

Komm!ASS®

– Führen zur Kommunikation

Ein Therapiekonzept zur Sprach- und Kommunikationsanbahnung bei Autismus-Spektrum-Störung

Schlüsselwörter: Autismus-Spektrum-Störung, Reizverarbeitungsstörung, Kommunikationsanbahnung, frühe soziale Interaktion

Zusammenfassung: Lebendig, reizvoll, sehr nah am Kind, spontan, vielseitig, temporeich... Diese Eigenschaften unterscheiden das Therapiekonzept *Komm!ASS®* – Führen zur Kommunikation stark von anderen Therapiemethoden in der Autismus-Therapie. *Komm!ASS®* richtet sich primär an Kinder, die nicht in die Sprache finden und spricht solche mit geistiger oder körperlicher Behinderung an. Insbesondere Kinder mit starken Wahrnehmungsstörungen (z. B. bei Autismus, Down-Syndrom, Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom oder Fetalem Alkoholsyndrom) profitieren von diesem Konzept. In der Praxis hat sich gezeigt, dass auch Jugendliche und junge Erwachsene von der Behandlung profitieren. Es ist ein ganzheitlicher Therapieansatz für Kinder, die kaum oder gar nicht mit den üblichen therapeutischen Methoden zur Sprache kommen. Im Fokus steht dabei die Schaffung der gemeinsamen Aufmerksamkeit. Die gezielte Hinführung zu verschiedenen Reizen und ein ständiger Modalitätenwechsel verbessern die Wahrnehmungsverarbeitung der Kinder. Damit kann eine Grundlage für die Sprach- und Kommunikationsanbahnung geschaffen werden.

Einführung

Dieser Artikel ist eine Einladung, bekannte Thesen und empirisch gesicherte Konzepte zu verlassen und ein neues Zusammenspiel von verschiedenen Arbeitsweisen zu betrachten. „Autismus ist deutlich besser behandelbar als allgemein bekannt“ (Jansen & Streit, 2015, S. 214). Es lohnt sich, einen Blick über den Tellerrand zu wagen. Wie kann es auch bei autistischen Kindern gelingen, Sprache in ihrem physiologischen Entwicklungsverlauf zu fördern? Wie können die gestörten bzw. fehlenden vorsprachlichen Fähigkeiten und damit die Grundlagen einer lebendigen Kommunikation erarbeitet werden?

Um eine altersgemäße Sprache und eine lebendige Kommunikation zu entwickeln, müssen Kinder grundlegende Fähigkeiten in der sozialen Interaktion erlernen. Dieses Lernen beginnt zu einem sehr frühen Zeitpunkt in der kindlichen Entwicklung. Dabei stellt ein lebendiges Turn-Taking das Hauptverbindungsmitglied zwischen der frühen Mutter-Kind-Interaktion und späteren Dialogen sprachlicher Art dar. Vom vierten bis zum 13. Lebensmonat erreichen Kinder Meilensteine des Turn-Taking in Bezug auf Blickkontakt und Gestik, vorsprachliche Routinespiele und den Austausch von Vokalisationen (Flossmann, Schrey-Dern, & Tockuss, 2006). Kinder mit Autismus erreichen diese Meilensteine nicht bzw. nur teilweise. Beispielsweise sind sie beim Erlernen des triangulären Blickkontaktes nicht in der Lage, sowohl das Objekt als auch die Bezugsperson zu fokussieren. Die Verbindung zur Mutter kann nicht in das Geschehen miteinbezogen und somit können ihre sprachlichen Erläuterungen nicht mit dem Objekt verknüpft werden. Auch im Bereich der vorsprachlichen

Routinespiele zeigen Kinder mit Autismus große Defizite. Normal entwickelte Kinder lernen das Geben und Nehmen durch Gegenstände, welche gegeben und eingefordert werden. Es entsteht ein Austausch, der in einer Art Spielstruktur stattfindet. Kinder mit Autismus finden dazu keinen adäquaten Zugang, denn es gelingt ihnen nicht, sich von dem Gegenstand zu lösen.

