

Das Multimodale Therapiemodell in der Autismustherapie am Beispiel des Hamburger Autismus Instituts

Barbara Rittmann

in: Inklusion von Menschen mit Autismus, BV autismus Deutschland e.V., Loeper Literaturverlag 2011



Autismus-Spektrum-Störungen sind in ihren Erscheinungsformen ausgesprochen vielgestaltig und in ihrer Dynamik komplex. Alle Versuche das therapeutische Vorgehen auf wenige, eindimensionale Therapieformen zu reduzieren werden der Vielfältigkeit und Komplexität der Störung nicht gerecht. Autismus-Spektrum-Störungen erfordern vielmehr einen multimodal ausgerichteten Therapieansatz, zu dem eine Vielzahl wissenschaftlich fundierter bzw. in der Praxis bewährter Methoden gehört.

In den bundesweit arbeitenden Autismus-Therapie-Zentren wird überwiegend mit dieser Methodenvielfalt gearbeitet. Am Beispiel des Hamburger Autismus Instituts wird die konkrete Arbeitsweise nach dem Multimodalen Modell geschildert.

1. Warum ist ein Multimodales Therapiemodell notwendig?

1.1. Ausprägungen der Autismus-Spektrum-Störung

In den 2013 bzw. 2014 zur Veröffentlichung anstehenden Revisionen der Klassifikationssysteme für psychische Störungen DSM und ICD wird sich aller Wahrscheinlichkeit die Bezeichnung „Autismus-Spektrum-Störungen“ durchsetzen. Sie umfasst – wie der Begriff Spektrum es bereits andeutet – einen weiten Bereich unterschiedlicher Ausprägungen der autistischen Beeinträchtigung, die sich bislang in drei Untergruppen auffächert:

- Die Autistische Störung (Frühkindlicher Autismus) geht meist mit einer Störung der Entwicklung der Verbalsprache einher und schließt Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit deutlicher Intelligenzminderung (mit möglichen „Inselbegabungen“) bis zur durchschnittlichen intellektuellen Begabung mit ein.
- Menschen, bei denen das Asperger-Syndrom diagnostiziert wurde, zeigen eine – in weiten Teilen – normale Sprachentwicklung bei durchschnittlicher Intelligenz bis hin zur Hochbegabung, bei häufigem komorbiden AD(H)S.
- Wird die Diagnose Atypischer Autismus gestellt, stehen zwar autistische Symptome im Vordergrund, doch sind die zeitliche Entwicklung und/oder der Ausprägungsgrad der Störung nicht in allen Bereichen typisch und komorbide Beeinträchtigungen kommen häufig dazu.

Das Gemeinsame aller genannten Störungen ist die gravierende Beeinträchtigung der sozialen Interaktion und eine starke Einschränkung der Interessen und Verhaltensweisen (vgl. Dilling et. al. 1994). Zugrunde liegende Erklärungsmodelle sind – verkürzt beschrieben – Beeinträchtigungen der Fähigkeit zur Perspektivübernahme (Theory of Mind), zum kontextbezogenem Wahrnehmen und Handeln (zentrale Kohärenz) und zum absichtsvollen, planerischem Denken und Verhalten (exekutive Funktionen).

1.2. Berücksichtigung aller Ausprägungen des Autismus-Spektrums

Die auf Autismus-Spektrum-Störungen spezialisierten Therapiezentren müssen sich der komplexen Aufgabe stellen, einer Klientel von großer Diversität ein ihrem Bedarf angemessenes Therapieangebot zu machen.

Dieses Angebot muss Methoden beinhalten, die auf 2-3jährige, nichtsprechende intelligenzgeminderte autistische Kinder zugeschnitten sind. Es muss jedoch auch hochbegabten Aspergerklienten¹ im Jugend- und Erwachsenenalter gerecht werden. Dazu kommt, dass auch innerhalb einer diagnostischen Gruppe die Ausprägungsgrade der Störung bei jedem Klienten sehr verschieden sein können: manchmal steht die Störung der sozialen Interaktion, z. B. extreme Zurückgezogenheit oder auch Distanzlosigkeit im Vordergrund. Im anderen Fall die Störung der Kommunikation, z. B. scheinbar fehlende Kommunikation bis zum „Zutexten“ oder mannigfaltige ritualisierte Verhaltensweisen, z. B. Bestehen auf Gleichförmigkeit. Nicht selten müssen komorbide Störungen mit behandelt werden.

1.3. Berücksichtigung der individuellen Entwicklung der Klienten

Zudem gilt es zu berücksichtigen, dass sich eine Autismustherapie bei einem Klienten meist über mehrere Jahre erstreckt. In dieser Zeit durchläuft der Klient verschiedene Entwicklungsstadien. Die Anforderungen des Umfeldes verändern sich und es kommt vor, dass eine therapeutische Methode nicht mehr die Wirksamkeit zeigt, wie zu Beginn.

Deshalb bedarf es auch innerhalb des Therapiezeitraums eines einzelnen Klienten der Bereitschaft des Therapeuten, seine Vorgehensweise einer stetigen Reflektion zu unterziehen, um sie weit möglichst am Entwicklungsstand des Kindes und den Erfordernissen des sozialen Umfeldes auszurichten. Ebenfalls kann es sinnvoll erscheinen, das einzeltherapeutische Setting durch ein gruppentherapeutisches zu ergänzen oder dahin überzuleiten.

Aus der allgemeinen Therapieforschung weiß man, dass auch das Temperament und die Persönlichkeit des Kindes berücksichtigt werden müssen. Ein sehr aktives, exploratives Kind braucht meist ganz andere therapeutische Angebote als ein selbstgenügsames, wenig an seiner Umwelt interessiertes Kind – beiden (und weiteren) Typen begegnen wir im autistischen Spektrum. Methodenvielfalt erlaubt uns, nicht auf bekannten Standardinterventionen zu beharren. Das macht therapeutische Souveränität und Erfahrung aus.

