

Die Bedeutung verhaltenstherapeutischer Förderung in Autismus-Therapiezentren

von Barbara Rittmann

1. Multimodales Konzept und Verhaltenstherapie

Wenn in der Autismustherapie von Verhaltenstherapie gesprochen wird, gibt es in den letzten Jahren eine gewisse Tendenz, diesen Begriff auf die aus den 1980er Jahren stammende autismusspezifische Adaption des operanten Konditionierens nach Lovaas, die Applied Behavior Analysis (ABA) (vgl. Lovaas 2003) und die Sprachanalyse Verbal Behavior (VB) nach Skinner (vgl. Skinner 1957) einzuengen. Dem gegenüber soll in diesem Artikel die Komplexität der unterschiedlichen verhaltenstherapeutischen Fördermethoden bei Autismus-Spektrum-Störungen dokumentiert werden, so wie sie in den dem Bundesverband **autismus** Deutschland e.V. angeschlossenen Autismus-Therapiezentren eingesetzt werden.

Vor allem ABA wird immer wieder als gut validiert bezeichnet, wengleich die umfangreiche Metaanalyse der im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums durchgeführten HTA (Health-Technology Assessment)-Studie dies stark einschränkt: „Der Mangel an hochwertigen vergleichenden Studien lässt keine solide Antwort auf die Frage zu, welche Frühintervention bei welchen Kindern mit Autismus am wirksamsten ist.“ (HTA-Studie, S. 2; ausführlicher Döringer 2014). Erstaunlicherweise wird ABA in der Öffentlichkeit häufig mit „verhaltenstherapeutischen Methoden bei Autismus“ gleichgesetzt. Dabei ist diese stark reduzierte Form von Verhaltenstherapie nur für einen kleinen Ausschnitt der von Autismus-Spektrum-Störungen Betroffenen konzipiert worden, nämlich die sehr jungen, frühkindlich autistischen Kinder. Aufgrund der Delegation der „Behandlung“ an Laien (Eltern, Hilfs-

kräfte) ist hier die Verhaltenstherapie auf wenige Basisinterventionen (im Wesentlichen: Stimuluskontrolle, Verstärkung, Löschung) reduziert worden, die suggerieren, schnell und leicht erlernbar zu sein. Im Zentrum dieses Programms steht das diskrete Lernformat, welches aufgrund der Aufeinanderfolge von klar strukturierten und unterscheidbaren Lernschritten so bezeichnet wird. Den Bezugspersonen wird absolute Stimuluskontrolle angeraten (auch Unterrichtskontrolle genannt) (Schramm 2007), um das Kind dazu zu zwingen, zur Befriedigung seiner Bedürfnisse stets Kontakt zu der Person aufzunehmen, die über die attraktiven Reizangebote verfügt. Das entspricht durchaus dem zur Funktionalisierung neigenden Verhalten autistischer Kinder, vernachlässigt unserer Erfahrung nach jedoch die Möglichkeit, auch beim Kind mit Autismus ein über die Funktion hinausgehendes Interesse am gemeinsamen Tun hervorzulocken. Zur Motivation der Verhaltensformung wird mit Belohnungs- bzw. Bestrafungsverfahren (hier meist mit dem Entzug eines positiven Verstärkers) gearbeitet, u. a. mit positiver und negativer Verstärkung, Time-Out, Token- und Response-Cost-Systemen. Durch die auf ein Verhalten folgenden Konsequenzen wird relativ schnell eine messbare Zunahme erwünschter und eine Abnahme unerwünschter Verhaltensweisen erreicht. Allerdings ist die Generalisierbarkeit in ein für den Betroffenen bedeutungsvolles Handeln oft schwierig. Beispielsweise wird einem Kind als Belohnung für eine Fördersequenz „Tischarbeit“ (z. B. Differenzierung von Symbolkarten) für kurze Zeit der positive Verstärker, das Lieblingsspielzeug, überlassen. Hier ist häufig zu beobachten, dass das autistische Kind wenig an der Lösung der Aufgabe interessiert ist, sondern schnell auf die darauf-

folgende Belohnung fokussiert. Dadurch erkennt das autistische Kind keinen bedeutsamen Sinn in der erlernten Handlung. Das erlernte Verhalten läuft Gefahr eine isolierte Fähigkeit ohne Alltagsrelevanz zu bleiben (vgl. Simple Steps 2010). Auch das „soziale neuronale Netzwerk“ im kindlichen Gehirn (Temporallappen – mit Gyrus fusiformis und Sulcus temporalis superior –, die Amygdala und Teile des prefrontalen Cortex) wird durch die fehlende positive affektive Beteiligung nur unzureichend für die Verankerung der Lernergebnisse genutzt (vgl. Rogers u. Dawson 2010).

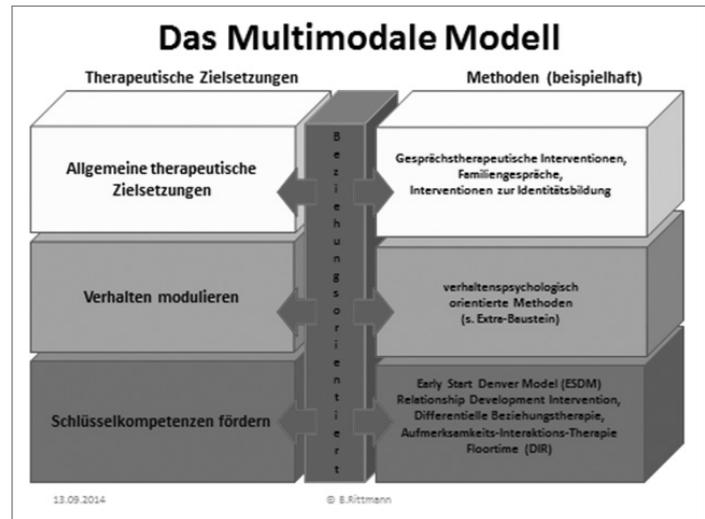
ABA/VB bedient sich auch bei komplexeren Zielen, wie Kommunikationsanbahnung, aus unserer Sicht zu mechanistischer Methoden, die über die Verstärker orientierte Vorgehensweise die tiefgehende Bedeutung von Kommunikation, wie z.B. die Freude am gemeinsamen Tun (Konzept der gemeinsamen Aufmerksamkeit – engl.: joint attention) vernachlässigen. Im Sinne eines bedeutungsvollen Lernens ist es für ein Kind nicht wichtig, Blickkontakt zu üben („Schau mich an!“), sondern sich dem Gegenüber mit Interesse zuzuwenden.

