Ludger Kowal-Summek

»Tomo spricht nicht mit mir«

Eine Untersuchung hinsichtlich der Anwendung ausgewählter Methoden der Leiborientierten Musiktherapie bei Menschen mit Autismus

MIT DVD

Centaurus Verlag & Media UG

Ludger Kowal-Summek
„Tomo spricht nicht mit mir“

Reihe Psychologie

Band 43

Ludger Kowal-Summek

„Tomo spricht nicht mit mir“

Eine Untersuchung hinsichtlich der Anwendung ausgewählter Methoden der Leiborientierten Musiktherapie bei Menschen mit Autismus

CENTAURUS VERLAG & MEDIA UG

Zum Autor:
Ludger Kowal-Summek, Jg. 1956, Diplom-Pädagoge, Diplom-Musikpädagoge, Dr. phil. Lehrkraft für besondere Aufgaben im Institut für Musikpädagogik an der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln. Lehrbeauftragter an der Robert-Schumann Hochschule Düsseldorf. Lehrer an der Städt. Clara-Schumann Musikschule Düsseldorf.

Dem Buch liegt eine DVD mit Videos von sechs Therapiesitzungen aus der Einzelmusiktherapie mit Tomo bei.

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

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

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier.

ISBN 978-3-86226-148-2 ISBN 978-3-86226-932-7 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-86226-932-7

ISSN 0177-2791

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

© CENTAURUS Verlag & Media KG, Freiburg 2012

Umschlaggestaltung: Jasmin Morgenthaler, Visuelle Kommunikation

Umschlagabbildung: Foto des Autors

Satz: Vorlage des Autors

“Ich musste mir mein Arbeitsfeld nie suchen. Es fand mich.”
(Mary Priestley 1982, 21)

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis ..... **VII**

Vorwort ..... **XI**

1 Einführung **1**

2 Grundlagen zum Autismus **5**
2.1 Der Begriff 6
2.2 Klassifikationen und Erscheinungsformen 8
2.3 Häufigkeit 15
2.4 Diagnostik 17
2.5 Beziehung 22
2.6 Ursachen und Auswirkungen 23
2.7 Entwicklung und Prognose 32
2.8 Therapeutische Intervention 33
2.9 Zusammenfassung Kapitel 1 35

3 Zum Musikerleben autistischer Menschen **38**
3.1 Reizwahrnehmung 39
3.2 Das absolute Gehör 41
3.3 Musikalische Inselbegabungen 42
3.4 Musikalische Merkmale autistischer Kinder 45
3.5 Zusammenfassung Kapitel II 46

4 Autismus und musikalische Emotion **48**
4.1 Emotionen 48
4.2 Musik und Emotion 53
4.3 Musikalisches Erleben 58
4.4 Musik und Emotion – die musiktherapeutische Perspektive 59
4.5 Musikalische Emotion und Autismus 60
4.6 Zusammenfassung Kapitel III 61

5 Autismus und Musiktherapie 64
5.1 Zur Bedeutung der Musik für die Musiktherapie 64
5.2 Was ist Musiktherapie? 69
5.3 Zur Indikation von Musiktherapie (bei Autismus) 73
5.4 Zusammenfassung Kapitel IV 77

6 Musiktherapeutische Ansätze in der Arbeit bei Menschen mit Autismus .. 79
6.1 Gertrud Orff 80
6.2 Nordoff/Robbins 81
6.3 Edith Lecourt 83
6.4 Juliette Alvin 83
6.5 Mary Priestley 86
6.6 Rolando Benenzon 87
6.7 Van Deest 87
6.8 Henk Smeijsters 88
6.9 Claudia Weber 91
6.10 Karin Schumacher 93
6.11 Barbara Gindl 97
6.12 Adamek/Darrow 99
6.13 Zusammenfassung Kapitel V 100

7 Die Leiborientierte Musiktherapie 102
7.1 Grundlagen 102
7.2 Die sieben Unentbehrlichkeiten der LOM 107
7.2.1 Musiktherapie ist Leibtherapie 107
7.2.2 Musiktherapie verändert Leibmuster 107
7.2.3 Musiktherapie ist Beziehung 108
7.2.4 Musiktherapie achtet Klientenkompetenz 122
7.2.5 Musiktherapie achtet Tönen und Hören als primäre Leibbewegung 122
7.2.6 Musiktherapeutische Diagnostik ist prozessual und interaktiv 123
7.2.7 Musiktherapie verfolgt eher Absichten als Ziele 123
7.3 Emotionales Erleben aus der Sicht Leiborientierter Musiktherapie 123
7.4 Musikalisches Erleben im therapeutischen Prozess 126
7.5 Wirkfaktoren des Erlebens in einer (musik-)therapeutischen Begegnung 131
7.6 Rahmen und Rituale 132
7.7 Zusammenfassung 132

8 Grundlagen zur musiktherapeutischen Arbeit mit Tomo 133
8.1 Zur Therapie mit Tomo 135
8.1.1 Voraussetzungen 136
8.2 Erstkontakt mit Tomo und mit seinen Eltern 138
8.3 Ziele der Musiktherapie mit Tomo 141
8.4 Setting 142
8.5 Rahmen und Rituale 145
8.6 Ablauf der Therapie 146
8.6.1 Die erste Stunde 147
8.6.2 Die zweite Stunde 150

9 Überprüfung der Methoden der LOM anhand einer Videoanalyse ausgewählter Therapieeinheiten mit Tomo. 154
9.1 Grundlegendes zur Qualitativen Forschung (QualF) 155
9.2 Einleitende Gedanken zur Videografie im therapeutischen Geschehen 159
9.3 Videografischer Forschungsprozess 162
9.3.1 Zur Datenerhebung 163
9.3.2 Zur Datenaufbereitung 164
9.3.3 Zum Analyseverfahren 165
9.4 Videografie des therapeutischen Prozesses mit Tomo 167
9.4.1 Video Reha-Klinik (2004) 168
9.4.2 Video Vater (2009). Dauer ca. 22 Min. 171
9.4.3 Segmentierungsanalyse von sechs Therapieeinheiten aus der musikalischen Einzeltherapie mit Tomo aus dem Jahr 2010 174
9.4.4 Auswertung der Daten unter Berücksichtigung ausgewählter Methoden aus dem Methodenrepertoire der LOM 217

10 Gesamtbewertung und Forschungsperspektiven 283

11 Literatur 296

Vorwort

Lieber Tomo,

dieses Buch handelt eigentlich von Dir, ein wenig auch von uns, ganz bestimmt aber von unserer gemeinsamen therapeutischen Arbeit, die nun schon eine ganze Weile andauert. Die Therapie mit Dir war für mich letztlich der Anlass, mich mit dem Themenbereich Musiktherapie und Autismus näher auseinanderzusetzen. Eine erste Form der Auseinandersetzung geschah im Jahr 2008 im Rahmen meiner Abschlussarbeit zum Musiktherapeuten (vgl. Kowal-Summek 2009a). Doch stellte diese Arbeit für mich lediglich eine erste Annäherung dar, was mir damals schon während des Schreibens der Arbeit deutlich wurde.

