2009)	- täglich zwei Stunden (im festgelegten Zeitraum und auf Basis des Befindens) (TOMATIS 2009)	- anfangs findet die Therapie in einem Institut statt; danach wird sie zu Hause weitergeführt (Weiß 2002: 171 ff.)	- zwei Wochen; jedem Wochentag 1-2 Stunden Therapie (davon 1 Stunde direkter Kontakt mit dem Delphin; 1 Stunde Lernen an Land) (WEIß 2002: 94)
<u>Erfolg</u>	- in ausgewählten Fällen ist ein fast „normales“ Leben möglich - in vielen Fällen wird das Kind Fortschritte machen und der ganzen Familie ein Stück Lebensqualität geben (SCHRAMM 2007: 333ff.)	- Verbesserung in den Bereichen: Imitation, Feinmotorik, Grobmotorik, non- verbale Begriffsbildung - Reduktion von problematischen Verhaltensweisen - Eingliederung in den Arbeitsprozess (MESIBOV 1997: 26f.)	- keine objektiven Messwerte vorhanden (WEIß 2002: 157)	- Verbesserung der Wahrnehmungs- leistung - Stressabbau (TOMATIS 2009)	- keine objektiven Messwerte vorhanden (WEIß 2002: 174)	- gestützt auf Elternberichte : hohe Motivation durch Verstärkung -> höhere Konzentration -> höhere Lernfähigkeit (durch den Aufenthalt im warmen Wasser; dem eigentümlichen „Lächeln“ der Delphine; der Urlaubsstimmung

	ABA/VB	TEACCH	Auricula- Training	Tomatis- Therapie	Doman- Delacato Therapie	Delphin- Therapie
						und durch den Kontakt mit den ausgebildeten Therapeuten) (WEIß 2002: 93); zudem berichten Eltern davon, dass ihre Kinder ruhiger, konzentrierter, weniger autoaggressiv, glücklicher und zugänglicher wären (KEHRER 1989: 150ff.)
Kritik	- zu ABA/VB konnten keine Angaben gefunden werden -ABA (ohne VB- Ansatz): es wurde vermutet, dass hier ein zu starres Konzept vorliegen würde und die sprachl. Förderung vernachlässigt wird (-> jedoch führen derzeit nur noch sehr wenige Familien den Förderansatz ohne VB durch)	- TEACCH hat kein Bezug zu einer speziellen Ansicht darüber, wie Autismus entsteht- > dies spielt in der pädagogischen Orientierung keine Rolle (WEIß 2002: 219)	- Wirkungsweise ungeklärt (JUDT 1995: 25)	- Gefahr, dass bei einer starken Konzentration auf die Hörtherapie zu viele andere Teile des Kindes vernachlässigt werden, welches der Forderung nach einer ganzheitlichen Therapie nicht entspricht (WEIß 2002: 163)	- die Individualität des Kindes wird nur soweit beachtet, wie es für die Aufstellung des Programms notwendig ist - wenn der Zeitpunkt für die Übungen gekommen ist, muss das Kind sofort mit anderen Beschäftigungen (z.B. Spielen) aufhören - keine	- man sollte sich dennoch folgende Fragen stellen: Lassen sich positive Verhaltensänderungen während/ nach der 2-wöchigen Therapie beobachten? Wenn ja, treten sie bei jedem Kind auf? (WEIß 2002: 96f.)

	ABA/VB	TEACCH	Auricula- Training	Tomatis- Therapie	Doman- Delacato Therapie ²⁷	Delphin- Therapie
					Ganzheitlichkeit der Therapie -> nicht mit einbezogen wird die Entwicklung der Sprache, das soz. Leben des Kindes und die Emotionen (WEIß 2002: 176 f.)	
<u>Wissen- schaftliche Überprüfung</u>	- die Eltern/ Therapeuten sind die Experten des Kindes und sie haben die Kontrolle -> nicht jede Technik ist die richtige für sie oder das Kind mit seinem speziellen Bedürfnissen- nur sie können diese Entscheidung treffen - solange der Ansatz korrekt angewandt wird, ist es eine Form der effektivsten möglichsten Förderung bei ASS (SCHRAMM 2006: 333ff.)	- Fortschritt der teilnehmenden Kinder 3-4 mal größer als in einer Kontrollgruppe ohne ein TEACCH- Programm -> signifikante Verbesserung nach vier Monaten in den Bereichen Imitation, Fein- und Grobmotorik und non- verbale Begriffsbildung (MESIBOV 1997: 28f.)	- keine, da wenig erforscht (WEIß 2002: 156)	- Fehlen aussagekräftiger Untersuchungen (WEIß 2002: 161)	- man weiß wenig über die therapeutischen Erfolge (nur Elternberichte) - Behandlungs- konzept beruht auf Annahmen, die zu einem großen Teil als überholt bzw. widerlegt gelten (WEIß 2002: 173f.)	- Fehlen aussagekräftiger Untersuchungen; meist nur Elternberichte (Subjektivität beachten) (WEIß 2002: 96f.)

²⁷ siehe Anhang (Seite V)

6. Verhaltenstherapeutische Grundlage des ABA/VB- Programms

6.1. Verhaltenstherapie – Prinzipien und Standpunkte

6.1.1. Entwicklung der Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie ist eine im Kern psychologische Disziplin mit einer kurzen, kontinuierlichen Entwicklung von rund 50 Jahren. Sie ist immer mit dem Anspruch aufgetreten, ein besonderes Nahverhältnis zur psychologischen Grundlagenforschung zu pflegen. Dies ist u.a. ein Grund dafür, dass die Verhaltenstherapie (VT) an Universitäten und anderen forschungsorientierten Einrichtungen fest verankert ist (REINECKER 2005: 1).

Robert Schramm fügt dieser Ansicht folgendes hinzu:

“ABA is the scientific approach to teaching based on Skinners Theory of Behaviorism. The behavioral sciences did start out in the discipline of psychology but as it was not given much credence there, lots of work in ABA has been done on its own as its own science. Depending on where you are you might hear that ABA is part of the discipline of psychology but in other places it remains seperate. With its gaining in popularity, Psychology depts. have been trying to pull it back under their wing” (SCHRAMM 2009).

Die Angabe eines genauen Datums für die Gründung der VT stellt sich als schwierig heraus, da sich viele Prinzipien fließend entwickelten. Anfang des 20. Jahrhunderts beschrieb Freedberg (1973) verschiedene Ansätze als verhaltensorientiert. Es wird u.a. M.C. Jones (1924) genannt, der durch Prinzipien der Gegenkonditionierung eine Intervention leistete, um einem Jungen von einer Phobie vor Kaninchen zu befreien. Dieser Ansatz führte jedoch noch nicht zu einer kontinuierlichen Entwicklung der VT. Die erste Erwähnung des Begriffes der VT „Behavior Therapy“ stammt aus dem Jahr 1953, als O.R. Lindsley und B.F. Skinner Strategien der kontingenten Verstärkung benutzten, um bei hospitalisierten Patienten nichtpsychotische Verhaltensweisen aufzubauen. Ab diesem Zeitpunkt entwickelte sich die VT kontinuierlich fort (a.a.O.: 1f.).

Wolpe: die Entwicklung in Südafrika – Systematische Desensibilisierung

J.D. Wolpe arbeitete als Psychiater mit Personen, die unter massiven Angstreaktionen litten. In seinen Überlegungen zu möglichen Behandlungsansätzen stieß er auf die Theorien vom C. Hull (1943) und I.P. Pawlow (1927). Er führte auf dieser Grundlage

Experimente (verstärkt mit Katzen) durch und entwickelte daraus das Verfahren der „Systematischen Desensibilisierung“. Bei diesem Modell werden gelernte Angstreaktionen durch ein angstantagonistisches Verfahren (z.B. Entspannung) gehemmt und somit schrittweise abgebaut. Die „Systematische Desensibilisierung“ wurde in den darauffolgenden Jahren zum Muster verhaltenstherapeutischer Methoden (a.a.O.: 2f.).

Eysenck: die Entwicklung in England – Lerntheorie

H.J. Eysenck (1960) verstand unter dem Begriff der VT die „Anwendung von Lerntheorien“. Er hatte auch Einfluss auf den deutschsprachigen Raum; so bspw. auch auf das Max Planck Institut für Psychologie in München - einer der Keimzellen der VT in Deutschland.

Des Weiteren gab es in England einen zweiten Ansatz der VT, die Einzelfall-Methode von M. Shapiros (1961). Er verstand unter VT einen spezifisch psychologischen Zugang auf der Basis des Einzelfalles. Aufgabe des Therapeuten ist es demnach, in jedem Einzelfall nach Bedingungen des Problems zu forschen und in der Veränderung dieser Bedingungen auf psychologische Methoden zurückzugreifen. Dieser Ansatz ist vor allem dann von Bedeutung, wenn in der Analyse und Behandlung eines konkreten Falles nicht auf bewährte theoretische Modelle zurückgegriffen werden kann. Dieser Ansatz hat jedoch wenig Beachtung gefunden (a.a.O.).

Skinner: die Entwicklung in den USA – Funktionale Analyse

Die Arbeiten von B.F. Skinner (1953), insbesondere seine Ausführungen zur operanten Technologie, waren für die Entwicklung der VT in den USA ausschlaggebend. Demnach bestimmten die Konsequenzen eines Verhaltens (Bestrafung oder Belohnung) die zukünftige Auftrittswahrscheinlichkeit von Verhalten derselben operanten Klasse. In diesem Zusammenhang wurde auch das Konzept der funktionalen Analyse für die VT zentral. „Dieses Konzept postuliert, dass sich Verhalten als Folge der vorausgehenden, in besonderer Weise aber auch als Folge der dem Verhalten nachfolgenden Bedingungen erklären lässt“ (a.a.O.: 3f.). In der Funktionalen Analyse einer Patientin, die unter einer Panikstörung litt, lies sich die Aufrechterhaltung der Problematik auch als Folge von Umgebungsbedingungen des Problems sehen. Die Patientin erhielt für ihr Verhalten positive Konsequenzen aus

der Umwelt, wie Schonung und Aufmerksamkeit. Somit sind operante Faktoren wichtige Bestandteile der Funktionalen Analyse, die berücksichtigt werden müssen (a.a.O.).

Im weiteren Verlauf der Entwicklung kam es zu modernen verhaltenstherapeutischen Ansätzen, die dadurch gekennzeichnet waren, dass nicht mehr zwischen „pathologischem“ und „normalem“ Verhalten unterschieden wurde. Diese Ansätze, insbesondere die von F.H. Kanfer und A. Bandura, waren auch für die Entwicklung im deutschsprachigen Raum bedeutsam (a.a.O.).

6.1.2. Merkmale der Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie geht davon aus, dass Verhalten zu einem Großteil nach den Prinzipien des Lernens analysiert werden kann. Somit können auch Verhaltensstörungen als Ergebnis von Lernprozessen aufgefasst werden. Folglich kann festgestellt werden, dass die Behandlungsmethoden auf Formen des Verlernens oder des Neulernens basieren (MOLNÀR 2005: 40f.).

Da bereits in Punkt 1 eine Begriffsbestimmung von VT erfolgte, soll an dieser Stelle vorrangig auf die Merkmale der VT eingegangen werden. Diese sind folgende:

- „Verhaltenstherapie weist eine enge Verbindung zur psychologischen Grundlagenforschung (und ihren Nachbardisziplinen) auf.
- Die psychologischen Prinzipien werden zur Erklärung, Beschreibung und gegebenenfalls Veränderung menschlichen Leidens herangezogen.
- Anwendung von Verhaltenstherapie erfolgt unter systematischer Erfassung und Bewertung ihrer Effekte (Evaluation).
- Verhaltenstherapie versucht eine Veränderung derjenigen Bedingungen eines Problems zu bewirken, die als aufrechterhaltende Faktoren identifiziert werden.
- Ziel einer Intervention ist es, die Funktionsfähigkeit der Person zu optimieren und ihre Selbstkontrolle und Eigensteuerung zu verbessern.
- Das praktische Handeln ist durch allgemeine ethische (normative) Prinzipien geleitet“ (a.a.O.: 4f.).

Diese Charakterisierung ist relativ weit gefasst, sodass ein Spielraum für die Ausgestaltung einzelner Inhalte besteht. So ist es z.B. zu klären, was menschliches Leid ausmacht, welche Bedingungen zu psychischen Störungen führen oder was

unter der Ethik des praktischen Handelns zu verstehen ist (vgl. REINECKER 2005: 5).

6.2. Psychologische Grundlage der Verhaltenstherapie

6.2.1. Klassische Konditionierung (Pawlow)

Die klassische Konditionierung geht auf Lerngesetze des russischen Physiologen und Psychologe I. Pawlow zurück und beschreibt die Entstehung neuer Reaktionen bei Lebewesen.

Das ursprüngliche Forschungsinteresse Pawlow's war auf das Studieren der Funktionen des Verdauungssystems gerichtet. Ihm war bekannt, dass Mensch und Tier sofort mit speicheln beginnen, sobald Nahrung die Mundschleimhaut berührt. In weiteren Beobachtungen musste er jedoch feststellen, dass die Hunde, welche ihm vorrangig als Versuchstiere dienten, auch schon mit speicheln begannen, wenn die Assistenten mit Futter zur Tür hereinkamen oder mit Geschirr klapperten. Pawlow war davon so fasziniert, dass er sein eigentliches physiologisches Interesse zurückstellte um sich fortan der Erklärungen dieser Reaktionen der Hunde zu widmen (MIETZEL 2007: 141ff.).

Pawlow entdeckte, dass seine Versuchstiere lernen konnten, nach Darbietung ursprünglich neutraler Reize bestimmte unwillkürliche physiologische Reaktionen, wie bspw. das Speicheln – das Zusammenziehen bestimmter Muskeln – zu zeigen. Des Weiteren lässt sich mit Hilfe der Forschung zur klassischen Konditionierung erklären, wie bei Lernenden Verknüpfungen zwischen kontrollierbaren Reizen der Umwelt und Emotionen/ Einstellungen entstehen können (a.a.O.).

An dieser Stelle soll jedoch nur auf das klassische Konditionierungsexperiment eingegangen werden, da die klassische Konditionierung als Ergänzung zur operanten Konditionierung erfolgt.

Pawlow führte bei seinem Studium des Lernens Experimente durch, die folgende Phasen durchliefen:

Die Vor- Konditionierungsphase:

In dieser Phase hat Pawlow überprüft, ob sich bei seinen Versuchstieren Reize (S= Stimulus) darbieten ließen, den eine Reaktion (R= Response) folgte. Derartige S-R-Beziehungen konnte er nachweisen:

„Wenn die Schleimhäute im Maul eines Tieres mit Futter (S) in Berührung kamen, erfolgte eine Speichelreaktion (R). Um zum Ausdruck zu bringen, dass diese S-R-Beziehung nicht mehr gelernt (konditioniert) werden musste, bezeichnete Pawlow das Futter als unkontingierten Reiz (UCS) und die Speichelsekretion als unkontingierte Reaktion (UCR)“ (a.a.O.). In einem weiteren Schritt fügte er ein Klingelzeichen hinzu. Es ließ sich beobachten, dass das Versuchstier der Geräuschquelle spontan seine Aufmerksamkeit zuwandte. Es zeigte jedoch keine Speichelsekretion. Für Pawlow war deshalb das Klingelzeichen ein neutraler Reiz (NS) (a.a.O.).

Die Konditionierungsphase:

In dieser Phase bot Pawlow zunächst seinem Versuchstier einen Klingelreiz (NS) und kurz danach das Futter (UCS) dar. In mehrfacher Wiederholung erfolgte also die Abfolge NS -> UCS -> UCR (a.a.O.).

Die Nach- Konditionierungsphase:

In dieser Phase war zu beobachten, dass das Tier bereits nach dem Klingelton Speichel absonderte, obwohl noch kein Futter gegeben wurde. Das Versuchstier hatte offenbar eine S-R- Beziehung gelernt, die zuvor noch nicht bestand. Das Klingelzeichen hatte die Funktion erworben, dass es die Speichelsekretion auslösen konnte. Der ursprünglich neutrale Reiz war zu einem konditioniertem Reiz (CS) geworden, der das Speicheln auslösen konnte. Speicheln war demzufolge zu einer gelernten Reaktion (CR) geworden (a.a.O.).

Dies kann wie folgt zusammengefasst werden:

Vor- Konditionierungsphase:

Reiz	Reaktion
Futtergabe (UCS)	Speichelsekretion (UCR)
Klingelzeichen (NS)	Aufmerksamkeitszuwendung, aber keine Speichelsekretion

Konditionierungsphase:

Reiz	Reaktion
Klingelzeichen (NS)	Futtergabe (UCR) -> Speichelsekretion (UCR)

Nach- Konditionierungsphase:

Reiz	Reaktion
Klingelzeichen (CS)	Speichelsekretion (CR)

Fazit:

„Pawlow hat mit der klassischen Konditionierung also eine Lernform beschrieben, in der zwei Reize (NS und UCS) eine Verbindung eingehen und als Folge davon beide in der Lage sind, eine bestimmte Reaktion (UCR bzw. CR) auszulösen“ (a.a.O).

Er ging zudem mit seinen Überlegungen von einem rein reaktiven Menschen aus. Um jedoch eindeutig messbare und beobachtbare Variablen zu erhalten, musste ein Einbezug von aktiven Verhalten erfolgen. Obwohl Pawlow diesen Schritt vermieden hat, legte er mit diesen ersten Schritten den Grundstein für weiterführende lerntheoretische Modelle (MOLNÀR 2005: 38).

6.2.2. Operante Konditionierung

6.2.2.1. Lernen durch Versuch und Irrtum (Thorndike)

E.L. Thorndike wird mit der instrumentellen Konditionierung, die als Vorläufer der operanten Konditionierung angesehen wird, in Verbindung gebracht. Er beschäftigte sich mit der Frage, inwieweit Organismen versuchen sich ihrer Umwelt anzupassen. Aufgrund seiner Beobachtungen kam er zu dem Entschluss, „dass es die Konsequenzen einer Verhaltensweise sind, die deren Auftretenshäufigkeit verändern“ (MIETZEL 2007: 152). Insofern können Verhaltensweisen zu einem Instrument werden, mit dessen Hilfe angenehme Konsequenzen herbeigeführt, unangenehme vermieden werden können. Durch Beobachtungen an seinen Versuchstieren, den Katzen, kam Thorndike (1898) zu der Feststellung, „dass Lernen vielfach durch *Versuch und Irrtum* zu Stande kommt; also durch Auswählen zufällig entstandener Verhaltensweisen (R) und durch deren Verbindung mit Reizen (S)“ (a.a.O.). In einer Problemsituation zeigten die Versuchstiere in scheinbar zufälliger Abfolge zunächst einmal alle Verhaltensweisen, zu denen sie fähig waren. Diese wurden nacheinander ausprobiert und die Tiere erfuhren jedes Mal deren Konsequenzen. So zeigte anfangs eine Katze, um an ihr Futter zu gelangen, folgende Verhaltensweisen: Kratzen mit den Krallen auf dem Boden, Körper gegen Gitterstäbe drücken, Miauen und schließlich nach ein paar Minuten das Hebeldrücken, durch das sie an das Futter gelangen konnte. Dies geschah ebenso

zufällig wie die vorausgegangenen Verhaltensweisen. Nach mehr als 25 Versuchsdurchgängen reagierte das Tier angepasster; es drückte den Hebel bereits wenige Sekunden nach Beginn des Versuches. Thorndike erklärte sich diese Verhaltensveränderung mittels des *Effektgesetzes*, der Regulation von Verhaltensweisen durch seine Konsequenzen (a.a.O.).

Thorndike (1989) schlussfolgerte, dass Verhaltensweisen in Anhängigkeit von ihren jeweiligen Konsequenzen ausgewählt und durch die Häufigkeit ihres Auftretens verändert werden. So steigt die Auftretenswahrscheinlichkeit einer Verhaltensweise, wenn ihr angenehme Konsequenzen („satisfier“) folgen, und sie vermindert sich bei unangenehmen Konsequenzen („annoyer“). Somit wird eine Verhaltensweise zu einem Instrument, um eine angenehme Konsequenz herbeizuführen und eine unangenehme zu vermeiden. Der Begriff der „instrumentellen Konditionierung“ war entstanden: „Eine Aktivität ist Mittel zur Erreichung oder Vermeidung einer bestimmten Konsequenz“ (a.a.O.).

6.2.2.2. Lernen durch Verstärkung (Skinner)

6.2.2.2.1. Grundlagen

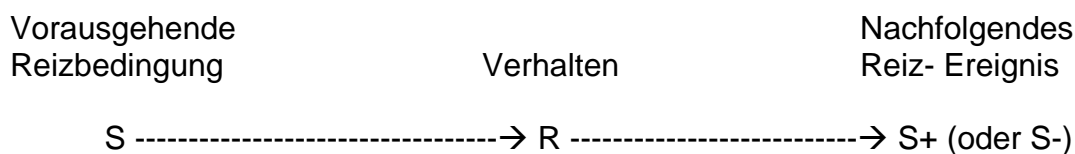
Der Lernpsychologe B.F. Skinner setzte sich anfangs (1930) auch mit den Arbeiten Thorndikes auseinander; stellte aber fest, dass ihm diese Fragestellung zu eng war. Er wollte nämlich nicht nur erforschen, unter welchen Bedingungen sich Verhalten verändert; ihn interessierte zusätzlich, wie sich Verhalten unter Kontrolle bringen lässt bzw. welche äußeren, veränderbaren Bedingungen das Verhalten beeinflussen. Der Begriff *Kontrolle* soll in diesem Sinn so verstanden werden, dass man Kontrolle über ein Verhalten hat, wenn man Bedingungen schafft, die mit erhöhter Wahrscheinlichkeit Einfluss auf ein bestimmtes Verhalten nehmen (JENSON et al. 1988: 19f.).

Skinner's operantes Konditionieren ist der instrumentellen Konditionierung von Thorndike nicht vollkommen identisch. Bei Skinner's Lernform kommt der diskriminative Reiz hinzu (→ Pkt. 6.2.2.2.8.).

Da Skinner an der Beantwortung der Frage interessiert war, wie sich Kontrolle über das Verhalten gewinnen lässt, berücksichtigte er folgende drei Komponenten:

1. Das Verhalten,
2. dessen Konsequenzen und
3. Reize, die dem Verhalten vorausgehen.

Im folgenden Schaubild wird die operante Konditionierung verdeutlicht (MIETZEL 2007: 154):



“Die vorausgehende Reizbedingung (S) kann unter bestimmten Voraussetzungen zu einem Signal werden. Im Falle ihrer Präsenz kann mit einem bestimmten Verhalten R (etwa Druck auf einen im Käfig vorhandenen Hebel) ein bestimmter Effekt (S+) in der Umgebung (z.B. Bereitstellung von Futter) ausgelöst werden. Es handelt sich also um eine Verhaltensweise, die als Eingriff in Bedingungen der Umwelt - als ‘Operation’ - vorgenommen wird, damit in der Umgebung ein Effekt ausgelöst wird. Skinner sprach infolgedessen von einem operanten Verhalten. Operantes Verhalten wird also nicht nur von seinen Konsequenzen, sondern zusätzlich von den jeweils vorausgehenden Reizbedingungen kontrolliert“ (a.a.O.).

6.2.2.2.2. Positive Verstärkung

Skinner griff den Gedanken auf, dass Verhalten durch Konsequenzen verändert wird. Die Erklärung dafür suche er nicht *im* sondern *außerhalb* des Organismus. Er stellte fest, dass das einzige definierte Merkmal eines verstärkenden Reizes darin besteht, dass dieser verstärkt. Da man jedoch im Voraus nicht abschätzen konnte, ob ein Reiz Verstärkung besitzt oder nicht, konnte man diese Frage nur in dem Sinn beantworten, indem man eine Verhaltensweise beobachtet, ihr sodann systematisch ein bestimmtes Ereignis folgen lässt, um dann zu prüfen, ob sich ihre Auftretenshäufigkeit daraufhin erhöht. Stellt man Veränderungen fest, klassifiziert man das vorliegende Ereignis unter den gegebenen Bedingungen als eine *positive Verstärkung* für den Organismus (SKINNER 1973: 76f.).

