

## **2 Menschen mit Autismus und deren Besonderheiten als Rezipient\_innen der Umwelt**

### **2.1 Darstellung der Autismus-Spektrum-Störungen**

Autismus-Spektrum-Störungen stehen seit einigen Jahren stark im Fokus der Forschung der Sozialwissenschaften (Kamp-Becker und Bölte 2011, S. 7), der Medizin, darunter vor allem der Neurowissenschaften (Bölte und Dziobek 2009, S. 131), der Philosophie (Kalaitzidis 2010, S. 6f.) und der Praxis sowie der Angebote der Behindertenhilfe (Lingg und Theunissen 2008, S. 107ff.). Immer wieder findet dieses breite Interesse auch Niederschlag in der Presse (z.B. Zintz 2014). Der Begriff des ‚Autismus‘ stammt aus dem Griechischen, besteht aus den zwei Worten *autos* (= selbst) und *ismos* (= Zustand, Orientierung) und meinte ursprünglich einen „egozentrischen Rückbezug in sich selbst und die eigene Gedankenwelt, bei gleichzeitigem Abschied von der Außenwelt, im Rahmen schizophrener Störungen“ (Bölte 2009c, S. 21f.).

Vorweg eine kurze Stellungnahme zum Umgang mit verallgemeinernden, empirischen, statistischen und diagnostischen Daten in Bezug auf die Aufbereitung der ‚Störungsbilder des Autismus-Spektrums‘: Diagnosen nach der ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; DIMDI und WHO 2016) als solche beschreiben eine vielfach anzutreffende Anhäufung von Symptomen, die unter einem Krankheits- oder Störungsbegriff zusammengefasst werden. Diese führen zu einer bestimmten Auswahl an für das Störungs- oder Krankheitsbild als überwiegend wirksam befundene, medizinische (z.B. medikamentöse Therapie), psychologische (z.B. Psychotherapie) oder pädagogische (z.B. Soziotherapie) Interventionen, welche von z.B. der Kranken-, Pflege- oder anderen Versicherungen der deutschen Sozialgesetzgebung subventioniert oder zur Gänze auf der Grundlage dieser normierten Diagnose bezahlt werden (Kamp-Becker und Bölte 2011, S. 74). Diagnosen und deren Erhebung beim Patienten beschreiben damit Zuordnungen zu einer Häufigkeitsverteilung und nicht den individuellen Menschen in seiner Lebenslage, seinen Beeinträchtigungen und Ressourcen (ebd., S. 29).

Dem wird versucht, mit dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), mit einer ganzheitlichen Betrachtung der Faktoren des Körpers, der Partizipation und Aktivitäten sowie der Umwelt (DIMDI und WHO 2005, S. 16), besser gerecht zu werden. Diese ist jedoch auch an die medizinische Diagnostik angelehnt und besitzt nicht die spezifisch geisteswissenschaftliche Sichtweise der Ganzheitlichkeit. Pauschalisierungen und Verallgemeinerungen sind also immer als Vereinfachung und Reduktion auf statistisch normierte Gemeinsamkeiten zu verstehen und wollen nicht die spezifisch pädagogische Sicht auf den Einzelfall, der hinter (oder besser vor) der Diagnose steht, darstellen. Es sind Arbeitshypothesen, um einer großen Anzahl von Menschen mit ähnlichen Symptomen ein quantifiziertes Spektrum an effektiven und effizienten Maßnahmen anbieten zu können (Lingg und Theunissen 2008, S. 20ff.). Wenn also im Folgenden *der* Autismus oder *die* Menschen mit Autismus zu lesen ist, ist das als Verallgemeinerung eines Störungsbildes nicht in vollem Maße gleichzusetzen mit den Menschen, bei denen eine Störung aus dem Autismus-Spektrum diagnostiziert wurde, da deren Symptomatik an diese generalisierte Norm zwar heranreicht, jedoch meist nicht in ihrer Gesamtheit und Komplexität im jeweiligen Einzelfall so auftritt und die Menschen folglich auch andere Symptome aufweisen können.

Das Störungsbild des Autismus hat eine lange Geschichte in verschiedenen Zuordnungen und in verschiedenen Ausprägungen hinter sich und erfährt auch aktuell wieder eine ganz neue Bewertung und Zuordnung (Bölte 2009c, S. 25ff.; Szalavitz 2015, S. 4ff.).

### 2.1.1 *Historie des Störungsbildes Autismus*

Erstmalig als Teil der Schizophrenie-Forschung von Eugen Bleuler 1911 benannt, hat Autismus als eigenständige Diagnoseform erstmals 1943/44 bei Hans Asperger und Leo Kanner in unterschiedlicher Manifestation Einzug in die wissenschaftliche Literatur gehalten (Bölte 2009c, S. 21ff.). Von diesen namhaften Psychiatern und ihren Beobachtungen in der Praxis rührt auch heute noch die polare Unterscheidung in das Asperger-Syndrom, die Manifestation des Störungsbildes mit dem Schwerpunkt auf der sozialen Interaktion, und den Kanner-Autismus, die Ausprägung des Störungsbildes mit dem Schwerpunkt auf der Wahrnehmungsstörung und Störung des Körperschemas (ebd.). 1966 gab es die ersten medizinisch-psychologischen Ausarbeitungen zur Epidemiologie von Autismus als tiefgreifende Entwicklungsstörung (Noterdaeme 2011, S. 10f.).

Fraglich waren damals noch die Ursache und die sich daraus ergebende Behandlung.

In den 1970er Jahren lag der Fokus der Erklärungsansätze auf der 1967 erstmals von Bruno Bettelheim beschriebenen tiefenpsychologischen Blickrichtung innerhalb der Entwicklungspsychologie (Bölte 2009c, S. 24). Dieser ging davon aus, dass in der Entwicklung des Kindes mit Autismus eine Entwicklungsaufgabe versäumt wurde oder aber die emotionale Entwicklung reduktiv war (ebd.). Begründet sah er dies in dem herzlosen Umgang, vor allem seitens der Mutter – ein geflügeltes Wort wurde damals die ‚Kühlschrankmutter‘ (ebd.). Von dieser Sicht und offenkundigen Schuldzuweisung gegenüber den Eltern der Betroffenen ist man in den 1970er bis 1980er Jahren abgerückt. Seither beschäftigt sich die Forschung hauptsächlich mit der Suche nach multigenetischen Faktoren und der Frage nach den Anteilen der somatoformen Störungsart innerhalb des Gehirns (ebd., S. 24ff.). Geblieben sind von der tiefenpsychologischen Sicht die Fragen nach den Auswirkungen auf die soziale Interaktion allgemein und im Speziellen mit den Eltern sowie die tiefenpsychologischen Auswirkungen auf die Betroffenen durch die veränderte Wahrnehmung der Lebenswelt und des Körperschemas (Lingg und Theunissen 2008, S. 112ff.). Für kurze Zeit wurde das neu definierte Rett-Syndrom (ICD 10: F84.2; DIMDI und WHO 2016, S. 309) den autistischen Störungen zugeschrieben und als eine ‚weibliche‘ Form des Kanner-Autismus gehandelt, bevor eine klare genetische Ursache für das Syndrom herauskristallisiert werden konnte und damit kein direkter Zusammenhang zum Autismus mehr angenommen wird (Kamp-Becker und Bölte 2011, S. 21).

### 2.1.2 Diagnostik von Autismus-Spektrum-Störungen

Da Autismus schwer greifbar und unverständlich scheint, wurden und werden viele verschiedene Ansatzpunkte untersucht, von denen aus die Störung ihren Anfang nehmen könnte. Das reicht von den bereits beschriebenen direkten Schuldzuweisungen der Psychologen und der Sozialen Arbeit gegenüber den ‚Kühlschrankeltern‘, über Unverträglichkeiten und Hormonstörungen (Blue et al. 2008, S. 120f.; Kamp-Becker und Bölte 2011, S. 40f.), bis hin zu polygenetischen Faktoren mit neurologischen Auswirkungen auf die Wahrnehmungsverarbeitung, welche heute überwiegend zugrunde gelegt werden (Kamp-Becker und Bölte 2011, S. 33ff.; Zimpel 2015). Konsens ist jedoch, dass es sich bei den Autismus-Spektrum-Störungen um Störungen der Wahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung handelt, welche als tiefgreifende Entwicklungsstörung ange-

boren und nicht heilbar sind (Kamp-Becker und Bölte 2011, S. 12f.). Empirische Studien an post-mortal untersuchten Gehirnen von Menschen mit Autismus und bildgebende Verfahren in der Hirnforschung untermauern die Hypothese, dass das Gehirn von Menschen mit Autismus physiologisch verändert ist und sich in seiner Konnektivität im Vergleich zu Gehirnen von Menschen ohne Autismus eindeutig unterscheidet (Domes et al. 2008, S. 261f.; Sinzig 2015, S. 676):

Betroffen sind Gehirnzellen in vier verschiedenen Hirnregionen, vor allem im Frontal- und Temporallappen, die für die soziale Kognition, Emotionen, Imitation, das Erkennen von Gesichtern und die Verarbeitung von mimischen Signalen zuständig sind (Kamp-Becker und Bölte 2011, S. 40f.; Sinzig 2015, S. 676). Einerseits sind die Nervenzellen in einigen Regionen verkleinert, dafür aber in ihrer Anzahl vermehrt und damit verdichtet vorhanden (Müller-Teusler und Prim 2010a, S. 2ff.; Sinzig 2015, S. 676). Andererseits gibt es auch das Gegenteil, also dass Hirnzellen vergrößert und in geringerer Anzahl vorhanden sind (Müller-Teusler und Prim 2010a, S. 2ff.; Sinzig 2015, S. 676). Dazu kommt die Annahme einer „unzureichende[n] Vernetzung verschiedener zerebraler Areale“ (Kumbier et al. 2010, S. 62), sowie der beiden Gehirnhälften. Insgesamt scheint das Gehirn von Menschen mit Autismus vergrößert und besitzt vergrößerte Gehirnwindungen mit erweiterten Ventrikeln (Hohlräumen) (ebd.; Sinzig 2015, S. 676). Ergebnisse bildgebender Verfahren lassen zudem den Schluss zu, dass Menschen mit Autismus spezifische Aufgaben der Objekt-Subjekt-Wahrnehmung und der sozialen und emotionalen Verarbeitung mit anderen Teilen ihres Gehirns bearbeiten als Menschen ohne Autismus (Bölte 2011, S. 593ff.; Müller-Teusler und Prim 2010a, S. 2ff.; Sinzig 2015, S. 676; Zimpel 2015).