Meine Ausbildung basierte auf einem mir bis dahin fremden Fundament, der Leiborientierten Musiktherapie (LOM). Am Ende der Ausbildung hatte ich einen ersten Eindruck bekommen, ich hatte auch schon begonnen, mit Dir nach den Grundlagen der LOM zu arbeiten, aber intensiviert habe ich das erst nach Beendigung der Ausbildung. Die Beschäftigung mit dem zweibändigen Grundlagenwerk *Klingen, um in sich zu wohnen* von Baer/Frick-Baer (2009[2]a, b) offenbarte mir, dass die Autoren sich in der Anwendung der LOM mit unterschiedlichen Personengruppen auseinandergesetzt hatten, aber eine mit Menschen mit Autismus war nicht dabei.

Auf der Basis unserer Therapie wuchs daher in mir der Wunsch, eine Anwendung der LOM bei Menschen mit Autismus noch näher als bisher geschehen, zu untersuchen. Das Ergebnis dieses Bemühens meinerseits stellt diese Arbeit dar.

Unabhängig von den vielen Menschen, die mir beim Erstellen dieser Arbeit immer mal wieder mit Rat und Tat zur Seite standen, und denen ich zu tiefem Dank verpflichtet bin, bist Du, Tomo, doch die zentrale Person, um die es in dieser Arbeit geht. Deshalb widme ich Dir diese Arbeit. Da ich von Deinen Eltern weiß, dass Du lesen kannst, hoffe ich, dass Du Dir die Zeit nimmst, mehr als nur einen Blick in das Buch zu werfen.

Ich weiß nicht, ob Du Dich daran erinnern kannst, aber einmal hatte ich Frau Blicke, eine ehemalige Lehrerin (von Dir?), gebeten, zu Beginn einer Therapiestunde ein paar Fotos zu machen, was sie auch getan hat. Ich habe diese Fotos mit in das Buch eingearbeitet. Vor jedem neuen Kapitel findest Du eines der Bilder. Hoffentlich gefallen sie Dir, denn gesehen hast Du sie glaube ich noch nicht.

Inzwischen habe ich viele Facetten von Dir kennengelernt. Ich kenne den gut gelaunten, den verträumten, den in sich gekehrten, den ängstlichen, den schlecht gelaunten, wütenden, teilweise sogar aggressiven Tomo. Damit weist Dein Verhalten und Deine Gefühlswelt aber auch all die Regungen auf, die alle Menschen ab und an zeigen.

Ich beende den Brief an Dich an dieser Stelle und würde mich freuen, wenn Du Dir irgendwann einmal die Zeit nimmst, das Buch zu lesen.

Dein Ludger

1 Einführung

Während meiner Ausbildung zum Musiktherapeuten in der Zukunftswerkstatt *therapie kreativ* lernte ich die neue musiktherapeutische Schule, die LOM, kennen.

Decker-Voigt (2009[2], 16) schreibt über die Bedeutung der LOM, dass es sich bei dieser Therapie um ein weiteres Rad handelt, das nicht als fünftes Rad am Wagen der Musiktherapie zu verstehen ist, sondern dass es sich um ein Rad handelt, "dass das Rollen des Wagens [Musiktherapie – L. K.-S.] stabilisieren hilft, flexibler sein lässt."

Bezogen auf die Methoden, mit denen die LOM arbeitet, spricht Decker-Voigt (a. a. O., 12) anerkennend von einem "Methoden-Schatz", den es zu bergen gilt. Gleichzeitig stellt er aber auch fest, dass es sich bei den Methoden der LOM um Modellvorstellungen handelt, die sich seiner Meinung nach ohne weiteres in bereits bestehende Praxismodelle integrieren lassen und somit letztlich "als Erweiterung, Veränderung, Varianten" derselben zu sehen sind.

Wie eigentlich in jedem Fall einer Anwendung u. U. erst einmal theoretisch erlernter Methoden, gilt es auch hier darum, "die von den Autoren geschilderten methodischen Schritte auf den eigenen Praxisrahmen zu beziehen, zu modifizieren, auf die eigene Klientel zu spezifizieren" (a. a. O., 13). Denn eines ist klar: "Es gibt keine pädagogischen oder therapeutischen Spielmodelle für unveränderten Trans-

fer, sondern immer nur die achtsame, sorgfältige neue Bezugsetzung zum neuen Menschen als Gegenüber in der Einzeltherapie oder der Gruppe" (ebd.).
Hier genau beginnt meine Arbeit. Denn obwohl Baer/Frick-Baer (2009[2]b, 107 ff) sich auf musiktherapeutische Arbeit mit unterschiedlichen Personengruppen beziehen, musiktherapeutische Arbeit mit Menschen mit Autismus findet man nicht.

Das Hauptanliegen des hier vorliegenden Buches besteht also darin, die Möglichkeit der Anwendung einer Auswahl von Methoden aus dem ‚Methoden-Schatz' der LOM in der musiktherapeutischen Arbeit bei Menschen mit Autismus zu überprüfen. Ausgehend von der anthropologischen Grundannahme der Individualität eines jeden Menschen geht es präzise um Möglichkeiten der Anwendung der Methoden der LOM in der Musiktherapie mit Tomo. Es handelt sich also um eine Einzelfallstudie.

Ein Blick auf die Anzahl der Veröffentlichungen zum Themenbereich Autismus insgesamt lässt erkennen, welches Interesse diesem Thema beigemessen wird. Es lässt sich wohl mit Recht behaupten, dass der Themenbereich Autismus zurzeit im Brennpunkt des öffentlichen, bildungspolitischen und wissenschaftlichen Interesses steht. Dass aber gerade auch immer wieder neue Grundlagenwerke zum Verständnis des Autismus auf den Markt drängen, zeigt für mich zum einen eine gewisse Unsicherheit hinsichtlich der Grundlagen zum Autismus, zum anderen zeigt sich darin aber auch ein Bemühen um stetige Weiterentwicklung der Zusammenhänge.

Das zweite Kapitel dieses Buches widmet sich diesen Grundlagen. Es geht dabei nicht nur um eine Klärung der Begrifflichkeiten, möglicher Klassifikationen und Erscheinungsformen, der Häufigkeit und der Diagnostik, sondern auch um Ursachenforschung und Auswirkungen, Entwicklung und Prognose und besonders um mögliche therapeutische Interventionen, wobei für mich natürlich die Musiktherapie im Vordergrund steht. Besonders hinsichtlich der Darstellung möglicher therapeutischer Interventionen fällt mir auf, dass der Musiktherapie als mögliche therapeutische Intervention im Allgemeinen in diesem Rahmen wenig bis gar kein Raum gegeben wird, obwohl sich musiktherapeutische Ansätze in der Arbeit bei Menschen mit Autismus bis in die 1970er Jahre zurückverfolgen lassen.

Wenn Musiktherapie aber eine sinnvolle Möglichkeit therapeutischer Intervention darstellt, dann ist es auch unumgänglich sich mit der Spezifik des Musikerlebens autistischer Menschen auseinanderzusetzen. Diese Aufgabe übernimmt das dritte Kapitel. Hier geht es speziell um die Reizwahrnehmung autistischer Menschen, es geht des Weiteren um das absolute Gehör, dem im Rahmen der Auseinandersetzung immer wieder besondere Beachtung widerfährt. Nicht nur in der wissenschaftlichen Literatur, sondern auch in diversen Filmen (Rain Man etc.) wird zudem immer wieder auf Inselbegabungen autistischer Menschen verwiesen, eine

Thematik die verstärkt auch im musikalischen Bereich zu finden ist und deshalb an dieser Stelle thematisiert wird.

