

Lernen mit Autismus

von Edith Staud

Ergänzung zum Buch:

„Sonderpädagogik – Erkenntnisse der Hirnforschung und ihre Bedeutung für die Körperbehindertenpädagogik“ von Edith und Michael Staud

ISBN 978-3-842379619

Zweite Auflage

Books on Demand GmbH, Norderstedt

© Edith Staud
www.staudbooks.de

2011

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Einleitung	3
1. Lernen	5
2. Was versteht man unter Autismus?	13
2.1 Arten	13
2.2 Ursachen und Symptome	16
2.2.1 Ursachen	16
2.2.2 Symptome	17
3. Ein Fall aus der Praxis	23
4. Diagnostik von Autismus	26
5. Therapieansätze	27
6. Fördermöglichkeiten bei Autismus	29
6.1. Befragung an Schulen	29
6.2 Förderung autistischer Kinder in der Schule	35
Zusammenfassung	36
Literatur	37

Einleitung

Das Thema „Lernen mit Autismus“ hat mein Interesse geweckt, da ich bei meiner langjährigen Tätigkeit an einer Körperbehindertenschule immer wieder autistische Kinder und Jugendliche oder auch Kinder und Jugendliche mit autistischen Zügen zu betreuen und zu unterrichten hatte. Es waren vor allem Jugendliche mit dem Asperger-Syndrom, die die Hauptschule der Körperbehindertenschule besuchten, in der ich unterrichtete. Da sie durch ihr Verhalten deutlich auffielen und zum Teil nur sehr schwer zugänglich waren, habe ich mich schon während meiner Dienstzeit über die Problematik kundig gemacht, hatte aber leider zu wenig Zeit um mich gründlich weiterzubilden, wie dies im Rahmen dieser Arbeit möglich war. Dass diese Kinder und Jugendlichen sich überwiegend in Einrichtungen befinden, die nicht für speziell autistische Kinder und Jugendliche sind, hat wahrscheinlich Vor- und auch Nachteile für sie. Auf der einen Seite ist es für diese Kinder und Jugendlichen sicher von Vorteil für ihre Integration, wenn sie in einer Normalschule unterrichtet werden und Kontakt zu Nichtbehinderten haben, oder in einer Behindertenschule, in der sie Kontakt und Anregungen von Kindern mit anderen Behinderungen erhalten. Aber nach der Durchsicht der Literatur scheint mir die gute Aus- und Weiterbildung der Lehrer aller Schularten über diese Problematik sehr wichtig zu sein, denn nur im Wissen und Verständnis für diese Problematik kann ein Versuch unternommen werden, diesen Kindern und Jugendlichen die für sie passende Förderung zukommen zu lassen, auf die sie auch einen Anspruch haben.

Zunächst möchte ich mich mit dem Thema „Lernen“ beschäftigen, da autistische Kinder und Jugendliche durch ihre Behinderung gravierende Probleme beim Lernen haben.

In Kapitel 2 ist festzustellen, was man unter Autismus versteht und ich möchte die tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (F 84.0, F 84.5, F 84.1, F 84.2, F 84.3) in der ICD-10 und dem DSM-IV beschreiben. Die Ursachen und Symptomatik dieser Störungen sind in Bezug auf die Therapieansätze und Fördermöglichkeiten von Bedeutung.

In Kapitel 3 wird ein Fall aus der Praxis beschrieben, der aufzeigt, welche Belastungen und Probleme sich für die Betroffenen und ihre Angehörigen ergeben. Ohne eine Diagnostik kann keine individuelle Förderung durchgeführt werden. Daher möchte ich in Kapitel 4 die sechs Schritte der Diagnostik bei autistischen Störungen beschreiben. Autismus ist nicht heilbar, aber es gibt Therapieansätze, die den Betroffenen helfen sollen die Problematik ihrer Behinderung besser zu bewältigen. Ein Teil dieser Therapieansätze, wie zum Beispiel der Ansatz von LOVAAS, basiert auf der operanten Konditionierung, also auf Lernen durch Verstärkung. Die Wirksamkeit dieser Therapieansätze (zu erwähnen ist auch TEACCH) ist wissenschaftlich belegt. Es gibt aber auch sehr umstrittene Methoden wie FC, das ich in Kapitel 5 beschreiben möchte. In Kapitel 6 werden die Fördermöglichkeiten bei autistischen Störungen angesprochen. Dabei hat es mich interessiert, inwieweit diese Therapieansätze in den Schulen bekannt sind, denn ohne die entsprechenden Kenntnisse können sie ja nicht umgesetzt werden. Deshalb habe ich an neun Schulen für Geistigbehinderte eine telefonische Befragung durchgeführt, über die ich in diesem Kapitel berichte. Autistische Kinder und Jugendliche haben einen gesetzlichen Anspruch auf Nachteilsausgleich. Hier ist die Schule gefordert, und zwar in allen Schularten. Die Erkenntnisse aus den Therapieansätzen sind in der Praxis umzusetzen. Die entsprechenden Vorschläge möchte ich erläutern und feststellen inwieweit sie bei den Fachtagungen zur Umsetzung empfohlen werden. Als Abschluss möchte ich noch ganz konkrete Hinweise für die

Integration autistischer Kinder in Spiel- und Lerngruppen geben, denn eines der wichtigsten Ziele in der Behindertenarbeit ist ihre Integration in die Gesellschaft.

1. Lernen

Da bei einer autistischen Störung die Lernfähigkeit stark beeinträchtigt ist, möchte ich in diesem Kapitel die Aspekte des Lernens beschreiben. Lernen ist eines der zentralen Phänomene menschlichen und tierischen Verhaltens. Für die meisten Organismen bedeutet die Fähigkeit zu lernen und zu erinnern die Fähigkeit zum Überleben. Dabei ist hier die Fähigkeit gemeint Verhalten durch Erfahrung zu verändern. Dieses Lernen erreicht beim Menschen die höchste Flexibilität, da er von Natur aus mit geringsten vorprogrammierten Verhaltensmustern ausgestattet und deshalb unverzichtbar auf Lernen angewiesen ist (vgl. Becker-Carus 2004, S. 313)

„In der Psychologie versteht man unter **Lernen** die durch Erfahrung entstandenen, relativ überdauernden Verhaltensänderungen.

Lernen kann somit als ein Prozess verstanden werden, der lebende Organismen, jedoch auch technische Anlagen (zum Beispiel Automaten), befähigt, auf Grund früherer Erfahrungen und durch organische Eingliederung weiterer Erfahrungen situationsangemessen zu reagieren.“(Becker-Carus 2004, S. 314)

Dieser hier definierte Lernprozess beinhaltet verschiedene, voneinander zu unterscheidende Lernarten: die Habituation, die klassische Konditionierung, die operante Konditionierung, das verbale Lernen, das kognitive Lernen, das Modelllernen und das implizite Lernen.

Die einfachste Art von Lernen ist die Gewöhnung oder **Habituation**. Es handelt sich hier um die Gewöhnung an einen Reiz, der beim ersten Mal eine Verhaltensreaktion auslöst, bei der wiederholten Darbietung aber nicht mehr. Wir lernen daher automatisch einen zunächst erregenden Reiz zu ignorieren, da er uns durch häufige Wiederholung vertraut geworden ist und keine ernstlichen Konsequenzen für uns hat. Es gibt aber auch den umgekehrten Fall, dass durch die häufige Wiederholung einer Reizung, besonders wenn darauf ein erschreckender oder schmerzhafter Reiz erfolgt eine erhöhte Empfindlichkeit oder Reaktionsbereitschaft hervorgerufen wird, was als Sensitivierung bezeichnet wird. Das Habitualionslernen unterscheidet sich von der Konditionierung dadurch, dass hier keine Assoziationen geknüpft werden und auch keine Bekräftigung oder Belohnung erfolgt (vgl. Becker-Carus 2004, S. 315).

Als **klassische Konditionierung** (Lernen von Signalen) wird die assoziative Verknüpfung einer Reaktionsweise mit einem zuvor neutralen, nun aber das Verhalten auslösenden Reiz bezeichnet. Dieser Vorgang eines mehr oder weniger passiven Lernens spielt in unserem Leben eine große Rolle.

„Eine besondere Bedeutung kommt der klassischen Konditionierung bei der Entwicklung von emotionalen Reaktionen zu, insbesondere der Entwicklung unbegründeter irrationaler Furchtreaktionen, wie sie bei Menschen schon oft in der frühen Kindheit beobachtet werden.“ (Becker-Carus 2004, S. 324)

“Konditionierte Furchtreaktionen haben sich als sehr lösungsresistent erwiesen. Selbst wenn die beobachtbaren motorischen Reaktionen vielleicht weitgehend verschwunden sind, bleiben emotionale Reaktionen im autonomen Nervensystem vielfach weiterhin erhalten.“ (Becker-Carus 2004, S. 325)

Als **operante Konditionierung** (instrumentelle Konditionierung) wird ein Lernprozess verstanden, bei dem das aktiv gezeigte Verhalten durch die Art der nachfolgenden Bekräftigung gefestigt oder gemindert wird (vgl. Becker-Carus 2004, S. 315). Es handelt sich um Lernprozesse, bei denen das Tier oder der Mensch zur Lösung der gestellten Lernaufgabe Verhaltensweisen entwickeln, die zunächst nicht direkt reizauslösend sind. Es handelt sich um Wirkreaktionen, die sich auf die Lernumgebung

beziehen und durch Rückwirkungen verstärkt (Belohnung) oder abgeschwächt (Bestrafung) werden (vgl. Bednorz/Schuster 2002, S. 67). Unter einem Verstärker ist jeder Reiz oder jedes Ereignis zu verstehen, das die Auftretenswahrscheinlichkeit einer vorangehenden Reaktion erhöht. Es werden zwei Arten von Verstärkern unterschieden: positive und negative Verstärker. Positive Verstärker (Belohnungen) führen zu einer höheren Auftretenswahrscheinlichkeit einer vorausgegangenen Reaktion oder Verhaltensweise. Negative Verstärker führen zu einer höheren Auftretensweise der Reaktion, wenn sie nach dieser vermindert oder entfernt werden. Die Bestrafung dagegen beinhaltet die Verabreichung eines aversiven Reizes nach einer Reaktion. Dies führt meist zur Senkung der Auftretenswahrscheinlichkeit dieser Reaktion (vgl. Becker-Carus 2004, S. 340,341).

Bei den Verstärkern wird zwischen primären Verstärkern, die angeborenermaßen belohnend sind, da sie unsere natürlichen Bedürfnisse befriedigen und sekundären Verstärkern, die auch konditionierte Verstärker genannt werden, unterschieden. Durch die sekundären Verstärker wird der Bereich der operanten Konditionierung wesentlich erweitert. Diese sekundären Verstärker sind häufig wirksamer als primäre. Sie sind schneller anwendbar, sie sind überall bei der Hand, fast jede Reizsituation ist als Verstärker brauchbar und sie führen meist nicht zu Übersättigung. Der verstärkende Einfluss der sekundären Verstärker ist nur von der Wahrnehmung abhängig und wirkt schneller, als das bei der Verarbeitung biologischer primärer Reize der Fall ist (vgl. Becker-Carus 2004, S. 342, 343).

Da praktisch jeder beliebige Reiz zum konditionierten Verstärker werden kann, hat man in verschiedenen therapeutischen Einrichtungen sogenannte Gutschein-Verstärkersysteme aufgebaut und als Mittel zur Verhaltensmodifikation verwendet, indem bestimmte erwünschte Verhaltensweisen in Form von einlösbaren Gutscheinen (tokens) bekräftigt werden (vgl. Becker-Carus 2004, S. 343).

„Verhaltensweisen sind meist komplex und können nicht auf einen Schlag gelernt oder durch operante Konditionierung bekräftigt werden. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn es sich um für das Individuum völlig neue Reaktionen handelt.“(Becker-Carus 2004, S. 349)

Deshalb wird das **Shaping** oder die stufenweise Annäherung auch zur Verhaltensformung beim Menschen angewandt. Dabei werden nur Verhaltensvariationen bekräftigt, die stufenweise in der gewünschten Richtung liegen. Das ist oft beim Sport oder auch in der Schule der Fall (vgl. Becker-Carus 2004, S. 349).

Komplexe menschliche Verhaltensweisen lassen sich vielfach als Reaktionsketten verstehen.

„Den Aufbau einer Verhaltenskette, bei der, ausgehend von einer primär verstärkten Reaktion, jede Reaktion als konditionierter Verstärker für die jeweils vorangestellte Reaktion genutzt wird, die dabei zugleich zum diskriminativen Stimulus für die nachfolgende wird, nennt man **Chaining** (Kettenbildung).“ (Becker-Carus 2004, S. 350)

Der entscheidende Faktor bei der operanten Konditionierung besteht, was anzunehmen ist, in der Kontrolle beziehungsweise der Erwartung einer Kontrollmöglichkeit. Die operante Konditionierung ist nur dann erfolgreich, wenn der Organismus das Erlebnis hat, dass die Bekräftigung unter seiner Kontrolle steht und es zu erwarten ist, dass seine Handlung etwas bewirkt (vgl. Becker-Carus 2004, S. 352).

Ein weitere Kategorie des Lernens ist das **verbale Lernen**. Man versteht darunter das Einprägen von Symbolzuordnungen, wie Wörter, Zeichen, Silben, in Sequenzen oder auch paarweise durch Assoziationsbildung (vgl. Becker-Carus 2004, S. 315).

Die neuere Gedächtnispsychologie ist in weiten Teilen eine Psychologie des verbalen Lernens (vgl. Becker-Carus 2004, S. 375).