Weiterhin hat ABA/VB keine Konzepte für die zentralen Defizite der autistischen Störung: die fehlende oder unzureichende Theory of Mind (ToM). Die fehlende Fähigkeit zum intuitiv angewandten Blickwinkelwechsel äußert sich zum Beispiel im mangelhaften Verständnis für die emotionalen Empfindungen anderer Menschen. Diese Beeinträchtigung bereitet im Alltag bei Kindern und Jugendlichen mit hochfunktionalem Autismus erfahrungsgemäß die größten Probleme. Die Kinder mit dieser Ausprägung der Autismus-Spektrum-Störung bilden inzwischen eine wachsende Untergruppe in den Autismus-Therapiezentren.

ABA/VB wird erfahrungsgemäß nur von speziellen Familien angenommen und umgesetzt. Durch die hohe zeitliche Intensität der Anwendung von ABA/VT (20-40 Wochenstunden) kommen nur wenige Familien in Frage, die gewillt und in der (finanziellen) Lage sind,

ihr normales Familienleben komplett auf das autistische Kind umzustellen. In der Praxis zeigen die Eltern häufig Frustrationsgefühle, wenn sie sich den Anforderungen nicht (mehr) gewachsen fühlen.

Die seit Anfang der 1970er Jahre auf Autismus-Therapie spezialisierten Zentren unter dem Dach des Bundesverbands **autismus** Deutschland e.V. setzen im Rahmen eines multimodalen Modells¹ (Abbildung 1) komplexe verhaltenstherapeutische Interventionen



als einen wichtigen und grundlegenden Baustein ein. Sie sind eingebettet in ein gesamttherapeutisches Vorgehen, das der starken Diversität unserer Klienten Rechnung trägt. In unseren Zentren arbeiten wir mit Menschen aus dem gesamten Autismusspektrum (frühkindlicher, atypischer und hochfunktionaler Autismus/Asperger) sowie mit allen Altersgruppen, vom frühkindlich autistischen Zweijährigen bis zum spät diagnostizierten hochbegabten Erwachsenen mit Asperger-Syndrom (vgl. Rittmann 2011).

Getreu den ethischen Grundlagen des Bundesverbandes leitet uns im Therapiealltag eine fortlaufende Abwägung zwischen not-

¹ Das Multimodale Modell wird kontinuierlich durch neue Therapiemethoden ergänzt und aktualisiert

wendigem Veränderungsbedarf und Akzeptanz der autistischen Besonderheiten (vgl. Rickert-Bolg 2014), eine Haltung die auch von den Betroffenengruppen durch die Empowerment-Bewegung immer wieder eingefordert wird (vgl. Theunissen und Paetz 2011). Die in den Autismus-Therapiezentren eingesetzten verhaltenspsychologischen Methoden integrieren die moderne, hoch individualisierte Form von Verhaltenstherapie, wie sie von den anerkannten Therapieausbildungsinstituten (vgl. DGVT 2014) bundesweit gelehrt wird und in einer autismusspezifischen Weise im Konzept der AVT wiederzufinden ist (vgl. Bernard-Opitz 2007). Interessanterweise haben sich die anerkannten psychotherapeutischen Richtlinienvorgaben (Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologische Verfahren, Psychoanalyse) einander immer mehr angenähert und es gibt viele gemeinsame methodische „Schnittmengen“ (z.B. Schematherapie, Achtsamkeitsübungen s.u.). Somit ist die allgemeine Verhaltenstherapie offen für tiefenpsychologische Konzepte und Methoden geworden und umgekehrt die Tiefenpsychologie für die Sichtweisen und Methoden der Verhaltenstherapie. Umso erstaunlicher ist es, dass in der Autismus-Therapie Stimmen laut werden, die ausschließlich autismusspezifische Verhaltenstherapie als sinnvolle Methode postulieren, sich damit freiwillig in den Möglichkeiten der therapeutischen Wirksamkeit einengen. Um es in einem Bild auszudrücken: das operante Konditionieren (u.a. ABA/VB) verhält sich innerhalb der Verhaltenstherapie wie die Grundrechenarten innerhalb der Arithmetik: beide sind eine wichtige Grundlage, aber bei Weitem nicht ausreichend. Und genauso, wie die Arithmetik eine (wichtige) Methode der gesamten Mathematik ist (zu der auch bspw. die Geometrie gehört), ist die Verhaltenstherapie eine (wichtige) von verschiedenen bewährten Methoden der Psychotherapie (vgl. Helbig-Hamelmann 2014).

Wenn nachfolgend die in den Autismus-Therapiezentren angewandten verhaltenstherapeutischen Methoden beschrieben werden, möchten wir betonen, dass Verhaltenstherapie nicht die alleinige Methode darstellt. Sie ist Teil eines multimodalen Kon-

zeptes², zu dem ebenfalls eine Vielzahl von noch stärker beziehungsorientierten Methoden gehört. Im jungen Kindesalter ist es bspw. wichtig, die Plastizität des Gehirns zu nutzen (vgl. Spitzer 2002) und autistischen Kindern eine Fülle von anregenden, für sie überschaubaren und bedeutungsvollen Interaktionssituationen zu bieten, in denen ihr intrinsisches Interesse am menschlichen Kontakt geweckt und gefördert wird, um ihnen dadurch den wichtigen Bereich des beziehungsabhängigen Lernens zu erschließen. In der neurotypischen Entwicklung ist nahezu alles Lernen im frühen Kindesalter beziehungsabhängig (Brisch 2009). Davon auszugehen, dass bei autistischen Kindern kein Beziehungsinteresse zu wecken wäre, würde ihre Lernmöglichkeiten in verheerender Weise einengen. Im Sinne des „Best Practice Modells“ (Theunissen und Paetz 2011) haben wir hier sehr gute Erfolge bspw. mit der Relation Development Intervention (Gutstein 2002), der Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie (Hartmann 2011) und der Differentiellen Beziehungstherapie (Janetzke 1993; Rittmann 2002) gemacht.