Dem Zusammenhang zwischen Autismus und Emotion im Allgemeinen und dem Verhältnis von Musik und Emotion im Besonderen geht das vierte Kapitel nach. Es wird der Begriff Emotion definiert und der Zusammenhang zwischen Musik und Emotion analysiert. Außerdem wird den Fragen nachgegangen: Was sind eigentlich Emotionen? Wie sieht es aus mit dem Zusammenhang zwischen Musik und Emotion? Was macht musikalisches Erleben aus? All dies sind Fragen, die es im Vorfeld zu klären gilt, bevor der Spezifik, musikalische Emotionen und Autismus, Rechnung getragen werden kann.

Aufbauend von diesen Grundlagen geht es im fünften Kapitel um das Verhältnis von Musiktherapie und Autismus. Welche Bedeutung hat die Musik für die Musiktherapie und was ist Musiktherapie? Wann ist die Indikation Musiktherapie bei Autismus gegeben? Fragen, denen hier im Einzelnen nachgegangen werden soll.

Wie schon zu Beginn des Kapitels angedeutet, handelt es sich bei der Musiktherapie bei weitem nicht um eine gerade erst erfundene therapeutische Interventionsmethode, sondern Musiktherapie in der Anwendung bei Menschen mit Autismus kann mittlerweile auf eine 40-jährige Tradition zurückblicken. Eine solche Tradition ist immer wieder auch mit Personen und Namen verbunden, die sich intensiv dieser Arbeit gewidmet haben und dies zum Teil auch immer noch tun. Im Zuge der Entwicklung der Musiktherapie bei Menschen mit Autismus, die das sechste Kapitel dokumentiert, zeigt sich, dass über die Jahre unterschiedliche therapeutische Modelle entworfen wurden, die sich gegenseitig nicht aufheben, sondern insgesamt eine Bereicherung des Nachdenkens und der Möglichkeiten musiktherapeutischen Handelns darstellen.

Kapitel sieben befasst sich mit den Grundlagen der LOM. Gerade hier zeigt sich das Neue, das Eigene, das Besondere dieses Therapieansatzes in theoretischer und in Ansätzen auch schon in praktischer Hinsicht.

Bevor es jedoch im neunten Kapitel um die wissenschaftliche Überprüfung ausgewählter Methoden der LOM geht, werden im achten Kapitel die Grundlagen meiner Therapie mit Tomo, einem autistischen jungen Mann, dargestellt. Dazu gehören sowohl eine Anamnese als auch eine Diagnose als auch der Erstkontakt mit Tomo und seinen Eltern. Im weiteren Verlauf des Kapitels werden zudem zwei Musiktherapiestunden analysiert, die im Vorfeld der eigentlichen Analyse stattgefunden haben und einen ersten Eindruck vermitteln sollen.

Im eigentlichen empirischen Teil der Arbeit, dem neunten Kapitel, geht es dann wie schon erwähnt um eine wissenschaftliche Überprüfung ausgewählter Methoden der LOM anhand einer Videoanalyse von sechs willkürlich ausgewählten Thera-

pieeinheiten aus der Einzelmusiktherapie mit Tomo. Einziges Auswahlkriterium für mich ist, dass die Einheiten möglichst in einem zeitlichen Abstand von einem Monat liegen sollten.

Das Schlusskapitel, Kapitel zehn, fasst die Ergebnisse noch einmal zusammen und es kommt zu einer Schlussbewertung hinsichtlich der Anwendung der LOM auf die Arbeit mit Menschen mit Autismus. Zudem werden weitere Forschungsperspektiven aufgezeigt.

2 Grundlagen zum Autismus

Die wissenschaftlich orientierte Frage nach dem was Autismus ist, füllt mittlerweile die Regale in vielen Bibliotheken. Es kann und es soll hier auch nicht die Aufgabe sein, den gesamten wissenschaftlichen Stand innerhalb der Autismusdebatte möglichst ausführlich zu dokumentieren. Vielmehr geht es für mich darum, mir ein Bild des Autismus unter der Perspektive seiner Bedeutung für die Musik(sozio)-therapie und vor allem für meine praktische Arbeit mit Tomo zu machen. Dabei zeigt sich innerhalb der wissenschaftlichen Diskussion eine große Bandbreite, die aufzuarbeiten hier ebenfalls nicht angezeigt ist. Insofern werde ich mich auf die meiner Meinung nach wichtigste Literatur zu diesem Thema stützen und sie auch nur insofern berücksichtigen als sie mir für die Thematik relevant erscheint.

Um es vorwegzunehmen, eine einheitliche wissenschaftliche Definition von Autismus und damit verbunden eine Klarheit über die Begrifflichkeit gibt es bis heute nicht (vgl. Weber 1999, 13; Kang 2007, 5). Andererseits: “Das Fehlen einer international anerkannten Definition […] geht einher mit den Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung” (Weber 1999, 14) mit der Folge, dass eine verlässliche Diagnose oftmals erst nach Jahren gestellt werden kann. Der Aussage von Springer/ Deutsch (1998[4], 247) zufolge werden allerdings erste Anzeichen für eine autistische Störung bereits im Säuglingsalter bemerkt, was wiederum auf die Notwendigkeit einer frühen Diagnostik verweist.

Gerade gegenüber einfachen Erklärungsmodellen hinsichtlich der Grundlagen zum Autismus ist Vorsicht geboten, denn "für den Menschen, der mit einem autistischen Kind lebt und arbeitet, hat jedes Erklärungsmodell eine Auswirkung auf seine Arbeitsweise und auf seine Gefühle dem Kind gegenüber" (Schumacher 1994, 5). Anthropologische Grundannahmen ziehen bekanntlich immer pädagogische Ansichten nach sich.

Andererseits birgt die Tatsache einer mangelnden Klarheit auch immer die Gefahr von Willkür in sich. Letztlich relevant – nicht nur für die Begriffsklärung – sind die Angaben im ICD-10 (International Classification of Diseases) oder im DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Anzumerken bleibt hier, dass sich beide Manuale in einer Überarbeitungsphase befinden (vgl. Barthélémy et al. 2007, 3). Mit Änderungen ist also zu rechnen.

2.1 Der Begriff

"Der Begriff Autismus ist eine Reduzierung des Terminus Autoerotismus" (Kumbier et al. 2010, 55) und wurde als Begriff in seinem heutigen Verständnis 1911 durch E. Bleuler (1857-1939) geprägt und in die Psychiatrie eingeführt, wodurch er sich bewusst von einer starken sexuellen Färbung abwandte (vgl. ebd.). "Nach Bleulers Verständnis charakterisiert Autismus das gestörte Verhältnis des Schizophrenen zur Wirklichkeit" (ebd.). Er stammt in dieser Form ursprünglich aus dem Griechischen (und zwar aus den Worten: "eautos-εαυτός" – Ich-selbst, und "ismos-ισμός" – in Richtung auf) und bedeutet ‚für sich sein', was meiner Meinung nach sehr treffend ist (vgl. Kang 2007, 1; Kargiou 2009,13). Interessant ist, dass die Bedeutungen dessen, was Autismus meint und wer als autistisch bezeichnet wird, über die Zeit eine Wandlung erfahren hat (vgl. Kumbier et al., 55 f).