Diagnostische Kriterien der Autismus-Spektrum-Störung

Qualitative Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion

Menschen mit Autismus fallen durch Defizite im nonverbalen Verhalten auf, welche u. a. durch verminderten Blickkontakt, fehlende Mimik, Gestik und eine auffällige Körperhaltung deutlich werden. Der Aufbau von Beziehungen zu Gleichaltrigen fällt ihnen schwer und das Teilen von Gefühlen wie Freude, Trauer, Aufmerksamkeit oder Mitgefühl scheint nicht zu gelingen (Warnke & Taurines, 2011). Sie lenken kaum gezielt die Aufmerksamkeit anderer Menschen auf sich, Gegenstände oder Ereignisse. Das Erreichen der gemeinsamen Fokussierung und die soziale Bezugnahme sind jedoch wesentliche Komponenten, welche gesunden Kindern zu einer normalen Sprachentwicklung (SE), zur verbalen Kommunikation, zu pragmatischen Komponenten und zum symbolischen Spiel verhelfen (Giese, 2010). Defizite der sozialen Interaktion behindern die gesamte weitere Entwicklung der Kinder. Es gelingt ihnen kein ausreichender Austausch mit der Umwelt. Sie ziehen sich zurück und können deshalb nicht die nächsten physiologischen Entwicklungsschritte durchlaufen. Lernen durch Beobachtung, durch Imitation, sich helfen lassen, Entwicklung von Rollenbildern sind u. a. Fähigkeiten, die autistische Kinder daher nur sehr eingeschränkt erlangen (Warnke & Taurines, 2011). Ein richtiges Symbolspiel erreichen Kinder mit Autismus dadurch ebenfalls nicht. Oftmals findet eine vorherrschende Beschäftigung mit Teilobjekten oder nicht funktionalen Elementen des Spielmaterials statt (Girsberger, 2014).



Bild 1 Therapie nach Komm!ASS®: Die Umwelt mit allen Sinnen erleben dürfen

Für den Therapieansatz nach Dr. Barbara Zollinger (2015) sind die Fähigkeiten der Kinder mit Autismus nicht ausreichend entwickelt, da sie sich nicht auf ein gemeinsames Spiel einlassen können. Ihr Impuls, die TherapeutInnen teilhaben zu lassen, ist entweder gar nicht vorhanden oder aber nur rudimentär entwickelt. Die Herstellung geteilter Aufmerksamkeit, welche für das funktionale und besonders für das symbolische Spiel wichtig ist, gelingt nicht. Der fehlende Blickkontakt, die eingeschränkte Mimik und das gestörte Entkodieren der Gefühle des Gegenübers erschweren den Einstieg in das symbolische Spiel.

Komm!ASS® trainiert nicht das Entschlüsseln von Mimik und Gestik, sondern versucht die Defizite in der frühen Interaktion auszugleichen, damit die Voraussetzungen für das Symbolspiel gegeben sind. Dieser Therapieansatz setzt an der korrekten Verarbeitung von Sinnesreizen und darauf aufbauend der Förderung einer lebendigen Kommunikation an, wohingegen andere Therapiekonzepte für autistische

Kinder vorwiegend symptomorientiert sind. Kinder erlernen dabei Strategien, wie der Alltag strukturiert werden kann (Häußler, 2005). Häufig wird Sprache mit Hilfe von Verstärkern erarbeitet, in denen die Sprachanbahnung im Mittelpunkt steht, nicht aber eine lebendige Kommunikation. Sprache wird reduziert auf das Austauschen von Informationen und Möglichkeiten, seine Bedürfnisse mitzuteilen.