Da man im Voraus nie beurteilen kann, ob man mit einer Belohnung ein Verhalten tatsächlich verstärken kann, muss man dies ausprobieren und beobachten, ob das Verhalten wiederholt auftritt. Aufgrund dessen spricht Skinner nur in solchen Fällen von Verstärkung, „wenn sich im Gefolge eines Reizes die Häufigkeit des Auftretens einer Verhaltensweise tatsächlich erhöht“ (MIETZEL 2007: 155).

6.2.2.2.3. Negative Verstärkung

Neben verstärkenden Reizen bestehen zudem unangenehme (aversive) Reize, auf die ein Organismus mit Abwehr reagiert. Er versucht ihn von vornherein zu vermeiden oder, wenn er bereits wirksam ist auszuschalten. Für ein Kind ist vielleicht das Schimpfen der Mutter aversiv. Bei Tieren werden häufig elektrische Schläge als aversive Reize eingesetzt.

Es kommt jedoch hinzu, dass Reaktionen auf aversive Reize schwer vorhersagbar sind. So äußerte sich auch Skinner kritisch über einen übermäßigen Einsatz aversiver Reize, da diese zu unerwünschten Nebeneffekten führen können. Auf aversive Reize wird häufig mit Fluchtverhalten reagiert, wozu u.a. auch Unaufmerksamkeit, Nachlässigkeit und Vandalismus gehören. Andererseits sind mit aversiven Reizen auch solche Gefühle verbunden, die das Lernen verhindern, wie bspw. Angst, Verärgerung oder Gleichgültigkeit (SKINNER 1971: 166ff.).

Wenn also Verhaltensweisen häufiger auftreten, durch die aversive Reize vermieden oder beendet werden, spricht Skinner von einer *negativen Verstärkung*. So wird im Gegensatz zur positiven Verstärkung also ein aversiver Reiz in einer vorliegenden Situation entfernt. Schüler können bspw. aversive Reize, wie die Kritik des Lehrers oder schlechte Schulnoten vermeiden, wenn sie die erwünschten Verhaltensweisen häufiger zeigen. Somit haben positive und negative Verstärkung den gleichen Effekt. Beide erhöhen die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer operanten Verhaltensweise (MIETZEL 2007: 156).

6.2.2.2.4. Primäre und sekundäre Verstärker

Primäre Verstärker sind Reize, die den biologischen Bedarf den Körpers befriedigen. Hierzu zählt bspw. das Futter eines hungrigen Tieres oder Wasser für eine durstige Person. Meist sind primäre Verstärker solche Konsequenzen eines Verhaltens, die ohne Lernprozess verstärkend wirken. Man kann dieses jedoch nicht verallgemeinern, da Rückschlüsse auf die gesammelten Erfahrungen jedes

Einzelnen gezogen werden müssen. So wirkt bspw. roher Fisch für einige hungrige Menschen verstärkend, für andere wiederum nicht (a.a.O.: 157).

Ein Reiz kann zu einem *sekundären Verstärker* werden, wenn er mit einem primären Verstärker assoziiert worden ist. Sekundäre Verstärker sind also das Ergebnis von Lernprozessen. So haben bspw. Münzen oder Geldscheine für die meisten Personen einen Wert, da sie gegen primäre Verstärker, wie Nahrungsmittel oder Getränke eingetauscht werden können (a.a.O.).

6.2.2.2.5. Formung

In der bisherigen Darstellung wurde immer davon ausgegangen, dass sich Verhaltensweisen bereits im Verhaltensrepertoire eines Individuums befinden. Jedoch muss auch beachtet werden, dass neue Verhaltensweisen gelehrt werden sollen, die das Individuum noch nicht gelernt hat. Um den Aufbau von Verhaltensweisen zu erreichen, die spontan nicht oder erst nach einer erheblichen Wartezeit auftreten können, setzt man in der operanten Konditionierung die *Verhaltensformung* (engl. *shaping*) ein. Die Methode setzt voraus, dass das zu erreichende Endverhalten in Teilziele zerlegt wird, die kleine Schrittfolgen bilden, die der Schüler zu durchlaufen hat. Im Rahmen der Verhaltensformung wird dieser dann mit jedem kleinen Schritt verstärkt, der ihn näher an das Endziel heranführt (a.a.O.: 160 f.).

Am Anfang eines Formungsprozesses verstärkt man Verhaltensweisen großzügig. „Der Verstärker bewirkt nämlich nicht nur, dass die Frequenz der unmittelbar zuvor gezeigten Verhaltensweise ansteigt; sie führt weiterhin dazu, dass Verhaltensweisen entstehen, die nicht unmittelbar verstärkt worden sind“ (REYNOLDS 1968: 52). Es besteht somit auch die Voraussetzung, dass das Individuum Verhaltensweisen zeigt, die dem gewünschten Verhalten ähneln (a.a.O.).

6.2.2.2.6. Extinktion (Löschung)

Wie bereits erwähnt stellte Skinner fest, dass sich die Häufigkeit des Auftretens von Verhaltensweisen erhöht, wenn eine kontinuierliche bzw. zumindest partielle Verstärkung erfolgt. Es wurden jedoch Überlegungen angestellt, mit welchen Auswirkungen zu rechnen sei, wenn einer zuvor verstärkten operanten Verhaltensweise keine Konsequenzen mehr folgten. Skinner stellte fest, dass es nach dem systematischen Entzug von Verstärkern wahrscheinlich ist, dass eine

zuvor verstärkte operante Verhaltensweise zur Extinktion („(Aus-)Löschung“) gebracht wird (MIETZEL 2007: 162). „Im Falle einer Extinktion erfolgt die Absenkung der Auftretensfrequenz einer operanten Verhaltensweise bis auf das Niveau, das vor der Verstärkungsphase bestanden hat“ (a.a.O.). Der Begriff der Extinktion ist dennoch irreführend, da auch im Falle eines konsequenten Verstärkerentzuges keine völlige Löschung bzw. Eliminierung der Verhaltensweise erfolgen kann, da grundsätzlich nur Verhaltensweisen verstärkt werden können, die bereits zum Verhaltensrepertoire gehören, also eine Auftretenswahrscheinlichkeit besitzen, die größer Null ist (a.a.O.).

Unmittelbar nach Beginn der Extinktionsphase muss mit einer vorübergehenden Erhöhung der Auftretenswahrscheinlichkeit einer Verhaltensweise gerechnet werden (REYNOLDS 1968: 98f.). Die meisten Individuen reagieren nach Ausblenden des Verstärkers mit gesteigerter Aktivität, in der Hoffnung so eine Verstärkung zu erfahren. Wie schnell sich jedoch nach dem konsequenten Entzug von Verstärkern die Häufigkeit des Auftretens einer Verhaltensweise absenkt, hängt zu einem Großteil von der Lernvorgeschichte ab. So nimmt bspw. die Auftretenswahrscheinlichkeit eine Verhaltensweise, die zuvor kontinuierlich verstärkt wurden ist nach Ausbleiben des Verstärkers sehr schnell ab (MIETZEL 2007: 162).

6.2.2.2.7. Bestrafung

Die Auftretenswahrscheinlichkeit einer Verhaltensweise kann auch durch Bestrafung vermindert werden. Man unterscheidet folgende zwei Formen der Bestrafung:

- Darbietung des aversiven (unangenehmen) Reizes: In diesem Fall wird ein aversiver Reiz dargeboten, wie etwa ein Tadel in der Schule
- Entfernen eines positiven Verstärkers: Es wird ein positiver Verstärkerreiz entfernt, wie z.B. ein Fernsehgerät aus dem Kinderzimmer (a.a.O.).

Oft besteht die Erwartung, dass durch Bestrafung unerwünschte Verhaltensweisen gelöscht werden. Dies ist jedoch nicht der Fall. In Tierversuchen wurde erforscht, dass bei einer Bestrafung diese Verhaltensweisen stets nur unterdrückt werden (ESTES 1944: 4ff.). Bei einer solchen Maßnahme wird dem Individuum lediglich mitgeteilt, dass unerwünschtes Verhalten in einer bestimmten Situation zu unterlassen ist. Es erfährt dadurch noch nicht, welches Verhalten als angebracht gilt (SKINNER 1971: 166f.).

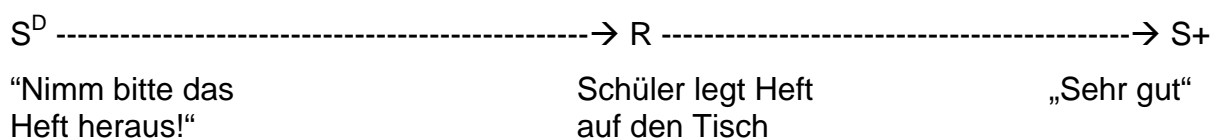
Bei der Bestrafung muss stets darauf geachtet werden, dass sie negative emotionale Reaktionen beim Empfänger auslösen kann, d.h. etwa, dass dieser mit Verärgerung oder Ängstlichkeit reagiert. Zudem kann es vorkommen, dass diese negativen Gefühle mit Merkmalen der Situation assoziiert werden; so können sich bspw. aversive Gefühle eines Schülers mit der Person des Lehrers oder auf Schulbücher übertragen (MIETZEL 2007: 165).

Skinner wies ausdrücklich darauf hin, dass der Einsatz einer Bestrafung aus pädagogischer Sicht gerechtfertigt sein muss; es darf also nur in jenen Situationen bestraft werden, in denen eine Verhaltensweise unverzüglich beendet werden muss (z.B. starke Aggressionen). Vorrangig soll eine Verhaltensänderung also stets durch positive „Maßnahmen“ erreicht werden (a.a.O.:164f.).

6.2.2.2.8. Aufbau diskriminativer Reize

Bislang war stets von Verhalteskonsequenzen (positive/ negative Ereignisse) die Rede, die einer Verhaltensweise folgen. Es muss jedoch noch ein weiteres wichtiges Merkmal der operanten Konditionierung aufgeführt werden, der *diskriminative Reiz*. Diskriminative Reize sind Reize, die als Hinweis auf situationsangemessenes Verhalten dienen. Tatsächlich erhält man eine Verstärkung nicht dafür, dass eine bestimmte Verhaltensweise gezeigt wird, sie muss zudem auch situationsangemessen sein. So wird ein Schüler im Unterricht bspw. nicht dafür gelobt, dass er irgendetwas sagt, sondern er muss auf einen Impuls, eine Frage richtig reagieren, sie korrekt beantworten. Die diskriminativen Reize geben dem Individuum die Information, ob eine Verhaltensweise in einer vorliegenden Situation angemessen ist oder nicht (a.a.O.). „Ein diskriminativer Reiz informiert darüber, dass aktuell eine Bedingung gegeben ist, unter der einer bestimmten operanten Verhaltensweise eine Verstärkung erfolgen kann“ (a.a.O.: 166).

Beispiel (a.a.O.): Gibt ein Lehrer seinen Schülern eine Aufforderung (Hefte auf den Tisch legen), bietet er diesen einen S^D dar. Wenn alle Schüler der Aufforderung nachkommen, die Hefte auf den Tisch zu legen, besitzt die Lehreraußerung die Funktion eines diskriminativen Reizes.



S^D = diskriminativer Reiz
 R= Reaktion
 $S+$ = positive Verstärkung

Wenn ein Individuum auf einen intendierten diskriminativen Reiz nicht oder nicht angemessen reagiert, besteht die Möglichkeit, dass man einen Hilfsreiz einsetzt. Das Unterscheidungslernen lässt sich durch sogenannte „Prompts“ (=Hilfestellung) fördern. Diskriminative Hilfsreize sind somit spezifisch vorausgehende Reize, die bewirken sollen, dass jenes Verhalten auftritt, das sich die Lehrperson zu verstärken wünscht. Es ist jedoch darauf zu achten, dass diese Hilfsreize so schnell wie möglich wieder ausgeblendet werden. Hierbei spricht man im Englischen von „Fading“. Dies ist notwendig, damit die Hilfsreize für den Lernenden nicht zu einem unentbehrlichen Element werden. Das Ziel bleibt stets, die gewünschte Reaktion ohne Hilfestellung (Prompt) zu erreichen (a.a.O.).

Zusammenfassend:

Typ	Definition	Effekt	Beispiel
Positive Verstärkung	Ein angenehmer Reiz folgt auf ein erwünschtes Verhalten	Erhöht die Auftretenswahrscheinlichkeit des erwünschten Verhaltens	Eine gute Note in einer Schularbeit
Negative Verstärkung	Entfernung eines unangenehmen Reizes nach Auftreten eines erwünschten Verhaltens	Erhöht die Auftretenswahrscheinlichkeit des erwünschten Verhaltens	Einem Kind erlauben, sein Zimmer zu verlassen, wenn sein Wutausbruch vorüber ist
Positive Bestrafung	Darbietung eines unangenehmen Reizes nach Auftreten eines unerwünschten Verhaltens	Verringert die Auftretenswahrscheinlichkeit des unerwünschten Verhaltens	Eine schlechte Note in einer Klassenarbeit
Negative Bestrafung	Entfernung eines angenehmen Reizes nach Auftreten eines unerwünschten Verhaltens	Verringert die Auftretenswahrscheinlichkeit des unerwünschten Verhaltens	Fernsehverbot nach schlechtem Benehmen

Tab. 7: Verstärkungs- und Bestrafungstypen (ATKINSON et al. 2001: 242)

6.2.3. Schlussfolgerungen

Die zuvor aufgeführten Lerntheorien stellen die verhaltenstherapeutische Grundlage des ABA/VB- Lernprogramms dar. Die Verhaltenstherapie hängt eng mit dem Begriff der Lerntheorie zusammen. Lernen kann jedoch im Gegensatz zum Verhalten nicht direkt beobachtet werden; es lässt sich vielmehr aus der dauerhaften Veränderung des Verhaltens schließen. Wenn Erkenntnisse über das Lernen in systemische Formen gebracht werden, entstehen Lerntheorien. Das ABA/VB- Lernprogramm basiert auf der **operanten Methode**. Auf dieser, welche um den Aspekt der aktiven Einwirkung des Menschen auf seine Umwelt erweitert wurde (von Skinner), baute Lovaas sein verhaltenstherapeutisch orientiertes Lernprogramm für autistische Kinder auf (MOLNÀR 2005: 36ff.).

Im Laufe der Entwicklung hat sich herausgebildet, dass bei den kognitiven Lerntheorien weniger die äußeren Lernbedingungen als vielmehr die innere Repräsentation und Verarbeitung der Umwelt im Vordergrund steht. Der Mensch registriert somit seine Welt nicht passiv, sondern nimmt als aktives Wesen an ihr teil; er filtert Eindrücke und verändert bzw. gestaltet seine Umwelt. Die gesammelten Erfahrungen bilden seine Realität (a.a.O.).

6.2.4. Ansatzpunkte der Verhaltenstherapie bei Kindern mit autistischem Verhalten

Da Kinder mit einer Autismus- Spektrum- Störung Schwierigkeiten haben, das Lernangebot ihrer natürlichen Umgebung zu nutzen, ist es ihnen oft nicht möglich, Wahrgenommenes adäquat zu verarbeiten. Sie können sich somit kein oder nur schwer Verhalten durch Beobachtung oder Nachahmung aneignen. Das verhaltenstherapeutische ABA/VB- Lernprogramm versucht darum, diesen Kindern die Voraussetzung für das Lernen von ihrer Umwelt zu vermitteln. Dieses Programm sollte auf die in Punkt 3.1. aufgeführten Defizitbereiche (Kommunikation, Sozialverhalten und Interessen) ausgerichtet sein (a.a.O.).

Auf folgendes Vorgehen in den verschiedenen Bereichen sollte geachtet werden:

Sprache:

Bei Sprachprogrammen ist ein kleinschrittiges, strukturiertes Vorgehen beim Erlernen einzelner sprachlicher Formen (shaping) und der Einsatz von Hilfestellungen (prompting) besonders wichtig. Somit kann dem autistischen Kind eine klare Struktur dargeboten werden und es fühlt sich nicht überfordert. Zudem üben Sprachaufbauprogramme vor der verbalen Imitation die non- verbale Imitation; also die

Nachahmung grob- und feinmotorischer Bewegungen. Hierdurch kann das Kind einerseits lernen, sich sprachlich zu äußern und andererseits dazu gebracht werden, seine Mitmenschen zu beobachten und ihre Verhaltensweisen nachzuahmen (STEINHAUSEN/ VON ASTER 1993: 18f.).

Sozialverhalten:

Kindern mit einer ASS ist es nicht ohne weiteres möglich, im Spiel mit anderen Kindern und im Zusammensein mit Erwachsenen soziale Verhaltensmuster zu erwerben. Somit baut ein verhaltenstherapeutisches ABA/VB- Lernprogramm darauf auf, in einer künstlichen Umgebung soziale Situationen stark zu vereinfachen, um verschiedene Verhaltensmuster einzuüben. So sollte zu Beginn nur eine Person mit dem Kind arbeiten und eine reiz- und ablenkungsarme Situation geschaffen werden. Zu einem späteren Zeitpunkt sollte Gelerntes mit verschiedenen Beteiligten in unterschiedlichen Umgebungen geübt werden. Diese Vorgehensweise kommt autistischen Kindern entgegen, da sie anfangs die Situation überblicken können (welches in einer komplexen Alltagssituation nicht der Fall wäre) (STEINHAUSEN/ VON ASTER 1993: 28f.).

Aktivitäten- und Interessenrepertoire:

Die Interessen von Kindern mit einer ASS sind eingeschränkt. Sie lernen somit nicht von allein, bestimmte Handlungselemente zu einer Gesamthandlung zu verbinden. Das Lernkonzept ist so ausgerichtet, um dem Kind es zu ermöglichen, gegliederte Handlungen als ein Ganzes zu erfahren (STEINHAUSEN/ VON ASTER 1993: 29f.). Des Weiteren sollte das Programm auch stereotypes und autoaggressives Verhalten verringern. Eine Möglichkeit besteht im Aufzeigen und Üben alternativer Verhaltensweisen, die den Zweck erfüllen, Aufmerksamkeit zu erhalten oder Befindlichkeiten auszudrücken (welches sonst nur über stereotypes und autoaggressives Verhalten möglich war). Je mehr neue Erfahrungen das Kind sammelt, desto eher ist es auch möglich, dass sein Interessenhorizont erweitert wird und es an Aktivitäten mit anderen Personen teilnimmt (MOLNÀR 2005: 49).

7. Autismusspezifische Förderung nach ABA/VB

7.1. Entstehung des ABA- Lernprogramms (ohne Verbal Behavior Ansatz)

Wie bereits in Punkt 1 definiert steht die Abkürzung „ABA“ für „Applied Behavior Analysis“ und kann mit „Angewandte Verhaltensanalyse“ übersetzt werden. Der Gegenstand der Verhaltensanalyse ist das menschliche Verhalten. Sie beschäftigt sich mit dem, was Menschen tun und sagen und versucht daraus Verhalten zu verstehen, zu erklären, zu beschreiben und vorherzusagen. Im Mittelpunkt des Interesses steht dabei das beobachtbare Verhalten. Änderungen in der Auftretenswahrscheinlichkeit oder in der Form einer Verhaltensweise bzw. Variationen im Verhalten, werden als Ergebnis von Umweltereignissen bzw. der Beziehung des Menschen zur Umwelt verstanden (SLOANE 1992).

Zur Entwicklung

Ferster war einer der ersten Wissenschaftler, der die Ursachen von Autismus nicht im emotionalen Bereich suchte, sondern Autismus als Lernproblem betrachtete.

„At that time, most professionals viewed autistic children’s problems as indicative of an underlying emotional disturbance, but Ferster suggested that their problems could instead be viewed as a failure to learn” (LOVAAS; SMITH 1989:17).

Seiner Meinung nach profitierten Kinder mit einer ASS nicht genügend vom Verstärkerangebot ihrer Umwelt. Aus diesen Überlegungen stellte er fest, dass diesen Kindern Lernprozesse erleichtert werden, wenn ihnen primäre Verstärker, wie Nahrung angeboten werden (WHITEFORD ERBA 2000 zit. In: MOLNÀR 2005: 51).

Lovaas und Smith knüpften 1989 mit ihrer „Comprehensive Behavioral Theory of Autistic Children“ an Fersters Überlegungen an. Diese stellt die theoretische Grundlage des ABA- Lernprogramms dar. Im Folgenden soll zunächst erst einmal aufgezeigt werden, welches Verständnis von Autismus dieser Theorie zugrunde liegt (MOLNÀR 2005: 52).

Lovaas und Smith halten es grundsätzlich für schwierig, eine Theorie zur Erklärung von Autismus zu formulieren, da große individuelle Unterschiede im Verhalten von autistischen Kindern bestehen und gezeigte Verhaltensweisen auch bei Kindern ohne einer ASS auftreten können (LOVAAS; SMITH 1989: 19). Aufgrund dessen schließen sich die beiden Wissenschaftler der Meinung von Rutter (1978) und DeMyer (1981) an, die Autismus als eine „multiplicity of behavior problems with a

multiplicity of etiologies“ sehen (MOLNÁR 2005: 50f.). Lovaas betrachtet Autismus schließlich als ein Konstrukt, das bestenfalls die Forschung erleichtert (a.a.O.: 20).

Aus dieser Sichtweise ergeben sich nun folgende Rückschlüsse für das Lernprogramm:

Da das Konstrukt Autismus so wenig greifbar ist, wird es in mehrere kleine Einheiten aufgeteilt. Die Arbeitsgrundlage bilden dabei einzelne spezifische Verhaltensweisen des Kindes, die analysiert werden. Weiterhin hat diese Vorgehensweise den Vorteil, dass der „Therapieplan“ für jedes einzelne Kind individuell erstellt werden kann, was aufgrund der großen Spannbreite autistischen Verhaltens notwendig ist. Zusätzlich wird vorwiegend die unmittelbare Umgebung des Kindes betrachtet und nur wenig Wert auf die Vorgeschichte des Kindes gelegt. Bei der verhaltenstherapeutischen Arbeit werden Umwelteinflüsse isoliert und verändert. Aufgrund dessen kann der Ursache- Folge- Zusammenhang zwischen dem Umwelteinfluss und der Verhaltensweise des Kindes festgestellt werden und es wird ermöglicht, dass besonders akutes Problemverhalten abgebaut wird. Als weiteres Merkmal sollte der Weg des induktiven Vorgehens zu nennen sein. Dieser Weg ermöglicht eine viel individuellere Ausrichtung des Förderansatzes auf das Kind, weil er therapeutische Maßnahmen auf der Basis von einzelnen Beobachtungen plant. Daraus ergibt sich ein umfassenderes Bild vom einzelnen Kind mit seinen Fähigkeiten und Schwierigkeiten als das beim deduktiven Vorgehen möglich wäre (a.a.O.).

Dieser zuvor aufgezeigte Umgang mit Autismus spiegelt sich in der von Lovaas und Smith formulierten „Comprehensive Behavioral Theory of Autistic Children“ wieder.

Die Autoren gehen in ihrer Theorie von folgenden Grundsätzen aus:

- Die Lerntheorie erklärt das Verhalten autistischer Kinder und ist deshalb als Basis für die verhaltenstherapeutische Therapie geeignet. Die Auftretenswahrscheinlichkeit einer Verhaltensweise hängt von der Verstärkung durch die Umwelt ab.
- Insbesondere die lerntheoretischen Grundsätze des Diskriminationslernens können für die Entwicklung von Lernprogrammen für autistische Kinder genutzt werden.
- Kinder mit einer ASS haben viele verschiedene Schwierigkeiten, die insgesamt als Entwicklungsverzögerung zu sehen sind und nicht als Krankheit bezeichnet werden sollten. Sie weisen kein zentrales Defizit auf. Die Vielzahl

von Verhaltensschwierigkeiten muss somit in kleinen Schritten angegangen werden, damit sich das gesamte Verhalten verändern kann.

- Kinder mit einer ASS sind, wie auch andere Menschen, fähig zu lernen, wenn sie dies in einer speziellen Umgebung (reiz- und ablenkungsarm) tun können.

(a.a.O.: 21ff.)

Lovaas und Smith gehen also davon aus, dass das Verhalten autistischer Kinder durch Lerngesetze erklärt werden kann und die Verhaltensschwierigkeiten als Entwicklungsverzögerungen gesehen werden sollten. In diesen Ansichten stimmen sie auch mit Frith (1992) überein (MOLNÀR 2005: 54).