Bedeutend für unsere heutige Zeit, oder besser Ausgangspunkt, sind die grundlegenden Arbeiten des Wiener Arztes Hans Asperger (1906-1980) von 1938 (vgl. Schirmer 2006a, 12; Amorosa 2010a, 13) und die des aus Österreich stammenden und in den USA arbeitenden Kinderarztes Leo Kanner (1896-1981) aus dem Jahr 1943. Dazu kommen Arbeiten des Pädagogen Theodor Heller (1869-1938) und des Sozialmediziners und Heilpädagogen Andreas Rett (1926-1997) (vgl. Poustka u. a. 2008[2], 4 ff; Amorosa 2010a, 16). Mit den Arbeiten und den in ihnen geäußerten Gedanken zum Autismus "wechselte der Autismusbegriff von der Erwachsenenpsychiatrie in die sich gerade etablierende Kinderpsychiatrie" (Kumbier et al. 2010, 56 f).

Die Bezeichnung frühkindlicher Autismus z. B. geht auf Kanner zurück, der Begriff Asperger-Syndrom dagegen auf Lorna Wing, die Aspergers 1943 verfasste Habilitationsschrift 1981 im englischsprachigen Raum bekannt machte und den Begriff Asperger-Syndrom prägte. Uta Frith übersetzte 1991 die Originalarbeit von Asperger ins Englische (vgl. a. a. O., 59; Aarons/Gittens 2010[3], 26). Tatsache ist, dass unsere heutigen therapeutischen Bemühungen um den Autismus auf die Zeit in den 40er Jahren zurückgehen, d. h. auf die Grundannahmen von Asperger und Kanner. In der Folgezeit entwickelten sich viele Theorien zur Behandlung von Autismus, von denen die Musiktherapie eben nur eine ist (vgl. Schirmer 2006a). Und auch hier ist es so, dass es keine einheitliche, oder positiv ausgedrückt, unterschiedliche Vorgehensweise gibt (vgl. Kap. 5).

Viele Forscher haben sich in der Nachfolge mit dem Themenbereich Autismus auseinandergesetzt (vgl. Kumbier et al. 2010, 59 f), aber die Verständigungsschwierigkeiten, siehe ICD-10 (vgl. Dilling u. a. 2008[6], 305 ff; 2008[4], 293 ff) und DSM-IV, sind geblieben. Letztlich geht man heute davon aus, dass es sich bei Autismus um ein multifaktorielles Phänomen handelt, weshalb man auch eher von Autismus-Spektrums-Störungen (ASS) spricht.

Dennoch gilt: Zentrales Merkmal "aller autistischen Störungen in jedem Alter und auf allen Fähigkeitsstufen ist das Ausbleiben der ganz gewöhnlichen emotionalen Kommunikation" (Blackmore/Frith 2006, 138). Greenspan/Wieder (2009, 3) gehen noch einen Schritt weiter und sehen im Autismus eine tiefgreifende Entwicklungsstörung mit Problemen in der sozialen Interaktion, der Sprache, den Emotionen, dem Kognitiven, der Bewegung und der Sinneswahrnehmung. Auffällige Verhaltensweisen sehen sie nicht als zum Bild des Autismus gehörig, sondern darin sehen sie sozusagen eine Sekundärsymptomatik (vgl. a. a. O., 6 f), die z. B. aus fundamentalen Kommunikationsproblemen herrührt. Des Weiteren bleibt zu berücksichtigen, dass das Erscheinungsbild des Autismus individuell zu betrachten ist.

Schumacher (1994, 5) zieht aus alledem erst einmal eine Konsequenz, der ich mich sehr gut anschließen kann: "Solange es keine Gewissheit über den Ursprung der autistischen Störung gibt, sehe ich als Therapeutin *das* theoretische Erklärungsmodell für das Beste an, das mir die Motivation erhält, mit einem Kind über Jahre zu arbeiten."

2.2 Klassifikationen und Erscheinungsformen

Die Klassifikation psychischer Störungen, zu denen auch der Autismus gehört, erfolgt in der Regel nach zwei Systemen, dem ICD-10 oder dem DSM-IV. Während man dem ersten System in unseren Breitengraden mehr vertraut, vertraut die amerikanische Psychiatrie eher dem zweiten System. Ein drittes System, das sich aber erst noch beweisen muss und auf das ich hier nicht speziell eingehe, ist die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health).

Klassifikationen und Erscheinungsformen autistischer Störungen lassen sich zum einen unterteilen nach der Art der Auffälligkeit, zum anderen nach der Intelligenz der betroffenen Personen. Eine dritte Unterteilungsmöglichkeit für das klinische Bild des Autismus orientiert sich am Entwicklungsniveau.

Die Variationsbreite im Rahmen klinischer Beschreibungen ist hoch und zwar nicht nur im interpersonellen Vergleich, sondern auch bei der Betrachtung ein und derselben Person über die Zeit. D. h., dass unterschiedliche Symptome zu unterschiedlichen Zeiten von Bedeutung sein können, was dann zu sehr unterschiedlichen klinischen Profilen führt bzw. führen kann (vgl. Barthélémy et al. 2007, 4).

Da es viele verschiedene Erscheinungsformen autistischer Störungen gibt, die erst allmählich erkannt und anerkannt werden, ist auch die Zahl derer, die unter einer der Formen von Autismus leiden, in den letzten Jahren gestiegen.

Wesentlich ist, dass sich die Diagnose ASS oder *Autism Spectrum Disorder* (ASD), die die verschiedenen Formen und Ausprägungsgrade des Autismus umfasst (vgl. Altenmüller 2008, 254; Poustka et al. 2008, 13; Krüger 2009, 42; Moosecker 2009, 434; Aarons/Gittens 2010[3], 27; Adamek/Darrow 2010, 193; Herpertz-Dahlmann et al. 2010, 4; Noterdaeme/Enders 2010, 11; Noterdaeme/Naggl 2010, 1; Schirmer 2010, 12), durch alle soziale Schichten und alle Kulturen zieht.

Die Bezeichnung ASD/ASS soll untermauern, "dass die autistischen Störungen sehr ähnlich sind, aber dennoch voneinander unterschieden werden können. Zudem gibt es unterschiedliche Schweregrade" (Poustka et al. 2009[2], 13). D. h. aber auch, dass es *den* Autismus nicht gibt. Kennzeichen aller ASD-/ASS-Störungen ist eine nur graduell unterscheidbare Störung des Sozialverhaltens aufgrund einer inadäquaten Verarbeitung emotionaler sozialer Reize (vgl. Domes et al. 2008, 261). Als Kernsymptome der ASS, die in sich weiter untergliedert sind, gelten (Herpertz-Dahlmann et al. 2010, 4):

a) "eine qualitative Störung der Kommunikation,
b) eine qualitative Störung der sozialen Interaktion und
c) ein eingeschränktes Repertoire von Interessen und Aktivitäten".

In Folge dieser Sichtweise wird auch deutlich bzw. ist zu verstehen, dass das Verhalten von Menschen mit Autismus individuell zu betrachten ist (vgl. Adamek/ Darrow 2010, 195). Greenspan/Wieder (2009, 8 ff) legen Wert darauf, ASD/ASS nicht als statisches, sondern als dynamisches Gebilde zu begreifen, da diese Sichtweise Veränderungen hinsichtlich der individuellen Entwicklung für möglich hält und möglich macht. Aus dieser Perspektive erscheint es auch sinnvoll, nicht einfach nur von den Kernsymptomen des Autismus zu reden, sondern sie, ähnlich wie Giese (2010a, 37 ff) und Amorosa (2010d, e), nach dem Alter der Kinder zu differenzieren.

