

# Kapitel I

## Autismus neu denken

### Vom Defizitmodell zur Stärken-Perspektive

In den letzten Jahren hat sich das allgemeine Verständnis von Autismus von einer als faszinierenden Einzelercheinung wahrgenommenen Besonderheit zu einem scheinbar weit verbreiteten Massenphänomen gewandelt.

Insbesondere die Entwicklung in den USA signalisiert, dass Autismus nicht mehr als eine eher seltene Behinderungsform in Erscheinung tritt, sondern – ganz im Gegenteil – im Kontext der *developmental disabilities* derzeit am stärksten zunimmt: „Statistiken von den *US-Centers for Disease Control and Prevention* zeigen, dass sich die Anzahl von Kindern im Alter zwischen 6 und 21 Jahren, die Hilfen in Anbetracht von ASD<sup>1</sup> erhalten, von 22 664 Fällen im Jahre 1994 zu 193 637 Fällen in 2005 erhöht hat“ (Epp 2008, 28). Allein im Staat New York ist die Anzahl von autistischen Schülerinnen und Schülern von 1996 bis 2006 um 452 % angestiegen (Christodulu & Berical 2009, 3). Die erst kürzlich, im Dezember 2009, von der amerikanischen Gesundheitsbehörde (CDC) veröffentlichten Zahlen scheinen diese Entwicklung zu bestätigen, weisen sie doch eine Prävalenzrate für Autismus von 1:110 aus (Centers for Disease Control and Prevention 2009). Dabei werden Jungen bei einem Verhältnis von 1:70 weitaus häufiger als Autisten diagnostiziert als Mädchen, für welche das CDC nur einen Wert von 1:315 angibt (ebd.).

Wie in den USA wird heute ebenso in Großbritannien Autismus/ASD vier bis fünf mal häufiger diagnostiziert als vor etwa 40 Jahren (vgl. Bernhard-Opitz 2006, 18, 31). Auch in Deutschland steigen die Zahlen der neu diagnostizierten Fälle kontinuierlich an, wobei aktuell die Häufigkeit von Autismus mit sechs bis sieben pro 1000 Kindern beziffert wird (Herpertz-Dahlmann 2009, 45); laut S. Dodd (2007, 10) würde der Anteil von Autisten an der Gesamtbevölkerung derzeit bei etwa 0,9 % liegen; und nach einer im *Lancet* veröffentlichten Studie (vgl. autism-kultur.de 2006; auch Dern 2008, 28) kann mit 1,16 % Menschen im Autismus-Spektrum, davon etwa <sup>2</sup>/<sub>3</sub> mit Asperger-Syndrom, gerechnet werden.

Was die Hintergründe dieser weltweit zu beobachtenden Zunahme an Autismus-Diagnosen betrifft, so wird neben der erweiterten Sicht im Verständnis eines Autismus-Spektrums insbesondere auf eine größere Sensibilität in Bezug auf Autismus sowie auf verfeinerte, genauere Diagnose-Instrumente zur Erfassung des so genannten Asperger-Syndroms verwiesen (Attwood 2005; Gernsbacher, Dawson & Goldsmith 2008; Dawson 2008; Smith et al. 2008, 284). Es spielen aber ebenso Interessen und die Hoffnung von Eltern behinderter Kinder eine Rolle, durch eine exaktere

---

1 ASD: Im angloamerikanischen Sprachraum hat sich in den letzten Jahren die Tendenz durchgesetzt, alle Erscheinungsformen von Autismus unter dem Oberbegriff *Autistic Spectrum Disorders* (ASD) zusammenzufassen.

Diagnose und Umetikettierung einer geistigen Behinderung (mental retardation; intellectual disability) zu einer Diagnose aus dem Autismus-Spektrum bessere Unterstützungsleistungen zu bekommen. Insofern ist Böltes (2009, 71 f.) Anmerkung, dass der Anstieg „artifizial“ sei, nicht völlig abwegig.

Tatsächlich hat sich das grundlegende Verständnis von und über Autismus seit seiner Erstbeschreibung vor mehr als 60 Jahren jedoch nicht maßgeblich verändert, was sich am deutlichsten wohl in den auf Defizite und Schwächen begrenzten Definitionen reflektiert. Dabei bietet die Entwicklung der letzten Jahre, vor allem auf dem Gebiet der Sozialwissenschaften, Anlass genug, um sich mit einer qualitativen Rekonzeptionalisierung von Autismus und dessen Verständnis zu befassen.

