

10.09.2015

Sprachtherapie bei frühkindlichem Autismus

Facharbeit

Sinn und Ziel sprachlicher Intervention beim frühen
autistischen Störungsbild

Kontakt

Rasmus Klette

E- Mail: rasmus.klette@freenet.de

Tel.: +49 (151) 5666 25 82

Abgabe

an Sylvia Runge

zuständige Dozentin

am 09.11.2015

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Abkürzungen	II
Tabellenverzeichnis	III
1 Einleitung	1
1.1 Problemstellung	1
1.2 Aufbau der Facharbeit	3
2 Theoretische Grundlagen	4
2.1 Einordnung des Störungsbildes	4
2.2 Symptomkomplex	5
2.2.1 Sozialverhalten und soziale Interaktion	6
2.2.2 Sprache und Kommunikation	6
2.2.3 Eingeschränkte, repetitive und stereotype Verhaltensweisen u./o. Interessen.....	8
2.3 Diagnostik bei Kleinkindern	9
3 Theorie: Einordnung sprachtherapeutischer Interventionen	10
3.1 Vorsprachliche Fähigkeiten	11
3.1.1 Kommunikation: Toleranz von Kommunikation, Sprechmotivation	11
3.1.2 Interaktion: Nachvollziehen fremder Erwartungen, konkretisieren eigener Wünsche.....	12
3.2 Sprachspezifische Fähigkeiten	13
3.2.1 Anbahnung (expressiver Sprache): Nutzung erster Wörter	13
3.2.2 Pragmatik: Grundlagen der Gesprächsführung und Narration	15
4 Praxis: Schwerpunkte verschiedener Ansätze	17
4.1 Vorstellung der Ansätze	18
4.1.1 TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children) 18	
4.1.2 AVB (Applied Verbal Behavior)	19
4.1.3 Komm!Ass – Führen zur Kommunikation	20
4.2 Vergleich der Verfahren und Diskussion der Schwerpunkte	21
4.2.1 Ergebnisse	21
4.2.2 Diskussion der Ergebnisse	21
5 Diskussion der Fragestellung	23
6 Literaturangaben	25
7 Anhang	27

Abkürzungen

ABA Applied Behavior Analysis

ASD / AS / ASS Autism Spectrum Disorder / Autism Spectrum /
Autismus-Spektrum-Störung

AVB Applied Verbal Behavior

DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ICD-10-GM International Statistical Classification of Diseases and Related Health
Problems, 10th revision, German Modification

TEACCH Treatment and Education of Autistic and Related Communication
Handicapped Children

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vergleich frühkindlicher Autismus und Asperger Syndrom (Noterdaeme & Enders, 2010)	4
Tabelle 2: Schwerpunkte der Therapieansätze	21
Tabelle 3: Vergleich der Ansätze bez. der Therapieziele im Detail.....	27

1 Einleitung

Die Facharbeit beschäftigt sich mit der *Sprachtherapie frühkindlich autistischer Kinder*. Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über die zugrundeliegende Problematik und den Aufbau der Arbeit gegeben.

1.1 Problemstellung

Schon ein Kind mit Autismus zu diagnostizieren, ist eine Aufgabe für sich. Das eindeutige Bild, das häufig in den Medien vermittelt wird, z.B. im ikonischen Film "Rain Man" von (1988), aber auch in moderneren Werken wie dem Film "Mary & Max" (2009) oder der Literatur "Supergute Tage oder Die sonderbare Welt des Christopher Boone" von Mark Haddon (2004), mag zwar in vielen Punkten zutreffend sein, hat aber wenig mit der Erstdiagnose des Syndroms in frühen Jahren zu tun.

Es handelt sich bei diesen Darstellungen fast immer um recht deutliche autistische Störungen in einem Stadium, in dem die Personen bereits einen Umgang mit den eigenen Besonderheiten erlernt haben. Es werden zudem gerne Autisten mit Inselbegabung dargestellt, bei denen dann oft die Arbeit an den einschränkenden Symptomen zu Gunsten ihrer besonderen Fähigkeiten in den Hintergrund rückt.

Doch weder besitzen die meisten Autisten eine derart ikonische Fähigkeit, noch lässt sich Autismus so klar umreißen oder abgrenzen, wie es uns auf diesem Wege häufig suggeriert wird. Auch ist der therapeutische Prozess meistens langwierig, selbst wenn Stärken der Patienten auf geschickte Weise genutzt werden. Ein Großteil der Therapie besteht aus beständigen Übungen und durchgehendem Lotsen und Stimulieren des Kindes im Alltag. Autisten erwerben viele Fähigkeiten und Bewegungsabläufe nicht selbstständig, die andere Kinder spielerisch mit bis zu 600 Wiederholungen perfektionieren (Hottmann-Maier, 2008, S. 23). Sie sind zudem meistens augenscheinlich nicht an Kommunikation mit der Außenwelt interessiert, wodurch ihnen eine wichtige Motivationsgrundlage zum Interagieren und Sprechenlernen fehlt (Klenner, 2014; Noterdaeme, 2011).

Das heißt, diese Kinder müssen um ihr volles Potential zu erreichen, ganz anders behandelt werden als Kinder ohne Autismus. Autistische Kinder neigen besonders dazu, ihre Schwächen sowohl zu meiden, als auch ihre Familie dazu bringen, sie in bestimmten Bereichen nicht mehr zu fordern. Die Folge ist wie Snippe (2013) es beschreibt ein autistisches Milieu, in dem das Kind in seiner eigenen Welt lebt und den Kontakt und Umgang mit der Außenwelt auf das Notwendige beschränkt. Dieser Umgang kann mit der Zeit dann immer schwerer erlernt werden, weil zunehmend mehr Grundlagen fehlen. Es bildet sich ein Kreis von Abhängigkeit und mangelnder Alltagskompetenz und Unsicherheit,

der mit der Zeit immer schwerer zu durchbrechen ist. Ein selbstbestimmtes Leben (mit oder ohne Unterstützung) rückt dadurch zunehmend in die Ferne.

Mit dieser Betrachtung ist man inmitten der Diagnostik angelangt, denn die frühe Diagnostik ist maßgeblich für die frühe Therapie und Aufklärung der Eltern.

Doch weder sind die Symptome zu Beginn eindeutig, noch klar von anderen Störungsbildern oder Problematiken abzugrenzen.

- Häufig werden dem autistischen Menschen von der Allgemeinheit folgende Merkmale und Verhaltensweisen zugeschrieben: Meiden von sozialem Kontakt, Blickkontakt, Kommunikation
- Einseitiges Interesse für „technische“ und unbelebte Dinge
- Suche nach Ankern, Struktur und Sicherheiten im Alltag
- Flucht in stereotype Handlungen bei Überforderung durch die Umwelt

Obwohl dies nur einen Ausschnitt einiger offensichtlicher Merkmale darstellt, wird eines deutlich: Kommunikation, selbst in Form einfacher Interaktion mit anderen Mitmenschen, stellt eine zentrale Schwierigkeit für Autisten dar. Folglich mangelt es oft an Selbstständigkeit, wodurch Probleme im Alltag entstehen. Es stellt sich deshalb die Frage, ob und wie eine sprachtherapeutische Heranführung helfen kann, den Alltag besser zu bewältigen. Daher sollen folgende Fragestellung als Ziel formuliert werden:

Ist es sinnvoll, die sprachlichen Fähigkeiten zu trainieren, zumal diese Therapie sehr viel Ausdauer, Zeit und Energie des Therapeuten und der Familie beansprucht?

Welche Schritte und Methoden können durch Fachliteratur theoretisch begründet werden?

Welche sprachorientierten Ansätze haben sich bereits praktisch bewährt?

Auch wenn keinesfalls alle diese Fragen abschließend geklärt werden können, sollen im Zuge der Facharbeit zumindest die derzeitigen Optionen beleuchtet und in ihrer Zielsetzung werden.

1.2 Aufbau der Facharbeit

Zur späteren Betrachtung möglicher Therapieoptionen, werden aus den bisherigen Ausführungen einige Grundsätze herausgestellt:

1. Eine frühe, differenzierte Diagnose und eine frühe, gut abgestimmte Therapie sind Schlüssel zur Schaffung eines selbstbestimmteren Lebens.
2. Die Therapie von frühkindlichem Autismus kann sich als sehr langwierig erweisen und erfordert konstante Motivation und Forderung von Seiten des Therapeuten.
3. Angehörige und Betreuer sollten in die Behandlung eng eingebunden werden, denn die Gestaltung des Alltags spielt eine wichtige Rolle bei der Therapie.