Neben dem erwähnten *Asperger-* und *Kanner Syndrom* unterscheidet man heute noch weitere Formen, z. B. den H*igh-Functioning Autism* (HFA), dessen Inhalt und Begrifflichkeit auf Lorna Wing zurückgeht (vgl. Poustka et al. 2008, 13) und manchmal auch den L*ow-Functioning Autism* (LFA)**,** der mit schlechten sprachlichen Fähigkeiten und einer Intelligenzminderung einhergeht (vgl. Schmutzler 2006, 301; Poustka u. a. 2008[2], 11f) und als eine Variante des frühkindlichen Autismus gilt. Der HFA ist nicht immer leicht vom Asperger-Syndrom abzugrenzen. Einzig die verzögerte sprachliche Entwicklung scheint hier ein Kriterium zu sein (vgl. Domes et al. 2008, 261; Greenspan/Wieder 2009, 7; Herpertz-Dahlmann et al. 2010, 4; Kumbier et al. 2010, 60).

Eine weitere Form stellt der *atypische Autismus/Pervasive Developmental Disorder* (PDD) dar. Atypisch ist der Autismus dann, "wenn nicht alle der drei von den Klassifikationssystemen des DSM-IV und/oder der ICD-10 geforderten Kriterien erfüllt sind" (Herpertz-Dahlmann 2008[6]a, 9; vgl. Smeijsters 1999, 161; Altenmüller 2008, 254; Adamek/Darrow 2010, 193; DIMDI 2010, 220; Schirmer 2010, 14;) oder sich diese erst nach dem dritten Lebensjahr zeigen. Letzteres trifft ja auch als Kennzeichen für das Asperger-Syndrom zu. Hinzu kommt, dass "charakteristische Abweichungen auf anderen Gebieten" (DIMDI 2010, 220), die allerdings nicht näher beschrieben werden, vorliegen. "Atypischer Autismus tritt sehr häufig bei schwer retardierten bzw. unter einer schweren rezeptiven Störung der Sprachentwicklung leidenden Patienten auf" (ebd.).

Unter Berücksichtigung der ärztlichen Befunde bei Tomo, dessen Autismus auch erst, vielleicht bedingt durch ärztliche Unsicherheiten, nach dem dritten Lebensjahr als solcher diagnostiziert wurde, bleibt allerdings zu fragen, ob der Altersangabe in diesem Zusammenhang wirklich so eine Bedeutung zukommt bzw. zukommen sollte. Gerade mit Blick auf den atypischen Autismus wird m. M. n. die Schwierigkeit diagnostischer Eingrenzungen deutlich, vielleicht sogar auch fraglich.

Es sind noch weitere Termini im Umlauf (vgl. Smeijsters 1999, 161 f; Barthélémy et al. 2007, 7; Poustka u. a. 2008[2], 11 ff; Schumacher 2009[2], 67), auf die ich hier aber nicht näher eingehen will und die eigentlich das Bild nicht schärfen, sondern weiter zur Verwirrung beitragen. Jedoch wird deutlich, dass die unterschiedlichen Bezeichnungen und Differenzierungen Auswirkungen haben sowohl auf Theoriekonzepte als auch auf mögliche therapeutische Interventionen (vgl. Smeijsters 1999, 162 f).

Folgt man der neusten Ausgabe des ICD-10 (vgl. DIMDI 2010, 220 ff), der für uns maßgeblich ist, so gehört der Autismus auf Grund des Klassifikationsschemas zur Gruppe F84, den sogenannten tief greifenden Entwicklungsstörungen (vgl. Dilling/Freyberger 2008[4], 293 ff; Noterdaeme 2010c). Die Störungen als solche sind "jedoch durch das Verhalten definiert, das nicht dem Intelligenzalter des Individuums entspricht" (ebd.). Wie der Name schon sagt, handelt es sich hier um Störungen, die "man nicht als bewussten Rückzug von der Außenwelt in die Innenwelt verstehen darf, sondern bei denen es sich um eine Unfähigkeit oder Beeinträchtigung handelt, Beziehungsqualitäten zu leben" (Frohne-Hagemann/Pleß-Adamczyk 2005, 210). Sie treten in der Regel in den ersten fünf Lebensjahren auf, sind in ihrer Diagnose jedoch abhängig vom häuslichen Umfeld. D. h. Beziehungs- und Kommunikationsschwierigkeiten könnten z. B. auch erst im außerhäuslichen Umfeld auftreten (vgl. Barthélémy et al. 2007, 6). Soweit bisher bekannt, verlaufen tiefgreifende Entwicklungsstörungen "chronisch und sind nicht heilbar" (Noterdaeme 2010c, 1).

Eine dieser tiefgreifenden Störungen ist der *frühkindliche Autismus*. Laut Poustka et al. handelt es sich hier um die bekannteste Diagnose unter den Autismus-Erscheinungen. Nach Dilling/Freyberger (2008[4], 294) definiert er sich durch

a) "eine abnorme oder beeinträchtigte Entwicklung, die sich vor dem dritten Lebensjahr manifestiert,
b) durch ein charakteristisches Muster abnormer Funktionen in den folgenden drei psychopathologischen Bereichen: der sozialen Interaktion, der Kommunikation und im eingeschränkten stereotyp repetitiven Verhalten" (vgl. Rühl/Poustka 1999; Symalla 2005; Barthélémy et al. 2007, 4 f; Dern/Schuster 2007, 50; Dilling u. a. 2008[6], 306; DIMDI 2010, 220; Ott 2010, 276 ff).
c) "Neben diesen spezifischen diagnostischen Merkmalen zeigt sich häufig eine Vielzahl unspezifischer Probleme, wie Phobien, Schlaf- und Essstörungen, Wutausbrüche und (autodestruktive) Aggression" (DIMDI 2010, 220).

Hinzu kommen oftmals noch speziell begrenzte Interessen und Aktivitäten (vgl. Koeslin 2005, 223; vgl. Schmutzler 2006, 300). Viele Kinder zeigen zudem hyper- oder hyposensible Reizwahrnehmungen hinsichtlich unterschiedlicher Reize. Genannt werden hier taktile, visuelle, auditive Reize sowie ein ungewöhnliches Wärme- und Kälteempfinden. In wieweit aus alledem eine lebenslängliche Hilfsbedürftigkeit resultiert oder zu folgern ist, wird sicherlich immer wieder im Einzelfall zu überprüfen sein. Wesentlich ist auch, dass es in der Regel "keine vorangegangene Periode einer eindeutig unauffälligen Entwicklung (gibt)" (Dilling u. a. 2008[6], 306).

Bei dem *Asperger-Syndrom,* das erst Anfang der 90er Jahre in die Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM IV als eigenständige diagnostische Kategorie aufgenommen wurde (vgl. Kumbier et al 2010, 60), handelt es sich um eine Störung, die vermehrt bei Jungen (8:1) auftritt. Kennzeichen sind hier (vgl. DIMDI 2010, 221):

a) Beeinträchtigung bzw. qualitative Abweichungen der wechselseitigen Interaktionen;
b) eingeschränktes und sich stereotyp wiederholendes Repertoire an Interessen und Aktivitäten;
c) häufig motorische Ungeschicklichkeit;
d) Sprachentwicklung und kognitive Entwicklung sind weitgehend normentsprechend;
e) Abweichungen setzen sich häufig bis ins Erwachsenenalter fort;
f) u. U. psychotische Episoden im frühen Erwachsenenalter.