Qualitative Beeinträchtigungen der Kommunikation und Sprache

Es gibt charakteristische Unterschiede in der Sprachentwicklung (SE) von gesunden und autistischen Kindern. Aber auch innerhalb des Kontinuums der Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) kennzeichnen große Abweichungen den Verlauf der SE (Schuster, 2007), wie ein stark verspäteter Sprechbeginn bzw. nicht selten sogar das Ausbleiben einer SE. Bei etwa 50% liegt entweder keine oder nur unverständliche Sprache vor (Girsberger, 2014). Ob diesen Kindern die geistigen

Voraussetzungen fehlen oder eine Beeinträchtigung der motorischen Fähigkeiten die Entwicklung verbaler Sprache beeinflusst, ist nicht eindeutig geklärt (Schuster, 2007). Als bewiesen gilt allerdings, dass die SE von Kindern mit Autismus nicht nach den üblichen Mechanismen ablaufen kann, da die hierfür notwendige soziale Interaktion mit der Umwelt nicht vorhanden ist. Sprache heißt, Gedanken zu teilen – auch diese für andere Menschen normale Sprechmotivation scheint bei den Betroffenen nicht vorhanden zu sein. Kann auf Sprache zurückgegriffen werden, wird diese oftmals stereotyp und repetitiv, z.B. in Form von Echolalien, und nur eingeschränkt zur Gestaltung sozialer Interaktion verwendet (Sinzig, 2011; Paschke-Müller, Biscaldi, Rauh, & Fleischhaker, 2013). Zudem liegt häufig eine reduzierte bzw. stark erschwerte Stimmgebung vor. Meist ist dies auf eine vorliegende dyspraktische Komponente zurückzuführen. Es zeigen sich allerdings auch starke Tendenzen, dass diese Kinder aufgrund ihres fehlenden Selbstbewusstseins nicht in die Stimmgebung finden und keine eigene Stimme bzw. Meinung haben.

Besonderheiten der Wahrnehmung von Menschen mit Autismus

Zusätzlich zu den Kernsymptomen zeigt sich, dass durch eine irreguläre Sinnesverarbeitung die Auseinandersetzung mit der Umwelt oftmals schwer beeinträchtigt ist (Ayres, 2013). Diese Wahrnehmungsbesonderheiten können sich

z. B. in einer Hypo- oder Hypersensibilität gegenüber bestimmten Sinnesreizen äußern (Klicpera & Innerhofer, 2002). Sie wirken sich auf die Reaktion auf auditive und visuelle Eindrücke, Berührung, Geschmack und Geruch aus (Dodd, 2007). Im Mai 2013 wurde diese Schwierigkeit, Sinnesreize angemessen zu verarbeiten, in der fünften Auflage des *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* aufgeführt. In der folgenden Abbildung wird die Reizverarbeitungsstörung nun als eines der Kernsymptome einer ASS angesehen.

Zuvor wurde die Störung der Verarbeitung von Sinnesreizen als mögliche Begleiterscheinung bei einer ASS angesehen, nicht aber als eines der Kernsymptome klassifiziert.

Führen zur Kommunikation Therapiebausteine

Komm!ASS® ist ein sensorisch-integrativer Therapieansatz, bei dem die Verbesserung der Wahrnehmungs- und Reizverarbeitungsstörung die theoretische Grundlage bildet. Mithilfe von *Lautsprachbegleitenden Gebärden* (Kaiser-Mantel, 2012) und dem *Führen* von Bewegungen und Handlungen werden stets mehrere Sinneskanäle angesprochen und stimuliert. Dieser Ansatz ist nicht „neu“, vielmehr versteht er sich als Zusammenspiel bewährter, unterschiedlicher Therapiemethoden. Komm!ASS® ist ein umfassender Therapieansatz, bei dem auch das Lebensumfeld berücksichtigt wird. Ohne Elternberatung, die

Absprache mit anderen TherapeutInnen und weiteren Betreuungspersonen kann eine solche Ganzheitlichkeit nicht geleistet werden. Zukünftig soll daher ein gezieltes Elterntraining entwickelt werden.

Grundlagen der Therapie

Bereits beim ersten Kontakt versuchen wir bei Komm!ASS®, eine Beziehung zum Kind herzustellen. Wir warten nicht ab, sondern versuchen das Kind von der ersten Minute an zu überraschen. Die Auswahl der Materialien stellt hier eine wichtige Unterstützung dar. Der Reiz muss so gestaltet werden, dass die Neugier die Angst überwiegt und das Interesse des Kindes geweckt wird. Das „Neue“ muss so präsentiert werden, dass es sich für das Kind lohnt, zu schauen, zu hören und zu fühlen. Auch als TherapeutInnen müssen wir uns so präsentieren, dass es sich lohnt, uns anzuschauen und mit uns in Kontakt zu treten. Es geht bei diesem ersten Kontakt nicht darum, dass die Kinder Umweltreize oder ihr Gegenüber „aushalten“ lernen, sondern um das Verarbeiten der verschiedenen Sinnesindrücke.