Unter diesen Aspekten ist auch diese Arbeit strukturiert, die sich speziell mit der *Sprachtherapie bei frühkindlichem Autismus* befasst.

Zunächst wird im ersten Teil die Frage nach den Besonderheiten und Symptomen bei frühkindlichem Autismus aufgeworfen, damit im Weiteren sinnvolle therapeutische Herangehensweisen begründet werden können, um autistische Verhaltensweisen therapeutisch einzubinden oder abzumildern. Nur mit diesem Hintergrund kann anschließend die Frage beantwortet werden, ob und wie Autisten geholfen werden kann, verbale Sprache zu erwerben.

Im zweiten Teil werden bestehende sprachtherapeutische Methoden und Schritte betrachtet und dabei besonderes Augenmerk auf deren Wirksamkeit, den therapeutischen Aufwand und die Alltagseinbindung gelegt. Zudem werden mögliche Therapiebereiche erarbeitet, die bei der Anbahnung und Förderung von Sprache als nötig oder hilfreich angesehen werden.

Es folgt im dritten Teil ein Bezug auf die Praxis, zwei etablierte Ansätze und ein relativ junger Ansatz werden hier vorgestellt und in ihren Schwerpunkten verglichen. Die theoretischen Grundlagen dienen hier als Referenz, um die Schwerpunkte zu differenzieren.

Abschließend soll diskutiert werden, ob und wie der Einsatz von Sprachtherapie bei Autismus theoretisch begründet werden kann und in wieweit sich Anteile in der Praxis bereits bewährt haben. Die oben genannten Grundsätze der Selbstbestimmung der Ökonomie und Alltagsrelevanz, spielen dabei eine zentrale Rolle.

2 Theoretische Grundlagen

2.1 Einordnung des Störungsbildes

In der Fachwelt, besonders im englischsprachigen Raum hat sich mittlerweile der Begriff „Autism Spectrum Disorder“ (ASD) oder „Autism Spectrum“ (AS) durchgesetzt. Mit dem Begriff Spektrum wird dabei auf die große Bandbreite und hohe Varianz der Symptome hingewiesen, die unter diesem Störungsbild zusammengefasst werden. (Eberhardt, 2015, S. 14)

Sowohl nach ICD-10 (Graubner & Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2015) als auch nach DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Saß, Henning, 2003) wird ASD unter die tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (F80-F89) eingeordnet. Als autistische Störungen werden der frühkindliche Autismus (F84.0), der atypische Autismus (F84.2) und das Asperger-Syndrom (F84.5) aufgeführt.

In der Literatur wird hauptsächlich eine Differenzierung nach dem frühkindlichen Autismus nach Kanner und dem Asperger-Syndrom durchgeführt. Diese Einteilung ist bereits historisch gewachsen und beruht auf Beobachtungen der jeweiligen Störungsbilder, die die beiden Mediziner in den Jahren 1944 – 1945 fast zeitgleich beschrieben. Diese Unterscheidung ist auch heute noch aktuell. Betrachtet man die Sprachentwicklung, sind die Unterschiede zwischen den beiden Typisierungen gravierend, wie folgende Tabelle veranschaulicht:

Tabelle 1: Vergleich frühkindlicher Autismus und Asperger Syndrom (Noterdaeme & Enders, 2010)

	Frühkindlicher Autismus	Asperger Syndrom
Auftreten	Vor dem 3. LJ	Nach dem 3. LJ
Sprache	- Verspäteter Sprachbeginn - Ausbleibend bis stark verzögert - Keine kommunikative Funktion	- Früher Sprachbeginn - Rasche Entwicklung - Gestörte Kommunikation
Intelligenz	Eingeschränkt	Nicht Eingeschränkt
Motorik	Unauffällige Motorik	Auffällige Motorik

Nun wird deutlich, warum es wichtig ist, sich darüber klarzuwerden, an welchen Typ von Autismus sich eine etwaige Sprachtherapie richten soll. Während beim frühkindlichen Autismus der Schwerpunkt bereits auf der Anbahnung und grundständigen Erarbeitung der Sprache liegt, spielt die Sprache beim Asperger Syndrom kaum eine Rolle. Gemeinsame Probleme beider Patienten liegen dagegen in der sozialen Interaktion und dem pragmatischen Umgang mit der Umwelt.

In dieser Abhandlung soll der frühkindliche Autismus betrachtet werden, da hier ein auffälliger und hartnäckiger Rückstand in der Sprachentwicklung zu beobachten ist. Eine Intervention in diesem Bereich muss sehr früh und zielstrebig erfolgen.

2.2 Symptomkomplex

Nachdem die Problematik des Störungsbildes in Ansätzen erläutert wurde, soll versucht werden, die zugrundeliegende Symptomatik für den frühkindlichen Autismus zu umreißen.

Als Orientierung wird die DSM-IV (Saß, Henning, 2003) Einteilung herangezogen, die einen Großteil der Symptome zum Zwecke einer Diagnose aufzählt und klassifiziert. Als übergeordnete Einteilung dient dort die sogenannte „klassische autistische Trias“. Es handelt sich hierbei um drei Kernbereiche die auch in anderen Ansätzen und diagnostischen Verfahren ein Grundgerüst bilden. Namentlich werden genannt:

1. Sozialverhalten und soziale Interaktion
2. Sprache und Kommunikation
3. Eingeschränkte, repetitive und stereotype Verhaltensweise und/oder Interessen

Unter diese Einteilung entfallen allein bei der Beschreibung des frühkindlichen Autismus nach DSM-IV zwölf mögliche Unterpunkte (Symptombereiche), die unterschiedliche Verhaltensweisen beschreiben. Dies beinhaltet noch nicht die Ausschlussdiagnostik in Bezug auf andere Syndrome, sondern konzentriert sich allein auf die äußerlich sichtbaren und klar erfassbaren Besonderheiten im Verhalten. Aus diesem Grund werden nach Aufzählung der DSM-IV Symptomatik jeweils kurz ergänzende Hinweise zur Symptomatik aus der Fachwelt subsummiert. Gibt es Anhaltspunkte zum Zusammenhang der Symptome oder zu Wechselwirkungen untereinander, werden diese ebenfalls kurz erläutert.

2.2.1 Sozialverhalten und soziale Interaktion

Für eine Diagnose nach DSM-IV wird dieser Punkt am stärksten gewichtet, aus dessen vier Bereichen mindestens zwei betroffen sein müssen, um die Diagnose „frühkindlicher Autismus“ zu stellen.

Hierunter fallen vier sehr unterschiedliche Symptombereiche:

- Ein Mangel an nonverbaler Kommunikation
- Pragmatische Schwierigkeiten im Aufbau von Beziehungen mit Gleichaltrigen
- Schwierigkeiten Emotionen oder Interessen mitzuteilen
- Mangel an sozio-emotionaler Gegenseitigkeit

Ein scheinbares Desinteresse an Kommunikation und Interaktion mit anderen Personen ist typisch für Autisten. Während die ersten drei Punkte dies widerspiegeln, bezieht sich der letzte Punkt „sozio-emotionaler Gegenseitigkeit“ auf die sogenannte „Theorie of Mind“. Hiermit wird in der Psychologie die Fähigkeit bezeichnet, sich in andere Menschen hineinzusetzen, um damit deren Sichtweise und Emotionen nachvollziehen zu können. Damit haben viele Autisten starke Probleme (Snippe, 2013, S. 25). Eng damit verbunden ist auch die früh auftretende Schwierigkeit, Verhalten anderer nachzuahmen (Rollett, Kastner-Koller, & Spiel, 2011, S. 23).

In erster Näherung kann dies damit zusammenhängen, dass Autisten wesentlich später als andere Kinder in der Lage sind, sich selbst als Individuum (als „Ich“) zu betrachten. Aus dieser fehlenden Trennung zwischen dem „Ich“ und der Umgebung folgt ein Mangel an Interaktion und ein eingeschränktes Verständnis darüber, was beeinflusst werden kann und was dem Autisten „zustößt“. Dies erschwert viele der frühen Prozesse. (Rollett u. a., 2011, S. 28)

Ob im Endeffekt allerdings mangelndes Interesse an der Umwelt die Symptome in der sozialen Interaktionen hervorruft, oder Schwierigkeiten im Umgang mit der Umgebung ihrerseits zu einem Desinteresse an sozialer Interaktion führen, ist ein Punkt kontroverser Diskussionen in der Fachwelt (Klenner, 2014, S. 18). Hier spalten sich, wie später deutlich werden wird, die Modellvorstellungen und auch die therapeutischen Ansätze.

