

Sevval Türkan / Türkan Sahin

**Die Autismus Spektrum Störung.
Belastungssituationen und
Stärkenorientierung betroffener Familien**

Eine Interviewstudie mit Eltern, Geschwistern und
Experten

Bachelorarbeit

BEI GRIN MACHT SICH IHR WISSEN BEZAHLT



- Wir veröffentlichen Ihre Hausarbeit, Bachelor- und Masterarbeit
- Ihr eigenes eBook und Buch - weltweit in allen wichtigen Shops
- Verdienen Sie an jedem Verkauf

Jetzt bei www.GRIN.com hochladen
und kostenlos publizieren



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de/> abrufbar.

Dieses Werk sowie alle darin enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsschutz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlanges. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen, Auswertungen durch Datenbanken und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der fotomechanischen Wiedergabe (einschließlich Mikrokopie) sowie der Auswertung durch Datenbanken oder ähnliche Einrichtungen, vorbehalten.

Impressum:

Copyright © 2020 GRIN Verlag
ISBN: 9783346370938

Dieses Buch bei GRIN:

<https://www.grin.com/document/985565>

Sevval Türkan, Türkan Sahin

Die Autismus Spektrum Störung. Belastungssituationen und Stärkenorientierung betroffener Familien

Eine Interviewstudie mit Eltern, Geschwistern und Experten

GRIN - Your knowledge has value

Der GRIN Verlag publiziert seit 1998 wissenschaftliche Arbeiten von Studenten, Hochschullehrern und anderen Akademikern als eBook und gedrucktes Buch. Die Verlagswebsite www.grin.com ist die ideale Plattform zur Veröffentlichung von Hausarbeiten, Abschlussarbeiten, wissenschaftlichen Aufsätzen, Dissertationen und Fachbüchern.

Besuchen Sie uns im Internet:

<http://www.grin.com/>

<http://www.facebook.com/grincom>

http://www.twitter.com/grin_com

Pädagogische Hochschule Freiburg
BA Kindheitspädagogik
8. Semester

BACHELORARBEIT

zur

Erlangung des akademischen Grades Bachelor of Arts (B.A.)

Autismus-Spektrum-Störung: Belastungssituationen und Stärkenorientierungen im Alltag

-Interviewstudie mit Eltern, Geschwisterkindern und Experten-

eingereicht von

Sevval Demir

Türkan Sahin

Abgabedatum: 31.07.2020

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	V
I. Einleitung	1
II. Theoretische Grundlagen	3
1. Autismus-Spektrum-Störung	3
1.1 Begriffsdefinition	3
1.2 Historische Grundlagen	4
1.3 Autismus nach DSM-V	7
1.4 Autismus nach ICD-10	10
1.4.1 Frühkindlicher Autismus	10
1.4.2 Atypischer Autismus	12
1.4.3 Hochfunktionaler Autismus	12
1.4.4 Asperger-Syndrom	12
1.5 Kritik an den Klassifikationssystemen	13
1.6 Diagnosestellung	14
1.7 Professionelle Hilfen	17
1.8 Rechtliche Grundlagen	20
1.9 Besondere Eigenschaften von autistischen Menschen	21
1.10 Ursachen autistischer Besonderheiten	26
2. Belastungssituationen	27
2.1 Definition: Belastung	27
2.2 Vier-Ebenen-Modell	28
2.3 Belastungssituationen der Eltern	28
2.4 Belastungssituationen der Geschwisterkinder	30
2.5 Belastungssituationen bei autistischen Menschen	33
2.6 Bewältigungsstrategien	34
3. Stärkenorientierung	35
3.1 Definition: Stärke und Ressource	35
3.2 Ansatz der Stärkenperspektive	36
3.3 Stärkenorientierung der Eltern	38
3.4 Stärkenorientierung der Geschwisterkinder	40
4. Zusammenfassung der theoretischen Grundlagen	43

III.	Methodische Grundlagen	45
1.	Fragestellung und Zielsetzungen.....	45
2.	Forschungszugang.....	46
3.	Datenerhebung	47
3.1	Erhebungsmethoden	47
3.2	Erhebungsinstrument.....	50
3.3	Datenauswahl.....	54
3.4	Information zur Durchführung	54
4.	Datenaufbereitung.....	55
4.1	Datenaufbereitung	55
4.2	Analysemethode.....	56
4.2.1	Inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse	58
4.2.2	Durchführung der qualitativen Inhaltsanalyse	61
5.	Gütekriterien.....	62
IV.	Ergebnisse	65
1.	Vorstellung der Probandinnen	65
2.	Vorstellung des Kategoriensystems	66
3.	Auswertung des Interviews.....	68
4.	Zusammenfassung der Ergebnisse	87
V.	Diskussion und Ausblick.....	90
1.	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	90
2.	Diskussion des Forschungsprozesses.....	103
2.1	Diskussion des methodischen Vorgehens	103
2.2	Diskussion der qualitativen Gütekriterien nach Mayring.....	104
3.	Ausblick.....	105
VI.	Fazit	107
	Literaturverzeichnis.....	108
	Anhang	116
	Anhang 1: Interviewleitfaden für Expertinnen	116
	Anhang 2: Interviewleitfaden für Mütter	124
	Anhang 3: Interviewleitfaden für Geschwisterkinder	132
	Anhang 4: Prä- und Postskript Expertin 1	138
	Anhang 5: Prä- und Postskript Expertin 2.....	139
	Anhang 6: Prä- und Postskript Mutter 1	140
	Anhang 7: Prä- und Postskript Mutter 2.....	142
	Anhang 8: Prä- und Postskript Geschwisterkind 1	143
	Anhang 9: Prä- und Postskript Geschwisterkind 2	144

Anhang 10: Transkript Expertin 1	145
Anhang 11: Transkript Expertin 2	159
Anhang 12: Transkript Mutter 1	168
Anhang 13: Transkript Mutter 2	180
Anhang 14: Transkript Geschwisterkind 1	190
Anhang 15: Transkript Geschwisterkind 2	195
Anhang 16: Kategorientabelle	207

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beurteilungssystem	9
Abbildung 2: Diagnostische Kriterien Frühkindlicher Autismus	11
Abbildung 3: sechs Schritte in der Diagnostik	16
Abbildung 4: Häufigkeiten von Autismus-Spektrum-Störung	17
Abbildung 5: Überblick der gesetzlichen Regelungen zum Autismus-Spektrum	21
Abbildung 6: Vier-Ebenen-Modell der elterlichen Belastungen	28
Abbildung 7: Verhaltensauffälligkeiten bei Geschwistern	31
Abbildung 8: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell	57
Abbildung 9: Sieben Analyseformen nach Mayring	58
Abbildung10: Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse	59

Abkürzungsverzeichnis

ABA	=	Applied Behavioral Analysis
APA	=	American Psychiatric Association
ASS	=	Autismus-Spektrum-Störung
CHAT	=	Checklist for Autism in Toddlers
DSM-V	=	Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen
ICD-10	=	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
NSAC	=	National Society for Autistic Children
SPZ	=	Sozialpädiatrisches Zentrum
TEACCH	=	Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children
WHO	=	Weltgesundheitsorganisation

I Einleitung

In Bezug auf die Diagnosen der autistischen Menschen wird angenommen, dass ein Anstieg der Prävalenzrate vorhanden und 1% der Gesamtbevölkerung von Autismus betroffen ist (Leitlinien zur Diagnostik von Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, 2016). Als Ursachen für diesen Anstieg werden zum einen die empirischen Erkenntnisse und zum anderen die Verbesserungen der diagnostischen Instrumente angesehen. Außerdem wird der Anstieg der erhöhten Aufmerksamkeit gegenüber von ASS geschuldet (Kamp-Becker & Bölte, 2014, S. 26). Aktuell bestehen für die jeweiligen Fachkräfte keine Leitlinien und ausreichende differenzierte Kenntnisse zur Diagnostik und Handlungsmaßnahmen zur Zusammenarbeit mit betroffenen Familien. Damit eine angemessene Versorgung gewährleistet werden kann, sind Leitlinien in Deutschland eine Notwendigkeit (AWMF e.V., 2016, S. 7). Es ist unbestritten, dass das Zusammenleben mit einem autistischen Kind eine Herausforderung darstellt. Die Eltern besitzen nämlich unterschiedliche Anforderungen im Alltag, die sie versuchen zu bewältigen. Dabei ist eine optimistische und geduldige Grundhaltung eine wichtige Eigenschaft im Umgang mit einem autistischen Kind. Außerdem ist die Unterstützung der Personen aus dem sozialen Umfeld eine nachhaltige Ressource für betroffene Familien. Des Weiteren ist der Bezug von professionellen Maßnahmen eine wichtiger Handlungsschritt zur Unterstützung der autistischen Kinder (autismus Deutschland e.V., 2018, S. 12). Die Geschwisterkinder werden ebenfalls mit den herausfordernden Verhaltensweisen ihrer autistischen Geschwister konfrontiert und übernehmen in unterschiedlichen Situationen eine Verantwortung, welches zu Überanstrengungen führen kann (autismus Deutschland e.V., 2018, S. 14).