Ein Beispiel:

Andre kommt in seiner ersten Stunde vorsichtig in den Raum. Ich hole den Seifenblasenbären und puste Seifenblasen. Beim ersten Mal schaut Andre fasziniert zu und vergisst wohl einen kurzen Moment, dass da schon wieder eine unbekannte Person ist, ein fremder Raum, neue Gerüche, Geräusche – viele verwirrende Informationen für ihn. Andre sieht die Seifenblasen und strahlt.

In der zweiten Runde begleite ich das Pusten und das Zerplatzen der Blasen mit Geräuschen („f...f“, „plop“) und passenden Gebärden. Andre schaut kurz nach mir und widmet sich dann wieder den „Glitzerkugeln“. Hat er mich überhaupt gehört? Weiß er, was ich da gebärde? Nach einigen Wiederholungen rücke ich näher an Andre heran. Bei jedem „plop“ folgt ein kleiner Stupser auf seinen Fuß. Der Junge ist nicht begeistert davon, hält es aber aus, um weiterhin den Seifenblasen folgen zu können.

A. Defizite in der sozialen Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> - Defizite in der sozial-emotionalen Reziprozität - Defizite im nichtsprachlichen Kommunikationsverhalten (z. B. Blickkontakt halten können, Emotionen angemessen zeigen) - Defizite im Aufbau, Aufrechterhalten und Verstehen von sozialen Beziehungen
B. Eingeschränkte oder sich wiederholende Muster im Verhalten, den Interessen oder Aktivitäten	<ul style="list-style-type: none"> - stereotype Verhaltensweisen - Widerstand gegenüber Veränderung - Fixierungen z. B. auf bestimmte Interessen, ungewöhnliche Gegenstände etc. - Hyper- oder Hyporeaktivität auf sensorische Reize oder ein unübliches Interesse an bestimmten sensorischen Merkmalen

Tabelle 1 **DSM V** (Mai 2013): Ergänzung der unangemessenen Verarbeitung von Sinnesreizen als Kernsymptom bei Autismus-Spektrum-Störungen (Jansen & Streit, 2015)

Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörung

Häufig kann sich das autistische Kind nur auf einen Einzelschritt konzentrieren. Kinder mit Autismus tendieren dazu, einzelne Reize, die sie als störend oder überakzentuiert wahrnehmen, auszublenken bzw. nicht zu verarbeiten (Klicpera & Innerhofer, 2002). Es können nur diejenigen Informationen die Schwelle überwinden, denen genügend Aufmerksamkeit entgegengebracht wird (Haus, 2014). Das bedeutet wiederum, dass ein angebotener Sinnesindruck so gestaltet sein muss, dass die Aufmerksamkeit des Kindes für diesen Stimulus gebündelt wird, damit es ihn überhaupt wahrnehmen kann.

In der Therapie nach Komm!ASS® werden Reize intensiv angeboten und ständig miteinander gekoppelt und variiert: Hören, Sehen und Spüren wechseln sich ab. Es findet außerdem ein Wechsel von Aktivität und Passivität statt: Das Kind soll einerseits zuschauen und/oder gebärden, während es andererseits sprechen oder zuhören soll. Dieser stetige Wechsel zwischen den Sinnesmodalitäten erfordert eine hohe Variabilität, Flexibilität und eine konstante Orientierung am Gegenüber.

Führen

Viele Therapiekonzepte sind darauf ausgelegt, auf die Impulse des Kindes zu warten. Warum „führen“ wir aktiv und greifen nur wenig die Interessen und Aktivitäten auf, welche vom Kind ausgehen? Weil die fehlende Nachahmungsbereitschaft bzw. die fehlende Fähigkeit zur Imitation insbesondere zu Beginn der Therapie durch eine geführte Handlung ersetzt werden soll.