1.4. Berücksichtigung der individuellen Ressourcen der Therapeuten

Für jeden Therapeuten ist es wichtig, zu seiner Persönlichkeit passende Therapiemethoden ausüben zu können. Jeder langjährige Therapeut nutzt seine Erfahrung mit bestimmte Methoden und Techniken, indem er sie verändert, seiner Persönlichkeit anpasst, sich sozusagen zu Eigen macht. Auch damit verlieren die – teilweise so genau definierten – Methoden ihre „Reinheit“. Dies in einem multimodalen Therapiemodell zu berücksichtigen stellt keine Unschärfe oder Beliebigkeit dar, sondern bedeutet verfügbaren Ressourcen wirkungsvoll einzusetzen.

1.5. Berücksichtigung der individuellen Ressourcen der Eltern

Per definitionem sind die Autismus-Therapie-Zentren ausnahmslos für alle Familien mit Kindern aus dem Autismus-Spektrum da. Aufgrund unseres besonderen Arbeitsfeldes verweisen wir üblicherweise betroffene Familien nicht weiter. Damit haben wir die selbst gestellte Aufgabe, mit allen Eltern zu einem Arbeitsbündnis zu kommen.

Einige Eltern(-teile) sind hochmotiviert und verlangen nach kontinuierlichem fachlichem Input. Sie streben die Rolle des (Ko-) Therapeuten für ihr Kind an und brächen die Maßnahme ab, wenn wir sie in ihrer Mitarbeitsbereitschaft nicht ausreichend einbeziehen würden.

Ganz anders sieht es mit den Eltern aus, die aus Angst, in der Beziehung mit ihren Kindern nur wieder einmal ihre Einflusslosigkeit zu spüren, die direkte und persönliche intensive Beschäftigung nahezu ganz aufgegeben haben. Ihnen gilt es Zugangswege aufzuzeigen und Me-

thoden an die Hand zu geben, durch die sie wieder die Erfahrung von Selbstwirksamkeit machen können.

Nahezu alle Eltern benötigen fachliche (und menschliche) Unterstützung im Akzeptanzprozess der Behinderung ihres Kindes – aber auch in der Auseinandersetzung mit der oft sehr veränderten Lebensplanung. Untersuchungen haben gezeigt, dass ein in dieser Hinsicht konstruktiv verlaufender persönlicher Prozess messbar positive Auswirkungen auf die Entwicklung des autistischen Kindes hat (vgl. Oppenheim 2011).

1.6. Berücksichtigung des Umfeldes

Aus den oben genannten Bedingungsfaktoren wird klar, auf welches komplexes Gefüge ein Therapieangebot für Familien mit Kindern mit Autismus-Spektrum-Störungen Bezug nehmen muss. Und hier hört die Notwendigkeit der therapeutischen bzw. beraterischen Interventionen noch nicht auf: zur Arbeit der Autismus-Therapie-Zentren gehört selbstverständlich eine intensive Umfeldarbeit. Sie bezieht vom Kindergarten, über die Schule bis zum Berufs- bzw. Wohnumfelds alle Hilfssysteme mit ein. Die Therapeuten hospitieren in den jeweiligen Alltagssituationen und können so konkrete Hilfen bei der sinnvollen Gestaltung des konkreten Umfeldes und in Bezug auf pädagogische Maßnahmen bei Problemverhalten geben. Zusätzlich sind sie Impulsgeber und Moderatoren für den autismus- und klientenspezifischen Fachaustausch (z. B. durch „runde Tische“), für Fachgruppenberatung und ggf. Fortbildung.

2. Diagnose und Therapieplanung

Im Hamburger Autismus Institut beginnt die Arbeit mit den Klienten nach dem Multimodalen Modell mit einer aufwändigen autismusspezifischen Diagnostik.

Nach erfolgter Kostenübernahme durch die Sozialhilfeträger beginnt die Therapieeingangsphase (ca. 8-10 Wochen), die zur weiteren diagnostischen Abklärung genutzt wird (Ausprägungsgrad einzelner Symptome, Differentialdiagnostik, komorbide Störungen).

Dabei wird ein individuelles Entwicklungsprofil erstellt. Die notwendigen Informationen erhalten die Therapeuten in Gesprächen mit den Eltern, den Pädagogen aus Kindergarten, Schule etc. und falls möglich auch mit dem betroffenen Kind bzw. Jugendlichen selbst. Ergänzend werden Verhaltensbeobachtungen (auch im Umfeld) mit einbezogen. Das Entwicklungsprofil soll neben den problematischen Verhaltensbereichen auch die individuellen Stärken (Ressourcen) abbilden. Ziel ist es, sowohl sehr belastende aktuelle Probleme (z. B. Schlafstörungen) als auch mittel- und langfristige Ziele (z. B. Kommunikationsförderung und Gruppenfähigkeit) zu erfassen. Anhand dieser Analyse werden Schwerpunkte für die Therapie festgelegt, Therapieziele vereinbart und die praktische Umsetzung für die Therapie besprochen.

Diese Therapieplanung ist Grundlage für das therapeutische Vorgehen. Sie wird immer wieder auf ihre Aktualität überprüft und angepasst.

3. Ziele der therapeutischen Maßnahmen

Da autistische Störungen nach wissenschaftlichen Erkenntnissen nicht heilbar und nur bedingt durch Medikation zu beeinflussen sind, haben therapeutische Maßnahmen die Ziele,

- die gravierende Symptomatik der autistischen Klienten zu reduzieren,
- mit ihnen neue Verhaltensmöglichkeiten zu erarbeiten,
- die meist immense Belastung der Familien zu lindern und
- die bestmögliche Integration in das jeweilige Umfeld zu erreichen.

Nicht um jeden Preis soll „Normalisierung“ erreicht werden. Es ist wichtig abzuwägen, ob ein autistisches Symptom den Betroffenen in bedeutsamer Weise davon abhält, in seinem Alltag Lebenszufriedenheit zu erlangen. Diese Abwägung geschieht selbstverständlich immer im Spannungsfeld zwischen persönlichen Bedürfnissen des Betroffenen und gesellschaftlichen

Erwartungen. Eltern, Schule und später das Wohn- und Arbeitsfeld stellen Ansprüche an die Integrationsfähigkeit eines Menschen mit Autismus. Somit hat eine therapeutische Maßnahme das Ziel, einerseits die einzigartige Persönlichkeit des Betroffenen zu respektieren und zu schützen und andererseits ihm die bestmögliche Integration in die Gesellschaft zu ermöglichen.

