

ABA – Applied Behavior Analysis

Applied Behavior Analysis (Angewandte Verhaltensanalyse) ist einerseits ein Oberbegriff, unter dem verschiedene Verfahren subsumiert werden, die eine Verhaltensanalyse für die Planung und Durchführung von Interventionen nutzen; andererseits wird unter dem Kürzel ABA eine auf Autismus zugeschnittene Form intensiver Verhaltensmodifikation gefasst (vgl. Leach 2012, 13 ff.; Theunissen 2014, Kap. III/2).

Ein Pionier der intensiven Verhaltensmodifikation bei Autismus war O. Ivar Lovaas (1927–2010), ein norwegischer klinischer Psychologe, der durch Anwendung behavioristischer Lernprinzipien in den 1960er und 70er Jahren nach eigenen Angaben gute Therapieerfolge bei Kindern im Vorschulalter erzielen konnte (vgl. Lovaas 2003). In der Arbeit mit älteren Kindern sowie mit Jugendlichen, Erwachsenen und intellektuell schwer behinderten Personen konnten hingegen keine signifikanten Therapieerfolge erzielt werden (vgl. Campbell et al. 1996; Howlin 1998).

Wesentliche Komponenten der ABA-Methode (nach Lovaas) umfassen einen frühen Lernbeginn, eine hohe Intensität der Förderung (ca. 35 Stunden pro Woche), Einbeziehung der Eltern und einen reizgeschützten Raum im häuslichen Bereich, in dem in einer Tischsituation gearbeitet werden kann. Bei den Therapeuten sollte es sich um ein Team handeln, welches in einer 1:1-Situation mit dem Kind arbeitet und durchaus auch aus nicht-Professionellen (Eltern, Studenten etc.) bestehen kann.

Damals und heute gilt, dass die Therapie dem Kind Spaß machen soll. Daher wird anfangs viel gelobt, und es kommen die

Liebblingsgegenstände, -nahrungsmittel oder -aktivitäten des Kindes als Verstärkung zum Einsatz. Diese Verstärker, die zunächst als äußere Motivatoren eingesetzt werden und die Lernmotivation des Kindes erhöhen sollen, werden dann aber im Laufe der Zeit »ausgeblendet«, damit das Kind eine intrinsische Motivation entwickeln kann und nicht von Verstärkern abhängig wird. Zusätzlich zu den Verstärkern wendet man das »*Prompting*« an, welches diverse Hilfestellungen umfasst, die es dem Kind ermöglichen sollen, jede Aufgabe erfolgreich zu lösen. Ein Prompt ist z. B. die Handführung. Wenn die Aufgabe lautet, eine Tasse zu zeigen, kann der Therapeut die Hand des Kindes zur Tasse führen und ihm helfen, darauf zu zeigen.

Eine Aufgabe besteht aus einem *Discrete Trial* bzw. einem Diskreten Lernformat (auch: Discrete Trial Training, DTT). Ein Discrete Trial ist ein Lerndurchgang, der aus folgenden Komponenten besteht:

Instruktion (z. B. »Zeig Tasse«) → Reaktion (mit Hilfe eines Prompts) → Konsequenz

Die Instruktion ist der vorausgehende Reiz (Sd = Stimulus discriminativus), die Reaktion ist die Verhaltensantwort des Kindes (R = Reaktion) und die Konsequenz K ist jeweils eine positive, wenn ein Prompt zum Einsatz kommt.

Ein Discrete Trial wird mehrmals wiederholt, bis ein Kind kein Prompting mehr benötigt. Erst wenn das Kind z. B. ohne Hilfestellung die Tasse mehrmals und unter Positionswechseln zeigen kann, geht man davon aus, dass ein Lernziel (in dem Fall: Tasse zeigen und von einem anderen Gegen-

stand, z. B. Löffel, unterscheiden lernen) erreicht wurde. In der Regel setzt man voraus, dass das Kind diese Aufgabe mit mehreren Therapeuten und Personen an verschiedenen Orten und in verschiedenen Situationen erfolgreich lösen kann. Neuere ABA-Anwendungen würden das Erlernen des Begriffs »Tasse« in ein natürliches Setting verlagern und ggf. weniger Wiederholungen einfordern. Es wird mehr darauf Wert gelegt, den Gegenstand »Tasse« nicht nur benennen und zeigen zu können, sondern auch seine Funktion im Alltag zu verstehen.