Als Verdeutlichung zurück zum Fallbeispiel:

Andre war begeistert von den Seifenblasen. Mich bei all dieser Aufregung in sein Bewusstsein oder Spiel miteinzubeziehen, war ihm zu viel. Sobald er kurz auf mich schaute, verlor er sie aus dem Blick. Er konnte ja nicht wissen, dass sie trotzdem noch da sind. Aber als ich die Gebärde für Seifenblase machte, nahm er mich kurz wahr. Vielleicht

KURZBIOGRAFIE

Ulrike Funke ist Logopädin und arbeitet selbstständig seit 1998 in eigener Praxis, seit 2003 in Hirschberg-Leutershausen. Mit der Behandlung von Late Talkern und Kindern mit Ess- und Trinkstörungen fanden zunehmend auch Kinder und Jugendliche aus dem Autismus-Spektrum den Weg in ihre Praxis. Aus ihrer jahrelangen Arbeit mit z.T. stark beeinträchtigten autistischen Kindern und Jugendlichen, Kindern mit geistigen und körperlichen Beeinträchtigungen und/oder starken Verhaltensauffälligkeiten hat Frau Funke das Therapiekonzept Komm!ASS® entwickelt, welches seit 2012 in Fortbildungen in Deutschland und Österreich vermittelt wird. Ein Komm!ASS®-Therapiezentrum ist in Planung.

auch nur als „Verzögerung“, bevor es endlich losging. Andre erkannte nach einigen Wiederholungen, dass die Verzögerung dazugehört und die Seifenblasen wiederkommen.

Die Seifenblasen-Gebärde, die direkt von meinem Mund ausgeht, untermale ich mit einem Geräusch und lebendiger Mimik. Von diesen vielen Informationen begann Andre einzelne ebenfalls wahrzunehmen. Ob es das Geräusch oder der Laut war oder auch nur das Anheben des Pustestabes, ist nicht eindeutig zu belegen. Aber bereits in dieser ersten Stunde gelang eine gemeinsame Vorfreude auf die kommenden Seifenblasen. Andre hatte gelernt, dass diese Frau mit all ihren Aktivitäten und Informationen eng mit den Seifenblasen verknüpft war.

Lautsprachunterstützende Gebärden (LUG)

Eine lebendige Kommunikation ist ein vielschichtiger Prozess, da viele Reize verarbeitet werden müssen. Informationen müssen selektiert und mithilfe von Erfahrungen zu Sinnesindrücken verknüpft werden (Haus, 2014). Geführte Gebärden bilden daher einen weiteren Schwer-

punkt in der Therapie nach Komm!ASS®, denn mit ihnen ist die Möglichkeit einer Kommunikationsalternative/-ergänzung gegeben, welche das Anschauen der GesprächspartnerInnen erfordert. Wir geben nicht nur lautsprachliche Gebärden vor und praktizieren diese gemeinsam, sondern mithilfe geführter LUG werden mehrere Sinnesmodalitäten miteinander verknüpft: Fühlen, Sehen und Hören. Es wird davon ausgegangen, dass die Methode des zusätzlichen Führens für Kinder, die Schwierigkeiten haben, Informationen ausschließlich über den visuellen Wahrnehmungskanal zu erfahren, eine gute Möglichkeit ist, Sprache zu begreifen (Kaiser-Mantel, 2012). Nonn (2011) ist der Ansicht, dass der Spracherwerb autistischer Kinder sowohl rezeptiv als auch produktiv durch das Hervorheben der Bedeutung eines Wortes in einer weiteren Wahrnehmungsmodalität, z. B. der taktil-kinästhetischen, verbessert wird. Viele Betroffene zeigen Schwierigkeiten in der Anwendung von Gebärden, da sie grob- und feinmotorische Probleme aufweisen (Sinzig, 2011). Das Führen stellt daher eine Anpassung an diese Schwierigkeiten dar und kann zudem einen positiven Effekt auf auftretende Stereotypen haben, indem diese umgelenkt werden. Weiterhin zeigte sich bisher in der Therapie nach Komm!ASS®, dass die Verwendung von Gebärden den Einstieg in die Sprache erleichtert, da die Kinder nicht sprechen müssen, um in den Dialog zu kommen. Die TherapeutInnen können die Hände führen, einen ersten Impuls setzen und somit aktiv an die Sprache heranzuführen. Zudem erleichtern sie die Aufnahme von Blickkontakt. Viele Gebärden werden sehr nah am Gesicht ausgeführt, sodass es sich für die Kinder lohnt, aufmerksam zu sein. Sie können etwas hören und gleichzeitig eine Mundbewegung sowie die der Hände sehen. Die gemeinsame Bewegung kann außerdem noch mit einem taktilen Reiz gekoppelt werden. Dieser sensorische Impuls, welcher auf die Bedürfnisse der Kinder angepasst ist, erhöht die Aufmerksamkeit für das betreffende Wort erneut. Es wird ein Moment geschaffen, der es den Kindern ermöglicht, Sprache mit all ihren Sinnen wahrzunehmen.