Vor diesem Hintergrund sollen die oben genannten Aspekte im Rahmen dieser Interviewstudie näher untersucht werden. Diese Aspekte werden mit der Untersuchung der Bewältigungsstrategien und Stärkenorientierungen der betroffenen Familien erweitert. Zur Umsetzung werden sechs Probandinnen zu unterschiedlichen Aspekten im Autismus-Spektrum befragt und die Ergebnisse auf der Grundlage von Untersuchungsaspekten analysiert und ausgewertet. Jedoch können die erhobenen Ergebnisse aufgrund der geringen Repräsentativität nicht zur Verallgemeinerung dienen. In dieser Hinsicht könnte diese Arbeit Hinweise und Anregungen für weitere Untersuchungen in der Autismusforschung leisten.

Die vorliegende Bachelorarbeit gliedert sich in fünf Bereiche, die sich ebenfalls thematisch unterteilen. Der Bereich Theoretische Grundlagen (II) gliedert sich in den Kapiteln Autismus-Spektrum-Störung (II, Kap. 1), Belastungserleben (II, Kap. 2) und Stärkenorientierung (II, Kap. 3) auf. Im ersten Kapitel zum Thema ASS erfolgt zunächst eine Definition der Bezeichnung ASS (II, Kap. 1.1) und die Darstellung der historischen Grundlagen (II, Kap. 1.2). Anschließend werden die Klassifikationssysteme DSM-V (II, Kap. 1.3) und ICD-10 (II, Kap. 1.4) vorgestellt. Letzteres umfasst die kategoriale Unterteilung Frühkindlicher Autismus (II, Kap. 1.4.1), Atypischer Autismus (II, Kap. 1.4.2), Hochfunktionaler Autismus (II, Kap. 1.4.3) und Asperger-Syndrom (II, Kap. 1.4.4). Im

nächsten Kapitel werden die Kritikpunkte an den vorgestellten Klassifikationssystemen näher betrachtet (II, Kap. 1.5). Die darauffolgenden Kapitel befassen sich mit der Diagnosestellung (II, Kap. 1.6), Professionelle Hilfen (II, Kap. 1.7), Rechtliche Grundlagen (II, Kap. 1.8), besondere Eigenschaften von autistischen Menschen (II, Kap. 1.9) und Ursachen autistischer Besonderheiten (II, Kap. 1.10). Der Bereich Belastungserleben (II, Kap. 2) beinhaltet sechs Kapitel. Darin wird der Begriff Belastung definiert (II, Kap. 2.1), Stresssituationen von autistischen Menschen dargestellt (II, Kap. 2.2) und anschließend auf das Vier-Ebenen-Modell übergeleitet (II, Kap. 2.3). In den darauffolgenden Kapiteln werden sowohl die Belastungssituationen der Eltern (II, Kap. 2.4) als auch der Geschwisterkinder (II, Kap. 2.5) näher beschrieben und auf deren Bewältigungsstrategien (II, Kap. 2.6) eingegangen. Im Bereich der Stärkenorientierung (II) wird der Begriff Stärke definiert (II, Kap. 3.1), auf allgemeine Ressourcen eingegangen (II, Kap. 3.2) und der Ansatz der Stärkenperspektive vorgestellt (II, Kap. 3.3). Der Theorieteil schließt mit der Beschreibung der Stärkenorientierung der Eltern (II, Kap. 3.4) und der Geschwisterkinder (II, Kap. 3.5) ab. Abschließend werden die wichtigsten theoretischen Grundlagen zusammengefasst (II, Kap. 4).

Daraufhin beginnt der Bereich Methodische Grundlagen (III) mit der Beschreibung der Fragestellung und Zielsetzung dieser Arbeit (III, Kap. 1). Im Anschluss werden in den folgenden Kapiteln der ausgewählte Forschungszugang (III, Kap. 2) und die Datenerhebungsmethode (III, Kap. 3) theoretisch aufgezeigt. Letzteres beinhaltet zum einen eine begründete Darstellung der Erhebungsmethode (III, Kap. 3.1), des ausgewählten Erhebungsinstruments (III, Kap. 3.2), der Datenauswahl (III, Kap. 3.3) und zum anderen die Informationen zur Durchführung dieser Untersuchung (III, Kap. 3.4). In Kapitel 4 werden die angewandten Transkriptionsregeln (III, Kap. 4.1) und die Qualitative Inhaltsanalyse als Auswertungsmethode (III, Kap. 4.2) detailliert beschrieben. Außerdem wird ein Einblick in die Gütekriterien nach Mayring gegeben (III, Kap. 5).

Im nächsten Bereich werden die Forschungsergebnisse (IV) dargelegt. Darin erfolgt eine Vorstellung der einzelnen Probandinnen (IV, Kap. 1) und des entwickelten Kategoriensystems (IV, Kap. 2). Zudem werden die Interviews ausgewertet (IV, Kap. 3) und eine Zusammenfassung der Ergebnisse (IV, Kap. 4) dargestellt.

Im abschließenden Bereich (V) werden die dargestellten Ergebnisse anhand von Untersuchungsaspekten diskutiert und analysiert (V, Kap. 1). Der gesamte Forschungsprozess dieser Studie wird in Kapitel 2 diskutiert. Dabei werden auf die Diskussionen des methodischen Vorgehens (V, Kap. 2.1) und der qualitativen Gütekriterien nach Mayring (V, Kap. 2.2) näher eingegangen. Im Ausblick (V, Kap. 3) befinden sich Anregungen für weitere Forschungen und im Fazit (VI) werden die wichtigsten Aspekte zusammenfassend bewertet.

II Theoretische Grundlagen

1. Autismus-Spektrum-Störung

1.1 Begriffsdefinition

Der Begriff Autismus-Spektrum-Störung besitzt sowohl im englischen als auch im griechischen Sprachgebrauch eine Bedeutungszuschreibung (Poustka & Poustka, 2017, S. 233). Dabei besteht bei der Bezeichnung *autism spectrum disorder* eine Ähnlichkeit zu der deutschen Bezeichnung Autismus-Spektrum-Störung. Sie ist eine Zusammenstellung der griechischen Begriffe *autos* und *imos*, die im Deutschen als „selbst“ und „Zustand, Orientierung“ übersetzt werden (Bölte, 2009, S. 21).

Eine grundlegende Auffälligkeit von Autisten und -innen ist hauptsächlich die beeinträchtigte soziale Kommunikation, die unterschiedlich stark ausgeprägt ist. Nicht nur Menschen mit einer kognitiven und sprachlichen Beeinträchtigung, sondern auch Menschen mit durchschnittlichen sprachlichen und kognitiven Kompetenzen sind von der Störung betroffen (Poustka & Poustka, 2017, S. 233). Außerdem befinden sich weitere Auffälligkeiten von autistischen Menschen im Sozialverhalten und Einschränkungen im Interessensspektrum. Diese Bereiche werden nach bestimmten Symptomen untersucht, die häufig in einem engen Bezug zueinanderstehen. Die Kombination der Symptomatik aus den jeweiligen Bereichen ist vielfältig ausgeprägt. Zur Diagnose von Autismus-Spektrum-Störung werden die einzelnen Symptome in der Summe betrachtet. Dies wird als Summationsdiagnose bezeichnet (Schirmer, 2010, S. 12f.).

Insgesamt weisen die autistischen Störungen eine Heterogenität auf und sind meistens angeboren (Poustka & Poustka, 2017, S. 233). Aktuell wird davon ausgegangen, dass die Ursachen von Autismus in der genetischen Reizempfindlichkeit und -empfänglichkeit liegen (Grabrucker & Schmeißer, 2015; zitiert nach Theunissen & Sagrauske (2019), S. 34). In diesem Zusammenhang spielen die epigenetischen Prozesse eine wichtige Rolle, die sich aus genetischen Faktoren mit Umweltkomponenten zusammensetzen. Dabei beziehen sich beispielsweise die genetischen Faktoren auf Genmutationen und die Umweltkomponenten auf mütterliche Erkrankungen. Jedoch bestehen hinsichtlich der Ursachen und Auswirkungen Unklarheiten in der Wissenschaft. Hauptsächlich werden durch Zwillingsstudien belegt, dass die Umweltfaktoren und Genen nicht differenziert betrachtet werden sollten. An dieser Stelle ist es interessant zu betrachten, dass bei eineiigen männlichen Zwillingen trotz hoher Konkordanzrate in autistischen Merkmalen variable Entwicklungsverläufe beobachtet werden können (Theunissen & Sagrauske, 2019, S. 34). Des Weiteren werden durch neuere Erkenntnisse die hohe Konnektivität von Nervenzellen belegt, die durch die genetische Reizempfindlichkeit und -empfänglichkeit verursacht werden. Außerdem ist im frühen Kindesalter ein ungewöhnliches Hirnwachstum zu beobachten. Diese empirischen Ergebnisse werden häufig mit Besonderheiten in der Wahrnehmung und auffälligem Sozialverhalten in Zusammenhang gebracht (Theunissen & Sagrauske, 2019, S. 34).