Anfangs wird jede Reaktion mit einem Verstärker belohnt (kontinuierliche Verstärkung), auch die Reaktionen, die mittels Prompting gezeigt werden. Mit der Zeit aber kommt ein Token-System bzw. eine »intermettierende« Verstärkung zum Einsatz (→ verhaltensorientierte Verfahren).

Aufgaben werden bei ABA in Einzelschritte gegliedert. Ein Kind lernt also nicht sofort, komplexe Handlungen (z. B. Spielen) durchzuführen, sondern zunächst, z. B. einfache Bewegungen zu imitieren. Diese einfachen, einzelnen Bewegungen werden dann mit der Zeit in weiterführenden Programmschritten zu Handlungsgruppen zusammengefasst.

Die Therapie beginnt damit, den Entwicklungsstand des Kindes festzustellen und ihm ggf. Basisfähigkeiten beizubringen, die es für komplexere Handlungen benötigt. Dazu gehört z. B. das Imitieren von Handlungen und Lauten, das Zuordnen von Gegenständen, einfache Spielfähigkeiten, Selbsthilfefähigkeiten usw. Im Gegensatz zum klassischen ABA nach Lovaas verfolgt der Ansatz nach dem *Verbal Behavior*, dass der Sprachaufbau (Manding, Tacting) ganz am Anfang des Programmes im »natürlichen Setting« erfolgt (z. B.: Kind fragt immer dann nach etwas zu trinken, wenn es durstig ist).

Viele Fähigkeiten werden mit Hilfe des »Shapings« und »Chainings« erworben. Beim »Shaping« wird jede Annäherung an

das Zielverhalten belohnt. Das komplexe Verhalten wird in Einzelschritte unterteilt und jede einzelne Komponente belohnt. »Chaining« bedeutet, dass eine Handlungskette aufgebaut wird (Bsp. Zähneputzen).

Während viele Befürworter von ABA argumentieren, dass das Verhaltenstraining den Kindern beibringt, das *Lernen zu lernen* und ihren Fokus auf wesentliche Details der Lernumwelt zu lenken, kritisieren Gegner vor allem beim DTT die Zielsetzung der Anpassung autistischer Kinder an die Welt der »neurotypischen« Personen, das mechanische, dressurhafte Vorgehen sowie die mangelnde Wirksamkeit in Bezug auf Generalisierungskompetenz der betroffenen Kinder (→ Interventionsmethoden II: aversive Interventionen). Kritisiert wird zudem die mangelnde Unterstützung von Selbstbestimmungsmöglichkeiten autistischer Kinder. Demgegenüber gehen Befürworter davon aus, dass ABA (auch das DTT) Kindern im Autismus-Spektrum dabei hilft, wesentliche Alltagskompetenzen zu erwerben, die mehr Selbstständigkeit und auch Selbstbestimmung erst ermöglichen. Signifikante Belege gibt es dafür jedoch nicht.

Verschiedene »neuere« Formen von ABA (z. B. ABA in Verbindung mit Verbal Behavior) versuchen, diese negativen Aspekte auszugleichen. Eine Dressurartigkeit, wie sie die frühen Anfänge von Lovaas implizieren, ist daher in den meisten Fällen nicht mehr gegeben.