Dabei werden drei Gedächtnissysteme unterschieden:

Im sensorischen Gedächtnis werden die sensorischen Reize, wie Bilder, Töne, Gerüche für nur sehr kurze Zeit gespeichert. Das Kurzzeitgedächtnis umfasst im Wesentlichen Erinnerungen an die nicht weit zurückliegenden Erlebnisse, die bald verblassen, wenn sie nicht weitere Aufmerksamkeit erfahren. Das Kurzzeitgedächtnis wird auch als Arbeitsgedächtnis bezeichnet. Im Langzeitgedächtnis können Erinnerungen und Informationen für längere Zeit gespeichert und erhalten werden (vgl. Becker-Carus 2004, S. 370). Das Arbeitsgedächtnis ist bei der Sprachverarbeitung involviert. Wenn man einen Text liest oder einer Unterhaltung folgt müssen die späteren Satzteile mit den vorangegangenen in Verbindung gebracht werden, die kurzfristig gespeichert sein müssen (vgl. Becker-Carus 2004, S. 378). An sprachliche Äußerungen, die im Langzeitgedächtnis gespeichert sind, erinnern sich Menschen normalerweise nur in ihrer Bedeutung und nicht an ihren exakten Wortlaut (vgl. Becker-Carus 2004, S. 386). Gerade Kinder und Jugendlichen mit autistischen Störungen haben häufig Probleme im sprachlichen Bereich, was ich noch später ansprechen möchte.

Das **kognitive Lernen** bezieht sich auf das Lernen von Begriffen und Konzepten, sowie die Bildung von mentalen kognitiven Strukturen der Wirklichkeitspräsentation (vgl. Becker-Carus 2004, S. 315). Für das Lernen komplexer Zusammenhänge und Verhaltensweisen beim Menschen machen diese von der Möglichkeit Gebrauch mentale Repräsentationen von der wahrgenommenen Welt zu bilden und diese kognitiv zu verbinden und zu strukturieren. Dies ermögliche den Verzicht auf aufwändiges Versuch- und Irrtum-Probieren, das der Mensch bereits im Geiste durchführen könne und ermögliche die Einsicht in kognitive Strukturen oder abstrakte Konzepte, wie das der Kausalität. Der Aufbau dieser kognitiven Strukturen würde im Gedächtnis gespeichert. Dadurch wird in entsprechenden Situationen das Auftreten von Erwartungen und das Organisieren weiterer Informationen in neuen Lernsituationen ermöglicht. Dies wird als kognitive Sichtweise des Lernprozesses bezeichnet (vgl. Becker-Carus 2004, S. 355).

Das **Modelllernen** (Imitations- Beobachtung- Nachahmungslernen) bezieht sich auf die Aneignung und Übernahme neuer Verhaltensweisen auf Grund der Beobachtung erfolgreichen fremden Verhaltens (vgl. Becker-Carus 2004, S. 315). Insbesondere Kinder neigen dazu, sowohl das nachzuahmen, was die Modellperson tut, und auch das, was sie sagt und wie sie es sagt, ganz egal wie sozial ihr Verhalten ist. Auch Erwachsene neigen dazu, Verhaltensweisen von solchen Personen zu übernehmen, die sie als erfolgreich, bewunderungswürdig oder sich ähnlich wahrnehmen. Komplexe Verhaltensweisen eines Modells werden in einer gegebenen Situation vom Beobachter aufgenommen und gespeichert und dann später in einer gleichen oder ähnlichen Situation in mehr oder weniger ähnlicher Weise wiedergegeben (vgl. Becker-Carus 2004, S. 361).

„So ist häufig nicht der Erzieher oder der Lehrer das Modell für die von ihm betreuten Jugendlichen oder Schüler, sondern diese orientieren sich an ihrem *informellen Gruppenführer*, dessen Verhalten durchaus im Widerspruch zu den angestrebten Verhaltenszielen der Einrichtung stehen kann.“(Becker-Carus 2004, S. 362)

Bisher wurde das Lernen als bewusster und absichtsvoller Prozess beschrieben. Aber ein Großteil des Lernens läuft ab, ohne zumindest für längere Zeit auf ein bestimmtes Lernziel ausgerichtet zu sein. Zum Beispiel das Erlernen der Muttersprache geschieht eher beiläufig. Dieses beiläufig gelernte Wissen kann bewusst gemacht werden, wenn

entsprechende Abrufbedingungen zur Verfügung stehen. Beim **impliziten Lernen** verläuft der Lernvorgang auch ohne bewusste Zuwendung. Auf das Gelernte kann jedoch nicht direkt bewusst zugegriffen werden. Dies betrifft zum Beispiel das regelgerechte Verhalten beim Gebrauch der Sprache. Implizite Lernvorgänge lassen sich folgendermaßen charakterisieren: Es kann nach dem Lernen nicht direkt auf das Gelernte zugegriffen werden. Der tatsächliche Wissensstand ist nicht bekannt, das heißt, das Wissen befindet sich unterhalb der subjektiven Wahrnehmungsschwelle. Dieses nicht bewusste Wissen ist qualitativ anders. Die so gelernte Wissensbasis ist nur mit Einschränkungen und großen Schwierigkeiten sprachlich zugänglich. Das Gelernte kann sich als überzufälliges Reagieren zeigen (vgl. Bednorz/Schuster 2002, S. 108-111). Das implizit Gelernte ist aber besonders dauerhaft abgespeichert. Emotionale Reaktionen und Phobien können sich über Monate oder Jahre halten und sind sehr schwer oder gar nicht lösbar (vgl. Bednorz/Schuster 2002, S. 127).

Das implizite Lernen führt zum Aufbau eines averbalen, nicht-semanticen Wissenssystems. Daher ist es nicht durch eine nachträgliche, auf der sprachlichen Ebene ablaufende Introspektion zugänglich und es kann anderen nicht durch sprachliche Beschreibungen vermittelt werden (vgl. Bednorz/Schuster 2002, S. 123, 124).

Auch Menschen mit geistiger Behinderung besitzen indirekt abrufbare implizite Lern- und Gedächtnisleistungen, die mit denen normaler Personen vergleichbar sind (vgl. Bednorz/Schuster 2002, S. 129).

Bei meinen Bemühungen die Bedingungen für effektives Lernen nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen darzustellen, bin ich auf die **Erkenntnisse der Hirnforschung** gestoßen. Dabei ist festzustellen, dass die Hirnforschung zwar Hilfestellung leisten, aber die Pädagogik nicht ersetzen kann (vgl. Caspary u.a.2006, S. 9).

Ich möchte nun im Folgenden die Erkenntnisse von Hirnforschern aus Caspary (Hg.) 2006: Lernen und Gehirn vorstellen und beginne mit den Gedanken von Prof. Dr. Spitzer.

„Das Lernen zu verstehen heißt, das Gehirn zu verstehen.“(Caspary u. a. 2006, S. 23)

Prof. Dr. Spitzer formuliert dazu die folgenden Thesen:

„1. Das Gehirn lernt immer.(...)

2. Von Beispielen zu Regeln. (...) Gehirne besitzen diese Fähigkeit zum spontanen Generieren von Regeln aufgrund von Beispielen. (...)

3. Mechanismen für Einzelnes und Allgemeines. (...) Es darf hierbei jedoch nicht übersehen werden, dass das Allgemeine *an Beispielen* gelernt wird und gerade nicht durch das Pauken von Regeln. Das Üben an vielen Beispielen muss daher ein wichtiger Bestandteil schulischen Alltags sein. (...)

4. Phasen des Lernens gibt es aus mehreren Gründen. Erstens ist das Gehirn des Neugeborenen noch sehr unfertig, es entwickelt sich während es lernt. Damit hängt, zweitens, zusammen, dass frühes Lernen besonders bedeutsam sein kann. Drittens nimmt die Lerngeschwindigkeit mit zunehmendem Alter ab. Und viertens lernt derjenige, der schon etwas kann ganz anders als jemand, der ganz von vorne anfängt.

(...)

5. Die Rolle der Emotionen beim Lernen ist kaum zu überschätzen (vgl. Erk & Walter 2000, Spitzer 2001a, b). Wir konnten zeigen, dass neutrales Material in Abhängigkeit davon, in welchem emotionalen Zustand es gelernt wird, in

jeweils anderen Bereichen des Gehirns gespeichert wird (Spitzer 2003c). (...) Wir wissen damit nicht nur, dass Lernen bei guter Laune am besten funktioniert, sondern sogar, *warum Lernen nur bei guter Laune erfolgen sollte*. Nur dann nämlich kann das Gelernte später zum Problemlösen überhaupt verwendet werden!“(Casparly 2006, S. 23-29)

Prof. Dr. Bauer hat sich mit der Frage beschäftigt warum Menschen andere Menschen verstehen können. Es wurden im Gehirn die so genannten *Spiegelneuronen* entdeckt. Diese Spiegelneurone wurden in allen Zentren des Gehirns gefunden, in denen das Erleben und Verhalten gesteuert wird. Diese Nervenzellen werden nicht nur aktiv, wenn eine Handlung selbst ausgeführt wird, sie werden auch dann aktiv, wenn die gleiche Handlung nur beobachtet wird. Diese Spiegelneuronen versorgen uns durch die stille Mit-Reaktion mit einem inneren Wissen über die Handlung, die wir beobachten. Dieses innere Wissen stellt sich von alleine in uns ein, es ist intuitiv und die Spiegelneurone werden von alleine aktiv. Aber durch diese Spiegelneurone sind wir auch in der Lage Informationen über den wahrscheinlichen Ausgang einer Handlungssequenz aufgrund bisheriger Erfahrungen zu erhalten (vgl. Casparly 2006, S. 40-42).

Dies hat auch pädagogische Konsequenzen für den schulischen Unterricht. Auch im Unterricht geht es in erster Linie um die sinnvolle Gestaltung menschlicher Beziehungen. Ein guter Lehrer kann in seiner Klasse eine Atmosphäre aufbauen, in der Beziehungen gelingen und das Lernen Spaß macht. Die Schüler werden motiviert, wenn sie merken, dass sie ernst genommen werden und dass man an ihre Kreativität glaubt. Die Möglichkeit gelungene soziale Interaktionen herzustellen ist durch die Funktion der Spiegelneurone möglich. Diese emotionalen und sozialen Aspekte des Lernens sind für das Schulgeschehen genauso wichtig wie die intellektuell-kognitiven. Modelllernen ist durch die Spiegelneurone möglich. Durch sie kann man Handlungsstrukturen verstehen, die beobachtete Handlung kann durch die Spiegelzellen nachvollzogen und intuitiv erfasst werden. Schüler brauchen die persönliche Beziehung und das Vorbild des Pädagogen, die Lerninhalte müssen persönlich vermittelt werden (vgl. Casparly 2006, S. 47, 48)

„Weil der Mensch am effektivsten lernt, indem er Handlungen nachvollzieht, ergänzt oder korrigiert, sollten schulische Lernprozesse in erster Linie an nachvollziehbaren Zielen und Zwecken orientiert sein und eine Einbettung der Lerngegenstände in die unmittelbare Erfahrungswirklichkeit der Schüler ermöglichen.“(Casparly 2006, S. 48)

Deshalb brauchen die Lehrkräfte mehr Beziehungskompetenz. Diese Spiegelsysteme können auch helfen das Problem des Autismus besser zu verstehen (vgl. Casparly 2006, S. 49, 52).

Prof. Dr. Roth stellt zum Thema der Möglichkeiten und Grenzen von Wissensvermittlung und Wissenserwerb zwei Behauptungen zur Informationsverarbeitung auf, die neuro- und kognitionswissenschaftlich belegt werden können:

„-Wissen kann nicht übertragen werden; es muss im Gehirn eines jeden Lernenden neu geschaffen werden.

-Wissensaneignung beruht auf Rahmenbedingungen und wird durch Faktoren gesteuert, die unbewusst ablaufen und deshalb nur schwer beeinflussbar sind.“(Casparly 2006, S. 55)

Deshalb spielen die folgenden Faktoren beim Lehren und Lernen eine wichtige Rolle:

1. Die Schüler stellen unbewusst sehr schnell fest, ob der Lehrer motiviert ist, den Stoff beherrscht und sich mit dem Gesagten identifiziert.
 2. Die individuellen kognitiven und emotionalen Lernvoraussetzungen der Schüler sind unterschiedlich. Deshalb sollte der Lehrer wissen wie stark die Lern- und Gedächtnisstile variieren. In der Schule dominiert in der Regel der Wissensvermittlungstyp des sprachlich vermittelten Lernens, der nicht allen Schülern liegt.
 3. Die allgemeine Motiviertheit und Lernbereitschaft der Schüler ist besser, wenn sie die Erfahrung machen, dass Lernen etwas Schönes und Nützliches ist. Dies ist der Fall, wenn es als positive Anstrengung empfunden wird. Bei der Bewertung des Lernerfolgs sind klare Regeln notwendig.
 4. Die spezielle Motiviertheit der Schüler für einen bestimmten Stoff, ihr Vorwissen und ihr aktueller emotionaler Zustand spielt eine Rolle. Je mehr Vorwissen in einem bestimmten Bereich vorhanden ist, desto besser ist die Anschlussfähigkeit. Deshalb sollte der Unterrichtsstoff im ersten Schritt anschaulich dargeboten werden, damit sich die Schüler etwas vorstellen können. Wird ein Unterrichtsstoff nur auswendig gelernt, und damit nicht in seiner Bedeutung erfasst, so kann man nicht mit ihm weiterarbeiten, es erfolgt keine Vernetzung des eigenen Wissens.
 5. Der Lernkontext ist mitentscheidend für den Lernerfolg. Daher spielen auch die Umstände, unter denen ein Stoff gelernt wird, eine große Rolle, dieser Lernkontext kann förderlich oder hinderlich für das Abrufen eines Wissensinhaltes sein.
- Wir haben also keinen direkten willentlichen Einfluss auf den Lernerfolg der Schüler, die Beeinflussung ist also nur über die Rahmenbedingungen des Lehrens und Lernens möglich. Überhaupt nicht beeinflussen kann der Lehrer genetische und frühkindlich erworbene Lerndispositionen und Motivationen. Einfluss nehmen kann er nur über seine Glaubhaftigkeit, der Herstellung einer günstigen Lernsituation, die Schaffung einer guten Lernumgebung und das Anforderungsniveau (vgl. Caspary 2006, S. 60-68).