Aktuell erfährt die Einordnung und Ausgestaltung der Störungsbilder eine Umwertung in den beiden Haupt-Diagnose-Systemen der Welt, angelehnt an die bereits langjährig bestehende Auffassung der Fachwelt im Bereich Autismus (Kamp-Becker und Bölte 2011, S. 29ff.). Der DSM-V, der 2013 neu erschien und den DSM-IV ablöste, verwendet in seiner multi-koaxialen Diagnostik nicht mehr verschiedene Schlüssel bei Autismus, wie 299.80 für Asperger's-Disorder (First et al. 2004, S. 40), sondern einheitlich den Schlüssel 299.00 für Autistic-Spectrum-Disorders (Zuddas 2013, S. 325). Auch die ICD 11, welche bald die ICD 10 ablösen soll, stellt Autismus künftig nicht mehr als „F84.0 Frühkindlicher Autismus (...) F84.1 Atypischer Autismus (...) F84.5 Asperger-Syndrom“ (DIMDI und WHO 2016, S. 309) dar, sondern wird die Änderungen im DSM-V als Autismus-Spektrum-Störungen innerhalb der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen aufgreifen (Rabsahl 2016, S. 6ff.). Die Systematik der Zuordnungen in der ICD 11 wird sich davon abgesehen wahrscheinlich mit der ICD 10 decken.

In der ICD 10 sind die Störungen des Autismus-Spektrums im 5. Kapitel (auch F-Kapitel genannt), den psychischen und Verhaltens-Störungen, unter 8, den Entwicklungsstörungen, zugeordnet. Hier erfolgt die weitere Ausdifferenzierung, im Falle der autistischen Diagnosen unter 4, also den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen. Somit ergibt sich dann der Zuordnungsschlüssel F84.x, welcher sich in die oben bereits genannten F84.0, F84.1 und F84.5 im Falle des Autismus aufspaltet (DIMDI und WHO 2016, S. 309f.).

Trotz der Auflösung der Pole in das Spektrum innerhalb der Diagnose folgen die in diesem Buch angeführten Diagnosekriterien der noch geltenden ICD 10; einerseits aufgrund der bestehenden Aktualität der ICD 10 für den europäischen Raum, andererseits, um anhand der Pole dennoch zu verdeutlichen, was Autismus in seinen verschiedenen Ausprägungen sein kann, wie sich das Erscheinungsbild der Störungen jeweils darstellt und wie sich die jeweiligen Manifestationen auswirken (Kamp-Becker und Bölte 2011, S. 30).

Der frühkindliche Autismus, F84.0, auch ‚Kanner-Syndrom‘ genannt, geht zurück auf den Arzt Leo Kanner und stellt die schwerere Ausprägung der Pole dar; Menschen mit dieser Störung sind oftmals mutistisch (nicht-sprechend) (Kamp-Becker und Bölte 2011, S. 29). Die ICD 10 definiert den frühkindlichen Autismus wie folgt:

„Diese Form der tief greifenden Entwicklungsstörung ist durch eine abnorme oder beeinträchtigte Entwicklung definiert, die sich vor dem dritten Lebensjahr manifestiert. Sie ist außerdem gekennzeichnet durch ein charakteristisches Muster abnormer Funktionen in den folgenden psychopathologischen Bereichen: in der sozialen Interaktion, der Kommunikation und im eingeschränkten stereotyp repetitiven Verhalten. Neben diesen spezifischen diagnostischen Merkmalen zeigt sich häufig eine Vielzahl unspezifischer Probleme, wie Phobien, Schlaf- und Essstörungen, Wutausbrüche und (autodestruktive) Aggression“ (DIMDI und WHO 2016, S. 309).

Das ‚Asperger-Syndrom‘ oder Asperger-Autismus, F84.5, geht zurück auf den Pädiater Hans Asperger 1944 (Bölte 2009c, S. 21). Es stellt die geringere Ausprägung des Störungsbildes dar und hat nach der ICD 10 folgende Definition:

„Diese Störung von unsicherer nosologischer Validität ist durch dieselbe Form qualitativer Abweichungen der wechselseitigen sozialen Interaktionen, wie für den Autismus typisch, charakterisiert, zusammen mit einem eingeschränkten, stereotypen, sich wiederholenden Repertoire von Interessen und Aktivitäten. Die Störung unterscheidet sich vom Autismus in erster Linie durch fehlende allgemeine Entwicklungsverzögerung bzw. den fehlenden Entwicklungsrückstand der Sprache und der kognitiven Entwicklung. Die Störung geht häufig mit einer auffallenden Ungeschicklichkeit einher. Die Abweichungen tendieren stark dazu, bis in die Adoleszenz und das Erwachsenenalter zu persistieren. Gelegentlich treten psychotische Episoden im frühen Erwachsenenleben auf“ (DIMDI und WHO 2016, S. 310).

Der Atypische Autismus, F84.1, stellt einen Hybriden aus beiden Störungsbildern dar und hat dementsprechend eine vermittelnde Funktion inne, die das Aufkommen der Diagnose als Kontinuum schon andeutete (Kamp-Becker und Bölte 2011, S. 28ff.). Die Definition setzt sich wie folgt zusammen:

„Diese Form der tief greifenden Entwicklungsstörung unterscheidet sich vom frühkindlichen Autismus entweder durch das Alter bei Krankheitsbeginn oder dadurch, dass die diagnostischen Kriterien nicht in allen genannten Bereichen erfüllt werden. Diese Subkategorie sollte immer dann verwendet werden, wenn die abnorme oder beeinträchtigte Entwicklung erst nach dem dritten Lebensjahr manifest wird und wenn nicht in allen für die Diagnose Autismus geforderten psychopathologischen Bereichen (nämlich wechselseitige soziale Interaktionen, Kommunikation und eingeschränktes, stereotyp repetitives Verhalten) Auffälligkeiten nachweisbar sind, auch wenn charakteristische Abweichungen auf anderen Gebieten vorliegen. Atypischer Autismus tritt sehr häufig bei schwer retardierten bzw. unter einer schweren rezeptiven Störung der Sprachentwicklung leidenden Patienten auf“ (DIMDI und WHO 2016, S. 309).

Demnach ist der atypische Autismus eine Möglichkeit, Betroffenen, die in die beiden Pole Kanner und Asperger nicht gepasst haben, dennoch eine Autismus-Diagnose, und somit die bedarfsgerechte Unterstützung, zu ermöglichen (Steinhausen und Gundelfinger 2010, S. 16).

Der Versuch, eine grundsätzliche Gemeinsamkeit von Autismus darstellen zu wollen, hat Theunissen mit folgenden drei Kernmerkmalen unternommen:

Autismus sei „charakterisiert (...) 1. durch eine Beeinträchtigung der sozialen Interaktion und zwischenmenschlichen Beziehungen, 2. durch eine Beeinträchtigung der verbalen und/oder non-verbalen Kommunikation und 3. durch ein eingeschränktes Repertoire an Interessen und Aktivitäten, verbunden mit repetitiven oder stereotypen Verhaltensweisen“ (2009, S. 596).

Die Diagnostik des Störungskontinuums ist stark ausdifferenziert. Der Markt an Diagnose-Instrumenten ist sehr breit gefächert, sodass der Bundesverband Autismus seine jährlichen Fachtage 2013 und 2016 dem Thema Diagnostik widmete und dort verschiedene Diagnose- und Screening-Instrumente diskutiert und vorgestellt wurden (Autismus Deutschland e.V. 2013, 2016). Einige der wichtigsten Diagnostik- und Screening-Instrumente sind in der folgenden Tabelle von Noterdaeme dargestellt:

## Screening und Diagnose

<b>ADI-R</b> <small>Autism Diagnostic Interview</small>	Diagnostik	Elterninterview	ab 24 Mo
<b>ADOS-G</b> <small>Autism Diagnostic Observation Schedule</small>	Diagnostik	Beobachtung	ab 24 Mo
<b>FSK</b> <small>Fragebogen zur Sozialen Kommunikation</small>	Screening	Fragebogen	ab 36 Mo
<b>M-CHAT</b> <small>Modified Checklist for Autism in Toddlers</small>	Screening	Fragen, Beobachtung	24 Mo
<b>SRS</b> <small>Social Responsiveness Scale (SRS)</small>	Dimensionale Diagnostik	Fragebogen	4-18 LJ
<b>MBAS</b> <small>Die Marburger Beurteilungsskala zum Asperger Syndrom</small>	Screening	Fragen	72 Mo

Noterdaeme, Diagnostik und Differenzialdiagnostik, 2013

*Abb. 1: Übersicht einiger Screening- und Diagnoseinstrumente (Noterdaeme 2013a, S. 21)*

Wie in der Grafik von Noterdaeme deutlich wird, ist die Fülle an Instrumenten und unterschiedlichen Herangehensweisen sehr umfangreich (auch Noterdaeme 2013b, S. 21). Bölte hat 2009 insgesamt 29 verschiedene Diagnose- und Screeninginstrumente aufgeführt (2009e, S. 159f.), sodass nur schwer von einer einheitlichen Diagnoseerhebung ausgegangen werden kann (ebd., S. 157f.). Allen gemeinsam ist das Diagnostizieren anhand von qualitativen Daten, wie z.B. Befragungen, und des subjektiven Erlebens. So werden autistisches Erleben und Verhalten beobachtet, getestet sowie mit Fragebögen in der jetzigen Situation und in der Biographie abgefragt (Bölte 2010, S. 89; Rabsahl 2016, S. 14ff.).

Aktuell erhärtet sich die Annahme multigenetischer Ursachen der Autismus-Spektrum-Störungen und damit evtl. eine Vererbung der Veranlagung zur Entwicklung dieser (Rabsahl 2016, S. 9f.; Sinzig 2015, S. 673ff.). Die Hoffnung der Fachwelt liegt daher derzeit in der Suche nach einer Möglichkeit der Identifikation dieser multigenetischen Auslöser, da dies eine einfachere und eindeutige Diagnose gewährleisten könnte und die komplexe und teilweise sehr subjektive Diagnostik mit Fragebögen für die Eltern, Bezugspersonen, Betroffenen

und Fachleute ersetzen könnte (Kamp-Becker und Bölte 2011, S. 54ff.). Die Frage nach dem subjektiven Empfinden des Störungserlebens, den jeweiligen Einschränkungen und dem Bedarf der Betroffenen, ihrer Angehörigen und der Umwelt, kann von der Genetik und den Neurowissenschaften nicht geklärt werden und muss daher immer noch individuell beantwortet werden.