Melanie Matzies-Köhler

Literatur

- Campbell, M. et al.: Treatment of autistic disorder. In: Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Vol. 35, 1996, 134–143
- Howlin, P.: Practitioner Review: Psychological and Educational Treatments for Autism. In: Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 39, 1998, 307–322

- Leach, D.: Bringing ABA to Home, School, and Play. Baltimore 2012
- Lovaas, O. I.: Teaching Individuals With Developmental Delays. Basic Intervention Techniques, Austin, TX 2003
- Matzies, M.: Applied Behavior Analysis. (Früh-) Förderung bei Autismus unter besonderer Berücksichtigung der Verhaltenstherapie nach O. Ivar Lovaas. Berlin 2004

- Schramm, R.: Motivation und Verstärkung. Wissenschaftliche Intervention bei Autismus. Applied Behavior Analysis und Verbal Behavior. Ein Handbuch für Eltern, Lehrer, Erzieher und Fachleute. pro-aba.com 2007
- Theunissen, G.: Menschen im Autismus-Spektrum: Verstehen – Annehmen – Unterstützen. Ein Lehrbuch für die Praxis. Stuttgart 2014

Ablösung/Ablösungsprozess

Freud beschreibt Ablösung als den Prozess zunehmender Außenorientierung eines Kindes. Diese Entwicklung setzt schon sehr früh ein. Bei autistischen Kindern verläuft jedoch besonders dieser Aspekt der Entwicklung völlig anders. Nicht zufällig wird der Zeitpunkt für eine Autismus-Diagnose rund um das dritte Lebensjahr gesehen. Während sich in diesem Lebensalter Kinder bewusst nach außen wenden und sich »die Welt erobern«, fällt das autistischen Kindern schwer. Sie bleiben in enger Beziehung zu ihren Bezugspersonen und versuchen in Strukturen zu verharren, die sie als sicher erlebt haben. Dieser Wesenszug wirkt sich auch auf die Entwicklung des »Ich-Empfindens« und des Selbstwertgefühls aus. Natürlich durchleben aber auch sie eine persönliche Entwicklung und streben auch sie nach Selbstbestimmung und Autonomie. In ein Dilemma geraten Eltern oft bei der Entscheidung, autistischen Kindern zum Beispiel bei der Gestaltung ihres Tagesablaufs »ihren Willen« zu lassen und die Vorstellungen des Kindes als Zeichen von Autonomie zu sehen. Vor allem die nächsten Bezugspersonen, für gewöhnlich die Eltern, sind die tragenden Säulen dieses Lebensmodells. Für diese ist es nicht einfach, den richtigen Zeitpunkt für eine Ablösung zu finden. Fast alle Eltern geraten in schwierige Situationen. Es gibt kein allgemein-

gültiges Konzept. Manche erleben die Erziehungsarbeit und das Zusammenleben mit ihrem autistischen Kind als große Herausforderung und es kommt zu einer frühen Trennung, andere finden eine so enge Form des Miteinanders, dass sie den Zeitpunkt fürchten, ab dem es ein Loslassen geben muss. Am ehesten scheint auch in diesem Fall unter Berücksichtigung der individuellen Ausgangslage eine bewusste Gestaltung eines stufenförmigen Modells zu helfen: Autonomie zulassen, wo immer es geht, Selbstständigkeit fördern, aber so behutsam loslassen, dass der zu unterstützende Mensch nicht in seiner Entwicklung zurückfällt. Oft müssen Eltern autistischer Kinder mit dem beklemmenden Gefühl leben, dass es – egal wie sie sich entscheiden – Experten gibt, die eine andere Entscheidung für richtig halten. Am Ende mancher Entwicklungen muss man einsehen, dass das Leben seinen Weg geht und Entscheidungen nicht immer vorausschauend getroffen werden können, sondern dass oft einfach etwas »passiert«. Verantwortungsvolle Eltern werden letztlich eine wohlüberlegte Entscheidung treffen und somit das Richtige tun, auch wenn immer bange Fragen bleiben. Jede Ablösung ist von individuell unterschiedlich geprägten Orientierungsproblemen begleitet. Soll unter Ablösung das Erreichen völliger Selbstständig-

keit, also auch der wirtschaftlichen Entscheidungsmöglichkeit, und das Bestehen im ersten Arbeitsmarkt verstanden werden, tritt das breite Spektrum dieser Anforderungen zutage und Schwierigkeiten werden erkennbar.

rungen zutage und Schwierigkeiten werden erkennbar.