4. Therapiemethoden nach dem Multimodalen Modell

Die multimodale Arbeit fußt auf Erkenntnissen aus der (Autismus-) Therapieforschung. Leider bildet sich jedoch die jahrzehntelange Erfahrung der bundesweiten Autismus-Therapie-Zentren erst unzureichend in wissenschaftlichen Studien ab.

Aus diesem Grund werden einige Therapiemethoden im Sinne des Prinzips der „Best Practice“ angewandt. Die eingesetzten Verfahren versuchen teils ursächlich, teils kompensatorisch eine therapeutische Antwort auf die autismspezifischen Störungskomplexe zugeben. Besonders werden dabei die Erklärungsmodelle der Perspektivübernahme (Theory of Mind), zum kontextbezogenem Wahrnehmen und Handeln (zentrale Kohärenz) und zum absichtsvollen, planerischem Denken und Verhalten (exekutive Funktionen) berücksichtigt.

Die beschriebenen Methoden werden gemäß Alter, Störungsbild und Fähigkeitsniveau des Kindes eingesetzt. Sie haben innerhalb ihrer Kategorien lediglich exemplarischen Charakter und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

4.1. Klientenorientierte Maßnahmen

Es handelt sich bei den klientenorientierten Maßnahmen grundsätzlich um ein einzeltherapeutisches Setting, das stets am individuellen Entwicklungsstand, den persönlichen Interessen und der aktuellen Belastungsfähigkeit des Klienten orientiert ist.

Je nach Entwicklungsstand und Fähigkeitsniveau fassen wir einzelne Klienten zu kleinen Übungsgruppen zusammen. Die einzelnen Therapiemethoden sind den Kategorien: „Schlüsselkompetenzen fördern“, „Verhalten modulieren“ und „Allgemeine therapeutischer Zielsetzungen“ zugeordnet.

Das Multimodale Modell

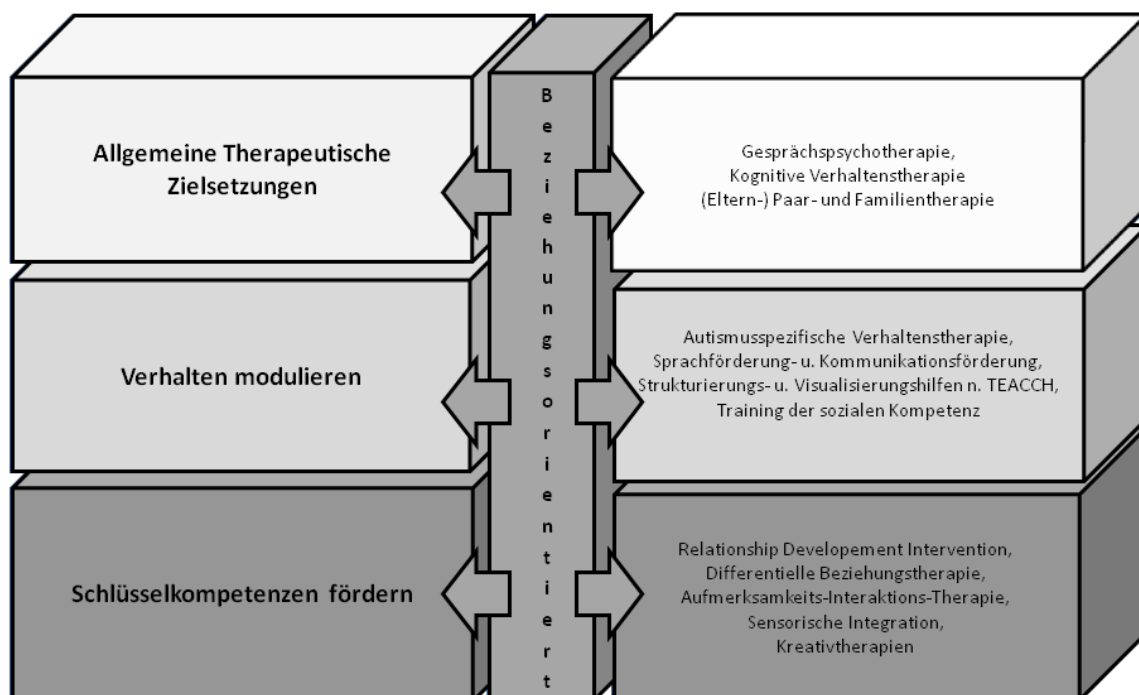


Abb. 1 Therapeutische Zielsetzungen und beispielhafte Methoden

4.1.1. Basismethoden zur beziehungsorientierten Förderung der „Schlüsselkompetenzen“

Zu Beginn einer Behandlung steht ganz wesentlich der Aufbau einer tragfähigen Beziehung zwischen Kind und Therapeut. Auf dieser Grundlage finden in der Folge alle Interventionen statt. Die Förderung der „Schlüsselkompetenzen“, d. h. der Fähigkeit, auf die verbalen und nonverbalen Signale der Kommunikationspartner zu achten und sich daran zu orientieren, gehört zum Schwerpunkt dieser Phase.

Autistische Kinder haben keine angeborene Präferenz für das menschliche Gegenüber. Sie ziehen oftmals die Beschäftigung mit Gegenständen oder Spezialinteressen vor. Aufgrund dessen lernen sie nicht in ausreichendem Maße, die wichtigen verbalen und nonverbalen Signale des Gegenübers zu beachten.

Betroffen davon ist beispielsweise der Spracherwerb des Kindes, da er auf dem Austausch zwischen Baby und Eltern basiert. Sprache rastet gewissermaßen in die Interaktionen und wechselseitige Abstimmung zwischen Eltern und Kind ein (vgl. Hobson 2003). Auch kommt es dazu, dass sich Kinder mit Autismus in Gefahrenmomenten nicht automatisch bei ihren Bezugspersonen „rückversichern“. Sie versäumen es, in deren Gesichtern nach Signalen zur Einschätzung der Situation zu suchen, geraten schnell in Panik und lassen sich nicht durch ihre Bezugspersonen beruhigen. Der zwischenmenschliche Austausch kommt in der Interaktion mit Kindern mit Autismus nur unzureichend zum Tragen. Es entsteht kein „Sog“, quasi automatisch in die Beziehung mit zum Anderen hineingezogen zu werden. Diesen gilt es in der Förderung der Schlüsselkompetenzen neu zu erzeugen.