In den folgenden Kapiteln wird der Autismus-Begriff im historischen Verlauf näher betrachtet. Im Anschluss werden die Symptome von Autismus nach DSM-V und ICD-10 dargestellt.

1.2 Historische Grundlage

Im Jahr 1911 veröffentlichte Eugen Bleuler (Schweizer Psychiater) seine Forschungsergebnisse über Schizophrenie, worin er den Begriff Autismus einführte (Feinstein, 2010; zitiert nach Theunissen & Sagrauske (2019) S. 14). Diese Bezeichnung ist eine Zusammenstellung der griechischen Begriffe *autos* und *imos*, die im deutschen als „selbst“ und „Zustand, Orientierung“ übersetzt werden (Bölte, 2009, S. 21). Bleuler verwendete diesen Begriff als zentrale Symptomatik für die Beschreibung der Schizophrenie. Während seiner Untersuchungen waren die egozentrischen Eigenschaften und der Rückzug in sich selbst zusätzliche Auffälligkeiten (Leuchte, 2015, S. 36).

Es besteht eine Vermutung, dass Grunja E. Ssucharewa (russische Kinder- und Jugendpsychiaterin) zu den ersten Wissenschaftlerinnen zählt, die eine wissenschaftliche Ausarbeitung über Autismus veröffentlichte. Im Rahmen einer Forschung in den 1920er Jahren beschrieb Ssucharewa auffällige Verhaltensmuster der Probanden und -innen, wie zum Beispiel exzentrisches Verhalten und Eigentümlichkeit. Ssucharewa vertritt die Meinung, dass der Autismus-Begriff nach Bleuler nicht umfangreich alle Symptome erfasst, die sie in ihrer Stichprobe beobachtete. Aus diesem Grund verwendete sie die Bezeichnung „schizoide Psychopathie“. Am Rande sei auch erwähnt, dass die Studienergebnisse nicht in den Fokus der Autismusforschung gerückt sind, da ihre Veröffentlichungen von der russischen Sprache nicht in das Deutsche übersetzt wurden (Feinstein, 2010; zitiert nach Theunissen & Sagrauske, (2019), S. 14f.).

Im Vergleich zu Ssucharewa war der österreichische Kinder- und Jugendpsychiater Leo Kanner (1896-1981) der zweite Forscher, der eine wissenschaftliche Veröffentlichung über Autismus veröffentlicht hatte (Theunissen & Sagrauske, 2019, S. 15). Im Jahr 1943 erschien die englischsprachige Publikation „Autistic disturbances of affective contact“. Kanner entdeckte in seinen Untersuchungen, dass die Kinder kein Bedürfnis nach einer Interaktion mit ihrem sozialen Umfeld haben. Vor diesem Hintergrund wurde die Bezeichnung „Autismus“ von Kanner als emotionale Störung beschrieben. Nach Kanner ist das Syndrom angeboren, welches durch eine Stoffwechselstörung verursacht wurde. Außerdem bestand seine Annahme darin, dass dieses Syndrom selten in wissenschaftlichen Veröffentlichungen beschrieben wurde, da Autismus vermutlich mit Schizophrenie verwechselt wurde (Bölte, 2009, S. 21f.).

Im Jahr 1944 veröffentlichte Hans Asperger (1906-1980) eine deutschsprachige Publikation über die Störungen im sozialen und kommunikativen Verhalten bei Jungen. Im Vergleich zu Kanner vertritt Asperger ebenfalls die Ansicht, dass Autismus ein angeborenes Syndrom darstellt. Ausgehend seiner Untersuchungen vertrat er die Vermutung einer genetischen Vererbung der väterlichen Anlagen zum Kind. Zudem klassifizierte Asperger Autismus als

ein Persönlichkeitszug, welches in der heutigen Zeit als Persönlichkeitsstörung definiert wird. Außerdem ging Asperger davon aus, dass autistische Symptome nicht vor dem dritten Lebensjahr erkennbar sind (Bölte, 2009, S. 21ff.).

Asperger und Kanner vertraten die Ansicht, dass sich die untersuchten Kinder zum einen durch eine Störung im Sozialverhalten und Kommunikation und zum anderen durch eine Einschränkung in ihren Interessen und Aktivitäten zurückgezogen haben. In diesem Aspekt unterscheiden sich Asperger und Kanner zu Bleuler. Nach dem Schweizer Psychiater liegt die Ursache für das in sich gekehrte Verhalten in der schizophrenen Störung der Kinder (Autismus Deutschland e. V., 2008; zitiert nach Leuchte (2015), S. 36). Zusätzlich betonten Kanner und Asperger in ihren wissenschaftlichen Arbeiten die Stärken von autistischen Kindern. Jedoch wurden diese Erkenntnisse durch medizinisch-pathologische Perspektiven ersetzt (Leuchte, 2015, S. 36).

Es ist unbestritten, dass die Annahmen von Kanner und Asperger einen Einfluss auf das Phänomen Autismus genommen haben. Erst durch die englische Übersetzung haben Aspergers Erkenntnisse einen wichtigen internationalen Stellenwert erlangt. Seit den Erscheinungen der empirischen Ergebnisse von Kanner und Asperger wurde darüber diskutiert, ob Autismus ein Phänomen mit vielfältigen Variationen darstellt oder qualitativ unterschiedliche Störungen sind. In diesem Zusammenhang bestehen Studien, die von vielfältigen Variationen von Autismus ausgehen (Frith, 2004; zitiert nach Bölte (2009), S. 25).

Psychogenetische Ursache von Autismus: Im weiteren Verlauf der Jahre entstanden unterschiedliche Meinungen zur Ursache von Autismus. In diesem Zusammenhang entwickelte sich die psychogenetische Verursachungstheorie von Autismus, welche ein emotionales Trauma als Ursache aufführt (Theunissen & Sagrauske, 2019, S. 16). Es sollte an dieser Stelle besonders hervorgehoben werden, dass Kanner in seinen wissenschaftlichen Ausführungen die Eltern bzw. die Mütter der autistischen Kinder als kühl und distanziert beschrieb. Nach Kanner besteht durch dieses Verhalten ein Einfluss auf die Kinder. Vor diesem Hintergrund wurde Kanner in den 1950er Jahren die Auslösung der psychogenetischen Verursachungstheorie unterstellt. Darauf folgend wurden in amerikanischen Zeitschriften der Begriff „Kühlschrankmutter“ eingesetzt, welches die Mütter persönlich angriff (Donvan & Zucker, 2016; zitiert nach Theunissen & Sagrauske, (2019), S. 16). Diese Theorie vertrat Bruno Bettelheim und war durch seine Behandlungsmethoden erfolgreich (Theunissen & Sagrauske, 2019, S. 16). Jedoch waren seine Methoden in der Forschung umstritten (Theunissen & Sagrauske, 2019, S. 16, vgl. nach Feinstein, 2010). Weitere Vertreter der psychogenetischen Verursachungstheorie, wie zum Beispiel Eric Erikson, versuchten nicht nur die Kinder mit Autismus tiefenpsychologisch zu behandeln, sondern auch ihre Eltern. In den 1950er Jahren vertrat Gerhard Bosch (Kinder- und Jugendpsychiater) eine Gegenposition zu dieser Theorie (Theunissen & Sagrauske, 2019, S. 19). Er führte nämlich die Ursache für Autismus auf Hirnschädigungen zurück (Feinstein, 2010; zitiert nach Theunissen & Sagrauske (2019), S. 19). Aufgrund dieser Tatsachen entschuldigte sich Kanner in den 1970er Jahren für die

missverständlichen Aussagen in seiner Publikation über Autismus (Theunissen & Sagrauske, 2019, S. 16).