7.2. Entwicklung von ABA zu ABA/VB

Durch das Hinzukommen des Verbal Behavior (VB)- Ansatzes kann der Bereich des Spracherwerbs besser gefördert werden. Der Begriff VB wurde von B.F. Skinner ins Leben gerufen. Dieser nutzte im frühen 20. Jahrhundert die Studien und Forschungen anderer als Basis für seine Arbeit, um die Grundprinzipien des Verhaltens zu entwickeln. Das von ihm herausgegebene Buch „The Behavior of Organism“ (1938) war der Anfang der experimentellen Analyse von Verhalten. Inhalte dieses Werkes wurden jedoch noch nicht in ABA- Lernprogramme eingearbeitet. Erst nachdem Dr. J. Michael und Kollegen begannen, ein weiteres Buch Skinners, „Verbal Behavior“ (1957) zu studieren und letztendlich in ABA- Programme zu integrieren, folgten einige Resultate (SCHRAMM 2006: 181). Die Entwickler von Verbal Behavior, Dr. J. Michael und andere wie Dr. J. Partington und Dr. M. Sundberg, begründeten eine Reihe von neuen Methoden, um die Erkenntnisse aus dem Buch „Verbal Behavior“ an die speziellen Bedürfnisse von Kindern mit Sprachverzögerungen anzupassen. Dieses Werk war das erste mit einem behavioristischen Blick auf das Erlernen der Sprache (a.a.O.:33).

Michael, Partington und Sundberg entwickelten sozusagen nach dem Vorbild von Lovaas einen Ansatz auf den Grundlagen von ABA, gekoppelt mit Skinners Theorie des Verbal Behavior. Dieser Ansatz verfolgt die gleichen Ziele wie der von Lovaas; orientiert sich jedoch stärker an der Motivation des Kindes und am Lernen in natürlichen Lernsituationen. Verbale und non- verbale Kommunikation sind zentrale Bestandteile des Förderansatzes.

7.3. ABA/VB

7.3.1. Methoden und Ziele

Die Methode des ABA/VB- Lernprogramm ist das *verhaltenstherapeutische Vorgehen*. Unerwünschtes Verhalten, das heißt Verhalten, welches die soziale Integration, Interaktion und Kommunikation erschwert bzw. dem Kind schadet (autoaggressives Verhalten) und/ oder vom Lernen abhält (wie bspw. stereotype Bewegungen) sollen abgebaut werden. In einen weiteren Schritt soll das Kind soziales Verhalten, kommunikative Ausdrucksweisen und lebenspraktische Fähigkeiten erlernen. Bei dem verhaltenstherapeutischen Vorgehen werden diese Lernziele in kleine Teilschritt zerlegt, die aufbauend vermittelt und durch ständige Wiederholungen verfestigt werden. Das Unterrichten soll möglichst in der Form erfolgen, dass die Kinder/ Jugendlichen von verschiedenen Personen in unterschiedlichsten Lernumgebungen lernen, da sonst die Gefahr besteht, dass das Gelernte nicht generalisiert werden kann. Es ist jedoch angedacht, dass das Programm zu einem Großteil von den Eltern durchgeführt wird, welche ggf. durch Co- Therapeuten unterstützt werden.

Motivation und Verstärkung²⁸ sind die Schlüssel des Unterrichts für jede Fähigkeit (Vgl. SCHRAMM 2006).

Folgende Methoden, die im Unterrichtsverfahren Anwendung finden, sollen nochmals aufgeführt werden:

Aufforderung, Anweisung, Anleitung, Instruktion (S^D)²⁹: „Eine an das Kind gestellte Anforderung“ (a.a.O.:15).

Ausblenden (engl.: fading): „Einen Prompt systematisch von einem S^D zurücknehmen/ ausblenden“ (a.a.O.).

Establishing Operation (EO): „Eine Variable, die einem S^D (einer Anleitung) hinzugefügt wird und den Wert des Verstärkers vorübergehend verändert, so dass sich die Motivation für eine Zielreaktion erhöht“ (a.a.O.).

Fluchtlöschung: „Nichtzulassen, dass das Kind einer Lernaufgabe oder einer Situation ausweicht, ohne vorher die ihm gestellte Aufgabe gelöst bzw. die Situation bewältigt zu haben“ (a.a.O.).

Löschung: „Nichtvorhandensein einer zuvor verfügbaren Verstärkung“ (a.a.O.:16).

²⁸ siehe Anhang (Seite XIII)

²⁹ siehe Anhang (Seite IX)

Verstärkung: „Etwas, das nach einem Verhalten passiert und die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass dieses Verhalten unter ähnlichen Umständen erneut auftritt“ (a.a.O.).

Negative Verstärkung: „Etwas, das der Umgebung nach einem bestimmten Verhalten entfernt wird, welches die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass dieses Verhalten unter ähnlichen Umständen erneut auftritt“ (a.a.O.).

Positive Verstärkung: „Etwas, das der Umgebung nach einem bestimmten Verhalten hinzugefügt wird, welches die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass dieses Verhalten unter ähnlichen Umständen erneut auftritt“ (a.a.O.).

Prompt: „Hilfestellung; Tätigkeit, die einem S^D hinzugefügt wird und dazu beiträgt, eine Zielreaktion hervorzurufen“ (a.a.O.) (→ siehe 7.3.6.).

Durch diese verschiedensten Methoden ist es möglich, die oben genannten Ziele des Lernprogramms zu erreichen. Ferner besteht zudem das Ziel, dass die Kinder/Jugendlichen durch diesen Ansatz die Kompetenz vermittelt bekommen, sich selbst neue Fähigkeiten aus ihrem natürlichen Umfeld anzueignen. Dies ist notwendig, da das intensive Unterrichten von Fähigkeiten sehr zeitaufwendig ist und dem Kind somit nur eine begrenzte Anzahl von Kompetenzen beigebracht werden kann. Aufgrund dessen ist die Verselbstständigung (in jedem einzelnen Lernbereich) ein weiteres Ziel des Programms (Vgl. SCHRAMM 2006).

7.3.2. Aufbau des Lernprogramms

Nachdem sich die Eltern (oder sonstige Sorgeberechtigte) des Kindes dafür entschieden haben an einem ABA/VB- Lernprogramm teilzunehmen, findet eine *Erstberatung* durch ausgebildete Fachleute statt, die sich normalerweise über mehrere Tage erstreckt. In dieser Zeit lernen diese das Kind genau kennen und erstellen auf dieser Grundlage zusammen mit dem Kind (soweit dies möglich ist) und dessen Eltern ein Programm. Dieses orientiert sich sehr stark an der Individualität des Kindes. In einem weiteren Schritt werden die *Co- Therapeuten*, die die Eltern meist als Unterstützung heranziehen, angeleitet. In bestimmten zeitlichen Abschnitten, die wiederum individuell gestaltet werden (sich meist aber zwischen drei und sechs Monaten bewegen) finden *Folgeberatungen* statt, in denen die Fortschritte des Kindes evaluiert werden und das Lernprogramm modifiziert wird.

Sowohl die Eltern als auch die Co- Therapeuten sollten regelmäßig an einer professionellen Beratung teilnehmen und ihr Handeln bewerten. Dies geschieht dann meist durch Personen, die ein ABA/VB- Lernprogramm anbieten.

Ich selbst arbeitete bspw. oft mit Consultants des Knospe- Institutes (Hannover) zusammen und erfuhr von diesen eine Bewertung meines Handelns.

Wie eine Einheit dieser Förderung abläuft, kann natürlich sehr individuell und somit verschieden gestaltet werden. Ein möglicher Ablauf ist jedoch unter dem Punkt 7.4. (Fallbericht) dargestellt.

7.3.3. Bestimmung von Zielen nach dem ABLLS- Katalog

Die Ziele eines ABA/VB- Programms werden nach dem ABLLS³⁰- Katalog³¹ (Vgl. PARTINGTON 2006) bestimmt, der von Sundberg und Partington entwickelt wurde. Somit findet eine Ermittlung des Entwicklungsstandes des Kindes sowie die Strukturierung des Programms statt. Bei den ABLLS handelt es sich um ein Raster, das Fähigkeiten und Lernziele aus verschiedenen Lebensbereichen in kleinsten Teilabschnitten erfasst und beschreibt. Dieser Katalog besteht aus folgenden vier Hauptkategorien:

- Bewertung der grundlegenden Lernkompetenzen (Basic Learner Skills Assessment)
- Bewertung der Fähigkeiten in den Kulturtechniken (Academic Skills Assessment)
- Bewertung der lebenspraktischen Fähigkeiten (Self- Help Skills Assessment)
- Bewertung der motorischen Fähigkeiten (Motor Skills Assessment).

Diesen Hauptkategorien werden insgesamt 25 verschiedene Lernbereiche untergeordnet. Zu diesen zählen u.a. die Kooperation/ Bereitschaft bezüglich Verstärker, visuelle Leistung, rezeptive Sprache, motorische und verbale Imitation, Manding, Tacting, Intraverbals, spontane Vokalisation, Syntax und Grammatik, Spiel und Freizeit, soziale Interaktion, Gruppenanweisungen, Klassenroutine, generalisiertes Antworten, Lesen, Mathematik, Schreiben, Buchstabieren, An- und

³⁰ Assessment of Basic Language and Learning Skills (Einschätzung grundlegender Sprach- und Lernfähigkeiten)

³¹ siehe Anhang (Seite VI)

Ausziehen, Essen, Körperpflege, Toilettengang sowie Grob- und Feinmotorik (SCHRAMM 2006: 281).

Jeder dieser Lernbereiche verfügt wiederum über eine Anzahl von sechs bis 52 Unterpunkten. So werden anhand von nahezu 500 Items die Fähigkeiten eines Kindes ermittelt. Diese Items sind so konstruiert, dass der Schweregrad zur Bewältigung einer Aufgabe ansteigt, sodass man nach der Bewertung genau abschätzen kann, wo das Kind steht und welche Fähigkeiten als nächste erlernt werden sollen. Diese einzelnen Items werden durch Wiederholungen so lang eingeübt, bis sie fehlerfrei (ohne einen Prompt) wiedergegeben werden können. Erst dann gelten sie als erlernt. Dennoch sollten sie in größeren zeitlichen Abschnitten wiederholt und somit gefestigt werden.

7.3.4. Grundvoraussetzungen des ABA/VB- Lernprogramms

Unterrichtskontrolle

Eine Grundvoraussetzung, die bestehen sollte, bevor mit dem eigentlichen Unterrichten begonnen wird, ist die Unterrichtskontrolle. Wenn das Kind den gestellten Aufforderungen nachkommen soll, ist es unabdingbar, dass eine gute Lernbeziehung zum „Lehrer“ besteht. Die Unterrichtskontrolle ist somit die Wahrscheinlichkeit dafür, dass die gestellten Anforderungen (S^D 's) eine korrekte Reaktion des Kind hervorrufen. Wenn keine Unterrichtskontrolle erreicht ist, kann es vorkommen, dass das Kind keinerlei Reaktionen zeigt. Zudem ist es wichtig, dass die Lehrperson mit der Vergabe von Verstärkern assoziiert wird und das Kind belohnt wird, wenn es sich an Anweisungen hält. Es muss stets darauf geachtet werden, dass das Kind einer Aufforderung nachkommt (dies kann auch durch einen Prompt erreicht werden) und die Lehrsituation nicht vorzeitig verlässt und sich ggf. durch andere Dinge verstärkt (Vgl. SCHRAMM 2006: 71ff.).

Pairing

Pairing, was so viel bedeutet wie ein Beziehungsaufbau, ist ein behavioristisches Prinzip, welches besagt, „dass durch das beständige, gleichzeitige Erleben zweier Dinge oder Aktivitäten, der wahrgenommene Wert des Einen, den wahrgenommenen Wert des Anderen beeinflussen wird“ (SCHRAMM 2006: 75). Das Ziel des Pairings besteht darin, dass der „Lehrer“ selbst zu einem Verstärker für die

Verhaltensentscheidungen des Kindes wird, was diesen in die Lage versetzt, ein generalisierter Verstärker für gutes und angebrachtes Verhalten zu werden.

Pairing spielt zudem eine große Rolle in der Entwicklung von (Lern-) Bereitschaft und der Wirksamkeit von Verstärkern. Es ist somit erforderlich, dass sich die Person des „Lehrers“ mit Verstärkung in Verbindung bringt. Nur so kann erreicht werden, dass sich das Kind mit einer ASS dafür entscheidet, lieber mit einer Person zu spielen als alleine, was es vermutlich bevorzugen würde. Das Kind erlebt so den Kontakt zu Menschen und dadurch die Förderung generell als etwas Positives. Beim Pairing muss besonders darauf geachtet werden, dass der Erwachsene über sämtliche Verstärker verfügt und keine von diesen für das Kind frei zugänglich sind. Das Kind darf sich selbstständig für einen Verstärker entscheiden; jedoch nur zusammen mit dem Erwachsenen mit diesem spielen, damit die Verbindung hergestellt werden kann. Beim reinen Pairing dürfen keine Anweisungen (S^D 's) an das Kind gestellt werden (a.a.O.: 171f.).

7.3.5. Unterrichtsbogen

Der Unterrichtsbogen sollte beim Unterricht mit einem Kind immer im Auge behalten werden, da er entwickelt wurde, um Lernen so verstärkend wie nur möglich zu gestalten. Er ist so aufgebaut, dass er immer mit Pairing beginnt und endet. In einen ersten Schritt werden erste kleine Aufgaben eingebaut, die das Kind/ Jugendliche erfahrungsgemäß ohne weitere Anstrengungen erfüllen kann. Die Ausführung der Aufgabe muss entsprechend belohnt werden. Nach und nach werden schwierigere Aufgaben eingebaut und mit entsprechender Verstärkung belohnt. Es ist stets darauf zu achten, dass das Kind nicht an Motivation verliert und evtl. die Unterrichtssituation vorzeitig verlässt. Die Aktivität muss so verstärkend sein, dass das Kind einige Zeit bei der Sache bleibt. In einem weiteren Schritt werden das Niveau und die Frequenz der gestellten Aufgaben wieder zurückgefahren. Als letzter Schritt folgt wieder reines Pairing, damit das Kind den Unterricht in guter Erinnerung behält. Richtig angewandt kann der Unterrichtsbogen ein starker EO (→ siehe Pkt. 7.3.1.) für den Unterricht im Allgemeinen sein (a.a.O.: 260).

7.3.6. Hauptunterrichtsmethode: Discrete Trial Teaching (DTT)

Discrete Trial Teaching ist die Hauptunterrichtsmethode, die in der Wissenschaft von ABA/VB angewandt wird. Ein Discrete Trial hat einen definierten Anfang und ein

definiertes Ende. Unterrichtssitzungen sind aus mehrfachen Reihen dieser unabhängigen Versuche (Trials) zusammengesetzt. Jeder Versuch hat folgendes Schema:

1. Dem Kind wird ein S^D präsentiert während es aufmerksam ist.
2. Wenn das Kind eine Unterstützung benötigt wird ein Prompt (\rightarrow s.u.) gegeben, der den S^D dabei unterstützt, die gewünschte Reaktion hervorzurufen.
3. Das Verhalten des Kindes wird beobachtet.
4. Die richtige Reaktion des Kindes wird verstärkt.

Der S^D signalisiert dem Kind also, dass ein S^R oder Verstärker zur Verfügung steht. Ferner wirkt der S^R als Grund für das Kind, das gewünschte Verhalten zukünftig zu zeigen. Beim Aushändigen eines Verstärkers sollte man immer mit dem Bewusstsein für das Gesamtziel verstärken (a.a.O.: 176).

Prompts

Ein Prompt (Hilfestellung) wird dann eingesetzt, wenn das Kind eine Aufgabe ohne Unterstützung nicht fehlerfrei lösen könnte. Ein Prompt ist somit „irgendetwas, das einem SD (Anweisung) hinzugefügt wird, um [dem] Kind zu helfen, die gewünschte Antwort zu zeigen“ (SCHRAMM 2006: 205ff.).

Dabei können folgende Formen von Prompts verwendet werden:

Physische Prompts:

Voll physischer Prompt: dies ist der stärkste und am meisten unterstützende Prompt; eine physische Beeinflussung des Körpers.

Teilweise physischer Prompt: weniger unterstützend als zuvor genannter; eine teilweise physische Beeinflussung des Körpers.

Imitierender Prompt: visuelle Demonstrationen zum Nachahmen für das Kind; verlangt ein selbstständiges Verhalten vom Kind.

Gestikprompt: noch weniger unterstützend als imitierender Prompt; ein Zeigen oder Hinweisen des Kindes, wohin es sehen soll um die Antwort zu finden.

Positionsprompt: der am wenigsten unterstützende der physischen Prompts; Position eines Gegenstandes wird verändert, der das Kind auf die richtige Antwort hinweisen soll.

Verbale Prompts:

Voll echoartiger Prompt: Sagen eines vollständigen Wortes, dass das Kind wiederholen soll (Bsp. „Was ist das? Ball!“).

Teilweise echoartiger Prompt: Vorgeben der ersten Silbe(n) eines Wortes, dass das Kind wiederholen soll (Bsp. „Was ist das? Ba_“).

Direkter verbaler Prompt: der am meisten unterstützende Anweisungsprompt; Bsp.: zu dem S^D „Was musst du vor dem Essen machen?“ wird gepromptet „Wasch deine Hände!“.

Indirekter verbaler Prompt: teilweise unterstützender Anweisungsprompt; Bsp.: zu dem S^D „Was musst du vor dem Essen machen?“ wird gepromptet „Es ist etwas, was wir im Bad tun“ (a.a.O.).

Wird eine Aufgabe (trotz Prompt) falsch gelöst folgt ein Korrekturverfahren. Bei diesem wird der einzelne Lernschritt so oft wiederholt und gepromptet bis das Kind die richtige Antwort gibt oder zeigt. Wenn dies geschehen ist wird ein sogenannter *Ablenkungsversuch* eingebaut, indem dem Kind ein S^D gegeben wird, welchen es ohne größere Anstrengung beantworten kann. Zur Kontrolle wird nun nochmals der zuerst im Korrekturverfahren gegebene SD aufgezeigt, um zu kontrollieren, ob das Kind diesen nun korrekt beherrscht.

Die Methode des DTT zeichnet sich durch eine hohe Effektivität im Erlernen konkreter Ziele aus. Durch eine klare Strukturierung und den Einsatz von kleinsten Übungsschritten wird dem Kind eine große Sicherheit vermittelt und eine Überforderung vermieden (a.a.O.: 169ff.).

Löschung

Ein Verhalten kann jedoch auch auf Löschung gesetzt werden. „Löschung ist der Prozess, ein zuvor verstärktes Verhalten (nicht) mehr zu verstärken“ (a.a.O.: 103). So wird sich jedes Verhalten reduzieren, welches auf Löschung gesetzt ist. Dieses Prinzip wird angewendet, wenn ein Kind bspw. die Aufmerksamkeit der Mutter einfordert, obwohl sich diese gerade mit einer anderen Person unterhält. So lang das Kind schreit, wird es nicht beachtet; ist es einen Augenblick lang ruhig verstärkt man es sofort und zeigt ihm eine angemessene Verhaltensweise, wie bspw. die Mutter antippen. Das Verfahren ist relativ einfach, da die „Macht“ bei den

Betreuungspersonen liegt und diese adäquat reagieren können, indem sie bspw. auch Spielzeug zurückhalten (a.a.O. 129). Intensiviert oder steigert sich das auf Löschung gesetzte Verhalten bis es sich letztendlich verringert, bezeichnet man dies als Löschungstrotz (a.a.O.:116).

7.3.7. Weitere Unterrichtsverfahren

Die drei Unterrichtsarten Natural Environment Teaching (NET³²), Intensive Trial Teaching (ITT³³) und On-the-Move Teaching (OTM³⁴) verwenden das gleiche grundlegende Discrete Trial Teaching Format wie es im vorherigen Punkt beschrieben wurde. Die Verfahren unterscheiden sich jedoch nicht von der Örtlichkeit in der sie stattfinden, sondern von der Art des zu lehrenden Ziels und seiner Beziehung zum Kind (a.a.O.:224).

Natural Environment Teaching (NET): Diese Art des Unterrichtens kann überall durchgeführt werden; sei es in der Küche, im Bad, im Auto oder am Tisch. NET zeichnet aus, dass die Ziele, auf die hingearbeitet werden soll, Fähigkeiten sind, für die das Kind ein *natürliches Interesse zeigt*. Die Ziele, die unterrichtet werden, sind im Voraus geplant. Zum Beispiel würde das Singen eines Liedes, welches das Kind evtl. sogar selbst anstimmt unter NET fallen (a.a.O.).

Intensive Trial Teaching (ITT): ITT steht im Gegensatz zu NET, denn bei dieser Form des Unterrichtens werden Ziele unterrichtet, die künstlich in das Umfeld des Kindes eingeführt werden, obwohl das Kind keinen inneren Wunsch oder Interesse hat sie auszuführen. Beispiele hierfür sind das Unterrichten mit Bildkarten, Papierschneideübungen oder die Aufforderung an das Kind seinen Bauch zu zeigen. In den meisten Schullehrplänen wird so unterrichtet, ohne dass zuerst Motivation beim Schüler aufgebaut wird (a.a.O.).

On-the-Move Teaching (OTM): Diese Unterrichtsart kann ganz spontan erfolgen; je nachdem, wo man sich gerade mit dem Kind befindet. Bspw. kann diese Form erfolgen, wenn man mit dem Kind auf dem Weg zum Einkaufen ist oder spazieren geht. Jedes Mal, wenn das Kind Interesse an einer bestimmten Sache zeigt, kann spontan unterrichtet werden. Dieser Unterricht beinhaltet Ziele, die im Vorfeld nicht

³² Unterricht in natürlicher Umgebung

³³ Unterricht in intensiven Lernreihen

³⁴ Unterwegs- Unterricht

geplant waren und aus der natürlichen Motivation des Kindes heraus entstanden sind. Bspw. bleibt ein Kind stehen und schaut einen Hund an. In diesem Fall kann man das Kind fragen „Was ist dies für ein Tier?“ (a.a.O).

7.3.8. Klassifizierung der Sprache durch Verbal Behavior

Wie bereits bei der Entwicklung von ABA zu ABA/VB dargestellt wurde, nimmt das Unterrichten der Sprache in dem Förderansatz einen hohen Stellenwert ein. Skinner stellt in seinem Werk „Verbal Behavior“ (1957) folgende Kategorien dar:

Mand: Verlangen; Nach gewünschten Gegenständen fragen

Imitation: Nachahmung (non- verbal; motorisch)

Echoic: etwas Gehörtes zu wiederholen

Receptive: Sprachverständnis; die Fähigkeit Anweisungen zu befolgen

Tact: Bezeichnen, Benennen

FFC (Receptive by Function, Feature and Class): rezeptives Erkennen von speziellen Gegenständen, nachdem eine Beschreibung der Funktion, des Merkmals oder der Klasse gegeben wurde

Intraverbal: Fragen beantworten oder Unterhaltungen führen

Textual: Lesen

Writing: Schreiben

Das Ziel beim Unterrichten von Sprache ist, dass das Kind diese in seinen verschiedenen Funktionen kennt und gebraucht. Das Manding, ein Verlangen, steht dabei an oberster Stelle. Hält das Kind diese Form von Sprache ein, erfährt es welche Konsequenzen folgen können, die einen positiven Effekt haben.

Aktive Sprache (expressive Sprache)

Die Sprachförderung setzt je nach Entwicklungsstand des Kindes an unterschiedlichen Punkten an. Lernziele können einerseits sein, die einfache Lautäußerung oder das Sprechen von Silben; andererseits aber auch das Formulieren einzelner kurzer Sätze oder gar eine Unterhaltung führen. Das Erlernen von Sprache setzt in jedem Fall die Imitationsfähigkeit von Bewegungen, als auch mimische und gestische Bewegungen voraus, da Sprache zu einem Großteil über Nachahmung erworben wird. Der erste Schritt zum Erlernen von Sprache ist somit die Imitationsfähigkeit (MOLNÁR 2005: 67). In einem weiteren Schritt wird auch jede noch so kleine verbale Äußerung des Kindes verstärkt, da es vorerst darauf

ankommt, das Kind dazu zu bringen, dass es sich in einer Form verbal äußert. Wenn dies gelernt ist, kann damit begonnen werden Nachahmungsübungen einfacher Laute, wie „ah“, „uh“, „mm“ etc. zu üben (schwierigere Laute wie s, k, g oder l folgen). Aus diesen Lauten können dann zunächst einmal Silben zusammengesetzt werden, bevor es zum Erlernen von einzelnen Wörtern und Sätzen kommt. Wenn dies das Kind kann, kann weiter an der Imitation der Lautstärke und des Sprechtempos gearbeitet werden (LOVAAS 2003 zit. In: MOLNAR 2005.).