Prof. Dr. Schirp skizziert die folgenden Ergebnisse der Neurobiologie und Hirnforschung.

Unser Gehirn ist so angelegt, dass es *Muster und Strukturen ausgebildet hat, die uns helfen uns in der Welt zurechtzufinden*. Diese gespeicherten Muster sind feste Bestandteile des Lernens, sie helfen beim Aufbau von explizitem, abrufbarem Wissen wie bei der Entwicklung impliziter Kompetenzen. Die impliziten Lernergebnisse sind deswegen häufig so stabil, weil sie sich über längere Zeiträume allmählich durch viele ähnliche Inputs entwickelt haben und eine extrem starke neuronale Repräsentanz aufweisen (vgl. Caspary 2006, S. 104).

Für hirngerechtes Lernen ist eine entsprechende Lerngestaltung erforderlich:

1. Wenn ähnliche Muster häufig angeboten werden und als Signale vom Gehirn aufgenommen und verarbeitet werden, dann wird die Repräsentanz der Muster in unserem Gedächtnis größer und intensiver. Es sollten daher *Übungsformen* angeboten werden, *die häufiger, aber kürzer angelegt sind* (vgl. Caspary 2006, S. 105).
2. Sind die Inputs intensiv und werden in leichter Varianz angeboten, dann werden die Repräsentanzflächen im Gehirn größer und damit eben auch die musterbezogene Speicherkapazität neuronaler Verbände. *Übungen* sollten daher *gezielt leichte Variationen* haben (vgl. Caspary 2006, S. 105,106).
3. Regeln und Muster werden nicht als einzelne Regeln und Muster gelernt, sie werden aus Beispielen extrahiert und zu Regeln und Mustern verdichtet. *Um Regeln zu verstehen sind Beispiele und Wiederholungen nötig*. Verstandene Regeln können auch

dann noch sinnvoll angewendet werden, wenn die Aufgabenstellung variiert und nicht mehr zum formal Gelernten passt (vgl. Caspary 2006, S.106).

4. Wenn ein Lerngegenstand mehrere spezifische Muster aufweist, dann hat dies die Ausweitung neuronale Repräsentanz zur Folge. Der Lerngegenstand wird dann mit unterschiedlichen Mustern wahrgenommen und in die entsprechenden Gedächtnisstrukturen überführt. Dadurch ist er leichter, besser und genauer wieder zu erinnern. Lerngegenstände sollten daher in unterschiedlichen Kontexten gestellt werden (vgl. Caspary 2006, S. 106).

5. Neuronale Muster bauen oft aufeinander auf, es bilden sich Abfolgen von einfachen bis zu komplexen Mustern. Dass sich daraus so etwas wie Routinen entwickeln kann bedarf es vieler Übungs- und Anwendungsphasen.

6. Für die Lerngestaltung ist es wichtig zwischen expliziten und impliziten Lernvorgängen und –mustern zu unterscheiden. Motorische Verhaltensweisen, sozialen Einstellungen, emotionale Reaktionen, Attitüden, Haltungen, Motivationen und auch lebens- und alltagsweltliche Kenntnisse lernen wir häufig unbewusst, implizit. Diese impliziten Lernergebnisse sind oft sehr stabil, dies gilt auch für pro-soziale Verhaltensweisen, Einstellungen und Motivationen zum Lernen.

In Schule und Unterricht sollten daher *sinnvolle und wirksame Formen impliziter Musterbildung ermöglicht werden* (Konflikte friedlich lösen, Engagement, Hilfsbereitschaft, Solidarität). Das ist bedeutsamer und wichtiger als viele Unterrichtsstunden, in denen darüber geredet wird.

Das fachliche Engagement der Lehrer beeinflusst die Lernmotivation der Schüler, was die Wirksamkeit der impliziten Lernmuster bestätigt. Alle an einer Schule arbeitenden Personen sollen die Werte und ein entsprechendes soziales Verhalten respektieren und dies durch ihr eigenes Verhalten zeigen (vgl. Caspary 2006, S. 107-109).

In Bezug auf Sinn, Relevanz und Bedeutung der Lerninhalte für den einzelnen Schüler kann man zur Unterrichtsgestaltung die folgenden Vorschläge machen:

1. Es sollten Lernangebote gemacht werden, bei denen die Schüler ihre individuellen und subjektiven Erfahrungen mit den Lerngegenständen verbinden können. So bekommt der Lerngegenstand für sie einen Sinn, eine Bedeutung.

2. Die Lehr- und Lerngegenstände sollten vielfältige Zugänge aufweisen und mehrere Verarbeitungsformen ermöglichen.

3. Der Lernstoff sollte so angeboten werden, dass er die Aufmerksamkeit der Schüler steigert. Dies ist durch neue situative Bedingungen, neue Lernorte, neue Lernanreize und Lernaufgaben möglich (vgl. Caspary 2006, S. 116,117).

4. Lernspezifische Strukturierungsangebote helfen beim Aufbau stabiler Repräsentations- und Behaltensmuster und erleichtern die Übertragung in das Langzeitgedächtnis. Als Beispiel wären Strukturskizzen, mind-maps oder den Anderen zu erzählen, was man vom Lernstoff behalten hat zu nennen (vgl. Caspary 2006, S. 117).

Die emotionalen Zugänge sind für unsere Urteils-, Entscheidungs- und Handlungsprozesse viel bedeutsamer und entscheidender, als bisher angenommen wurde. Emotionale Zugänge laufen schneller ab als die kognitiven, reflektierenden (vgl. Caspary 2006, S. 118). Für die Gestaltung von Unterricht lässt sich dazu folgendes formulieren:

1. Lernsituationen sollten so angelegt sein, dass sie individuelle Lernverfahren und selbstständige Lernprozesse ermöglichen. Den Schülern sollten somit Erfahrungen von der positiven Bedeutung ihrer Lernprozesse und –ergebnisse vermittelt werden.

2. Der jeweilige Entwicklungsstand und das emotionale Selbstkonzept der Schüler sollte dabei berücksichtigt werden (vgl. Caspary 2006, S. 121).

3. Die emotionalen Erfahrungen der Lernenden sollten in den Lernprozess miteinbezogen und zur Sprache gebracht werden.
4. Für ein gutes Schulklima und eine gute Lernatmosphäre ist die gegenseitige Wertschätzung von Anstrengungen und Ergebnissen ein fester Bestandteil. Die Lehrenden müssen sich dabei als Modelle für die Entwicklung von Verhaltens- und Einstellungsmuster sehen.
5. Ein wichtiges Ziel schulischer Bildungs- und Erziehungsarbeit ist die Auseinandersetzung mit der eigenen Gefühlswelt. Die Schüler sollen lernen ihre eigenen Gefühle zu kontrollieren und mit denen anderer verantwortungsbewusst umzugehen.

Prof. Dr. Stern berichtet über Lernvorgänge im Gehirn:

„Ein Blick in das Gehirn von älteren Autisten, die Aufgaben zur Perspektivübernahme inzwischen lösen konnten, zeigte eine deutlich verlangsamte Verarbeitung von Information über soziale Interaktion, verglichen mit Menschen mit geistiger Behinderung. Nicht-autistische Menschen sind mit *start-up*-Mechanismen ausgestattet, die eine schnelle Verarbeitung von Informationen über soziale Interaktion ermöglichen. Bei Autisten hingegen fehlen diese *start-up*-Mechanismen, und sie müssen deshalb Wissen über zwischenmenschliche Interaktion mühsam über andere Lernwege aufbauen.“(Caspary 2006, S. 132)

Welche Probleme Menschen mit dieser Behinderung haben und wie sie schulisch zu fördern sind möchte ich in den folgenden Kapiteln beschreiben.

2. Was versteht man unter Autismus?

2.1 Arten

„Autistische Störungen sind vielschichtige Phänomene. Die ICD-10 beschreibt solche Verhaltensbeeinträchtigungen innerhalb des Komplexes der *tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (TE)*. Der Begriff „tiefgreifend“ fasst eine Gruppe von Störungen zusammen (ICD-10, F84), die höchstwahrscheinlich biologische Ursachen haben, von Geburt an vorliegen oder in den ersten Lebensjahren auftreten und persistieren. Die Störungen betreffen viele Verhaltensbereiche und sind Folge einer devianten, nicht nur verzögerten Entwicklung. Alle unter diesem Konzept klassifizierten Störungen zeigen phänotypisch Überlappungen mit frühkindlichem Autismus, da sie Verzögerungen und Auffälligkeiten der sozialen, verbalen/non-verbalen kommunikativen Fähigkeiten oder stereotypen Verhalten einschließen.“ (Poustka u. a. 2004, S. 8)

Autistische Kinder können auch eine Regelschule besuchen. Allerdings sind etwa drei Viertel dieser Kinder als geistig behindert einzustufen, 10 % sind durchschnittlich begabt (vgl. Klicpera 2002, S. 34).

Es werden verschiedene Ausprägungen autistischen Verhaltens unterschieden, von den ich hier fünf beschreiben will:

1. *Asperger-Syndrom*

Geringe Anteilnahme an der Umwelt und eine scheinbar geringe Bindung an Bezugspersonen fällt bei diesen Kindern auf, die sich wie Einzelgänger verhalten und am liebsten allein bleiben. Sie möchten nicht an Gruppenaktivitäten und den Spielen anderer Kinder teilnehmen und scheinen in ihrer eigenen Welt versunken. In der Schule verweigern sie oft die Teilnahme am Unterricht. Sie haben wenig Verständnis für die Regeln sozialer Interaktion und wissen nicht was sozial angemessen ist. Sie wirken daher nicht zutraulich, frei und gelöst. Es fehlt ihnen das Gefühl, was andere erwarten und wie sie empfinden und sie finden daher nur schwer Freunde und haben wenig Kontakt. Die Kommunikation der Kinder erscheint auffällig, da sie wenig Mimik zeigen. Auch ihre Stimme ist der Gesprächssituation nicht angemessen. Dies wird durch das Blickverhalten noch verstärkt, da sie nicht in der Lage sind dem Gesprächspartner den Eindruck zu vermitteln, dass sie einen Kontakt herstellen wollen.

Diese Kinder sind im allgemeinen gut begabt, auch ihre Sprachentwicklung erfolgt meist wie bei normalen Kindern. Sie sprechen frühzeitig wie Erwachsene, können sich aber nur schlecht auf die Interessen ihres Gesprächspartners einstellen. Die Kinder haben häufig Spezialinteressen und verfügen in diesen Bereichen über ein großes Wissen, haben aber oft Schwierigkeiten abstraktere Ideen zu verstehen. Sie sind oft originell und kreativ, können aber nicht von anderen lernen und haben daher in der Schule Probleme bei der Aneignung von Unterrichtsstoff.

Auffällig ist die motorische Ungeschicklichkeit der Kinder, die zu einem motorischen Entwicklungsrückstand führt. Das erschwert den Erwerb praktischer Fertigkeiten, was zu Schwierigkeiten im Kontakt mit Gleichaltrigen führt (vgl. Klicpera/Innerhofer 2002, S. 229, 230).

Langfristig ist der Verlauf dieser Störung günstiger als beim frühkindlichen Autismus. Im Erwachsenenalter gelingt beruflich meist eine gute Anpassung. Lebenslang erhalten

bleiben aber die Schwierigkeiten beim Sozialkontakt, das rigide Denken und die erhöhte Empfindlichkeit (vgl. Klicpera/Innerhofer 2002, S. 233).

2. *Frühkindlicher Autismus*

Der Zeitpunkt des Auftretens ist vor dem 30. Lebensmonat zu datieren. Das klinische Vollbild entwickelt sich zwischen dem vierten und fünften Lebensjahr. Die meisten der Symptome sind zu dieser Zeit auch am schwersten. Die Kinder haben ein grundlegendes Defizit im Sozialverhalten und in ihrem Spielverhalten. Es mangelt an Verständnis und an der Äußerung von Gefühlen und an der Ansprechbarkeit. Gesellschaftliche Konventionen und Erwartungen von Mitmenschen verstehen sie schlecht. Ihr Interesse an den Mitmenschen ist begrenzt, sie bauen kaum Freundschaften auf. Da Mimik und Gestik häufig verarmt sind, ist Emotionalität und Empathie im Hinblick auf andere Personen nur schwer zu erkennen. Die Kinder vermeiden den Blickkontakt und verwenden ihn nicht zur Steuerung der Kommunikation. Kinder mit frühkindlichem Autismus beginnen spät zu sprechen und viele von ihnen bleiben ihr Leben lang stumm und kompensieren dieses Defizit auch nicht durch non-verbale Kommunikation. Zu beobachten ist ein eigentümlicher Gebrauch der Sprache und es zeigen sich Auffälligkeiten wie Echolalie. Diese Kinder haben ein Bedürfnis nach Gleichförmigkeit der Umwelt und nach gewohnten Tagesabläufen. Eingeschränkte und ungewöhnliche Interessen und Aktivitäten sind häufig. Sie entwickeln starke Bindungen an unbelebte Objekte und motorische Manierismen (vgl. Poustka u.a. 2004, S. 9.10).