Erste Elternbewegungen: Im Vergleich zu den psychologischen und klinischen Perspektiven zum Autismus entstanden ebenfalls Elternbewegungen. Interessant zu betrachten ist, dass diese Bewegungen gegen die Behauptungen von der psychogenetischen Verursachungstheorien entstanden. In diesem Zusammenhang war Ruth Sullivan eine der einflussreichsten Mütter in den USA. Gegenüber den Vorwürfen der Vertreter der Verursachungstheorie warf sie die Frage auf, in welchem Maße Mütter die Ursache von Autismus sind. Sullivan hat insgesamt sieben Kinder, wobei nur eines davon autistisch ist. Die weiteren sechs Kinder wiesen keine Einschränkungen im sozialen und kommunikativen Verhalten auf. Aufgrund der Öffentlichkeitsarbeit von Sullivan konnte eine Sensibilisierung anderer Mütter von autistischen Kindern und die Entwicklung einer Elternselbsthilfe-Bewegung stattfinden. Darauf folgend wurde im Jahr 1965 durch die Unterstützung vom Psychologen Bernard Rimland die erste Organisation *National Society for Autistic Children* (NSAC) gegründet. Sie setzte sich für die Rechte und Bedürfnisse von Kindern mit Autismus ein (Donvan & Zucker, 2016; zitiert nach Theunissen & Sagrauske (2019), S. 16). Außerdem versuchte die NSAC durch intensive Öffentlichkeitsarbeit die Politik und Gesellschaft für autistische Menschen zu sensibilisieren. 1974 gelang es dieser Organisation Autismus, als eine Form von Behinderung anerkennen zu lassen und erste Wohngruppen für Menschen mit Autismus durchzusetzen. Des Weiteren entstanden erste Dienstleistungszentren für Autismus, in denen Eltern Beratung und Förderangebote erhielten (Theunissen & Sagrauske, 2019, S. 19).

In den 1970er Jahren gründeten Eltern von Kindern mit Autismus in Westdeutschland den Verein „Hilfe für das autistische Kind“. Die Ziele dieses Vereins waren zum einen der Aufbau von Regionalverbänden und Autismus-Therapie-Zentren und zum anderen die politische Durchsetzung der Schulpflicht für Kinder mit einer Beeinträchtigung. Im Jahr 1975 wurde das Ziel der Schulpflicht für beeinträchtigte Kinder erreicht (Theunissen & Sagrauske, 2019, S. 18f.). 2005 wurde der „Hilfe für das autistische Kind“ durch die Bezeichnung „autismus Deutschland e.V – Bundesverband zur Förderung von Menschen mit Autismus“ ersetzt. Durch diese Bezeichnung wurden alle Altersgruppen, das heißt auch Erwachsene mit Autismus einbezogen. Währenddessen entwickelte sich in Deutschland ein Paradigmenwechsel, der den Fokus auf die gleichberechtigte Teilhabe in der Gesellschaft legte. Dabei wurden die Eltern und die Betroffenen durch das Benachteiligungsverbot im Grundgesetz (Art. 3 Abs. 3 Satz 2) in Schutz genommen (Kaminski, 2015, S. 38f.).

Autismus im Wandel der Klassifikationssysteme: In der weiteren Entwicklung des Autismus-Begriffs wurde in den Klassifizierungssystemen DSM-I (1952) und DSM-II (1968) nach APA (American Psychiatric Association) als kindliche Schizophrenie eingestuft. Sowohl Kolvin (1971) und Rutter (1970) als auch Bosch (1962) haben daran gearbeitet, Autismus von psychotischen Störungen abzugrenzen. In diesem Zusammenhang bestanden klare Unterschiede im Beginn, Verlauf und in den Symptomen. Im Jahr 1978 führte ICD-9 den Autismus-Begriff unter der Bezeichnung „Typische Psychosen des Kindesalters“ ein. Im

Vergleich dazu wurde im Jahr 1980 Autismus im DSM-III zu den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen zugeordnet, was in der Wissenschaft Akzeptanz fand. In der Neuauflage von DSM-III (DSM-III-R, 1987) entsprach Autismus einem Spektrum. Darin wurden drei Störungsbereiche in der Interaktion, Kommunikation und Imagination formuliert. Jedoch bestanden weiterhin Mängel in der Anwendung des Klassifizierungssystems, da die Diagnosen häufig falsch gestellt wurden. Im Jahr 1992 erschien das Manual ICD-10 und im Jahr 1994 DSM-IV. Durch diese Neuerscheinungen entstand eine hohe Übereinstimmung sowohl der internationalen Klassifikation mit der nordamerikanischen Klassifikation als auch der Terminologie des Autismus mit den assoziierten Störungen (Bölte, 2009, S. 25f.). In den Klassifikationssystemen DSM-IV-TR und ICD-10 (vgl. Kap. 1.4) entspricht das Asperger-Syndrom nicht dem Original, da es ohne Beeinträchtigungen in der sprachlichen Entwicklung konzipiert wurde. Nach dem originalen Maßstab nach Asperger besteht heute keine Übereinstimmung mit den diagnostizierten Fällen (Miller & Ozonoff, 1997, Hippler & Klicpera, 2015; zitiert nach Bölte (2009), S. 25). Zur Entwicklung dieser neuen Annahmen des Asperger-Syndroms haben die Erkenntnisse von Wing aus dem Jahr 1981 beigetragen. Durch die Modifizierung und Ergänzung der Originalbeschreibung von Asperger wurde das Syndrom als eine klassische Form des Autismus betrachtet (Bölte, 2009, S. 25).

Im DSM-V (II, Kap. 1.3), welches 2013 eingeführt wurde, sind keine Kategorisierungen vorhanden. Stattdessen werden die Störungen Frühkindlicher Autismus und Asperger-Syndrom unter der Bezeichnung Autismus-Spektrum-Störung zusammengefasst (Kamp-Becker, 2015, S. 106f.).

In den Kapiteln 1.3 und 1.4 wird Autismus nach DSM-V und ICD-10 näher nach ihren Klassifikationen betrachtet.

1.3 Autismus nach DSM-V

Die Bezeichnung Autismus-Spektrum-Störung wurde im Jahr 2013 in der fünften Ausgabe im „Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen“ eingeführt (Mähler & Grube, 2018, S. 624). Das „Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen“ (DSM-V) ist ein international anerkanntes Klassifikationssystem, welches von der amerikanischen Psychiatrie-Gesellschaft APA herausgegeben wurde (Mähler & Grube, 2018, S. 624). In diesem Klassifikationssystem wird Autismus zur Hauptkategorie „Störungen der neuro-psychischen Entwicklung“ zugeordnet (Döpfner, 2013, S. 39). Darin wird Autismus zum einen durch Beeinträchtigungen in der Interaktion und Kommunikation und zum anderen durch Einschränkungen in repetitiven Verhaltensmustern, Aktivitäten oder Interessen unterschieden. In der ersten Kategorie besteht eine Unterteilung der Defizite. In diesem Zusammenhang muss eine Beeinträchtigung zunächst in der Wechselseitigkeit im sozialen und emotionalen Verhalten nachweisbar sein. Beispielsweise haben Menschen mit Autismus während den Gesprächen unterschiedliche Schwierigkeiten, sich emotional auszudrücken und ihre Interessen auszutauschen. Des

Weiteren muss eine Beeinträchtigung im Verständnis von Gestik und Mimik innerhalb von Interaktionen vorhanden sein. Zum Beispiel kann ein inkongruentes Verhalten des Gegenübers zu Verwirrungen führen. Abschließend muss in dieser Kategorie ein Defizit im Sozialverhalten nachweisbar sein, wie zum Beispiel die Knüpfung und Aufrechterhaltung von Freundschaften (Theunissen & Sagrauske, 2019, S. 36).

In der zweiten Kategorie werden insgesamt vier Symptome zur Diagnose von ASS dargestellt. Zunächst ist ein Symptom, dass Wiederholungen oder stereotype Verhaltensmuster im Einsatz von Sprache, Objekten und in motorischen Bewegungen auftreten. Ein weiteres Symptom ist die geringe Flexibilität gegenüber Veränderungen, fest strukturierte Routinen und ritualisierte Verhaltensmuster in der verbalen oder nonverbalen Kommunikation. Anschließend sind Spezialinteressen, wie zum Beispiel Waschmaschinen ein zusätzliches Symptom. Zum Schluss ist die starke Reizempfindlichkeit oder eine Vorliebe auf sensorische Reize ein weiteres Symptom, wodurch eine Diagnose von Autismus festgestellt werden kann. Jedoch müssen in beiden Hauptkategorien zunächst alle Defizite und mindestens zwei von vier Symptomen nachweisbar sein (Theunissen & Sagrauske, 2019, S. 36f.).

Im DSM-V wird festgehalten, dass die bereits erwähnte Symptomatik von autistischen Menschen im frühen Kindesalter vorhanden sein muss. Dabei ist eine vollständige Ausbildung der Symptome nicht notwendig. Durch die steigenden Anforderungen im sozialen Umfeld besteht die Möglichkeit, dass sich die gering ausgebildeten Symptome langfristig manifestieren. Zusammenfassend stellen diese Symptome und Defizite vielfältige Merkmale von autistischen Menschen dar, die unterschiedliche Herausforderungen im Alltag verursachen können. Im DSM-V wird nicht nur ASS berücksichtigt, sondern auch Beeinträchtigungen, wie zum Beispiel Angststörungen oder Depressionen. Hiermit wird durch diese Berücksichtigung eine Doppeldiagnose von Autismus und Depressionen offiziell zulässig (Theunissen & Sagrauske, 2019, S. 37).