2.2.2 Sprache und Kommunikation

Der zweite Punkt fasst sprachliche Probleme, das Ausbleiben von Entwicklungsschritten, und Schwierigkeiten in der pragmatischen Gesprächs-Umsetzung zusammen. Obwohl nicht derart gewichtet wie die soziale Interaktion, muss hier für eine Diagnose mindestens ein Symptombereich von Vieren betroffen sein.

Sprechen ist für viele Autisten eine Königs-Disziplin, wie aufgrund der massiven Schwierigkeiten bei der generellen Kommunikation deutlich wird. Diese kommunikativen Grundfähigkeiten werden zum einen benötigt, um Sprache zu erlernen, zum anderen ist unsere Sprache ein weitgehend abstraktes System willkürlicher Zeichen (Althaus, Henne, & Wiegand, 1980, S. 45). Das bedeutet, dass sowohl der Wortschatz erlernt, als auch das darunterliegende System verstanden werden muss. Das heißt, dass sowohl Übungsanreiz als auch ein Grundverständnis für den Sinn und Aufbau von Kommunikation vorhanden sein muss. Bei vielen Autisten mangelt es oft an den Grundfähigkeiten: Die Selbstwirksamkeit ist gering (Klenner, 2014, S. 23), also das Verständnis mit dem eigenen Handeln die Umgebung beeinflussen zu können.

Es gilt als anerkannt, dass die meisten Autisten schon im Säuglingsalter viele kommunikative Grundfertigkeiten nicht besitzen, die Babys normalerweise intuitiv beherrschen. Die Verarbeitung von Stimmen und Gesichtern ist ebenso eingeschränkt, wie die Fähigkeit Aufmerksamkeit zu teilen oder über Kontaktsignale auf sich zu ziehen. Schon die Trennung von Sprache und Geräusch ist oftmals eingeschränkt.

Entscheidende Entwicklungsschritte (Objektpermanenz, triangulärer Blick, Spielphasen) werden nicht oder unvollständig durchlaufen, was einen Mangel an Erfahrungen nach sich zieht (Rollett u. a., 2011). Letztendlich stellt sich, wie bei der generellen Kommunikation, auch hier wieder die Frage nach der Eigenmotivation des einzelnen Autisten. Problematisch ist, dass viele Autisten Kommunikation (zumindest anfangs) rigoros ablehnen.

Neben diesen kognitiven und verhaltenspsychologischen Parametern wird jedoch teilweise auch von einem Mangel exekutiver Funktionen gesprochen. Diese werden zur Regulierung und Kontrolle des Handelns benötigt und sind somit für ein zielorientiertes und situationsangepasstes Handeln wichtig (Eberhardt, 2015, S. 39). Eine Einschränkung dieser Funktionen hätte zur Folge, dass automatisierte Handlungen leichter durchführbar sind als neue, ungeübte Handlungen. Demnach wäre das Üben neuer kommunikativer Wege erschwert, während Stereotypen, Automatismen und auch die Entsagung der Kommunikation eine Umgehung dieser Anstrengungen ermöglichen.

2.2.3 Eingeschränkte, repetitive und stereotype Verhaltensweisen u./o. Interessen

Unter diesen Punkt fallen Stereotype und repetitive Beschäftigungen im Alltag. Also Einseitigkeiten sowohl in der Auswahl von Ziel- und Spielobjekten, als auch in der Form der damit durchgeführten Handlungen. Wieder ist ein Symptombereich von Vieren für eine positive Diagnose obligatorisch.

Zwar ist nicht eindeutig geklärt, warum Autisten diese Fixierungen entwickeln, aber es weist vieles auf ein generelles Wahrnehmungs-Problem hin (Klenner, 2014, S. 13). Autisten zeigen praktisch in allen Sinnesmodalitäten Auffälligkeiten in der Wahrnehmung. Solche Beobachtungen, Gespräche mit erwachsenen Autisten und auch neurologische Studien weisen in Richtung einer zentralen Verarbeitungsstörung. Inwiefern im Ergebnis eine Reizüberflutung oder ein Reizmangel oder beides herrscht wird diskutiert (Klenner, 2014, S. 7; Snippe, 2013, S. 12). Es ist jedenfalls möglich, die stereotypen Verhaltensweisen als eine Flucht vor oder als Ignorieren von Wahrnehmungsproblemen anzusehen. Obwohl diese Handlungen meist bis zum Erwachsenenalter bestehen bleiben (Howlin, Goode, Hutton, & Rutter, 2004), lässt sich die Schwelle für solche „Fluchtreaktionen“ offenbar erhöhen, indem dem Autisten Situationen vertrauter werden, oder ihm andere Sicherheiten (z.B. in Form von bekanntem Spielzeug) gegeben werden (Hottmann-Maier, 2008, S. 20).

Ein anderer Ansatz ist jener, dass nicht die Wahrnehmung selbst das Problem darstellt, sondern die zentrale Ordnung der Eindrücke und Informationen. Demnach hätten Autisten Schwierigkeiten übergeordnete Zusammenhänge herzustellen, wären aber durchaus in der Lage Detailinformationen zu einem Objekt oder einer Situation zu sammeln (Dies sogar teilweise besser als Gleichaltrige). Man spricht bei der Ordnungsfähigkeit von der „zentralen Kohärenz“, wobei vielen Autisten ein Mangel derselben und damit eine „lokalisierte Wahrnehmung“ zugesprochen werden. Hier wird also die detailbezogene Wahrnehmung, durch die kognitiven Rahmenbedingungen hervorgerufen. (Eberhardt, 2015, S. 45)

Wie zuvor genannt, ist hier auch die Einschränkung der „exekutiven Funktionen“ ein Erklärungsansatz, auch wenn diese bei einer kleineren Zahl von Autisten nachgewiesen werden konnte als beispielweise ein Mangel an „sozialer Kohärenz“. Nach diesem Ansatz wären vertraute Handlungen leichter zu bewältigen, da neue Handlungen zunächst schwer zu initiieren und zu regulieren sind. (Eberhardt, 2015, S. 43)

2.3 Diagnostik bei Kleinkindern

Es wurden bislang keine eindeutigen genetischen Marker identifiziert, die mit frühkindlichem Autismus in Verbindung gebracht werden können. Auch andere Möglichkeiten objektiver medizinischer Untersuchung (z.B. zerebrale Bildgebung) sind bisher nicht eindeutig genug, um eine Diagnose zu stellen (Rollett u. a., 2011, S. 4). Die Diagnostik erfolgt daher immer noch anamnestisch und über gezielte Beobachtungen. Zwar gibt es zahlreiche diagnostische Hilfen, doch letztendlich ist dieses ganze Verfahren stark von der Erfahrung des Untersuchers abhängig. Die bereits genannte Symptomvielfalt stellt vor allem bei der Ersterkennung eine massive Hürde da.

In der Praxis zeigt sich ein weiteres Problem: Einige der notwendigen Tests erfordern vom Patienten eine grundlegende Kooperation oder Kognition, um mit brauchbarem Ergebnis durchgeführt zu werden. Das hat zur Folge, dass eine abschließende Diagnose oft erst sehr spät um das 4. Lebensjahr gestellt werden kann. Prof. Dr. med. Michele Noterdaeme (2002), die schon seit vielen Jahren in diesem Bereich forscht und arbeitet, führt in einem Dokument zur Früherkennung diesen Punkt und noch drei weitere Gründe an, welche die Erkennung von frühkindlichem Autismus verzögern. Zum einen gebe es wenige Studien, die sich mit autistischen Kindern in den ersten 3 Lebensjahren beschäftigten, zum anderen sei die Störung so selten, dass Kinderärzten oft die Erfahrung mit dem Störungsbild fehle.

Außerdem bedeutet die starke Varianz in der Symptomatik nicht nur, dass untypische Symptome stärker ausgeprägt sein können und vom Störungsbild ablenken, sondern auch, dass typische Merkmale, wie z.B. das Vermeiden von Blick- oder Körperkontakt, sich schwächer oder anders zeigen, als vom Untersucher erwartet. Daher können leicht falsch-positive Einschätzungen getroffen werden, die nicht autistischen Kindern autistische Züge zuschreiben, aber auch falsch-negative, bei denen junge Autisten nicht frühzeitig als solche erkannt werden.