## **Zu den klassischen Beschreibungen und Betrachtungen von Autismus**

Zur genauen Identifikation und Beschreibung von Autismus wird im medizinischen Verständnis dieser menschlichen Eigenschaft im Regelfall entweder das Klassifikationssystem für Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation, der ICD-10, oder das US-amerikanische Klassifikationsmanual psychischer Störungen, der DSM IV, konsultiert. Beide Verzeichnisse klassifizieren Autismus als „tiefgreifende Entwicklungsstörung“ (APA 1996; Dilling u. a. 1993) und beschreiben detailliert assoziierte Symptomatiken. Dabei weist die im DSM IV unter dem Schlüssel 299 aufgeführte Beschreibung eine vergleichsweise unspezifische Differenzierung in 299.00: Autistische Störung und 299.80: Asperger Syndrom auf (APA 1996). Demgegenüber steht die im ICD-10 unter dem Schlüssel F84 vorgenommene Unterteilung von F84.0: Frühkindlicher Autismus und F84.5: Asperger Syndrom, wobei unter der Kennzeichnung F84.0 weitere Klassifikationen folgen, so etwa unter F84.1 der atypische Autismus mit F84.10 atypischem Erkrankungsalter, F84.11 atypischer Symptomatik und F84.12 atypischem Erkrankungsalter und atypischer Symptomatik oder unter F84.2 das Rett-Syndrom (Dilling u. a. 1993).

Die in den Diagnosemanuals vorgenommene Unterteilung in frühkindlichen und Asperger-Autismus geht zurück auf die Erstbeschreiber L. Kanner (1943) und H. Asperger (1944). Unabhängig und unwissentlich voneinander prägten sie in den Jahren 1943 und 1944 den Begriff Autismus, welchen sie verwendeten, um auffällig zurückgezogene und einzelgängerische Kinder zu beschreiben (Shapiro 2006). L. Kanner und H. Asperger deklarierten individuelle Merkmale des von ihnen beschriebenen Syndroms, wobei aus diesem Merkmalskatalog die Funktionsbereiche der sozialen Interaktion, Kommunikation und des Verhaltens unter der von L. Wing und J. Gould 1979 erstmals verwendeten Bezeichnung *Triad of Impairments* (Biklen 2005, 40) heute als Kerncharakteristika für die Diagnostizierung von Autismus gelten. Die von L. Kanner (1943, 242) als „outstanding (...) fundamental disorder“ verstandene „inability to relate themselves“ und „extreme

autistic aloneness“ wird im ICD-10 und DSM IV als maßgebliche Beeinträchtigung der sozialen Interaktion aufgeführt und unter anderem durch die Unfähigkeit zu Blickkontakt, die Unfähigkeit zum Aufbau von Beziehungen und der Unfähigkeit zum Ausdruck von Gefühlen näher klassifiziert. Auch die von L. Kanner als symptomatisch erkannten Besonderheiten in der Sprachentwicklung (ebd., 243 f.) hat der ICD-10 bzw. DSM IV aufgegriffen. Beide Manuale verweisen auf eine qualitative Auffälligkeit der Kommunikation und insbesondere auf die von L. Kanner festgestellte verspätete oder ausbleibende Sprachentwicklung, pronominale Umkehr und fehlende kommunikative Funktion von Sprache sowie deren oftmals rein stereotypen oder repetitiven Gebrauch, zum Beispiel in Form einer verzögerten Echolalie (APA 1996; Dilling u. a. 1993). Bezüglich der letzten verbleibenden Funktion der mittels der *Triad of Impairments* beschriebenen Charakteristika, dem Verhalten, gibt L. Kanner (1943, 245 f.) einen monotonen, repetitiven und begrenzten Umgang mit Objekten an. Diese Beschreibung wird im Wesentlichen in den aktuellen Definitionen von ICD-10 und DSM IV aufgegriffen, welche jedoch nicht nur eingeschränkte Interessen und stereotype Verhaltensmuster als Merkmale angeben, sondern ebenso ein Festhalten an Routinen und Ritualen auflisten.