Die Ausprägungsgrade der bereits erwähnten Symptome werden durch ein dreistufiges Beurteilungssystem erfasst (Abb. 1). Dadurch können entstehende Probleme aufgrund von der kategorialen Trennung vermieden werden (Sinzig & Schmidt, 2013, S. 142f).

Schweregrad	Soziale Kommunikation	Beschränkte Interessen und repetitives Verhalten
<p>Niveau 1: „verlangt Unterstützung“</p>	<p>Ohne präsente Unterstützung verursachen die Defizite in der sozialen Kommunikation merkliche Beeinträchtigungen. Soziale Interaktionen werden nur mit Schwierigkeiten begonnen. Beispiele ungewöhnlicher oder erfolgloser Reaktionen auf soziale Angebote anderer zeigen sich. Vermindertes Interesse an sozialen Interaktionen kann erkennbar sein.</p>	<p>Rituale und repetitive Beschäftigungen verursachen deutliche Funktionsstörungen in einem oder mehreren Kontexten. Unterbrechungs- oder Ablenkungsversuche von diesen Verhaltensweisen oder Interessen stoßen auf Widerstand.</p>
<p>Niveau 2: „verlangt wesentliche Unterstützung“</p>	<p>Deutliche Defizite in der sprachlichen und nichtsprachlichen Kommunikationsfähigkeit. Die soziale Beeinträchtigung ist trotz Unterstützung offensichtlich. Soziale Interaktionen werden nur auf soziale Angebote anderer abnorm reagiert.</p>	<p>Wiederholte und restriktive Verhaltensweisen und/oder vorherrschende Beschäftigung oder fixierte Interessen erscheinen häufig genug, um dem zufälligen Beobachter aufzufallen. Beeinträchtigen die Funktionen in verschiedenen Kontexten. Stress oder Frustration zeichnen sich bei Unterbrechungen ab. Die Ablenkung von den fixierten Interessen ist schwierig.</p>
<p>Niveau 3: „verlangt sehr intensive Unterstützung“</p>	<p>Schwere ausgeprägte Defizite in der sprachlichen wie nichtsprachlichen sozialen Kommunikationsfähigkeit verursachen eine schwere Funktionsstörung. Das Initiieren sozialer Interaktion ist sehr begrenzt und die Reaktion auf soziale Angebote von anderen minimal.</p>	<p>Völlig in Anspruch nehmende, fixierte Rituale und/oder repetitive Verhaltensweisen die sämtliche Funktionsbereiche beeinträchtigen. Deutlicher Stress, wenn Rituale oder Routinen unterbrochen werden. Ist schwer von fixierten Interessen abzuhalten oder kehrt rasch zu ihnen zurück.</p>

(Abbildung 1: Beurteilungssystem (Sinzig & Schmidt, 2013, S. 142f.))

1.4 Autismus nach ICD-10

Im Vergleich zum amerikanischen Klassifikationssystem DSM-V wird Autismus in Deutschland durch das Klassifikationssystem ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschrieben und klassifiziert (Theunissen & Sagrauske, 2019, S. 35). Autismus wird im ICD-10 unter dem Kapitel „psychische Störungen“ eingeordnet. Die psychischen Störungen weisen insgesamt neun Hauptgruppen auf, die von F0 bis F9 gekennzeichnet wurden (Döpfner, 2013, S. 34f.). In der näheren Betrachtung ist Autismus in der F8 Kategorie Entwicklungsstörungen verortet. Zu dieser Hauptkategorie bestehen drei Annahmen, die im Folgenden beschrieben werden. Es wird zunächst davon ausgegangen, dass der Störungsbeginn hauptsächlich in der frühen Kindheit liegt. Des Weiteren besteht die Annahme der engen Verknüpfung von Entwicklungsverzögerungen oder -einschränkungen mit der biologischen Heranbildung des Zentralnervensystems. Die dritte Annahme basiert darauf, dass im stetigen Verlauf der Entwicklungsstörungen Remissionen (Rückgang der Symptomatik) und Rezidive (Rückfall) nicht beobachtbar sind (Döpfner, 2013, S. 35). Zurückgreifend auf die Hauptkategorien wird die F8 Kategorie in vier weitere Unterkategorien unterteilt. Dabei wird Autismus zu den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (F84) zugeordnet. Diese sind „Frühkindlicher Autismus“ (F84.0), „Atypischer Autismus“ (F84.1) und „Asperger-Syndrom“ (F84.5) (Döpfner, 2013, S. 35f.).

1.4.1 Frühkindlicher Autismus

Menschen mit einer Diagnose im Frühkindlichen Autismus lehnen bereits als Baby die Zuwendung der Bezugspersonen ab. Dabei stellt der soziale Rückzug innerhalb der individuellen Entwicklungsphase ein spezifisches Merkmal der Autismus-Störung dar. Außerdem weisen die frühkindlichen Autisten und -innen Beeinträchtigungen in ihrer sprachlichen Entwicklung auf und besitzen isolierte Kompetenzen. Abschließend sind Aufmerksamkeitsstörungen und ritualisierte Verhaltensmuster feste Bestandteile im Frühkindlichen Autismus (Poustka & Poustka, 2017, S. 233). Dabei wird vermutet, dass die Ursachen vom Frühkindlichen Autismus auf typische neurobiologische Besonderheiten der Betroffenen zurückzuführen sind. Es bestehen unterschiedliche Faktoren, die als Ursache des Frühkindlichen Autismus betrachtet werden. Diese sind beispielsweise Hirnschädigungen und Störungen der Hirnfunktionen oder Erbeeinflüsse (Remschmidt, 2012, S. 27f.).

In Bezug auf die Diagnose des Frühkindlichen Autismus bestehen bestimmte Kriterien im ICD-10, die im Folgenden tabellarisch dargestellt werden.

(A) Vor dem dritten Lebensjahr manifestiert sich eine abnorme und beeinträchtigte Entwicklung in mindestens einem der folgenden Bereiche:	(B) Insgesamt müssen mindestens sechs Symptome von 1., 2. und 3. vorliegen, davon mindestens zwei von 1. und mindestens je eins von 2. und 3.:	(C) Das klinische Bild kann nicht einer anderen tiefgreifenden Entwicklungsstörung zugeordnet werden: einer spezifischen Entwicklungsstörung der rezeptiven Sprache (F80.2) mit sekundären sozio-emotionalen Problemen; einer reaktiven Bindungsstörung (F94.1); einer
--	---	---

		Bindungsstörung mit Enthemmung (F94.2); einer Intelligenzminderung (F70-F79), mit einer Emotionalen oder Verhaltensstörung; einer Schizophrenie (F20) mit ungewöhnlich frühem Beginn; einem Rett-Syndrom (F84.2)
<p>1. Rezeptive oder expressive Sprache, wie sie in der sozialen Kommunikation verwandt wird</p> <p>2. Entwicklung selektiver sozialer Zuwendung oder reziproker sozialer Interaktion</p> <p>3. Funktionales oder symbolisches Spielen</p>	<p>1. Qualitative Auffälligkeiten der gegenseitigen sozialen Interaktion in mindestens zwei der folgenden Bereiche:</p> <p>a. Unfähigkeit, Blickkontakt, Mimik, Körperhaltung und Gestik zur Regulation sozialer Interaktionen zu verwenden</p> <p>b. Unfähigkeit, Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzunehmen, mit gemeinsamen Interessen, Aktivitäten und Gefühlen (in einer für das geistige Alter angemessenen Art und Weise trotz reichlicher Möglichkeiten)</p> <p>c. Mangel an sozio-emotionaler Gegenseitigkeit, die sich in einer Beeinträchtigung oder devianten Reaktion auf die Emotionen anderer äußert; oder Mangel an Verhaltensmodulation entsprechend dem sozialen Kontext; oder nur labile Integration sozialen, emotionalen und kommunikativen Verhaltens</p> <p>d. Mangel, spontan Freude, Interessen oder Tätigkeiten mit anderen zu teilen (z.B. Mangel, anderen Menschen Dinge, die für die betroffenen von Bedeutung sind, zu zeigen, zu bringen oder zu erklären)</p> <p>2. Qualitative Auffälligkeiten der Kommunikation in mindestens einem der folgenden Bereiche:</p> <p>a. Verspätung oder vollständige Störung der Entwicklung der gesprochenen Sprache, die nicht begleitet ist durch einen Kompensationsversuch durch Gestik oder Mimik als alternativer Modus der Kommunikation (vorausgehend oft fehlendes kommunikatives Geplapper)</p> <p>b. Relative Unfähigkeit, einen kommunikativen, sprachlichen Kontaktaustausch mit anderen zu beginnen oder aufrechtzuerhalten (auf dem jeweiligen Sprachniveau)</p> <p>c. Stereotype und repetitive Verwendung der Sprache oder idiosynkratischer Gebrauch von Wörtern oder Phrasen</p> <p>d. Mangel an verschiedenen spontan Als-ob-Spielen oder (bei jungen betroffenen) sozialen Imitationsspielen</p> <p>3. Begrenzte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten in mindestens einem der folgenden Bereiche:</p> <p>a. Umfassende Beschäftigung mit gewöhnlich mehreren stereotypen und begrenzten in Inhalt und Schwerpunkt abnormen Interessen; es kann sich aber auch um ein oder mehrere Interessen ungewöhnlicher Intensität und Begrenztheit handeln.</p> <p>b. Offensichtlich zwanghafte Anhänglichkeit an spezifische, nicht funktionale Handlungen oder Rituale</p> <p>c. Stereotype und repetitive motorische Manierismen mit Hand- und Fingerschlagen oder verbiegen, oder komplexe Bewegungen des ganzen Körpers</p> <p>d. Vorherrschende Beschäftigung mit Teilobjekten oder nicht funktionalen Elementen des Spielmaterials (z.B. ihr Geruch, die Oberflächenbeschaffenheit oder das von ihnen hervorgebrachte Geräusch oder ihre Vibration)</p>	

