Sprachtherapie bei frühkindlichem Autismus
Facharbeit

Sinn und Ziel sprachlicher Intervention beim frühen autisticen Störungsbild

Kontakt
Rasmus Klette
E- Mail: rasmus.klette@freenet.de
Tel.: +49 (151) 5666 25 82

Abgabe
an Sylvia Runge
zuständige Dozentin
am 09.11.2015
Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.......................................................................................... I

Abkürzungen.................................................................................................. II

Tabellenverzeichnis....................................................................................... III

1 Einleitung .................................................................................................. 1
1.1 Problemstellung ...................................................................................... 1
1.2 Aufbau der Facharbeit ........................................................................... 3

2 Theoretische Grundlagen ..................................................................... 4
2.1 Einordnung des Störungsbildes ............................................................. 4
2.2 Symptomkomplex ................................................................................. 5
2.2.1 Sozialverhalten und soziale Interaktion ........................................... 6
2.2.2 Sprache und Kommunikation .......................................................... 6
2.2.3 Eingeschränkte, repetitive und stereotype Verhaltensweisen u./o. Interessen .......................................................... 8
2.3 Diagnostik bei Kleinkindern .................................................................. 9

3 Theorie: Einordnung sprachtherapeutischer Interventionen .............. 10
3.1 Vorsprachliche Fähigkeiten ................................................................. 11
3.1.1 Kommunikation: Toleranz von Kommunikation, Sprechmotivation ........... 11
3.1.2 Interaktion: Nachvollziehen fremder Erwartungen, konkretisieren eigener Wünsche ......................................................... 12
3.2 Sprachspezifische Fähigkeiten ............................................................. 13
3.2.1 Anbahnung (expressiver Sprache): Nutzung erster Wörter .................. 13
3.2.2 Pragmatik: Grundlagen der Gesprächsführung und Narration ........... 15

4 Praxis: Schwerpunkte verschiedener Ansätze .................................. 17
4.1 Vorstellung der Ansätze ...................................................................... 18
4.1.1 TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children) 18
4.1.2 AVB (Applied Verbal Behavior) ....................................................... 19
4.1.3 Komm!

4.2 Vergleich der Verfahren und Diskussion der Schwerpunkte ............... 21
4.2.1 Ergebnisse ....................................................................................... 21
4.2.2 Diskussion der Ergebnisse ............................................................. 21

5 Diskussion der Fragestellung ............................................................... 23

6 Literaturangaben .................................................................................... 25

7 Anhang ...................................................................................................... 27
<table>
<thead>
<tr>
<th>Abkürzungen</th>
<th>Definition</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ABA</td>
<td>Applied Behavior Analysis</td>
</tr>
<tr>
<td>ASD / AS / ASS</td>
<td>Autism Spectrum Disorder / Autism Spectrum / Autismus-Spektrum-Störung</td>
</tr>
<tr>
<td>AVB</td>
<td>Applied Verbal Behavior</td>
</tr>
<tr>
<td>DSM-IV</td>
<td>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</td>
</tr>
<tr>
<td>ICD-10-GM</td>
<td>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision, German Modification</td>
</tr>
<tr>
<td>TEACCH</td>
<td>Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tabellenverzeichnis

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

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

1.1 Problemstellung


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


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

Mit dieser Betrachtung ist man inmitten der Diagnostik angelangt, denn die frühe Diagnostik ist maßgeblich für die frühe Therapie und Aufklärung der Eltern. Doch weder sind die Symptome zu Beginn eindeutig, noch klar von anderen Störungsbildern oder Problematiken abzugrenzen.

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

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

Ist es sinnvoll, die sprachlichen Fähigkeiten zu trainieren, zumal diese Therapie sehr viel Ausdauer, Zeit und Energie des Therapeuten und der Familie beansprucht? Welche Schritte und Methoden können durch Fachliteratur theoretisch begründet werden? Welche sprachorientierten Ansätze haben sich bereits praktisch bewährt?