Sprachverständnis (rezeptive Sprache)

Selbst wenn ein Kind Wörter oder kurze Sätze nachsprechen kann, heißt das noch nicht, dass es auch die Bedeutung des Gesagten kennt. Deshalb gehören zu der Sprachförderung neben den Imitationsübungen auch Sprachverständnisübungen. In diesen Bereich soll Folgendes erlernt werden: das Befolgen einfacher Aufforderungen, Gegenstände erkennen und über ihre Funktion informiert sein, Erkennen von Tätigkeiten als auch von Körperteilen, Zuordnen von Geräuschen (MAURICE 1996 zit. in MOLNAR 2005: 68). Diese Fähigkeiten können natürlich auch noch erweitert werden, indem komplexe Fähigkeiten wie das Erkennen von Gefühlen, das Bilden von Kategorien, das Unterscheiden von Präpositionen, etc. gezeigt werden sollen. Ein weiterer wichtiger Teil des Verstehens von Sprache ist das Verbverständnis. Das Ziel dieser Förderung ist, die Fähigkeit des Kindes, zu erkennen, was es selbst tut bzw. was andere tun (auch auf Fotokarten) und welcher Tätigkeit welcher Name zugeordnet wird. Einerseits gibt es Verben, die Tätigkeit darstellen, die das Kind nur mit seinem Körper ausführt (bspw. hüpfen, winken) und solche, die es mit seinem Körper und mit Gegenständen ausübt (trinken aus einem Glas oder schneiden mit einer Schere). Wie auch in oberen Teilen dargestellt wurde, nimmt der Erwachsene seine Hilfestellungen (Prompts) nach und nach zurück (fading). Jede der hier beschriebenen Aufgaben soll das Kind, wenn es sie beherrscht, an verschiedenen Orten (Kindergarten, Schule) mit unterschiedlichsten Personen (Lehrer) wiederholen (=Generalisierung) (MOLNAR 2005: 68f.).

7.3.9. Rahmenbedingungen

Zeitlicher Rahmen

Das ABA/VB- Lernprogramm ist so konstruiert, dass es in den Alltag des Kindes zu integrieren ist und über den ganzen Tag verteilt stattfinden sollte, da so die besten

Lernerfolge erzielt werden können. Dies kann zusätzlich von Co- Therapeuten abgedeckt werden oder soweit möglich in der Kindertagesstätte bzw. in der Schulzeit erfolgen. Die meisten ABA/VB-Institute schlagen einen zeitlichen Rahmen von täglich 8 Stunden vor, in dem das Kind lernen soll. Hier ist natürlich auch stark darauf zu achten, wie dies die Familie (mit Unterstützung) abdecken kann und ob nicht das Familienleben darunter leidet (Vgl. MOLNÁR 2005: 49).

Einsatz von Co- Therapeuten

Um den oben genannten zeitlichen Rahmen abdecken zu können ist es meist erforderlich das Co- Therapeuten eingesetzt werden. Dies sind Personen, die von ABA/VB-Beratern geschult werden und so individuell auf das Kind eingehen können. Meist sind Co- Therapeuten keine professionellen Fachleute, da dies schwer zu finanzieren wäre. Es können bspw. auch Großeltern als Co- Therapeut dienen. Beim ABA/VB- Programm ist es wichtig, dass das Kind mit verschiedenen Personen arbeitet (Generalisierung), die sich auf eine einheitliche Umgangsweise geeinigt haben, damit der Lernerfolg garantiert werden kann (a.a.O.).

Räumlichkeiten

Das ABA/VB-Lernprogramm sollte möglichst in verschiedenen Räumlichkeiten stattfinden, da sich das Kind nicht an einen bestimmten Raum gewöhnt und nur in diesem Lernen kann (Generalisierung). Wie bereits oben erwähnt, ist es durchaus denkbar auch in der Natur und spontan unterwegs ABA/VB durchzuführen, damit sich das Kind auch auf eine andere Umgebung einlassen kann. Es ist jedoch darauf zu achten, dass der Raum reiz- und ablenkungsarm gestaltet ist.

Finanzierung

Da der ABA/VB Förderansatz vor einigen Jahren noch sehr unbekannt war, mussten die Kosten zu einem Großteil selbst übernommen werden. Dies hat sich in den letzten Monaten und Jahren verändert. Mittlerweile bekommen ca. 75% der Familien die Kosten einer Förderung ihres Kindes nach ABA/VB vom Sozial- oder Jugendamt (häufig über Eingliederungshilfe) finanziert. In den meisten Fällen werden hier die vollen Kosten übernommen. Bei wenigen Familien besteht eine Art Mischform, d.h. ein Teil der Förderung wird selbst übernommen; einen anderen Teil übernimmt das

Sozial- oder Jugendamt. Wenige Familien müssen den vollen Kostensatz selbst finanzieren (KNOSPE 2009).

7.4. Fallbericht

Nachdem das ABA/VB- Lernprogramm in all seinen Facetten theoretisch dargestellt wurde, folgt ein Fallbericht, in dem diese Elemente praktische Anwendung erfahren. Diese Fallarbeit habe ich im Rahmen meines zweiten praktischen Studienseesters der Hochschule Coburg, Studiengang „Soziale Arbeit und Gesundheit“ selbstständig durchgeführt.

7.4.1. Ausgangssituation/ Situationsanalyse

Vorgeschichte des Kindes

Ben³⁵ ist mit knapp drei Jahren in einen Regelkindergarten gekommen; bereits nach einer Woche wurden die Eltern jedoch darauf aufmerksam gemacht, dass er eine spezielle Förderung benötigt. Er bekam einen integrativen Kindergartenplatz und zusätzlich Ergotherapie. Nach ca. acht Monaten ist er dann in die SvE (Schulvorbereitende Einrichtungen) gewechselt, weil ein erhöhter Förderbedarf festgestellt wurde. Er erhält neben der ABA/VB- Förderung noch zusätzliche Ergotherapie. Seit Mai 2008 nimmt er zudem einmal in der Woche an einer Reittherapie teil (individuelle Bedingungen).

Situationsanalyse

Der Haushalt des sechs-jährigen Ben setzt sich aus seiner kleineren Schwester (vier Jahre alt), seiner Mutter und seinem Vater zusammen (persönliches Umfeld/ soziokulturelle Bedingungen). Mutter und Vater sind beide berufstätig, wobei sich der Vater schwerpunktmäßig um die Erziehung der Kinder kümmert. Betreuungsressourcen liegen zudem bei den Großeltern.

Nach einem Aufenthalt in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bayreuth wurde bei Ben Frühkindlicher Autismus (nach ICD 10: F84.0) und eine allgemeine Entwicklungsverzögerung (ICD 10: F78) einschließlich einer Intelligenzstörung und einer sensomotorischen Wahrnehmungsstörung diagnostiziert.

Der Junge hat an anderen Kindern, sowohl in als auch außerhalb der Gruppe wenig Interesse. Zudem zeigt er stereotypes Verhalten, wie z.B. das Drehen von Teilen. Weiterhin fällt auf, dass Ben rasch zwischen Tätigkeiten wechselt und daher sehr

³⁵ Name geändert

unruhig wirkt (motorische Unruhe). Gern mag er Musik und ist sehr musikalisch; er kann sich beispielsweise sehr gut den Text einzelner Strophen von Liedern merken. Ben ist sehr auf das männliche Geschlecht fixiert. Im Elternhaus auf den Vater und den Großvater; in der SvE- Gruppe auf den (einzigsten) Erzieher. Diesen umarmt er oft und protestiert, wenn er den Raum verlässt. Bei dem Jungen besteht eine ausgeprägte Echolalie. Er fasst Gesagte schnell auf und wiederholt dieses ohne dabei den Sinn zu kennen.

7.4.2. Kontraktarbeit und Zielformulierung

Ben wurde im April 2008 (Erstberatung) zum ersten Mal nach dem Schema der ABLLS (→ 7.3.3.) bewertet und in der Folgeberatung im Oktober 2008 neu eingestuft. Die nachfolgend aufgeführten Ziele beziehen sich auf die Folgeberatung. In der ABA/VB- Programmübersicht befinden sich 26 Items, die täglich mit dem Jungen geübt werden sollten. Jede der aufgeführten Übungen nimmt nur wenige Minuten in Anspruch, sodass es mein tägliches Ziel war, so viele wie möglich durchzuführen. Dies war natürlich zu einem Großteil von der Bereitschaft des Jungen zur Mitarbeit abhängig. Durchschnittlich konnte ich 18 Übungen durchführen. Nachfolgend möchte ich, aufgrund der Fülle der verschiedensten Übungen, elf Ergebnisziele näher beleuchten, an denen ich vorrangig mit dem Jungen arbeitete.

Das Grundsatzziel (GZ), welches angestrebt wird, aber natürlich in so geringer Zeit nicht zu erreichen war, ist "*Es bestehen keine Anzeichen/ Verhaltensweisen des frühkindlichen Autismus mehr*". Die Diagnose Autismus wäre somit aufgehoben. Dies muss aber mit besonderer Vorsicht betrachtet werden, weil es einerseits viele verschiedene Formen des Autismus gibt und nie genau beschrieben wird, bei welcher Ausprägung des Krankheitsbildes eine „Recovery“ möglich war und andererseits davon gesprochen wird, dass Autismus eine „schwere, lebenslängliche Unzugänglichkeit“ (MAURICE 1993: 47) ist, und somit keine Heilung möglich ist. Ich wählte dieses Grundsatzziel in Form einer Fantasie/ Vision, weil es den bestmöglichsten zu erreichenden Zustand ausdrückt. Um das oben genannte Grundsatzziel realistischer gestalten zu können habe ich in Zusammenarbeit mit meinem Praktikumsanleiter ein alternatives GZ bestimmt, welches lautet:

"Die Entwicklung ist ganzheitlich gefördert". Dieses GZ ist auf alle Formen des Autismus anwendbar.

Aus dem GZ ergibt sich das Rahmenziel 1 *"Die kognitive Entwicklung ist bestmöglichst gefördert"*. Dies soll bedeuten, dass der Junge entsprechend seinen kognitiven Fähigkeiten gefördert und gefordert wurde und somit höchste Fortschritte erzielt wurden. Dieses Rahmenziel wurde gewählt, um der Entwicklungsverzögerung des Jungen entgegenzuwirken. So war es möglich, die ausgeprägte Echolalie einzudämmen und Ben's Interesse auf verschiedene Sachen zu lenken und ihn dazu zu bringen nicht ständig zwischen diesen zu wechseln. Dieses Ziel bezweckt zudem den Ausbau der kognitiven Fähigkeiten, der in jeder Hinsicht von Bedeutung ist.

Das Rahmenziel 2 lautet *"Die motorische Entwicklung ist bestmöglichst gefördert"*. Auch dies soll wieder zum Ausdruck bringen, dass Ben entsprechend seinen motorischen Fähigkeiten gefördert wurde. Es wird dort angesetzt, wo der Junge steht und in kleinen Schritten auf das Ziel zugearbeitet um vorhandene Defizite abzubauen. Dieses Ziel wählte ich um die sensomotorische Wahrnehmungsstörung zu verringern und um den Jungen somit in seiner Bewegung zu fördern, damit dieser eine Sicherheit vermittelt bekommt. Durch die Förderung der motorischen Entwicklung sollen zudem stereotype Verhaltensweisen abgebaut werden.

Das dritte Rahmenziel lautet *"Die lebenspraktischen Fähigkeiten des Jungen sind bestmöglichst gefördert"*. Dieses Ziel wurde bestimmt, um die ganzheitliche Entwicklung des Jungen anzustreben und um ihm eine Orientierung im Leben zu geben, gerade bei der Bewältigung des Alltags. Durch das Erlernen lebenspraktischer Fähigkeiten soll außerdem die Selbstständigkeit erhöht werden.

Aus dem Rahmenziel 1 ergeben sich nun folgende Ergebnisziele (EZ), an deren Erreichung ich arbeitete. Nur bei diesen war es mir in der geringen Zeitspanne (15 Wochen) möglich, sie vollständig zu erreichen. Sie lauten:

- ❖ EZ 1 *"Der Junge unterscheidet drei verschiedene Gegenstände voneinander und sortiert diese in entsprechende Schalen"*.
 - Prüfgröße: Ben sortiert alle Autos in die dazu gehörende Schale.
- ❖ EZ 2 *"Der Junge puzzelt ein 15-teiliges Puzzle"*.
 - Prüfgröße: Ben puzzelt ein 15-teiliges Puzzle mit einem Bärenmotiv.

- ❖ EZ 3 "*Der Junge benennt 13 Personen bei ihrem Namen*".
 - Prüfgröße: Ben kennt den Namen seiner Ergotherapeutin.
- ❖ EZ 4 "*Der Junge zeigt zehn Körperteile an sich*".
 - Prüfgröße: Ben zeigt sein Knie, wenn er dazu aufgefordert wird.
- ❖ EZ 5 "*Der Junge unterscheidet die Farben Rot, Gelb und Blau*".
 - Prüfgröße: Ben greift nach einem roten Ring, wenn er dazu aufgefordert wird.

Aus dem Rahmenziel 2 habe ich für die Fallarbeit folgende Ergebnisziele bestimmt:

- ❖ EZ 6 "*Der Junge zeigt sieben verschiedene motorische Handlungen*".
 - Prüfgröße: Ben zeigt Klatschen.
- ❖ EZ 7 "*Der Junge ahmt fünf motorische Bewegungen mit Objekten nach*".
 - Prüfgröße: Ben umkreist einen Baustein mit einem Auto.
- ❖ EZ 8 "*Der Junge imitiert zehn motorische Handlungen*".
 - Prüfgröße: Ben klopft mit den Händen auf seinen Bauch, wenn ihm dies demonstriert wird.

Zuletzt ergeben sich zudem folgende Ergebnisziele für das dritte Rahmenziel:

- ❖ EZ 9 "*Der Junge kann fünf verschiedene Speisen voneinander unterscheiden*".
 - Prüfgröße: Ben unterscheidet Nudeln von Kartoffeln.
- ❖ EZ 10 "*Der Junge zieht seine Schuhe selbstständig aus und an*".
 - Prüfgröße: Ben öffnet den Klettverschluss an seinen Hausschuhen.
- ❖ EZ 11 "*Der Junge zieht seine Hose selbstständig aus und an*".
 - Prüfgröße: Ben öffnet den Knopf von seiner Hose.

7.4.3. Planung des Vorgehens

Das Verfahren nach ABA/VB ist auf eine Einzelförderung ausgelegt, welche die *Arbeitsform* meines Vorgehens darstellte. Es ist so konzipiert, da Kinder mit einer Autismus- Spektrum- Störung sehr leicht ablenkbar sind und zudem meist keinen Kontakt zu anderen Personen, geschweige denn zu Kindern aufnehmen. Des Weiteren ist es sehr wichtig einen Bezug zu dem Kind aufzubauen, sog. „Pairing“, damit man eine Unterrichtskontrolle erlangt und somit die Ziele erreichen kann. Dies ist nur in der Einzelarbeit möglich. Damit so oft wie möglich mit dem Kind an dem

ABA/VB- Ansatz gearbeitet werden kann, ist meist eine 1:1 Betreuung in der SvE-Gruppe gegeben. Neben der Förderung innerhalb der Gruppe erhält der Junge zudem eine therapeutische Begleitung in Form von Ergotherapie. Die *Methode* des Vorgehens war somit das verhaltenstherapeutische Vorgehen.

Meine angewandten *Techniken* waren das Puzzeln, das Sortieren, das Benennen, das Nachahmen/ Imitieren und das Aus- und Ankleiden. Ich wählte diese Techniken da sie der kindlichen Entwicklung und den Fähigkeiten des Jungen entsprachen. Gerade beim Puzzeln wurde beiläufig auch die Feinmotorik geschult sowie beim Benennen auch teilweise das Zeigen mit einfluss.

Als *Mittel* benötigte ich drei verschiedene Puzzles, damit der „Unterricht“ abwechslungsreich gestaltet werden konnte. Weiterhin brauchte ich verschiedene Scheren, Bauklötzer und Stifte sowie Karten mit deren Abbildung und drei Schalen, damit der Junge dies sortieren kann. Zum Benennen von Personennamen bedarf es verschiedenen Fotokarten mit Abbildungen der jeweiligen Personen. Diese konnten auch für das Benennen von Körperteilen verwendet werden. Zum Unterscheiden der Farben standen mir rote, gelbe und blaue Ringe sowie gleichfarbige Säckchen zur Verfügung. Für das Nachahmen motorischer Bewegungen mit Objekten brauchte ich verschiedene Bausteine und Kugeln, damit es möglich war verschiedene Kombinationen zu zeigen. Beim Zeigen und Benennen von Speisen wurde meist das tägliche Mittagessen verwendet. Hier konnte die ABA/VB- Förderung in die lebenspraktische Tätigkeit eingebaut werden. Neben diesen Mitteln, die notwendig waren, um die Ziele zu erreichen benötigte ich zudem Mittel, die als Verstärker dienten. Hier wählte ich ein CD- Player und CDs, eine Rassel, einen Igelball, einen Glitzerstab, kleine Handpuppen sowie Schokolinsen als Topverstärker aus.

Die Struktur meines Vorgehens plante ich folgendermaßen: ich wollte täglich mindestens zwei Stunden mit der Förderung des Jungen verbringen. Dies war mir wichtig, damit ein Beziehungsaufbau zu Stande kommt, ich genügend Zeit hatte die einzelnen Items vollständig durchzuführen sowie eine Konstanz beizubehalten. Gerade das gleichbleibende Vorgehen ist für Kinder mit einer Autismus- Spektrum- Störung wichtig, damit keine ständigen Veränderungen gegeben sind, die nachteilig wirken. Dieses Vorgehen plante ich über einen Zeitraum von 15 Wochen. Diese Zeitspanne war notwendig, damit zunächst ein Beziehungsaufbau stattfinden konnte

und im Anschluss an der Zielerreichung (Ergebnisziele) gearbeitet werden konnte, sodass Fortschritte erkennbar waren. In die Planung meines Vorgehens floss außerdem der erstellte Unterrichtbogen für Ben mit ein, welcher in einzelnen Schritten das ABA/VB- Programm strukturiert.

7.4.4. Kurzdokumentation der Durchführung

Im ersten Schritt erfolgte Pairing. In meinem Fall hieß das, dass ich ein Spielzeug einsetzte, welches der Junge gern mochte und somit erreichte, dass er auch mich „mochte“, weil er eine Verbindung zwischen dem Spielzeug und mir sah. Dies bedeutete, dass ich zusammen mit Ben eine für ihn verstärkende Aktivität ausübte, wie z.B. dass ich ihn beim Hüpfen auf dem Trampolin unterstützte oder zusammen mit ihm mit der Rassel spielte. Zu diesem Zeitpunkt wurden noch keine Anweisungen zum Ausführen einer Aufgabe gegeben.

Darauffolgend habe ich einige wenige und einfache SD´s (Stimulus Diskriminativus) ins Spiel eingebaut, d.h. ich habe Ben Dinge gefragt, die er ohne groß zu überlegen beantworten konnte. Ein Beispiel hierfür ist „Wer bist du denn?“ und er antwortete „Ich bin der Ben“. Die Antworten habe ich durch mehr oder besseres Spiel angemessen belohnt.

In einem weiteren Schritt beginnt der eigentliche Unterricht. Ich habe leichte und schwere Aufforderungen gemischt und sie weiterhin mit einer Aktivität verstärkt. In diesem Block habe ich hauptsächlich die oben genannten elf Ergebnisziele verfolgt. Je nachdem wie der Junge mitgearbeitet hat haben wir weitere Items von der ABA/VB- Wochenübersicht bearbeitet. Zu den leichten Aufforderungen zählten das Benennen von Personen und Speisen sowie das Imitieren von motorischen Bewegungen. Schwieriger waren das Puzzeln, das Benennen und Zeigen von Körperteilen und das Anziehen von Schuhen und Hose. Schwere Aufforderungen waren das Sortieren von multiplen Gegenständen, das Unterscheiden von Farben und das Nachahmen von motorischen Bewegungen mit Objekten.

Ich gestaltete meinen Unterricht so, dass ich nicht jedes Item nacheinander abarbeitete, sondern Aufforderungen verschiedener Items mischte. D.h. ich fragte „Wer ist das?“ (Benennen von Namen), Ben antwortete „Die Isabel.“ (richtige Antwort), ich entgegnete „Gut gemacht.“ (Lob als Verstärkung). Jetzt fragte ich nicht noch die anderen x-Personennamen ab, sondern forderte ihn auf mir seine Nase zu zeigen (Zeigen von Körperteilen). Wenn er dies richtig zeigte wurde er z.B. als

Belohnung (Verstärker) gekitzelt. Nach ca. 4-5 korrekten Antworten kam eine längere/ größere Verstärkung. Ben bekam z.B. seine Rassel zum Spielen.

In einem weiteren Schritt habe ich den Schweregrad langsam wieder zurück genommen, bevor Ben keine Lust mehr hatte die Aktivitäten auszuüben. Die schweren Aufforderungen habe ich dann leichter gestaltet und mehrere einfache SD´s sowie mehr Pairing eingebaut.

In einem letzten Schritt des Unterrichtsbogens werden die leichteren Anweisungen abgeschlossen und die gesamte Aktivität wird mit „purem“ Pairing beendet.

Ich möchte nun kurz ein paar Ausschnitte aufzeigen, wie ich die verschiedenen Items bearbeitet und neue Sachverhalte eingeführt habe, die der Junge erlernen sollte.

Die Hauptunterrichtsmethode ist das Discrete Trial Teaching (DTT).

Ein Beispiel für den Ablauf von DTT:

Ich: „Zeig mir den roten Ring!“ (Unterscheiden von Farben) = SD

Ben: weiß nicht auf welchen Ring er zeigen soll

Ich: helfe ihm, indem ich auf den roten Ring zeige = voll physischer Prompt

Ben: zeigt auf den roten Ring = Reaktion

Ich: jubel und kitzle ihn durch = SR (Verstärker)

So oder in ähnlicher Weise konnte ich dem Jungen neue Dinge beibringen oder ihn unterstützen, bereits Erlerntes zu festigen. Bei einem Prompt ist immer zu beachten, dass er vom Stärksten zum Schwächsten ausgeführt wird; d.h. zuerst vollständige Prompts, dann teilweise Prompts.

In der Förderung mit einem ABA/VB- Programm wird stets mit Verstärkern gearbeitet; auf eine negative Bestrafung wird verzichtet. Es kam jedoch vor, dass der Junge sich weigerte, eine Aufgabe zu erfüllen, schrie und sich auf den Boden warf. In jenen Situationen ist zu beachten, dass jegliche Verstärker sofort entzogen werden und man dem Kind keine Aufmerksamkeit mehr schenkt, indem man es z.B. versucht zu trösten o.ä. Erst wenn sich Ben wieder beruhigt hatte ging ich weiter auf ihn ein und entgegnete ihm z.B. mit „Schön leise bist du!“.

7.4.5. Ziel- und Prozessevaluation

Bei der Zielevaluation sollen nur die Ergebnisziele betrachtet werden, die Rahmenziele und das Grundsatzziel können aufgrund der zeitlichen Begrenzung des Projektes vernachlässigt werden.

Die Ergebnisziele

- ❖ *Der Junge benennt 13 Personen beim ihrem Namen,*
- ❖ *Der Junge zeigt zehn Körperteile an sich,*
- ❖ *Der Junge zeigt sieben verschiedene motorische Handlungen,*
- ❖ *Der Junge imitiert zehn motorische Handlungen*
- ❖ *Der Junge kennt fünf verschiedene Speisen und kann sie benennen*

wurden vollständig erreicht.

D.h. diese Ziele wurden konstant beibehalten und er kann diese Sachverhalte ohne Prompts ausführen. Diese Ziele wurden vollständig erreicht, da an ihnen bereits vor meinem Projekt gearbeitet wurde und die Eltern parallel ein Teil dieser Ziele verfolgten. An dieser Stelle bestand meine Hauptaufgabe darin, bereits Erlerntes zu wiederholen, damit dies konstant erhalten bleibt und wenig neue Elemente einzubauen. Z. B. habe ich zwei neue Körperteile mit ihm erlernt und ihm drei weitere motorische Handlungen gezeigt. Beim Aneignen neuer Speisen und Festigen bestehender bestand der Vorteil darin, dass Ben gern Bücher anschaut und dies somit verknüpft werden konnte, indem Bilderbücher mit Nahrungsmitteln angeschaut wurden.