(Abbildung 2: Diagnostische Kriterien Frühkindlicher Autismus (Dilling & Freyberger, 2019, S. 294ff.))

1.4.2 Atypischer Autismus

Im Vergleich dazu stellt der Atypische Autismus eine weitere Variante des Frühkindlichen Autismus dar. Der Atypische Autismus wird diagnostiziert, wenn ein Mensch nicht alle Symptome im Frühkindlichen Autismus erfüllt und keine weiteren Diagnosen gestellt werden können (Schirmer, 2010, S. 14). Im ICD-10 bestehen insgesamt drei Symptome für den Atypischen Autismus (F84.1). Das erste Kriterium (A) für das Auftreten des Atypischen Autismus ist das Alter des Kindes. Dabei treten Auffälligkeiten bei den Kindern mit drei oder ab drei Jahren auf. Das zweite Kriterium (B) basiert auf den Auffälligkeiten innerhalb der kindlichen Interaktion oder im kommunikativen Verhalten. Außerdem müssen sich wiederholende und stereotype Interessen, Verhaltensmuster und Aktivitäten nachweisbar sein. Das dritte Kriterium (C) wird erfüllt, wenn die Symptome für den Frühkindlichen Autismus (F84.0) nicht nachweisbar sind. Des Weiteren befinden sich untypische Vorkommen im Atypischen Autismus, die mit F84.1 gekennzeichnet sind. Die untypischen Vorkommen werden sowohl durch das Erkrankungsalter (F84.10) als durch die Atypischen Symptomatologie (F84.11) unterteilt. Abschließend wird in der Kategorie F84.12 das Erkrankungsalter und atypischer Symptomatologie zusammengefasst (Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 2016, S. 193f.).

1.4.3 Hochfunktionaler Autismus

Der Hochfunktionale Autismus besitzt seinen Ursprung aus der USA mit der Bezeichnung „*high functioning autism*“. Dieser Begriff wurde im DSM-IV als Subkategorie zu den autistischen Störungen und im ICD-10 zum Frühkindlichen Autismus zugeordnet (Theunissen, 2015, S. 169). Insgesamt beschreibt der high-functioning Autismus eine positive Prognose, die sich zunächst im Erwachsenenalter feststellen lässt (Tebartz van Elst, 2013a, S. 32; zitiert nach Theunissen (2015), S. 169). Die Ursache liegt darin, dass diese Bezeichnung eine leichte Ausprägung der autistischen Symptome darstellt (Theunissen, 2015, S. 169). Vor diesem Hintergrund werden zwar Menschen mit high-functioning Autismus zum Frühkindlichen Autismus zugeordnet (Huang & Wheeler, 2006; Tsai 1992; zitiert nach Theunissen (2015), S. 169), weisen jedoch nicht die Merkmale in dieser Kategorie auf (Theunissen, 2015, S. 169).

1.4.4 Asperger-Syndrom

Die dritte Kategorisierung zum Autismus im ICD-10 ist das Asperger-Syndrom (Sinzig & Schmidt, 2013, S. 140). Die Diagnose des Asperger-Syndroms wird entweder im Kindergarten, in der Schule oder im Erwachsenenalter gestellt (Schirmer, 2010, S.13). Nach ICD-10 müssen für die Diagnose des Asperger-Syndroms bestimmte Kriterien nachweisbar sein. Diese sind zunächst das Fehlen von Verzögerungen innerhalb der sprachlichen oder kognitiven Entwicklung der Betroffenen (Sinzig & Schmidt, 2013, S. 140). In diesem Zusammenhang lernen bereits Kinder mit Asperger-Syndrom relativ früh, sich sprachlich auszudrücken. Außerdem befinden sich ihre kognitiven Kompetenzen im Normbereich. Hier

sei besonders hervorgehoben, dass ihre kommunikativen Fähigkeiten im Vergleich zu frühkindlichen Autisten und -innen in einer unterschiedlichen Art und Weise beeinträchtigt sind. Beispielsweise orientieren sie sich während eines Gesprächs an ihren eigenen Bedürfnissen. Dabei passen sie sich nicht an den Gesprächspartner an (Remschmidt, 2012, S. 48f.). Weitere Kriterien zur Diagnose des Asperger-Syndroms ist die beeinträchtigte Interaktion der Betroffenen im sozialen Umfeld. Diese Symptomatik stellt eine Gemeinsamkeit zum Frühkindlichen Autismus dar. Zusätzlich weisen Asperger-Autisten und -innen ungewöhnliche Interessen, stereotypische und sich wiederholende Verhaltensmuster auf. Das stereotype Verhaltensmuster stellt im Vergleich zum Frühkindlichen Autismus ebenfalls eine Gemeinsamkeit dar. Jedoch ist diese Symptomatik im Asperger-Syndrom stärker ausgeprägt (Sinzig & Schmidt, 2013, S. 140).

1.5 Kritik an den Klassifikationssystemen

Wie bereits in den Kapiteln 1.3 und 1.4 erwähnt, wird Autismus nach den aktuellen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-V eingestuft. Während im ICD-10 Autismus in den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen kategorial unterschieden wird, besteht im DSM-V eine dimensionale Klassifizierung. In diesem Zusammenhang stellt die amerikanische Autismusforschung die kategoriale Unterteilung im ICD-10 in Frage (Theunissen & Sagrauske, 2019, S. 36f.). Sowohl der Frühkindlicher Autismus als auch das Asperger-Syndrom haben eine mangelhafte Unterscheidbarkeit (Macintosh & Dissaanayake, 2004; zitiert nach Sinzig & Schmidt (2013), S. 140). Dieser Aspekt hat dazu geführt, dass die Diagnosekriterien und Symptomatiken überprüft und neue Änderungsvorschläge bestimmt wurden. Der erste Änderungsvorschlag zum ICD-11 ist die Zusammenfassung des Frühkindlichen Autismus, Asperger-Syndroms, nicht näher spezifizierten tiefgreifenden Entwicklungsstörungen und desintegrativen Störungen. Diese werden innerhalb der entwicklungsneurologischen Störungen im Bereich „Psychische und Verhaltensstörungen als Autismus-Spektrum-Störungen (A09)“ zusammengefasst. Darin werden die Diagnosekriterien innerhalb von zwei Symptomgruppen aufgeteilt. Die Aufteilung erfolgt zum einen in „Kontextunabhängige, persistierende Defizite in der sozialen Kommunikation und Interaktion“ und zum anderen in „Eingeschränkte, sich wiederholende Verhaltensmuster, Interessen oder Aktivitäten“. Die Begründung für diesen Änderungsvorschlag liegt darin, dass die Trennung von Kommunikation und Interaktion nicht sinnvoll sind. Außerdem ist eine weitere Begründung, dass das Kriterium Sprachstörungen im ICD-10 die Diagnose nicht begründet. Zusätzlich befindet sich im Kriterium C kein striktes Alter des Auftretens und im Kriterium D wird eine Beeinträchtigung von Alltagsfunktionen vorausgesetzt (Sinzig & Schmidt, 2013, S. 140ff.). Der zweite Änderungsvorschlag ist die Ersetzung der bisher berücksichtigten Diagnosekriterien der drei Autismus-Kategorien. Diese werden durch ein dreistufiges Beurteilungsraster (Abb. 1) in beiden Symptomgruppen ersetzt.