Sowohl H. Asperger (1944) als auch L. Kanner (1943) erachten die „Einengung der Beziehungen zur Umwelt“ als die „Grundstörung“ (Asperger 1943, 120) von Autisten, weshalb diese folglich auch in den heute gängigen Manualen als Kernmerkmal bei beiden Autismusformen ausgewiesen ist. Darüber hinaus aber unterscheiden sich H. Aspergers Beschreibungen in einigen Punkten von denen L. Kanners. So findet sich H. Aspergers Beobachtung eines zeitigen Sprachbeginns und eines „unnatürlichen“ Sprachstils (1944, 114) in den Definitionen von ICD-10 und DSM IV, welche ferner in ihren Kriterien mit Bezug zum Asperger-Autismus darauf verweisen, dass keine Verzögerung der expressiven und rezeptiven Sprachentwicklung vorliegt (APA 1996; Dilling u. a. 1993). Mit Blick auf den Bereich der Verhaltensmuster erkannte H. Asperger (1944, 118) einen stereotypen Umgang mit Objekten, welcher sich aber seiner Darstellung nach an den Sonderinteressen der Autisten orientiert und intensiv verfolgt wird (ebd., 90, 126).<sup>2</sup> Ähnlich erfolgt auch die Beschreibung dieses Funktionsbereiches im ICD-10 bzw. im DSM IV, welche zwar auf ein stereotypes und begrenztes Interesse verweisen, aber ebenso ein intensives und konzentriertes Beschäftigen mit in ihrer Art allerdings meist „abnormen“ Objekten beschreiben. In diesem Zusammenhang wird im ICD-10 zudem auf möglicherweise vorhandene Spezialfertigkeiten aufmerksam gemacht. Beide Manuale verweisen darüber hinaus explizit darauf, dass bei Menschen mit so genanntem Asperger-Syndrom keine Einschränkungen der kognitiven Entwick-

<sup>2</sup> Was manche übergehen, ist die Tatsache, dass auch Kanner (1943, 217, 230, 233, 236, 239 f.) im Rahmen seiner Fallbeschreibungen auf Spezialinteressen, Stärken oder Inselbegabungen verweist. Daher macht es Sinn, grundsätzlich nach einem Potenzial an Ressourcen autistischer Menschen (durch ein Stärken- und Interessen-Assessment) Ausschau zu halten.

lung vorliegen; ein Umstand, der zudem bereits von H. Asperger (1944, 120) selbst erkannt wurde.

Aufgrund der maßgeblichen Orientierung an den von L. Kanner und H. Asperger identifizierten Symptomen ist nicht nur zwischen den Berichten der Erstbeschreiber und den heute gängigen Definitionen eine hohe Ähnlichkeit erkennbar, sondern ebenso zwischen den Beschreibungen von Autismus in den Klassifikationssystemen des ICD-10 und des DSM IV.

In Ergänzung zu den standardisierten Klassifikationen mittels ICD-10 oder DSM IV findet zunehmend eine Differenzierung in *High-Functioning-Autismus* und *Low-Functioning-Autismus* Anwendung. Dabei bilden diese Beschreibungen, welche zum Teil auch in ihrer freien deutschen Übersetzung als hochfunktionaler und niedrigfunktionaler Autismus gebraucht werden, Subkategorien innerhalb des Charakteristikums des „Frühkindlichen Autismus“ im ICD-10 bzw. der „Autistischen Störung“ im DSM IV (Autismus Online 2009). Demzufolge beschreibt die Definition *Low-Functioning* all jene Autisten, die eine entsprechende Symptomatik zeigen und deren Intelligenz im Bereich einer geistigen Behinderung (< IQ 70) vermutet wird. *High-Functioning-Autisten* dagegen sind zwar ebenfalls dem Spektrum der frühkindlichen Autisten zuzuordnen, zeichnen sich aber durch eine überdurchschnittliche Intelligenz aus (Autismus Online 2009). Hinzu kommt, dass der High-Functioning-Autismus im Erwachsenenalter als eine leichte Erscheinungsform gilt, sich vom Asperger-Syndrom durch das Fehlen motorischer Auffälligkeiten unterscheidet, ansonsten jedoch frappierende Ähnlichkeiten aufweist (Tsai 1992). Damit gibt es letztendlich keine klaren Grenzen zwischen den verschiedenen Formen von Autismus, weshalb mit Überlappungen und uneindeutigen Bildern gerechnet werden muss. So wird zum Beispiel von Kindern berichtet, bei denen zunächst ein frühkindlicher Autismus und eine geistige Behinderung, später ein High-Functioning-Autismus oder das Asperger-Syndrom diagnostiziert wurde (vgl. Wing 1991; Schuster 2007, 308). In der Tat melden sich immer mehr Personen zu Wort (dazu Rubin et al. 2001; Rossetti et al. 2008), die ursprünglich als geistig behindert etikettiert und erst im Erwachsenenalter als Asperger- oder High-Functioning-Autisten diagnostiziert wurden: „I had been“ – konstatiert die Autistin Anne Carpenter (1992, 293) – „assigned many labels: mentally retarded, emotionally disturbed, borderline personality disorder, aggressive personality disorder“; und Marie Ronan (1992, 303), gleichfalls Autistin, schreibt: „I am still viewed by many as mentally retarded.“ Dabei sollte doch eines klar sein, so Jim Sinclair (1992, 295), Autist und prominenter Aktivist im Rahmen des weltweit operierenden *Empowerment-Movements* autistischer Menschen (dazu Kapitel II): „Being autistic does not mean being mentally retarded [and . . .] being unable to learn.“