Im Zuge dieser Einschätzung müssen auch noch andere Syndrome vom Autismus abgegrenzt werden. Beispiele hierfür sind Rett-Syndrom, Mutismus, Zwangsneurosen oder Konzentrations- und Wahrnehmungsstörungen. Daran zeigt sich auch bereits, wie flexibel eine anschließende Therapie sein muss. Sie muss zum einen auf das Störungsbild des Kindes eingehen und zum anderen in der Lage sein, den Patienten in verschiedenen Entwicklungsphasen abzuholen.

3 Theorie: Einordnung sprachtherapeutischer Interventionen

Bevor der Blick auf die sprachtherapeutischen Ansätze gerichtet wird, sollen zunächst Therapiebereiche und mögliche Ziele für die sprachliche Therapie abgesteckt werden. Diese dienen anschließend dazu, die Ansätze in verschiedenen Kategorien zu vergleichen. Es werden zunächst sprachliche Interventionsbereiche genannt und deren wissenschaftliche und therapeutische Reputation aufgeführt. Anschließend werden aus dieser Fachbetrachtung Ziele und gewünschte Rahmenbedingungen für eine Therapie abgeleitet.

Auch wenn wesentliche aktuelle Quellen zum Thema zur Rate gezogen wurden, kann hier kein Anspruch auf Vollständigkeit bestehen. Der Autor der Arbeit bemüht sich jedoch, die Bereiche auf Basis der vorliegenden Fachliteratur zusammenzufassen, ohne Modell-Vorstellungen der therapeutischen Ansätze vorweg zu nehmen.

Es wird schwerpunktmäßig von frühkindlich autistischen Kinder ausgegangen, die zunächst nicht oder nur sehr eingeschränkt kommunizieren. Es wird zudem in die vorsprachlichen Bereiche (Kommunikation, Interaktion) und die sprachspezifischen Bereiche (Anbahnung, Pragmatik) unterteilt. Dies spielt vor allem für die abschließende Fragestellung eine Rolle, ob Sprachtherapie für Autismus eine sinnvolle Option darstellt, da vorsprachliche Interventionen nicht zwangsläufig im sprachtherapeutischen Setting geübt werden müssen.

3.1 Vorsprachliche Fähigkeiten

3.1.1 Kommunikation: Toleranz von Kommunikation, Sprechmotivation

Problemstellung

Viele Autisten meiden Kommunikation und reagieren bei Anzeichen einer Kontaktaufnahme gehemmt, gereizt oder mit Flucht. (Hottmann-Maier, 2008, S. 14, 2008, S. 21; Klenner, 2014, S. 10). Durch diese Ablehnung erhöht sich auch die Hürde, sich ihrerseits mitzuteilen.

Fachliche Betrachtung

Sprache besitzt für viele Autisten schon vom Säuglingsalter an nicht den kommunikativen Wert, den sie für andere Kinder besitzt (siehe 2.2.2). Es besteht daher die Vermutung, dass bereits der Auftakt zur Kommunikation für Autisten eine ungewollte Flut an Reizen, Erwartungen und Reaktionen der Umgebung ankündigt, also Lärm und Unruhe. Dies hat aus verhaltenstherapeutischer Sicht zur Folge, dass der Autist sich der Ansprache zu entziehen versucht (Snippe, 2013, S. 28).

Auf der anderen Seite sind Autisten tendenziell introvertiert. Rollett (2011) bezeichnet dieses als „das Extrem eines Persönlichkeitstypus“, der sich lieber mit wenigen Menschen in der Umgebung beschäftigt und den vermehrte soziale Reize eher verunsichern. Das heißt, dass der Wunsch nach sozialem Kontakt geringer ist und nicht aus Selbstzweck heraus entsteht. Es muss also erst verinnerlicht werden, dass Kommunikation zur Verbesserung der eigenen Situation führen kann. Der Autist muss früh persönliche Erfolge damit erzielen, um an kommunikativen Mitteln festzuhalten (Selbstwirksamkeit erfahren). Als letztes besteht die Möglichkeit, dass Einschränkungen der „exekutiven Funktionen“ (zur Regulierung, und Kontrolle willkürlicher Handlungen) es vielen Autisten erschweren, auf neue Reizsituationen adäquat zu reagieren (siehe 2.2.2, 0). In diesem Fall wäre es wichtig, einen kommunikativen Grundwortschatz zu erarbeiten. Also eine Grundmenge von Verhaltensweisen, aus denen der Patient auswählen kann, wenn es zur Kommunikation kommt (um diese auch erfolgreich aufzulösen). Zu Beginn kann es sich dabei beispielweise um Signale zur Ablehnung und Bestätigung handeln. (Dies könnte zunächst nonverbal geschehen bzw. unterstützt werden.)

Abgeleitete Ziele für die Sprachtherapie

- Der Patient soll auf alltägliche **Kommunikationssituationen** sicherer reagieren.
- Der Patient soll besser mit **Irritationen** während der Kommunikation umgehen (z.B. indem eine dritte Person im Raum akzeptiert wird).
- Der Patient soll die **Selbstwirksamkeit** seiner Kommunikation über Erfolge wahrnehmen.
- Der Patient soll einen kommunikativen **Grundwortschatz** beherrschen, um sich Alltagsgespräche zu erleichtern.

3.1.2 Interaktion: Nachvollziehen fremder Erwartungen, konkretisieren eigener Wünsche

Problemstellung

Sprache zu lernen, ist für den Patienten nur dann sinnvoll, wenn sie im Alltag neue Möglichkeiten bietet, auf die Umgebung Einfluss zu üben oder Hinweise der Umgebung aufzunehmen. Umgekehrt betrachtet, ist es ein großes Anliegen der Angehörigen bzw. Betreuer, Bedürfnisse des Patienten leichter zu verstehen und im Zuge der Erziehung Wege und Grenzen deutlicher zu machen. Auch Therapeuten können erst dann mit gewissen Methoden arbeiten (z.B. fortgeschrittene Belohnungssysteme wie das Sammeln von Punkten), wenn dieses gegenseitige Verständnis der Bedürfnisse besteht. (Rollett u. a., 2011, S. 33)

Fachliche Betrachtung

Wieder liegen grundständige Schwierigkeiten vor. Die Schwierigkeiten der „Ich“-Umwelt-Abgrenzung führen unter anderem dazu, dass viele Autisten Probleme haben, die Gedanken ihres Gegenübers nachzuvollziehen (Theory of Mind). Darüber hinaus ist es für sie dadurch schwerer, mehrere mögliche Optionen gedanklich parallel durchzuspielen und Abwägungen zu treffen. Werden beispielweise verschiedene Spiele angeboten, kann die Abwägung dazwischen einen hohen Anspruch für den Patienten darstellen. (Rollett u. a., 2011, S. 28)

Ein weiteres mehrfach angeführtes Problem mit dem Einschätzen des Gegenübers ist der situationsbedingte „Tunnelblick“, der, wie schon erwähnt, in Verbindung mit evtl. verminderter „zentraler Kohärenz“ oder einer erschwerten Wahrnehmung und Reizverarbeitung steht. (Snippe, 2013, S. 31). Da Autisten sich häufig nur schwer auf unterschiedliche Situationen einstellen können, ist also zu beachten, dass zunächst in einer gewohnten Situation geübt wird und Entscheidungen in ähnlichen Kontexten angeboten werden. So könnte man zunächst nur die Reihenfolge der Spiele der Therapie variieren, und der Patient wird motiviert, sie auszuwählen. Es können dem Patienten auch Therapiepausen gewährt werden, die er nach einer Übung selbst fordern kann. (Wichtig ist es in der Praxis diese Pausen klar zu begrenzen, z.B. durch eine Sanduhr oder einen Wecker)

Abgeleitete Ziele für die Sprachtherapie

- Der Patient soll auf **verbale Anweisungen** reagieren.
- Der Patient soll in der Lage sein, eigene (zunächst kleine) **Entscheidungen** zu treffen, wenn sie ihm angeboten werden.
- Der Patient soll Vorteile seiner **Selbstwirksamkeit durch Einfluss auf die Therapie** erfahren.

- Der Patient soll eigene **Wünsche** gegenüber seiner Umgebung äußern.