Im Vergleich zum ICD-10 bestehen zum DSM-V ebenfalls unterschiedliche Kritikpunkte (Theunissen, 2016, S. 19). Es wird befürchtet, dass durch die Aufhebung der Kategorien

Menschen mit Atypischem Autismus nicht umfangreich erfasst werden. Des Weiteren wurden Auffälligkeiten in der Motorik und Sprache unzureichend berücksichtigt sowie geschlechtsspezifische Besonderheiten vernachlässigt (Theunissen & Sagrauske, 2019, S. 38). Die Ursache liegt darin, dass sich Mädchen bzw. Frauen in Bezug auf das autistische Erscheinungsbild von Jungen bzw. Männern unterscheiden. Beispielsweise stehen bei dem weiblichen Geschlecht ein passives und zurückhaltendes Verhalten im Vordergrund, anstelle von aggressivem und störendem Verhalten (Preißmann, 2013, S. 8). In Bezug auf die aktuellen Diagnosesysteme werden individuelle Herausforderungen und Auffälligkeiten bei autistischen Mädchen nicht berücksichtigt. An dieser Stelle wären geschlechtsspezifische Anpassungen in den Bereichen Kommunikation und Sozialverhalten notwendig. (Preißmann, 2013, S. 11f.). Des Weiteren werden im DSM-V sowohl die Defizitorientierung als auch die negative Perspektive auf Interessen, Aktivitäten und sich wiederholendes Verhalten kritisiert. Im Vergleich dazu sehen sich die Betroffenen weder zu der Kategorie „psychische Krankheiten“ noch zu den „tiefgreifenden Entwicklungsstörungen“ zugehörig. Aus diesem Grund lehnen sie den Fachausdruck „Autismus-Spektrum-Störung“ und die Bezeichnung „Menschen mit Autismus“ ab. Stattdessen bevorzugen sie den Fachausdruck „Autismus-Spektrum“ und die Bezeichnung „autistische Menschen“ (Theunissen & Sagrauske, 2019, S. 38). Daraus lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass sich autistische Menschen als eine individuelle Gruppe innerhalb der heterogenen Gesellschaft sehen (Bölte, 2009, S. 28).

1.6 Diagnosestellung

Die Diagnosestellung für das Autismus-Spektrum erfolgt in sechs Schritten (Abb. 3). Bevor eine Diagnose gestellt wird, haben die Bezugspersonen des Kindes einen Verdacht (1) auf eine mögliche Beeinträchtigung in der Entwicklung. Erwähnenswert sind neuere Studien, die belegen, dass Eltern die frühen Symptome ihrer Kinder im Kleinkindalter (12-18 Monate) feststellen. Sie berichten von Entwicklungsverzögerungen in der Kommunikation und im Sozialverhalten. Im Gegensatz dazu belegen weitere Studien, dass die klinische Feststellung von Autismus-Spektrum ab zwei Jahren erst möglich ist. Häufig nimmt der Prozess bis zur Diagnosestellung einen langen Zeitraum ein (Kamp-Becker & Bölte, 2014, S. 55f.). Für die meisten Eltern sind Kinderärzte die ersten professionellen Anlaufstellen. Bei den Experten und -innen besitzen sie das Bedürfnis, ihre Sorgen auszusprechen und eine Erklärung für die Auffälligkeiten ihrer Kinder zu erhalten. Jedoch können die Kinderärzte, die nicht ausreichend über Autismus informiert sind, keine autistischen Symptome feststellen. Außerdem wird erwähnt, dass sie geringe Kenntnisse über weiterführende Anlaufstellen zur Diagnostik und Beratung besitzen, sodass eine Frühförderung verspätet in Anspruch genommen wird (Schirmer & Alexander, 2015, S. 24). Im weiteren Verlauf können die Familienärzte die Eltern an qualifizierte Kinderärzte überweisen (2) (Dodd, 2011, S. 152), die das Screening-Instrument CHAT (Checklist for Autism in Toddlers) einsetzen. Dieses Instrument wurde hauptsächlich für den Einsatz in Kinderarztpraxen entwickelt und basiert auf einem Fragebogenverfahren (Noterdaeme,

2015, S. 94). Das Instrument besitzt eine Durchführungsdauer von fünf bis zehn Minuten und ist bereits bei Kleinkindern von 18 Monaten anwendbar. Im Screeningverfahren sind geschlossene Fragen enthalten, die mit Ja oder Nein beantwortet werden können. Im Fragebogen werden Themen, wie zum Beispiel das soziale Spielverhalten, der Einsatz von Symbolspielen und das Interesse an Gleichaltrigen (Dodd, 2011, S. 153) behandelt. Dadurch können die Experten und -innen eine Verdachtsdiagnose aufstellen (Noterdaeme, 2015, S. 94). Mithilfe dieser Screeningmethode können Verzögerungen vermieden und frühzeitig eine individuelle Förderung eingeleitet werden (Keenan, Kerr & Dillenburger, 2015, S. 25).

Im Anschluss (3) verschreibt der Kinderarzt oder die Kinderärztin eine Überweisung zum Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ). Innerhalb dieser Einrichtung werden die Kinder von Experten und -innen untersucht und die Eltern in Bezug auf die Entwicklung ihres Kindes befragt (Arens-Wiebel, 2019, S. 16f). Die Diagnose von Autismus erfolgt von Kinder- und Jugendpsychiatern durch die Untersuchung des kindlichen Verhaltens (Schirmer & Alexander, 2015, S. 21). Im Anschluss an das Screeningverfahren werden umfassende Untersuchungen durch standardisierte Verfahren durchgeführt. Durch die Heterogenität der Leistungsfähigkeit von Autisten und -innen werden diese Verfahren zur Identifikation von individuellen Stärken und Schwächen angewendet. Zunächst werden umfangreiche Entwicklungs- und Intelligenztests eingesetzt. Des Weiteren bestehen Testverfahren zur Untersuchung der Sprachentwicklung, wie zum Beispiel SETK 2 und SETK 3 – 5. Innerhalb der standardisierten Verfahren haben sich ADI-R und ADOS als autismusspezifische Untersuchungsverfahren etabliert. Außerdem untersuchen Experten und -innen die körperlichen Funktionen der autistischen Kinder auf behandelbare Grunderkrankungen. Zum einen können Risikofaktoren in der Genetik ermittelt werden, wie zum Beispiel Dysmorphiezeichen. Zum anderen werden Begleiterscheinungen wie das Fragile-X-Syndrom durch eine Chromosomenanalyse der Blutproben der Kinder ausgeschlossen. Abschließend sind apparative Diagnosen ein Bestandteil der umfangreichen Untersuchungen im SPZ. Dabei sollen Regressionen von vorher angeeigneten Kompetenzen durch ein EEG untersucht werden (Kamp-Becker & Bölte, 2014, S. 61ff.).

Im weiteren Schritt (4) erfolgen differentialdiagnostische Untersuchungen. Dabei werden Erkrankungen mit ähnlichen Symptomen ermittelt. Differenzialdiagnosen des Autismus sind: Intelligenzminderung, Zwangsstörung, ADHS, Störung des Sozialverhaltens, Persönlichkeitsstörung, soziale Phobie, Mutismus und Sprachstörung (Kamp-Becker & Bölte, 2014, S. 65f.). In Bezug auf die Untersuchung des Entwicklungsstands werden zunächst die vorhandenen Kompetenzen genau untersucht und das jeweilige Zielverhalten bestimmt. In der näheren Betrachtung findet eine detaillierte Untersuchung der Kompetenzen statt, damit individuelle Fördermaßnahmen ermittelt werden können (Remschmidt & Kamp-Becker, 2006, S. 146f.).

Im weiteren Verlauf des Diagnoseprozesses werden die bisher erfassten Daten durch das multiaxiale Klassifikationsschema (5) zusammengefasst und dokumentiert. Diese Zusammenfassung und Dokumentation der Untersuchungsergebnisse kann für anschließende Behandlungen durch Therapeuten und -innen zu Informationszwecken dienen. Außerdem stellen sie für Kostenträger der Behandlungen eine wichtige

Entscheidungsgrundlage dar. Die Dokumentation erfolgt nach den sechs Achsen des multiaxialen Klassifikationsschemas (Abb. 3) (Remschmidt & Kamp-Becker, 2006, S. 147). In Anbetracht der bisher erwähnten Aspekte wird aus den diagnostischen Untersuchungen eine individuell angepasste therapeutische Maßnahme abgeleitet (Remschmidt & Kamp-Becker, 2006, S. 146f.). Die therapeutischen Maßnahmen (6) werden in Kapitel 1.6 „professionelle Hilfen“ übersichtlich dargestellt.