KURZBIOGRAFIE

Julia Klenner, Logopädin und B. Sc., arbeitet seit 2013 an der Seite von Frau Funke an der Weiterentwicklung von Komm!ASS® mit. Frau Klenner hat sich auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit komplexen Erscheinungsbildern, insbesondere aus dem Autismus-Spektrum, spezialisiert und arbeitet seit 2014 in einer logopädischen Praxis in Hannover. Als Referentin bietet sie Fortbildungen und Vorträge zu Komm!ASS® an. Darüber hinaus leitet sie den regionalen Stammtisch „Autismus und Sprache in Hannover“.

Komm!ASS® ist Dialog

Zu Beginn versuchen die Kinder meist, den Ablauf der Sitzung zu lenken und damit den Fokus zu bestimmen, da jede Ablenkung und jeder neue Gedanke verwirren. Schnell wird das Spiel für ein Kind mit Autismus zu unüberschaubar bzw. komplex. Daher bringen sich die TherapeutInnen ständig in das Erleben und die Handlungen der Kinder ein. Sie sollen den Wünschen und Ideen der TherapeutInnen folgen und dürfen eigene entwickeln. Wenn sie lernen, sich aktiv und mit positiven Erfahrungen verbunden zwischen all diesen Reizen und Anforderungen zu bewegen und dabei positive Erfahrungen zu machen, steigert das ihr Selbstbewusstsein und die Autonomie. Sie können sich besser spüren, entwickeln Freude am gemeinsamen Erleben und können aktiver auf ihr Gegenüber zugehen.

Therapieverlauf

Wir erleben nach einigen Stunden intensiver Therapie häufig physiologische Entwicklungsschritte, wie z. B. ein lebendiges Interesse am Gegenüber, triangulären Blickkontakt, das Symbolspiel oder das Erreichen der Autonomiephase(n). Die nach Komm!ASS® behandelten Kinder benötigen weiterhin therapeutische Hilfen und eine medizinische Versor-

gung, sind aber unseren Erfahrungen nach besser zu behandeln als weit verbreitet angenommen. Durch die lebendige Kommunikation, mehr Selbstständigkeit und weniger Stresssymptomatik können wir den Betroffenen hilfreiche Fähigkeiten mitgeben, die wir am Anfang kaum für möglich hielten. Wie z. B. auch Andre: Er ist eines von den „schnellen“ Kindern. Mit konstanter körperlicher Führung genoss er in den ersten Stunden unsere gemeinsame Aufmerksamkeit. Heute führe ich ihn nur noch mit Worten. Wir bauen die Eisenbahn auf und mit konstanter verbaler Begleitung, welches der nächste Schritt ist, gelingt ein gemeinsames Spiel. Sein Wortschatz explodiert. Er kann seine Aufmerksamkeit lenken, die Reize bilden eine Einheit und das ermöglicht ihm den Zugriff auf neue Worte und Satzmuster. Es gelingt Andre, seine Bedürfnisse zurückzustellen und Wünsche zu äußern, er zeigt weniger Anzeichen von Stress. Andre lacht nun viel und manchmal macht er sich auch ein wenig lustig über mich.