3.2 Sprachspezifische Fähigkeiten

3.2.1 Anbahnung (expressiver Sprache): Nutzung erster Wörter

Problemstellung

Der Weg zur Anbahnung erster Sprechversuche gestaltet sich oft lang und kompliziert. Im Falle der jungen Felizitas, deren Entwicklung Hottmann-Maier (2008) in ihrem Buch schildert, mussten einzelne Laute erst anhand von Schriftsprache erarbeitet und dann über die Silbenebene zu Worten zusammengefügt werden. Diese Methode der Wortbildung erlangte das Kind erst mit 5,4 Jahren. Der mit 4 Jahren vorrangigere Versuch des Mädchens, Wörter nachzusprechen, endete damit, dass sie im Anschluss nicht nur das Lernen neuer Worte einstellte, sondern auch auf die bereits gelernten Worte nicht mehr reagierte. Dieser Versuch war nach Einschätzung der Mutter u. a. daran gescheitert, dass Felizitas motorisch nicht in der Lage war, Worte flüssig zu artikulieren. Sie hatte in der kurzen Zeit nicht genug Erfolge sammeln können, um trotz der Anstrengungen des Lernens motiviert zu bleiben.

Fachliche Betrachtung

Solche „sprachliche Regressionen“ sind ein spezifisches Symptom für frühkindlich autistische Kinder. Auffällig ist besonders das Verlernen von schon erworbenem Wortmaterial (Eberhardt, 2015, S. 67). Nicht selten kommt es als Ergebnis zu einer stark verspäteten oder fehlenden funktionalen Sprachentwicklung. Die Angaben der Anteile, wie viele frühkindliche Autisten Sprache am Ende nutzen, sind widersprüchlich. Eberhardt (2015) spricht von 12% – 25% der Autisten die funktionelle Sprache nicht erlernen, in älteren Erhebungen ist von bis zu 50% die Rede. Eberhardt führt für diese Diskrepanzen zwei Gründe an: Zum einen ist nicht einheitlich definiert, wann Sprache als funktionell bezeichnet werden kann, zum anderen könne durch die bessere und frühere therapeutische Versorgung von Autisten heute von einer häufigeren Sprachanbahnung ausgegangen werden.

Am Beispiel Felizitas zeigt sich allerdings auch, dass etwaige Begleiterkrankungen weit schwerere Auswirkungen auf Sprache und Sprechen zeigen, als es bei sonst gesunden Kindern der Fall ist. Im Fall von Felizitas verhinderte möglicherweise eine motorische Planungs- oder artikulatorische- Störung zunächst das Sprechenlernen. Die Diagnose solcher Komorbiditäten ist zusätzlich erschwert, solange die autistische Symptomatik nicht abgeklärt ist. Hier zeigt sich erneut die Bedeutung einer sorgfältigen Diagnostik, bevor an der Sprache gearbeitet wird.

Tatsache ist, dass Vieles bei Autisten zeitlich langsamer abläuft, nicht nur in entwicklungsphysiologischer Hinsicht. So sind viele Patienten schon früh in der Lage auf Kontaktzeichen zu reagieren, wenn diese für einen langen Zeitraum (10 – 30min) gegeben werden (Rollett u. a., 2011, S. 53). Sie benötigen in vieler Hinsicht Gewöhnungszeit, sowohl wenn eine völlig neue Situation auftritt, als auch, wenn sich eine Situation vorhersehbar ändert (z.B. nach Therapiepausen). Sprache ist für sie häufig ein völlig neues Gebiet.

Davon ausgehend, ist die Sprachanbahnung ein Prozess, der mit viel Geduld und sehr kleinschrittig ablaufen muss, damit der Patient folgen kann. Es reicht meist nicht, ein Ziel vorzugeben, denn wie vermutlich auch im Falle von Felizitas geschehen, kann Verunsicherung leicht zum Abbruch von Sprech- oder Kommunikationsversuchen führen. Viele Patienten können nicht einschätzen, wie erfolgreich ihre eigenen Handlungen gewesen sind, daher ist direktes extensives Lob mit einbezogener Mimik und Gestik sehr wichtig.

Therapeuten müssen zusätzlich noch zweierlei vorgeben: klare Hinweise was erwartet wird (z.B. über einheitliche nonverbale Stimuli, wie das Anticken der Schulter) sowie unmittelbare Korrekturen, sobald der Patient Fehler macht. Statt Kritik, die den Patienten demotivieren würde, sollte wenn möglich eine Aufforderung zur Selbstkorrektur erfolgen, die wiederum gelobt werden kann. (Snippe, 2013, S. 106)

Ebenso wichtig wie die Herangehensweise ist die Beteiligung von Bezugspersonen. Diese sind ebenfalls gefordert, dem Kind mit konsequentem Verhalten Anhaltspunkte zu geben. Häufig beginnt der kommunikative Prozess mit Bezugspersonen zwar spät, aber (nonverbal) lange bevor ein Therapeut eingebunden wird. Im Falle von Felizitas stellte die Mutter über einige Jahre das „Tor“ zur Außenwelt da. Ohne ihre Zustimmung verweigerte das Mädchen die Interaktion mit Dritten (z.B. ihre Mithilfe beim An- und Ausziehen).

Da Regelmäßigkeit und Konsequenz für Training mit Autisten entscheidend sind, erscheint eine Einbindung des Umfeldes und der Bezugsperson unerlässlich. Schließlich ist die Zeit der Kontaktstunden mit dem Therapeuten begrenzt und Sprache soll vor allem im Alltag Anwendung finden.

Abgeleitete Ziele für die Sprachtherapie

- Mögliche Schwierigkeiten durch Begleiterkrankungen sollen so gut wie möglich festgestellt und ins sprachliche Therapiekonzept einbezogen werden.
- Der Patient soll lernen, sich an den Hinweisen des Therapeuten zu orientieren und sich dadurch leiten zu lassen. (nonverbale Stimuli, Lob und Korrekturen)
- Der Patient soll kleinschrittig und unter enger Führung ans Sprechen herangeführt werden.
- Wenn irgend möglich soll die Förderung auch außerhalb des Therapieraumes durch die Bezugspersonen weitergeführt werden. (gleiches Verfahren bei Regeln, Lob und Konsequenzen)

3.2.2 Pragmatik: Grundlagen der Gesprächsführung und Narration

Problemstellung

Nach Überwindung der Kommunikationsschwelle, dem Grundverständnis der Interaktion und der Umsetzung erster Wörter, müssen betroffene Autisten sich in einem Regelwerk der Gesprächsführung zurechtfinden. Diese Regeln werden von anderen Kommunikationspartnern vorausgesetzt, ohne dass sie klar formuliert würden. Sie gelten sowohl für die einseitige Berichterstattung (z.B. Beschreibung der Erlebnisse des Wochenendes) als auch für beidseitige Gespräche. Aus logopädischer Sicht handelt es sich hier also in erster Linie um eine pragmatische Problemstellung.

Fachliche Betrachtung

Nach Levinson und Wiese (2000) ist Pragmatik folgendermaßen definiert:

the study of those relations between language and context and context that are grammaticalized, or encoded in the structure of the language. (S. 9)

Die pragmatische Ebene gilt unter den Sprachebenen als universal und schwerpunktmäßig betroffen (Eberhardt, 2015, S. 73; Klenner, 2014, S. 6), wogegen die Einschränkungen auf den anderen Ebenen in der Literatur als geringer eingeschätzt werden. Auf grammatisch-morphologischer Ebene zeigt sich die Syntax von sprechenden Autisten häufig wenig flexibel und anpassungsfähig, scheint aber nicht systemisch gestört zu sein. Die Bereiche "Lexikon-Semantik" und "Phonetik-Phonologie" können sich zwar entsprechend der Gesamtentwicklung verzögern, zeigen aber nach derzeitiger Erkenntnis keine isolierten oder pathologischen Abweichungen. Häufig auffällig (obgleich wenig erforscht) ist die Entwicklung auf suprasegmentaler Ebene. (Eberhardt, 2015, S. 71; Snippe, 2013, S. 36) Hierzu muss ergänzt werden, dass auch der bewusste und geübte Einsatz von Prosodie, durchaus als pragmatisches Training betrachtet werden kann, da es sich dabei ebenfalls um eine kontextbezogene Anpassung der Sprache handelt.

Inhaltlich handelt es sich bei der Pragmatik im Falle des Autismus, wie von Eberhardt beschrieben, um eine enge Verknüpfung von nonverbalen Anteilen (z.B. Blickkontakt), mit linguistischen und sozialkognitiven Komponenten, die vereinzelt oder in ihrer Verbindung betroffen sind. Dies gilt für alle Autisten, unabhängig vom kognitiven Stand (Eberhardt, 2015, S. 71). Pragmatik stellt in der Folge eine Art sprachliches Nadelöhr für die meisten Autisten dar. Ein Schwerpunkt zu setzen, wird hier besonders empfohlen, wenn das therapeutische Ziel über eine simple sprachliche Reaktion hinausgehen soll. (Snippe, 2013, S. 103)

Eine der größten Einschränkungen der Betroffenen besteht darin, dass Gespräche sehr schwer begonnen, strukturiert oder fortgeführt werden können. (Snippe, 2013, S. 113) Daher sind sowohl die Selbständigkeit in der Nutzung von Sprache, als auch die Menge der sprachlichen Alltagserfahrung direkt vom pragmatischen Können abhängig.