Diese Entwicklungen werden auch deswegen mit Spannung verfolgt, da sich die Epidemiologie, und damit die Anzahl diagnostizierter Menschen mit Autismus, in den vergangenen 40 Jahren vervielfacht haben. So spricht man heute von einer Prävalenz zwischen knapp 1% bis hin zu 2,64% der Bevölkerung; das ist bei ursprünglichen 0,05% ein Anstieg um mindestens das Zwanzigfache (Ebert et al. 2013, S. 16f.; Rabsahl 2016, S. 13):

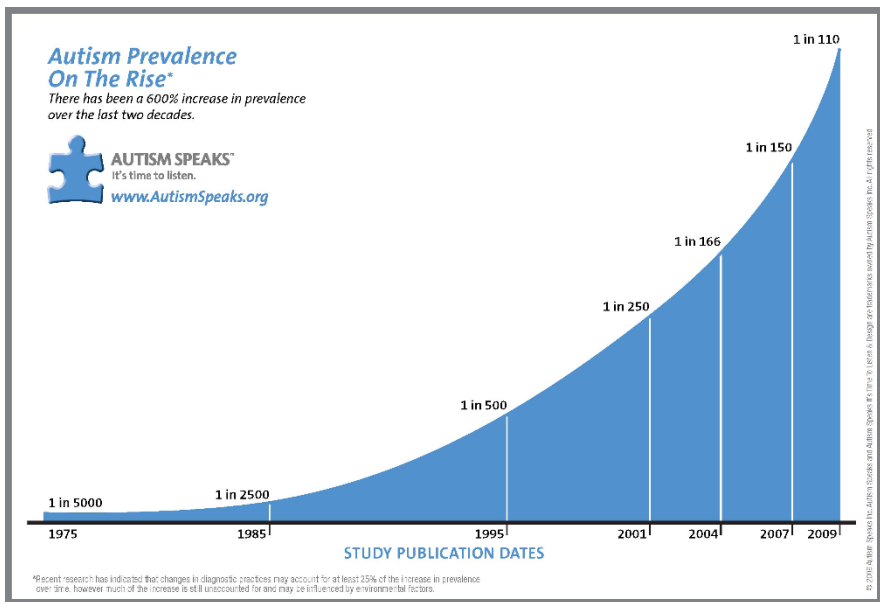


Abb. 2: Prävalenz-Entwicklung 1975-2009 (Autism Speaks Inc. 2010; dazu Autism Speaks Inc. 2015a)

### 2.1.3 *Spezifische psychiatrisch-neurologische Erklärungsansätze*

Anschließend an die Diagnostik haben sich noch weitere Aspekte in Bezug auf die Ursache der Autismus-Spektrum-Störungen in der Forschung als Konsens verbreitet (Bölte und Dziobek 2009, S. 131).

#### 2.1.3.1 Spiegelneuronen

Zum einen wird die neurologische Theorie über das Fehlen oder verminderte Vorkommen von ‚Spiegelneuronen‘ diskutiert (Dziobek und Köhne 2011, S. 566; Sinzig 2015, S. 676). Diese dienen dem Menschen dazu, das Verhalten seines Gegenübers adaptieren und erwidern zu können (Gaschler 2006, S. 29). Sie scheinen grundlegende neurologische Zellen im Gehirn zu sein, um soziales Verhalten verstehen, erwidern und nachahmend lernen zu können (ebd.). Deren Verminderung oder gar Fehlen stellt einen deutlichen Nachteil in Bildungs- und Sozialisationsprozessen dar und erschwert oder verhindert sozial adäquates Verhalten (Gaschler 2006, S. 33). Der Theorie nach ist es daher Menschen mit Autismus nicht oder nur erschwert möglich, sozial erwünschtes und adäquates Verhalten erlernen zu können (ebd.). Dies bedingt und erfordert unterstützende, künstlich geschaffene Bildungs- und Übungsprozesse, welche im Rahmen des Sozialen-Kompetenz-Trainings konkret benannt, diskutiert und repetitiv eingeübt werden müssen (Ramachandran und Oberman 2007, S. 44; ausführlicher in Kapitel 2.2.3 & 4.2.3).

Spiegelneuronen sind aber nicht nur für soziale Interaktion zuständig, sondern allgemein für das Spiegeln-Können von Tätigkeiten erforderlich (Bölte und Dziobek 2009, S. 141). Das beinhaltet viele Prozesse, die für Menschen ohne Beeinträchtigungen der Spiegelneuronen intuitiv ablaufen und ein unbewusster Teil des Alltags sind (Gaschler 2006, S. 31f.). Beispiele hierfür sind das gemeinsame Spaziergehen, bei dem eine der Personen ihr Lauftempo leicht drosselt oder erhöht. Dank der Spiegelneuronen gleichen die Mitläufer\_innen ihr Tempo automatisch aneinander an, ohne es bewusst zu bemerken (Dziobek und Köhne 2011, S. 566). Was das für Menschen mit einer Beeinträchtigung in diesem Bereich bedeutet, kann nur schwer in seinem Ausmaß erfasst werden, legt aber nahe, dass sehr viele der ansonsten unterbewusst ablaufenden Interaktionen bewusst ausgeführt und damit erlernt werden müssen, um das Defizit ausgleichen zu können (Ramachandran und Oberman 2007, S. 46ff.). Die Bedeutung von Spiegelneuronen in Bezug auf die Adaption von Verhalten und damit die

subjektive Sicht und das individuelle Erleben der (Um-)Welt wird in philosophischen Diskursen der Phänomenologie (dazu Kapitel 3.1.1.1) diskutiert (Esken 2006).

### 2.1.3.2 Theory of Mind

Zum Zweiten wird die Theorie von der fehlenden oder eingeschränkten Fähigkeit in der ‚Theory of Mind‘ (ToM) vertreten (Kamp-Becker und Bölte 2011, S. 42). Diese dient dazu, „Geisteszustände wie Vermutungen, Wünsche und Absichten anderer Menschen zu verstehen und zu antizipieren, inwiefern diese sich von den eigenen unterscheiden“ (Pschibul 2006, S. 39). Dies wird mit der Fähigkeit für Empathie in Verbindung gesetzt und in zwei Perspektiven diskutiert: Einerseits wird die ToM als Unterkategorie der Empathie-Fähigkeit betrachtet, andererseits als ihr übergeordnet (Kamp-Becker und Bölte 2011, S. 42f.). Empathie beschreibt das „Einfühlen, ein Sichhineinversetzen in die Gefühls- und Gedankenwelt einer anderen Person (...), in weiterer Folge um den Versuch Erleben und Verhaltensweisen zu verstehen. (...) jedoch ohne mit ihr [*der Person*, Anmerkung JK] zu verschmelzen, bzw. ohne sich mit ihr ‚einzufühlen‘“ (Stumm 2011, S. 230). Wenn die ToM der Empathie vorgelagert ist, wäre ein empathisches Verhalten von Menschen mit Autismus nicht möglich. Falls es ein Teilbereich der Empathie-Fähigkeit ist, können sich empathische Fähigkeiten entwickeln, bis hin zu eventuellen Kompensationsmöglichkeiten der ToM.

Defizite in der ToM stellen somit ein „Nicht-Wissen bzw. Nicht-Berücksichtigen, was andere fühlen, wissen oder denken“ (Biscaldi-Schäfer 2012, S. 20) dar. Dabei wird deutlich, dass bei einer Einschränkung in dieser Fähigkeit wieder die Antizipation der sozialen Interaktion erschwert ist, woraus dissoziales, inadäquates, delinquentes oder schlicht kein sozial erwidernendes Verhalten resultieren kann (Kamp-Becker und Bölte 2011, S. 42ff.; Bölte und Dziobek 2009, S. 132ff.). Da soziales Verhalten immer rekurrierend auf Erlebtes erlernt wird, oder wie es Paul Natorp ausdrückte: „in Gemeinschaft, durch Gemeinschaft, als Gemeinschaft“ (1894, S. 85), gestaltet sich das Erlernen des Sozialverhaltens in Abhängigkeit von Anderen ohne diese zentralen kognitiv-emotionalen Fähigkeiten als schwierig bis unmöglich (Dziobek und Köhne 2011, S. 566).

Beispielhaft kann hier das bei Autist\_innen fehlende Verständnis von Ironie angeführt werden, da Menschen mit Autismus sich keine Hypothese über die Absicht und den Gesamtkontext des Gegenübers bilden können. Somit können

sie eine komplexe Kommunikation mit der Komponente, dass das, was ausgesprochen wird, nicht wortwörtlich gemeint ist, sondern im Falle der Ironie eine ins Gegenteilige abzielende Aussage beinhaltet, nicht entschlüsseln. Ebenso erklären sich damit eine fehlende Anteilnahme oder sozial inadäquates Verhalten auf Gefühlsäußerungen, wie wütendes Lautieren, Toben oder anklagende Strenge, leichter.

### 2.1.3.3 Exekutive Dysfunktion

Des Weiteren steht im Fokus der Diskussion die Theorie des Vorliegens einer exekutiven Dysfunktion bei Störungen aus dem autistischen Spektrum (Kamp-Becker und Bölte 2011, S. 42). Gemeint ist eine Schwäche bei Planungen und, damit zusammenhängend, unflexible Denkstrukturen, die sich in repetitivem oder stereotypem Verhalten äußern (ebd.). Im Alltag zeigt sich das in Problemen, eine Handlung oder Aufgabe zu beginnen oder zu beenden sowie innerhalb eines Prozesses flexibel reagieren zu können (ebd.). In der Praxis wird bei diesem Defizit mithilfe externer Impulse oder Impulsgebern unterstützt, wie z.B. der ‚Time Timer‘, ein Instrument zur Visualisierung einer spezifischen Zeitspanne. Auch Gedankenschleifen, die nicht selbstständig beendet werden können, gehören dazu (ebd.). Daraus ergibt sich ein Hang zu wiederholenden und gleichbleibenden Strukturen und Bezugspersonen sowie allgemein starren Routinen (Dziobek und Köhne 2011, S. 568). Die Schwäche im flexiblen Handeln, im Arbeitsgedächtnis, der zeitlichen Organisation und der Problemlösung (Rabsahl 2016, S. 11) erzeugt eine Zukunftsunsicherheit und dadurch Einschränkungen darin, zukunftsorientiert zu handeln (Bölte und Dziobek 2009, S. 142f.).

Die oft beobachtbaren und diagnostisch relevanten Spezialinteressen oder repetitiven Verhaltensweisen sind dementsprechend nicht ausnahmslos positiv als ‚Inselbegabungen‘ zu bewerten, sondern können durchaus als Reaktion auf verunsichertes Erleben der Realität durch exekutive Dysfunktionen betrachtet werden (Dziobek und Köhne 2011, S. 568). Die Diskussion in der Fachwelt unterteilt bei der Forschung in mehrere Teilbereiche der exekutiven Funktionen: Das Arbeitsgedächtnis, die kognitive Flexibilität, allgemeine Planungsleistungen und die Inhibition (Reaktionshemmung) (Bölte und Dziobek 2009, S. 141f.). Dabei geht die Forschung davon aus, dass nur in den Bereichen der kognitiven Flexibilität und der allgemeinen Planungsleistung Dysfunktionen bestehen und das Arbeitsgedächtnis sowie die Inhibition nicht betroffen sind (ebd.).

Für den Alltag eines betroffenen Menschen stellt dies eine große Einschränkung dar, derer er sich nicht unbedingt bewusst sein muss, da eben diese Dysfunktion sich durch ihre Schwäche bei der Zukunftsorientierung auszeichnet (ebd., S. 143). Daraus ergibt sich eine hohe Verantwortung seitens der Sozialen Arbeit, nicht über und für den Menschen mit Autismus zu handeln und zu entscheiden, sondern diese Einengung aufzulösen und zu hinterfragen, um ihn nicht aufgrund eines Teilaspekts seiner Beeinträchtigung zu diskriminieren, sondern um ihm in einem Aushandlungsprozess, (auf-)klärend und hinterfragend zur Seite zu stehen (ebd., S. 141ff.).