Ausblick

Die Methoden, welche in Komm!ASS® zum Einsatz kommen, sind bereits überwiegend empirisch gesichert. Wissenschaftliche Studien zu Komm!ASS® sind bisher noch nicht vorhanden. TherapeutInnen, die an Komm!ASS®-Fortbildungen teilgenommen haben, sind dankbar für die Verbreitung der Erfahrungen anderer, die mit autistischen Kindern arbeiten und profitieren von diesem „Perspektivwechsel“.

Literatur

Ayres, A. J. (2013). *Bausteine der kindlichen Entwicklung. Kinder mit Autismus. Sensorische Integration verstehen und anwenden*. Berlin: Springer.

Dodd, S. (2007). *Autismus. Was Betreuer und Eltern wissen müssen*. München: Spektrum.

Falkai, P., & Wittchen, H.-U. (2014). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.

Flossmann, I., Schrey-Dern, D., & Tockuss, C. (2006). Therapie bei kindlichen Sprach- und Sprechstörungen. In G. Böhme (Hrsg.), *Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen - Band 2: Therapie* (S. 3-35). München: Urban & Fischer.

Giese, R. (2010). Phänomenologie. Kernsymp-

tome. Kleinkindalter. In M. Noterdaeme, & A. Enders (Hrsg.), *Autismus-Spektrum-Störungen (ASS). Ein integratives Lehrbuch für die Praxis* (S. 37-45). Stuttgart: Kohlhammer.

Girsberger, T. (2014). *Die vielen Farben des Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnose, Therapie und Beratung*. Stuttgart: Kohlhammer.

Haus, K.-M. (2014). *Neurophysiologische Behandlung bei Erwachsenen: Grundlagen der Neurologie, Behandlungskonzepte, Hemiplegie verstehen*. Berlin: Springer.

Häußler, A. (2005). *Der TEACCH-Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus. Einführung in Theorie und Praxis*. Dortmund: Borgmann Media.

Jansen, F., & Streit, U. (2015). Autismus und Körperkontaktstörungen. In F. Jansen, & U. Streit (Hrsg.), *Fähig zum Körperkontakt. Körperkontakt und Körperkontaktstörungen - Grundlagen und Therapie - Babys, Kinder und Erwachsene - IntraActPlus-Konzept* (S. 213-228). Berlin: Springer.

Kaiser-Mantel, H. (2012). *Unterstützte Kommunikation in der Sprachtherapie: Bausteine für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen*. München: Ernst Reinhardt.

Klicpera, C., & Innerhofer, P. (2002). *Die Welt des frühkindlichen Autismus*. München: Ernst Reinhardt.

Nonn, K. (2011). *Unterstützte Kommunikation in der Logopädie*. Stuttgart: Thieme.

Paschke-Müller, M. S., Biscaldi, M., Rauh, R., Fleischhaker, C., & Schulz, E. (2013). *TOMTASS. Theory-of-Mind-Training bei Autismusspektrumstörungen. Freiburger Therapiemanual für Kinder und Jugendliche*. Berlin: Springer.

Schuster, N. (2007). *Ein guter Tag ist ein Tag mit Wirsing. (Mein Leben in Extremen: Das Asperger-Syndrom aus der Sicht einer Betroffenen)*. Berlin: Weidler.

Sinzig, J. (2011). *Frühkindlicher Autismus. Manuelle psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Berlin: Springer.

Warnke, A., & Taurines, R. (2011). Tief greifende Entwicklungsstörungen. In H.-J. Möller, G. Laux, & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (S. 1164-1175). Berlin: Springer.

Zollinger, B. (2015). *Die Entdeckung der Sprache*. Bern: Haupt.



Autorinnen

Ulrike Funke
Logopädin
Bahnhofstraße 43, D-69493 Hirschberg
ulrike.funke@komm-ass.de

Julia Klenner
Logopädin, B. Sc.
Logopädische Praxis Gehrt
Verdener Platz 2, 30419 Hannover
julia.klenner@komm-ass.de