Folgende therapeutische Basismethoden eignen sich hervorragend zum Therapieeinstieg, vor allem bei kontaktabwehrenden Kindern und bei Therapiekrisen. Es sind „offene“ Methoden,

die sich in spielerischer Weise stark an den Interessen des jeweiligen Kindes ausrichten. Sie sind zum Teil (z. B. RDI) sehr gut in das Elternverhalten im Alltag zu integrieren:

- Relationship Development Intervention (RDI)
- Differentielle Beziehungstherapie (DBT)
- Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie (AIT)
- Sensorische Integration (SI)
- Kreativtherapien (Kunst, Tanz, Musik, Theater, Zaubern)

Die „Relationship Development Intervention“, die „Differentielle Beziehungstherapie“ und die „Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie“ verfolgen sehr ähnliche Ziele: Die Förderung des Interesses am menschlichen Gegenüber, der sozialen Referenzierung (Bezugnahme auf das Gegenüber) und der Bereitschaft zum beziehungsabhängigen Lernen.

Bei der *Relationship Development Intervention (RDI)* wird besonderen Wert darauf gelegt, Situationen herbeizuführen, in denen geteilte Freude am gemeinsamen Tun, z. B. durch äußerst expressive, empathische mimische und körpersprachliche Reaktionen, erlebt wird. Es entsteht eine – für das Kind lustvoll erlebte – gemeinsame „Co-Regulation“ (wechselseitiges aufeinander Abstimmen). Die erlebte Sicherheit führt zur Abnahme von Stereotypen, Rituale und Fixierung auf Spezialthemen und zur Öffnung des Kindes für mehr dynamische Lernerfahrungen, z. B. Freude an der Überraschung und Neugierde (vgl. Gutstein 2002).

Die *Differenzielle Beziehungstherapie (DBT)* fügt noch das Element des „sich-funktionalisieren-lassen“ hinzu: der Therapeut geht bewusst „in Vorleistung“ und nimmt übergangshalber die für das Kind so attraktiven und beruhigenden Eigenschaften von – kontrollierbaren – Gegenständen an (z. B. auf ein mimisches oder akustisches Signal hin, Purzelbäume zu schlagen). Dadurch empfindet es das Kind auf Dauer attraktiver, andere Menschen in seine Aktivitäten oder Interessen einzubeziehen, als sich mit der gegenständlichen Welt oder alleine zu beschäftigen (vgl. Janetzke 1997).

Die *Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie (AIT)* misst der Achtsamkeit des Therapeuten für die oft sehr versteckten Signale des Kindes eine besondere Bedeutung zu. Sie enthält Methoden, wie sensibles Spiegeln kindlicher Verhaltensweisen und in bestimmten Fällen paradoxe Interventionen, um die Aufmerksamkeit des Kindes zu erhalten. AIT hat sich auch bei der Behandlung selbstverletzenden Verhaltens bewährt (vgl. Hartmann 1997).

Die *Sensorische Integration (SI)* ist eine körperorientierte Therapiemethode, bei der durch den Einsatz z. B. von Rollbrettern, Schwungtüchern und dicken Matten autistischen Wahrnehmungsverarbeitungsstörungen (v. a. akustischen, vestibulären und taktilen) begegnet wird. Durch die bessere Integration und Selektion von Wahrnehmungseindrücken wird das Kind offener für neue Lernangebote (vgl. Ayres 2008).

Die *Kreativtherapien* Kunst-, Musik- Tanz- und Theatertherapie und Therapeutisches Zaubern verfügen über den für unsere Klientel großen Vorteil, dass Sprache durch andere Ausdruckformen ersetzt wird.

Durch kreative Mittel werden allgemeine Ausdrucks- und Interaktionskompetenzen, Wahrnehmung, Konzentration und Ausdauer gefördert. Beim therapeutischen Zaubern kommt die Notwendigkeit der Perspektivübernahme dazu. Dabei erfolgt eine Stärkung von Selbstvertrauen und Selbstwernerleben. Am Ende kann ein fertiges Produkt stehen, das das Ergebnis der Tätigkeit konkret erfahrbar „festhält“. Kreativtherapie ist ressourcenorientiert. Viele Menschen mit Autismus haben spezielle Fähigkeiten, die häufig im Bereich künstlerischer und musikalischer Begabung liegen, wie die die eindrucksvolle Werkschau von Künstlern mit

Autismus in den Dokumentahallen in Kassel 2010 zeigte (vgl. Kaminski; Elsen 2010). Kreativtherapeutische Methoden bieten Klienten mit Autismus die Möglichkeit, sich im positiven Sinne besonders zu fühlen. Dadurch entsteht ein Gegengewicht zu den sonst vorrangig beachteten autistischen Beeinträchtigungen.

Es ist ein Trugschluss anzunehmen, dass autistische Kinder in ihrer Beziehungsfähigkeit so beeinträchtigt sind, dass beziehungsorientiert Angebote sie nicht erreichen. Vielmehr zeigt unsere Erfahrung, dass es sehr wohl therapeutisch wirksame Beziehungsangebote gibt. Gerade in der Förderung dieser Entwicklungsbereiche ist es von großer Wichtigkeit, ein attraktives, spielerisches, lustvolles, empathisches und verlässliches Beziehungsangebot zu machen. Das größte Kapital für eine konstruktive und lang währende therapeutische Arbeit wird der im Kind geweckte – intrinsische – Kommunikationswunsch sein: „Ein Kind, das nicht kommuniziert, braucht (...) nicht lernen, Worte zu sagen – es muss vielmehr lernen kommunizieren zu wollen“ (Janert 2003, S. 53).