In jüngster Zeit zieht das Early Start Denver Modell (ESDM) (vgl. Rogers u. Dawson 2010) viel Aufmerksamkeit auf sich und beginnt in der Therapie in Autismus-Therapiezentren Anwendung zu finden. Es ist ein sehr gut evaluiertes intensives Frühtherapieprogramm für autistische Kinder, das verhaltenstherapeutische mit beziehungsorientierten Methoden verbindet. Auch hier wird davon ausgegangen, dass im Kleinkindalter therapeutische Förderung vor allem in einer interaktionsorientierten, durch positive Affekte getragenen alltagsnahen Umgebung stattfinden sollte: „...[infants] are simply not like little computers that are input with whatever information is in the surroundings. Instead, for interferences to be made and learning to occur, the infant must be actively and *affectively engaged* with his or her environment.“ (Rogers u. Dawson 2010, S. 3 f.). Alle Trainingssequenzen finden im Rahmen von Spielsituationen statt. Die lernpsychologischen Erkenntnisse von ABA und dem „Pivotal Response Training“ – einem verhaltenstherapeutischen Training von Schlüsselkompetenzen – (Schreibman

2 Das multimodale Vorgehen kann sich in den bundesweiten Autismus-Therapiezentren je nach den regionalen Bedarfen in seinen Schwerpunkten unterscheiden.

Verhaltenspsychologische Methoden innerhalb des Multimodalen Modells

- Verhaltensanalyse
- Operantes Konditionieren/Lernen am Erfolg
- Modelllernen/Imitationslernen/Soziales Lernen
- Unterstützte Kommunikation
- Entspannungs- und Konfrontationsverfahren
- Kognitive Verfahren
- Psychoedukation
- Umfeldberatung

Einzelmethoden, z.B.:

- SoKo-Gruppen
- Soziale Geschichten
- Rollenspiele
- Tom-Training
- Video-Feedback
- PECS/TEACCH
- Comic-Gespräche
- Achtsamkeitstraining
- Rational-Emotive-Therapie

15.06.2014

© B.Rittmann

et al. 1993) beachtend, setzt das ESDM Techniken ein wie Imitationslernen, Training der gemeinsamen Aufmerksamkeit, Entwicklung verbaler und nonverbaler Kommunikation. Ziel ist es, das „soziale neuronale Netzwerk“ (s.o.) im kindlichen Gehirn zu aktivieren. Unter Nutzung der Plastizität des jungen Gehirns werden so Lernsituationen beim Kind als affektiv positiv besetzte Erfahrungen abgespeichert. Innerhalb des ESDMs wird darauf geachtet, dass in den einzelnen Lernsituationen mindestens 3-4 Bereiche der kindlichen Entwicklung angeregt werden (z.B. Kognition, soziale Fähigkeiten, motorische Fähigkeiten und Selbsthilfefähigkeiten). Dadurch wird versucht, die beim Autismus herabgesetzte Konnektivität weit voneinander entfernter Gehirnareale zu erhöhen: „The teaching approaches used in the ESDM do not only focus on simple stimulus-response associations that are required by a simple new habit. Rather, the approaches are designed to promote complex neural networks, involving a wider range of skills, by promoting skills that recruit neural activity from across brain regions... All of these practices result in increasingly complex neural networks and thus foster greater connectivity across multiple brain regions.“ (Rogers u. Dawson 2010, S. 26). Diese Verhaltensveränderungen bewirken tiefreichende Veränderungen im Gehirn. Mit bildgeben-

den Verfahren lässt sich nachweisen, dass ein interaktionsbasiertes Programm anderen rein lerntheoretischen Programmen überlegen ist. Areale, die an der Gesichtswahrnehmung beteiligt sind, sind nach der Behandlung nicht nur aktiver, sondern weisen sogar ähnliche Muster auf, wie bei gesunden Vierjährigen (vgl. Rogers u. Dawson 2010).

Wenden wir uns wieder dem weiten Altersspektrum unserer Klienten zu und fokussieren dabei an dieser Stelle auf den verhaltenstherapeutischen Teil des multimodalen Konzepts. Wir haben hier sehr verschiedenartige Methoden zur Auswahl: Methoden, die aus der allgemeinen Verhaltenstherapie (von Kindern und Jugendlichen) kommen, wie bspw. das Modelllernen und die kognitiven Verfahren sowie Methoden, die speziell für Menschen mit Autismus entwickelt worden sind, wie ABA, PECS und TEACCH. Aus der Vielzahl der zum Einsatz kommenden verhaltenstherapeutischen Methoden möchten wir hier folgende schwerpunktartig hinsichtlich ihrer Einsatzmöglichkeiten im Autismusbereich beschreiben.

2. Verhaltenspsychologische Methoden

2.1. Verhaltensanalyse

Vor Beginn eines verhaltenstherapeutischen Vorgehens steht eine sorgfältige Analyse der gezeigten Problematik. Das Ergebnis einer Verhaltensanalyse bei einem autistischen Menschen ist ein Störungsmodell, das sowohl die allgemeinen autismusspezifischen Variablen (allgemeingültige Erkenntnisse über Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung, z.B. fehlende interaktionale Fähigkeiten) als auch die individualspezifischen Variablen erhebt (Entwicklung bestimmter Problematiken, z.B. herausforderndes Verhalten, bei diesem individuellem Kind in seinem besonderen Familienkontext). Aus dem Ergebnis der Verhaltensanalyse leitet sich das therapeutische Vorgehen ab.

Bspw. kann eine oberflächliche Beobachtung des Verhaltens eines autistischen Jungen im Kindergarten, der andere Kinder schubst, lediglich als unerwünschtes Verhalten, dem mit Time-Out

begegnet werden muss, interpretiert werden. Analysiert man die Situation jedoch anhand des Störungsmodells umfassend, kommt man möglicherweise zu dem Ergebnis, dass der kleine Junge eigentlich einen Kontaktwunsch verfolgt, dem er jedoch noch nicht angemessen Ausdruck verleihen kann. Demzufolge würde man aus therapeutischer Sicht nicht den Fokus auf den Abbau eines (für das Umfeld) unerwünschten Verhaltens legen. Stattdessen würde man Hilfestellungen zum Aufbau eines (für Bedürfnisse des Jungen) zielführenden Verhaltens anraten, zum Beispiel durch modellhaftes Zeigen alternativer Kontaktversuche. Dieses Therapieziel wird für die Entwicklung des Kindes eine nachhaltigere Wirkung haben, weil es für das Kind bedeutungsvoller ist und eine intrinsische Motivation zur Mitarbeitsbereitschaft weckt. Auf allgemeiner Ebene lernt das Kind seine Möglichkeiten, etwas positiv zu beeinflussen, seine Selbstwirksamkeit kennen (vgl. Rittmann 2013).