Die Ergebnisziele

- ❖ *Der Junge unterscheidet drei verschiedene Gegenstände voneinander und sortiert diese in entsprechende Schalen,*
- ❖ *Der Junge puzzelt ein 15- teiliges Puzzle,*
- ❖ *Der Junge zieht seine Schuhe selbstständig aus und an und*
- ❖ *Der Junge zieht seine Hose selbstständig aus und an*

wurden teilweise erreicht.

Dies bedeutet, dass Ben diese Sachen kann, jedoch einen teilweisen Prompt benötigt um sie vollständig auszuführen. Dies liegt zum einen daran, dass Ziele erst seit Beginn meines Projektes bestehen und Sachverhalte von Grund auf erlernt werden müssen, wie z.B. das Sortieren multipler Exemplare. Hier benötigt Ben gelegentlich einen teilweisen physischen Prompt. Beim Puzzeln gestaltet sich die Hilfestellung dahingehend, dass man einen Anfang des Puzzels vorgibt, an dem der

Junge dann ansetzt. Probleme beim An- und Auskleiden liegen vermutlich in der motorischen Ungeschicktheit, die das Kind aufweist.

Die Ergebnisziele

- ❖ *Der Junge unterscheidet die Farben Rot, Gelb und Blau und*
- ❖ *Der Junge ahmt fünf motorische Bewegungen mit Objekten nach*

wurden nicht erreicht.

Dies liegt vermutlich einerseits daran, dass Ben noch keine Vorstellung über Farben besitzt und andererseits stets den Gegenstand an sich betrachtet und keine Rückschlüsse auf die Farbigkeit ziehen kann. Beim Nachahmen von motorischen Bewegungen mit Objekten war der Junge leicht ablenkbar, sodass er der Aufforderung meist nicht nachkam und mit den Gegenständen (Bauklötze, etc.) zu spielen begann. Ein weiterer Grund kann zudem sein, dass auch an dieser Zielerreichung erst seit Beginn meines Projektes gearbeitet wird und der Junge somit mehr Zeit benötigt, um diese Ziele zu erreichen.

Die Arbeitsweise der Einzelförderung war gut gewählt, da sie die einzigste Möglichkeit darstellte um jegliche Ablenkungen zu vermeiden. Nur so war eine optimale Förderung möglich. Einmalig wurde versucht in einer Gruppensituation zu lernen. Diese Form war jedoch unmöglich um dem Jungen neue Erkenntnisse beizubringen, da er aufgrund seines Behinderungsbildes stets abgelenkt war. Die Methode des verhaltenstherapeutischen Vorgehens und die Verknüpfung mit dem Spiel waren auch sehr gut gewählt, da spielerisch verschiedenste Übungen eingebaut werden konnten.

Die von mir angewandten Mittel waren sehr gut geeignet um die Ziele erreichen zu können. Zu einem Großteil waren diese durch das ABA/VB- Programm vorgegeben. Ich habe jedoch des Öfteren versucht neue einzusetzen, um den Unterricht vielfältig zu gestalten. Einige erwiesen sich als geeignet, andere, wie z.B. farbige mit Granulat gefüllte Säckchen zum Unterscheiden von Farben weniger, weil diese durch das „Rascheln“ Ben an einem falschen Zeitpunkt verstärkten und von der eigentlichen Aufgabe ablenkten. Ähnlich war es mit dem Einsatz eines Spielzeugautos beim Nachahmen von motorischen Bewegungen mit Objekten. Mit dem Auto wurde gespielt anstatt „gearbeitet“.

Mittel, die anfänglich als Verstärker dienten, wurden teilweise durch neue verstärkende Spielsachen ersetzt, je nachdem für was sich der Junge interessierte. Ein Großteil der Verstärker blieb jedoch erhalten.

Die Räumlichkeiten (Differenzierungsraum) waren gut gewählt, da bereits viele Materialien vorhanden waren und der Junge nicht von anderen Personen abgelenkt wurde.

Die angewandten Techniken entsprachen dem Entwicklungsstand des sechsjährigen Kindes. Sie waren gut gewählt, da sie sich abwechslungsreich gestalten ließen und somit ein Anreiz zum Mitmachen und Lernen gegeben war. Vorteilhaft war zudem, dass sie ohne größeren Aufwand durchführbar waren.

Auch das Vorgehen in meinem Projekt bewerte ich als positiv. Der gewählte Zeitraum von 15 Wochen war notwendig, um eine Beziehung aufzubauen und um Ziele (teilweise) zu erreichen. Die Einzelbetreuung über diese Zeitspanne kann von zwei Seiten betrachtet werden. Einerseits war diese Einzelbetreuung notwendig, um, wie erwähnt, eine Vertrauensbasis aufzubauen und dem Junge eine gewisse Sicherheit zu vermitteln. Andererseits ist es jedoch auch wichtig, dass Ben Kontakt zu anderen MitarbeiterInnen aufbaut, die ohne weitere Probleme mit ihm an dem ABA/VB- Programm arbeiten können. Ich denke jedoch, dass auch dies gegeben war, da ich täglich „nur“ drei Stunden mit ihm arbeitete und die restliche Zeit andere Personen für die Betreuung und Förderung zuständig waren. So wurde ein akzeptabler Mittelweg gefunden. Die geplanten Schritte waren sinnvoll, da sie zur Zielerreichung beitrugen und so ein reibungsloser Ablauf möglich war.

III Durchführung einer empirischen Untersuchung – Eine Befragung zur Zufriedenheit der Eltern über die Fortschritte ihrer Kinder durch den Förderansatz ABA/VB

8. Elternbefragung

8.1. Ausgangssituation

In meinem zweiten praktischen Studiensemester beschäftigte ich mich ausgiebig mit dem Förderansatz ABA/VB und führte, wie bereits in Punkt 7.4. dargestellt, selbstständig Therapieeinheiten mit Kinder mit einer ASS durch. Während meiner Ausarbeitungen musste ich feststellen, dass ABA/VB bisher in der Bundesrepublik Deutschland nur wenig bekannt ist. Da ich mit den Fortschritten, die die Kinder bezüglich Verhalten, Sprache, Motorik, etc. innerhalb kürzester Zeit zeigten, vollkommen zufrieden war bestand mein Interesse darin, herausfinden, ob dies bei anderen Familien auch der Fall ist. Ich entschloss mich im Rahmen meiner Diplomarbeit einen Fragebogen zu konstruieren, der die Zufriedenheit der Eltern entsprechend der Fortschritte ihrer Kinder mißt.

Der Fragebogen soll folgende Hypothese verifizieren/ falsifizieren:

Die Förderung nach ABA/VB ist, gemessen an der Zufriedenheit der Eltern, in besonderem Maße geeignet, um die ganzheitliche Entwicklung von Kindern mit einer Autismus- Spektrum- Störung zu fördern.

Die Begründung der Hypothese ergibt sich aus den beiden vorausgegangenen Teilen I (ASS) und II (Förderansatz nach ABA/VB). Wie bereits in Teil II erläutert wurde, sind die Inhalte des Ansatzes direkt auf die Bedürfnisse von Kindern mit einer ASS „zugeschnitten“. So werden die Übungen so gewählt, dass Defizite im Bereich Interaktion, Kommunikation und Interessen (Erläuterungen Teil I) minimiert bzw. abgebaut werden

Kann diese Hypothese verifiziert werden, ist dies ein Ansatzpunkt dafür, den Bekanntheitsgrad des Förderansatzes (z.B. durch eine Veröffentlichung der Ergebnisse) zu erhöhen.

8.2. Vorgehen

Die **Zielgruppe** meiner Befragung waren Eltern, die ihr Kind (mit einer ASS) seit mindestens 6 Monaten nach dem Förderansatz ABA/VB unterrichten. Den Zeitraum von 6 Monaten wählte ich, da erst nach einer bestimmten Zeit erste Fortschritte ersichtlich werden. Nach Rücksprache mit meinem Betreuungsdozenten der Hochschule entschied ich mich die **Anzahl der Befragten** auf $n=30$ zu begrenzen. Diese Anzahl war nötig um eine quantitative Befragung durchzuführen; diese aber auch in Hinsicht auf spätere Auswertung gering zu halten. Die Befragung fand über das Internetforum der Yahoo- Group „aba-autismus“ statt (**Auswahl der Probanden**). So war es mir möglich einen Kontakt zu entsprechenden Eltern herzustellen und diese zu befragen. Das Internetforum stellte zu gegebener Zeit die einzige Möglichkeit dar (auch aus Gründen des Datenschutzes), um die Befragung durchzuführen. Ich wählte 40 Eltern nach dem Zufallsprinzip aus und kontaktierte sie mit meinem Vorhaben und dem erstellten Fragebogen. Von den 40 zugestellten Fragebögen bekam ich innerhalb eines Monats 23 beantwortet zurück (**Zeitspanne/ Rücklauf**). Die Zeitspanne der Rücksendung war im Fragebogen angegeben. Nach dieser Zeitspanne schickte ich an ausstehende eine Erinnerungsmail; weitere 2 beantwortete Fragebögen folgten. Da mir trotzdem noch mind. 5 Fragebögen fehlten (bis $n=30$), ließ ich noch die drei Eltern, deren Kinder in der SvE „Muschelgruppe“ sind (in welche ich mein Praktikum leistete) an der Befragung teilnehmen. Restliche 2 Fragebögen wurde von Eltern beantwortet, die, wie ich auch, am 2. ABA/VB Workshop in Hannover teilnahmen.

Ich erstellte den Fragebogen so, dass dieser per Mail an die Teilnehmer versandt, von diesen per Mausklick beantwortet sowie per E-Mail zurück geschickt werden konnte. Dies war mir mit Hilfe des **Programms „Adobe Reader Professional 8“** möglich.

8.3. Konstruktion des Fragebogens

Bei der empirischen Untersuchung wählte ich die **Methode** der standardisierten Befragung. Ich entschied mich dafür, weil durch eine Standardisierung der Antwortvorgaben eine genaue Auswertung möglich war, die ich zum belegen/ widerlegen meiner Hypothese benötigte. Das **Befragungsinstrument** ist der

Fragebogen mit seinen ausformulierten Fragen, den festen Antwortvorgaben sowie der unveränderlichen Reihenfolge der Fragen.

Das **Untersuchungsdesign** stellte bei mir die Querschnittsuntersuchung dar, weil meine Befragung auf eine Momentaufnahme gerichtet war und nur eine einzige Befragung stattfand. Der Erhebungszeitraum bestimmt somit das Design. Es ist allerdings zu beachten, dass auch Informationen eingeholt wurden, die über den Erhebungszeitraum hinausreichen. Dies geschah durch sogenannte *Retrospektivfragen*, also Fragen, die auf vergangene Ereignisse zielen (→ s.S. 102).

Die **Ausrichtung der Studie** war quantitativ, da sie auf eine relativ große Stichprobe abzielte bzw. nicht nur einzelne Probanden befragte. Ich führte eine Teilerhebung mit einer bewussten Auswahl von Teilnehmern durch, da nur Eltern befragt wurden, die Mitglied der Yahoo- Group sind bzw. zum damaligen Zeitpunkt waren und schon seit mindestens 6 Monaten das ABA/VB- Verfahren durchführten. Durch diese Ausrichtung war auch das Befragungsinstrument weitgehend standardisiert. Die zentralen Untersuchungsfragen dienten der **Theorieprüfung**, genauer der Testung der Hypothese. Somit ist auch die **Forschungslogik** eine klassisch deduktive; begonnen bei der Theorie hin zu Begriffen um auf das Phänomen zu schließen. Vom „Allgemeinen“ wird auf das „Besondere“ geschlossen. Zudem stellte die Studie eine **Feldforschung** dar, da die Untersuchten während der Befragung nicht aus ihrer natürlichen Umgebung herausgerissen wurden.

Die **Konstruktion** meines Fragebogens erfolgte in Teamarbeit; zu diesem Team zählte mein damaliger Praktikumsanleiter (Sonderpädagoge), der Psychologe der Heilpädagogische Einrichtungen gemeinnützige GmbH (in der ich mein zweites Praktikum leistete) und ich. Mir war diese Zusammenarbeit sehr wichtig, da sonst die Gefahr einer subjektiven und unreflektiert selektiven Konzeption bestanden hätte (Vgl. SCHAFFER 2002).

Folgender **Fragebogen** wurde entwickelt und an die Eltern versandt (im Anschluss erfolgt eine Analyse des Aufbaus und der Fragenstellung):

-der Fragebogen befindet sich wegen der Übersichtlichkeit auf der nächsten Seite-

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

vielen Dank, dass Sie sich an der Befragung beteiligen möchten.

Ich habe im zweiten praktischen Studiensemester (7. Regelsemester) des Studienganges „Soziale Arbeit und Gesundheit“ der Hochschule Coburg mit Kindern mit einer Autismus- Spektrum- Störung therapeutisch gearbeitet. Ein Teil derer nahm an der Förderung nach ABA/VB teil. Nach eigenen Recherchen und Rücksprachen mit Eltern musste ich feststellen, dass dieser Förderansatz in der Bundesrepublik Deutschland noch wenig bekannt ist.

Im Rahmen meiner Diplomarbeit möchte ich deshalb den Bekanntheitsgrad der autismspezifischen Förderung nach ABA/VB erhöhen. Dies möchte ich z.B. durch eine Veröffentlichung meiner Diplomarbeit im Internet auf entsprechenden ABA/VB- Informationsseiten erreichen. Mit diesem Fragebogen möchte ich erfahren, ob Sie als Eltern mit dem Förderansatz zufrieden sind.

Die Befragung umfasst insgesamt 18 Fragen und ist in vier Themenblöcke gegliedert. Sie benötigen ca. 10 Minuten zur Beantwortung.

Diese Forschungsarbeit unterliegt den Regelungen der Datenschutzgesetzgebung. D.h. alle Ihre Angaben werden anonym und mit hoher Vertraulichkeit behandelt. Es ist somit sichergestellt, dass Ihre Angaben nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden.

Ich bitte Sie den Fragebogen bis zum **30.04.2009** an mich zurückzustellen. Bei Verständnisfragen können Sie mich gerne unter der unten genannten E-Mail Adresse kontaktieren.

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen an diese E-Mail-Adresse:
oefner@hs-coburg.de

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit und Unterstützung!

1. Wie sind Sie auf ABA/VB aufmerksam geworden?

- Durch Bekannte/ Freunde
- Durch eigene Recherchen (Internet, Fachzeitschrift, Internet- Foren, etc.)
- Durch den behandelnden Arzt

Sonstiges:

2. Wie schätzen Sie den Bekanntheitsgrad von ABA/VB ein?

- Hoch
- Mittel
- Gering
- Weiß nicht

Im Folgenden ist ein Fragenblock aufgeführt, welcher die Zufriedenheit in den einzelnen Teilbereichen der Therapie erfassen soll. Anmerkungen in Klammern sollen stets nur eine Unterstützung für Sie darstellen, damit Sie sich besser in den einzelnen Kategorien zurechtfinden. Wenn Sie bisher aus einem (oder mehreren) Teilbereich(en) (= grundlegende Lernkompetenzen, etc.) mit Ihrem Kind noch keine Übungen durchgeführt haben kreuzen Sie bitte „Nicht durchgeführt“ an. Trifft z.B. nur eine der in Klammern aufgeführten Übungen zu, beziehen Sie Ihre Zufriedenheit auf diese. Bewerten Sie mehrere Übungen geben Sie bitte die **Gesamtzufriedenheit** in diesem Teilbereich an.

3. Wie zufrieden sind Sie mit den Fortschritten Ihres Kindes in den

- **grundlegenden Lernkompetenzen** (wie bspw. Nachahmung, Bezeichnen von Objekten, Generalisierung, Fragen und Ausdrücken von Bitten und Wünschen, etc.)

- Sehr zufrieden
- Zufrieden
- Weniger Zufrieden
- Nicht zufrieden
- Nicht durchgeführt

- **Fähigkeiten in den Kulturtechniken** (*wie Lesen, Schreiben, Rechnen, Buchstabieren*)

- Sehr zufrieden
- Zufrieden
- Weniger Zufrieden
- Nicht zufrieden
- Nicht durchgeführt

- **lebenspraktischen Fähigkeiten** (*wie Ankleiden, Essen, Körperpflege, Sauberkeit*)

- Sehr zufrieden
- Zufrieden
- Weniger Zufrieden
- Nicht zufrieden
- Nicht durchgeführt

- **motorischen Fähigkeiten** (*wie Grob- und feinmotorische Fähigkeiten*)

- Sehr zufrieden
- Zufrieden
- Weniger Zufrieden
- Nicht zufrieden
- Nicht durchgeführt

4. Wie zufrieden sind Sie mit der ABA/VB- Förderung insgesamt?

- Sehr zufrieden
- Zufrieden
- Weniger Zufrieden
- Nicht zufrieden
- Weiß nicht

5. Denken Sie, dass durch den Förderansatz eine soziale Integration des Schülers in Schulklassen erleichtert wird?

- Ja davon bin ich überzeugt
- Ich denke, dass dies durch ABA/VB ein Stück weit erleichtert wird
- Nein, das denke ich nicht
- Weiß nicht

Der folgende Frageblock befasst sich mit Rahmenbedingungen, die dem autismusspezifischen Förderansatz zugrunde liegen.

6. Wer übernimmt die Kosten für die Therapie?

- Die Kosten werden privat übernommen
- Die Kosten werden von der Krankenkasse übernommen
- Die Kosten werden vom Sozialhilfeträger übernommen

Sonstiges:

7. Sind Sie der Meinung, dass die finanziellen Aufwendungen (Kosten- Nutzen) angemessen sind?

- Ja, die Kosten sind angemessen
- Nein, die Kosten sind zu hoch
- Weiß nicht

8. Sind Ansprechpartner (bspw. Consultants, Knospe-Institut, etc.) innerhalb weniger Tage zu erreichen?

- Ja, sie sind innerhalb weniger Tage zu erreichen
- Dies ist unterschiedlich
- Nein, es dauert länger
- Weiß nicht

9. Sind Sie der Ansicht, dass die Therapie ohne hohen Aufwand bezogen auf Kenntnisse/ Vorwissen durchführbar ist?

- Ja, die Förderung ist ohne hohen Aufwand durchführbar
- Der Aufwand ist angemessen
- Nein, der Aufwand ist hoch
- Weiß nicht

10. Sind Sie der Ansicht, dass die Therapie ohne hohen materiellen Aufwand durchführbar ist?

- Ja, die Förderung ist ohne hohen Aufwand durchführbar
- Der Aufwand ist angemessen
- Nein, der Aufwand ist hoch
- Weiß nicht

11. Sind Sie der Ansicht, dass die Therapie ohne hohen räumlichen Aufwand durchführbar ist?

- Ja, die Förderung ist ohne hohen Aufwand durchführbar
- Der Aufwand ist angemessen
- Nein, der Aufwand ist hoch
- Weiß nicht

12. Sind Sie der Ansicht, dass die Therapie ohne hohen zeitlichen Aufwand durchführbar ist?

- Ja, die Förderung ist ohne hohen Aufwand durchführbar
- Der Aufwand ist angemessen
- Nein, der Aufwand ist hoch
- Weiß nicht

Abschließend möchte ich Sie bitten noch folgende soziodemographische Fragen zu beantworten:

13. Alter des Kindes/ Jugendlichen:

Jahre/ Monate:

14. Geschlecht des Kindes/ Jugendlichen:

- Weiblich
- Männlich

15. Erscheinungsform der Autismus- Spektrum- Störung Ihres Kindes/ Jugendlichen:

- Kanner- Syndrom (Frühkindlicher Autismus)
- Asperger- Syndrom
- High- Functioning- Autismus
- A-typischer Autismus

Andere Erscheinungsform:

16. Wie lang führen Sie mit Ihrem Kind/ Jugendlichen die Therapie schon durch?

Jahr(e)/ Monate:

17. Wie hoch ist Ihr zeitlicher Aufwand **pro Tag** für die Durchführung der Therapie mit Ihrem Kind/ Jugendlichen?

Stunde(n)/ Minuten (ungefähr)

18. Haben Sie vor der Anwendung von ABA/VB andere Therapieformen in Anspruch genommen?

- Ja, und zwar:
- Nein
- Weiß nicht

Ich bedanke mich recht herzlich, dass Sie an der Befragung teilgenommen haben.
Wenn Sie an der Auswertung des Endergebnisses interessiert sind, teilen Sie mir dies bitte mit.

Analyse des Aufbaus:

Das **Deckblatt** des Fragebogens gestaltete ich folgendermaßen: an vorderster Stelle habe ich mich für die Bereitschaft zur Teilnahme bedankt, da ich davon ausgegangen bin, dass die Eltern, wenn sie die E-Mail bzw. den Anhang öffnen eine Bereitschaft zur Teilnahme besteht. Im folgenden Abschnitt habe ich mich kurz vorgestellt, damit die Eltern einschätzen können über welche Erfahrungen ich im Bereich ABA/VB verfüge. Dies sollte den Teilnehmern Sicherheit vermitteln. Zudem habe ich in einem weiteren Satz *„nach eigenen Recherchen und Rücksprachen mit Eltern musste ich feststellen, dass dieser Förderansatz in der Bundesrepublik Deutschland noch wenig bekannt ist“* eine Überleitung zur Absicht der Befragung hergestellt und den Eltern einen Appell zur Motivation vermittelt. Im zweiten Abschnitt des Deckblattes habe ich meine Intention der Befragung geäußert: *„Im Rahmen meiner Diplomarbeit möchte ich deshalb den Bekanntheitsgrad der autismusspezifischen Förderung nach ABA/VB erhöhen“*. In weiteren kurzen und präzisen Sätzen habe ich den Verwertungszusammenhang einer eventuellen Veröffentlichung dargestellt. Einen Vorausblick auf die Fragestellungen und die benötigte Zeit zur Beantwortung lieferte folgender Abschnitt: *„Mit diesem Fragebogen möchte ich erfahren, ob Sie als Eltern mit dem Förderansatz zufrieden sind. Die Befragung umfasst insgesamt 18 Fragen und ist in vier Themenblöcke gegliedert. Sie benötigen ca. 10 Minuten zur Beantwortung“*. Zudem erfolgte eine Anonymitätssicherung: *„Diese Forschungsarbeit unterliegt den Regelungen der Datenschutzgesetzgebung. D.h. alle Ihre Angaben werden anonym und mit hoher Vertraulichkeit behandelt. Es ist somit sichergestellt, dass Ihre Angaben nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden“*. Wichtig erschien es mir zudem ein genaues Datum festzulegen, bis wann der Fragebogen an mich zurück gesandt werden sollte, damit die Beantwortung nicht hinausgezögert wird und somit die Gefahr besteht, dass sie in Vergessenheit gerät. Ich gab eine Zeitspanne von fünf Wochen vor. Um weitere Sicherheit zu geben konnten mich die Teilnehmer bei Verständnisfragen kontaktieren. Zum Abschluss des Deckblattes gab ich noch einmal meine E-Mail Adresse an, damit der Fragebogen ohne Schwierigkeiten an mich zurückgesandt werden konnte. In einem letzten Satz bedankte ich mich für die Mitarbeit und Unterstützung. Zudem war es den Teilnehmern möglich eine Auswertung des Endergebnisses zu erhalten (am Ende des Fragebogens); dies wirkt vertrauenssteigernd.