Beziehungsorientierte Therapiemethoden zeichnen sich durch eine von Wertschätzung geprägte Haltung aus. Die Arbeit an der allgemeinen Kontakt- und Beziehungsfähigkeit sowie an der sozialen Aufmerksamkeit findet im therapeutischen Kontext innerhalb der Beziehung zwischen Klient und Therapeut statt. Es wird sozusagen zweigleisig gearbeitet: Während die allgemeine Bezogenheit gefördert wird, vertieft und erweitert sich auch die konkrete Beziehung zwischen Klient und Therapeut. Die Beziehung wird tragfähiger und stellt damit das Sicherungsnetz für spätere, konfrontativere und fordernde Interventionen dar.

4.1.2. Methoden zur Modulation autismusspezifischer Verhaltensstörungen

Die hier beschriebenen Methoden sollten stets auf der Grundlage einer tragfähigen (therapeutischen) Beziehung und bei ausreichend vorhandener bzw. geförderter Schlüsselkompetenzen angewandt werden. Es sei noch mal betont, dass es keine mechanistische „erst-dann“ Aufeinanderfolge geben kann. Auch in der Phase der Verhaltensmodulation kann es, z. B. in Krisensituationen, sinnvoll sein, der Stärkung der Beziehung Vorrang vor weiteren Verhaltensfortschritten zu geben.

Verhaltensmodulierende Methoden sind:

- Autismusspezifische Verhaltenstherapie (AVT)
- Sprach- und Kommunikationsförderung – Lautsprache, Gebärden, Bildkarten, Talker u. a. m.
- Strukturierungs- und Visualisierungshilfen nach TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children)
- Training der sozialen Kompetenz: Social Stories, Comic Strip Conversations, Bild- und Filmimpulsmaterial, Computergestützte Programme, Soziale Kompetenzgruppen

Diese Verfahren haben einen deutlich strukturierenden und übungsbezogenen Charakter. Ihr Wert liegt in der Einflussnahme bei konkreten Verhaltensproblemen (z. B. Schlafstörungen), der systematischen Förderung hinsichtlich der autismusspezifischen Beeinträchtigungen (z. B. Sprache, soziale Interaktion) und den zeitnah und klar zu benennenden Therapieerfolgen.

Die *Autismusspezifische Verhaltenstherapie (AVT)* fußt auf einer sorgfältigen funktionalen Verhaltensanalyse und hat den Erwerb und die Modifikation von konstruktiven Verhaltensweisen sowie den Abbau destruktiver Verhaltensweisen zum Ziel. Sie gilt als Basisintervention bei schweren Verhaltensstörungen, wie z. B. selbstverletzendem Verhalten. Die AVT bedient sich üblicher verhaltenstherapeutischer Prinzipien, z. B. Verstärkung, Löschung, Verhaltensformung (vgl. Bernard-Opitz 2007). Unserer Erfahrung nach sind natürliche Lernformate

(„Alltagsumgebung“) und inzidentelles Lernen (das Aufgreifen, sich „zufällig“ ergebener Lernsituationen) dem schwerer zu generalisierenden diskreten Lernformat (trainingshaftes „am Tisch Lernen“) vorzuziehen. Einen besonderen Wert hat die AVT für die Elternberatung, denn die Grundprinzipien der Verstärkung sind überall anwendbar, z. B. die verstärkende Wirkung von positiver bzw. negativer Aufmerksamkeit in Alltagssituationen.

Die drei folgenden verhaltensmodulierenden Methoden haben den Einsatz einer Vielzahl visueller Materialien als gemeinsames Merkmal. Dadurch wird auf die Präferenz autistischer Menschen für bildhafte Darstellung Bezug genommen.

Die *Sprach- und Kommunikationsförderung* verfolgt das Ziel, dem autistischen Menschen Ausdrucks- und Verständnismöglichkeiten zu vermitteln. Die individuelle Lernfähigkeit und Lernbereitschaft des Kindes entscheidet darüber, ob die Förderung der Verbalsprache, der Gebärden- oder Bildkartensprache (PECS – Picture Exchange Communication System, vgl. Bach 2006) oder der Einsatz weiterer Methoden der unterstützten Kommunikation (z. B. elektronische Hilfen wie Taster, Talker etc.), im Mittelpunkt der Förderung stehen. Verbalsprache ersetzende Methoden sollten – gemeinsam mit dem gesprochenem Wort – dem non-verbalen Kind früh angeboten werden: jede Form von Sprache ist besser als keine Sprache! Diese Methoden der Kommunikationsförderung unterstützen implizit auch die – vielleicht spätere – Entwicklung von Verbalsprache. Die grundlegende Förderung Kommunikation sollte stets in für das Kind bedeutungsvollen Situationen geschehen (situationsbegleitende Sprachangebote).

Zentrales Ziel der *Strukturierungs- und Visualisierungshilfen nach TEACCH* ist es, eine dem autistischen Menschen angemessenen Umgebung mit für ihn bedeutungsvollen Handlungs- und Orientierungsmöglichkeiten zu schaffen, z. B. Bildkarten an Schranktüren, Piktogramme zur Verhaltensverabredungen etc., so dass er sich als handelnder Partner mit eigenen Wünsche und Vorlieben artikulieren kann (vgl. Häußler 2000). Unter Berücksichtigung von individuellen Spezialinteressen wird anhand von Bildkarten und Ablaufplänen Struktur und Orientierung in Raum und Zeit geboten und die Ausbildung von konstruktiver Routine, z. B. morgendliches Anziehen, Tischdecken etc., gefördert. Somit wird die Präferenz autistischer Menschen für gleichbleibende, vorhersehbare Abläufe genutzt (Sicherheit durch Vorhersehbarkeit). Das verlockende Angebot vorhersehbarer Strukturen kann jedoch auch die Präferenz für statische Systeme stützen (Beharren, fehlende Flexibilität). Deshalb ist es wichtig bei Ablaufplänen und Routinen immer eine „Überraschkarte“, „Jokerkarte“ o. ä. einzuführen. Durch sie wird signalisiert, dass es innerhalb erwarteter fester Abläufe immer wieder zu Unvorhergesehenem – im positiven oder negativen Sinn – kommen kann.