3. *Rett Syndrom*

Das Rett Syndrom tritt nach 6-8 Monaten normaler Entwicklung (ausschließlich bei Mädchen) auf, es kommt zu einer zunehmenden Entwicklungsverzögerung. Frühwarnzeichen sind im ersten Lebensjahr häufige Handbewegungen und das unwillkürliche Spreizen und Schließen der Finger. Im Alter von drei Jahren ist eine deutliche Verschlechterung des Verhaltens und Desinteresse an der Umgebung und an sozialen Kontakten zu beobachten. Die bisher erworbene Sprachfähigkeit geht verloren, auch das unwillkürliche Greifen und die willentlichen Handbewegungen. Ein charakteristisches Symptom ist das stereotype Wringen und ineinander Klatschen der Hände und das Bewegen der Hände zum Mund. Der Blickkontakt der Kinder bleibt erhalten, ist manchmal sehr intensiv. Die Mädchen sind reizbar, es kommt zu Schrei- und Wutanfällen. Auch ihre Atmung kann gestört sein. Die Verschlechterung tritt innerhalb eines Jahres ein, in dieser Zeit nimmt das Kopfwachstum ab und ungelenke Bewegungen der Gliedmaßen, des Rumpfes und ein steifer, breitbeiniger Gang sind typische Kennzeichen. In der mittleren Kindheit verbessert sich das Verhalten leicht und es kommt zu keiner weiteren Verschlechterung. Im weiteren Verlauf treten oft epileptische Anfälle auf und die Beeinträchtigung der Motorik (zunehmende Spastizität der Muskulatur und dadurch apraktische Bewegungen) kann zu einer Verkrümmung der Wirbelsäule führen. Die Ursache ist noch weitgehend ungeklärt, aber ein genetischer Zusammenhang wird vermutet (vgl. Klicpera/Innerhofer 2002, S. 251,252).

Das Rett-Syndrom ist eine schwere geistige Behinderung mit Beeinträchtigung aller intellektuellen Faktoren.

4. *Heller`sche Demenz*

Die desintegrative Psychose oder auch Heller`sche Demenz genannt tritt zwischen dem dritten und sechsten Lebensjahr auf. Nach zunächst normaler Entwicklung kommt es

über Monate oder über Jahre zu einem zunehmenden Verlust der Kontaktfähigkeit und zu Sprachabbau. Schwere Affektstörungen (starke Ängstlichkeit), Desinteresse an der Umgebung und Verhaltensstörungen sind zu beobachten. Rückschritte in der kognitiven Entwicklung, aber nicht bei allen Fähigkeiten sind typisch. So sind die motorischen Leistungen und die Sauberkeitsentwicklung weniger betroffen. Im weiteren Verlauf dieser Störung ist kein Fortschreiten des Abbaus zu beobachten, sondern eine konstante schwere Behinderung.

Häufig ist eine Hirnerkrankung nachweisbar, unter Umständen erst nach Jahren (vgl. Klicpera/Innerhofer 2002, S. 249, 250).

5. Atypischer Autismus

Die diagnostischen Kriterien für den atypischen Autismus entsprechen den Richtlinien des frühkindlichen Autismus, allerdings ist das Manifestationsalter verspätet und es fehlen die notwendigen Symptome aus einem der drei kritischen Störungsbereiche soziale Interaktion, Kommunikation, repetitiv-stereotype Verhaltensweisen (vgl. Poustka u.a. 2004, S. 16).

2.2 Ursachen und Symptome

2.2.1 Ursachen

Eine biologische Pathogenese des frühkindlichen Autismus wird heute nicht mehr ernsthaft bestritten. Genetische Ursachen werden angenommen, aber es konnte noch kein eindeutiger biologischer Marker identifiziert werden. Auch beim Asperger-Syndrom wird eine genetische Grundlage der Störung vermutet. Nach Studien haben 30 bis 60% dieser Patienten einen nahen Verwandten, der ähnliche Verhaltensweisen zeigt. Auch das Rett-Syndrom hat wahrscheinlich genetische Ursachen. Bei den anderen desintegrativen Störungen ist man noch am Anfang der Suche nach den Ursachen. Bei allen Fällen von Autismus mit unbekannter Ursache kann man im Wesentlichen annehmen, dass mehrere Gene mit multiplikativen und /oder additivem Effekt beteiligt sind. Diese Auffassung, dass es sich bei Autismus um eine genetische Störung handelt, haben bereits Kanner und Asperger vertreten (vgl. Poustka u.a. 2004, S. 22,23, 25).

Allerdings können auch Umweltfaktoren eine gewisse Rolle spielen. Bei autistischen Störungen ist die Bedeutung der genetischen Faktoren größer als die der Umweltfaktoren.

Bei diesen Umweltfaktoren besteht die größte Evidenz für einen kausalen Zusammenhang zwischen angeborenen Röteln und autistischer Symptomatik. Zu erwähnen ist hier noch die Beobachtung eines vermehrten Auftretens von Anfallsleiden und abnormem EEG bei Autismus. Dies deutet bei diesen Fällen auf eine gestörte Hirnaktivität hin. Aber ein für Autismus spezifisches EEG-Muster ließ sich nicht auffinden (vgl. Poustka u.a. 2004, S. 27, 32).

2.2.2 Symptome

In diesem Kapitel möchte ich Interpretationen empirischer Befunde darstellen, die helfen sollen die Symptomatik besser zu verstehen.

„Etwa drei Viertel der autistischen Kinder haben einen IQ unter 70 und sind somit als geistig behindert einzustufen, nur 10% erreichen normale Werte.“(Klicpera/Innerhofer 2002, S. 34).

In Teilbereichen liegt das **Intelligenzniveau** bei geschätzten 60% der Kinder wesentlich über den Allgemeinniveau. Autisten haben häufig Teilbegabungen, die über ihrem Durchschnittsniveau liegen.

„Die Teilbegabungen sind kein Hinweis auf die wahre Begabung dieser Kinder. Die später erreichte kognitive Entwicklung und die soziale Anpassung sind nicht wesentlich von solchen Teilbegabungen abhängig. Die spezifisch autistische Störung ist von den Teilbegabungen unabhängig. Die Bedeutung der Teilbegabungen liegt lediglich darin, daß sie kompensatorisch eingesetzt werden können.“(Klicpera/Innerhofer 2002, S. 35)

Zu den **Gedächtnisleistungen autistischer Kinder** ist festzustellen, dass sie bei der Wiedergabe einiger weniger unmittelbar zuvor aufgenommener Informationen nicht beeinträchtigt sind, aber der Abruf von Informationen, die diese Gedächtnisspanne übersteigen, bereitet ihnen Schwierigkeiten. Anzunehmen ist die unzureichende Verarbeitung von Informationen. Werden weniger übergreifende Schemata ausgebildet, so ist das Behalten größerer Informationsmengen beeinträchtigt (vgl. Klicpera/Innerhofer 2002, S. 45,46).

„Das Defizit bei der Ausbildung von übergreifenden Schemata, die den Lebenszusammenhang repräsentieren und damit Einzelinformationen in einen funktionalen Sinnzusammenhang bringen, dürfte auch die Ausbildung und den Einsatz von Eselsbrücken und von Gedächtnisstrategien erschweren. Autistische Kinder sind somit weitgehend auf das unmittelbare Behalten angewiesen.“(Klicpera/Innerhofer 2002, S. 46)

Die Welt des Autisten ist daher eine Welt von Einzelereignissen, von Einzelobjekten, und sie ist weniger eine Welt der Zusammenhänge. Eine weitere Vermutung ist, dass bei Autisten aufgrund einer Beeinträchtigung basaler Hirnstrukturen der Abruf von Informationen aus dem Langzeitgedächtnis betroffen ist. Ihre Schwierigkeiten könnten ein Hinweis darauf sein, dass autistische Kinder zu wenig über den Zustand ihres Wissens reflektieren, weil sie das Konzept, dass Menschen ein inneres Wissen haben, das sich von der Realität unterscheidet, kaum ausbilden können (vgl. Klicpera/Innerhofer 2002, S. 46, 47).

Autistische Kinder haben Probleme bei der **Verarbeitung von Sinnesreizen** und ihre **Wahrnehmungsfähigkeit** ist anderst entwickelt. Auffällig ist ihre Tendenz bestimmte Reize auszublenden, einzelne Reize als Störung zu erleben und wieder andere Reize als überakzentuiert wahrzunehmen (vgl. Klicpera/Innerhofer 2002, S. 47, 51).

Autisten haben Probleme neue Reize in eine Handlung aktiv einzubeziehen und die Fähigkeit zur Konzentration hilft ihnen, Reize zu ignorieren.

„Das Ausblenden vieler Reize ist für sie notwendig, um die Ordnung nicht zu verlieren.

Das Beharren auf bestimmten anderen Reizen bzw. das Verwenden weniger Merkmale bei der Begriffsbildung ist die Umkehrung dieses Phänomens. Sie sind gezwungen, störende Reize einfach auszublenden, weil sie sie in die bestehende Ordnung nicht einbeziehen können, so sind sie andererseits auch

gezwungen, sich auf Reize zu fixieren, mit denen sie sich gerade beschäftigen. Dies könnte auch die Ursache der mangelnden Flexibilität der Aufmerksamkeit, also der Schwierigkeiten des Wechsels von einer Sinnesmodalität bzw. einer Reizdimension auf eine andere, sein.“(Klicpera/Innerhofer 2002, S. 52)

Die Überselektivität stellt eine Kompensation dar. Eine bestehende Komplexität, von der man überfordert ist, wird auf ein noch handhabbares Maß reduziert. Das hat eine reduzierte Möglichkeit, sich von anderen Reizen ablenken zu lassen zur Folge (vgl. Klicpera/Innerhofer 2002, S. 51).

Das Dominieren der Tendenz zur Beachtung von Einzelmerkmalen bei gleichzeitig geringem Einfügen der Informationen in eine Gesamtauffassung des Wahrgenommenen bezeichnet Frith als **mangelnde Tendenz zu zentraler Kohärenz** (vgl. Klicpera/Innerhofer 2002, S. 53).

„Probleme haben sie dann, wenn ein übergeordnetes Schema gebildet werden soll, um das Einzelereignis in einen größeren Zusammenhang stellen zu können. Das ist aber notwendig, weil erst durch diese weitergehende Verarbeitung des Reizmaterials Gegenstände in eine erkennbare Beziehung zueinander treten, und erst dadurch aus einer Menge von Elementen das Verständnis einer Handlung oder eines Sachverhaltes entsteht.“(Klicpera/Innerhofer 2002, S. 54)

Zu den **exekutive Funktionen** gehört auch die Fähigkeit, eine angemessene Problemlösungsstrategie für das Erreichen eines zukünftigen Ziels durchzuhalten und dabei die naheliegenden Lösungen zu hemmen oder aufzuschieben und eine planvolle Abfolge von Handlungsschritten zu initiieren und sich eine genaue Vorstellung von der Aufgabe und dem zu erreichenden Ziel zu bilden und diese Vorstellung im Gedächtnis festzuhalten (vgl. Pennington & Ozonoff 1996 zit.n. Klicpera/Innerhofer, S. 55)

„Der Mangel in der Ausbildung exekutiver Funktionen bedingt eine größere Starrheit und Reizgebundenheit im Verhalten von Menschen mit einer autistischen Störung. Sie tendieren dazu, an den naheliegendsten Lösungen festzuhalten und bringen nicht die Flexibilität auf, andere Lösungen zu suchen.“(Klicpera/Innerhofer 2002, S. 57):

Bei autistischen Kindern ist ein Mangel an symbolischem **Spielverhalten** zu beobachten. Ihr Spielverhalten bleibt von den äußeren Merkmalen der Spielgegenstände dominiert (vgl. Klicpera/Innerhofer 2002, S. 62, 63).

„Die Ergebnisse legen nahe, daß autistische Kinder weniger aus der Phantasie leben, daß es ihnen schwerer fällt, innere Repräsentationen von Prozessen und Gegenständen auszubilden, daß sie seltener übergreifende Vorstellungen und Strukturen entwickeln, um Einzelmerkmale in einen Zusammenhang zu bringen.“(Klicpera/Innerhofer 2002, S. 64)

Zur **Sprachentwicklung** autistischer Kinder ist folgendes zu bemerken:

Die sprachlichen Auffälligkeiten dieser Kinder sind ein wesentlicher Bestandteil der Entwicklungsprobleme, aber sie gehen nicht von einer Störung des Sprachaneignungsprozesses aus, sondern sind Folge der allgemeinen kognitiven und sozialen Schwierigkeiten dieser Kinder (vgl. Klicpera/Innerhofer 2002, S. 88).

Als ein besonderes Kennzeichen im Sprachverhalten autistischer Kinder möchte ich die Echolalien erwähnen. Diese Echolalien treten bei Autisten recht lange und häufig auf. Sie haben eine kommunikative Funktion, weil autistische Kinder Schwierigkeiten bei der Analyse von sprachlichen Äußerungen haben, wiederholen sie als Antwort den letzten Teil der gehörten Äußerung (vgl. Klicpera/Innerhofer 2002, S. 83, 87).

Aus der Fülle der Befunde ist festzustellen: Auffallend ist beim Sprachgebrauch der Mangel an kommunikativen Funktionen. Die Sprache wirkt nicht sehr spontan, es wird nur gesprochen um naheliegende greifbare Bedürfnisse zu befriedigen. Es mangelt an

der Orientierung nach den Regeln der Kommunikation, den Standpunkt des Zuhörers, seinen Wissensstand und seine Erwartungen zu berücksichtigen.

Autistische Menschen setzen das Gespräch nur ansatzweise zum kommunikativen Austausch ein.