Interessant ist der Blick auf neueste Forschungsstudien aus dem angloamerikanischen Sprachraum, die im Unterschied zu der bisherigen Auffassung, dass ca. 75 % aller autistischen Menschen zugleich (schwer) geistig behindert seien, ein weitaus geringeres Zusammentreffen („Komorbidität“) zwischen Autismus und geistiger Behinderung (20–50 %) vermuten (Poustka 2006, 46; Yeargin-Allsopp

et al. 2007, 233). Diesbezüglich hat es nach Saulnier und Volkmar (2008, 221) ganz den Anschein, „that the associated ID [intellectual disability im Sinne einer geistigen Behinderung < IQ 75; d.A.] arises as a result of autism“. Davon abgesehen wird der inzwischen niedrigere Wert (< 50 % „Komorbidität“) vor allem damit begründet, dass allzu lange eine „autistische Intelligenz“, spezifische Stärken oder Inselbegabungen übergangen worden seien (Motton 2006; Dern 2008, 29).

Wenn wir einmal davon absehen, dass unterschiedliche Instrumente zur Einschätzung von Autismus im Gebrauch sind und somit die Diagnostik und diagnostischen Vorgehensweisen kein einheitliches Bild vermitteln können, so lassen sich dennoch über alle Differenzierungen hinweg spezifische, immer wiederkehrende Kriterien benennen, die offensichtlich für die Beschreibung und Diagnose von Autismus typisch sind und uns zugleich die herkömmliche *Defizitbeschreibung* vor Augen führen. Das betrifft zunächst einmal die schon zuvor anskizzierte *Triad of Impairments*, indem eine „autistische Störung“ durch eine qualitative Beeinträchtigung von drei Funktionsbereichen charakterisiert wird:

Erstens gelten *Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion und zwischenmenschlichen Beziehungen* als eine Kernstörung (dazu Schuster 2007, 63 ff.). Hierzu werden eine Fülle an Defiziten genannt, so zum Beispiel das Unvermögen vieler autistischer Menschen, altersentsprechende Beziehungen zu entwickeln, fehlende Freundschaften zu Gleichaltrigen, der fehlenden Wunsch, mit anderen Interessen zu teilen, die verminderte Fähigkeit, soziale bzw. nonverbale Signale anderer Personen intuitiv zu erkennen und zu interpretieren, sozial und emotional unangepasstes Verhalten oder fehlende soziale und emotionale Gegenseitigkeit. Die zuletzt genannten Aspekte führen uns zu der viel diskutierten und aufgrund zweifelhafter Beweise kritisch zu bewertenden (Biklen 2005, 37 ff.) *Theory of Mind* (Baron-Cohen 2004; Schuster 2007, 89; Dziobek & Bölte 2009, 133), die besagt, dass autistische Menschen Schwierigkeiten haben, sich in andere Personen hineinzusetzen, aus der Sicht anderer zu denken, sich vorzustellen, dass zum Beispiel Mitmenschen unterschiedliche Gefühle oder psychische Befindlichkeiten aufweisen können. D. Biklen (2005, 40) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass es bei autistischen Menschen keine generelle Unfähigkeit zur Empathie gibt, sondern „that they may experience the world differently than do so-called neurotypicals“, in dessen Folge es zu unterschiedlichen Reaktionen auf Umweltreize kommt. Wie bedeutsam eine vermeintliche Beeinträchtigung im Bereich der sozialen Interaktionen einzuschätzen ist, wird daran sichtbar, dass es hier um Fähigkeiten und Kompetenzen geht, „without which we cannot navigate successfully through society“ (Winter-Messiers et al. 2007, 68).

Zweitens werden *Beeinträchtigungen der (verbalen) Kommunikation* als ein zentrales Problem herausgestellt (dazu Schuster 2007, 153 ff.). Während Personen, bei welchen die Form des so genannten frühkindlichen Autismus festgestellt wurde, sich häufig kaum lautsprachlich verständigen können (z. B. nur mit Einzellauten, in Ein- oder Zwei-Wort-Sätzen oder in Form von Echolalie), fallen so genannte Asperger-Autisten oft durch eine monotone Sprachmelodie, einen exzentrischen oder auch pedantischen Sprachstil auf. Zudem neigen sie dazu, Gespräche auf die

eigene Person zu fixieren und anderen in Gesprächssituationen schlecht zuzuhören; ferner wird ihnen das Unvermögen nachgesagt, Gespräche initiieren und aufrecht erhalten zu können. „The communication deficit is perhaps at its most painful when its appearance in the child with Asperger Syndrome incites neurotypical peers [nicht-autistische Gleichaltrige] to teasing or bullying“ (Winter-Messiers et al. 2007, 68).