Therapeutische Ziele beim *Training der sozialen Kompetenz* sind die Lenkung der Aufmerksamkeit auf soziale Wahrnehmung, die Förderung des Erkennens sozialer Signale und die Erleichterung der Orientierung in sozialen Situationen. Impulsmaterial mit Bild-, Film- bzw. computerbasierten Darstellungen häufig konflikthafter sozialer Situationen wird zur Analyse und Erarbeitung von angemessenen Verhaltensweisen genutzt (vgl. z. B. Social Skills Books nach Baker 2001, FEFA nach Bölte et. al. 2002, MASC-Test nach Dziobek et. al. 2006). Es werden verschiedene Visualisierungstechniken eingesetzt, wie das Schreiben einer individuellen sozialen Geschichte (Social Stories, vgl. Gray 1994/2000), die Darstellung von Kommunikationsstrukturen durch Sprechblasen (Comic Strip Conversations, vgl. Gray 1994) bzw. verschiedener „Sender und Empfänger“-Ebenen (vgl. Schulz v. Thun 2008). Typischer Inhalte sind dabei z. B. wechselseitiges Sprechen, Unterbrechen, Monologisieren und Perspektivübernahme.

In den letzten Jahren wurden bei uns mehrere „Soziale Kompetenzgruppen“ (SOKO-Gruppen) installiert, die nach den Methoden von TEACCH (vgl. Häußler 2008), Themenzentrierter Interaktion TZI nach Ruth Cohn (vgl. Schneider-Landolf 2009) und der Kommunikationsanalyse von Schulz von Thun in spiel-, übungs- oder gesprächsorientierter Weise arbeiten. Hier können im alltagsnahen Kontext Inhalte aus der Einzeltherapie im geschützten Rahmen ausprobiert werden. Die SOKO-Gruppen haben ebenfalls einen großen Wert bzgl. des Akzeptanzprozesses der Beeinträchtigung und der Identitätsbildung.

4.1.3. Methoden allgemeiner therapeutischer Zielsetzungen

Ins Konzept einer autismspezifischen Behandlung müssen stets auch die allgemeine Entwicklungs- und Lebensthemen der Klienten einbezogen werden, z. B. Pubertäts- und Lebenskrisen. Auch der Therapie von Begleitstörungen, den komorbiden Störungen, kommt eine besondere Bedeutung zu. Hierzu eignen sich Methoden aus dem allgemeinen therapeutischen Anwendungsbereich. Zum Einsatz kommen folgende Methoden:

- Gesprächspsychotherapie (GT)
- Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)
- (Eltern-) Paar- und Familientherapie (vgl. Wirsching 2005)

Alle hier beschriebenen Verfahren sind gesprächsorientiert und stellen Basismethoden für die entsprechenden Klientengruppen und Settings dar.

Die von der *Gesprächspsychotherapie (GT)* geforderte wertschätzende, von Akzeptanz geprägte therapeutische Grundhaltung sollte auch in die anderen Verfahren hineingetragen werden. Das offene, den Themen des Klienten folgende Vorgehen in der GT eignet sich besonders gut zur Festigung der therapeutischen Beziehung und zum Kennenlernen der Erlebniswelt des Menschen mit Autismus. Durch spezielle Techniken wird der oft wenig empfundene emotionale Gehalt von geschilderten Situationen dem Klienten besonders erfahrbar gemacht (vgl. Rogers 1994). Ihre Gesprächsstruktur hat Modellcharakter, so dass autistische Menschen implizit lernen können, wie eine konstruktive Gesprächsatmosphäre zu gestalten ist. Gesprächstherapeutische Interventionen eignen sich besonders gut für die Aufarbeitung von Identitäts- und Lebenskrisen.

Die *Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)* hat zum Ziel, hinderliche Denkstrukturen, z. B. negativistisches Denken, zu verändern und das Verhaltensrepertoire den individuellen Anforderungen gemäß zu erweitern. Dazu werden spezielle Methoden eingesetzt, wie z. B. Sammeln und Aufzeichnen automatischer Gedanken, Zweispaltentechnik (Argumentieren gegen automatische Gedanken), Erkennen von Mustern kognitiver Verzerrungen, Realitätstesten (Testen der Kognitionen) und Entkatastrophisieren (vgl. Wilken 2006). Die Strukturiertheit der Methode kommt dem systematisierenden Denkstil autistischer Menschen sehr entgegen und eignet sich z. B. besonders gut bei sozialer Ängstlichkeit. Ihre Strukturiertheit kann jedoch vor allem von hochbegabten Aspergerpersönlichkeiten zu der Aufforderung, möglichst alle emotionalen und sozialen Prozesse in Formeln und Algorithmen zu fassen, fehlinterpretiert werden.

Die (Eltern-) *Paar- und Familientherapeutischen Interventionen* nehmen aufgrund des nicht in erster Linie auf das autistische Kind bezogenen Settings hier eine Sonderstellung ein. Sie sind zu unterscheiden von der (psychoedukativen) Elternberatung (s. u.), wobei es zu Überlappungen kommen kann. Verfahren aus diesem Bereich können in verschiedenen Phasen einer Therapie unterschiedliche Ziele verfolgen, z. B. Prävention der Entwicklung manifester, destruktiver familiärer Dynamiken, Verhinderung der Trennung der Eltern aufgrund der Belastung durch das autistische Kind (vermutete Quote: 1/5), Verbesserung der familiären Be-

ziehungs- und Kommunikationskompetenzen, Aufarbeitung problematischer Geschwisterbeziehung(en) und Verhinderung zusätzlicher Pathologisierung einzelner Familienmitglieder (vgl. Wirsching 2005).

Der Schwerpunkt familientherapeutischer Arbeit hinsichtlich Familien mit einem Kind mit Autismus liegt üblicherweise auf Hilfen zur Kompensation der durch die Besonderheiten der Autismus-Spektrum-Störungen bedingten familiären Beeinträchtigungen. Diese Arbeit erfolgt meist kurzzeitig. Benötigen die Klienten eine längerfristige Paar- oder Familientherapie, wird an andere Stellen weitervermittelt. Familien mit einem autistischen Kind haben häufig bereits massive Schuldzuweisungen erlebt, was zu einer Ablehnung familientherapeutischer Hilfen führen kann. Sich hier im Vorfeld sensibel einen „Auftrag“ zu erarbeiten gehört oft zu dem wichtigsten Schritt eines erfolgreichen Arbeitsbündnisses.