„Autisten können bei der Verwendung der Sprache nicht im gleichen Ausmaß wie normale Kinder auf ein intuitives gegebenes Vorverständnis zurückgreifen. Dies macht ihre Sprache rigide und inflexibel. Dem intuitiven Vorverständnis autistischer Kinder liegt aber schon eine Welterfahrung zugrunde, in der übergreifende Zusammenhänge, die Elemente der Rede als Teile eines Gesamten interpretieren, nur rudimentär ausgebildet sind.“(Klicpera/Innerhofer 2002, S. 94)

Autisten sind bei Verständnis direkt auf das Wort angewiesen. Was nicht ausgesprochen wird, das können sie nicht aufnehmen und verstehen es auch nicht.

„Sie gehen nicht davon aus, daß der Zuhörer ein mit dem Sprechenden gemeinsames Kontextverständnis hat und versuchen daher, alle Informationen, die in der üblichen Rede durch den Kontext vermittelt werden, explizit mitzuteilen. Dem Normalen, der das Kontextverständnis hat, geben sie dann aber Informationen, die für ihn überflüssig sind.“(Klicpera/Innerhofer 2002, S. 94)

Autisten sind in ihrem **Sozialverhalten** beeinträchtigt. Die Beeinträchtigung der Sozialentwicklung gilt als zentraler Bereich der autistischen Störung. Diese Auffälligkeiten treten schon früh auf: Die Kinder zeigen weniger Freude, wenn sie eine vertraute Person erkennen. Sie strecken seltener die Arme hoch, um aufgenommen zu werden und zeigen wenig Interesse an dem was andere tun. Sie imitieren einfache Bewegungen der Eltern weniger und zeigen seltener auf Gegenstände, um das Interesse der Eltern darauf zu lenken. Wenn sie gehen können, dann bringen sie Gegenstände, die sie interessieren, nicht zu den Eltern, um diese teilhaben zu lassen. Die Kinder sind schwieriger zu beruhigen und zu trösten, wenn sie unglücklich sind und sie sind auch weniger zärtlich. Im Umgang mit anderen Kindern haben diese Kinder Probleme. Sie können sich wenig auf die anderen Kinder einstellen und haben dreimal weniger Kontakt mit anderen Kindern (vgl. Klicpera/Innerhofer 2002, S. 95, 96 99).

„Die Fähigkeit, zu anderen Personen Kontakt aufzunehmen, bessert sich bei den meisten autistischen Kindern in der mittleren Kindheit beträchtlich.“ (Klicpera/Innerhofer 2002, S. 162)

Vor allem die Kinder mit einer besseren kognitiven Begabung erscheinen nicht mehr so zurückgezogen und verschlossen zu sein. Probleme bereiten aber weiterhin die Beziehungen zu Gleichaltrigen. Deshalb werden diese Kinder auch leicht zum Opfer der Aggressionen von anderen Kindern. Im Erwachsenenalter fallen ihre sozialen Probleme immer noch auf. Sie erscheinen reserviert und ohne Empathie. Sie suchen aber oft den Kontakt zu anderen, aber es gelingt ihnen nicht eine echte persönliche Freundschaft aufzubauen. Probleme macht häufig ihr unangemessenes Verhalten (vgl. Klicpera/Innerhofer 2002, S. 162, 163).

Zurück zu den Kindern. Autistische Kinder nehmen seltener **Blickkontakt** auf um sich zu orientieren. Dies scheint eine Folge des verminderten Interesses an Sozialkontakten zu sein. Sie sind in sozialen Situationen allein gelassen, oft hoffungslos überfordert und ziehen sich zurück (vgl. Klicpera/Innerhofer 2002, S. 105, 106,107).

„Die strukturierte Kleingruppe überfordert das autistische Kind viel weniger als die unstrukturierte Großgruppe, weil in der Kleingruppe die möglichen Aktivitäten eingeschränkt sind und sich das Kind nur auf einen Partner einstellen muß.“(Klicpera/Innerhofer 2002, S. 107)

„In einer größeren unstrukturierten Gruppe, die vor allem aus Kindern besteht, ist ein autistisches Kind überfordert. Damit gewinnt die Gruppe an aversivem Charakter. Diese Befunde legen nahe, daß das zurückgezogene und emotionslose Verhalten autistischer Kinder als Folge einer kognitiven Überforderung zu sehen ist und nicht als deren Ursache. Die Überforderung ist dann am größten, wenn die Situation mehrdeutig ist und verschiedene Reaktionen möglich sind, d. h. wenn aus einer Vielzahl an Möglichkeiten spontan reagiert werden muß.“ (Klicpera/Innerhofer 2002, S. 107, 108)

„Daraus ist zu folgern, daß die Arbeit mit Autisten in Gruppen nur dann möglich ist wenn

- die Gruppe klein ist,
- die sozialen Interaktionen klar strukturiert sind und
- der Therapeut dem Kind die Hilfen gibt, die es ihm erleichtern, sich in die Gruppe einzubringen,

daß aber unstrukturierte Spielgruppen eher zu meiden sind.“ (Klicpera/Innerhofer 2002, S. 108)

Gesten gehören zu den kommunikativen Gebärden und autistische Kinder haben Schwierigkeiten mit ihrem Verständnis und Probleme, sie bei der Kommunikation auch richtig einzusetzen. Deshalb sind sie sparsam mit der Gestik. Viele Gesten können sich je nach Situation auf etwas anderes beziehen und damit eine andere Bedeutung annehmen. Der Kontext ist durch das intuitive Vorverständnis gegeben und damit haben Autisten Probleme. Gesten dagegen, die eine feste Bedeutung haben, können sie lernen (vgl. Klicpera/Innerhofer 2002, S. 110,111).

„Die Wahrnehmung des emotionalen Ausdrucks fällt autistischen Kindern besonders schwer. Dies könnte die Ursache für ihre Kommunikationsprobleme darstellen.“(Klicpera/Innerhofer 2002, S. 112)

Autistische Kinder haben Schwierigkeiten, die Affekte anderer Menschen zu erkennen und es fehlt ihnen teilweise auch das Verständnis für deren Auslösesituationen. Die Verarbeitung einzelner, abgehobener Reize bereitet ihnen keine besonderen Schwierigkeiten, aber Probleme treten dann auf, wenn die Reizmuster im Detail nicht festgelegt sind und eine gewisse Beliebigkeit haben. Dies ist beim Gesichtererkennen, aber mehr noch beim Erkennen des Gesichtsausdrucks und bei der Interpretation des Ausdrucksverhaltens der Fall (vgl. Klicpera/Innerhofer 2002, S. 120,121).

„*Zusammenfassend* können wir noch einmal hervorheben, daß die sozialen Auffälligkeiten autistischer Kinder im wesentlichen auf Schwierigkeiten in der sozialen Wahrnehmung beruhen. Autisten ist der Zugang zu einer Welt erschwert, in der sich die einzelne Interaktion, das einzelne Gespräch aus einer situativ übergreifenden gemeinsamen Erfahrung und Wahrnehmung abhebt und auf sie bezieht und aus der ein Verständnis erwächst, das der Sprache nicht bedarf. Statt dessen leben sie in einer Welt, in der die einzelnen Interaktionen unverbunden nebeneinanderstehen.“(Klicpera/Innerhofer 2002, S. 143)

Bei den Auffälligkeiten im Verhalten sind die **Stereotypien** zu nennen.

„Unter „Stereotypien“ versteht man im allgemeinen hochkonsistente, sich wiederholende Bewegungen und Haltungen, die in ihrer Häufigkeit, Amplitude und Frequenz exzessiv sind und denen kein adaptiver Wert zukommt.“(Klicpera/Innhofer 2002, S. 144)

Ein Beispiel wäre Gegenstände zum Kreiseln zu bringen, was oft stundenlang durchgeführt wird. Es gibt verschiedene Theorien, weshalb die Kinder diese Tätigkeiten ausführen. Zum einen stellen Stereotypien Verhaltensweisen dar, die in eine früheren Entwicklungsperiode normal sind. Sie sind die Folge eines partiellen

Entwicklungsrückstandes oder einer Fixierung auf einer frühen Entwicklungsstufe. Nach einer weiteren Theorie sind sie ein Versuch des Organismus sich gegen eine weitere Reizzufuhr abzuschirmen, oder das Erregungsniveau zu verändern. Weiter wird angenommen, dass durch Stereotypien Einfluss auf die Reaktionen anderer Personen ausgeübt wird. So kann man die Zuwendung anderer Personen auf sich ziehen oder sich unangenehmen Anforderungen entziehen. Es wird auch angenommen, dass schon allein die Einschränkung sinnvoller Handlungen zu Stereotypien führt. Stereotypien gewinnen wahrscheinlich im Laufe der Zeit eine gewisse Eigengesetzlichkeit (vgl. Klicpera/Innerhofer 2002, S. 149).

„Selbstverletzende Verhaltensweisen werden ebenso wie die Stereotypien von vielen als selbststimulierendes Verhalten interpretiert, da sie vielfach zunehmen, wenn die Anregung in der Umgebung reduziert ist. Die biologische Funktion dieser Selbststimulation dürfte darin bestehen, daß durch die Selbstverletzung vermehrt endogene Opioide ausgeschüttet werden, die eine positive Stimmungslage auslösen und zudem die Schmerzschwelle anheben.“(Iwata et al. 1994 zit. n. Klicpera/Innerhofer 2002, S. 150)

Vermutet wird auch, dass der Übergang von Stereotypien zu selbstverletzendem Verhalten eine Folge der unbeabsichtigten Verstärkung der Stereotypien durch die Umgebung ist. **Selbstverletzendes Verhalten** ist schwer zu interpretieren, weil über die Schmerzempfindung autistischer Kinder wenig bekannt ist (vgl. Klicpera/Innerhofer 2002, S. 150,151).

Vor allem im Vorschulalter sind unmotiviert erscheinende aggressive Handlungen, Zerstörungsdrang und der Drang zu selbstverletzendem Verhalten zu beobachten. Wenn die Kinder älter werden ist eigentlich keine Zunahme der Aggressionen festzustellen. Mit zunehmendem Alter nimmt das selbstverletzende Verhalten ab, bei einigen wird während der Pubertät eine Zunahme beobachtet, die jedoch wieder abklingt (vgl. Klicpera/Innerhofer 2002, S. 168).

„Autistische Kinder haben ein starkes Bedürfnis nach Aufrechterhaltung einer unveränderten Umgebung. Diese Tendenz kann man als zwanghaft bezeichnen, da Veränderungen nicht nur zu starkem Protest, sondern auch Angst hervorrufen.“(Klicpera/Innerhofer 2002, S. 152)

Diese **Tendenz Gleichförmigkeit aufrechtzuerhalten** äußert sich in dem Bedürfnis nach einer gleichförmigen Umgebung, in der Ausprägung besonderer Interessen, der Neigung zu Ritualen und der Neigung zu zwanghaften Reaktionen. (vgl. Klicpera/Innerhofer 2002, S. 152, 155)

Für dieses Verhalten sind Erklärungen gesucht worden. Zum einen wird angenommen, dass die Kinder so versuchen, in einer für sie unverständlichen Welt zurechtzukommen. Es könnte aber auch sein, dass die Kinder auf diese Weise versuchen, die Anzahl der aus der Umgebung neu einströmenden Reize gering zu halten. Von anderen wiederum wird es als Folge der Unfähigkeit, Figuren zu erkennen, aufgefasst (vgl. Klicpera/Innerhofer 2002, S. 153).

Dieser Protest gegen Veränderungen nimmt schon im Vorschulalter deutlich ab.

„Mit zunehmende kognitiver Entwicklung geht auch die Beschäftigung mit einfachen repetitiven Handlungen und motorischen Stereotypien zurück, nur die stärker retardierten Kinder behalten solche Verhaltensweisen häufiger bei. Sie können jedoch wieder auftreten, wenn die Anregung durch die Umgebung zu gering ist oder aber, wenn die Kinder stärkerem Stress oder auch Belastungen ausgesetzt sind.“

Nur wenige autistische Kinder entwickeln keine abnormen Vorlieben, Sammelbedürfnisse oder Bindungen an bestimmte Gegenstände.“(Klicpera/Innerhofer 2002, S. 167)

Diese Vorlieben für routineartige Abläufe werden auch im höheren Alter beibehalten (vgl. Klicpera/Innerhofer 2002, S. 167).

Zum **Entwicklungsverlauf** der autistischen Störung ist festzustellen, dass die größten Schwierigkeiten zwischen dem zweiten und vierten Lebensjahr vorhanden sind. Deutlich werden die Schwierigkeiten beim Erwerb der Sprache und in der nonverbalen Kommunikation, zu dieser Zeit ist auch die Einengung der Interessen auf bestimmte Bereiche und der Hang zu Stereotypen besonders zu beobachten. Ein halbwegs befriedigender Zustand tritt bei vielen Kinder zwischen den achten und zwölften Lebensjahr ein. In der Adoleszenz gibt es jedoch wieder neue Probleme bezüglich der Verhaltensauffälligkeiten. Bei einem Teil der Kinder kommt es im jugendlichen Alter zu einer Verschlechterung im Verhalten und sie verlieren früher erworbene Fähigkeiten im sprachliche und kognitiven Bereich. In der Adoleszenz treten bei einigen Kindern auch erstmals epileptische Anfälle auf. Im Erwachsenenalter bleiben bei 5 bis 20% der autistischen Kinder mit einer guten Anpassung die meisten der Probleme in den sozialen Beziehungen bestehen, sie können jedoch ein weitgehend selbständiges Leben führen (vgl. Klicpera/Innerhofer 2002, S. 158, 159).

„Heute leben die meisten Erwachsenen mit einer autistischen Störung, die nicht bei ihren Eltern wohnen, in kleineren, meist Gemeinde-integrierten Wohneinrichtungen.“ (Klicpera/Innerhofer 2002, S. 160)

3. Ein Fall aus der Praxis

Im folgenden möchte ich nun einen Fall aus der Praxis beschreiben. Aus Gründen des Datenschutzes werden Name und Quelle nicht angegeben.