Bei der **Abfolge der Fragen** habe ich folgendes Schema beachtet: anfangs stand das sogenannte „Warming-up“. Hier habe ich zwei Eisbrecher- Fragen (Frage 1 und 2) gestellt, um den Teilnehmern den Einstieg zu erleichtern, da diese mühelos beantwortet werden können und um ihr Interesse zu wecken. Diese beiden Fragen waren *nicht* untersuchungsrelevant. Anschließend folge der untersuchungsrelevante Teil der Fragen (Frage 3- 18); begonnen mit der Zufriedenheit in einzelnen Teilbereichen hin zur Gesamtzufriedenheit und den Rahmenbedingungen und schließlich am Ende des Fragebogens soziodemographische Fragen wie Alter und Geschlecht. Die untersuchungsrelevanten Frage wurden in der Mitte des Fragebogens platziert, weil an dieser Stelle die nervöse Einstiegsphase überwunden ist, gleichzeitig aber die Erregungskurve bei den Befragten noch hoch ist, sodass ein entsprechendes Aufmerksamkeitsniveau garantiert ist. Fragen die thematisch zusammengehören, wie bspw. Fragen nach der Zufriedenheit in den verschiedenen Teilbereichen oder Fragen nach Aufwand unterteilt in räumlich, zeitlich etc. werden in ein und demselben Block abgetastet. Am Ende der Befragung folgten die soziodemographischen Fragen (Frage 13- 18), da dies den Vorteil hat, dass an dieser Stelle das Vertrauensverhältnis zwischen der befragten Person und dem Interviewer gewachsen ist und diese Fragen somit eher wahrheitsgemäß beantwortet werden und weil zudem beim Teilnehmer ein subjektiver Druck besteht, die Situation auch zu Ende zu bringen. In der Psychologie spricht man hierbei vom subjektiven Schließungszwang (Vgl. SCHAFFER 2002).

Zwischen all den verschiedenen Themenblöcken wurde ein Überleitungssatz eingeschoben, um auf ein neues Thema hinzuweisen.

Analyse der Fragestellung:

Bei der Fragenformulierung habe ich folgende Anforderungen beachtet:

- Verständliche Wörter
- Konkrete Fragestellungen
- Keine Suggestivfragen
- Neutrale Fragestellungen
- Keine hypothetischen Fragen
- Keine Mehrdimensionalität

- Keine doppelten Verneinungen
- Keine Überforderung der Befragten
- Meinungsfragen auf 4 Antwortkategorien beschränkt

(STEINERT/ TIELE 2000: 106)

Da meine Befragung die Zufriedenheit bzgl. der Fortschritte der Kinder in ihrer Entwicklung messen sollte und diese eine subjektive Wiedergabe seitens der Eltern ist, ist ein Großteil der Fragen unter die Rubrik der **Meinungsfragen** einzuordnen. Zu diesen zählen:

Frage 3: Wie zufrieden sind Sie mit den Fortschritten Ihres Kindes in den

- grundlegenden Lernkompetenzen?
- mit den Fähigkeiten in den Kulturtechniken?
- mit den lebenspraktischen Fähigkeiten?
- mit den motorischen Fähigkeiten?

Frage 4: Wie zufrieden sind Sie mit der ABA/VB- Förderung insgesamt?

Frage 5: Denken Sie, dass durch den Förderansatz eine soziale Integration des Schülers in Schulklassen erleichtert wird?

Frage 7: Sind Sie der Meinung, dass die finanziellen Aufwendungen (Kosten-Nutzen) angemessen sind?

Frage 9- 12: Sind Sie der Ansicht, dass die Therapie ohne hohen Aufwand an Kenntnissen/ ohne hohen räumlichen/ materiellen/ zeitlichen Aufwand durchführbar ist?

Neben diesen Fragen existierten weiterhin sogenannte **Faktfragen**. Diese sind die Fragen nach Alter und Geschlecht des Kindes/ Jugendlichen, nach Erscheinungsform des ASS und wer für die Kosten aufkommt (Frage 6, 13, 14, 15).

Zu den **Retrospektivfragen**, bei denen sich die Befragten an die Vergangenheit erinnern sollen, zählt die Frage 8, ob Ansprechpartner innerhalb weniger Tage zu erreichen waren bzw. sind. Außerdem gehört zu diesem Typus Frage 16 und 17, wie lang die Therapie mit dem Kind/ Jugendlichen schon durchgeführt wird bzw. wie hoch der tägliche zeitliche Aufwand ist und Frage 18, ob andere Therapieformen vor der Anwendung von ABA/VB in Anspruch genommen wurden.

Fragen, bei denen es feste Antwortvorgaben gab waren sind **vollstandardisiert** (Frage 3- 5, 7- 12, 14). Frage 6, 15 und 18 sind sogenannte **Hybridfragen**; Fragen bei denen es offene und geschlossene Antwortvorgaben gibt.

Beispiel „vollstandardisiert“:

Wie zufrieden sind Sie mit der ABA/VB- Förderung insgesamt?

- Sehr zufrieden
- Zufrieden
- Weniger Zufrieden
- Nicht zufrieden
- Weiß nicht

Beispiel „Hybridfrage“:

Wer übernimmt die Kosten für die Therapie?

- Die Kosten werden privat übernommen
- Die Kosten werden von der Krankenkasse übernommen
- Die Kosten werden vom Sozialhilfeträger übernommen

Sonstiges:

(Vgl. STEINERT/ THIELE 2000).

Skalenniveau

In Hinblick auf die folgende Auswertung und Interpretation der Ergebnisse ist es unerlässlich das **Skalenniveau** jeder Frage zu bestimmen, da so bestimmt werden kann, welche Frage(n) in Beziehung zueinander gesetzt werden können.

Zwischen folgenden Skalenniveaus ist zu unterscheiden:

Eine Messung, die das Niveau einer Klassenzuordnung besitzt, nennt man **nominale Messung**. Die Nominalskala ist die niedrigste Stufe des Messens, da man „nur“ Begriffen Nomen (Buchstaben oder Zahlen) zuordnet. Die vor den Antwortmöglichkeiten stehenden Zahlen (3=, etc.) gehören zur **Codierung**. Diese ist notwendig, um die Antworten jedes einzelnen Fragebogens in das Computerprogramm SPSS einzuarbeiten.

Im oben aufgezeigten Fragebogen sind folgende Fragen dem Typus der nominalen Skalierung unterzuordnen:

- Frage 6: Wer übernimmt bei Ihnen die Kosten für die Therapie?
 3= Die Kosten werden privat übernommen
 2= Die Kosten werden von der Krankenkasse übernommen
 1= Die Kosten werden vom Sozialhilfeträger übernommen
- Frage 7: Sind Sie der Meinung, dass finanzielle Aufwendungen (Kosten- Nutzen) angemessen sind?
 3= ...
- Frage 14: Geschlecht des Kindes/Jugendlichen?
 2= weiblich
 1= männlich
- Frage 15: Erscheinungsform des ASS Ihres Kindes/ Jugendlichen?
 4= Kanner- Syndrom
 3= ...
- Frage 18: Haben Sie vor der Anwendung von ABA/VB andere Therapieformen in Anspruch genommen?
 2= ja
 1= nein

Die Nominalskala ist somit die niedrigste Stufe des Messens.

Im Unterschied zur Nominalskala steht die **Ordinalskalierung**. Diese misst die Intensität, Größe und Stärke, mit der eine bestimmte Eigenschaft bei den einzelnen Untersuchungsobjekten auftritt. Es lässt sich somit angeben, ob das Untersuchungsobjekt A größer oder kleiner ist als B; nicht aber um wie viel größer oder kleiner.

Folgende Fragen sind diesem Typ zuzuordnen:

Fragen 3- 5 sowie die Fragen 8- 12.

Ein Auszug als Beispiel:

- Frage 4: Wie zufrieden sind Sie mit der ABA/VB- Förderung insgesamt?
 4= Sehr zufrieden
 3= Zufrieden
 2= Weniger zufrieden
 1= nicht zufrieden.

Die Antwortpositionen 4= sehr zufrieden etc. zeigen Unterschiede in ihrer Größe auf; so ist z.B. 4 größer als 2; d.h. man wäre zufriedener.

Wenn jedoch eine genaue Angabe darüber erfolgen soll, wie viel größer ein Untersuchungsobjekt gegenüber einem zweiten ist, wird von einer **Intervallskalierung** gesprochen (oder auch metrisches Skalenniveau). Die Abstände zwischen zwei Punkten sind genau bestimmbar.

Zu diesem Skalenniveau zählen folgende Fragen:

Frage 13: Alter des Kindes?

Frage 16: Wie lang führen Sie mit Ihrem Kind/ Jugendlichen die Therapie schon durch?

Frage 17: Wie hoch ist Ihr zeitlicher Aufwand pro Tag für die Durchführung der Therapie mit Ihrem Kind/ Jugendlichen?

Bei diesen Fragen ist es möglich einen genauen Abstand zwischen verschiedenen Angaben zu bestimmen.

(Vgl. STEINERT/ THIELE 2000).

8.4. Auswertung der Ergebnisse

8.4.1. Prozentuale Anteile

Zu Beginn der Auswertung sollen zunächst einmal die **Häufigkeitstabellen** dargestellt werden, bevor in einem weiteren Teil Korrelationen aufgezeigt werden.

Ausgegangen wird hierbei bei einer Teilnehmeranzahl von $n = 30$. Um die Auswertung bei Frage 3 zu vereinfachen, wurde hier nicht nur ein Wert als fehlend dargestellt, wenn dieser tatsächlich fehlte, sondern auch, wenn einer der Teilbereiche nicht durchgeführt wurde (es sozusagen die letzte Antwortmöglichkeit gewählt wurde). Ich entschied mich für diese Variante, da dies keinen Unterschied bei der Auswertung darstellte.

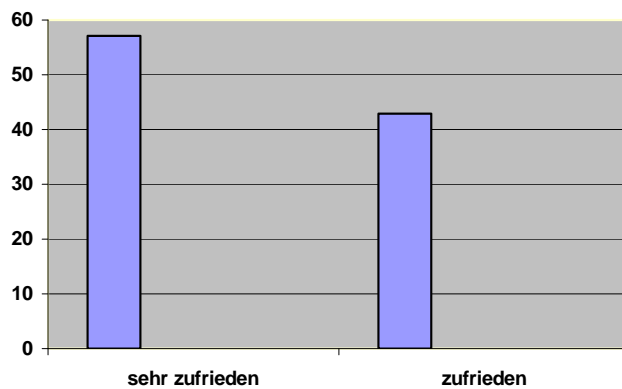
Frage 1 und 2 wurden wir bereits erwähnt nicht ausgewertet, da sie nur zum „Warming-up“ gestellt wurden und *nicht* untersuchungsrelevant waren.

Bei jeder Frage folgen zuerst eine Häufigkeitstabelle und anschließend ein Balkendiagramm, welches die gültigen Prozente aufzeigt. Die Fragen wurden mit dem **Datenverarbeitungsprogramm SPSS** ausgewertet.

Frage 3:

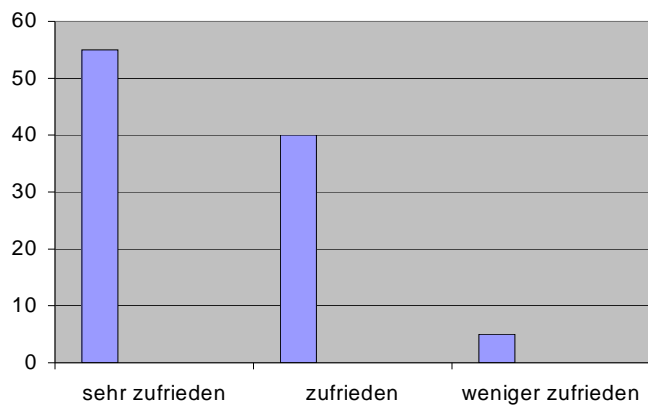
Zufriedenheit in dem Teilbereich „grundlegende Lernkompetenzen“

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	zufrieden	12	40,0	42,9	42,9
	sehr zufrieden	16	53,3	57,1	100,0
	Gesamt	28	93,3	100,0	
Fehlend	System	2	6,7		
Gesamt		30	100,0		



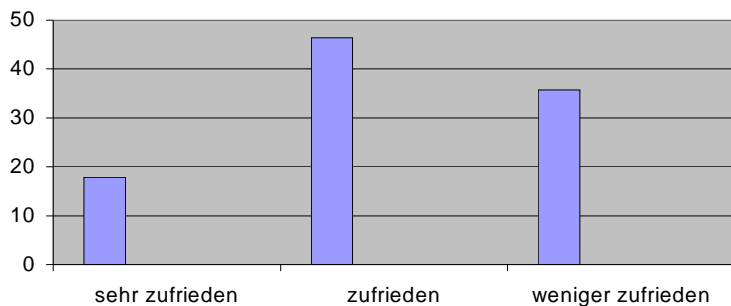
Zufriedenheit in dem Teilbereich „Fähigkeiten in den Kulturtechniken“

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	weniger zufrieden	1	3,3	5,0	5,0
	zufrieden	8	26,7	40,0	45,0
	sehr zufrieden	11	36,7	55,0	100,0
	Gesamt	20	66,7	100,0	
Fehlend	System	10	33,3		
Gesamt		30	100,0		



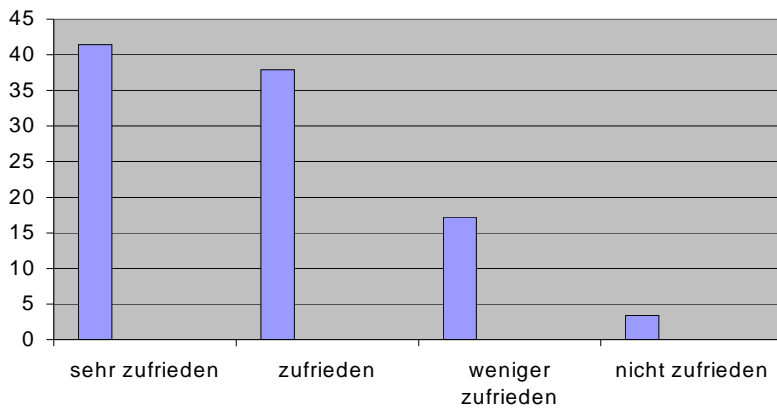
Zufriedenheit in dem Teilbereich „lebenspraktische Fähigkeiten“

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	weniger zufrieden	10	33,3	35,7	35,7
	zufrieden	13	43,3	46,4	82,1
	sehr zufrieden	5	16,7	17,9	100,0
	Gesamt	28	93,3	100,0	
Fehlend	System	2	6,7		
Gesamt		30	100,0		



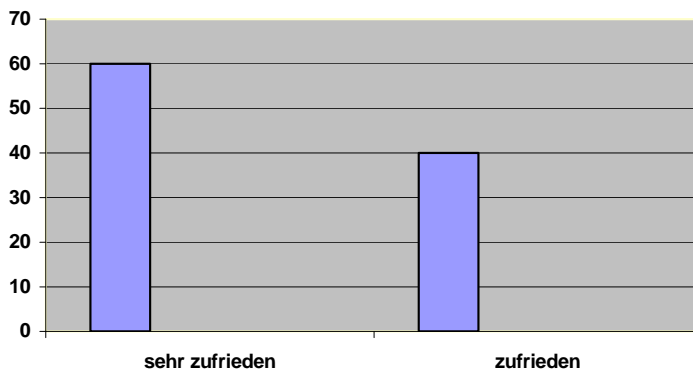
Zufriedenheit in dem Teilbereich „motorische Fähigkeiten“

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nicht zufrieden	1	3,3	3,4	3,4
	weniger zufrieden	5	16,7	17,2	20,7
	zufrieden	11	36,7	37,9	58,6
	sehr zufrieden	12	40,0	41,4	100,0
	Gesamt	29	96,7	100,0	
Fehlend	System	1	3,3		
Gesamt		30	100,0		



Frage 4: Wie zufrieden sind Sie mit der ABA/VB- Förderung insgesamt?

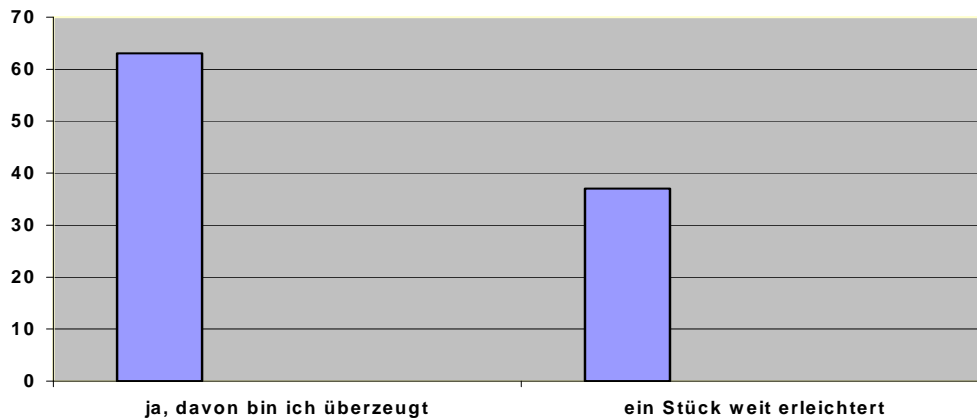
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	zufrieden	12	40,0	40,0	40,0
	sehr zufrieden	18	60,0	60,0	100,0
	Gesamt	30	100,0	100,0	



Frage 5: Denken Sie, dass durch den Förderansatz eine soziale Integration des Schülers in Schulklassen erleichtert wird?

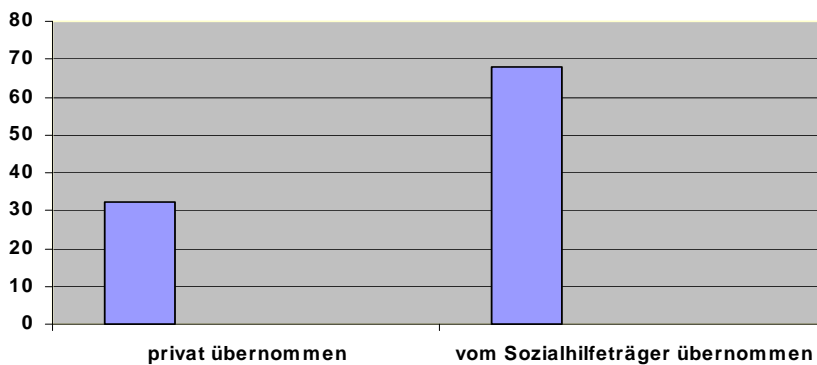
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ein Stück weit erleichtert	10	33,3	37,0	37,0
	ja, davon bin ich überzeugt	17	56,7	63,0	100,0
	Gesamt	27	90,0	100,0	
Fehlend	System	3	10,0		

Gesamt	30	100,0	
--------	----	-------	--



Frage 6: Wer übernimmt bei Ihnen die Kosten für die Therapie?

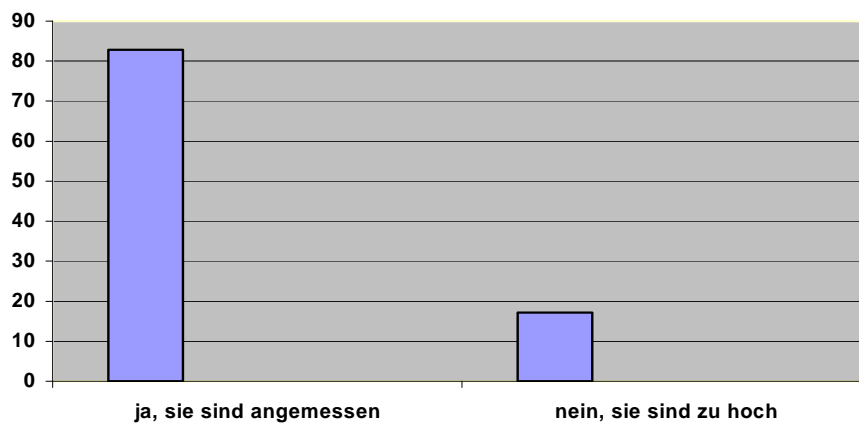
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	vom ShT übernommen	19	63,3	67,9	67,9
	privat übernommen	9	30,0	32,1	100,0
	Gesamt	28	93,3	100,0	
Fehlend	System	2	6,7		
Gesamt		30	100,0		



Frage 7: Sind Sie der Meinung, dass die finanziellen Aufwendungen (Kosten-Nutzen) angemessen sind?

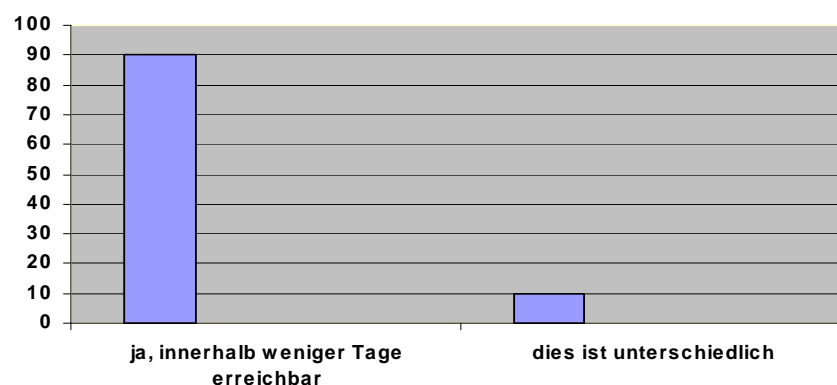
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein, zu hoch	5	16,7	17,2	17,2
	ja	24	80,0	82,8	100,0
Gesamt		29	96,7	100,0	

Fehlend	System	1	3,3	
Gesamt		30	100,0	



Frage 8: Sind Ansprechpartner (bspw. Consultants, Knospe- Institut, etc.) innerhalb weniger Tage zu erreichen?

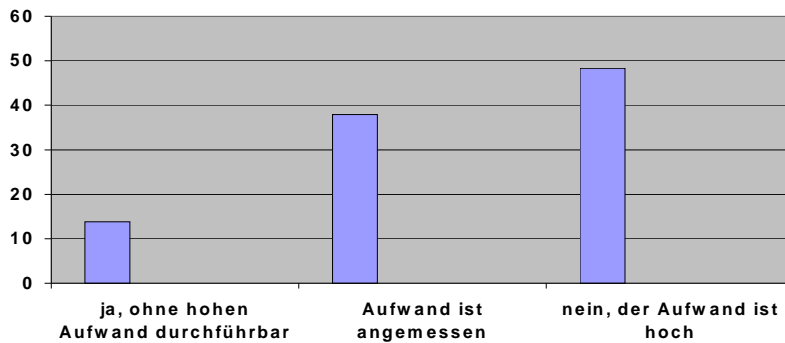
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	unterschiedlich	3	10,0	10,0	10,0
	ja, innerhalb weniger Tage	27	90,0	90,0	100,0
	Gesamt	30	100,0	100,0	



Frage 9: Sind Sie der Ansicht, dass die Therapie ohne hohen Aufwand bezogen auf Kenntnisse/ Vorwissen durchführbar ist?

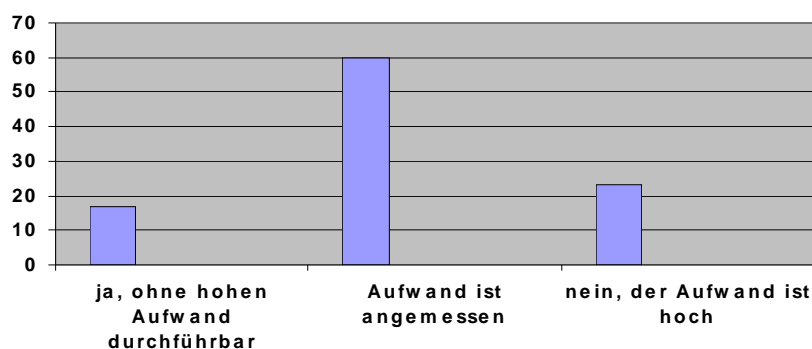
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein, Aufwand hoch	14	46,7	48,3	48,3

	angemessen	11	36,7	37,9	86,2
	ohne hohen Aufwand	4	13,3	13,8	100,0
	Gesamt	29	96,7	100,0	
Fehlend	System	1	3,3		
Gesamt		30	100,0		



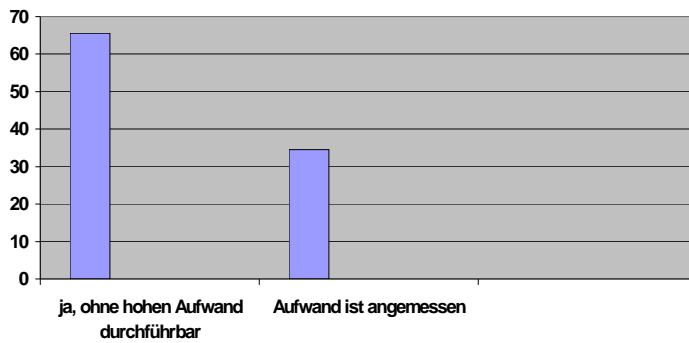
Frage 10: Sind Sie der Ansicht, dass die Therapie ohne hohen materiellen Aufwand durchführbar ist?