Im Folgenden werden zwei sehr häufig genannte Bereiche aus dem Abschnitt der Gesprächsführung hervorgehoben, das „Turn-Taking“ und die „Narration“:

Turn-Taking (sprachlich)

Beim „Turn-Taking“ handelt es sich um die (abwechselnde) sprachliche Koordination mehrerer Gesprächspartner. Man spricht aus Sicht des Autisten auch von Schwierigkeiten bei der Findung der Hörer-Sprecher-Rolle. Schwierigkeiten in diesen Bereichen sind in der Literatur und in Studien vielfach belegt. (z.B. Eberhardt, 2015, S. 72; Snippe, 2013, S. 8)

Kraus & Wagner (2012) beschreiben in einer Studie (kleine Fallzahl: n=7, 1-3 Jahre), die sich mit pragmatischen Fähigkeiten bei frühkindlichem Autismus befasst, exklusive Probleme beim sprachlichen Turn-Taking. Das non-verbale Turn-Taking (Hier abwechselndes Stempeln) war bei den Probanden im Vergleich zu den Kontrollgruppen unbeeinträchtigt. Snippe (2013) mutmaßt, dass die Ablehnung der Kommunikation schon in den ersten Lebenswochen dazu führt, dass grundlegende pragmatische Fähigkeiten nicht mit den Eltern geübt werden und dadurch in der Entwicklung zurückfallen.

Es lassen sich also zumindest Hinweise auf eine speziell kommunikative oder sprachliche Problematik finden.

Narration

Die „Narration“, die Fähigkeit sein Erzählen zu strukturieren, ist ebenfalls eine vielfach aufgeführte Schwäche.

Autisten können schwerer einschätzen, welche Informationen zur Beschreibung eines Sachverhaltes von ihrem Gegenüber benötigt werden, wie diese aufbereitet oder sortiert sein müssen. Diese Schwierigkeiten führen dazu, dass einseitige Mitteilungen Außenstehende oft kryptisch, unzusammenhängend, oder unvollständig erreichen. Dieser Bereich ist bei allen Autisten behandlungsbedürftig, die grundsätzliche Sprachfähigkeiten erworben haben und motiviert sind, sprachlich stärker mit ihrer Umwelt in Kontakt zu treten.

Abgeleitete Ziele für die Sprachtherapie

- Der Patient soll sich in seinen **nonverbalen pragmatischen Fähigkeiten** verbessern (Geschieht parallel zur Sprachanbahnung).
- Der Patient soll lernen, **Gespräche zu initiieren und fortzuführen** (sprachl. Turn-Taking).
- Der Patient soll lernen, Informationen **narrativ zu strukturieren**.

4 Praxis: Schwerpunkte verschiedener Ansätze

Hier sollen mehrere Ansätze kurz vorgestellt werden. Auf Basis der erarbeiteten möglichen Therapiebereiche und Ziele, sollen dann die Schwerpunkte der Ansätze verglichen werden. Es soll herausgefunden werden, welche der oben genannten Therapieziele auch in den Konzepten der einzelnen Ansätze formuliert werden. Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den Konzepten werden in einer Tabelle gegenübergestellt. Im Anschluss wird subjektiv der Schwerpunkt eines Konzeptes eingeschätzt. Die Wahl dieses Schwerpunktes orientiert sich daran, welcher der obigen Bereiche im Konzept des jeweiligen Ansatzes am deutlichsten betont wird. Es wird also versucht, den Schwerpunkt des Konzeptautors wiederzugeben.

Wichtig ist zu unterstreichen, dass diese Gewichtung keine Bewertung der Ansätze und ihrer Wirksamkeit darstellt. Diese kann nur aus Praxiserfahrung und der vorliegenden Evidenz hervorgehen.

Neben dem formalen Vergleich der Ansätze ist es bei einem tabellarischen Überblick auch möglich, den sprachtherapeutischen und den ganzheitlichen Anteil und das Eingehen auf sprachspezifische Besonderheiten einzuschätzen.

4.1 Vorstellung der Ansätze

4.1.1 TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children)

Grundannahme

Nach TEACCH erschweren Einschränkungen der Betroffenen durch Störungen bei Wahrnehmung von Zeit, Raum und sozialen Hinweisreizen einen reibungsarmen Umgang mit der Umwelt. Die Folge seien hiernach Schwierigkeiten im Bereich der Orientierung und des Zurechtfindens in der Umgebung. Dies könne kompensiert werden, um ein besseres Lernumfeld zu ermöglichen.

Ansatz

Die Außenwelt wird nach TEACCH strukturiert. Alltagsreize werden auf das wesentliche reduziert. Dabei wird keine sprach- oder kommunikationsspezifische Methodik angewandt. Dennoch ist das Ermöglichen von Kommunikation, mit unterschiedlichsten gestischen, verbalen oder visuellen Systemen Teil des Programms. Es wird sowohl der Erwerb der unterschiedlichen Zeichen eines Kommunikations-Systems als auch die Initiierung eines kommunikativen Kontakts durch den Betroffenen als Ziel genannt. Die Ermöglichung von schulischer Bildung wird der individuellen Therapie vorgezogen. Die Einbindung in alle Lebensbereiche (z.B. Leben in einer Einrichtung) ist fester Bestandteil des Grundkonzepts.

Zielgruppe

Zielgruppe stellen Menschen dar, die starke Einschränkungen in Formalität und „Kommunikativität“ der gesprochenen Sprache zeigen.

Evidenz

Die Evidenz ist für Kinder mit schweren Störungen der Kognition und Kommunikation wiederholt nachgewiesen und gilt als gesichert.

(Klauß, 2007, S. 8; Snippe, 2013, S. 89)

4.1.2 AVB (Applied Verbal Behavior)

Grundannahme

Dieser Ansatz wurde als Ergänzung zur „Applied Behavior Analysis“ entwickelt, die Lovaas, basierend auf Skinners Verhaltenstheorie etablierte. Dabei sollen die Patienten frühzeitig Verhaltensweisen erlernen, die ihnen den Alltag erleichtern. Je früher diese Verhaltensweisen erlernt werden, desto mehr Nutzen zieht der Patient daraus. Er wird sich im Alltag sicherer verhalten und auch besser lernen können.

Ansatz

Der Patient wird konditioniert, erwünschtes Verhalten zu zeigen und unerwünschtes zu unterbinden. Dazu werden Verstärker gegeben oder entzogen. Dem Patienten wird außerdem mit Hinweisen („Prompts“) bedeutet, was von ihm erwartet wird. Versteht der Patient, wann und wo ein bestimmtes Verhalten erwünscht ist, werden die Prompts ausgeschlichen. Geübt werden Teilschritte zum Durchführen einfacher Handlungen. Beispiele sind das Fordern („Manding“) und das Benennen („Tacting“). Ebenfalls inbegriffen ist die Reaktion auf einen kontrollierten Kontaktaufbau bis hin zu rudimentären dialogischen Fähigkeiten. Die Therapie wird in enger Zusammenarbeit mit den Eltern durchgeführt, die sehr konsequent und gleichsinnig mit dem Therapeuten nach festen Mustern reagieren müssen (evtl. mit Coaching).

Zielgruppe

Die Methode richtet sich vornehmlich an Kinder, die Sprache nicht oder nur in Ansätzen beherrschen. Besonders bei Patienten mit weiteren unerwünschten Verhaltensschwierigkeiten, kann systematisch interveniert werden.

Evidenz

Sowohl AVB als ABA sind umfangreich in Studien getestet worden und gelten in der Praxis als solide Methoden mit weitgehend sicherem Erfolg.

(Klauß, 2007, S. 4; Schewe, Schulze, & Jacobs, 2011; Snippe, 2013, S. 53)

4.1.3 Komm!Ass – Führen zur Kommunikation

Grundannahme

Ähnlich wie bei TEACCH steht die Wahrnehmung im Vordergrund des Konzeptes. Während bei TEACCH jedoch davon ausgegangen wird, dass sich die Umgebung ändern muss, um dem Patienten ein angenehmes Leben zu ermöglichen, liegt diesem Konzept die Annahme zu Grunde, dass die Wahrnehmung des Patienten trainiert werden kann, um den Kontakt zur Umwelt zu verbessern.