Die dritte Kernstörung bezieht sich auf ein *ingeschränktes Repertoire an Interessen und Aktivitäten*, verbunden mit *repetitiven oder stereotypen Verhaltensweisen* (dazu Schuster 2007, 247 ff.). Dabei geht es zum Beispiel um einen ungewöhnlichen Umgang mit Gebrauchsgegenständen, um eine lang anhaltende Beschäftigung mit bestimmten (Teil-)Objekten, um eine rigide Befolgung von Routinen, um ein Beharren auf Routine sowie Streben nach Gleichhaltung der Umwelt, um ein zwanghaftes Verhalten oder auch um motorische Manierismen oder Auffälligkeiten (Händeflattern, bizarre Fingerbewegungen, Drehbewegungen, Zehengang, Hyperaktivität, Unbeholfenheit in der Grob- oder Feinmotorik, unbeholfene Körpersprache, eingeschränkte Gestik und Mimik, die vor allem so genannten Asperger-Autisten nachgesagt werden).

Kommen darüber hinaus noch weitere Auffälligkeiten (z.B. selbstverletzende Verhaltensweisen, hohe Unselbstständigkeit in einfachsten Verrichtungen des alltäglichen Lebens) hinzu, drängt sich der Verdacht einer schweren autistischen und geistigen Behinderung auf, die zu nihilistisch-pessimistischen Prognosen verleitet.

Ferner werden vor allem in jüngster Zeit neben den drei Kernbereichen auch *emotionale Störungen* in die diagnostische Betrachtung von Autismus miteinbezogen. Emotionale Defizite, zum Beispiel ein flacher Gefühlsausdruck, mangelnde Affektkontrolle oder Schwierigkeiten, eigene Emotionen zu erkennen, „auszudrücken und auch selbst auszuhalten“ (Preißmann 2009, 43), werden vor allem High-Functioning- und Asperger-Autisten nachgesagt, aber auch bei anderen Autisten beobachtet (vgl. Dziobek & Bölte 2009, 138 f.). Eng verknüpft mit dem emotionalen Defizit ist ein geringes Selbstwertgefühl, das mit sozialen Ängsten einhergeht, indem Betroffene gegenüber nicht-autistischen Personen und ihren Erwartungen verunsichert sind. Chronische (soziale) Ängste werden bei der Hälfte aller High-Functioning-Autisten angenommen (Tsai 1992, 22). Um ihre Ängste zu verringern oder zu kompensieren, meiden viele Autisten den sozialen Kontakt, was zu einer Isolation und Vereinsamung führen und für eine depressive Störung wegbereitend sein kann (Winter-Messiers et al. 2007, 69).

Des Weiteren werden schon seit geraumer Zeit *Wahrnehmungsbesonderheiten* diskutiert (Delacato 1985; Dalferth 1995; Schuster 2007; Müller 2007), die sich nicht nur auf Personen mit einer schweren Behinderung, sondern auf das gesamte Spektrum (ASD) erstrecken. Dieser Aspekt wurde viele Jahre im Rahmen der klinischen Diagnostik vernachlässigt, inzwischen findet er aber zusehends Beachtung. So berichten zum Beispiel nicht wenige vermeintliche Asperger- oder High-Functioning-Autisten über spezifische Sensibilitätsstörungen (Grandin 1997; Schuster 2007; Williams 1992; Zöllner 2001), insbesondere über *Über- oder Unterempfindlichkeiten*, indem Reize entweder zu stark oder zu schwach wahrgenom-