2.2. Operantes Konditionieren = Lernen am Erfolg

In den Autismus-Therapiezentren gehört das operante Konditionieren zu den Basismethoden der Förderung und Beratung. Unser Blick auf die Förderung eines autistischen Menschen ist durch die Erfassung von weiten Entwicklungsspannen geprägt. Wir werden von den Familien oft nach jahrelanger Pause in Krisensituationen wieder um Rat gefragt und können so – rückblickend – gut erkennen, was dem autistischen Menschen und seiner Familie wirklich geholfen hat. Das sind in der Regel die neuhinzugewonnenen Verhaltensweisen, die der Betroffene mit Bedeutung für seinen konkreten Lebensalltag füllen und sein Umfeld umsetzen konnte. Die therapeutische Förderung, die dieses Ziel erreicht, hat einen komplexen Auftrag zu erfüllen. In der Regel werden wir Lernformate wählen, die dem natürlichen Lernumfeld des Menschen (Familie, Kindergarten, Schule) sehr ähnlich und damit leicht übertragbar sind. Da autistische Kinder syndromspezifisch wenig Interesse am Kontakt zeigen, versuchen wir bestrafende Methoden wie Time-Out möglichst wenig einzusetzen, da diese Kinder ein Rausgenommenwerden aus einer sozialen Situation auf Dauer meist als belohnend erleben. Stattdessen bedienen wir uns komplementärer, beziehungsorientierter Methoden, wie der Differentiellen Bezie-

hungstherapie (Janetzke 1993), Floortime (Janert 2014), Relationship Development Intervention, der Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie (Hartmann 2011) und des Early Start Denver Models (vgl. Rogers u. Dawson 2010), um das intrinsische Interesse des jungen autistischen Kindes an der Kommunikation zu fördern (vgl. Rittmann 2011). Die Vermittlung von für das Kind bedeutungsvollen Inhalten sowie der Freude am gemeinsamen Tun stehen im Mittelpunkt; somit wird auch das operante Konditionieren immer beziehungsorientiert eingesetzt. Haben wir das Interesse des Kindes am Kontakt erreicht, können wir weitgehend auf primäre Verstärker verzichten, die das Kind nicht bedeutungsvoll mit dem gezeigten Verhalten verbinden kann. Soziale Verstärker wie Lob, Anerkennung und gemeinsam erlebte Freude nehmen unmittelbar auf das zuvor gezeigte Verhalten Bezug, behalten länger ihre Wirksamkeit und lassen sich besser variieren (intermittierend einsetzen). Neben dieser verhaltenstherapeutischen Relevanz erlebt das Kind eine von authentischen Gefühlen geprägte Interaktion (kein mechanisches Verstärken). Implizit gestalten wir hier eine Lernsituation, deren Modellcharakter für viele weitere Fördersituationen eine tragfähige Grundlage darstellt. Die jüngst veröffentlichten Ergebnisse des gut evaluierten Early Start Denver Models unterstreichen die Fähigkeit autistischer Kinder von interaktionssorientierten Programmen profitieren zu können (Rogers und Dawson 2010).

Ebenfalls hat die Gestaltung des **Lernumfeldes** eine große Bedeutung für den Lernerfolg. Je nach Entwicklungsstand und Ablenkbarkeitsgrad des Kindes gestalten wir das Lernumfeld. Natürlich ist es leichter, in einer reizarmen Umgebung im diskreten Lernformat gute Lernfortschritte zu erzielen. Die meisten Kinder halten sich jedoch über weite Spannen des Tages in „reizvollen“ Umgebungen auf. Deshalb ist es in der Regel nach einer anfänglichen Reizreduktion sinnvoll, das Lernumfeld allmählich dem natürlichen Umfeld anzunähern. Einzelne strukturierende Anker (s. u. TEACCH-Methode) sind jedoch wichtig einzubeziehen.

Mit zunehmendem Alter der Kinder bzw. Jugendlichen setzen wir zusätzlich zur sozialen Verstärkung Token-Systeme ein, die

möglichst mit dem Betreffenden zusammen entwickelt werden und somit die Eigenverantwortung der Klienten fördern. Letzteres ist uns wichtig, da sich gezeigt hat, dass eine intensive Förderung von Menschen mit Autismus ebenfalls die „Nebenwirkung“ des Abhängigmachens (vom „Geführtwerden“, ständiger Bestätigung etc.) in sich birgt und dem Inklusionsziel eines weitgehend selbstbestimmten Lebens in der Gemeinschaft entgegen stehen kann. Ein gemeinsam entwickelter Token kann z. B. ein vom Betreffenden selbst hergestelltes Puzzlebild eines Riesenrads sein, dessen Teile nach zusammen entwickelten Kriterien als Einzelverstärker gesammelt werden, um nach Fertigstellung des Puzzles als Belohnung den Besuch eines Erlebnisparcs (gemeinsam) genießen zu können. Dieses System der symbolischen Tauschmittel lässt sich gut in einen familiären oder schulischen Alltag übertragen.

2.3. Modelllernen/Soziales Lernen

„Mit Hilfe von Modelllernen erwerben Menschen grundlegende Fähigkeiten, um den komplexen Erfordernissen des sozialen Lebens zu genügen. Modelllernen wird auch als soziales Lernen, Beobachtungslernen oder Imitationslernen bezeichnet. ... Andere zu beobachten und zu imitieren ist die grundlegende Lernstrategie von neurotypischen Kindern. Mit fortschreitendem Alter lernen sie immer komplexer werdende Systeme aus imitierten Verhaltensschemata.“ (Offen 2013)

Autistische Kinder scheinen zunächst wenig zu imitieren, deshalb hat man in der Vergangenheit dieser Form des Lernens in der Autismus-Therapie wenig Bedeutung zugemessen. Allerdings haben wir schon immer beobachtet, dass auch junge Kinder mit frühkindlichem Autismus Imitationsbereitschaft zeigen, wenn es uns gelingt, ihnen das zu imitierende Verhalten als für sie bedeutungsvoll und attraktiv darzustellen, wie zum Beispiel die verbale Begleitung „hui!“ in Zusammenhang mit dem begehrten Anschwunggehen beim Schaukeln. Ein geduldiges „in Vorleistung gehen“ des Therapeuten und späteres leichtes Verzögern bei der Sprachpräsentation weckt im Regelfall das Imitationsinteresse des Kindes

und die Bereitschaft sich uns zuzuwenden – das ist mehr als reiner „Blickkontakt“.