Das bedeutet auch, gerade in Bezug auf langfristige Planungen, Absichten und Ausrichtungen, dass Menschen mit Autismus mitunter Hilfestellungen und eine gute Struktur benötigen, um diese weiten Dimensionen entscheidbar und überschaubar zu halten. So sind Umzugswünsche, Berufswünsche und andere lebensverändernden Entscheidungen unterstützend und mit gemeinsamer Reflexion zu begleiten. Sie sollten demnach weder stellvertretend getroffen werden noch sollten die Adressat\_innen damit alleingelassen werden.

#### 2.1.3.4 Schwache zentrale Kohärenz

Als letzten wichtigen Konsens in der Autismusforschung und der aktuellen Diskussion, ist die Annahme einer schwachen zentralen Kohärenz bei Menschen mit Autismus zu nennen (ebd., S. 143). Diese Theorie zahlt von den Auswirkungen des Störungsbildes in das Konzept der exekutiven Dysfunktion, betrachtet diesen Umstand jedoch aus einer anderen Perspektive und mit einem anderen Erklärungsansatz (ebd., S. 143f.). Die Idee der zentralen Kohärenz bezieht sich auf die lokale und globale Verarbeitung im Gehirn. Zentrale Kohärenz meint dabei die Fähigkeit, mehrere einzelne Wahrnehmungsaspekte in Kombination zu einem realitätsnahen Gesamtbild zusammenzufügen (ebd.). Diese Verarbeitung ist bei Menschen mit Autismus in der globalen Dimension nur schwach ausgeprägt, in der lokalen jedoch stark (Dziobek und Köhne 2011, S. 570). Lokale Verarbeitung bezieht sich dabei auf die kleinteiligen Segmente von Reizen und Informationen (Kamp-Becker und Bölte 2011, S. 44). Die globale Verarbeitung meint dann das Zusammensetzen dieser Kleinteiligkeit zu einem sinnvollen großen Ganzen, was realitätsabbildend erfasst und gespeichert werden soll (ebd.). Damit werden zwar „einzelne Reize und Details verstärkt beachtet“ (Sinzig 2015, S. 676), diese werden aber „weniger kontextgebunden verarbeitet und höherwertige Bedeutungen nicht erfasst“ (ebd.). Diese Schlagseite der Kompetenzen auf

die lokale zu Ungunsten der globalen Verarbeitung erzeugt eine schwache zentrale Kohärenz, welche bei Menschen mit Autismus im Positiven durch Detailverliebtheit und Spezialwissen, im Negativen durch Beeinträchtigungen in der Wahrnehmung und einer Schwäche im Erkennen und Zusammensetzen von Zusammenhängen, wie z.B. von einer Route aus Orientierungspunkten, zum Ausdruck kommt (Kamp-Becker und Bölte 2011, S. 44f.).

In einer extremen Ausprägung der Schwäche der zentralen Kohärenz in Verbindung mit der Schwäche in der ToM verschwimmen die Grenzen zwischen dem Ich und dem Du, weswegen keine klare Abgrenzung zur Außenwelt mehr erfolgen kann (ebd.). Das kann sich derart äußern, dass eine Person, ähnlich einer Ich-Störung bei einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis, alle Außenreize auf sich bezieht und sich z.B. in sozialen Interaktionen angesprochen fühlt, obwohl sie nicht gemeint ist und kein Zusammenhang zu ihr besteht (Grunst und Sure 2006, S. 320f.). Besonders verschärfend gestaltet sich das z.B. bei Krankenwagen-Sirenen, oder Anrede, die an Dritte gerichtet war, Streit oder Kritik, welche auf die Person mit der Einschränkung in der ToM nicht bezogen war, bei der diese aber dennoch reagiert oder sich angesprochen fühlt (Bölte und Dziobek 2009, S. 139f.). Betroffene können sich z.B. bei einer Rüge, die an eine andere Person adressiert war, angesprochen fühlen und aggressiv reagieren. Diese Fehlinterpretation kann sich zu ausgewachsenen Konflikten und herausforderndem Verhalten entwickeln. Zudem kann diese Störung in der Wahrnehmungsverarbeitung dergestalt Ausmaße in der Schwere annehmen, dass sich das Körperschema und das Raum-Zeitgefühl nicht mehr konstant entwickeln können, was zu Kontrollproblemen der eigenen Körperfunktionen führen kann (Sellin 1993, passim). Ausdruck findet das im sogenannten frühkindlichen Autismus, bei dem Betroffene sich als Gefangene im eigenen Körper beschreiben, was durch die fehlende realitätsnahe Verbindung mit dem eigenen Körper resultieren kann (ebd.). Das wirkt sich sehr kontraproduktiv auf den Selbstwert und das Selbstbewusstsein aus, deren Voraussetzung es wiederum ist, sich in Abgrenzung zur Umwelt wahrnehmen und positionieren zu können (Voss et al. 2008, S. 316f.). (dazu Slotta 2002; Sellin 1993; sowie die Artikel in: Verband für anthroposophische Heilpädagogik 2011)

### 2.1.3.5 Komorbiditäten

Ein weiterer Aspekt in der Diagnostik von Autismus sind Komorbiditäten. Dies bedeutet, dass sowohl eine Störung aus dem Autismus-Spektrum vorliegt, als

auch eine (andere) psychische bzw. neurologische Störung oder Erkrankung. Am häufigsten gehen Epilepsie und Angststörungen mit Autismus einher (Noterdaeme 2009, S. 52ff.). Aber auch andere Störungen aus dem F-Kapitel der ICD 10, wie (Auto-) Aggression, ADHS, Zwangserkrankungen, Depressionen, Schlaf- und Essstörungen oder schizophrene Psychosen, sind häufige Komorbiditäten bei Autismus (ebd.). Hier ist nicht nur die Differenzialdiagnostik mitunter fließend, sondern auch die Frage nach den Wechselwirkungen zwischen einer psychischen Störung und dem Autismus bedeutsam (Noterdaeme 2009, S. 55).

Eine Besonderheit der Komorbiditäten mit psychischen Erkrankungen besteht nicht nur in der Diagnostik, sondern auch in den Ausprägungen und individuellen Formen der psychischen Erkrankungen aufgrund der neurologischen Spezifika im Störungsbild des Autismus (ebd.). Damit kann eine Erkrankung, die in Zusammenhang mit Veränderungen des Hirnstoffwechsels steht, bei Menschen mit Autismus andere Kernsymptome und Besonderheiten entwickeln. Auch die Therapie tritt mit diesen hirnhypophysiologischen Veränderungen in Interaktion, was Beachtung finden muss: Psychopharmaka, also Medikamente, die im Gehirn wirken, können bei Menschen mit Autismus anders oder auch paradox wirken (Poustka und Poustka 2009, S. 396). Genauso verhält es sich mit psychotherapeutischen Methoden. Auch hier ist der besonderen (Reiz-) Verarbeitung und Wahrnehmung Rechnung zu tragen, um einen Therapieerfolg zu erzielen. Das kann, aber muss nicht anders als bei Menschen ohne Autismus sein.

Eine Schwierigkeit, die sich immer noch als ausgesprochen kompliziert zu vermitteln darstellt, ist die Verortung der Hilfen für Menschen mit Autismus innerhalb der Sozialen Arbeit (Pickartz et al. 2000, S. 7f.). Die ‚klassischen‘ Kanner-Autist\_innen wurden und werden seit jeher der Behindertenhilfe für Menschen mit kognitiven Einschränkungen zugeordnet (Theunissen 2011, S. 42). Die ‚klassischen‘ Asperger-Autist\_innen sind auch heute noch eher schwierig zuzuordnen und finden sowohl in der Behindertenhilfe für seelisch/psychisch erkrankte Menschen Hilfen, wie auch in jener für Menschen mit einer sogenannten Behinderung (Pickartz et al. 2000, S. 7). Oft werden Asperger-Autist\_innen jedoch eher dem Bereich für psychisch/seelisch beeinträchtigte Menschen zugeordnet, was in der hohen Zahl an Schulbegleitungen, die bereits seit Jahren bei Asperger-Autist\_innen nach §35a SGB VIII wegen ‚seelischer Behinderung‘ mit dem Jugendamt und nicht mit der Eingliederungshilfe abgerechnet werden, deutlich zum Ausdruck kommt (Autismus Deutschland e.V. 2011, S. 26). Ebenso gibt es auch therapeutische Wohn- und Arbeitsangebote der Hilfen für psychisch Erkrankte für Menschen mit Asperger-Syndrom (Baumgartner et al. 2011, S. 2ff.).

Dieser erschwerten Zuordnung begegnet die Soziale Arbeit seit mehr als 30 Jahren, teilweise in Form von Spezialeinrichtungen für Menschen mit Autismus, um ihnen bedürfnisorientierte Angebote und Hilfen zur Verfügung stellen zu können (Stiftung Irene o. J.). Diese agieren in der Verschmelzung der notwendigen und positiven Aspekte der jeweiligen Ausgestaltung der Hilfeform aus Behindertenhilfe und Hilfsangeboten für psychisch Erkrankte (Baumgartner et al. 2011, S. 2ff.).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Diagnosekriterien und wissenschaftlichen Erklärungsansätze die Schwierigkeiten, zum Teil aber auch die Ressourcen der Klientel mit Störungen aus dem Autismus-Spektrum deutlich machen. Primär besteht bei Autismus eine Wahrnehmungsverarbeitungsstörung mit hirnphysiologischen Veränderungen, die sich in vielfältiger Ausprägung innerhalb eines Kontinuums des Autismus-Spektrums manifestiert. Dieses äußert sich in abweichender sozialer Interaktion, starren Routinen, repetitivem Verhalten und Kommunikationsauffälligkeiten. Dabei kann nicht von einer Einheitlichkeit des Störungsbildes gesprochen werden und auch keine Aussage zu Intelligenz und Begabungen gemacht werden (Bölte 2009e, S. 33f.). Soziale Arbeit, als „Unterstützung von Menschen in der Komplexität und Widersprüchlichkeit ihrer Alltagsverhältnisse“ (Thiersch 2012b, S. 7), bietet Menschen mit Autismus verschiedene therapeutische und methodische Hilfen an. Im Folgenden sollen nun einige therapeutische und methodische Interventionen in der Praxis der Sozialen Arbeit für und mit Menschen mit Autismus vorgestellt werden.