Es wird vereinzelt darauf hingewiesen, dass sich die Störungen u. U. bis ins Erwachsenenalter hinein fortsetzen und durch die Umwelt nur begrenzt, wenn überhaupt beeinflussbar sind (vgl. Dilling u. a. 2008[6], 312 f). Ein Vergleich verschiedener Diagnoseschemata für das Asperger-Syndrom auf der Grundlage theoretischen Denkens zu verschiedenen Zeitpunkten findet sich bei Amorosa (2010b, 24 ff).

Die hier getroffenen Unterscheidungen in frühkindlichen Autismus (Kanner-Syndrom) und Asperger-Syndrom besitzen zumindest für den klinischen Bereich auch heute weiterhin ihre Gültigkeit (vgl. Poehlke 2003[16], 72 f; Koeslin 2005, 223 ff), obwohl Klicpera/Innerhofer (2002[3], 220) hervorheben, dass ja innerhalb der Forschung eine diesbezügliche Unterscheidung lange fraglich war. Die von Klicpera/Innerhofer aufgestellten und von Kang wiedergegebenen Tabellen stimmen nur bedingt mit denen Herpertz-Dahlmann (2008[6]) überein. Andererseits fehlen dort einige andere Punkte, sodass ein Zusammenführen beider Tabellen eher ein vollständiges Bild ergeben könnte.

Am sinnvollsten erscheint es mir, die Beschreibungskriterien für die beiden Hauptformen des Autismus in eine tabellarische Form zu bringen, was bisher schon öfter geschehen ist, jedoch auch immer wieder zu unterschiedlichen Ergebnissen geführt hat. Die nachfolgend von mir erstellte Tabelle hinsichtlich der Auffälligkeiten orientiert sich an den Darstellungen von Herpertz-Dahlmann (2008^{6}, 8) und Klicpera/Innerhofer (2002^{3}, 234):

	Frühkindlicher Autismus	Asperger-Syndrom
Zeitpunkt des ersten Auffälligwerdens	meist in den ersten Lebensmonaten	markante Auffälligkeiten etwa von dem dritten Lebensjahr an
Blickkontakt	zunächst oft fehlend, später selten, flüchtig, ausweichend	selten, flüchtig
Sprache	– später Sprachbeginn, häufig auch Ausbleiben der Sprache (50 %) – stark verzögerte Sprachentwicklung – Sprache hat anfänglich eine kommunikative Funktion (Echolalie)	– früher Sprachbeginn – rasche Entwicklung einer grammatisch und stilistisch hoch stehenden Sprache – Sprache hat kommunikative Funktion, ist allerdings gestört (Spontanrede) – Probleme beim Verstehen komplexer Bedeutungen – abnorme Inhalte
Sozialverhalten	– isoliert – in sich zurückgezogen – wenig Anteilnahme an anderen Menschen	– passiv – unangemessenes, einseitiges Auf-andere-Zugehen (verstandesmäßig, nicht emotional gesteuert) – hohe Diskrepanz zwischen intellektueller und emotionaler Leistung (emot. Distanz/intell. Frühreife) – Schwierigkeiten mit soz. Regeln
Stereotypien, Zwanghaftigkeit	– viele Stereotypien – repetitive, gleichförmige Aktivitäten	– Auswahl eines besonderen Interessengebietes
Intelligenz	– meist erheblich eingeschränkte intellektuelle Leistungsfähigkeit – charakteristische Intelligenzstruktur	– meist gute bis überdurchschnittliche Intelligenz
Motorik	– im Vorschulalter gut bei grobmotorischen Aktivitäten – ältere Autisten sind eher ungeschickt	– insgesamt auffällige Motorik hinsichtlich der Grob- und Feinmotorik – Koordinationsprobleme
Klinische Relevanz		– entwickeln im weiteren Lebensverlauf häufiger Depressionen, Angst- und Zwangssymptome – dekompensieren in soz. Stresssituationen – neigen zum Suizid

Wie sich die einzelnen Symptome eines Symptombereichs unterscheiden können, wird in den Darstellungen von Poustka et al. (2008, 16 ff) deutlich. Letztlich können solche tabellarischen Auflistungen immer nur zu grober Orientierung dienen. Eine konkrete Auseinandersetzung mit dem Einzelnen können sie nicht ersetzen (vgl. Amorosa 201b, 26 f).

Nach Noterdaeme (2010c, 9) treten der frühkindliche Autismus und der der atypische Autismus im Gegensatz zum Asperger-Autismus häufig mit Intelligenzminderungen auf. Eine *Unterteilung hinsichtlich der Intelligenz*, die geistig behinderte autistische Kinder und normalbegabte autistische Kinder gegenüberstellt, kommt zu folgendem Bild (vgl. Klicpera/Innerhofer 2002[3], 238):

	Geistig behinderte autistische Kinder	**Intelligente autistische Kinder**
Sprache	– Sprachentwicklung stärker verzögert – niedriges Sprachniveau	– Charakteristika des autistischen Sprachgebrauchs deutlicher (z. B. vertauschen von Pronomina)
Sozialverhalten	– deutlich abnorme Formen – der Kontaktaufnahme – Störung auch im Kontakt mit Erwachsenen deutlich	– Störung vor allem im Kontakt mit gleichaltrigen Kindern
Zwanghaftigkeit, Rituale, Stereotypien	– stärkerer Widerstand gegen Veränderungen – häufigere Anhänglichkeit an ausgefallene Objekte – viele einfache motorische Stereotypien	– Schwierigkeiten bei der Anpassung an neue Situationen – komplexere Rituale
Störende Verhaltensweisen	häufigere störende Verhaltensweisen wie z. B. Wutausbrüche	
Motorik	häufig verzögerte motorische Entwicklung	
Organische Befunde	häufigere epileptische Anfälle	

Auch hinsichtlich der Intelligenz autistischer Menschen gibt es sehr unterschiedliche Angaben. Einige Forscher gehen davon aus, dass ca. 70-80 % der Menschen mit Autismus über eine eingeschränkte Intelligenz verfügen (vgl. Baumann 1999, 384; Santangelo/Folstein, 1999; Smeijsters 1999, 163; Herpertz-Dahlmann 2008[6]a, 9). Dagegen stehen Angaben von Poustka (2009[2], 21) und Enders (2010a), demzufolge die o. g. Angaben 20-30 Jahre zurückliegen. Nach seinen Erkenntnissen und neueren Forschungsergebnissen handelt es sich lediglich um 20-50 %. Auch hier zeigt es sich wieder, dass Zahlenangaben dieser Art mit Vorsicht zu genießen sind.

Dass die Diskussion um Autismus und geistige Behinderung generell mit Vorsicht zu genießen ist, zeigen u. a. die Berichte von Zöller (2009, 24 f) und die Angaben von Enders (2010a).

"Umgekehrt pendelt der Prozentsatz geistig Behinderter, die auch autistisch sind, zwischen 15 und 45 %" (Smeijsters 1999, 163). Als Merkmale, die in der o. a. Tabelle keinen oder nicht ausreichend Ausdruck gefunden haben, nennt er fehlendes Spielverhalten, scheinbare Taubheit, also ein Nichtreagieren auf Ansprache, einen leeren Blick, überzogene Reaktionen beim Kitzeln und kein (soziales) Lachen.