men werden. So kann zum Beispiel eine überempfindliche Hörschärfe dazu führen, dass bereits Atemgeräusche von Umkreispersonen Autisten irritieren und am Lernen hindern oder ablenken. Autisten mit einer auditiven Hyposensibilität wirken dagegen wie taub. Ein hypersensibler Gesichtssinn kann durch eine Überempfindlichkeit in Bezug auf grelle Lichtverhältnisse oder spezielle Farben gekennzeichnet sein, was bei der betreffenden Person womöglich Angstzustände hervorruft (Kluth 2003, 14). Personen, die hingegen in der visuellen Wahrnehmung hyposensibel sind, versuchen sich häufig selbst durch visuelle Reize zu stimulieren, indem sie beispielsweise das Licht ständig ein- und ausschalten (Dodd 2007, 141). Belastend kann auch ein überempfindlicher, extrem fein ausgebildeter Geruchssinn sein, wenn sich Personen zum Beispiel durch Parfum-Aromen oder andere Gerüche von der Konzentration auf eine Aufgabe allzu leicht ablenken lassen (Kluth 2003, 14; Dodd 2007, 143). Hyposensible Personen im gustatorisch-olfaktorischen Bereich neigen dazu, die Welt riechend und schmeckend zu erkunden. Welche Auswirkungen eine Überempfindlichkeit gegenüber Berührungen haben kann, führt uns D. Williams (1992, 107) vor Augen: „Ich sagte ihr, dass es mir weh täte, wenn sie mich umarmte, und dass es sich anfühlte, als würde mich jemand verbrennen. Sie meinte, das wäre Unsinn, aber das änderte nichts an meinem Gefühl“; und wie beeinträchtigend das Tragen bestimmter Kleidungsstücke sein kann, beschreibt T. Grandin (1997, 81): „Neue Unterwäsche ist ein kratzender Horror. Ich trage meine Büstenhalter, bis sie auseinander fallen und neue müssen mindestens zehnmals gewaschen werden, um auf der Haut erträglich zu sein.“ Des Weiteren sollen Besonderheiten in der Propriozeption und vestibulären Wahrnehmung nicht unerwähnt bleiben: Personen mit einer Unterentwicklung im propriozeptiven Bereich suchen zum Beispiel nach Reizen, die auf ihren Körper Druck ausüben; und jene mit einer Unterempfindlichkeit im vestibulären Bereich „führen aktiv sensorische Erfahrungen herbei, indem sie kreiseln, hüpfen und hin- und herschaukeln, um ihr vestibuläres System zu stimulieren“ (Dodd 2007, 139). Hypersensible Personen zeigen dagegen eine Abneigung gegen Schaukeln, Rutschen oder anderen bewegungsdominanten Aktivitäten.

Ein anderes Phänomen, über das autistische Menschen mitunter berichten, ist die „Überselektivität“ (stimulus overselectivity). Hierbei handelt es sich um die Schwierigkeit, mehrere Reize gleichzeitig zu verarbeiten bzw. auf verschiedene Reize zu reagieren (vgl. Lovaas, Koegel & Schreibman 1979). Eng verknüpft mit der Überselektivität sind *intermodale Störungen*, die sich auf die Schwierigkeit beziehen, Informationen aus verschiedenen Sinneskanälen miteinander zu verbinden. Autisten beschreiben sich oft als „Monokanal“: Sie können nur Informationen aus einem Sinneskanal bewältigen“ (Schuster o. J., 4; auch Dern 2008, 31). Um die Überselektivität zu bewältigen, reagieren einige Autisten mit einer „Tunnelwahrnehmung“ (tunnel vision), indem nicht ein gesamtes Bild (mehrere Reize), sondern nur eine Teilinformation bzw. ein Detail (z. B. ein bestimmtes visuelles Muster) beachtet und häufig über längere Zeit fixiert wird (Mann & Walker 2003; Landry & Bryson 2004). Offensichtlich bestehen Probleme, sich von einem einmal fixierten Reiz zu lösen, die Aufmerksamkeit auf andere Dinge zu

richten und auszuweiten, vor allem von einem kleinen Stimulus zu einem größeren Objekt.

Die mit dem Tunnelblick einhergehende Fixierung auf bestimmte Reize korrespondiert zugleich mit einem *mangelnden Filtereffekt*, indem Autisten oftmals Schwierigkeiten haben, irrelevante Reize bzw. Sinneseindrücke wie Hintergrundgeräusche auszublenden und sich auf das Wesentliche zu konzentrieren (Zöllner 2001, 26). Diesbezüglich sei erwähnt, dass autistische Menschen scheinbar oftmals Probleme haben, Informationen, Sachverhalte oder Fragen im Bedeutungszusammenhang einer aktuellen Situation richtig zu interpretieren. Ein Beispiel: Erst im Erwachsenenalter hatte Herr M., als Asperger-Autist diagnostiziert, verstanden, „dass seine Eltern mit ihrer Aussage, er sei ein ‚Stubenhocker‘, nicht meinten, er sei ein Möbelstück“ (Roy u. a. 2009, 62). Statt sich an einem Gesamtbild oder dem Inhalt bzw. der Bedeutung eines Objekts zu orientieren, richten sie ihre Aufmerksamkeit stärker auf Teilinformationen und Details, vor allem auf visuelle bzw. äußerliche Merkmale wie Farbe, Umriss oder graphische Ähnlichkeiten (vgl. Müller 2007; Dziobek & Bölte 2009, 144). Die Fokussierung auf Einzelelemente erklärt die für nicht wenige Autisten typischen Schwierigkeiten, Gesichter oder Personen wieder zu erkennen, mit anderen zu interagieren oder sozial zu kommunizieren, Kontexte oder Sinn zu erfassen oder räumliche Veränderungen ohne (schwere) Irritationen wahrzunehmen.