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig nein, Aufwand hoch	7	23,3	23,3	23,3
angemessen	18	60,0	60,0	83,3
ohne hohen Aufwand	5	16,7	16,7	100,0
Gesamt	30	100,0	100,0	



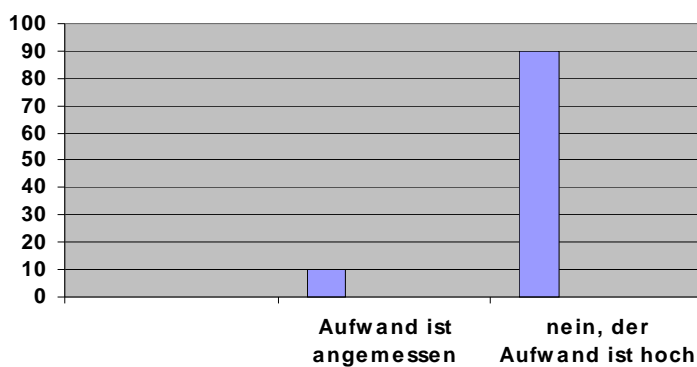
Frage 11: Sind Sie der Ansicht, dass die Therapie ohne hohen räumlichen Aufwand durchführbar ist?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	angemessen	10	33,3	34,5	34,5
	ohne hohen Aufwand	19	63,3	65,5	100,0
	Gesamt	29	96,7	100,0	
Fehlend	System	1	3,3		
Gesamt		30	100,0		



Frage 12: Sind Sie der Ansicht, dass die Therapie ohne hohen zeitlichen Aufwand durchführbar ist?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein, Aufwand hoch	27	90,0	90,0	90,0
	angemessen	3	10,0	10,0	100,0
Gesamt		30	100,0	100,0	



Frage 13: Alter des Kindes/ Jugendlichen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
--	------------	---------	---------------------	------------------------

Gültig	3,00	1	3,3	3,4	3,4
	4,00	1	3,3	3,4	6,9
	4,25	2	6,7	6,9	13,8
	4,50	2	6,7	6,9	20,7
	5,25	1	3,3	3,4	24,1
	5,50	1	3,3	3,4	27,6
	5,75	1	3,3	3,4	31,0
	6,00	5	16,7	17,2	48,3
	6,25	2	6,7	6,9	55,2
	6,50	1	3,3	3,4	58,6
	7,00	2	6,7	6,9	65,5
	7,25	2	6,7	6,9	72,4
	7,50	2	6,7	6,9	79,3
	8,00	2	6,7	6,9	86,2
	8,75	2	6,7	6,9	93,1
	14,00	1	3,3	3,4	96,6
	17,75	1	3,3	3,4	100,0
	Gesamt	29	96,7	100,0	
Fehlend	System	1	3,3		
Gesamt		30	100,0		

An dieser Stelle folgt anstatt eines Diagramms eine **Mittelwertberechnung** des durchschnittlichen Alters der Kinder bzw. Jugendlichen.

	Alter des Kindes
Mittelwert	6,8534
Median	6,2500
Modus	6,00
Minimum	3,00
Maximum	17,75

Laut der Tabelle ist zu erkennen, dass das Durchschnittsalter bei 6,8 Jahren lag; der Median (jener Wert, der ein nach der Größe geordnete Reihe von Messwerten halbiert)³⁶ bei 6,25 Jahren. Der Modus (der häufigste vorkommende Wert einer Verteilung)³⁷ liegt bei 6,0 Jahren. Das jüngste Kind ist 3 Jahre alt; der älteste Jugendliche 17,75 Jahre.

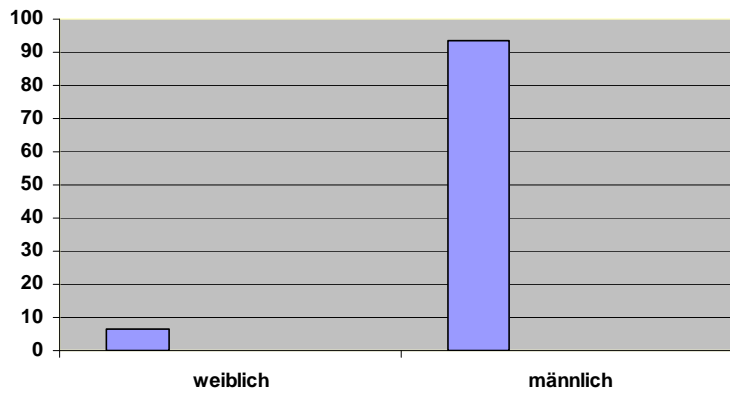
Frage 14: Geschlecht des Kindes/ Jugendlichen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig männlich	28	93,3	93,3	93,3
weiblich	2	6,7	6,7	100,0

³⁶ entnommen aus: Skript zur Vorlesung SPSS; SS 2008; K. Wenzig

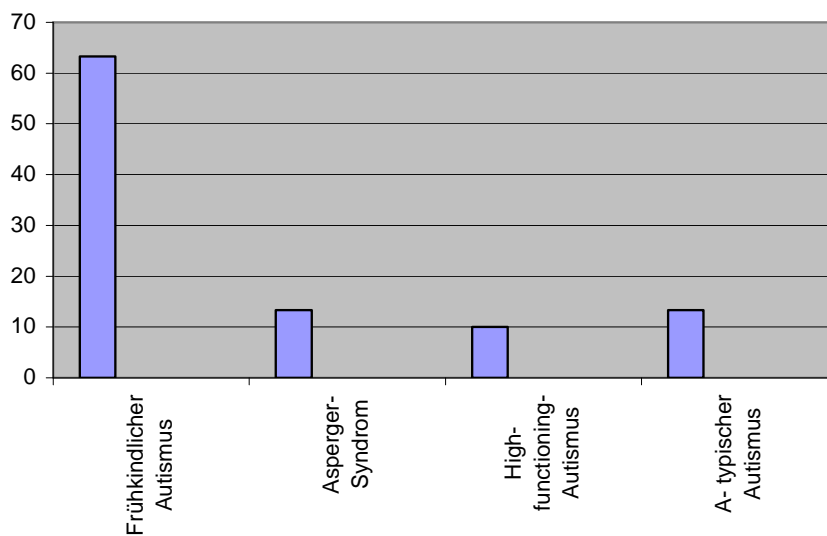
³⁷ entnommen aus: Skript zur Vorlesung SPSS; SS 2008; K. Wenzig

Gesamt	30	100,0	100,0
--------	----	-------	-------



Frage 15: Erscheinungsform des ASS Ihres Kindes/ Jugendlichen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig A-typischer Autismus	4	13,3	13,3	13,3
High- functioning- Autismus	3	10,0	10,0	23,3
Asperger- Syndrom	4	13,3	13,3	36,7
frühkindlicher Autismus	19	63,3	63,3	100,0
Gesamt	30	100,0	100,0	



Frage 16: Wie lang führen Sie mit Ihrem Kind/ Jugendlichen die Therapie schon durch?

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
,50	1	3,3	3,4	3,4
,75	1	3,3	3,4	6,9
1,00	5	16,7	17,2	24,1
1,25	1	3,3	3,4	27,6
1,50	2	6,7	6,9	34,5
1,75	2	6,7	6,9	41,4
2,00	3	10,0	10,3	51,7
2,50	5	16,7	17,2	69,0
3,00	8	26,7	27,6	96,6
4,00	1	3,3	3,4	100,0
Gesamt	29	96,7	100,0	
Fehlend System	1	3,3		
Gesamt	30	100,0		

Auch an dieser Stelle erfolgt eine Mittelwertberechnung.

		Wie lang wird ABA schon durchgeführt
N	Gültig	29
	Fehlend	1

Mittelwert	2,0862
Median	2,0000
Modus	3,00
Minimum	,50
Maximum	4,00

Es ist zu erkennen, dass ABA/VB im Durchschnitt seit 2,08 Jahren durchgeführt wird. Der Median liegt bei 2,0 Jahren sowie der Modus bei 3,0 Jahren.

Da gefordert wurde, dass die Teilnehmer seit mindestens 6 Monaten den Förderansatz ABA/VB durchführen liegt hier das Minimum bei diesem vorgegebenen Wert. Das Maximum hingegen bei 4,0 Jahren.

Frage 17: Wie hoch ist Ihr zeitlicher Aufwand pro Tag für die Durchführung der Therapie mit Ihrem Kind/ Jugendlichen?

Angabe in Stunden:

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ,50	1	3,3	3,7	3,7
1,00	2	6,7	7,4	11,1
1,25	1	3,3	3,7	14,8
1,50	3	10,0	11,1	25,9
2,00	3	10,0	11,1	37,0
2,50	1	3,3	3,7	40,7
2,75	1	3,3	3,7	44,4
3,00	3	10,0	11,1	55,6
4,00	2	6,7	7,4	63,0
5,00	3	10,0	11,1	74,1
6,00	1	3,3	3,7	77,8
7,00	1	3,3	3,7	81,5
8,00	1	3,3	3,7	85,2
9,00	2	6,7	7,4	92,6
14,00	2	6,7	7,4	100,0
Gesamt	27	90,0	100,0	
Fehlend System	3	10,0		
Gesamt	30	100,0		

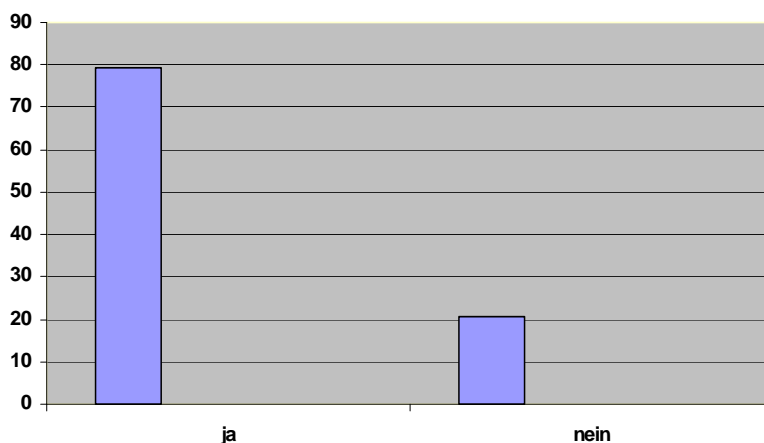
		Aufwand pro Tag für die Durchführung
N	Gültig	27
	Fehlend	3
Mittelwert		4,3889

Median	3,0000
Modus	1,50
Minimum	,50
Maximum	14,00

Laut der Mittelwertberechnung wird der ABA/VB- Förderansatz im Durchschnitt täglich 4,3 Stunden angewandt. Diese relativ hohe Angabe ist damit zu erklären, dass ABA/VB in den Tagesablauf integriert werden kann. So liegt der höchste Wert bei 14,0 Stunden/ täglich. Ein Modus von 1,5 Stunden wurde angegeben, sowie ein Median von 3,0 Stunden.

Frage 18: Haben Sie vor der Anwendung von ABA/VB andere Therapieformen in Anspruch genommen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	6	20,0	20,7	20,7
	ja	23	76,7	79,3	100,0
	Gesamt	29	96,7	100,0	
Fehlend	System	1	3,3		
Gesamt		30	100,0		



8.4.2. Auffälligkeiten

Nachdem die prozentualen Anteile jeder Antwortmöglichkeit aufgezeigt wurden, sollen in einem weiteren Punkt Auffälligkeiten bei der Beantwortung der Fragen dargestellt werden, d.h. Ergebnisse, die im Vorfeld nicht erwartet wurden bzw. anders eingeschätzt wurden.

Bei der Auswertung der Fragebögen ist mir im ersten Frageblock (Frage 3 mit ihren Unterpunkten) aufgefallen, dass sowohl bei Angabe der Zufriedenheit in grundlegenden Lernkompetenzen, Fähigkeiten in Kulturtechniken und bei motorischen Fähigkeiten zu einem Großteil „Sehr zufrieden“ bzw. „zufrieden“ angegeben wurde. Eine Ausnahme gab es jedoch bei der Frage nach der *Zufriedenheit bei lebenspraktischen Fähigkeiten*, wie Ankleiden, Essen, Körperpflege und Sauberkeit. Hier wurde im Durchschnitt eine Kategorie „schlechter“ angekreuzt; also „zufrieden“ bis „weniger zufrieden“.

Grundlegende Lernkompetenzen:

		Gültige Prozente
Gültig	zufrieden	42,9
	sehr zufrieden	57,1
	Gesamt	100,0
Fehlend	System	
Gesamt		

Fähigkeiten in Kulturtechniken:

		Gültige Prozente
Gültig	weniger zufrieden	5,0
	zufrieden	40,0
	sehr zufrieden	55,0
	Gesamt	100,0
Fehlend	System	
Gesamt		

Motorische Fähigkeiten:

		Gültige Prozente
Gültig	nicht zufrieden	3,4
	weniger zufrieden	17,2
	zufrieden	37,9
	sehr zufrieden	41,4

	Gesamt	100,0
Fehlend	System	
Gesamt		

Lebenspraktische Fähigkeiten:

		Gültige Prozente
Gültig	weniger zufrieden	35,7
	zufrieden	46,4
	sehr zufrieden	17,9
	Gesamt	100,0
Fehlend	System	
Gesamt		

Diese „Unregelmäßigkeit“ kann von zwei Seiten aus betrachtet werden. Einerseits kann dies daran liegen, dass die Elternteile gerade in diesem Bereich größere Fortschritte erhoffen, damit die Autonomie ihres Kindes gesteigert wird (bzgl. auch im Vergleich zu Kindern ohne ASS). Sind derartig erwünschte Fortschritte nicht ersichtlich, sinkt in diesem Zusammenhang auch die Zufriedenheit. Andererseits, aufbauend auf der ersten Vermutung, könnte dies auch daran liegen, dass das ABA/VB- Förderprogramm den Teilbereich der lebenspraktischen Fähigkeiten zu wenig fördert; das also sozusagen zu wenige Übungen mit dem Kind stattfinden und das deshalb geringere Fortschritte erzielt werden.

Anders als vermutet wurde auch bei Frage 6 (Wer übernimmt die Kosten für die Therapie?) in Verbindung zu Frage 7 (Sind finanzielle Aufwendungen angemessen?) geantwortet. Meine Vermutung war, dass Familien, bei denen die ABA/VB- Förderung *nicht* übernommen wird (Frage 6) auch bei Frage 7 häufig angeben, dass die Kosten zu hoch sind. Dies war jedoch nur in einem Fall so. Ein Großteil dieser Familien gab trotz keiner Kostenübernahme an, dass finanzielle Aufwendungen angemessen sind. Da meines Erachtens die Kosten relativ hoch sind, spricht dies für das ABA/VB- Programm, da genannte Familien finanzielle Beanspruchungen dennoch in Kauf nehmen.

8.4.3. Erwartete Ergebnisse

Wie im Vorfeld angenommen wurde zu einem Großteil eine hohe bis sehr hohe Zufriedenheit unter den Teilnehmern angegeben. Dies ist besonders bei der Frage 3 in Verbindung zu Frage 4 (Wie zufrieden sind Sie mit der ABA/VB- Förderung insgesamt?) ersichtlich; auch bei der Frage nach der allgemeinen Zufriedenheit

wurde zu 60% „sehr zufrieden“ angekreuzt. Dies spiegelt sich auch zunehmend in nachfolgenden Fragen wider; wie bspw. in Frage 5 (soziale Integration in Schulklassen) oder auch in den Fragen 8-11. Da Ansprechpartner innerhalb weniger Tage erreichbar sind wird eine Sicherheit vermittelt, welche wiederum die Zufriedenheit steigert. So auch, dass relativ wenig Räumlichkeiten für die Durchführung des Förderansatzes benötigt werden und materielle Aufwendungen angemessen sind. Trotz, dass das ABA/VB- Programm viel Zeit in Anspruch nimmt; es wurde zu 90% ein hoher zeitlicher Aufwand angegeben; sind die Eltern zufrieden mit dem Ansatz. Dies ist damit zu erklären, dass ABA/VB so konzipiert ist, dass viele Übungen in den Tagesablauf eingebaut werden können und an verschiedenen Orten durchführbar sind. Diese Frage ist auch in Verbindung zu Frage 17 (Wie hoch ist der zeitliche Aufwand pro Tag für die Durchführung der Therapie?) zu betrachten. Hier wurde ein Mittelwert von 4,3 Stunden/ täglich ermittelt. Wie bereits erwähnt ist dieser hoch (so auch die Auswertung bei Frage 12); dennoch sind die Teilnehmer zufrieden; dies ist mit vorhergegangener Erläuterung zu erklären.

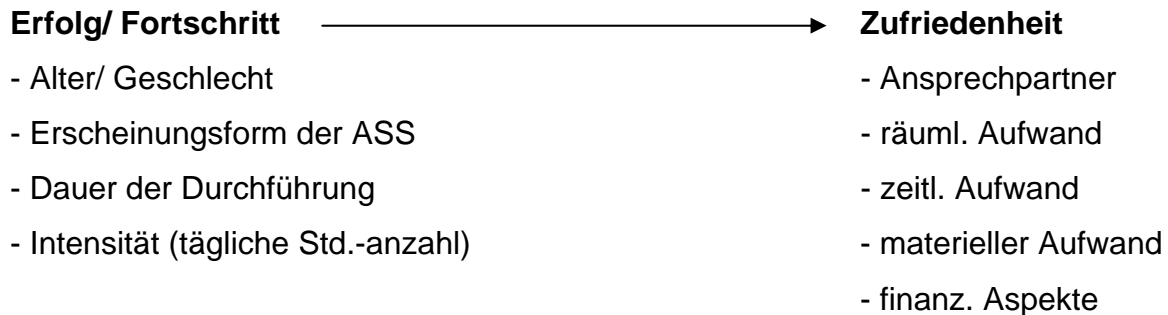
Die Frage nach dem Geschlecht des Kindes/ Jugendlichen spiegelt wider, dass ASS 3-4-mal häufiger bei Jungen auftreten, da laut Auswertung 93,3% der Kinder/ Jugendlichen männlichen Geschlechts sind.

Bei der Erscheinungsform der ASS (Frage 15) ist auffällig, dass zu einem Großteil Kinder mit frühkindlichem Autismus (63,3%) an dem Förderprogramm teilnehmen. Dies ist damit zu erklären, dass (wie unter Punkt 3) beim Kanner- Syndrom (frühkindlicher Autismus) auch eine Intelligenzminderung auftritt. Da ABA/VB darauf ausgerichtet ist, das Kind speziell seinen Bedürfnissen zu fördern und auch viele leichtere Übungen enthält, wird es wohl gerade von Eltern dieser Kinder in Anspruch genommen. Es ist natürlich auch auf andere ASS konzipiert, wird jedoch weniger von dieser Zielgruppe verwendet.

Die letzte Frage des Fragebogens (Haben Sie vor der Anwendung von ABA/VB andere Therapieformen in Anspruch genommen?) wertet alle zuvor dargestellten Ergebnisse der Zufriedenheit nochmals auf, da 79,3% der Eltern bereits mit anderen Therapieverfahren Erfahrung gesammelt haben und sich für die ABA/VB Förderung ihres Kindes entschieden haben. Die aufgezeigte Zufriedenheit bezüglich der Fortschritte ihrer Kinder/ Jugendlichen bekommt somit einen höheren Stellenwert.

8.4.4. Korrelationen

Bevor der Fragebogen mit dem Datenverarbeitungsprogramm SPSS ausgewertet wurde, habe ich mir eine Übersicht erstellt, wie und wo Korrelationen entstehen könnten. Ich bin zu folgendem Ergebnis gelangt:



Diese Übersicht verdeutlicht, dass Alter, Geschlecht, Erscheinungsform der ASS, die Dauer der Durchführung und die tägliche Intensität Einfluss auf Erfolg und Fortschritt nehmen. Dieser Erfolg bzw. Fortschritt im Verhalten des Kindes steht wiederum in Verbindung zur Zufriedenheit. Es kann jemand jedoch nur zufrieden sein, wenn auch befriedigende Rahmenbedingungen gegeben sind. Zu diesen zählt in diesem Fall das Coaching (Ansprechpartner), der Aufwand (materiell, zeitlich, räumlich), der mit dem Förderansatz verbunden ist und vorrangig auch finanzielle Aspekte.

Die zuvor aufgezeigte Auswertung des Fragebogens spiegelt diese Zusammenhänge wider.

Mit dem Programm SPSS war er zudem noch möglich signifikante Korrelationen herauszufiltern, d.h. es werden Kombinationen von Fragen angegeben, bei denen signifikant viele Probanden gleiche Antwortmuster wählten. Diese sollen an dieser Stelle folgen.

Korrelationen, die auf dem 0,01 Niveau signifikant sind:

Zufriedenheit in grundlegenden Lernkompetenzen und Zufriedenheit in motorischen Fähigkeiten:

Bei dieser Kombination von zwei Fragen bedeutet dies, dass Personen, die bei grundlegenden Lernkompetenzen zufrieden oder sehr zufrieden angegeben haben,

dies auch bei der Zufriedenheit bzgl. motorischer Fähigkeiten getan haben. Dies kann u.a. damit begründet werden, da sich die Inhalte von diesen beiden Kategorien ähneln. So zählt bspw. zu grundlegenden Lernkompetenzen die Nachahmung, die aber auch bei motorischen Fähigkeiten geübt werden kann.

Zufriedenheit mit Fähigkeiten in den Kulturtechniken und einer Erleichterung der sozialen Integration in die Schulklasse:

Diese Korrelation ergibt sich bereits aus der Fragestellung, da Fähigkeiten in Kulturtechniken (Lesen, Schreiben, Rechnen, Buchstabieren) u.a. zu einer sozialen Integration in einer Schulklasse führen können. D.h. wenn die Eltern mit den Fortschritten in den Kulturtechniken sehr zufrieden sind, gaben sie auch an, dass sie davon überzeugt sind, dass ABA/VB eine Integration erleichtert.

Zufriedenheit in lebenspraktischen Fähigkeiten und Zufriedenheit in motorischen Fähigkeiten:

Diese Korrelation bewegt sich in dem Bereich, dass Teilnehmer, die Fortschritte bzw. Zufriedenheit in lebenspraktischen Fähigkeiten eher schlechter bewerteten („nur“ „zufrieden“ oder „weniger zufrieden“) dies auch bei motorischen Fähigkeiten angaben. Zusammenhänge sehe ich an jener Stelle, bei der motorische Fähigkeiten, spezielle feinmotorische für lebenspraktische Bereiche notwendig sind. Bspw. benötigt das Kind feinmotorische Fähigkeiten um sich die Schnürsenkel binden zu können. Sind diese feinmotorischen Fähigkeiten nur gering ausgeprägt, schneidet auch der lebenspraktische Bereich schlechter ab.

Korrelationen, die auf dem 0,05 Niveau signifikant sind (weniger signifikant als oben genannte):

Zufriedenheit in grundlegenden Lernkompetenzen und Zufriedenheit mit dem ABA/VB Förderprogramm insgesamt:

Eine Korrelation gab es auch zwischen diesen beiden Fragen. Diese ergibt sich daraus, da alle Teilnehmer mit ihrem Kind/ Jugendlichen Übungen aus dem Teilbereich der grundlegenden Lernkompetenzen durchführen und auch eine allgemeine Zufriedenheit angegeben haben. Die Verbindung entsteht daher so, da die Probanden bei grundlegenden Lernkompetenzen „sehr zufrieden“ bzw. „zufrieden“ angegeben haben und dies dann auch bei der Zufriedenheit insgesamt getan haben. Ein Grund dafür ist, dass bei den grundlegenden Fähigkeiten verschiedene Übungen aus unterschiedlichsten Bereichen angeboten werden. Somit kann diese Zufriedenheit auch zu einem Teil auf die gesamte Zufriedenheit projiziert werden.

Alter des Kindes/ Jugendlichen und Dauer der Durchführung des Förderansatzes:

Eine weitere Korrelation ergab sich beim Alter und der Dauer der Durchführung. Das heißt in diesem Fall, dass es signifikante Übereinstimmungen gab, wie alt das Kind ist und seit wann ABAVB durchgeführt wird. Oft war es hier der Fall, dass das Kind 4,5 Jahre alt war und ABA/VB seit ca. 1 Jahr durchgeführt wird bzw. dass das Kind 6 Jahre alt ist und ABA/VB seit 3 Jahren durchgeführt wird. Dies lässt darauf schließen, dass im Alter von ca. 2-3 Jahren mit dem Förderansatz begonnen wurde; an jener Stelle an der evtl. die ASS diagnostiziert wurde bzw. verschiedene Therapieverfahren ausprobiert wurden.