Gerade mit Blick auf schwer geistig Behinderte ist davon auszugehen, dass diese häufig autistisch wirken ohne es zu sein und das umgekehrt auch Autismus "debilisierend" (a. a. O., 164) wirkt, also das geistige Verhalten beeinträchtigt.

Unabhängig von den jeweils differierenden Zahlenangaben plädieren Smeijsters (a. a. O., 163), Poustka et al. (2008, 16 f; 2009[2], 20 ff), Kumbier et al. (2010, 61), Noterdaeme (2010b) und Enders/Kluger (2010) dafür, diesen Umstand einer doppelten Behinderung (Komorbidität), auch mit Blick auf die Entwicklung über die Lebensspanne, immer im Blick zu behalten.

Gehen wir noch einmal zurück und machen uns klar: Der Begriff des Autismus-Spektrums besagt, dass Autismus unterschiedliche Ausprägungen hat. Vor diesem Hintergrund ist auch zu berücksichtigen, dass Autisten "alle Schularten, entsprechend ihren kognitiven Fähigkeiten" (Moosecker 2009, 434), besuchen, also sowohl die Schulformen der allgemein bildenden Schule als auch unterschiedliche Förderschulen.

2.3 Häufigkeit

Die Angaben zur Häufigkeit sind recht unterschiedlich und richten sich danach, wie eng z. B. Diagnosekriterien gefasst werden (vgl. Amorosa 2010c, 31 ff; Rost 2010, 117; Schirmer 2010, 9). Forschungsergebnisse, unabhängig von dem Ort der Erhebung und unabhängig von den Forschern, gehen heute davon aus, dass, bezogen auf das autistische Spektrum, ca. 6-7/1000 Menschen an Formen der ASS leiden, 1,3-2,2/1000 an frühkindlichem Autismus, 1-3/1000 an Asperger-Autismus und 3,3/1000 an anderen tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (vgl. Blackmore/Frith 2006, 139; Poustka et al 2008, 19 ff; Poustka et al. 2008[2], 17 ff). Greenspan/Wieder (2009, X, 3) sprechen sogar von 1/166. Adamek/Darrow (2010, 191) gehen von 100/1000 Menschen aus. Es scheint so zu sein, dass sich diese Zahlen auf eine Erhebung über Kinder bis acht Jahren beziehen (vgl. Barthélémy et al.

2007, 3). Vergleichszahlen für den Erwachsenenbereich existieren nicht, wohl aber Prognosen hinsichtlich der weiteren Entwicklung (vgl. Poustka et al. 2008, 20 f; Poustka et al. 2008[2], 36 f; Poustka et al. 2009[2], 26 ff).

Bezogen auf die Entwicklung bei Kindern ist davon auszugehen, dass 2/1000 Kindern entweder von frühkindlichem Autismus oder vom Asperger-Syndrom betroffen sind (vgl. Herpertz-Dahlmann et al. 2010, 5). Das Verhältnis von Jungen zu Mädchen liegt bei 2:1, 4:1 bzw. 6,5:1, für den HFA und beim Asperger-Syndrom bei 6:1 (8:1) bzw. 15:1 (vgl. Kang 2007, 12 f; Herpertz-Dahlmann 2008[6]a, 12; Adamek/Darrow 2010, 191). Unabhängig von den Zahlen wird deutlich wird, dass Jungen häufiger als Mädchen betroffen sind. Warum das aber so ist, weiß man bis heute nicht. Lediglich die Vermutung, dass es sich um geschlechtsspezifische Veränderungen handelt, liegt nahe (vgl. Poustka o. J., 6).

Eine Untersuchung von Frombonne 2005 (in Poustka o. J., 2; Poustka et al. 2008, 19) geht dagegen von ganz anderen Zahlen aus. Hier ist von 36,6/10.000 die Rede. Erfasst sind hier allerdings nicht nur frühkindlicher Autismus und Asperger-Syndrom, sondern auch nicht näher bezeichnete tiefgreifende Entwicklungsstörungen. Des Weiteren merkt Poustka an, dass durch neu entwickelte Untersuchungsmethoden mehr Personen als autistisch erfasst werden als dies noch vor einiger Zeit der Fall war (vgl. auch Aarons/Gittens 2010[3],35). Er gibt jedoch zu bedenken, dass nicht die Anzahl autistischer Menschen insgesamt zugenommen hat, sondern dass es sich vielmehr um korrigierte Zahlen auf Grund weiter entwickelter Untersuchungsinstrumente handelt. “Früher wurden offenbar nur jene autistischen Störungen entdeckt, die mit einem bedeutsamen Handicap vergesellschaftet sind, nämlich einer geistigen Behinderung” (Poustka o. J., 3). Nach Herpertz-Dahlmann et al. (2010, 5) muss ein sich geändertes Bewusstsein, Veränderungen der Diagnosekriterien, Entwicklungen in der Therapie und vor allem eine weiter entwickelte Frühförderung dazu gerechnet werden. Eine weitere Ursache scheint auch die Tatsache zu sein, dass Eltern bei der Geburt ihrer Kinder immer älter sind. D. h. das Risiko, ein autistisches Kind zu bekommen, steigt mit dem Alter der Eltern. Ebenso gilt, auch frühgeborene Kinder sind häufiger von autistischen Störungen betroffen (vgl. a. a. O., 6).

Es zeigt sich insgesamt: Die Zahlen sind wie immer in solchen Zusammenhängen mit Vorsicht zu genießen, da sie sich abhängig erweisen von der Auffassung und den Forschungsansätzen der jeweiligen Forscher und Ärzte, vom Bewusstsein um Autismus überhaupt und vom zu Grunde liegenden Klassifikationssystem etc.

2.4 Diagnostik

Im Rahmen einer eingehenden und differenzierten *Diagnostik* (vgl. Noterdaeme/ Enders 2010, 159 ff) wird anhand bestimmter ausgewählter Kriterien und auf der Grundlage autismusspezifischer Diagnosetests (vgl. Domes et al. 2008, 262 ff; Klauck et al. 2011, 553) und Klassifikationsinstrumente (vgl. Poustka et al. 2008, 21 f), die die genannten Definitionspunkte (vgl. Kap. 2.2) für die unterschiedlichen Formen des Autismus weiter ausdifferenzieren, zu überprüfen sein, inwieweit es sich bei dem individuellen Erscheinungsbild um die eine oder andere Form des Autismus handelt. "Erst wenn eine (die richtige) Diagnose feststeht, d. h. eine vorliegende Krankheit erkannt worden ist, kann eine wirksame und vertretbare Behandlung einsetzen" (Poustka et al. 2009[2], 12; Noterdaeme 2010a, 18 f). Zudem geben Diagnosen eine "Orientierung, legen Behandlungsschritte nahe und beinhalten weitere Auskünfte" (Poustka et al. 2009[2], 12). Trotzdem gibt es nicht *die* Sicherheit:

> "Im Zusammenhang mit der Diagnostik ist es außerdem wichtig zu betonen, dass Autismus keine kategoriale, abgrenzbare Erkrankung ist. Vielmehr ist der Übergang vom Kernautismus zur Autismus-Spektrum-Störung oder zum atypischen Autismus und zum Vorkommen einzelner autistischer Züge bei einem Individuum fließend" (Kumbier et al. 2010, 62).