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

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

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

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

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

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

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

2 Theoretische Grundlagen

2.1 Einordnung des Störungsbildes


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

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

| Vergleich frühkindlicher Autismus und Asperger Syndrom (Noterdaeme & Enders, 2010) |
|---------------------------------|---------------------------------|
| **Auftreten**                   | **Sprache**                     |
| Vor dem 3. LJ                   | - Verspäteter Sprachbeginn      |
|                                | - Ausbleibend bis stark verzögert |
|                                | - Keine kommunikative Funktion  |
| **Sprache**                     | - Früher Sprachbeginn           |
|                                | - Rasche Entwicklung           |
|                                | - Gestörte Kommunikation        |
| **Intelligenz**                 | Eingeschränkt                   |
|                                | Nicht Eingeschränkt             |
| **Motorik**                     | Unauffällige Motorik            |
|                                | Auffällige Motorik              |

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

2.2 Symptomkomplex

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

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

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

2.2.1 Sozialverhalten und soziale Interaktion

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

Hierunter fallen vier sehr unterschiedliche Symptombereiche:

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


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

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

2.2.2 Sprache und Kommunikation

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

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

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

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

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


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


3 Theorie: Einordnung sprachtherapeutischer Interventionen

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

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

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

3.1.1 Kommunikation: Toleranz von Kommunikation, Sprechmotivation

Problemstellung


Fachliche Betrachtung

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


Als letztes besteht die Möglichkeit, dass Einschränkungen der „exekutiven Funktionen“ (zur Regulierung, und Kontrolle willkürlicher Handlungen) es vielen Autisten erschweren, auf neue Reizsituationen adäquat zu reagieren (siehe 2.2.2, 0). In diesem Fall wäre es wichtig, einen kommunikativen Grundwortschatz zu erarbeiten. Also eine Grundmenge von Verhaltensweisen, aus denen der Patient auswählen kann, wenn es zur Kommunikation kommt (um diese auch erfolgreich aufzulösen). Zu Beginn kann es sich dabei beispielweise um Signale zur Ablehnung und Bestätigung handeln. (Dies könnte zunächst nonverbal geschehen bzw. unterstützt werden.)

Abgeleitete Ziele für die Sprachtherapie

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

**Problemstellung**

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

**Fachliche Betrachtung**


**Abgeleitete Ziele für die Sprachtherapie**

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

## 3.2 Sprachspezifische Fähigkeiten

### 3.2.1 Anbahnung (expressiver Sprache): Nutzung erster Wörter

**Problemstellung**


**Fachliche Betrachtung**


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

13
Tatsache ist, dass Vieles bei Autisten zeitlich langsamer abläuft, nicht nur in entwicklungsphysiologischer Hinsicht. So sind viele Patienten schon früh in der Lage auf Kontaktzeichen zu reagieren, wenn diese für einen langen Zeitraum (10 – 30min) gegeben werden (Rollett u. a., 2011, S. 53). Sie benötigen in vieler Hinsicht Gewöhnungszeit, sowohl wenn eine völlig neue Situation auftritt, als auch, wenn sich eine Situation vorhersehbar ändert (z.B. nach Therapiepausen). Sprache ist für sie häufig ein völlig neues Gebiet.


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


Abgeleitete Ziele für die Sprachtherapie

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

Problemstellung


Fachliche Betrachtung

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

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


Hierzu muss ergänzt werden, dass auch der bewusste und geübte Einsatz von Prosodie, durchaus als pragmatisches Training betrachtet werden kann, da es sich dabei ebenfalls um eine kontextbezogene Anpassung der Sprache handelt.

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

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

**Turn-Taking (sprachlich)**


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

**Narration**


**Abgeleitete Ziele für die Sprachtherapie**

- Der Patient soll sich in seinen nonverbalen pragmatischen Fähigkeiten verbessern (Geschieht parallel zur Sprachenahnung).
- Der Patient soll lernen, Gespräche zu initiieren und fortzuführen (sprachl. Turn-Taking).
- Der Patient soll lernen, Informationen narrativ zu strukturieren.
4 Praxis: Schwerpunkte verschiedener Ansätze


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

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

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

Grundannahme


Ansatz


Zielgruppe

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

Evidenz

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

(Klauß, 2007, S. 8; Snippe, 2013, S. 89)
4.1.2 AVB (Applied Verbal Behavior)

Grundannahme

Ansatz

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

Evidenz
Sowohl AVB als ABA sind umfangreich in Studien getestet worden und gelten in der Praxis als solide Methoden mit weitgehend sicherem Erfolg.
(Klauß, 2007, S. 4; Schewe, Schulze, & Jacobs, 2011; Snippe, 2013, S. 53)
4.1.3 Komm!Ass – Führen zur Kommunikation