Seit es vermehrt Erfahrungen mit **sozialen Kompetenzgruppen** im gesamten Spektrum autistischer Kinder und Jugendlicher gibt, wissen wir, dass der Gruppenkontext ein sehr fruchtbares Feld für soziales und imitatives Lernen ist. Die TherapeutInnen übernehmen hier die Aufgaben, inhaltliche Vorschläge zu machen, den Rahmen zu gestalten sowie Moderation und Mediation. Das Imitationslernen geschieht hauptsächlich zwischen den verschiedenen Teilnehmern, von denen – je nach angeschnittenen Themen – in der Regel einer oder einige weiter in ihrer Entwicklung sind als andere. Bei dem Thema „Identitätsbildung“ (u.a. Auseinandersetzung mit der Autismusdiagnose) ist es bspw. ausgesprochen hilfreich, wenn im Gruppenkontext ein Teilnehmer über seinen diesbezüglichen Prozess spricht. Andere Gruppenteilnehmer sind weitaus offener von einem Mitbetroffenen etwas über dieses oft heikle Thema zu erfahren als von Therapeuten oder Eltern. Da beim Modelllernen das Modell nicht zu unterschiedlich vom Lernenden sein sollte, sind Gruppen von Peers hier ein idealer Rahmen. Wie wichtig das soziale Lernen in einer sozialen Kompetenzgruppe für einen Menschen mit Autismus sein kann, ist den Bewertungen der Teilnehmer zu entnehmen. Sie berichten fast übereinstimmend, dass sie das erste Mal (!) in ihrem Leben die Erfahrung machen, sich in einer Gruppe wohlfühlen und gerne zu den Terminen zu kommen. Diese Einschätzung wird von der Rückmeldung der Eltern bestätigt, die häufig fast ungläubig diese Veränderung ihres Kindes wahrnehmen (Hamburger Autismus Institut, Video-Dokumentation).

Eine sehr strukturierte Form für autistische Menschen, sich soziale Regeln anzueignen, stellt die Methode der „**Social Stories**“, der sozialen Geschichten, dar. Mit Hilfe einer schriftlich festgehaltenen Geschichte aus dem eigenen Lebenskontext werden gemeinsam Lösungsstrategien für soziale Konflikte erarbeitet, niedergeschrieben und auf diese Weise für zukünftige Konfliktsituationen nutzbar gemacht (vgl. Gray, 1994/2000). Diese sollten auch stets den

Blickwinkel der anderen Beteiligten beachten. Die aus der kognitiven Verhaltenstherapie bekannte Technik der Selbstinstruktion kommt hier zum Einsatz, indem möglichst generalisierbare Bestätigungssätze eingebaut werden: „Es ist wichtig, meine Mutter mit dem Handy anzurufen, wenn ich bei der Therapie angekommen bin. Dadurch weiß sie, dass ich den Weg gut geschafft habe“ (Lepert 2010).

Verhaltenstherapeutisch eingesetzte **Rollenspiele** bieten in modifizierter Form ebenfalls eine gute Lernmöglichkeit hinsichtlich sozialer Themen für Menschen mit Autismus. Als reale Person eine Rolle zu „verkörpern“ ist für autistische Kinder allerdings oft eine zu große Herausforderung. Ihnen gelingt es jedoch oft anhand von Lieblingsfiguren (z. B. aus den Medien) soziale Situationen symbolisch darzustellen. Anhand der Identifikation mit diesen Figuren, sind die Kinder eher bereit, sich auf – für sie herausfordernde – Rollenspielsituationen einzulassen. Auch die Zuhilfenahme von konkreten Figuren, wie z. B. von Playmobil, motiviert ängstliche Kinder zu Rollenspielen. Im Jugend- und Erwachsenenalter wächst in der Regel die Bereitschaft und Fähigkeit – abhängig von den kognitiven Möglichkeiten – selbst eine Rolle zu verkörpern, das Erlebte zu reflektieren und an der Wirkung auf Andere zu arbeiten.

Die autismusspezifisch eingeschränkte Fähigkeit zur Empathie lässt sich in der Adoleszenz durch ein **Theory-of-Mind-Training** (Paschke-Müller et al. 2013) erweitern, da jetzt ein Blickwinkelwechsel möglich wird. Hier steht uns inzwischen ein reichhaltiges Impulsmaterial zur Förderung der sozialen Kompetenz zur Verfügung (Bildkarten, Filmszenen, Bildmaterial zur Emotionserkennung etc.). Mit der Adoleszenz entsteht häufig auch das Bedürfnis dazugehören zu wollen, bspw. in Ausbildungs- und Berufszusammenhängen mit anderen ins Gespräch kommen zu können. Hier können wir ein **Small Talk Training** anbieten, über das die Jung erwachsenen sich die notwendigen Techniken aneignen können. In diesem Alter ist es sinnvoll die Methode des **Video-Feedbacks** (Bünder 2009) einzuführen. Sie gibt den Betroffenen eine direkte Rückmeldung über ihr Verhalten und ihre Wirkung.

2.4. **Unterstützte Kommunikation**

Strukturierung und Visualisierung spielt in nahezu allen Bereichen der Autismus-Therapie eine große Rolle, da mit Hilfe dieser Methoden Menschen mit Autismus mehr Orientierung in ihrem Alltag gegeben werden kann und visualisierte Begriffe auf Bildkarten (zeitweise) an Stelle der fehlenden Kommunikation über Verbalsprache treten können. Sie gelten als Methoden der **unterstützten Kommunikation**. Autistische Menschen, die (noch) über keine Verbalsprache verfügen, können sich über Bildkarten (z. B. PECS – Picture Exchange Communication System) (vgl. Bach 2006) verständigen und ihr Umfeld kann sich ihnen verständlich machen. Bildkarten und mit Symbolen bestückte elektronische Talker sind die wichtigsten Medien der verbalsprachersetzenden Kommunikation (vgl. Wilken 2010).