Greenspan/Wieder (2009, 7, 20 ff) beklagen, dass es zu häufigen Fehldiagnosen kommt, weil sich die Verantwortlichen nicht genug Zeit lassen, die Kinder differenzierter zu beobachten. Letztlich bleibt die Frage nach einer gesicherten Diagnose offen (vgl. Klauck et al. 2011, 553).

Um sicher zu stellen, dass es sich auch wirklich um Autismus bzw. eine Form der ASS handelt, muss man das Erscheinungsbild von anderen, manchmal auch sehr ähnlichen Störungen abgrenzen. Außerdem kann es sein, dass auch bei sonst gesunden Kindern vorübergehend Erscheinungen auftreten, die dem Bild des Autismus zugehören. Klicpera/Innerhofer (2002[3], 227), Poustka et al. (2008[2], 19 ff), Kumbier et al. (2010, 60 ff), Noterdaeme (2010c, 7 ff) und Noterdaeme/Enders (2010, 216 ff) vertreten hier einen *differentialdiagnostischen Ansatz*, bei dem es darum geht, "Ausprägungsunterschiede für die Zuordnung zu nutzen" (Klicpera/Innerhofer 2002[3], ebd.; vgl. Noterdaeme 2010b). Ein solches Vorgehen erweist sich als sinnvoll, da sich die Behandlungsmethoden doch an der Diagnostik orientieren. Die Abgrenzungsbemühungen beziehen sich auf Menschen unterschiedlichen Alters mit geistigen Defiziten, Sprachentwicklungsstörungen, Sinnesbeeinträchtigungen, hyperkinetischen Störungen, Bindungsstörungen, Tic- und Zwangsstörungen,

Mutismus und anderen genetischen Syndromen (vgl. Enders 2010c, 25 ff), auf die ich hier aber nicht näher eingehen will. Des Weiteren betrifft es die Schizophrenie des Kindesalters, das fragile X-Syndrom, das Rett-Syndrom, schwere emotionale Vernachlässigungen (Hospitalismus, Deprivation und schwere Bindungsstörungen).

Die beim frühkindlichen Autismus (vgl. Kap. 2.2) unter a) angesprochene beeinträchtigte Entwicklung wird differenziert hinsichtlich der Sprache, der sozialen Interaktion und des Spiels. Wenigstens einer dieser Bereiche muss betroffen sein. Die unter b) angesprochenen pathologischen Muster in den Bereichen soziale Interaktion, Kommunikation und Verhalten werden in insgesamt 12 Unterpunkten, je vier, ausdifferenziert, wobei letztlich dem Bereich der sozialen Interaktion Vorrang eingeräumt wird (vgl. Dilling/Freyberger 2008[4], 295 ff). In einer Differentialdiagnose ist eine etwaige andere Zuordnung auszuschließen. Es zeigt sich hier, dass eine tabellarische Fassung, dessen, was Autismus ist, nur schwer der immer wieder neu zu betrachtenden individuellen Realität gerecht wird.

Ein drittes Diagnosekompendium neben DSM-IV und ICD-10 bildet "die sogenannte ICF, d. h. die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit" (WHO 2005; Herpertz-Dahlmann 2008[6]a, 5). Das angesprochene Problem der Teilhabe an sozialen und gesellschaftlichen Lebenssituationen, ist für Menschen mit Autismus besonders wichtig. Von daher geht Herpertz-Dahlmann davon aus, dass diese Klassifikation in der Zukunft immer wichtiger wird.

Die schwerwiegenden Symptome zeigen sich erst im 3. bis 4. Lebensjahr. Hinzu kommt, dass manche Kinder ihre selbst wahrgenommenen Defizite besser kompensieren können als andere (vgl. Herpertz-Dahlmann 2008[6]a, 20). Das klinische Vollbild zeigt sich nach Poustka u. a. (2008[2], 9) erst zwischen dem 4. und 5. Lebensjahr. Dennoch ist es so, als würde eine Diagnose trotz bestehender Forderungen, dies zu ändern, spät eigentlich zu spät gestellt (vgl. Naggl 2010, 32 f). Untersuchungen von Noterdaeme (2010a, 16 ff) zufolge erfolgt die Diagnosestellung für den frühkindlichen Autismus in Deutschland erst um das 6., die für den Asperger-Typus erst um das 12. Lebensjahr, obwohl Tests für eine diagnostische Abklärung zu einem früheren Zeitpunkt existieren (vgl. a. a. O., 19; Naggl 2010). Natürlich fragt man sich, woran das liegt. Noterdaeme (Noterdaeme 2010a, 19 f) nennt hierfür insgesamt vier Gründe:

1. In der Regel sind die Kinder körperlich gesund, sodass die Auffälligkeiten sich schrittweise entlang der Entwicklung ergeben.
2. ASS sind komplexe Störungen, was wieder zurückverweist auf differentialdiagnostische Untersuchungen.

3. Es bestehen Unklarheiten hinsichtlich der Einschätzung der Symptomatik.
4. Die bisherigen Diagnoseinstrumente sind (zu) zeitaufwendig.

Alle Punkte verweisen auf die Notwendigkeit einer Weiterbildung, einer Vernetzung des Fachpersonals (vgl. a. a. O., 20; Naggl 2010, 35 ff) und einer Ausdehnung der Frühuntersuchungen. Greenspan/Wieder (2009) und Noterdaeme (2011) zufolge ist es durchaus möglich, erste Anzeichen autistischen Verhaltens zu einem sehr frühen Zeitpunkt anhand unterschiedlicher Symptome zu diagnostizieren.

Trotz alledem gibt es nach Meinung von Herpertz-Dahlmann (2008[6]a, 20) "unbedingte Indikationen für Autismus relevante Untersuchungen:

- kein ‚Brabbeln', kein Zeigen mit dem Finger oder andere Gestik mit 12 Monaten
- keine sozialen Gesten (Zeigen, ‚Winke-Winke' mit 12 Lebensmonaten)
- keine einzelnen Worte mit 16 Monaten
- keine spontanen Zweiwortsätze mit 24 Monaten
- der Verlust von bereits erworbenen sprachlichen oder sozialen Fähigkeiten in jedem Alter."

Hinzu kommen nach Noterdaeme (2010a, 14; 2010c, 2 f) und Enders (2010c, 23 ff):

- Schreiverhalten hat kein Signalcharakter
- u. U. kein normales Schlafverhalten
- Schwierigkeiten bei der Nahrungsumstellung
- Auffälligkeiten im Spielverhalten
- etc.

An anderer Stelle bemerkt Noterdaeme (2010c, 2) allerdings, dass das Erscheinungsbild im ersten Lebensjahr doch eher unspezifisch erscheint und Auffälligkeiten unbedingt differentialdiagnostisch betrachtet werden müssen. Deutlich erkennbar werden die autismusrelevanten Anzeichen "zwischen dem 18. Lebensmonat und dem 3. Lebensjahr" (vgl. a. a. O., 3 ff; Enders 2010c, 23 ff).

Es zeigt sich hier insgesamt, dass der Beginn der Störung im Durchschnitt wesentlich früher liegt als die therapeutischen Maßnahmen in der Regel beginnen. Erklärungen hierfür liegen m. M. n. in einer Verunsicherung in erster Linie auf ärztlicher Seite.