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

Ansatz

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

Evidenz
Es gibt derzeit keine dokumentierten Evidenzen zu Therapieerfolgen. Lediglich eine kritische Betrachtung des Konzeptes im Zuge eine Bachelor-Arbeit ist vorhanden.
(Klenner, 2014, S. 15–18)
4.2 Vergleich der Verfahren und Diskussion der Schwerpunkte

4.2.1 Ergebnisse

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

_Tabelle 2: Schwerpunkte der Therapieansätze_

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Kommunikation</th>
<th>Interaktion</th>
<th>Anbahnung</th>
<th>Pragmatik</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>vorsprachlich</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TEACCH</td>
<td>3/4 *</td>
<td>3/4</td>
<td>2/4</td>
<td>2/3</td>
</tr>
<tr>
<td>AVB</td>
<td>3/4</td>
<td>2/4</td>
<td>4/4 *</td>
<td>1/3</td>
</tr>
<tr>
<td>Komm!ASS</td>
<td>3/4</td>
<td>4/4 *</td>
<td>3/4</td>
<td>1/3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Grüne Balken = Anzahl der übereinstimmenden Therapieziele im jeweiligen Therapiebereich

* = Schwerpunktsetzung hervorgehend aus dem Therapiekonzept

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

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

4.2.2 Diskussion der Ergebnisse

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


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

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

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

5 Diskussion der Fragestellung

Nach Einblick in die verschiedenen Modelle erscheint es sinnvoll die Ausgangsfrage erneut zu stellen: Ist eine Sprachtherapie bei frühkindlichem Autismus sinnvoll? Aufgrund der gesammelten Ergebnisse kann dieses in vielen Fällen bejaht werden.

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

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

Theorie


**Praxis**


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

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

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


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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kommunikation</th>
<th>S.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Der Patient soll auf alltägliche <strong>Kommunikationssituationen</strong> sicherer reagieren.</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>Der Patient soll besser mit <strong>Irritationen</strong> während der Kommunikation umgehen (z.B. indem eine dritte Person im Raum akzeptiert wird).</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>Der Patient soll seine <strong>Selbstwirksamkeit durch Sprache</strong> über Erfolge wahrnehmen.</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>Der Patient soll einen kommunikativen <strong>Grundwortschatz</strong> beherrschen, um sich Alltagsgespräche zu erleichtern.</td>
<td>+</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Interaktion</th>
<th>S.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Der Patient soll auf <strong>verbale Anweisungen</strong> reagieren.</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>Der Patient soll in der Lage sein, eigene (zunächst kleine) <strong>Entscheidungen</strong> zu treffen, wenn sie ihm angeboten werden.</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>Der Patient soll Vorteile seiner <strong>Selbstwirksamkeit durch Einfluss auf die Therapie</strong> erfahren.</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>Der Patient soll <strong>eigene Wünsche</strong> gegenüber seiner Umgebung äußern.</td>
<td>+</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anbahnung</th>
<th>S.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Mögliche Schwierigkeiten durch <strong>Begleiterkrankungen</strong> sollen so gut wie möglich festgestellt und ins Therapiekonzept einbezogen werden.</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>Der Patient soll lernen, sich an den Hinweisen des Therapeuten zu orientieren und sich dadurch <strong>leiten zu lassen</strong>.</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>Der Patient soll kleinschrittig und unter enger Führung ans <strong>Sprechen herangeführt</strong> werden.</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>Wenn irgend möglich soll die Förderung auch außerhalb des Therapieraumes durch die <strong>Bezugsperson</strong> weitergeführt werden.</td>
<td>+</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pragmatik</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Der Patient soll sich in seinen <strong>nonverbalen pragmatischen Fähigkeiten</strong> verbessern (Geschieht parallel zur Sprachanbahnung).</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>Der Patient soll lernen, <strong>Gespräche zu initiieren und fortzuführen</strong> (sprachliches Turn-Taking, Dialogführung).</td>
<td>+</td>
</tr>
<tr>
<td>Der Patient soll lernen, Informationen <strong>narrativ zu strukturieren</strong>.</td>
<td>+</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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