Ansatz

Zunächst erfolgt der Aufbau des Vertrauens zum Therapeuten. Anschließend arbeitet der Therapeut mit und am Patienten, indem er ihn in Spielsituationen zu Bewegungen herausfordert und die verschiedenen Sinnesmodalitäten damit einbindet. Es soll dem Patienten ermöglicht werden, Reize besser und mehrere Reize parallel aufnehmen zu können.

Außerdem soll das gezielte Anbieten von Reizen dem Autisten erleichtern, selbständig Bewegungen und zuletzt auch Sprache zu erlernen. Im ersten Falle wird das Körpergefühl bei geführten Bewegungen stimuliert, im zweiten wird geführte Gebärdensprache benutzt. Alle Hilfen werden reduziert, sobald der Patient selbständiger reagiert und verstärkt wenn es erneut nötig erscheint (Beispielsweise, wenn die gemeinsame Aufmerksamkeit abubrechen droht.) Die Therapie wird von geübten Therapeuten im Einzelsetting durchgeführt.

Zielgruppe

Der Ansatz ist primär an autistische und geistig behinderte Kinder und Jugendliche adressiert, die keine bzw. selten verbale Sprache entwickeln.

Evidenz

Es gibt derzeit keine dokumentierten Evidenzen zu Therapieerfolgen. Lediglich eine kritische Betrachtung des Konzeptes im Zuge einer Bachelor-Arbeit ist vorhanden.













(Klenner, 2014, S. 15–18)

4.2 Vergleich der Verfahren und Diskussion der Schwerpunkte

4.2.1 Ergebnisse

Die folgende Rating-Tabelle verdeutlicht, welche der oben genannten Therapieziele sich in den Ansätzen widerspiegeln und welche Schwerpunkte identifiziert wurden:

Tabelle 2: Schwerpunkte der Therapieansätze

	vorsprachlich		sprachspezifisch	
	Kommunikation	Interaktion	Anbahnung	Pragmatik
TEACCH	 3/4 *	 3/4	 2/4	 2/3
AVB	 3/4	 2/4	 4/4 *	 1/3
Komm!ASS	 3/4	 4/4 *	 3/4	 1/3

Grüne Balken = Anzahl der übereinstimmenden Therapieziele im jeweiligen Therapiebereich

* = Schwerpunktsetzung hervorgehend aus dem Therapiekonzept

Es ist hierbei zu beachten, dass methodisch zunächst die Bereiche und Therapieziele erarbeitet, dann die Schwerpunkte auf Bereiche verteilt wurden und zuletzt der Abgleich der Therapieziele mit den Konzepten der Ansätze erfolgte. Die Schwerpunkte wurden *nicht* nach Auswertung der Therapieziele angepasst, um Voreingenommenheit bei der subjektiven Wertung zu vermeiden. Ebenso wurde versucht, die Konzepte der Ansätze bei der Erarbeitung und Begründung der möglichen Therapieziele nicht einzubeziehen, um eine möglichst neutrale Referenz herzustellen.

(Vergl.→ Anhang - Tabelle 3: Vergleich der Ansätze bez. der Therapieziele im Detail)

4.2.2 Diskussion der Ergebnisse

Inhaltlich ist zu erkennen, dass die Schwerpunkte der Ansätze sich auch in der Aufstellung ihrer Ziele widerspiegeln.

Spannend ist die Tatsache, dass der keineswegs sprachlich orientierte TEACCH Ansatz einen großen sprachlichen Anteil enthält, während AVB und Komm!ASS stark auf nicht-sprachlichen Grundlagen aufbauen. Dabei versteht sich AVB durchaus als sprachspezifischer Ansatz, und Komm!ASS als methodisch ganzheitlich mit sprachlicher Zielsetzung. Es kann anscheinend zum Erwerb der Sprache, nicht auf die nichtsprachlichen Grundlagen verzichtet werden. Dieser Sachverhalt unterstützt auch die bisherigen in der Arbeit erkennbaren Tendenzen.

Auf der anderen Seite wird die Relevanz der Sprache im Alltag dadurch unterstrichen, dass selbst der kompensatorisch orientierte TEACCH-Ansatz die sprachlichen Ausdrucksmöglichkeiten bewusst fördert.

Interessant ist außerdem, dass das TEACCH als einziger der drei Ansätze, weitergehende Ziele für die Pragmatik formuliert. Bei den Ansätzen mit Sprachanbahnung spielt diese erweiterten Zielsetzungen nur eine Nebenrolle. Es können auf Grundlage der Theorie und Konzepte verschiedene Gründe vermutet werden. Es kann sein, dass die Klientel die Sprachanbahnung benötigt, selten den Schritt in die sprachliche Pragmatik unternimmt, oder die sprachliche Pragmatik stellt ein so umfassendes System dar, dass sie in einem getrennten Ansatz verfolgt werden muss. Möglicherweise wird hier auch vorwiegend symptombezogen gearbeitet und nicht auf Grundlage eines Gesamtkonzepts. In der Literatur fehlt es jedenfalls an sprachlich-pragmatischen Ansätzen, während die Theorie zu diesem Thema von vielen Seiten untersucht wurde.

Es lässt sich in dieser begrenzten Auswahl an Kernaussagen nicht ableiten, ob ein Ansatz vorwiegend kompensatorisch (TEACCH), therapeutisch (AVB, Komm!ASS) oder sogar ursachenbezogen (Komm!Ass) arbeitet. Auch kann keine Aussage über den Erfolg einer Therapie getroffen werden. Allerdings hilft eine derartige Gegenüberstellung bei der Entscheidung, ob und welche Kommunikation zur Außenwelt mit der Wahl eines bestimmten Ansatzes erreicht werden könnte.

Während TEACCH nicht zwangsläufig das verbale Gespräch zu verbessern versucht, sondern sich auf Alltagssituationen des Patienten konzentriert, bietet AVB eine zielgerichtete Therapie, die es vor allem Angehörigen und Lehrern erleichtern soll den Patienten zu leiten. Komm!Ass versucht dagegen, dem Patienten intrinsisch Möglichkeiten zu eröffnen und ihm ein selbständiges Lernen und eigene Erfahrungen zu ermöglichen.

Einschränkend muss hier erneut angeführt werden, dass die Praxis der Ansätze nicht verfolgt werden konnte und es sich daher um eine konzeptionelle Analyse handelt. Die Umsetzung der Ansätze von einzelnen Therapeuten bzw. Zentren, kann sich deutlich unterscheiden.

5 Diskussion der Fragestellung

Nach Einblick in die verschiedenen Modelle erscheint es sinnvoll die Ausgangsfrage erneut zu stellen: Ist eine Sprachtherapie bei frühkindlichem Autismus sinnvoll?

Aufgrund der gesammelten Ergebnisse kann dieses in vielen Fällen bejaht werden.

Bei allen Einschränkungen der Informationslage, ließen sich klare Indizien dafür finden, dass der sprachliche Bereich bei Autisten eingeschränkt ist und häufig gut therapiert werden kann. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass die Förderung von sprachlichen Ausdrucksmöglichkeiten den Alltag verbessern und eventuell sogar das zugrundeliegende Störungsbild positiv beeinflussen kann-.

Eine Sprachtherapie kann zudem mit vertretbarem Aufwand, in unterschiedlichen Therapie-Settings und mit verschiedenen Zielsetzungen durchgeführt werden. Sie kann also auf das individuelle Bedürfnis des Patienten und seiner Angehörigen gut abgestimmt werden.

Theorie

In der Theorie zeigt sich zunächst ein sehr enger Zusammenhang von Kommunikation und den autistischen Störungsbildern. Der Umgang mit sozialen Reizen steht in direkter Wechselwirkung mit bedeutenden Fähigkeiten, wie dem selbständigen Entscheiden, der Orientierung in einer interaktiv-sozialen Umgebung oder der Aufnahme von Anleitung und Hilfe. Auch wenn wir uns damit noch im vorsprachlichen Bereich und nicht eindeutig auf dem Gebiet der Sprachtherapie befinden, kann gemutmaßt werden, dass sprachspezifische Arbeit diese Fähigkeiten ebenfalls verbessert oder zumindest unterstützt. Eine erfolgreiche Sprachtherapie kann zudem direkt die Einbindung des Patienten in seine Umgebung verbessern und ihm den Alltag erleichtern. Für autistische Patienten mit fortgeschrittener Sprache, gilt das nicht weniger, denn hier kann häufig im Bereich der sprachlichen Pragmatik (z.B. Narration) sprachspezifische Unterstützung gegeben werden.