## **2.2 Therapeutische und methodische Interventionen der Sozialen Arbeit**

Da nach wie vor diskutiert wird, ob Autismus eine angeborene Beeinträchtigung oder eine erworbene psychische Erkrankung ist, stellt sich im Folgenden die Frage nach dem passenden Begriff für und der passenden Herangehensweise an die Unterstützungsleistungen für Menschen mit Autismus (Theunissen 2011, S. 42). Hier stehen sich die Begriffe der Rehabilitation und der Therapie gegenüber, welche es zu diskutieren gilt. Rehabilitation, als Wiederherstellen verllorener Fähigkeiten oder Wiedereingliedern an den vorherigen Platz innerhalb der Gesellschaft (Ellger-Rüttgardt 2006, S. 111f.), wird dem Störungsbild nicht gerecht und soll im Folgenden von daher keine Verwendung finden. Therapie, als Heilbehandlung oder Krankenbehandlung (Gründer 1998, S. 1164f.), ist zwar gleichermaßen ein eng konnotierter Begriff, trifft aber die Arbeitsform der theo-

riegeleiteten Intervention, oftmals seitens der Psychologie, und der Unterstützung bei der Entwicklung angelegter oder potentieller Fähig- und Fertigkeiten besser und soll in diesem Verständnis im Folgenden zugrunde gelegt werden. Ein weiterer Grund für die Verwendung dieser Begrifflichkeit ist die Tatsache, dass die Soziale Arbeit den Problemen, die aufgrund der autismusbedingten Andersartigkeit der Rezipienz der Umwelt entstehen, zu weiten Teilen mit Manualen der Verhaltenstherapie begegnet (Ebert et al. 2013, passim). Im Folgenden sollen einige Ansätze mit einer weiten Verbreitung vorgestellt werden.

### 2.2.1 *Applied Behavior Analysis*

Ein spezielles Training für Menschen mit Autismus, das auch derzeit sehr stark im Fokus steht und immer häufiger eingesetzt wird, unter anderem aufgrund der Validität seiner Auswirkungen, ist die Applied Behavior Analysis, kurz ABA (Schramm und Claypool-Frey 2011, S. 1). Im deutschsprachigen Raum ist das Pendant die Autismspezifische Verhaltenstherapie, abgekürzt AVT (ebd.). Diese streng verhaltenstherapeutischen Manuale fassen Techniken zur Einübung von spezifischen Fertigkeiten und Tätigkeiten zusammen (ebd.). ABA ist eines von vielen intensiven Frühförderungsprogrammen für Menschen mit Autismus (Rothe et al. 2010, S. 160f.).

Auch wenn sich ABA und AVT stark überschneiden, weisen die deutschen Forscher bei der AVT stärker auf den *therapeutischen* Fokus mit Einbezug der kognitiven Therapie hin, wohingegen ABA verhaltensanalytische Anteile zugeschrieben werden (Bernard-Opitz 2009, S. 242f.). In der Praxis gibt es hier wenig Unterschiede. Gemein ist beiden, dass sie in der Tradition der Verhaltenstherapie störungsspezifisch arbeiten und, frei von der personell-individuellen Ebene der Adressat\_innen, übergeordnete evidenzbasierte Manuale erstellen und anwenden (Rothe et al. 2010, S. 160f.). Dabei gehen ABA/AVT verhaltenstherapeutisch mit klassischem und operantem Konditionieren vor (ebd.). Damit liegt der Fokus der Therapie auf Verstärkungs- und Bestrafungslernen, durch welches Verhalten angeeignet oder trainiert wird. Entwickelt wurde diese Therapieform ursprünglich von Ivar Lovaas an Tieren (Schramm und Claypool-Frey 2011, S. 1; Ebert et al. 2013, S. 11f.). Die Methode ist empirisch gut erforscht und weist hohe Erfolgswerte auf (Schramm und Claypool-Frey 2011, S. 1). Die individuellen Besonderheiten und Fähigkeiten der Adressat\_innen werden dabei jedoch außer Acht gelassen.

### 2.2.2 TEACCH

Das ebenfalls verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Division TEACCH („Treatment and Education for Autistic and related Communication handicapped CHildren“ (Symalla und Feilbach 2009, S. 273, Hervorhebungen im Original)) ist ein staatliches Förderprogramm, verortet an der University of North Carolina in Chapel Hill in den USA (ebd., S. 275). In der Praxis werden unter dem Namen TEACCH alle Hilfen und Ansätze aus diesem Programm zusammengefasst (ebd., S. 276ff.). Erster Direktor dieses Programms war Eric Schopler, ein Schüler Bruno Bettelheims, einer der schärfsten Vertreter des ‚Kühlschrankmutter-Ansatzes‘ (ebd., S. 273). Schopler war es dann auch, der Zweifel an den Lehren Bettelheims entwickelte und diese widerlegte (ebd.). Durch diese Studien bemerkte er, dass die Ansätze der Eltern im Umgang mit den Menschen mit Autismus sich mit denen der Fachleute deckten (ebd., S. 274). Von da an arbeiteten Schopler und Division TEACCH mit den Eltern zusammen und entwickelten auf der Grundlage von Strukturierung als Hilfe und auszugleichendes Defizit eine Vielzahl an Arbeits- und Lernhilfen sowie Tagesstrukturierungen und Leitlinien für Menschen mit Autismus (ebd.).

TEACCH ist ein psychoedukatives Programm, das einen ressourcenorientierten Umgang mit der Beeinträchtigung, jedoch in Bezug auf deren Besonderheiten und Schwierigkeiten, anstrebt (KVJS 2011, S. 6; Noterdaeme 2011, S. 12; Symalla 2009, S. 8f.). Dabei sollen Selbstwirksamkeit und ein positives Alltagserleben durch Rücksichtnahme auf die Beeinträchtigungen, ein Verständnis für die Störung und deren Entstigmatisierung erreicht werden (Symalla und Feilbach 2009, S. 275).

Die Techniken und Verfahren sind stark verhaltenstherapeutisch als Training ausgerichtet (Schatz und Schellbach 2012, S. 57f.). Aufgaben werden auf Grundlage von TEACCH aushaltbar, strukturiert und bewältigbar entzerzt, operationalisiert und portioniert (Symalla und Feilbach 2009, S. 275). Demnach wird Verhaltensauffälligkeiten mit Krisenintervention und streng aufeinander abgestimmten Aufgaben- und Tagesabläufen begegnet, die an den Bedürfnissen und Anforderungen des (Arbeits-) Alltags ausgerichtet sind (Häußler 2010, S. 1ff.).

TEACCH geht bei Menschen mit Autismus meist von visuell lernenden Menschen aus, versucht aber, allgemein klientenspezifische Sinneszugänge zu nutzen (Symalla 2009, S. 9). Orientierung wird z.B. durch aufgemalte Wegstreifen gegeben oder anhand von Pfeilen und Wegweisern (Schatz und Schellbach 2012, S. 60f.). Es werden reizarme Arbeitsbereiche mittels Trennwänden ge-

schaffen, Zeitabläufe und Termine an Tagesplänen vermerkt und andere, möglichst individuelle kreative Lösungen zur Visualisierung angewandt (ebd.). Im Grunde kann alles, was zu Überforderung oder Problemen führen kann, individualisiert und bewältigbar reduziert oder in Teilschritte zerlegt werden (Häußler 2010, S. 4f.). TEACCH funktioniert jedoch grundsätzlich, anders als dies oft in der Praxis passiert, nach den Prinzipien ‚so wenig wie möglich, so viel wie nötig‘ und ‚so individuell wie möglich‘ (Symalla und Feilbach 2009, S. 275). In der Praxis sind Strukturierungen und Visualisierungen nach TEACCH, aber auch Interventionen wie Soziales-Kompetenz-Training, das ebenfalls zuerst von Division TEACCH für Menschen mit Autismus angepasst wurde, so stark verortet und angewandt, dass mittlerweile bereits vom ‚Verteachen‘ von Prozessen und Arbeitsabläufen gesprochen wird (ebd., S. 274).

### 2.2.3 *Soziales-Kompetenz-Training*

Als eine der wichtigsten therapeutischen Interventionen und Angebote, sowohl im stationären wie auch im ambulanten Setting, ist das Soziale-Kompetenz-Training (SKT) zu nennen (Matzies 2006, S. 13). Soziale-Kompetenz-Trainings finden in vielen Bereichen Anwendung, vor allem auch in psychiatrisch-klinischen Settings (Kabsch 2013a, S. 20ff.). Als verhaltenstherapeutische Therapien oder Trainings erfolgen sie anhand vorgegebener Manuale, welche für den jeweiligen Kontext und die jeweilige Klientel geschrieben werden (ebd., S. 22). Die Idee ist, dass Menschen, die Schwierigkeiten in der Gemeinschaft oder in gesellschaftlichen Kontexten haben, an die kultur- und gesellschaftsspezifischen Grundlagen und Handlungsmuster in Bezug auf soziale Interaktion und eine Anpassung des Verhaltens an eine statistisch ermittelte Norm herangeführt werden (ebd., S. 27).

Um die Sicht der Klientel geht es dabei oft nur an zweiter Stelle, vielmehr geht es darum, die Unterschiede zwischen zu erlernendem Verhalten und jenem der Klient\_innen deutlich zu machen, sowie um Probleme, Anknüpfungspunkte und Ressourcen zur Zielerreichung zu erfassen. Dabei wird in den Manualen, neben Vergrößerung oder Veränderung des Verhaltensrepertoires bei z.B. Phobien, meist ganz klar der Fokus auf die gesellschaftlichen Ansprüche und Gepflogenheiten gelegt, welche es der jeweiligen Klientel anzutrainieren gilt (Matzies 2006, S. 14, 18). Die Manuale werden aber für die Trainings für Menschen mit Autismus nochmals speziell angepasst und auf die Bedürfnisse und Defizite bezogen erweitert (z.B. das Frankfurter Training 'SOKO Autismus' (Häußler et

al. 2003) und das Münchner Training 'KONTAKT' (Poustka et al. 2007)). Dem entsprechend werden autismspezifische SKTs mit Angeboten zum Erleben der jeweiligen Situation anhand von Rollenspielen oder Mind-Maps erarbeitet, die daher von dem streng manualen Vorgehen des Normierungsprozesses<sup>9</sup> abweichen (Matzies 2006, S. 14ff.). Erreicht wird dadurch eine Verhaltensanpassung, was zu einer deutlichen Entspannung in sozialen Interaktionen führt. Gegebenenfalls fördert es ebenso das Verständnis der Adressat\_innen für gesellschaftlich normiertes Verhalten, deren Handeln und Erleben in gesellschaftlichen Kontexten vor dem SKT oft von Misserfolgen, Missverständnissen und Scheitern geprägt war. Damit werden Menschen mit Autismus durchaus zu ihrem Vorteil an der gesellschaftlichen Norm entsprechendes Verhalten herangeführt, was für sie die soziale Interaktion, und vor allem das Verstehen der Interaktionen, deutlich erleichtern kann.

#### 2.2.4 Weitere Methoden und Techniken

Eine ebenso verhaltenstherapeutische, jedoch stärker auf die Kognition und damit den Eigenanteil und die Individualität angelegte Form, stellt z.B. das *Achtsamkeits-Training* für Menschen mit Autismus dar (Spek 2012, S. 15). Hier geht es hauptsächlich um eine Konzentration und Fokussierung auf die eigene Sinnes- und Emotionswelt (dazu ebd., S. 27ff.). Damit wird sowohl eine Beruhigung durch das Zurückwerfen auf das eigene Erleben bezweckt, wie auch die Schärfung der Aufmerksamkeit für die Umwelt und außenliegende Prozesse (ebd.).