Bericht der Klinik:

Es handelt sich um einen 17-jährigen männlichen Jugendlichen.

Diagnose: Tiefe Entwicklungsstörung, frühkindlicher und atypischer Autismus, Heller-Syndrom, keine Reinform des Autismus

Anamnese:

Die Mutter berichtete:

Im Säuglingsalter waren keine Symptome zu beobachten. Der Junge, das jüngste von drei Kindern in der Familie, lernte erst spät laufen im Alter von 17 Monaten. Mit 15 Monaten sprach er schon einzelne Wörter, im Alter von 2 Jahren konnte er Sätze sprechen. Er ergänzte auch Liedtexte selbständig, sprach aber nie in der Ich-Form (ich möchte ...).

Seine Tasse hat er erst spät selbst gehalten.

Beim Spiel konnte er Kreuze, Dreiecke und Quadrate identifizieren, aber sein Spiel war eingeschränkt. So hat er zum Beispiel die Legosteine nur sortiert, oft am Spielzeug gerochen und sich mit den Fusseln am Boden beschäftigt und sie aufgehoben.

Im Alter von 3 Jahren wurde er innerhalb kurzer Zeit auffälliger und schwieriger. Im Zeitraum einer Woche entwickelte er sich zurück. Er hatte plötzlich keinen Körperkontakt mehr zugelassen und spielte mit den Brüdern nicht mehr. Zu beobachten waren Stereotypien. Er lief zum Beispiel auf Zehenspitzen im Kreis herum. Sein Bett war seine Burg, damit baute er sich eine Höhle, in die er sich zurückzog. Er konnte plötzlich keine Texte mehr ergänzen und reagierte mit Echolalie. Sein Verhalten war so auffällig, dass es schwierig war ihn ohne Aufsicht zu lassen. Er hatte Schreianfälle, für die kein Grund feststellbar war. Diese ereigneten sich oft, wenn die Eltern im Supermarkt an der Kasse oder in der Stadt an einer Ampel warten mussten. Die Schreianfälle dauerten ca. 15 - 30 Minuten. Das Kind weinte eigentlich nie, Tränen hat die Mutter nie gesehen, es war nur zornig. Während dieser Schreianfälle war er motorisch sehr unruhig und es war keine Einwirkung auf ihn möglich. Auch Menschenansammlungen und eine gewisse Lautstärke lösten diese Schreianfälle aus. Dieses Verhalten des Kindes hat die Familie sehr belastet.

Ab dem Alter von 4 Jahren besuchte er einen Sonderschulkindergarten. Eine Verhaltens- und Spieltherapie wurde zu dieser Zeit durchgeführt, was sich positiv ausgewirkt hat.

Mit 6 Jahren wurde er in der Geistigbehindertenschule eingeschult. Obwohl das Elternhaus ganz in der Nähe der Schule war, musste man ihn zur Schule bringen. Es war auch sehr schwierig ihn am Morgen pünktlich zur Schule zu bringen, da er nicht kooperationsbereit war. Der Weg nach Hause, wenn die Schule zu Ende war, war sehr belastend für die Mutter, da er regelmäßig einen Schreianfall bekam.

1997/1998 hatte er ein halbes Jahr lang eine gute Phase ohne Wutanfälle und er nässte auch nicht mehr ein. Mit dem Einsatz von Tokensystemen versuchte man sein Verhalten zu verbessern. Aber nach dieser guten Phase verschlechterte sich sein Zustand wieder. Alle haben unter seinem Verhalten gelitten. Ruhig war er nur bei Dunkelheit und in einer reizarmen Umgebung.

Ab 1998 besuchte er eine Heimsonderschule. Er war jetzt motorisch nicht mehr so aktiv und nahm an Gewicht zu. Aber sein Verhalten war weiterhin sehr schwierig. Er zeigte Fremdaggressionen und hat andere Kinder gebissen. Vor allem schwächere und unsichere Kinder oder Erwachsene waren die Opfer dieser Attacken. Sein Verhalten wechselte oft abrupt von Heiterkeit zur Aggression. In der Nacht schlief er nur vier bis fünf Stunden und war am Tag trotzdem nicht müde. Er reagierte oft sehr hysterisch und war pädagogisch nicht mehr ansprechbar. Zunehmend reagierte er bei Druck fremdaggressiv. Der stark strukturierte Tagesablauf in der Heimsonderschule gab ihm Halt zum Aufbau von Strukturen.

Auffallend war auch sein Körpergefühl. Er scheint ein reduziertes Schmerzempfinden zu haben, da er zum Beispiel auf einen Bienenstich überhaupt nicht reagierte.

Sein Spiel bestand im ausräumen, sortieren und einräumen von Dingen. Er blätterte in Katalogen, schaukelte und hüpfte. In der Heimsonderschule hatte er ein Einzelzimmer.

2005 wurde er in einer Klinik vorgestellt. Er konnte dabei angeben wo er wohnt, die Namen seiner Brüder nennen, zeigte aber sehr auffällige Verhaltensweisen (seufzt und zischt, reibt sich die Hände, Echolalie, imitiert den Lehrer).

In den Ferien zu Hause bei den Eltern und Brüdern verhält er sich am Anfang ruhig, aber nach ein paar Tagen steigern sich Erregung, Anspannung und die Wutanfälle. Es dauert immer noch lange am Abend bis er einschläft und er ist auch noch nicht sauber. Er lässt sich nicht gern waschen und leidet ständig an Zwängen Dinge zu ordnen, Schlafstörungen, Angstzuständen und Halluzinationen. Wenn er unterwegs ist findet er nicht nach Hause, hat daher Orientierungsprobleme und auch kein Gefahrenbewusstsein. Hunde mag er nicht, sie sind ihm zu unberechenbar. In der Schule sagt er plötzlich seltsame Sätze wie: „Der Geist braucht keinen Körper“. Es wird vermutet, dass er lesen kann, aber diese Fähigkeit ist nicht abrufbar. Er zeichnet sehr gerne und seine Bilder sind so gut, dass sie in der Schule ausgestellt werden. Fortschritte sind im sozialen Bereich zu vermerken.

Diagnostiziert wurde in der Klinik eine tiefe Entwicklungsstörung, frühkindlicher und atypischer Autismus, Heller-Syndrom, keine Reinform des Autismus.

Durch die Behinderung ist eine lebenslange Betreuung notwendig. Er benötigt Hilfe bei der Körperpflege und der Verrichtung täglicher Tätigkeiten. Die Familie ist mit dieser Problematik vollkommen überfordert und wegen der Aggressionen (er hat mehrere Familienmitglieder schon angefallen und gebissen) ist die Situation gefährlich.

In der Heimsonderschule besteht ein gut durchorganisierter Tagesablauf, was ihm sehr hilft. Dies ermöglicht ihm den Aufbau von Strukturen, was ihn belastbarer macht. Außerdem ist in der Schule ein sozialer Rahmen vorhanden. Er erkennt die Kinder, Jugendlichen und Betreuer und baut Beziehungen zu ihnen auf. Durch die medizinische und therapeutische Behandlung wurden die Krisenzeiten ohne Klinikeinweisung bewältigt.

Schulische Leistungen: S. kann nicht schreiben, aber zeichnen, stricken und lesen. Er besitzt so gut wie kein Alltagswissen, kann aber Bilder ergänzen und Lieder singen. Im Alter von 14 Jahren löste er Mathematikaufgaben für 6-7 jährige. Bildergeschichten kann er nicht ordnen. Beim Zahlennachsprechen konnte er Zweier- und Dreierreihen nachsprechen. Die durchgeführten Tests konnten nicht ausgewertet werden, weder qualitativ noch quantitativ. Auch war keine Abfrage möglich. Er verfügt aber über kognitive Fähigkeiten, kann lesen, merkt sich Texte und kann einfache Rechenaufgaben lösen. Diese Fähigkeiten sind jedoch nicht abrufbar, sie blitzen nur sporadisch auf. Durch die Störung in der Wahrnehmungsverarbeitung und bei der Handlungsplanung können die Fähigkeiten nicht in lebenspraktischen Zusammenhänge umgesetzt werden.

Es besteht eine schwere kognitive Behinderung. Er benötigt daher Begleitung und ist zu einem eigenständigen Leben nicht in der Lage.

4. Diagnostik von Autismus

Die ICD-Klassifikation unterscheidet bei den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen die folgenden Arten

- Frühkindlichen Autismus
- Atypischer Autismus
- Rett-Syndrom
- Desintegrative Störung des Kindesalters (Heller Syndrom)
- Asperger Syndrom

Allgemeine Merkmale sind dabei die folgenden Symptome:

- „Beginn ausnahmslos im Kleinkindalter oder Kindheit
- Eine Einschränkung oder Verzögerung in der Entwicklung von Funktionen, die eng mit der Reifung des ZNS verknüpft sind
- Einen stetigen Verlauf, der nicht die für viele psychischen Störungen typischen charakteristischen Remissionen und Rezidive zeigt“ (Remschmidt/Kamp-Becker , 2006 in autismus Deutschland e.V., S. 34)

Grundlage für eine erfolgreiche Behandlung ist eine Differentialdiagnostik. Diese Diagnose vollzieht sich in sechs Schritten.

Der erste Schritt beginnt mit einem **Verdacht**, dass das Kind sich nicht normal entwickelt. Dieser Verdacht entsteht bei Eltern, Familienmitgliedern, Freunden oder Betreuungspersonen.

Im zweiten Schritt erfolgt ein **Screening** durch klinische Beobachtungen, von speziellen Instrumenten gestützte Beobachtungen und Videoaufzeichnungen. Das kann die Diagnose noch nicht erhärten und ist noch nicht Grundlage einer sicheren Differentialdiagnose. Aber dadurch kann entweder der anfängliche Verdacht entkräftet werden oder der Verdacht verdichtet sich und führt zu einem weiteren Schritt, der **umfassenden Abklärung**. Diese wird von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder speziell ausgebildeten Kinderärzten durchgeführt. Zu dieser umfassenden Abklärung gehört die Diagnose klinischer Syndrome, neurobiologische Untersuchungen, Komorbidität, psychologische Untersuchungen, bildgebende Verfahren und Untersuchungen zum Umfeld. Es folgt eine **Differentialdiagnose**, die die Erfassung tiefgreifender Entwicklungsstörungen, umschriebener Entwicklungsstörungen, anderer psychopathologischer Störungen und somatischer Begleiterkrankungen umfasst. Ist das erfolgt, so folgt im fünften Schritt eine **multiaxiale Diagnostik**, die nach dem Klassifikationsschemata auf der Basis von ICD-10 durchgeführt wird. Die Störung wird dabei auf sechs Achsen abgebildet: das klinisch psychiatrische Syndrom, die umschriebenen Entwicklungsstörungen, das Intelligenzniveau, die körperliche Symptomatik, abnorme psychosoziale Umstände und die globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus. Dies ist die Voraussetzung für eine angemessene **Behandlungsindikation**, die sich auf drei Säulen stützt: die Psychoedukation, die Verhaltenstherapie und im Bedarfsfall auch die medikamentöse Behandlung (vgl. Remschmidt/Kamp-Becker 2006 in autismus Deutschland e.V., S. 34-36).

5. Therapieansätze

1. *PECS-Ansatz* Picture Exchange Communication System

PECS ist ein alternatives Kommunikationssystem für autistische Kinder mit Sprachstörungen. Das Kind lernt dabei zuerst mit dem Therapeuten Bildkarten auszutauschen, um ein Objekt zu erhalten. Die Wünsche werden dabei sofort erfüllt und verstärkt. Der Therapeut hält die Bildkarte an den Mund und spricht für das Kind. Das Kind wird dann ermutigt das Gesagte oder Teile davon nachzusprechen. Die Bildkarten sammelt das Kind in einem Ordner. Dann lernt es, die Bildkarten zu unterscheiden und mit anderen Karten die persönlichen Wünsche, Absichten und Zustände auszudrücken und zu verbinden, sodass sprachliche Strukturen entstehen. Später können eventuell die Karten durch Sprache ersetzt werden. Bei diesem Ansatz geht die Interaktion in einem alltäglichen Kontext immer zuerst vom Kind aus und es werden dabei keine verbale Äußerungen verlangt. Eine deutsche Fassung wird derzeit erstellt (vgl. Poustka u.a. 2004, S. 135).

2. *TEACCH-Ansatz* Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children

Der Leitgedanke dieses Ansatzes beinhaltet, dass jeder Mensch mit Autismus in der Umwelt leben lernen und arbeiten soll, die ihn am wenigsten einschränkt und zugleich größtmögliche Selbständigkeit und Entfaltungsmöglichkeiten bietet. Es soll dabei ein Umfeld geschaffen werden, indem die individuellen Fähigkeiten und Bedürfnisse beachtet werden und ein sicherer Zugang zur Welt ermöglicht wird und somit die Umwelt für die autistische Person an Bedeutung gewinnt. Das Programm ist bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen anwendbar. Das wesentliche ist dabei die Visualisierung und der Einsatz von Strukturierungshilfen. Für jeden Betroffenen sollen Möglichkeiten gefunden werden, damit er seine Umgebung besser verstehen kann und es sollen mögliche und angenehme Formen der Kontaktaufnahme mit anderen Menschen gefunden werden. Individuelle Lernangebote sollen aufbauend auf den Stärken und Interessen der Betroffenen, ihrer kommunikativen und soziale Fähigkeiten sowie ihrer Kompetenzen für die Alltagsbewältigung entwickelt werden. Die Bezugspersonen sind am Förderprozess beteiligt, damit die Techniken leichter in den Alltag übertragen werden können (vgl. Poustka u.a. 2004, S.33, 34).