8.4.5. Kreuztabellen

Bei einer Kreuztabelle, die ebenso mit dem Datenverarbeitungsprogramm SPSS erstellt wurde, können zwei Variablen in Verbindung miteinander gesetzt werden, um diese nochmals genau zu betrachten. Da mich der Zusammenhang zwischen Frage 7 (Sind finanzielle Aufwendungen angemessen?) und Frage 16 (Wie lang führen Sie ABA/VB schon durch?) interessierte erstellte ich von diesen Variablen eine Kreuztabelle.

In einem ersten Schritt werden die „verarbeiteten Fälle“ angegeben:

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent

Wie lang wird ABA schon durchgeführt * Sind finanz. Aufwendungen angemessen	28	93,3%	2	6,7%	30	100,0%
---	----	-------	---	------	----	--------

In dieser Tabelle ist zu erkennen, dass 28 Befragte eine Antwort gegeben haben; 2 Teilnehmer können an dieser Stelle der Auswertung nicht berücksichtigt werden.

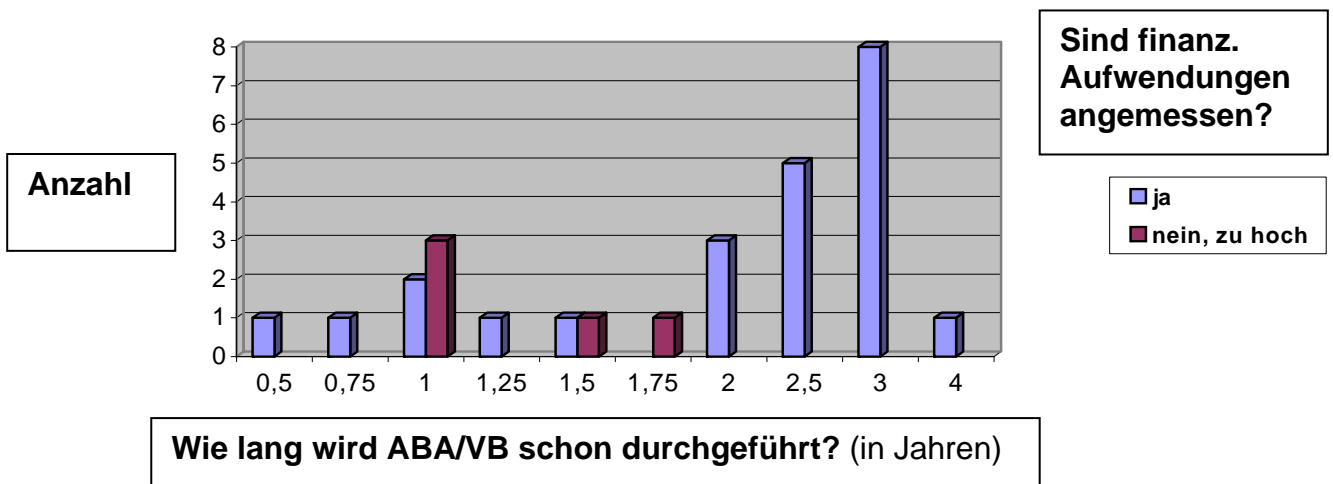
In einem weiteren Schritt ist die abhängige und unabhängige Variable zu bestimmen:

Abhängige Variable: Wie lang wird ABA/VB schon durchgeführt?

Unabhängige Variable: Sind finanzielle Aufwendungen angemessen?

Folgende Kreuztabelle wurde erstellt:

		Sind finanz. Aufwendungen angemessen		Gesamt
		nein, zu hoch	ja	
Wie lang wird ABA schon durchgeführt	,50	0	1	1
	,75	0	1	1
	1,00	3	2	5
	1,25	0	1	1
	1,50	1	1	2
	1,75	1	0	1
	2,00	0	3	3
	2,50	0	5	5
	3,00	0	8	8
	4,00	0	1	1
Gesamt		5	23	28



Die in der Kreuztabelle angegebenen Werte lassen erkennen, dass 5 Teilnehmer der Befragung der Meinung sind, dass finanzielle Aufwendungen (Kosten- Nutzen) nicht angemessen sind. Drei dieser Befragten führen seit einem Jahr ABA/VB durch; einer seit 1,5 Jahren und ein letzter seit 1,75 Jahren. Die restlichen 23 Befragten sind der Ansicht, dass finanzielle Aufwendungen angemessen sind. Besonders im Balkendiagramm ist zu erkennen, dass ein Großteil der Befragten, die die Kosten als angemessen betrachten, schon seit mindestens 2 Jahren den Förderansatz mit ihrem Kind durchführt. Dies würde bedeuten, dass Familien Kosten eher als angemessen betrachten, je länger sie den Förderansatz durchführen. Eine Unzufriedenheit ist eher in den ersten beiden Jahren gegeben. Dies kann u.a. darauf zurückführen, dass es eine gewisse Zeitspanne benötigt, um sichtbare Erfolge zu erzielen und so zufriedener zu sein und daraufhin auch das Empfinden zu haben, dass die Kosten angemessen sind.

8.5. Verifikation der Hypothese

Durch die zuvor erlangten Erkenntnisse aus der Auswertung der Befragung kann die zu Beginn der Arbeit aufgestellte Hypothese

Die Förderung nach ABA/VB ist, gemessen an der Zufriedenheit der Eltern, in besonderem Maße geeignet, um die ganzheitliche Entwicklung von Kindern mit einer Autismus- Spektrum- Störung zu fördern

verifiziert werden.

9. Ausblick

Die zuvor aufgezeigten Ergebnisse sollen nun dazu dienen den Bekanntheitsgrad des Förderansatzes zu erhöhen. Wie dargestellt wurde ist ein Großteil der Eltern, die mit ihrem Kind an der ABA/VB- Förderung teilnehmen, sehr zufrieden. Dies veranlasst, dass diese Erkenntnisse auch an andere Eltern weiter gegeben werden sollten, die bisher noch an der Wirksamkeit von ABA/VB zweifeln oder jene, die diesen Förderansatz bisher nicht kannten. Dies könnte u.a. durch eine Veröffentlichung der Arbeit auf entsprechenden Internetseiten erreicht werden. Möglicherweise ist es somit denkbar, dass entsprechende Adressaten erreicht

werden können. Die Arbeit soll jedoch auch Personen dienen, die sich ein allgemeines Bild über ASS und Therapiemöglichkeiten verschaffen möchten.

Ich erhoffe, dass durch diese neuen Ergebnisse auch die praktische Anwendung ein Stück weit davon profitieren wird; bspw. können gewonnene Erkenntnisse dem Knospe- Institut zur Verbesserung des ABA/VB- Programms dienen. Denkbar wäre auch, dass auf diesen Feststellungen eine neue Studie aufbaut und Vergleiche bzw. Unterschiede herausgearbeitet werden.

Unabhängig von diesen Ergebnissen vermute ich, dass ABA/VB in den nächsten Jahren bekannter wird, da bereits seit einigen Monaten und Jahren eine Entwicklung sichtbar ist; u.a. durch stetige Kostenübernahmen.

Literaturverzeichnis

ATKINSON, R.L. et al.(2001): Hilgards Einführung in die Psychologie. Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg.

AURICULA, C.: Auricula. www.auricula.org, 03.02.2009.

AUTEA GmbH: Die Methode von TEACCH. www.autea.de/methode.html, 09.01.2009.

BAER,D. /WOLF, M. /RISLEY, T.: Some current dimensions of applied behavior analysis In: LOVAAS/ BUCHER (Ed.) (1974): Perspectives in Behavior Modification with Deviant Children. S. 9-20. Prentice- Hall, London.

BAILEY, A. et al. (1998) : Autism : The Phenotype in Relatives, Vol.: 28 (5). In: Journal of Autism and Developmental Disorders, S. 369-392, Springer Netherlands.

BEADLE- BROWN, J. et al.(2002): Changes in social impairment for people with intellectual disabilities, Band: 32. In: Journal of autism and developmental disorders, S. 195- 206. Dordrecht.

BENENZON, R. O. (1983): Einführung in die Musiktherapie. Kösel- Verlag, München.

BERNARD-OPITZ, V. (2007): Kinder mit Autismus- Spektrum- Störungen (ASS) – ein Praxishandbuch für Therapeuten, Eltern und Lehrer. Kohlhammer, Stuttgart.

BOWLER, D.M. (1992): Theory of mind in Asperger´s syndrome, Band: 33. In: The journal of Child psychology and psychiatry, S. 877- 892. Oxford.

BROCKHAUS-ENZYKLOPÄDIE (1997), Band 7. Leipzig.

BURK, C.: www.christinaburkaba.com/AVB.htm, 21.4.2009.

DILLING, H. et al. (2008): ICD- 10 Internationale Klassifikation psychischer Störungen – Klinisch- diagnostische Leitlinien. Huber, Bern.

DODD, S. (2007): Autismus – was Betreuer und Eltern wissen müssen. Spektrum Akademischer Verlag, München.

EDELMANN, W.: Lernen In: ASANGER, R.; WENNINGER, G. (Hrsg.) (1999): Handwörterbuch Psychologie. S. 393 – 397. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim.

EHLERS, S.; GILLBERG, C. (1993): Epidemiology of Asperger syndrome. A total study, Band: 34. In: The journal of Child psychology and psychiatry, S. 1327- 1350. Oxford.

ESTES, W.K. (1944) : An experimental Study of Punishment, Vol. 57, 3. In: Psychological Monographs, S. 1-40, Illinois.

FLIEGEL, S. et al. (1998) : Verhaltenstherapeutische Standardmethoden. Beltz, Psychologie Verlags Union, Weinheim.

FOLSTEIN, S.; RUTTER, M. (1977): Genetic influences and infantile autism. In: Nature 265, S. 726- 728, London.

FOMBONNE, E. (1999): The epidemiology of autism, Band: 29. In: Psychological medicine, S. 769 –789. Cambridge.

GHAZIUDDIN, M. et al. (1998) : Comorbidity of Asperger syndrome. A preliminary report, Band: 42. In: Journal of intellectual disability research, S. 279- 283. Oxford.

GILLBERG, C. (1989): Asperger Syndrome in 23 Swedish children, Band: 31. In: Developmental medicine, S. 520- 531. Oxford.

- GILLBERG, C. (1998): Asperger syndrome and highfunctioning autism, Band: 172. In: The British journal of psychiatry, S. 200- 209. London.
- GILLBERG,C.; BILLSTEDT, E. (2000): Autism and Asperger syndrome, Band: 102. In: Acta psychiatrica Scandinavica, S. 321- 330. Oxford.
- GILLBERG, C.; WING, L. (1999): Review article-Autism: Not an extremely rare disorder, Band: 99. In: Acta psychiatrica Scandinavica, S. 399-406. Oxford.
- GODBOUT, R. et al. (2000) : A laboratory study of sleep in Asperger´s syndrome, Band: 11. In: Neuroreport, S. 127- 130. London.
- HAPPÈ, F. et al. (1996) : Theory of mind in brain, Band: 8. In: Neuroreport, S. 197-201. London.
- HOWLIN, P. (2000): Assessment Instruments for Asperger- Syndrome, Band: 5. In: Child psychology & psychiatry review, S. 120- 129. Oxford.
- JAEGGI, E.: Verhaltenstherapie In: ASANGER, R.; WENNINGER, G. (Hrsg.) (1999): Handwörterbuch Psychologie. S. 818 – 822. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- JENSON, W.R. et al. (1988) : Applied Behavior Education. A Structured Teaching Approach. Prentice Hall, New Jersey.
- JUDT, W. (1995): Das Hörtraining, Band: 39. In: Autismus, S. 24- 25. Hamburg.
- KANNER, L.; EISENBERG, L. (1956): Early infantile autism (1943-1955), Band: 26. In: American journal of orthopsychiatry, S. 556 - 566. Washington, DC.
- KEHRER, H. E. (1989): Autismus. Diagnostische, therapeutische und soziale Aspekte. Asanger Verlag, Heidelberg.
- KLIN, A.; VOLKMAR, F.R.: Diagnostic Issues in Asperger Syndrome In: VOLKMAR, F.R., KLIN, A., SPARROW, S.S. (Ed.) (2000): Asperger Syndrome. S. 25- 71. The Guilford Press, New York.
- KNOSPE, N. : E-Mail Kontakt; 8.8.2008.
- LASV (Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg): Autismus- eine (nicht) alltägliche Herausforderung.
www.lasv.brandenburg.de/sixcms/media.php/4055/Autismusbrosch%C3%BCre.pdf,
 12.12.2008.
- LEHR, U. (1961): Der Mensch und seine Freizeit. Tagungsbericht vom 2. Seminar des Berliner Landesausschusses für gesundheitliche Volksbelehrung e.V.. Bartholdy&Klein, Berlin.
- LEUKITSCH- GNÄDINGER, D. (1985): Die Tomatis- Therapie, Band: 19. In: Autismus, S. 11-13. Hamburg.**

LORD, C.; MCGEE, J.P. (Hrsg.) (2002): Educating Children with Autism. Committee on Educational Interventions for Children with Autism. National Academy Press, Washington, DC.

LOVAAS, O.I.; SMITH, T. (1989): A comprehensive behavioral theory of autistic children, Band: 20. In: Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. S. 17-29, Los Angeles.

MAURICE, C. (1993): Ich würde euch so gern verstehen! Paul List Verlag, München.

MESIBOV, G. B. (1997): Formal and informal measures on the effectiveness of the TEACCH- programm, Band: 1. In: Autism. S. 25- 35. London.

MIETZEL, G. (2007): Pädagogische Psychologie der Lernens und Lehrens. Hogrefe, Göttingen.

MOLNÀR, C. (2005): ABA und die Frage nach Selbstbestimmung. Weidler, Berlin.

NORDIN, V.; GILLBERG, C. (1998): The long term course of autistic disorders, Band: 97. In: Acta psychiatrica Scandinavica, S. 99-108. Oxford.

PARTINGTON, J.W. (2006): The Assessment of Basic Language and Learning Skills. Behavior Analysts, California.

POUSTKA, F. et al. (2004): Autistische Störungen – Leitfaden Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hogrefe, Göttingen.

REINECKER, H. (2005): Grundlagen der Verhaltenstherapie. Beltz, Weinheim.

REMSCHMIDT, H. (2008): Autismus. Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen. C.H. Beck Verlag, München.

REMSCHMIDT, H./ KAMP- BECKER, I.(2006): Asperger- Syndrom. Manuale psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

REYNOLDS, G.S. (1968): A Primer of Operant Conditioning. Scott, Foresman and Company, Illinois.

RICHMANN, S. (2004): Wie erziehe ich ein autistisches Kind? Grundlagen und Praxis. Verlag Hans Huber, Bern.

ROLLETT, B./ KASTNER-KOLLER, U. (2007): Praxisbuch Autismus. Urban&Fischer, München.

ROSATTI- BONAUEER, C.: Doman- Delacato.

[/www.heilpaed.ch/plaintext/therapienmethoden/domandelacato.htm](http://www.heilpaed.ch/plaintext/therapienmethoden/domandelacato.htm), 01.02.2009.

RÜHL, D. et al. (Hrsg.) (2004): ADOS – Diagnostische Beobachtungsskala für autistische Störungen. Hans Huber, Bern.

SCHAFFER, H. (2002): Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit. Eine Einführung. Lambertus, Freiburg.

SCHOPLER, E.; REICHLER, R. J.; LANSING, M. (1990): Strategien der Entwicklungsförderung. Förderung autistischer und entwicklungsbehinderter Kinder. Verlag modernes Lernen, Dortmund.

SCHRAMM, R. (2006): Motivation und Verstärkung – Wissenschaftliche Intervention bei Autismus. Pro-ABA, o.O.

SCHRAMM, R.: E-Mail Kontakt; 27.7.2009.

SKINNER, B.F. (1957): Verbal Behavior. Prentice- Hall, New Jersey.

SKINNER, B.F. (1971): Erziehung als Verhaltensformung (The Technology of Teaching). E. Keimer Verlag, München.

SKINNER, B.F. (1973): Wissenschaft und menschliches Verhalten. Science and Human Behavior. Kindler, München.

SLOANE, H. (1992): What is Behavior analysis?, http://www.behavior.org/behavior/what_is_beh_an.cfm, 02.06.2009.

STEFFENBURG, S. (1991): Neuropsychiatric Assessment of Children with Autism. A Population- Based Study, Band 33. In: Developmental Medicine and Child Neurology. S. 495- 511, o.O.

STEINERT, E.; THIELE, G. (2000): Sozialarbeitsforschung für Studium und Praxis. Eine Einführung in die qualitativen und quantitativen Methoden. Fortis, Köln.

STEINHAUSEN, H.C.; VON ASTER, M. (Hrsg.) (1993): Handbuch Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen. Beltz, Weinheim.

STOKES, T.F.; BAER, D.M. (1977): An implicit technology of generalization, Band: 10. In: Journal of Applied Behavior Analysis. S. 349- 367, Manitoba, Kansas.

THOMAE, H.: Motivation In ASANGER, R.; WENNINGER, G.(Hrsg.) (1999): Handwörterbuch Psychologie. S. 463 – 467. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim.

TOMATIS, A.: Tomatis- Therapie, www.tomatis.de, 28.01.2009.

TROMPISCH, N.: Dolphinswim. www.dolphinswim.net/ger/indexger.html, 04.02.2009.

TSAI, L.Y. (1996): Brief Report: Comorbid Psychiatric Disorders of Autistic Disorder, Vol. 26, No. 2. In: Journal of Autism and Developmental Disorders, S. 159-163, Springer Netherlands.

VOLKMAR, F.R.; KLIN, A.: Asperger´s Syndrome In: COHEN, D.J.; VOLKMAR, F.R. (Ed.) (1997): Handbook of Autism and pervasive developmental disorders. S.94- 122. John Wiley/ Sons, New York.

WEIß, M. (2002): Autismus. Therapien im Vergleich. Spiess, Berlin.

WING, L. (1981): Aspergers syndrome: a clinical account, Band: 11. In: Psychological medicine, S. 115- 129. Cambridge.

WING, L. (1996): The Autistic Spectrum – A guide for parents and professionals. Constable, London.

WOLFF, S. (1995): Loners. The Life Path of Unusual Children. Routledge, London, New York.

YLISAUKKO-OJA, T. et al. (2004) : Genomewide scan for loci of Asperger syndrome, Band: 9. In: Molecular psychiatry, S. 161- 168. Basingstoke.

Quellenverzeichnis

CHAKRABARTI, S.; FOMBONNE, E. (2001): Pervasive developmental disorders in preschool children. The Journal of the American Association, Band: 285, S. 3093-3099, o.O.

DOLPHIN HOPE 2000. www.dolphin-hope.wtal.de.

GOODE, S. ; RUTTER, M.; HOWLIN, P. (1994): A twenty year follow- up of children with autism. Paper presented at the 13th biennial meeting of ISSBD, Amsterdam, The Netherlands.

HÄUßLER, A. (1998): Strukturierung als Hilfe zum Verstehen. Der TEACCH- Ansatz in der Arbeit mit autistischen Menschen. Workshop im Rahmen der 9. Bundestagung des Bundesverbandes Hilfe für das autistische Kind, Magdeburg.

LOVAAS, I.O. (2003): Teaching Individuals with developmental delays: basic interventions techniques. Austin.

MAURICE, C. et al. (1996) : Behavioral Intervention for Young Children With Autism. Austin, TX.

MINSHEW, N.J. (1992): Neurological localization in autism. In: SCHOPLER, E.; MESIBOV, G.B. (Ed.): High- functioning individuals with autism, S. 65- 89. Current issues in autism. Plenum Press, New York.

QUILL, K.A. (2000): Do- Watch- Listen- Say. Paul H. Brookes, Baltimore.

RICKARBY, G.; CARRUTHERS, A.; MITCHELL, M. (1991): Brief report: Biological factors associated with asperger's syndrome, Band: 21. In: Journal of Autism and Developmental, S. 341-348.

WENTZ, N.T. et al (1999) : A ten- year follow- up of adolescent- onset anorexia nervosa: Personality disorders, Band: 38. In: J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, S. 1611-1616.

WHITEFORD ERBA, H. (2000): Early Intervention Programs for Children With Autism: Conceptual Frameworks for Implementation. In: American Journal of Orthopsychiatry, Band: 70, 1 (January 2000), o.O.

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Vergleich ICD- 10 und DSM- IV	12
Tab. 2: Verlauf der autistischen Störung	21
Tab. 3: Überblick der wichtigsten Diagnoseinstrumente	22
Tab. 4: Komorbidität des frühkindlichen Autismus	28
Tab. 5: Differentialdiagnosen beim frühkindlichen Autismus	29
Tab. 6: Komorbidität beim Asperger- Syndrom	43
Tab. 7: Verstärkungs- und Bestrafungstypen	66

Abkürzungsverzeichnis

a.a.O. – am angegebenen Ort

AAPEP - Adolescent und Adult Psychoeducational Profile

ABA – Applied Behavior Analysis

ABLIS - Assessment of Basic Language and Learning Skills

ADI- R - Diagnostische Beobachtungsskala für autistische Störungen

ADOS - Diagnostische Beobachtungsskala für autistische Störungen

ASS – Autismus- Spektrum- Störungen

CARS - Childhood Autism Rating Scale

CR - gelernte Reaktion

CS - konditionierter Reiz
DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DTT - Discrete Trial Teaching
EO - Establishing Operation
ET – Entwicklungstest
EZ – Ergebnisziel
FSK - Fragebogen über Verhalten und soziale Kommunikation
GZ – Grundsatzziel
ICD - International Classification of Diseases
ITT - Intensive Trial Teaching
K- ABC - Kaufmann Assessment Battery for Children
MBAS - Marburger Beurteilungsskala zum Asperger- Syndrom
NET - Natural Environment Teaching
NS – neutraler Stimulus
OTM – On the Move Teaching
PEP-R - Psycho-Educational Profile – Revised
R – Response (Reaktion)
RZ – Rahmenziel
S – Stimulus
S^D - Aufforderung, Anweisung, Anleitung, Instruktion
SEAS-M - Skala zur Erfassung von ASS bei Minderbegabten
ShT – Sozialhilfeträger
S^R – verstärkender Stimulus
SvE – Schulvorbereitende Einrichtung
TBGB - Testbatterie für Geistig Behinderte Kinder
TEACCH - Treatment and Education of Autistic and related Communication
handicapped Children
UCR - unkonditionierte Reaktion
UCS - unkonditionierter Reiz
VB – Verbal Behavior
VT - Verhaltenstherapie
WET - Wiener Entwicklungstest

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich den Personen danken, die mir während der Erstellung der Diplomarbeit zur Seite standen, mich unterstützten und motivierten.

Danken möchte ich meinem damaligen Praktikumsanleiter Herbert Kemler (Leitung der Schulvorbereitenden Einrichtung (SvE)) sowie dem Psychologe der Heilpädagogische Einrichtungen gGmbH Friedhelm Langer; sie gaben mir erste Inputs zum Thema, unterstützten mich während meines gesamten Praktikums sowie bei der Erstellung des Fragebogens. Weiterhin möchte ich mich bei den MitarbeiterInnen der Muschelgruppe (SvE der Heilpädagogische Einrichtungen gGmbH) für ihr Engagement bedanken.

Ein Dankeschön möchte ich auch Nadine Knospe sowie Robert Schramm (Knospe-Institut Hannover) für die gute Zusammenarbeit aussprechen. Von ihnen bekam ich besonders im Bereich ABA/VB fachliche Unterstützung.

Bedanken möchte ich mich auch bei den Familien, welche an der Befragung teilgenommen und zum Ergebnis beigetragen haben. Besonders danken möchte ich in diesem Zusammenhang auch der Familie, mit dessen Sohn ich die Fallarbeit durchführen konnte.

Schließlich möchte ich mich noch besonders bei Prof. Dr. Andreas Aue bedanken (Dekan des Fachbereiches „Soziale Arbeit und Gesundheit“ an der Hochschule Coburg), welcher die Erstellung meiner Diplomarbeit betreute und mir stets bei Fragen zur Verfügung stand. Letztlich möchte ich auch Gerald Jose danke, der mich bei der Auswertung der Fragebögen mit dem Computerprogramm SPSS unterstützte.

Coburg, im September 2009

Ulrike Oefner