Des Weiteren werden in der Praxis folgende Therapie- und Unterstützungsangebote angewandt, die jedoch hauptsächlich für mutistische Autist\_innen angeboten werden, deren Schwerpunkt des Störungsbildes im Körperschema und der Selbstwahrnehmung liegt. Sie sollen hier nur kurz aufgeführt werden:

*Unterstützte Kommunikation* (UK) fasst, mit z.B. *Picture Exchange Communication System* (PECS) (Kamp-Becker und Bölte 2011, S. 84) und *Facilitated Communication* (FC), aber auch *Gebärdensprache*, mehrere Ansätze und

---

<sup>9</sup> Hier soll unterschieden werden zwischen Normierung und Normalisierung: Einerseits das Vorhaben der Normierung, abweichendes oder nicht der Norm entsprechendes Verhalten und Erleben an die Mehrheitsgesellschaft und deren Verhalten und Erleben bestmöglich anzugleichen (statistische Norm). Andererseits der Versuch der Normalisierung, behinderten und beeinträchtigten Menschen ein „Leben so normal wie möglich“ (Beck 2006, S. 108) zu gewährleisten und zu ermöglichen, im Sinne von Gleichberechtigung und Teilhabe (Idealnorm). (Beck 2006, S. 105ff.; Fornefeld 2002, S. 136ff.; Spek 2005, S. 175ff.). Verwendet wurde hier der erste, engere Begriff der statistischen Normierung, wie ihn die Verhaltenstherapie stärker im Fokus hat, was jedoch klar auch zugunsten der Klient\_innen positive Auswirkungen auf Interaktionen hat.

Techniken zusammen, die zur Kommunikation bei nichtsprechenden Autist\_innen angewandt werden (Janz und Klauß 2011, S. 152f.). Meist erfolgt dies über (Bild-)Karten oder Zeigetafeln sowie mithilfe elektronischer Geräte, wie z.B. Talker und Tablets, die teilweise durch Assistenz in der Körper- und Selbstwahrnehmung nutzbar gemacht werden (Rothe et al. 2010, S. 175f.). Der Fokus der Unterstützung in der Kommunikation liegt dabei auch auf Teilhabe und sprachlichem Ausdruck in einem grundlegenden Verständnis (Castañeda 2016, passim). Die nonverbale oder verbal-unterstützende Kommunikation mit nicht-sprechenden Menschen mit Autismus soll es jenen ermöglichen, sich als teilnehmenden und selbstoffenbarenden Menschen zu erfahren und zu erleben (Geißler 2008, 116ff.; Zöllner 2016b).

*Affolter* zielt ebenso auf die Körperwahrnehmung und das Körperschema sowie die Wahrnehmung in der Tiefensensibilität und im Raum ab (APW 2010, S. 11f.). Affolter ist ursprünglich keine autismusspezifische Therapie, sondern kommt aus der Pflege und Altenhilfe (Gundelfinger 2009, S. 523). Der Fokus liegt hier auf dem geführten Erleben der Umwelt als Raum, welcher gemeinsam ertastet und erforscht wird (APW 2010, S. 11f.). Dabei wird, je nach benötigter Intensität, der Körper des/der Klient\_in von dem/der Professionellen umschlossen. Ziel ist das eigenständige Agieren im Raum und ein besseres und bewussteres Körperschema.

Ein besonderes Interesse von vielen Eltern liegt in *tiergestützten Therapien* (Kamp-Becker und Bölte 2011, S. 87). Die Idee dahinter besteht in der Auffassung, dass ein sozialer Kontakt mit einem Tier leichter, unverfänglicher und niedrigschwelliger aufgebaut und gehalten werden kann und von da aus eine positive Entwicklung im Sozialverhalten gegenüber Mitmenschen erleichtert wird (Schwartz 2012, S. 369). Hier gehen die möglichen Tierarten vom einfachen Haustier, über ausgebildete Hunde, Reit- oder Hippotherapie, bis hin zur Delphintherapie, welche oft mit einer langen Reise verbunden sind (Nußbeck 2009, S. 449ff.). Die Besonderheit der Aktion und der nutzerzentrierte Zweck können hier als eigener Aspekt der Intervention gesehen werden (ebd., S. 458). Ein wichtiger Aspekt ist auch die direkte und eindeutige Rückmeldung, die von einem Tier ausgeht, die damit das Erleben und das Verständnis für den Inhalt der sozialen Interaktion in Eindeutigkeiten unterstützen kann.

Abschließend sei bei den Therapie- und Unterstützungskonzepten noch das *Würzburger Modell* genannt (Förderverein Bauen für Geborgenheit - Würzburger Modell e.V. o. J.). Es beruht auf der Idee, dass Farbwahrnehmung und Materialunterschiede in der Innenarchitektur positive oder negative Auswirkungen auf die darin lebenden Personen haben (ebd.). So werden z.B. von der Stif-

tung Attl die Wohn- und Arbeitsräume für Menschen mit Autismus in Blautönen gehalten und die Möbel aus Naturmaterialien wie Holz mit Rundungen speziell hergestellt (Stiftung Attl – Einrichtung für Menschen mit Behinderung o. J.). Ein wichtiger Aspekt liegt hier auf der Strukturierung des Raumes mit Bodenbelägen. Es werden z.B. für Räume, die einem Arbeitskontext zuzuordnen sind, dieselben Farben und Beläge, z.B. ein rauer grauer Boden, ausgewählt (Stiftung Liebenau 2016, S. 28f.). Das findet sich dann im gesamten Arbeitsbereich, aber auch in der Waschküche der Wohngruppe wieder. So werden auch thematisch zusammengehörende Räume, wie gemeinsame Freizeitbereiche oder private Räume, ‚untermalt‘. Für Menschen mit Autismus, welche den Fußboden, dessen Farbe und Belag stark fokussieren, kann das Konzept die Wahrnehmung der thematischen Zugehörigkeit des Raumes unterstützen.

Des Weiteren wurden und werden viele verschiedene Therapieformen entwickelt und an oder mit autistischen Menschen angewandt. Hier reicht die Palette von tiefenpsychologischen Therapien und systemischer Familientherapie hin zu medikamentösen Interventionen, aber auch teils abenteuerlichen Therapien wie der Urschreithherapie, über Festhaltetherapie, Diäten, Nahrungsergänzungsmittel, Hormontherapie bis hin zum Versuch von Operationen (Nußbeck 2009, S. 459). Gemeinsam haben viele Methoden, Verfahren und Techniken, dass sie aus einer normierenden, gesellschaftskonformen Sicht heraus die Defizite der Menschen mit Autismus betrachten und diese an die kultur- und gesellschaftsspezifischen Grundlagen und Handlungsmuster einer statistisch ermittelten Norm anpassen wollen (ebd.). Das kann für die Adressat\_innen zwar deutliche Verbesserungen im Umgang mit Dritten ermöglichen und ihnen das Verständnis für das Verhalten Dritter vermitteln, das ihnen aus den geschilderten Gründen oft fehlt oder sich ihnen nicht erschließt. Die Interventionen haben mit diesem Hintergrund ein eher einseitig gesellschaftsorientiertes Ziel. Jedoch kann wiederum auch fast jeder dieser Ansätze deutlich adressat\_innenorientierter und im Sinne eines gleichberechtigten Aushandlungsprozesses, des Assistenzmodells, ausgestaltet und praktiziert werden. Dies kann, wenn der oder die Professionelle in der Sozialen Arbeit bereit dazu ist, von Menschen mit Autismus zu lernen, auch zu einem tatsächlich gleichberechtigten Austausch auf Augenhöhe werden, da die Besonderheiten und ungewohnten Verhaltensweisen auch Ressourcen darstellen, die es den Professionellen ermöglichen, eine völlig andere und ihnen fremde Sicht auf Wirklichkeit und Realität zu gewinnen. Nötig dazu ist lediglich eine offene Haltung gegenüber Neuem, die Anerkennung des So-Seins der Klient\_innen und eine kritische Grundhaltung gegenüber Normierungsprozessen und statistischen

Normen, die entgegen der Vielfältigkeit der Lebenswelten im Sinne der Lebensweltorientierung stehen. Ursache dieses anderen Erlebens und dieser spezifischen Sicht auf die Welt sind die bereits oben benannten hirnpfysiologischen und wahrnehmungsbezogenen Veränderungen. Im Folgenden sollen daher nun die Besonderheiten in der Wahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung näher vorgestellt werden.

### **2.3 Autismus als Wahrnehmungs- und Informationsverarbeitungsstörung**

Die vielen Besonderheiten der neuronalen Verarbeitung und der veränderten Hirnpfysiognomie münden im autistischen Erleben in einer veränderten Wahrnehmung und Informationsverarbeitung. Diese, synonym zum Autismus gebraucht, unterscheidet sich in ihrer Ausprägung innerhalb des Störungsbildes stark. Für den weiteren Verlauf dieses Buches sollen daher mehrere Annahmen zugrunde gelegt werden, um der großen Spannweite des Kontinuums der Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung Rechnung zu tragen. Wie bereits geschildert wurde, besteht dieses Kontinuum in der Ausgestaltung und der Ausprägung des Störungsbildes im Körperschema oder in der sozialen Interaktion (Grzadzinski et al. 2013, S. 1f.). Die Wahrnehmungsverarbeitung der Umwelt unterscheidet sich erheblich, wenn das Störungsbild des betroffenen Menschen am Pol der Störung im Körperschema und der Selbstwahrnehmung liegt, als wenn der Gegenpol der sozialen Interaktion und die Wahrnehmung der Umwelt die Hauptproblematik darstellen (Lingg und Theunissen 2008, S. 108f.). Z.B. schreibt Birger Sellin, ein Betroffener: „wie sieht es aus wenn ich schreie die menschen wirken sehr aufgeregt und durcheinander wieso sind die reaktionen so schlimm ich erlebe keineswegs das schlimme das ich auf ihren erregten gesichtern sehen [sic!]“ (1993, S. 151). Hier wird deutlich, dass die Selbstwahrnehmung der Betroffenen sehr stark davon abweicht, wie das Umfeld sie und ihr Verhalten wahrnimmt. Auch die Schwierigkeit, die Reaktionen der Umwelt einzuordnen, ist hier deutlich herauszulesen.