3. *Theory of Mind Training*

Dieses Programm ist vor allem für Kinder mit High-Functioning-Autismus, Asperger-Syndrom hilfreich. Zu Beginn des Trainings wird eine Diagnostik der betreffenden Fähigkeiten durchgeführt. Zielbereiche der Intervention sind Emotionen, andere psychischen Zustände und Spielverhalten. Dabei sollen fünf Stufen des Verständnisses durchlaufen werden: Erkennen von Emotionen in Fotografien, in schematischen Darstellungen, situative Emotionen, Wünsche und Überzeugungen. Es wird auch gelernt, wie Gefühle durch Situationen und Erwartungen beeinflusst werden, Dinge aus der Perspektive anderer Personen zu sehen und Hypothesen über das Wissen und die Gedanken anderer zu entwickeln (vgl. Poustka u.a. 2004, S. 135, 136).

4. *Lovaas-Therapie*, Applied Behavior Analysis

Dieses Programm ist der klassische Ansatz früher und intensiver Verhaltenstherapie bei Kindern mit Verdacht auf eine autistische Störung. Es beruht auf dem Prinzip der Applied Behaviour Analysis (ABA), einer streng wissenschaftlichen und problemorientierten Verhaltenstherapie. Diese Autismustherapie ist am meisten verbreitet und empirisch am besten abgesichert. Bei der Lovaas-Therapie wird versucht Kindern bestimmte Fähigkeiten und Fertigkeiten in einem langen Zeitraum mit hoher

Therapieintensität in kleinen Schritten mit operanter Verstärkung, Beobachtungslernen und Imitation beizubringen. Ziel ist es dabei, dass die Kinder lernen die Sprache zu verstehen, auf Interaktionen zu reagieren, sie zu beginnen und aufrecht zu erhalten. Bei dieser Therapie arbeitet ein Therapeutenteam mit dem Kind alleine mindestens 30 Stunden in der Woche. Ziel ist es die Generalisierung des gelernten Verhaltens zu sichern und die Motivation aufrecht zu erhalten. Der Aufbau von Routinen und die Automatisierung von erlernten Verhaltensweisen durch häufige Wiederholung ist dabei beabsichtigt. Zur Behandlung werden anfangs kaum sprachliche Anweisungen eingesetzt (vgl. Poustka u.a. 2004, S. 133).

5. *Soziale Geschichten*

Dies sind kurze Beschreibungen von Situationen, Umständen oder Fähigkeiten, die für Menschen mit Autismus von Bedeutung sind. Diese Geschichten werden von Therapeuten oder Eltern für die Betroffenen individuell geschrieben und sind Therapiematerial. Die Geschichten dienen dazu Probleme zu analysieren, zu besprechen und zu bewältigen. Die Geschichten müssen maximale Lebensnähe haben und werden stets in günstigen Momenten präsentiert. Dieser Ansatz stammt von Carol Gray (2000) (vgl. Poustka u.a. 2004, S. 134, 135).

6. *Frankfurter Test und Training des Erkennens von fazialem Affekt (FEFA)*

Dies ist ein computergestütztes Test- und Trainingsprogramm, mit dem die Fähigkeit zum Erkennen von Gesichtsausdrücken mit emotionalem Gehalt geprüft und trainiert wird. In diesem Trainingsprogramm sind ungefähr 1000 Bilder von Gesichtern und Augenpaaren, die am Bildschirm dargeboten werden. Erwartete Antworten werden optisch und akustisch verstärkt. Bei einer falschen Antwort kann man ein Feedback abrufen, das beschreibt um welche Emotionen es sich in dieser Darstellung handelt, welche mimische Charakteristika dazugehören und wann sie von Menschen gezeigt werden. Dazu gibt es auch noch Comiczeichnungen, die das jeweilige Gefühl nahe legen (vgl. Poustka u.a. 2004, S. 136).

7. *Gestützte Kommunikation (englisch: Facilitated Communication, abgekürzt FC)*

ist eine Kommunikationsmethode für Menschen mit schweren Kommunikationsbeeinträchtigungen. Die Personen lernen sich mitzuteilen, indem sie auf Objekte, Fotos Symbole, Wörter oder Buchstaben deuten. Dabei erhalten sie von einer anderen Person Hilfestellung und diese stützenden Hilfestellung soll nach einiger Zeit überwunden werden.

Die pädagogische Grundfrage lautet daher: Kompensation des Defizits und/oder Stärkung der sozialen Orientierung? Es stellt sich die Frage wie der Unterricht bei autistischen Menschen gestaltet werden soll. Die erwähnten Ansätze sind Vorschläge, wie man auf unterschiedlichem Weg das Problem der mangelnden Ausbildung der sozialen Orientierung kompensieren kann. Dies geschieht durch Stützen durch eine Person (FC), durch verhaltenssteuernde Pläne (TEACCH) und strikte Verhaltensmodifikation (LOVAAS). Alle drei Ansätze orientieren sich an den Kompetenzen und bereits entwickelten Stärken der Menschen (vgl. Dobslaw u.a. 2003, S. 24).

6. Fördermöglichkeiten bei Autismus

6.1. Befragung an Schulen

Fragestellung

Autistische Kinder und Jugendliche haben aufgrund ihrer Behinderung Probleme bei sozialen, verbalen/nonverbalen kommunikativen Fähigkeiten. Wegen der oft bestehenden Verhaltensauffälligkeiten ist auch die Gefahr der Ausgrenzung wegen der Behinderung vorhanden. Da im Unterricht gerade die sozialen, verbalen und auch nonverbalen kommunikativen Fähigkeiten gefragt sind (Unterricht besteht zu einem hohen Anteil aus Kommunikation) sind diese Kinder und Jugendlichen durch ihre Behinderung massiv beeinträchtigt. Eine angemessene und optimale Förderung kann daher nur durch ein gut ausgebildetes Fachpersonal erfolgen. In den Schulen für Geistigbehinderte, die die meisten Kinder und Jugendlichen mit Autismus besuchen, finden sich Kinder mit den verschiedensten Störungen. Die Frage ist nun, ob die Therapieverfahren den Mitarbeitern dieser Schulen bekannt sind und ob in den Schulen für Geistigbehinderte mit einer höheren Schülerzahl auch im Verhältnis mehr Kinder mit autistischen Störungen beschult werden. Geben die Mitarbeiter von Schulen, die eine größere Anzahl autistischer Kinder betreuen differenziertere Auskünfte über die Therapieansätze, da sich das Personal aufgrund der höheren Schüleranzahl mehr mit der Problematik befasst und deshalb besser informiert und ausgebildet ist? Eine gute Aus- und Weiterbildung ist in diesem Fall ein wesentlicher Faktor und unerlässlich bei der Arbeit mit autistischen Kindern und Jugendlichen, da dies ihre Chancen erheblich verbessern kann.

Die Forschungsfrage lautet also:

Welche der Therapieansätze sind in der Praxis bekannt und besteht ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der Schüler mit autistischen Störungen an einer Schule und der Auskünfte bezüglich der Therapieansätze?

Die Frage nach bekannten Therapieansätzen halte ich für eine sehr sensible Frage. Deshalb wurde sie auch nicht direkt gestellt, sondern es wurde nur nachgefragt, welche Therapieverfahren bei autistischen Kindern an der Schule eingesetzt werden. Dabei besteht natürlich die Gefahr, dass die Mitarbeiter die Therapieverfahren zwar kennen, aber nicht benennen, da diese nicht an der Schule eingesetzt werden. Es sollte bei der Befragung niemand als unwissend bloßgestellt werden. Offen ist noch die Frage, ob das Wissen über die Therapieansätze auch tatsächlich umgesetzt wird und ob dies so geschieht, dass es auch erfolgreich sein kann. Aber das ist im Rahmen dieser Befragung nicht zu leisten. Auf jeden Fall ist die Kenntnis der Therapieansätze die erste Voraussetzung dafür, dass es eventuell zur Umsetzung der Therapieverfahren in der Praxis kommen kann.

Theoriehintergrund

Auch heute sind die Ursachen autistischer Entwicklungsstörungen nicht geklärt. Daher bedarf es vielmehr eines verstehenden und stärkenorientierten Zugangs bei den Behandlungs- und Interventionsmethoden und ausschließlich symptomorientierte Interventionen sollten vermieden werden. Unter den therapeutischen Ansätzen und Interventionsmethoden gibt es etliche ohne ausreichende wissenschaftliche Erkenntnisse und Untersuchungen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit. Der TEACCH-Ansatz stellt in diesem Zusammenhang eine Ausnahmeerscheinung dar. Die Effektivität des TEACCH-Ansatzes ist wissenschaftlich nachgewiesen worden (CHAMPELL et al. 1996). So hat das Interesse an TEACCH bzw. die Zahl der Mitarbeiter und Einrichtungen, die nach ihren Aussagen im Sinne von oder direkt nach TEACCH arbeiten deutlich zugenommen. Zu erwähnen ist hier eine bundesweite Untersuchung der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Lehrstuhl für Geistigbehindertenpädagogik am Institut für Rehabilitationspädagogik aus dem Jahr 2003, bei der 92 Einrichtungen schriftlich befragt wurden. Anhand der ermittelten Daten stellte sich heraus, dass TEACCH seit einigen Jahren in den Einrichtungen Einzug gehalten hat, die sich auf Hilfen für Menschen mit Autismus spezialisiert haben. Allerdings gibt es dabei auch noch gewisse Probleme, es mangelt zum Beispiel an einer spezifischen TEACCH relevanten Diagnostik, viele Einrichtungen sehen sich bei der Umsetzung des TEACCH-Ansatzes auf sich alleine gestellt und bemängeln den fehlenden Erfahrungsaustausch. Über die Effektivität von TEACCH ließen sich noch keine verlässlichen Aussagen machen (vgl. Paul & Theunissen in Dobslaw 2004, S. 33-36).

Auch LOVAAS hat 1987 bezüglich der Verhaltensmodifikation bei autistischen Kindern empirische Ergebnisse vorgelegt. Nach einer zweijährigen intensiven verhaltenstherapeutischen Behandlung (40 Stunden pro Woche) konnte der Intelligenzquotient bei autistischen Kindern im Vorschulalter vom Niveau einer geistigen Behinderung auf ein durchschnittliches Niveau gesteigert werden. Dies deutet darauf hin, dass die kognitiven Möglichkeiten bei Menschen mit Autismus höher liegen, als die, die ohne Einflussnahme gezeigt werden. Bei der LOVAAS-Therapie handelt es sich um massives Verstärkungslernen. Seit April 2001 gibt es das Early Autism Projekt in Stuttgart, dessen Arbeit sich an der LOVAAS-Therapie orientiert. Der Service ist für Kinder bis zum Alter von 5 Jahren gedacht, bei denen Autismus diagnostiziert wurde (vgl. Klauß in Dobslaw 2004, S. 23, 24). Befragungen, inwieweit dieser Ansatz den Mitarbeitern von Geistigbehindertenschulen bekannt ist habe ich keine gefunden.

Bezüglich der Wirkung der bei FC (Gestützte Kommunikation) verwendeten physischen und emotionalen Hilfestellungen gibt es keine wissenschaftlich fundierte eindeutige Erklärung der Funktionszusammenhänge. Es gibt lediglich hypothetische Aussagen darüber. Gestützte Kommunikation ist eine Kommunikationsmethode und keine Therapie (vgl. Bundschuh u.a. 2000, S. 41, 48, 101). Sie erfreut sich in Deutschland seit einigen Jahren außerordentlich großer Beliebtheit. Gegenwärtig ist die Gestützte Kommunikation nicht als eine Kommunikationsmethode zu betrachten, mit der sich eine zuverlässige, authentische Kommunikation erreichen lässt. Es besteht die Gefahr der Beeinflussung durch die StützerInnen (vgl. Adam 2003, S. 3, 16). 1994 wurden im Schulamtsbezirk Heidelberg betreuende Pädagogen bezüglich der Auswirkungen der Nutzung von FC befragt. Sie berichteten dabei von einer Veränderung im Umgang mit den SchülerInnen, er sei insgesamt einfacher geworden. 1998 wurden in Niederbayern an 11 Schulen Sonderschullehrer befragt zur Beurteilung von FC. Dabei war FC nur 8% der Lehrer nicht bekannt (vgl. Bundschuh u.a. 2000, S. 146).

Empirische Basis

In der vorliegenden qualitativen Studie wurde jeweils ein(e) Mitarbeiter(in) an 9 Geistigbehindertenschulen befragt. Dabei handelte es sich in der Regel um den Schulleiter oder den/die Autismusbeauftragte an der jeweiligen Schule, weil diese Personen über die Problematik wohl am besten informiert sind. Es wurden also 9 Interviews durchgeführt.

Methodischer Ansatz

Dieses mündliche Interview hatte eine informationsermittelnde Funktion. Es diente zur deskriptiven Erfassung von Fakten (Schüleranzahl, Therapieansätze) und ist als informatorisches Interview einzustufen. Die mündliche Befragung wurde am Telefon durchgeführt, da dies nicht lange dauerte, billig und nicht so aufwendig war. Dadurch waren die meisten Personen bereit sich befragen zu lassen. Nachteilig war bei diesen Interviews, dass die situativen Merkmale wenig standardisierbar waren, die Begleitumstände des Gespräches blieben unkontrolliert. Es konnten auch nur Personen befragt werden die telefonisch erreichbar waren. Zum Teil hatte ich auch den Eindruck, dass die Befragten dazu neigten Antworten zu geben, die sozial erwünscht sind. Während des Interviews habe ich Notizen angefertigt und anschließend sofort ein Gedächtnisprotokoll erstellt. Die Interviews sind Einzelinterviews, die ca. 5-10 Minuten dauerten. Es wurden dabei 4 offene Faktenfragen gestellt, die Befragten mussten die Antwort selbst formulieren. Offene Fragen wurden deshalb gewählt, weil keine Informationen über den Wissensstand der Befragten vorhanden waren. Sie sollten die Interviewten zum Reden motivieren, allerdings war festzustellen, dass einige der Interviewten teilweise vom Thema abkamen. In dem teilstandardisierten Interview sind die Fragen zwar vorgegeben als Interviewleitfaden, aber die Gesprächsführung war offen. Bezüglich des Ausmaßes der Strukturiertheit ist festzustellen, dass es sich um ein wenig strukturiertes Interview mit nicht standardisierten offenen Fragen handelt (vgl. Konrad 2007, S. 13-14, 23-31).