4.2 Familienorientierte Maßnahmen

Die Familie eines autistischen Kindes kann einerseits der wichtigste Ort stetiger positiver Entwicklungsförderung sein. Andererseits ist gerade das Familiensystem mit einem autistisch behinderten Kind extrem belastet.

Zielsetzung der familienorientierten Therapiemaßnahmen ist, durch individuelle Beratung und konkrete Entlastungsangebote die Ressourcen der Familien zu erhalten bzw. wieder zu erschließen. Ein möglichst entspanntes Familienklima, in dem sich vor allem die Eltern als selbstwirksam erleben, bietet die besten Voraussetzungen für die Umsetzung und damit Generalisierung der aus der Therapie entstehenden Beratungsinhalte ins häusliche Umfeld.

Dieser Zielsetzung verpflichtet, findet ein stetiger Austausch mit den Eltern vor und nach einer Therapiesitzung des Kindes statt. Darüber hinaus werden regelmäßige Elterngespräche mit folgenden Inhalten geführt:

- Information und Aufklärung über die Autistische Störung.
- Unterstützung der Familie im Umgang mit Verhaltensproblemen (Krisenintervention).
- Regelmäßige Eltern/Familiengespräche, evtl. auch Hausbesuche mit ressourcenorientierter Beratung zur Stärkung familiärer Kompetenzen.
- Anleitung zu autismspezifischer Gestaltung von Kommunikations-, Lern- und Alltagssituationen.
- Beratung bei der Wahl medizinischer Beratungsstellen und geeigneter Einrichtungen der Unterbringung (Kindertagesstätte, Schule, Wohngruppe, Beruf).

Darüber hinaus können Familien ggf. folgende Angebote wahrnehmen:

- Angeleitete Elterngruppen (nach Alter und Entwicklungsstand der Kinder zusammengestellt), in denen grundlegende Fragestellungen hinsichtlich der Erziehung der Kinder sowie Strategien zur eigenen Entlastung und Stressbewältigung erarbeitet werden.
- Offene angeleitete Elterngruppe, die sich einmal monatlich zu allgemeinen Austausch trifft.
- Informationsveranstaltungen zu unterschiedlichen Themen (z. B. Berufsvorbereitung, sozialrechtliche Fragestellungen).
- Einsatz von Praktikanten zur Familienentlastung bzw. zur Generalisierung therapeutischer Fortschritte in den häuslichen Bereich sowie Anleitung der Eltern.
- Einbeziehung der Geschwisterkinder: Sie erhalten die Möglichkeit, in bestimmten Abständen an der Therapie teilzunehmen. Den Geschwisterkindern wird besonders viel Aufmerksamkeit geschenkt, da sie häufig problematisch auf die besondere Familiensituation reagieren. Die Beobachtungen aus diesen Situationen fließen dann in die Elternberatung ein.

4.3 Umfeldorientierte Maßnahmen

Die Störung der sozialen Interaktion ist ein Hauptmerkmal sowohl der Autistischen, als auch der Asperger Störung. Die sich daraus ergebenden Probleme im sozialen Umfeld sind wesentliche Inhalte unserer beratenden und fortbildenden Tätigkeit. Anzustreben ist stets eine engmaschige Vernetzung mit allen für den Klienten wichtigen Bezugspersonen. E-Mailkontakte und „Runde Tische“ dienen dem regelmäßigen Austausch. Für die Begleitung unserer Klienten bedeutet dies im Einzelnen:

- Beratung der pädagogischen Fachkräfte in Kindertagesheimen, Schulen, Wohngruppen, Werkstätten, Ausbildungs- und Arbeitsplätzen (beinhaltet auch Hospitationen, Analyse von Videoaufnahmen etc.).
- Vernetzung mit (Autismus-) Beratungsstellen der Schulen und der Schulbehörde.
- Beratung von Schulbegleitern/Schulassistenzen/Integrationshelfern.
- Einsatz von Praktikanten zur Entwicklungsförderung des Kindes in seinem sozialen Umfeld, zur Entlastung und Unterstützung der pädagogischen Fachkräfte sowie zur „Abfederung“ von Krisensituationen.
- Informations- und Fortbildungsveranstaltungen für interessierte Fachleute in unserem Haus, wie auch in Facheinrichtungen (z. B. Schulen und Lehrerfortbildungsinstituten).
- Kooperation mit behandelnden Ärzten zur fachlichen Abstimmung hinsichtlich einer weiterführenden Diagnostik bzw. notwendigen Medikation.
- Vernetzung mit anderen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (Jugendpsychiatrische Dienste, Gesundheitsämter, Kliniken, therapeutische Praxen).

5. Dauer der Therapie

In der Regel ist wegen der Schwere und Komplexität der Störung sowie den autismustypischen Schwierigkeiten, Veränderungen zuzulassen, eine intensive Therapie über mehrere Jahre indiziert.

Ist ein Ende der Therapie geplant, wird ein allmählicher Ablösungsprozess in die Wege geleitet. In jedem Fall sollen am Ende der Therapie die Betroffenen soweit in ihren Kompetenzen gestärkt sein, dass sie unspezifischere Hilfsangebote nutzen können.

Nach Abschluss der Grundbehandlung kann es in der weiteren Entwicklung zu Situationen kommen (z. B. bei Schwellensituationen wie Pubertät, Auszug), die eine Krisenintervention oder eine Wiederaufnahme der Therapie notwendig machen.

6. Nachsorge

Insgesamt stellt der Bereich Nachsorge im Hamburger Autismus Institut – aufgrund unseres langen Bestehens – einen stetig wachsenden Teil unserer Arbeit dar. Aus diesem Grund versuchen wir zunehmend, strukturierte (Gruppen-) Angebote für die Nachsorgeklientel zu installieren.