1. Verdacht	2. Screening	3. Umfassende Untersuchung
<ul style="list-style-type: none"> • Eltern • Familienmitglieder • Freunde • Betreuer • Kinderarzt / -ärztin oder andere Fachleute 	<ul style="list-style-type: none"> • Beobachtung • Checklisten • Skalen • Videobeobachtung • Heimvideos 	<ul style="list-style-type: none"> • Klinische Syndrom-Diagnose anhand von standardisierten Verfahren (ADOS-G, ADI-R) • Komorbidität • Neurobiologische Untersuchung • Psychologische Untersuchung • Einbeziehung des Umfelds
4. Differenzialdiagnose	5. Multiaxiale Diagnostik	6. Behandlungsindikation
<ul style="list-style-type: none"> • Tiefgreifende Entwicklungsstörungen • Umschriebene Entwicklungsstörungen • Anderen psychopathologische Störungen • Komorbide körperliche Erkrankungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrisches Syndrom • Entwicklungsstörungen • Intelligenzniveau • Körperliche Symptomatik • Abnorme psychosoziale Umstände • Globalbeurteilung der psycho-sozialen Anpassung 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufklärung und Psychoedukation • Frühförderung • Verhaltenstherapie • Pädagogische Programme • Krisenintervention • Medikation

(Abbildung 3: sechs Schritte in der Diagnostik (Remschmidt & Kamp-Becker, 2006, S. 55))

Insgesamt ist die Zahl der Diagnosen von autistischen Menschen angestiegen. In Deutschland haben circa 800.000 Menschen eine Diagnose im Autismus-Spektrum (Theunissen & Sagrauske, 2019, S. 34). Die Ursache für diesen hohen Anstieg liegt darin, dass Erwachsene im späteren Alter eine Diagnose des Asperger-Syndroms erhielten. Vor diesem Hintergrund wurden nicht nur im frühen Kindesalter die diagnostischen Kriterien verfeinert, sondern auch im Jugend- und Erwachsenenalter (Theunissen & Sagrauske, 2019, S. 34).

In Bezug auf die Autismus-Diagnosen in Deutschland bestehen dennoch keine genauen Statistiken. Die Zahlen in der Abbildung (4) „Häufigkeiten von Autismus-Spektrum-Störungen“ basieren auf den Untersuchungen, die in USA, Kanada und Europa erhoben wurden (autismus Deutschland e. V., 2019).

Häufigkeit von ASS	Anteil der Menschen mit ASS an 1000 Personen	Anteil an der Gesamtbevölkerung in %
Alle Autismus Spektrum Störungen	6 - 7 pro 1000	0,6% - 0,7%
Frühkindlicher Autismus	1,3 - 2,2 pro 1000	0,13% - 0,22%
Asperger-Autismus	1 - 3 pro 1000	0,1% - 0,3%
Andere tiefgreifende Entwicklungsstörungen	3,3 pro 1000	0,33%

(Abbildung 4: Häufigkeiten von Autismus-Spektrum-Störungen (autismus Deutschland e.V., 2019))

1.7 Professionelle Hilfen

Nachdem eine Diagnose im Autismus-Spektrum ermittelt wurde, erfolgt ein aufwendiger Prozess der Erstellung von wirksamen Behandlungen. Während dieser Phase sollten die Eltern professionell nach Möglichkeiten zur Betreuung, Therapie und Entlastung beraten werden. In diesem Zusammenhang stehen für die Eltern vielfältige professionelle Hilfsmöglichkeiten zur Verfügung. Jedoch ist es schwierig, unter der Vielzahl eine individuell angepasste Maßnahme für Autisten und -innen zu erstellen. Durch den Einsatz einer Maßnahme stehen zum einen die Kompensation der typischen Symptomatik und störenden Verhaltensweisen von autistischen Menschen und zum anderen die Partizipation der Familie und vom Umfeld im Vordergrund. Des Weiteren ist es wichtig, dass die Autisten und -innen im Aufbau von konstruktiven Verhaltensstrukturen gefördert werden (Kamp-Becker & Bölte, 2014, S. 74f.).

In den Einrichtungen, die für Autismus-Spektrum spezialisiert sind, sollten die Experten und Expertinnen ein umfangreiches Fachwissen über Autismus besitzen und Erfahrungen im Einsatz von standardisierten Verfahren aufweisen. Erwähnenswert ist, dass Frühförderungen eine Notwendigkeit für die Weiterentwicklung der Kinder mit spezifischen Auffälligkeiten darstellen. Sie sind nicht nur für die Weiterentwicklung von Hirnfunktionen und Lernprozessen vorteilhaft, sondern auch in Bezug auf die Vorbeugung von problematischen Verhaltensweisen im späteren Kindesalter (Arens-Wiebel, 2019, S. 31). Insgesamt werden diese Vorgehensweisen im Konzept der positiven Verhaltensunterstützung verortet, das ein besseres Verständnis des herausfordernden Verhaltens von Autisten und -innen ermöglicht. Darauf folgend wird eine Maßnahme entwickelt, welche die Bewältigung von seelischen Belastungen und schwierigen Situationen ermöglichen und ein besseres Zusammenleben herstellen soll (Theunissen, 2016; zitiert nach Preißmann (2017), S. 108f.). Aus diesen Aspekten lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass therapeutische Maßnahmen versuchen, ein eigenständiges Leben, die Integration in der Gesellschaft und eine hohe Lebenszufriedenheit herzustellen (Kamp-Becker & Bölte, 2014, S. 74f.).

Im Folgenden werden medikamentöse Behandlungen, relevante Therapieansätze und -angebote näher dargestellt, die in Deutschland angewendet werden. Aufgrund der Vielzahl an professionellen Hilfen sind die Ausführungen in diesem Kapitel nicht vollständig.

Therapieansätze: In diesem Abschnitt werden die Ansätze ABA und TEACCH näher dargestellt. Der Therapieansatz Applied Behavioral Analysis (ABA) wurde von Lovaas entwickelt. Wesentliche Merkmale der angewandten Verhaltensanalyse sind zunächst die Partizipation der Eltern, die frühe und verhaltensorientierte Therapie im häuslichen Kontext und die Orientierung an Methoden der Verhaltenstherapie. Dabei sind die Ziele die Verbesserung sprachlicher Vorläuferfähigkeiten, sozialer und kommunikativer Kompetenzen und integrativer Maßnahmen in schulischen Institutionen (Kamp-Becker & Bölte, 2014, S. 80). Zudem entwickelt ABA Verfahren, damit individuelle Unterschiede im Verhalten gemessen werden können. Dadurch können die Potenziale von autistischen Kindern bestmöglich ausgeschöpft werden, um therapeutische Maßnahmen am jeweiligen Entwicklungsstand ansetzen zu können (Keenan, Keer, Dillenburger, 2015, S. 52). Während der Behandlungseinheiten durchlaufen die Kinder ein diskretes Lernformat. Dabei erhalten sie eine Abfolge von Lerneinheiten, die klare Strukturen aufweisen und sich voneinander unterscheiden. Die Durchführung von ABA erfolgt durch professionelle Fachkräfte in häuslichen Kontexten. Zusätzlich zu den Kindern werden die Eltern intensiv trainiert. ABA wird als Frühförderprogramm mit einem hohen zeitlichen Aufwand durchgeführt. Es basiert auf durchgeführten Studien, die eine positive Evidenz aufweisen. Jedoch liegt der Nachteil darin, dass der Ansatz zeitaufwändig ist und hohe Kosten beinhaltet (Kamp-Becker, 2014, S. 80).

Im Vergleich zu ABA besteht ebenfalls ein Programm, das auf einer Kombination von Maßnahmen in der Pädagogik und Verhaltenstherapie basiert. Dieses Programm wird als TEACCH-Programm (Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children) bezeichnet. Die Zielgruppe umfasst alle Menschen aus dem Autismus-Spektrum und ihren heterogenen Eigenschaften. Es ist ein strukturierender Ansatz, welches die Bereiche Kommunikation, Wahrnehmung und Interaktion umfasst. Das TEACCH-Programm wird als ein Rahmengerüst eingesetzt, damit Menschen im Autismus-Spektrum eine strukturierte Erziehung und Förderung erhalten. Dabei ist das Ziel eine Schaffung von Umgebungen, die an den individuellen Bedürfnissen angepasst sind und geringe störende Faktoren aufweisen. Die Merkmale des Programms sind die Förderung der autistischen Menschen durch spezifische Angebote und die Strukturierung ihres sozialen Umfelds. Dabei wird die materielle Umgebung organisiert, Arbeitssysteme und Pläne aufgestellt, Handlungen überschaubar aufgegliedert, Erwartungen und Formulierungen werden klar und deutlich aufgeschrieben und Abläufe werden visualisiert. Jedoch beruht dieser Ansatz nicht auf empirischen Studien, da es sich um einen individualisierten Vorgang handelt. Dennoch besteht eine Wirksamkeit in den Bereichen „soziale Fähigkeiten“, „Selbstständigkeit“ und „funktionelle Kommunikation“. Außerdem kann eine Verminderung von Verhaltensauffälligkeiten bei den Betroffenen beobachtet werden (Kamp-Becker & Bölte, 2014, S. 80f.).