Visualisierte Darstellungen sind ebenfalls ein zentraler Teil der Methode **TEACCH** (**T**reatment and **E**ducation of **A**utistic and related **C**ommunication handicapped **C**hildren, (vgl. Häußler 2000). Diese Methode integriert zusätzlich die Orientierung hinsichtlich von Zeit und Raum. Sie stellt Menschen mit Autismus eine Vielzahl von bildhaften Hilfsmitteln zur Verfügung, die zeitlich Abläufe (erst... dann) verdeutlichen. Räumliche Orientierung wird erleichtert, indem Aktivitäten bestimmten Teilen eines Raums zugeordnet werden. Über laminierte Bildkarten an Klettbändern lässt sich so das räumliche Umfeld von Menschen mit Autismus übersichtlicher gestalten. Besonders bei frühkindlich autistischen Menschen in Gruppenzusammenhängen hat diese Methode eine große Bedeutung.

Eine Visualisierungsmethode hinsichtlich der Darstellung von angemessenen Kommunikationsarten stellt die **Comic Strip Conversation** (Comic-Gespräch) (vgl. Gray 1994) dar. Hier werden konfliktreiche Situationen mithilfe von Strichmännchen und Sprechblasen verdeutlicht. Eine eigene Symbolik der Sprechblasen macht deutlich, ob man sich z. B. hat ausreden lassen oder einer den anderen unterbrochen hat. Auf diese Weise entsteht innerhalb

einer Therapiesequenz eine Art Lexikon der Kommunikation, das – auch in anderen Lebensbereichen – immer wieder zu Rate gezogen werden kann.

2.5. Entspannungs- und Konfrontationsverfahren

Menschen mit Autismus berichten immer wieder unter welchem großen Stress sie im Alltag leiden (vgl. Faherty 2012). Daher bieten wir Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen auf die jeweilige Altersgruppe zugeschnittene Entspannungsverfahren an. Grundlage sind häufig Verfahren der **Progressiven Muskelentspannung**, das **autogene Training** und das **Achtsamkeitstraining** (vgl. Kaluza 2011). Bei Kindern und Jugendlichen betten wir die Techniken in erlebnisorientierte und oft auf Spezialinteressen bezogene Geschichten ein (z.B. entspanntes Gleiten in der Luft wie Harry Potters Eule Hedwig). Bei Erwachsenen ist es oft wichtig, bestimmte aversive Themen zu kennen und bei diesen Übungen auszuklamern. Erwachsene mit hochfunktionalem Autismus berichten häufig, dass ihnen die Beschäftigung mit ihren **Spezialinteressen bzw. das Ausüben von motorischen Manierismen** (vgl. Schmidt 2012) die tiefste Entspannung ermöglicht. In diesem Fall gilt es sie zu beraten, in welchem Rahmen und in welcher Intensität die Verfolgung dieser Entspannungsart sinnvoll ist.

Bei der notwendigen Erweiterung der sozialen Kompetenzen oder der Bearbeitung komorbider Phobien oder Angststörungen können in-vivo **Expositionsübungen** zum Tragen kommen, bei denen bewusst problematische Alltagssituationen aufgesucht und Bewältigungsstrategien ausprobiert werden. Hier gehen wir sehr vorsichtig vor, Verfahren wie „Flooding“ werden nicht eingesetzt, da sie zu Dekompensationen führen können. In enger Abstimmung mit dem Betroffenen werden die nächsten Schritte und die damit verknüpften Ziele besprochen. In der Umsetzung mit Menschen mit Autismus ist es häufig eine Besonderheit, dass wir den Anspruch hinsichtlich des zu erreichenden Zielverhaltens reduzieren müssen. Selbst Personen mit hochfunktionalem Autismus haben oft keine Vergleichsmaßstäbe, was ein „normales Verhalten“ angeht und überfordern sich so leicht.

2.6. Kognitive Verfahren

Die Kognitive Verhaltenstherapie mit den Verfahren der **Rational-Emotiven Therapie** und **Kognitiven Umstrukturierung** 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 und Versagensängsten. Ihre Strukturiertheit kann vor allem von hochbegabten Aspergerpersönlichkeiten zur Aufforderung, möglichst alle emotionalen und sozialen Prozesse in Formeln und Algorithmen zu fassen, fehlinterpretiert werden, z.B. das Phänomen der Liebe in eine mathematische Formel zu fassen (vgl. Schmidt 2012).

2.7. Psychoedukation

Vor allem im Bereich der Therapie von Jugendlichen und Erwachsenen mit Asperger-Syndrom bzw. hochfunktionalem Autismus nimmt die Psychoedukation einen wichtigen Platz ein. Ziel ist es, dem Betroffenen eine positive Identitätsbildung zu ermöglichen. Dies erreichen wir im Rahmen der Psychoedukation zunächst durch eine Aufklärung über die vorliegende Form der Autismus-Spektrum-Störung unter Einbeziehung der individuellen Persönlichkeits- und Temperamentsausprägungen. Menschen mit hochfunktionalem Autismus neigen – auch aufgrund fehlenden sozialen Austauschs – dazu, ihre Schwierigkeiten und Besonderheiten ausschließlich dem Autismus zuzuschreiben (Rittmann 2014). Hier eine Differenzierung vorzunehmen und damit auch die Persönlichkeitsanteile zu benennen, die stärker beeinflussbar sind, ist ein wesentliches Ergebnis einer individuellen Aufklärung. Bezüglich des autismusspezifischen Teils der Persönlichkeit verfolgen wir das Ziel, mit dem Betroffenen zusammen ein individuelles

Ressourcenprofil zu erarbeiten, was es ihm ermöglicht, bewusst seine Stärken und Talente bspw. im beruflichen Zusammenhang zu nutzen, ohne seine Schwächen verleugnen zu müssen. Ein offensiver Umgang mit den individuellen Beeinträchtigungen reduziert langfristig das persönliche Stressniveau und beugt komorbiden Erkrankungen vor.