Zu guter Letzt sei noch das mit den Wahrnehmungsbesonderheiten eng verknüpfte Problem autistischer Menschen genannt, Handlungen mit mentaler Flexibilität zielgerecht und zeitlich zu planen, zu organisieren, auszuführen, zu überwachen und zu regulieren (dazu Ozonoff 1995; Schuster 2007, 254 ff.). Konstatiert werden diesbezüglich schwach ausgeprägte „*exekutive Funktionen*“ (Dziobek & Bölte 2009, 141; Schuster 2007, 259), das heißt Fähigkeiten, die es einem Menschen ermöglichen, abweichend von Routinehandlungen beziehungsweise flexibel auf Veränderungen zu reagieren.

## Kritische Anmerkungen

Wer sich auf die Suche nach einer Definition von Autismus begibt, stößt mit großer Wahrscheinlichkeit auf eine Beschreibung, die wie folgt lauten könnte:

„Die autistische Störung (syn. frühkindlicher Autismus) ist eine tiefgreifende Entwicklungsstörung, die in den ersten drei Lebensjahren beginnt. In den folgenden drei Bereichen werden die Symptome deutlich: im sozialen Umgang mit Mitmenschen, in der Kommunikation und in sich stets wiederholenden Handlungen. Das Asperger-Syndrom unterscheidet sich vom frühkindlichen Autismus in erster Linie dadurch, dass oft keine Verzögerung bzw. kein Entwicklungsrückstand in der Sprache oder der kognitiven Entwicklung vorhanden ist. Hingegen sind in der psychomotorischen Entwicklung und der sozialen Interaktion Auffälligkeiten festzustellen“ (Autismus Deutschland e.V.o.J.).

Dieser und vielen weiteren Definitionen von Autismus ist gemein, dass sie Autismus im Wesentlichen pathologisieren und daher von einer negativen Sichtweise auf Autismus geprägt sind, welche den in diesem Sinne betroffenen autistischen Personen kaum Fähigkeiten und Kompetenzen zuerkennt, sondern sie lediglich als nicht der Norm entsprechende Wesen darstellt.

Als ursächlich dafür sind die Beschreibungen von Autismus im ICD-10 und DSM IV zu sehen, deren fast identischer Wortlaut sich nicht nur in der hier exemplarisch zitierten Definition des Bundesverbandes Autismus Deutschland e. V. wiederfindet – beispielsweise in Ausdrücken wie „tiefgreifende Entwicklungsstörung“ –, sondern auch in Informationsmaterialien von Autismusambulanzen<sup>3</sup> oder anderen, zum Teil international agierenden, Autismusorganisationen<sup>4</sup> Eingang gefunden hat.

Ein genauer Vergleich der maßgeblichen Klassifikationsmanuale ICD-10 und DSM IV offenbart deutlich jene rein defizitorientierte Sicht auf Autismus. So werden in Zusammenhang mit der Beschreibung von Autismus ausschließlich negativ besetzte Ausdrücke wie „Auffälligkeit“, „Unfähigkeit“, und „Mangel“ (Dilling u. a. 1993) oder auch „Beeinträchtigung“, „Unvermögen“ und „abnorm“ (APA 1996) gebraucht. Allein die Darstellung des Asperger-Syndroms hebt sich in beiden Kriterienkatalogen durch die explizite Zuschreibung von kognitiven Fähigkeiten und einer normgerecht verlaufenden Sprachentwicklung für die als Asperger-Autisten klassifizierte Personengruppe von den Negativbeschreibungen ab.

Als problematisch erweist sich dabei der Umstand, dass die angesprochenen Klassifikationsmanuale einen wegweisenden Richtliniencharakter haben und daher bei der Erstellung einer Definition zahlreichen mit Autismus befassten Institutionen als Orientierung dienen, wodurch das in ICD-10 und DSM IV manifestierte negative Bild von Autismus in die Öffentlichkeit transportiert wird, ohne jedoch das beschriebene, vermeintliche Unvermögen in Frage zu stellen.