Aufgrund dieses Spannungsfeldes wird in den folgenden Ausführungen der Fokus auf sprechende Menschen mit Autismus gelegt werden, deren Ausprägung der Wahrnehmungsverarbeitungsstörung in der polaren Nähe der sozialen Interaktion und Umwelt liegt. Des Weiteren haben die bereits erwähnten Komorbiditäten mit weiteren psychischen oder anderen Störungsbildern einen großen Einfluss auf das Rezipieren der Umwelt. Infolgedessen soll das Hauptau-

genmerk hier auf Menschen gelegt werden, bei denen das Störungsbild des Autismus die Symptomatik dominiert. Da Wahrnehmung und Partizipation, welche im Folgenden eine große Rolle in den Ausführungen einnehmen sollen, auch immer mit Kognitionen und den Fähigkeiten der Hirnfunktionen einhergeht, werden Menschen mit kognitiven Fähigkeiten innerhalb der Normalverteilung der Gauß'schen Glockenkurve von einem IQ zwischen 85-114 als Adressat\_innen vorausgesetzt (siehe Abb. 3):

Abbildung 3.2: Gauß'sche Glockenkurve. Im Bereich von plus/minus einer Standardabweichung finden sich mehr als zwei von drei Personen (68,2 %). Dieser Bereich wird als normal bzw. durchschnittlich bezeichnet. Überdurchschnittlich ist ein IQ damit ab 115. Das trifft auf ~16 % der Bevölkerung zu

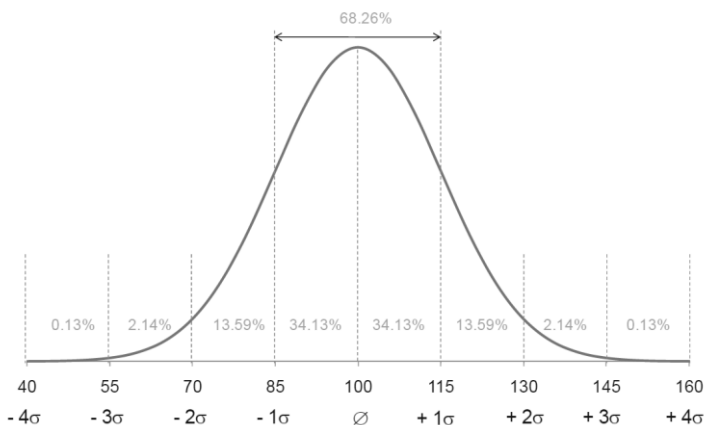


Abb. 3: Gauß'sche-Normalverteilung des IQ (Lackner 2014, S. 197, Abb. 3.2)

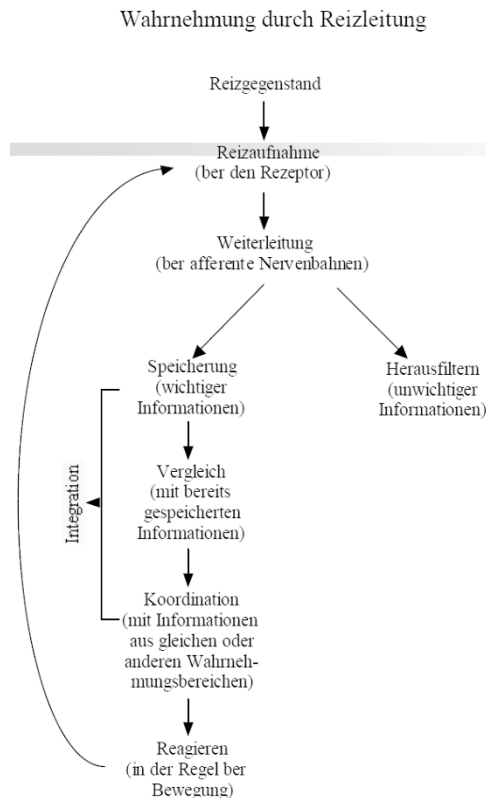
Sowohl eine kognitive Einschränkung oder sogenannte geistige Behinderung, als auch Insel- und Hochbegabung, bis hin zu genialen Menschen mit Autismus, sogenannte Savants (Kooperationsverbund Autismus 2011, S. 112), finden reges Interesse in der Fachwelt, sollen hier aber nicht weiter behandelt werden. Festgehalten werden kann jedoch, dass sowohl der an der Basis und in der Normalbevölkerung verbreitete Mythos des hochbegabten Autisten möglich ist, als auch eine Intelligenzminderung bei Menschen mit Autismus, da durch die Diagnose Autismus über das Intelligenzniveau des Menschen keine Aussage getroffen werden kann (Autism Speaks Inc. 2015b).

Entwicklungspsychologisch betrachtet sind die Wahrnehmung, die Wahrnehmungsverarbeitung und die Informationsverarbeitung ausschlaggebend und grundlegend für Entwicklungsaufgaben, die bereits im frühen Säuglingsalter eines Menschen bestehen (Schwarzer und Degé 2014, S. 108ff.). Psychologisch/medizinisch betrachtet, kann eine korrelierende Folge aufgezeigt werden, die sich aufeinander aufbauend auswirkt (Schwarzer und Degé 2014, S. 114f.). Am Anfang steht die Funktionsfähigkeit der Sinne, welche die ‚Antennen‘ sind, mit denen der Mensch seine Umwelt rezipiert (Hagendorf et al. 2011, S. 3). Anschließend werden die Sinnesreize verarbeitet und nach Wichtigkeit selektiert (Schwarzer und Degé 2014, S. 109). Darauf aufbauend kann sich der Mensch auf einzelne Reize fokussieren und konzentrieren. Die daraus erfolgende Bewertung mündet wiederum in Verhalten. Diese „spezifische[n] mentale[n] Funktionen, die die Erkennung und Interpretation sensorischer Reize betreffen“ (DIMDI und WHO 2005, S. 56), im ICF der WHO als „Funktionen der Wahrnehmung“ (ebd.), Schlüssel b156, bezeichnet, sind bei Menschen mit Autismus näher zu betrachten.

### 2.3.1 *Wahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung*

Autismus ist keine Sinnesbeeinträchtigung (Noterdaeme 2009, S. 59). Die Funktion der Sinne ist nicht beeinträchtigt, sie kann sich sogar durch Ambivalenzen in der Wahrnehmung situativ als hervorragend darstellen (Slotta 2002, S. 41ff.). Wahrnehmung ist eine komplexe, aus verschiedenen Perspektiven zu betrachtende Kumulation von Prozessen und Interaktionen (Schwarzer und Degé 2014, S. 94). Zum besseren Verständnis soll nun eine Ausdifferenzierung der in der Abbildung 4 aufgeführten Teilprozesse von Wahrnehmung folgen.

Die Verarbeitung als solche beinhaltet Priorisierungs- und Bewertungsprozesse, bei denen die Wichtigkeit und der Zusammenhang verschiedener Reize in Bezug zueinander bewertet werden und die Reihenfolge nach Priorität festgelegt wird (Hobmair 2008, S. 88f.). Treten hier, wie beim Autismus, Schwierigkeiten auf, führt das zu zusammenhangslosen oder fehlgeleiteten Bedeutungshorizonten, abnormen Bewertungen und Hierarchien von Reizkanälen oder Reizkombinationen (Müller-Teusler und Prim 2010b, S. 10ff.). Die Resultate und weitere Bearbeitung und Verwertung dieser Daten fügt sich dann in völlig andere Gestaltungshorizonte ein, die Menschen ohne Autismus verschlossen sind und daher oft nicht nachvollziehbar erscheinen (ebd.).

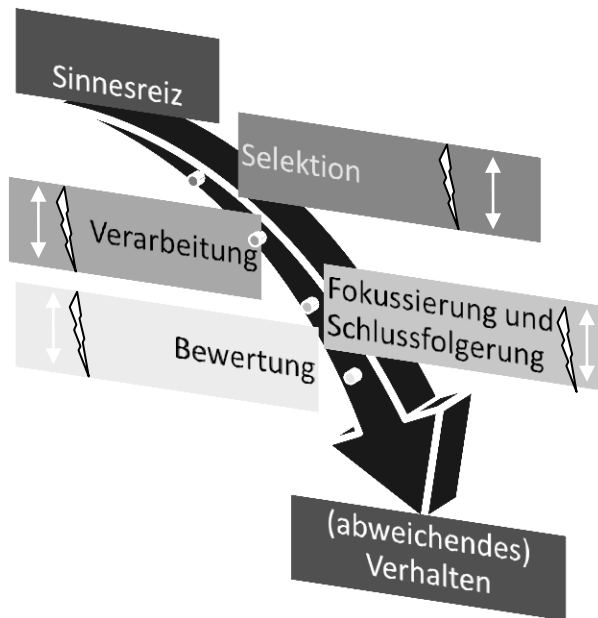


*Abb. 4: Schema des Informations- und Wahrnehmungsverarbeitungsablaufs (Müller-Teusler und Prim 2010b, S. 9)*

Die Fokussierung und Konzentration auf einzelne oder mehrere Sinnesreize und deren Zusammenhänge trennscharf in den Blick zu nehmen ist bei Autismus ebenso eingeschränkt und damit Teil des Störungsbildes (Müller-Teusler und Prim 2010b, S. 10ff.). Wo die Fokussierung einen als wichtig bewerteten Reiz oder eine Reizkombination zu verfolgen meint, liegt die Konzentration für das bewusste Hauptaugenmerk auf einem Reiz oder einer Reizkombination, ohne von der Beobachtung und Interpretation dessen Abstand zu nehmen (Müller-Teusler und Prim 2010b, S. 9). Beides kann bei Autismus gestört sein. Das kann

einerseits zu sprunghafter Fokussierung und andererseits zu Konzentrationschwächen und anderen Zusammenhangs-Kombinationen führen, als dies bei Menschen ohne Autismus der Fall wäre (Hobmair 2008, S. 91ff.).

Diese sind von den autistismusspezifischen Besonderheiten im Wahrnehmungsprozess häufig fasziniert. So ist es nicht verwunderlich, dass sich diese über ihre Erfahrungen austauschen und auf dieser Grundlage diskutieren. Aus diesen Gesprächen heraus folgen spezifische Annahmen und Schlussfolgerungen zu autistischen Wahrnehmungsprozessen. Die Überlegungen des Autors sollen in der nachstehenden Abbildung, welche die Störungen in Form von Blitzen und die Hyper- oder Hypofunktion der Wahrnehmungsprozesse in Form von gegenläufigen Pfeilen schematisch dargestellt werden. Anschließend wird die Illustration erläutert:



*Abb. 5: Hyper- & Hypofunktion der Wahrnehmungsprozesse (Darst. d. Autors)*

Der Sinnesreiz wird wahrgenommen. Bereits bei der Selektion kann es bei einem autistischen Menschen zu Schwierigkeiten kommen. Es können entweder zu viele Reize herausgefiltert werden (Hyperfunktion) und damit nicht ausreichend

Informationen für eine adäquate Weiterverarbeitung bereitstehen, oder es werden zu wenige Informationen herausgefiltert (Hypofunktion). Damit überlagert die große Menge an Informationen jene, die für die Weiterverarbeitung relevant sind.

Die Verarbeitung kann durch die Hirnphysiognomie beeinträchtigt werden und entweder kommt es hier zu einer nicht endenden Verarbeitung (Gedankenspiralen, Hypofunktion, siehe exekutive Dysfunktion), was zu Erstarren oder unentwegter Repetition des Verhaltens führt, oder der Verarbeitungsprozess erfolgt zu kurz (Hyperfunktion) und erzeugt damit eine sprunghafte, nicht auf die entsprechend wichtigen Details bezogene Reaktion.