2.8. Umfeldberatung

Verhaltensanalytische Grundlagen zu vermitteln, gehört zu den zentralen Teilen der von den Autismus-Therapiezentren geleisteten Umfeldarbeit. In vielen Zentren nutzen Eltern die angebotenen verhaltenspsychologischen Trainings, bei denen häufig Video-Feedback eingesetzt wird. Auf diese Weise kann den Bezugspersonen anschaulich vermittelt werden, wie stark sie bspw. den Kontakt zum autistischen Kind durch ihre Aufmerksamkeitslenkung beeinflussen. Sie erkennen, dass sie im Erziehungsalltag einem positiven Verhalten oft kaum Aufmerksamkeit schenken, da es nicht weiter auffällt, sich in der Wahrnehmung nicht in den Vordergrund drängt und damit übersehen wird. Auf ein störendes Verhalten reagieren sie jedoch meist sofort – und damit in negativer Weise verstärkend. Diese Reaktionsweisen passieren fast jedem Menschen in der Erzieherrolle und sind meist vollkommen unbewusst. Wenn die Eltern diese Dynamik erkennen und verstehen, können sie zukünftig bewusst den Kindern die Aufmerksamkeit dann schenken, wenn die Kinder ein erwünschtes Verhalten zeigen. Dadurch werden die Kinder weniger Anlass zu provokativem Verhalten haben. Es entsteht eine verständnisvollere Beziehung zum Kind und eine proaktivere, vorausschauendere Erziehungshaltung. Das positive Erleben von Selbstwirksamkeit in der Erziehung vermindert das Stresserleben der Eltern („Ich kann jetzt was tun!“, Zitat aus einem Elterntaining).

In der allgemeinen Psychotherapie wird zu Recht die Außen-sicht des Therapeuten (nicht Teil des Familiensystems zu sein) als essentielle Grundlage für Veränderungsprozesse bei klinisch bedeutsamen Verhaltensstörungen postuliert (vgl. Görlitz 2013). Sehr engagierte Eltern autistischer Kinder streben oft die Rolle

des (Ko-)Therapeuten an. Hier ist es unsere Aufgabe mit den Eltern ihre Rolle und das rechte Maß ihres Förderengagements zu reflektieren. Bei der Therapie autistischer Kinder erzielen wir die größten Fortschritte, indem wir eine gute Kooperation zwischen Eltern und Therapeuten etablieren, in die jeder Part seine Kompetenzen zur gegenseitigen Anregung und Erweiterung der Sichtweisen einbringt. Aus langjähriger Erfahrung wissen wir, dass es zur Gesunderhaltung des ganzen Familiensystems wichtig ist, nicht jede Interaktion unter einem möglichen Förderaspekt für das autistische Kind gesehen zu erleben. Das führt auf Dauer zu einer Überforderung aller Beteiligten, insbesondere der ggf. beteiligten Geschwisterkinder.

Das Verstehen und die Aneignung von verhaltenspsychologischen Grundlagen bei den Eltern führen nicht in jedem Fall zu einer positiven Veränderung im Erziehungsstil. Oft entdeckt man, dass die Eltern bestimmte Erkenntnisse nicht umsetzen können. Dann ist es wichtig, sich zusätzlich zur Vermittlung von verhaltenspsychologischen Techniken mit den Eltern auf die Suche nach den Blockaden zu machen. Auf diese Weise die elterlichen Bedenken (z.B. „ich habe unter der Strenge meines Vaters sehr gelitten. Wie kann ich konsequent erziehen, ohne die Gefühle meines Kindes zu verletzen?“) ernst zu nehmen, ermöglicht oft erst die Veränderung.

In der Kooperation mit Kindergärten, Schulen, Wohneinrichtungen oder Berufsfeldern bzgl. eines autistischen Menschen werden verhaltenspsychologische Interventionen oft besonders wirksam in der Analyse der auslösenden, verstärkenden und aufrechterhaltenden Bedingungen eines Problemverhaltens. In diesen Lebensbereichen hält sich der Betreffende meist in Gruppen auf, wodurch eine differenzierte Erfassung einer Symptomentwicklung durch die Pädagogen oft kaum möglich ist. Hier helfen Analyse- bzw. Protokollbögen, durch die nicht nur das problematische Verhalten systematisch nach verhaltensanalytischen Grundlagen erfasst wird. Hierdurch bspw. zu erkennen, wann erste Warnsignale zu bemerken waren und wodurch das eigene Handeln zur Eskalation eines her-

ausfordernden Verhaltens beigetragen hat, erhöht auch in diesen Zusammenhängen das Selbstwirksamkeitserleben und wirkt einer hilflosen oder resignativen Haltung bei den Pädagogen entgegen.

3. Zusammenfassende Bewertung und Ausblick

Verhaltenstherapie ist zu vielschichtig, um an wenigen Wochenendseminaren interessierten Laien vermittelt zu werden. Sie besteht stattdessen aus hochkomplexen Interventionen, die neben ihrer großen Wirksamkeit bei falscher Anwendung Symptomatiken ungünstig beeinflussen können. Zeitgemäßes verhaltenstherapeutisches Vorgehen lässt sich nicht auf das operante Konditionieren reduzieren. „Die Vorstellung, einen Mensch mit Depressionen dadurch zu behandeln, dass man ihm jedes Mal ein Gummibärchen gibt, wenn er lächelt, erscheint zu Recht absurd. Erstaunlicherweise wird diese Absurdität bei der Behandlung von Kindern mit Autismus-Spektrum-Störungen oft übersehen“ (Guttmann 2014). Zur Behandlung von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen steht uns in den Autismus-Therapiezentren ein reichhaltiges Methodenspektrum zur Verfügung, in dem die Verhaltenstherapie einen wichtigen Schwerpunkt bildet. Die Auswahl der Methoden richtet sich nach der Form der Symptomatik unter Beachtung komorbider Störungen, dem Alter, der individuellen Persönlichkeit des Klienten und seines Umfeldes. Unser Vorgehen entspricht damit dem aktuellen Stand der Wissenschaft (vgl. **autismus** Deutschland e.V. 2011; Rogers u. Dawson 2010). Diesem Facettenreichtum mit einer unnötigen Reduktion unseres Methodenspektrums zu begegnen, würde der Komplexität der Persönlichkeiten mit Autismus und den ethischen Leitlinien von **autismus** Deutschland e.V. widersprechen.

Es ist wichtig Eltern zu beraten, wie sie verhaltenstherapeutisches Wissen in die Erziehung ihres autistischen Kindes angemessen einfließen lassen können. Dies erfordert jedoch eine umfassende Kenntnis des Entwicklungsstandes des jeweiligen Kindes und eine engmaschige Rückkoppelung in der Beratung zwischen erfahrenem Autismus-Therapeut und Eltern.