Anton Diestelberger & Therese Zöttl

Abtreibung

Bis heute ist nicht bekannt, wodurch Autismus ausgelöst wird. Im Bereich der Genforschung konnten mehrere für Autismus relevante Bereiche gefunden werden, aber keine eindeutige Stelle im Genom. Auch gelang es bis jetzt nicht, einen Botenstoff zu finden, der als »Marker« auf Autismus hinweist. Daher ist es auch unmöglich, durch Fruchtwasseruntersuchungen zu erkennen, ob ein autistisches Kind geboren werden könnte. Es sollte sich daher für werdende Mütter nie die Frage einer Abtreibung wegen Autismus stellen. Einflussreiche Organisationen (z. B. Autism Speaks) in den USA unterstützen allerdings Genforschungen, deren Ziel es ist, Autismus (durch Ab-

treibungen) »auszurotten«, was jedoch äußerst umstritten ist. Da Autisten oftmals Probleme im sozialen Bereich haben, sind → Partnerschaften mit einem autistischen Partner oder auch zwischen zwei Menschen im Autismus-Spektrum eher selten. Heute herrscht die Überzeugung vor, dass Autismus vor allem genetisch bedingt ist. Die meisten autistischen Menschen erleben eine auf sich selbst bezogene Art der → Sexualität. In der Literatur sind überwiegend Beziehungsberichte von Menschen, die dem sogenannten Asperger-Bereich zuzuordnen sind, bekannt.

Anton Diestelberger & Therese Zöttl

Aggression (fremdaggressives und selbstverletzendes Verhalten)

Das Aggressionsverständnis in der Fachwelt zeigt sich heterogen. Ein Zugang zur Differenzierung ergibt sich durch die Unterscheidung zwischen einem engen und einem weiten Begriffsverständnis.

Der weite Aggressionsbegriff beinhaltet sowohl unterschiedliche Handlungen, wie sich Durchsetzen, Verteidigung, Kampf, Schädigung, Streiten, wie verschiedene Zustände, z. B. Aktivität, Drang, Trieb und Erregung, sowie Gefühle wie Wut und Ärger,

z. B. bei Hacker (1998). Vertreter des weiten Aggressionsbegriffs beziehen sich oft auf die ursprüngliche Wortbedeutung des lateinischen Wortes »aggreder«, welches Angreifen und Herantreten beinhaltet.

Für heilpädagogische Aufgabenstellungen wird ein enges Begriffsverständnis von Aggression als aggressivem Verhalten favorisiert, welches auch interdisziplinär, insbesondere in Psychologie, Psychiatrie und Pädagogik, vorherrschend ist. Hier wird die

Schädigung einer anderen Person (aber auch die Beschädigung von Sachen) in den Mittelpunkt gerückt. Allzu oft wird die Schädigung auf die Physis eingegrenzt; diese Form gilt als prototypisch für Aggression. Körperliche Schädigungen ergeben sich durch das Zufügen von Schmerzen bis hin zu Verletzungen. Unterbetont werden hingegen psychische bzw. emotionale Schädigungen, wie Herabwürdigen oder Bedrohen. Vergessen werden auffallend häufig auch die sozialen Schädigungen; hierzu zählen Ausgrenzung, Zerstören von Beziehungen, soziale Dominanz und Unterdrückung oder jemanden lächerlich machen.

Aggression und Autismus

Autistische Personen zeigen so wie alle Menschen aggressive Verhaltensweisen. Diese Aggressionen zeigen sich als Reaktionsweise in Konfliktsituationen und bei einigen Personen als regelmäßig wiederkehrende Verhaltensmuster (→ Verhaltensauffälligkeiten). Aggressionen sind kein typisches Merkmal von Autismus.