Mit dem „Kunstclub“ ist es uns zurzeit möglich, eine Kunsttherapiegruppe für erwachsene autistische Menschen unter der Leitung einer ausgebildeten Kunsttherapeutin anzubieten. Hausintern versuchen wir Menschen mit autistischen Störungen Arbeit zu geben, zurzeit im Rahmen unseres Reinigungsteams. Auch für allgemeine Haus- und Gartenarbeiten beschäftigen wir Menschen aus dem autistischen Formenkreis. Durch Freizeitangebote wie Musikgruppen, Discoververanstaltungen und Sommerfeste in unserem Haus wird unserer Nachsorgeklientel eine feste Anlaufstelle geboten. Dieses Angebot wird intensiv genutzt, um sich untereinander auszutauschen oder auch mit den Therapeuten ins Gespräche zukommen.

Weiterhin wird in individuellen Beratungsgesprächen versucht – bis ins hohe Erwachsenenalter hinein – Hilfestellungen zur Alltags- und Berufsbewältigung zu geben.

Menschen mit Autismus wirken auf Grund ihrer besonderen Verhaltensweisen, Interessen und Talente oft sehr einzigartig. Die – oft positiv gemeinte – Faszination für dieses „Besondere“ birgt dabei die Gefahr, dass wir eher das Trennende, als das uns Verbindende wahrnehmen. Genau wie wir alle genießen es Menschen mit Autismus jedoch außerordentlich, Akzeptanz und Wertschätzung zu erfahren und sich als Teil einer Gemeinschaft zu erleben. Ihnen diese Erfahrung zugänglich zu machen, ist wichtigstes Ziel aller therapeutischen Förderung.

Literatur

- Ayres, Jean: Bausteine der kindlichen Entwicklung. Berlin 2002
- Bach, H.: Wer tauscht mit mir? Kommunikationsförderung autistischer Menschen mit dem Picture Exchange Communication System (PECS). Stuttgart 2006
- Baker, J.: The Social Skill Picture Book. Canada 2001
- Bernard-Opitz, V.: Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS): Ein Praxishandbuch für Therapeuten, Eltern und Lehrer. Stuttgart 2007
- Bölte, S.; Feineis-Matthews, S.; Poustka, F.: Frankfurter Test und Training des Erkennens von fazialem Affekt (FEFA). Frankfurt 2002
- Dziobek, I. et. al.: MASC: A Movie for the Assessment of Social Cognition. Journal of Autism and Developmental Disorders, Volume 36, Number 5, Heidelberg 2006, S. 623-636
- Gutstein, St.: Relationship Development Intervention with Children, Adolescents and Adults. Philadelphia 2002
- Gray, C.: The New Social Story Book. Illustrated Edition, Sevenoaks, Kent 1994/2000
- Gray, C.: Comic Strip Conversations, Sevenoaks. Kent 1994
- Gray, C.: The Sixth Sense II. Consultant to Students with Asperger Spectrum Disorders, Jenison Public School. Jenison Michigan 2002
- Hartmann, H.: Aufmerksamkeits- Interaktions- Therapie für autistische Kinder. Vorgehen und Ergebnisse. Unveröff. Referat 14. Weinsberg 1999
- Hartmann, H.; Jakobs, G.: Das 'Dialogische Prinzip' bei der Behandlung von Aggression, Autoaggression und Autismus. In: Hennicke, K.; Rotthaus, W. (Hrsg.): Psychotherapie und Geistige Behinderung. Dortmund 1993, S.36-50
- Häußler, A.: Strukturierung als Hilfe zum Verstehen und Handeln: Die Förderung von Menschen mit Autismus nach dem Vorbild des TEACCH-Ansatzes. In: Lernen konkret, Heft 4, Köln 2000, S.21-25
- Häußler, A.: SOKO Autismus: Gruppenangebote zur Förderung Sozialer Kompetenzen bei Menschen mit AUTISMUS. Erfahrungsbericht und Praxishilfen. Dortmund 2008
- Hobson, R. P.: Autism and the development of mind. Hove (UK) 1993
- Hobson, R. P.: Wie wir denken lernen. Gehirnentwicklung und die Rolle der Gefühle. Ostfildern 2003
- Dilling, H. et.al: ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 1994
- Janert, S.: Autistischen Kindern Brücken bauen. München 2003
- Janetzke, H. R. P.: Stichwort Autismus. München 1993
- Kaminski, M.; Elsen, V.: Ich sehe was, was du nicht siehst. Eine Werkschau von Künstlerinnen und Künstlern mit Autismus. Bielefeld 2010
- Mesibov, G.; Schopler, E.: Förderung autistischer und entwicklungsbehinderter Kinder, Bd. 4, AAPEP. Dortmund 2000
- Oppenheim, D. et.al: Welchen Einfluss haben die Einfühlsamkeit der Mutter und Ihre Fähigkeit zur Verarbeitung der Diagnose auf die Bindungssicherheit autistisch gestörter Kinder? In: Brisch, K.H. (Hrsg.): Bindung und frühe Störungen der Entwicklung. Stuttgart 2011
- Schmidt, P.; Schmidt M.: Unser individueller Weg - eine Liebe mit Autismus, Autismus-Bundestagung. Nürnberg 2008
- Schneider-Landolf, M. et.al.: Handbuch Themenzentrierte Interaktion (TZI). Göttingen 2009

Schopler, E.; Reichler, R. J.; Bashford, A.: PEP-R. Entwicklungs- und Verhaltensprofil: Förderung autistischer und entwicklungsbehinderter Kinder, Bd. 1, Dortmund 2000
Schulz von Thun, F.: Miteinander reden, Bd. 1-3. Reinbek 2008
Weiß, M.: Autismus. Therapien im Vergleich: Ein Handbuch für Therapeuten und Eltern. Berlin 2002
Wilken, B.: Methoden der kognitiven Umstrukturierung. Ein Leitfaden für die psychotherapeutische Praxis. Stuttgart 2006
Wirsching, M.: Paar- und Familientherapie: Grundlagen, Methoden, Ziele. München 2005

¹ Bei der Benennung von Personen wurde im folgenden Text – der besseren Lesbarkeit wegen – die männliche Form gewählt. Gedankliche sind alle weiblichen Personen mit eingeschlossen. Da die meisten unserer Klienten Kinder sind, haben wir in allgemeinen Kapiteln – ebenfalls zugunsten des Leseflusses – darauf verzichtet die natürlich genauso gemeinten Jugendlichen und Erwachsenen immer explizit zu erwähnen.