Zur Auswertung der Daten wurden die Interviews als Gedächtnisprotokoll festgehalten. Durch den Vergleich der Einzelprotokolle kann festgestellt werden inwieweit in diesen Fällen Therapieansätze genannt wurden und ob ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der Schüler mit autistischen Störungen an einer Schule und der Auskünfte bezüglich der Therapieansätze bestehen könnte.

Ich führe im Rahmen eines Seminars eine Befragung durch. Wäre es möglich, dass ich Sie befragen könnte? Es sind nur 4 Fragen.

1. Wie viele Kinder sind derzeit insgesamt an der Schule?

2. Wie viele davon haben eine autistische Störung?

3. Welche Therapieverfahren bezüglich der autistischen Störung werden bei diesen Kindern an ihrer Schule eingesetzt?

4. Werden die Therapieverfahren im Unterricht in der Klasse eingesetzt, in Einzeltherapie oder beides?

Das war es auch schon. Ich bedanke mich recht herzlich bei Ihnen und wünsche noch einen schönen Tag.

Die Reihenfolge der Fragen soll dem Gesprächsverlauf angepasst werden um die Motivation der Befragten nicht zu zerstören.

Ergebnisse

Schule	Kinderzahl insgesamt	Kinder mit autistischen Störungen	Genannte Therapieansätze	Therapie in Unterricht, Einzeltherapie, beides
1	90	2 diagnostiziert, weitere mit autistischen Zügen	keine	keine
2	68	3 diagnostiziert	FC	Unterricht
3	120	6 pädagogisch	TEACCH aber minimal, FC	FC im Unterricht und in Einzeltherapie, für TEACCH keine Aussage, wird in minimalistischen Sinne eingesetzt
4	46	4	TEACCH	keine, Nebenräume zur Beruhigung
5	131	18	TEACCH, FC, LOVAAS, Therapieangebote mit Tieren	TEACCH und FC im Unterricht und nach Bedarf auch in Einzeltherapie, 1 Schüler nach LOVAAS-Therapie, aber keine Auskunft ob im Unterricht oder in Einzeltherapie, wahrscheinlich eher EF
6	113	2 diagnostiziert, 2 weitere Diagnose nicht bekannt aber Verdacht	TEACCH	keine, statt dessen Schulbegleitung durch eine Erzieherin ohne besondere Ausbildung
7	68	laut ärztlicher Diagnose 4 oder 5, davon Diagnose falsch bei 3 20 ohne erforderliche Diagnose	TEACCH	keine, aber TEACCH-Raum, Weiterverwertung der Therapieerkenntnisse von TEACCH, individuelle Förderpläne für die Kinder
8	50	keine, 4-5 haben autistische Züge	TEACCH	keine
9	98	7 bei denen autistische Störungen vorhanden sind oder waren	TEACCH	beides

Schlussfolgerung

Die Forschungsfrage lautete: Welche der Therapieansätze sind in der Praxis bekannt und besteht ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der Schüler mit autistischen Störungen an einer Schule und der Auskünfte bezüglich der Therapieansätze?

Dazu ist folgendes zu bemerken:

Von den 9 befragten Personen haben 7 den TEACCH-Ansatz genannt, der ihnen damit zumindest bekannt ist. Nur eine der Befragten nannte keinen Therapieansatz, es ist damit aber nicht gesagt, dass die Therapieansätze nicht bekannt sind. 3 der 9 befragten Personen war auch FC bekannt und nur in einem Fall wurde die LOVAAS-Therapie genannt, aber nicht namentlich, sondern es wurde nur der Betreuungsort des Schülers genannt. Auf Nachfrage wurde sie bestätigt.

Auffällig ist bei den erhobenen Daten, dass in diesem Fall tatsächlich ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der Schüler mit autistischen Störungen und der Auskünfte bezüglich der Therapieansätze gibt. In Schule 5, in der sich 18 Schüler mit autistischen Störungen befinden wurden die meisten Therapieangebote genannt und nach Auskunft im Unterricht und in Einzeltherapie angeboten. In Schule 3 wurden TEACCH und FC genannt, das im Unterricht und in Einzeltherapie (FC) angeboten wird. In Schule 9 wurde TEACCH genannt, das im Unterricht und in Einzeltherapie umgesetzt wird. In zwei Fällen wurde ich darauf hingewiesen, dass in der Geistigbehindertenschule keine Therapie durchgeführt werden darf, was mir nicht bekannt war (Schule 6,7). In Schule 3, 5 und 9 wurde dagegen angegeben, dass dort Therapie stattfindet.

Bezüglich der erhaltenen Daten kann in diesem Fall festgestellt werden, dass in den Schulen, die mehr Kinder mit autistischen Störungen betreuen beim Personal mehr Therapieformen bekannt sind und diese nach Auskunft in Unterricht und Einzeltherapie umgesetzt werden. Es kann aber auch sein, dass das Personal dieser Schulen in Bezug auf autistische Störungen und die entsprechenden Therapieformen besser informiert ist und deshalb dort autistische Störungen erkannt werden. Dies könnte die Angabe einer höheren Anzahl der Kinder mit autistischen Störungen zur Folge haben.

Hier ist die Bedeutung der Aus- und Fortbildung für Lehrer und anderes Personal an den Schulen anzusprechen. Bei einer Umfrage des Fachverbandes für Behindertenpädagogik in der ZEITSCHRIFT FÜR HEILPÄDAGOGIK wurde auch festgestellt, dass das Interesse an autismusspezifischen Fortbildungen rund zehnmal so hoch ist wie in anderen sonderpädagogischen Förderschwerpunkten. Es ist wichtig die Angebote für den Bereich Autismus deutlich auszubauen und damit auch einen hohen Nachholbedarf zu befriedigen. Durch den gemeinsamen Unterricht werden immer mehr Pädagogen mit den Problemen autistischer Schüler konfrontiert, diese Pädagogen haben bisher keine spezifischen Vorerfahrungen und werden auch nicht durch ein Schulsystem unterstützt, in dem sich autismusspezifische Kompetenz entwickeln konnte. Die Beschulung von Kindern und Jugendlichen mit Autismus ist eine Aufgabe aller Schulen und so hat die Fortbildung der jeweiligen Lehrkräfte eine hohe Bedeutung. Aus der Fortbildung sollte „Vorbildung“ werden. Schon in der Ausbildung für pädagogische und sonderpädagogische Berufe sollte ein autismusspezifischer Ausbildungsschwerpunkt eingeführt werden (vgl. Rumpler in Kaminski/Rumpler 2003, S. 87, 88).

Was die Frage der Verallgemeinerung der Ergebnisse betrifft, kann wohl ein Zusammenhang zwischen der Schüleranzahl bezüglich autistischer Störungen und der Kenntnis der Therapieansätze und ihrer Umsetzung durch das Personal einer Schule vermutet werden. Die Überprüfung müsste in einer quantitativen Studie durchgeführt werden.

6.2 Förderung autistischer Kinder in der Schule

Den Text dieses Kapitels finden Sie in dem Buch
„Sonderpädagogik
Erkenntnisse der Hirnforschung und ihre Bedeutung für die
Körperbehindertenpädagogik“
© Edith Staud und Michael Staud
Zweite Auflage 2011
Verlag Books on Demand GmbH, Norderstedt

Zusammenfassung

Zusammenfassend ist folgendes festzustellen: Lernen mit Autismus ist für die Betroffenen eine sehr schwierige Aufgabe, die sie meist nicht ohne Verständnis und kompetente Hilfe von Fachpersonal bewältigen können. Die Lernpsychologie und Erkenntnisse aus der Hirnforschung geben uns Hinweise zur Hilfe. Deshalb habe ich versucht, dies so ausführlich wie möglich im Rahmen dieser Arbeit darzustellen. Auf der Basis dieser Erkenntnisse wurden dann Therapieansätze der verschiedensten Richtungen entwickelt, die wiederum sinnvolle Hinweise für eine erfolgreiche Förderung im Unterricht geben. Unterricht in der Klasse ist zwar in der Regel keine klassische Therapie, außer der Therapeut führt seine Therapie im Unterricht durch, was zum Beispiel in der Körperbehindertenschule möglich ist, aber in der Therapie erworbene Fähigkeiten sollten in der Praxis, und damit auch im Unterricht angewandt werden. Da es bei autistische Störungen verschiedene Ausprägungen gibt, habe ich versucht, die fünf wichtigsten zu beschreiben. Um die wichtigsten Symptome der autistischen Störungen besser verstehen zu können, habe ich sie genauer beschrieben und festgestellt, dass sie alle in Zusammenhang zueinander stehen. Durch diese Erkenntnisse kann ein besseres Verständnis für die Situation dieser Kinder und Jugendlichen entstehen, was dann für die Unterrichtssituation sehr hilfreich ist. Die Befragung habe ich durchgeführt, weil ich für diese Arbeit ermitteln wollte inwieweit die Therapieansätze in den Schulen bekannt sind und um Auskunft über die Umsetzung dieser Erkenntnisse in der Praxis zu erhalten. Ich habe dabei bewusst Schulen für Geistigbehinderte ausgewählt, weil die meisten der autistischen Kinder und Jugendlichen wohl diese Schulen besuchen. Die Förderung dieser Kinder und Jugendlichen in der Schule ist wegen der massiven Lernprobleme nicht einfach und erfordert viel Aufwand und den Einsatz von kompetentem Fachpersonal. Werden nach einer ausführlichen Diagnostik Therapie und Unterricht entsprechend durchgeführt, so haben die Betroffenen die Chance ein selbstbestimmtes Leben zu führen und das ist wohl Ziel der Integrationsarbeit, an der auch die Schule beteiligt ist.

Literatur

1. Adam (2003): Gestützte Kommunikation. Mythos oder Realität? In: Heilpädagogik online. Die Fachzeitschrift im Internet. Ausgabe 03/03 ISSN 1610-613X/Jg. 2
2. autismus Deutschland e.V.(2006): Autismus im Wandel - Übergänge sind Herausforderung, Tagungsbericht. Stade: Hansa -Druckerei Stelzer
3. Becker-Carus (2004): Allgemeine Psychologie. Eine Einführung. München: Spektrum Akademischer Verlag
4. Bednorz/Schuster (2002): Einführung in die Lernpsychologie. München, Basel: Reinhardt Verlag
5. Bernard-Opitz (2007): Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) Ein Praxishandbuch für Therapeuten, Eltern und Lehrer. Stuttgart: Kohlhammer
6. Bundschuh u.a. (2000): Behindertenhilfe in Bayern. Gestützte Kommunikation (FC) bei Menschen mit schweren Kommunikationsbeeinträchtigungen. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.) München: Druckhaus Deutsch
7. Caspary (Hg.) (2006): Lernen und Gehirn. Der Weg zu einer neuen Pädagogik. Freiburg, Basel, Wien: Herder
8. Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft Baden-Württemberg (2008): GEW-Jahrbuch für Lehrerinnen und Lehrer – Handbuch des Schul- und Dienstrechts in Baden-Württemberg. 27. Jahrgang; Ausgabe 2008. Stuttgart: Süddeutscher Pädagogischer Verlag
9. Kaminski/Rumpler (2003): Autismus macht Schule. (Hrsg.) Bundesverband Hilfe für das autistische Kind/vds-Fachverband für Behindertenpädagogik
10. Klauß (2004): Die schulische Situation von Kindern mit autistischem Verhalten. In: Dobslaw (Hrsg): Menschen mit autistischen Störungen. Eine Herausforderung für die Praxis. Materialien der DGSGB Band 8 Berlin
11. Klicpera/Innerhofer (2002): Die Welt des frühkindlichen Autismus. 3. Auflage. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag
12. Konrad (2007): Mündliche und schriftliche Befragung. Ein Lehrbuch. Landau: Verlag Empirische Pädagogik
13. Paul/Theunissen (2004). Zur Umsetzung des TEACCH-Ansatzes – Erste Ergebnisse aus einer repräsentativen Erhebung in Deutschland. In: Dobslaw (Hrsg): Menschen mit autistischen Störungen. Eine Herausforderung für die Praxis. Materialien der DGSGB Band 8 Berlin
14. Poustka u. a. (2004) : Autistische Störungen. Hogrefe Verlag für Psychologie: Göttingen, Bern, Toronto, Seattle
15. Rollett/Kastner-Koller (2007): Praxisbuch Autismus für Eltern, Erzieher, Lehrer und Therapeuten. 3.Auflage. Stuttgart, Jena, New York: Urban & Fischer
16. Sterr (2003): Strategien für den besseren Lernerfolg bei Kindern und Jugendlichen mit Autismus. In: Kaminski/Rumpler: Autismus macht Schule. (Hrsg.) Bundesverband Hilfe für das autistische Kind/vds – Fachverband für Behindertenpädagogik
17. Theunissen (2003): Krisen und Verhaltensauffälligkeiten bei geistiger Behinderung und Autismus. Forschung - Praxis - Reflexion. Stuttgart: Kohlhammer