Praxisbeobachtungen verdeutlichen, dass autistische Personen zumeist reaktive Aggressionen zeigen, sie reagieren z.B. durch Schubsen, Beleidigen und Schlagen auf Eingriffen in ihrer Lebensweise oder ihren Angewohnheiten, dies im Sinne einer Reaktanz bzw. einer Befreiungsreaktion. Aggressionen können zudem aus inneren Zuständen wie negativen Gedanken, z.B. Erinnerungen, oder Gefühlen, z.B. Frustration, Wut, auftreten. Diese Aggressionen können als erlernt, aus Traumatisierungen heraus oder aufgrund von → Beziehungsstörungen verstehbar gemacht werden. Aggressionen zeigen sich verstärkt im Kontext von autistischen Personen, denen zusätzlich eine Intelligenzminderung (→ geistige Behinderung) zugeschrieben wird. Diese Beobachtung lässt sich daraus erklären, dass diese Personen verstärkt Eingriffen und Zu-

mutungen in ihrem Lebensrhythmus ausgesetzt waren und zudem aufgrund der Intelligenzminderung über eingeschränkte bzw. nicht von der Umwelt hinreichend verstandene → Bewältigungsstrategien verfügen, so in den Bereichen Kognition und Sprache (vgl. Wüllenweber 2009).

Hinsichtlich der Hilfen ist zunächst an eine passende Gestaltung des Lebensrahmens zu denken. Hier hat sich unter anderem der → TEACCH-Ansatz und v.a. die → Positive Verhaltensunterstützung (Theunissen & Paetz 2011) als hilfreich erwiesen. Passende pädagogische und psychotherapeutische Hilfen basieren auf einer vornehmlich verstehens- und weniger auf einer rein verhaltensorientierten Sichtweise. Hierbei ist an die Bedeutung von Auslösern und Funktionen und deren Umgestaltung zu denken. Kritisch zu sehen ist, dass → Psychopharmaka anscheinend zunehmend zum Einsatz kommen, v.a. Risperdal/Risperidon. Diese können jedoch durch passende pädagogische und psychotherapeutische Hilfen vermieden werden und sollten allenfalls das letzte Mittel darstellen und nur als zeitliche begrenzte Ergänzung zu pädagogischen Hilfen gesehen werden.

Autoaggression (selbstverletzendes Verhalten)

Eine besondere Form der Aggression stellt die Autoaggression bzw. das selbstverletzende Verhalten dar. Selbstverletzendes Verhalten (SVV) bildet ein breites Spektrum von Verhaltensweisen ab, wie u.a. sich schlagen, beißen, kratzen, schneiden, Haare ausreißen, Kopfschlagen, Bohren in Körperöffnungen. Es gehören aber auch die Einnahme von Gegenständen, z.B. Scherben, Stoff oder Schlüssel, und der Verzehr von Dingen, die nicht als Lebensmittel gelten, z.B. Papier, Federn, dazu. In seinen leichteren Formen ist der Übergang von SVV zur Normalität fließend,

z. B. beim Fingernägelkauen oder dem Aufkratzen von Wunden. Welche Rolle das Zufügen von Schmerzen spielt, wird kontrovers diskutiert, und es besteht Unklarheit über die Bedeutung des Schmerzempfindens. Ebenso ist umstritten, ob durch SVV Glückshormone (Endorphine) ausgeschüttet werden. Eine Absicht zur Selbsttötung wird kaum gesehen. SVV wird stark im Zusammenhang mit der sogenannten Borderline-Persönlichkeitsstörung thematisiert, hier gilt SVV als ein zentrales Symptom.

Im Umgang mit SVV zeigt sich z. B. bei Eltern und bei Fachkräften in der Behindertenhilfe die Schwierigkeit, Empathie für die SVV aufzubringen, das Verhalten erscheint fremdartig und schwer nachvollziehbar. Aufgrund dessen sind auch die sozialen Folgen von SVV von großer Bedeutung, sie können bis zu Ausgrenzung und Ablehnung der Person führen.