Menschen mit Autismus müssen neben einer Anpassungsbereitschaft an die Anforderungen ihres sozialen Umfeldes im Laufe ihres Lebens ebenfalls die Fähigkeiten zu einem möglichst selbstbestimmten Leben erlernen, sich durchsetzen und sich notfalls gegen unangemessene Forderungen sowie psychische und körperliche Übergriffe zur Wehr setzen zu können. Dazu bedarf es einer eigenständigen Persönlichkeit als Ergebnis einer geglückten Identitätsbildung. Sie ermöglicht es Menschen mit Autismus, sich als wertvoll zu erleben, auch angesichts der Begrenztheit, die jeder Mensch für sich akzeptieren muss. Diese tiefempfundene Gewissheit ist die Grundlage, selbständige Entscheidungen für sein Leben zu treffen. Therapeutische Förderung, die ja auch immer in der Verantwortung ist, eine weichenstellende Funktion für das Leben der Betroffenen zu haben, sollte ihren Beitrag zu diesem zutiefst humanistischen Ziel leisten. ■

Literatur:

- AUTISMUS DEUTSCHLAND, Hrg.: Inklusion von Menschen mit Autismus. Karlsruhe 2014.
- BACH, H.: Wer tauscht mit mir? Kommunikationsförderung autistischer Menschen mit dem Picture Exchange Communication System (PECS). Stuttgart 2006
- BERNARD-OPITZ, V.: Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS): Ein Praxis-handbuch für Therapeuten, Eltern und Lehrer. Stuttgart 2007
- BRISCH, K.-H.: Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart 2009
- BÜNDER, P. et al.: Lehrbuch der Marte-Meo-Methode. Entwicklungsförderung mit Videounterstützung. Göttingen 2009
- DGVT 2014: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Ausbildungsakademie. Online: <http://www.pab-info.de/ausbildungsakademie/> (Stand: 14.6.2014)
- DÖRINGER, I.: Zur Diskussion der Wirksamkeit von Autismustherapien. 2014 (in diesem Heft).
- FAHERTY, C.: Asperger... Was bedeutet das für mich? Ein Arbeitsbuch für Kinder und Jugendliche mit high-functioning Autismus oder Asperger-Syndrom. St. Gallen 2012
- GÖRLITZ, G.: Psychotherapie für Kinder und Familien: Übungen und Materialien für die Arbeit mit Eltern und Bezugspersonen. Stuttgart 2013
- GRAY, C.: The New Social Story Book. Illustrated Edition, Sevenoaks, Kent 1994/2000
- GUTSTEIN, ST.: Relationship Development Intervention with Children, Adolescents and Adults. Philadelphia 2002
- GUTTMANN, K.: persönliche Mitteilung, 2014

- HAMBURGER AUTISMUS INSTITUT: Video-Dokumentation: Elterngespräch, 2010
- HARTMANN, H.: Erweiterte Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie. AIT Kleines Lehrbuch der modernen Autismus-Therapie mit dialogischem Schwerpunkt. Tübingen 2011
- HÄUBLER, 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
- HELBIG-HAMELMANN, V.: persönliche Mitteilung 2014
- JANETZKE, H. R. P.: Stichwort Autismus. München 1993
- KALUZA, G.: Stressbewältigung: Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung. Heidelberg 2011
- LEPPERT, T.: persönliche Mitteilung, 2010
- LOVAAS, O. I.: Teaching Individuals With Developmental Delays: Basic Intervention Techniques. Pro-ed, Austin, TX, 2003
- OFFEN, D.: Internes Dokument, Hamburger Autismus Institut, 2013
- PASCHKE-MÜLLER, M.; BISCALDI, M.; RAUH,R.; FLEISCHHAKER, C.;
- SCHULZ, E.:TOMTASS-Theory-of-Mind-Training bei Autismusspektrumsstörung. Freiburger Therapiemanual für Kinder und Jugendliche. Berlin/Heidelberg 2013
- RICKERT-BOLG, W.: Ethische Grundlagen der Autismus-Therapie, 2014 (in diesem Heft).
- RITTMANN, B.: Differentielle Beziehungstherapie. Vortrag beim wissenschaftlichen Symposium an der Universität Potsdam 2002. Artikel kann bei der Autorin angefragt werden.
- RITTMANN, B.: Das Multimodale Therapiemodell in der Autismustherapie am Beispiel des Hamburger Autismus Instituts; in: Inklusion von Menschen mit Autismus, Karlsruhe 2011
- RITTMANN, B.: Eigenartig anders – Kinder mit Autismus in der KiTa; in KiTa aktuell, 21. Jg., KiTa ND, 2013
- RITTMANN, B.: Gruppentraining für Erwachsene mit hochfunktionalem Autismus – ein praktischer Leitfaden für Konzeption und Durchführung; in **autismus** Deutschland e.V. (Hrsg.): Autismus in Forschung und Gesellschaft, Karlsruhe 2014
- ROGERS, S.J.; DAWSON, G.: Early Start Denver Model for Young Children with Autism. Promoting Language, Learning, and Engagement. New York 2010
- SCHMIDT, P.: Ein Kaktus zum Valentinstag. Ein Autist und die Liebe. Ostfildern 2012
- SCHRAMM, R.: Motivation und Verstärkung; Wissenschaftliche Intervention bei Autismus. Applied Behavior Analysis und Verbal Behavior. Ein Handbuch für Eltern, Lehrer, Erzieher und andere Fachleute. o. O. 2007
- SCHREIBMAN, L; PIERCE, K.L.: Achieving greater generalization of treatment effects in children with autism: Pivotal response training and self-management. Clinical Psychologist, 46 (4), 184-191.1993
- SIMPLE STEPS: AVT-Trainings-Box. Parents' Education as Autism Therapists (PEAT). Online: <http://www.peatni.org/> (Stand: 14.6.2014)
- SKINNER, B. F.: Verbal Behavior. Appleton, Century, Crofts, New York, 1957
- SPITZER, M.: Lernen: Gehirnforschung und die Schule des Lebens. Heidelberg, Berlin 2003
- THEUNISSEN, G.; PAETZ, H.: Autismus. Neues Denken-Empowerment-Best-Practice. Stuttgart 2011
- WILLKEN, E.: Unterstützte Kommunikation: Eine Einführung in Theorie und Praxis, Stuttgart 2010
- WILKEN, B.: Methoden der kognitiven Umstrukturierung. Ein Leitfaden für die psychotherapeutische Praxis. Stuttgart 2006