Die Fokussierung und Schlussfolgerung stellt ein In-den-Zusammenhang-Setzen dar. Hier kommen die beschriebenen Effekte der Schwäche in der zentralen Kohärenz zum Tragen. Hier kann entweder die Fokussierung auf eine zu starke Kleinteiligkeit die Breite der Schlussfolgerung hinter ihrem vollumfänglichen Bezug zurücklassen (Hyperfunktion). Ebenfalls möglich ist eine nicht gelingende Fokussierung oder eine Fokussierung auf einen zu großen Informationsradius (Hypofunktion). Das führt wiederum zu verwirrenden oder inadäquaten Schlussfolgerungen.

Am Ende dieser Abfolge von Vorgängen vor der Reaktion steht die Bewertung des wahrgenommenen, verarbeiteten und fokussierten Inputs. Die Bewertung stellt ein In-den-Kontext-Setzen dar. Hier kommen die beschriebenen Effekte der exekutiven Dysfunktion und der Einschränkungen in der Theory of Mind sowie den Spiegelneuronen zum Tragen. Eine Bewertung, vor allem von sozialer Interaktion, kann nur gelingen, wenn man sich in das Gegenüber hineinversetzen, Ironie als solche identifizieren oder auch sich selbst im Gegenüber gespiegelt sehen kann. Hyperfunktional ist damit z.B. die Einbeziehung und Bewertung aller Erlebnisse, an die man sich in Bezug auf das Gegenüber erinnern kann. „Du hast doch im Sommer 1973, am 05. Juli, beim Mittagessen gesagt, dass ...“<sup>10</sup>. Ein Umstand, der nicht in die Bewertung einbezogen werden muss und die Reaktion aufgrund der bloßen Menge an einzubeziehenden Daten lähmen kann. Hypofunktional kann hier eine rein die aktuelle Situation einbeziehende Bewertung sein, bei der alle anderen vorher getroffenen Regeln, Absprachen und gemeinsamen Erlebnisse keine tragende Rolle spielen. Bei einer nicht-autistischen zwischenmenschlichen Beziehung sind gerade diese durch ihre Dau-

---

<sup>10</sup> Dieser Auszug aus einem Dialog ist nicht erfunden und diese Erfahrung in der Interaktion mit Menschen mit Autismus wird in vielfältiger Weise mit Angehörigen und Professionellen geteilt. Es ist durchaus beeindruckend, an welche Weite und Menge an Begebenheiten sich Menschen mit Autismus in solchen Fällen erinnern können, die von den nicht-autistischen Gesprächspartnern längst selektiert wurden.

er und Intensität das Fundament für ein In-Beziehung-Treten und Interagieren. Damit ist die Interaktion gleichzeitig ein neues Kennenlernen des Gegenübers innerhalb der Situation.

Dass sich nun hieraus verändertes, herausforderndes oder abweichendes bis hin zu delinquentem Verhalten ergeben kann, überrascht nicht. Es unterstreicht nochmals die Notwendigkeit von psychoedukativer Unterstützung, wie z.B. Soziales-Kompetenz-Training oder TEACCH. Noch mehr unterstreicht es die Notwendigkeit einer vorurteilsfreien und nichtwertenden, anerkennenden Sicht auf Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung und das bewusste Einlassen auf deren Handlungs- und Deutungsmuster, da davon ausgegangen werden muss, dass hier keine Mutwilligkeit, sondern ein veränderter bzw. veränderter Prozess im Hintergrund des Verhaltens steht.

### 2.3.2 *Folgen für das Erleben von Menschen mit Autismus*

Logische Schlussfolgerung und erlebbare Praxis ist das daraus mündende abweichende Verhalten, das sich nicht an den Bewertungen der vorangegangenen Prozesse ausrichten kann. Ob diese Bewertung selbst Funktionsstörungen aufweist, ist dabei gar nicht von Belang, da die vorangegangenen Funktionsstörungen bereits eine gelingende Bewertung unmöglich machen (Hagendorf et al. 2011, S. 170ff.). Dennoch ist das Verhalten als Ausdruck von Bewertungen der Sinnesreize, Verarbeitung, Selektion, Fokussierung und Konzentration zu verstehen und damit keine per se unreflektierte und störungswillige Interaktion oder vollstes Unvermögen in sozialer Interaktion (Esken 2006, S. 101). Vielmehr ist es Ausdruck eines gestörten Wahrnehmungsverarbeitungs- und Informationsverarbeitungsprozesses, der zu positiv erlebbarem sozialen Verhalten führen soll (Hartl 2010, S. 158f.). Dass dies oft nicht gelingt, ist damit weder gewollt noch schuldhaft, führt aber zu vielen Missverständnissen und Problemen in sozialen Interaktionen, die wegen der spezifischen psychiatrisch-neurologischen Veränderungen nicht oder nur vermindert bewertet werden können. Das stellt sich dann als Negativ-Spirale dar, die ein Nicht-Gelingen von sozialem Verhalten und Interaktion begründet und bedingt (Günter 2012, S. 16). Für außenstehende Beobachter\_innen, und damit auch für die Professionellen der Sozialen Arbeit, laufen diese Prozesse im verborgenen Inneren der Klient\_innen ab und werden oft verkannt oder in Abrede gestellt (Grossmann und Grossmann 2008, S. 46ff.).

Dass dies für die Betroffenen zu Dissonanzen führt und sich negativ auf ihr Selbstbild und -wertgefühl auswirkt, ist offensichtlich. Es hat aber weitrei-

chendere Folgen, als es auf den ersten Blick erscheint. Alle Entscheidungen, und damit jede Form von Weitsicht in sozialem Handeln, sind mit Abwägungsprozessen und erlerntem Verhalten in Form von Sozialisations- und Enkulturationsprozessen und der Wechselseitigkeit von Erziehung verknüpft. Damit ist eine wichtige Grundlage nicht nur sozialen Handelns, sondern auch persönlicher Planung und Menschwerdung bedroht (Ahnert und Haßelbeck 2014, S. 29ff.; Elsner 2014, S. 324ff.; Esken 2006, S. 101). Auch das wechselseitige Verhältnis von Lern- und Bildungsprozessen zur Erreichung von Mündigkeit und vollwertiger Teilhabe an Gemeinschaft und Gesellschaft innerhalb der eigenen Kultur ist gefährdet (Ahnert und Haßelbeck 2014, S. 35ff.). Die Unfähigkeit zu sozialem Lernen durch unbewusstes Eingehen auf und Nachahmen von Gestik, Mimik, Stimmlage und Betonung durch die beeinträchtigten Spiegelneuronen erschwert die Bedingungen zu gelingender Enkulturation und erzwingt bewusste Sozialisationsprozesse und Erklärungen zu kulturellem Verhalten (ebd.; Esken 2006). Da ‚bewusste Sozialisationsprozesse‘ im eigentlichen Sinne Erziehung sind, ist es stringent, diesen Ansprüchen mit Sozialem-Kompetenz-Training zu begegnen, um diese Nachteile auszugleichen (Matzies 2006, S. 13f.). Eine Komponente darin, die nicht ausgeglichen werden kann, ist der Umstand, dass Kultur stetig im Wandel begriffen ist und sich bereits geographisch innerhalb weniger hundert Kilometer deutlich unterscheidet, was neue Lernprozesse nach sich ziehen muss (Ahnert und Haßelbeck 2014, S. 40f.).

Welche Auswirkungen diese Dissonanz außerhalb der spezifischen Problematik beinhalten kann, fasst die Sozialpsychologie in eigene Theoriegebilde (Raab et al. 2010, *passim*). Dissonanz führt demnach normalerweise zu Veränderungen in der Kognition, im Verhalten oder in der Bezugnahme. Durch die fehlende Möglichkeit eines Abgleichens des eigenen Handelns und Denkens mit Bezugsgruppen, wie der Gesellschaft, stehen nur sehr eingeschränkte Verhaltensalternativen zur Verfügung und delinquentes oder abweichendes Verhalten können verstärkt die Folge sein, da das Verstehen der Gründe für die Dissonanz misslingt und keine Alternativen entwickelt werden können (Günter 2012, S. 5).

Die neurobiologischen Ergebnisse der Hirnforschung und der bildgebenden Verfahren belegen und unterstützen nicht nur die Theorien über physiologische Besonderheiten von Menschen mit Autismus, sondern vor allem auch die Andersartigkeit der Rezeption, Bewertung und Reaktion von Menschen mit Autismus (Bölte und Dziobek 2009, S. 139). Betont werden soll hier, auch wenn (Chancen-) Gleichheit meist als Normierung und Anpassung an die vorherrschende Gesellschaft aufgefasst wird, die Andersartigkeit. Andersartigkeit, nicht

wertend zu verstehen, stellt gleichberechtigte gegenüberstehende Perspektiven oder Zugänge zu (sozialer) Wirklichkeit und Realität dar.

Diese Besonderheiten der Menschen mit einer Störung aus dem Autismus-Spektrum unterstreichen philosophische Denkrichtungen aus dem 19. Jahrhundert, welche als Postulate, konkretisiert auf die Praxis, Eingang in heutige Theorien Sozialer Arbeit gefunden haben. Sie stellen in diesem theoretischen Ansatz sozialpädagogischen Handelns eine ethische, theoretische sowie das Selbst- und Adressat\_innenverständnis fundierende Basis professionellen Handelns in der Sozialen Arbeit dar.

Jene erkenntnistheoretischen Strömungen der Philosophie werden bis heute weiterentwickelt und durchdacht: die Hermeneutik, die Phänomenologie und die dialektische kritische Theorie. Philosophische Theorien halten Einzug in die Konzepte und Theorien der sozialen Geisteswissenschaften, wie z.B. der Psychologie, Soziologie, Erziehungswissenschaft und Sozialen Arbeit (Scheu und Atrata 2011, S. 125ff.).

Ein großes Defizit der mannigfaltigen Konzepte und Selbstverständnisse der Sozialen Arbeit jedoch ist, dass sie dem spezifischen und subjektiven Empfinden und Interpretieren der Klient\_innen nur unzureichend gerecht werden. Das Konzept der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit nach Hans Thiersch berücksichtigt die sehr individuellen Bedürfnisse der Klient\_innen und erkennt deren Bedeutungs- und Handlungsmuster als grundlegend für das professionelle Handeln an. Das Denken und kritische Selbstverständnis dieses Ansatzes bietet die Chance, mit autistischen Menschen eine Wechselseitigkeit der Lern- und Erfahrungsprozesse einzugehen und damit Zugänge zu unserer Umwelt zu gewinnen, sowie die Möglichkeit, gegenseitig von den Perspektiven profitieren zu können. Es eignet sich somit bestens als handlungsleitende Grundhaltung für die Soziale Arbeit mit Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung.

Aufgrund dessen soll im Folgenden das Konzept der Lebensweltorientierung und Lebensweltorientierte Soziale Arbeit vorgestellt und zu Beginn in ihre philosophisch-soziologische Historie eingebettet werden.

Lebensweltorientierung und Autismus  
Lebensweltorientierte Soziale Arbeit mit Menschen mit  
Autismus-Spektrum-Störung  
Kabsch, J.  
2018, XIX, 145 S. 8 Abb., Softcover  
ISBN: 978-3-658-19619-6