In diesem Zusammenhang gilt es zudem zu beachten, dass ICD-10 und DSM IV klinische Klassifikationsmanuale sind und folglich nicht nur ein auf Negativaspekte begrenztes Bild von Autismus projiziert wird, sondern das Verständnis von Autismus als Krankheit konsequenterweise assoziiert ist. Stellvertretend für viele andere Schriften möchten wir hierzu die Arbeit von Poustka, Bölte und Anderen (2008) herausgreifen, nach der „autistische Störungen [...] zu den schwersten psychischen Störungen des Kindes“ zählen und die darin gipfelt, nicht nur Autismus, sondern gleichfalls eine „geistige Behinderung“ als eine Erkrankung auszuweisen (ebd., 1). Ein Umstand, der zudem erheblich zu einer medizinisch-pathologischen Sichtweise auf Autismus beiträgt, ist die Tatsache, dass die klinische Diagnostik allein das beurteilt, was äußerlich wahrgenommen und mit einer Norm

3 Exemplarisch sei an dieser Stelle auf die Autismusambulanz Halle und die von ihr veröffentlichte Definition von Autismus verwiesen (Autismusambulanz Halle 2005).

4 Exemplarisch sei an dieser Stelle auf die Organisation *Autism Speaks* und die von ihr veröffentlichte Definition verwiesen (Autism Speaks o. J.).

abgeglichen werden kann. Wenngleich Autisten über Stärken und Kompetenzen verfügen, so entsprechen diese in ihrer Manifestation nicht notwendigerweise den gegebenen Standards und finden aufgrund dessen keinen Eingang in den normorientierten Klassifikationsmanualen und folglich auch keine Beachtung in der allgemein vorherrschenden Vorstellung von Autismus.

Gegen diese einseitige Orientierung und Ausrichtung der Praxis am klinisch-medizinischen Modell richtet sich seit kurzem scharfe Kritik. In erster Linie sind es Autisten selbst, die sich unmissverständlich zu Wort melden: „Die Art, wie wir anders sind als andere Menschen, zu pathologisieren, empfinden wir als Diskriminierung“, und „wir wehren uns dagegen, dass Autismus nur über Defizite definiert wird“ (Aspies e. V. 2008b). Dieser Vorwurf richtet sich nicht nur gegen die negative Fokussierung des Autismusbegriffs im Lager der helfenden Berufe, Fachwelt und Kostenträger, sondern ebenso gegen die unreflektierte Verwendung von „Autismus“ im Alltag, in der Politik wie auch in den Medien, wo der Begriff nicht selten als Schimpfwort instrumentalisiert wird oder gar als „Metapher für das Böse“ (vgl. Aspies e. V. 2007) erhalten muss. Stattdessen wird eine so genannte *Stärken-Perspektive* nahe gelegt (vgl. die Schriften von A. Brauns, T. Grandin, T.R. Mukhopadhyay, Ch. Preißmann, N. Schuster, D. Williams, L.H. Willey, D. Zöllner), die teilweise zu einer positiven Konnotation der klinischen Symptome des Autismus und zu einem radikalen fachlichen sowie wissenschaftlichen Umdenken herausfordert.

Tatsächlich findet im Lager der Fachwelt und Autismusforschung die Einsicht wachsendes Gehör, dass Theorien, Denkweisen und Handlungskonzepte, die das Defizitäre fokussieren und auf symptomzentrierte Therapien oder Interventionen hinauslaufen, letztlich keinen angemessenen Beitrag zur Entfaltung der Persönlichkeit und Unterstützung eines selbstbestimmten Lebens autistischer Menschen leisten. Mit T. Attwood, D. Biklen, M. Dawson, M. Gernsbacher, C. Gray, P. Kluth, Ch. Preißmann, O. Sacks, N. Schuster, L.H. Willey und M.A. Winter-Messiers haben wir es mit prominenten Fachleuten, Forschern und Wissenschaftlerinnen zu tun, die Autismus im Lichte eines positiven Denkens buchstabieren, autistische Menschen mit ihren Lebenserfahrungen, Sichtweisen und Interessen respektieren und wertschätzen sowie ihre persönlichen Stärken hervorheben, die es im zwischenmenschlichen Umgang, Zusammenleben und Zusammenarbeiten zu fokussieren gilt. Daher sollte auf jeden Fall auch die sich derzeit abzeichnende Hinwendung zum „modern anmutenden“ Begriff „Autismus-Spektrum-Störungen“ (Bernhard-Opitz 2007; Freitag 2008; Schirmer 2010) als Übersetzung des englischen Ausdrucks „autism spectrum disorders“ (ASD) vermieden und eine unverfänglichere Bezeichnung wie beispielsweise „Autismus-Spektrum“ oder einfach Autismus benutzt werden (dazu gleichfalls Kapitel II). Mit diesem Perspektivenwechsel findet die Autismusforschung zugleich Anschluss an die schon seit längerem in der Behindertenarbeit, Heil-<sup>5</sup> und Sozialpädagogik postulierten Sichtweise,

---

5 Der Begriff der Heilpädagogik wird in unserer Schrift mit Sonder-, Rehabilitations-, Behinderten- und spezieller Pädagogik (*special education*) synonym verwendet.