Lediglich, wenn über einen langen Zeitraum keine weiteren Fortschritte auf dem Weg zur Anbahnung möglich sind, muss über eine gänzlich andere kommunikative Zielsetzung nachgedacht werden. Dabei gilt Anbahnung von verbaler Sprache bei einem Großteil der Autisten als möglich, wenn Zeitpunkt, Therapie und Umgebung richtig gewählt werden. Es fehlen hier allerdings klare Erhebungen, wie häufig Sprachtherapie zur Anbahnung beiträgt. Zwingende Voraussetzungen für eine effektive Therapie sind dabei allerdings die Beteiligung der Kontaktpersonen, eine regelmäßige Therapie und eine eingehende individuelle Symptomanalyse.

Praxis

In der Praxis gibt es mehrere Verfahren mit guten Evidenzen, die Kommunikation verbessern und Sprache anbahnen können. In den meisten Fällen handelt es sich dabei zwar nicht um ursachenorientierte Methoden, aber der Alltag kann deutlich erleichtert und der Grad der Eigenständigkeit des Patienten gesteigert werden. Durch den erweiterten Kontakt mit Umgebung und Personen kann der Betroffene klare Orientierungspunkte erhalten, seine Möglichkeiten selbstständig erweitern, aber auch seine Grenzen besser abschätzen. Es gibt verschiedene Therapie-Settings wie ambulante Zentren, Praxen und Internate. Auch unterscheidet sich der Aufwand je nach Therapieform. Der Therapiebeitrag kann außerdem unterschiedlich auf die Beteiligten aufgeteilt werden (Therapeuten, Umfeld, Erzieher). Es sollte daher fast immer eine Option zur Sprachförderung in Frage kommen. Natürlich ist bei dieser Fülle an Wegen eine umfassende Beratung Grundlage für die Wahl einer optimierten individuellen Therapie.

Die Frage nach den tatsächlichen Kriterien der Eltern für die Auswahl der Therapieverfahren und der zur Verfügung stehenden Anlaufstellen wäre ein interessantes Thema für weitere Recherchen.

Wissenswert wäre auch, wie häufig bei Autisten mit geringeren sprachlichen Defiziten an der sprachlichen Pragmatik gearbeitet wird. Wie wird dabei vorgegangen, und welche (sozialen) Erfolge stellen sich dadurch in der Praxis ein?

Im Bereich Autismus und Sprache bleibt noch vieles offen. Es gibt mittlerweile aber ein weit größeres Interesse an Forschung und Entwicklung von Therapieverfahren, als es noch vor einigen Jahren der Fall war. Die Diagnostik von frühkindlichem Autismus gestaltet sich weiterhin schwierig, aber die anamnestischen Instrumente verbessern sich stetig. So kann auch darauf gehofft werden, in Zukunft mehr über die ersten Jahre der Sprach- und Kommunikationsentwicklung bei Autisten zu erfahren, um damit Grundlagen und individuelle Zielausrichtung für die Therapien weiter zu verbessern.

6 Literaturangaben

- Althaus, H. P., Henne, H., & Wiegand, H. E. (1980). *Lexikon der germanistischen Linguistik* (Studienausgabe, 2. Aufl.). Tübingen: Niemeyer.
- Eberhardt, M. (2015). *Autismus und Sprache: Wörter, Sätze und Gespräche verstehen* (1. Aufl.). Marburg: Tectum.
- Graubner, B., & Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.). (2015). *Systematisches Verzeichnis: internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme: 10. Revision - German Modification* (Version 2015, Stand: 19. September 2014). Köln: Dt. Ärzte-Verl.
- Hottmann-Maier, H. (2008). *Felizitas lernt fliegen: praktische Übungen zur frühen Förderung von Kindern mit Autismus* (Orig.-Ausg., 2. Aufl.). Karlsruhe: von Loeper Literaturverl.
- Howlin, P., Goode, S., Hutton, J., & Rutter, M. (2004). Adult outcome for children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 212–229.
- Klauß, T. (2007). Handlungskonzepte Autismus. Abgerufen 6. November 2015, von https://www.ph-heidelberg.de/fileadmin/user_upload/wp/klauss/Handlungskonzepte_Autismus.pdf
- Klenner, J. (2014). *Komm! ASS - Führen zur Kommunikation - Kritische Betrachtung eines Therapiekonzeptes zur Sprachanbahnung bei Autismus-Spektrum-Störungen*. HAWK, Hildesheim.
- Kraus, H., & Wagner, J. (2012). *Pragmatische Störungen bei Kindern mit Störungen des Autistischen Spektrums*. LMU, München.
- Levinson, S. C., & Wiese, M. (2000). *Pragmatik* (3. Aufl.). Tübingen: Niemeyer.
- Noterdaeme, M. (2002). Früherkennung autistischer Störungen (Artikel). Abgerufen von http://www.autismus-oberbayern.de/downloads/Fruherkennung_autistischer_Stoerungen.pdf
- Noterdaeme, M. (2011). Autismus-Spektrum-Störungen – ein Überblick zum aktuellen Forschungsstand. *Klinische Pädiatrie*, 223(S 01), E1–E15.

- Noterdaeme, M., & Enders, A. (Hrsg.). (2010). *Autismus-Spektrum-Störungen (ASS): ein integratives Lehrbuch für die Praxis* (1. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Rollett, B. A., Kastner-Koller, U., & Spiel, G. (2011). *Praxisbuch Autismus: für Eltern, Erzieher, Lehrer und Therapeuten: Autismus in der Fachdiskussion* (4. überarb. Aufl.). München: Urban & Fischer.
- Saß, Henning (Hrsg.). (2003). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: Textrevision - DSM-IV-TR* (übersetzt nach der Textrevision der 4. Aufl.). Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe.
- Schewe, L. E., Schulze, G. C., & Jacobs, G. (2011). Der Förderansatz Applied Behavior Analysis mit Verbal Behavior für Kinder mit einer Autismus-Spektrum-Störung in Deutschland.
- Snippe, K. (2013). *Autismus - Wege in die Sprache* (1. Aufl.). Idstein: Schulz-Kirchner.

7 Anhang

Tabelle 3: Vergleich der Ansätze bez. der Therapieziele im Detail

Komm!Ass, **AVB**, **TEACCH**

Kommunikation			S.
Der Patient soll auf alltägliche Kommunikationssituationen sicherer reagieren.	+	+	+
Der Patient soll besser mit Irritationen während der Kommunikation umgehen (z.B. indem eine dritte Person im Raum akzeptiert wird).	+		
Der Patient soll seine Selbstwirksamkeit durch Sprache über Erfolge wahrnehmen.	+	+	+
Der Patient soll einen kommunikativen Grundwortschatz beherrschen, um sich Alltagsgespräche zu erleichtern.		+	+
Interaktion	S.		
Der Patient soll auf verbale Anweisungen reagieren.	+	+	+
Der Patient soll in der Lage sein, eigene (zunächst kleine) Entscheidungen zu treffen, wenn sie ihm angeboten werden.	+		+
Der Patient soll Vorteile seiner Selbstwirksamkeit durch Einfluss auf die Therapie erfahren.	+	+	
Der Patient soll eigene Wünsche gegenüber seiner Umgebung äußern.	+		+
Anbahnung		S.	
Mögliche Schwierigkeiten durch Begleiterkrankungen sollen so gut wie möglich festgestellt und ins Therapiekonzept einbezogen werden.	+	+	
Der Patient soll lernen, sich an den Hinweisen des Therapeuten zu orientieren und sich dadurch leiten zu lassen .	+	+	+
Der Patient soll kleinschrittig und unter enger Führung ans Sprechen herangeführt werden.	+	+	
Wenn irgend möglich soll die Förderung auch außerhalb des Therapieraumes durch die Bezugsperson weitergeführt werden.		+	+
Pragmatik			
Der Patient soll sich in seinen nonverbalen pragmatischen Fähigkeiten verbessern (Geschieht parallel zur Sprachanbahnung).	+	+	+
Der Patient soll lernen, Gespräche zu initiieren und fortzuführen (sprachliches Turn-Taking, Dialogführung).			
Der Patient soll lernen, Informationen narrativ zu strukturieren .			+

S. = Schwerpunkt (nach subjektiver Einschätzung), + = Ziel wird im jew. Konzept genannt