Erklärungsansätze gibt es diverse, lerntheoretische, entwicklungstheoretische und psychodynamische Ansätze kommen zum Tragen, körperliche Ursachen, wie z. B. gestörte Körperwahrnehmung, Konzentration von Neurotransmittern, werden genannt. Recht bekannt und akzeptiert ist die sogenannte Selbststimulationshypothese von Baumeister und Rollings (1976). Danach benötigt jeder Mensch ein bestimmtes Maß an körperlichen Anregungen. Wird dieser Maß nicht erreicht bzw. hat eine Person keine Alternativen zur Verfügung, kann es zu SVV als Ersatz kommen. In solchen Fällen tritt das SVV häufig regelmäßig bis automatisiert auf.

Selbstverletzendes Verhalten und Autismus

SVV wird in der Heilpädagogik vornehmlich in den Kontexten Geistige Behinderung (Mühl, u. a. 1995) und Autismus the-

matisiert. SVV gelten nicht als typisch bei autistischen Personen, sie werden als im Leben erworbene Problematik interpretiert. Im Kontext Autismus-Spektrum stellen SVV bei autistischen Personen mit zugeschriebener Intelligenzminderung in der Praxis der Behindertenhilfe ein intensiv diskutiertes Thema dar. SVV werden in der Praxis der Behindertenhilfe stark in Bezug auf Personen mit Autismus und zusätzlicher Intelligenzminderung thematisiert. Hierbei werden eingeschränkte Bewältigungsstrategien aufgrund der Intelligenzminderung (Wüllenweber 2009) gesehen. Besonders hervorzuheben sind jedoch unpassende Alltagsstrukturierungen, Beziehungs- und Förderangebote, die diesen Personenkreis in kritische Situationen bringen.

Der Umgang mit SVV stellt die heilpädagogische Praxis teilweise vor enorme Herausforderungen. Aus dieser Not heraus kommt es auch zum Einsatz von fragwürdigen bis äußerst kritischen Methoden, u. a. der Zufuhr aversiver Reize, Fixierungen, Medikation, Festhaltetherapie. Zeitgemäße Methoden hingegen zielen auf körperliche Betätigung, Notfallkoffer, Schutzkleidung und die Verstärkung von anderen, inkompatiblen und alternativen Verhaltensweisen (vgl. Mühl u. a. 1995). Auch die → Positive Verhaltensunterstützung kommt zunehmend zum Einsatz.

Ernst Wüllenweber

Literatur

- Baumeister, A.A.; Rollings, J.P.: Self-injurious behavior. In: Ellis, N.R. (Hrsg.): International Review of Research in Mental Retardation. New York 1976, 1–34
- Mühl, H.; Neukäter, H.; Schulz, K.: Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung. Bern u. a. 1995
- Theunissen, G.; Paetz, H.: Autismus. Neues Denken – Empowerment – Best Practice. Stuttgart 2011

Willenweber, E.: Krisen und Behinderung. Entwicklung einer praxisbezogenen Theorie zum Verstehen von Krisen und eines Handlungs-

konzeptes für die Krisenintervention bei Menschen mit geistiger Behinderung und bei Autismus. Hamburg 2009

Akzeptanz

Akzeptanz ist ein auf das Subjekt fokussierter Terminus. Er zielt wesentlich auf Handlungen, Emotionen und bestimmte Verhaltensweisen von Menschen im Autismus-Spektrum, die aufgrund der autismspezifischen Besonderheiten, Begabungen oder Einschränkungen ein hohes Maß an Akzeptanz und damit verbunden eine affirmative Grundhaltung ihres Interaktionspartners benötigen. Die Akzeptanz eines Sachverhaltes oder einer Person kann auch mit anderen Verben in semantische Nähe gebracht werden; z. B. annehmen, anerkennen, hinnehmen, zubilligen, mit etwas oder mit jemandem einverstanden sein.

Akzeptanz oder auch Nicht-Akzeptanz ist zumeist an konkrete Kommunikations- und Interaktionssituationen gebunden. Sie gestalten sich mit autistischen Menschen häufig anders als das in der Regel mit nicht-autistischen Menschen der Fall ist. Handlungstheoretisch argumentiert ist das sonst geläufige (idealisierte) Selbstverständnis, komplexe soziale und kommunikative Situationen mit Anderen einzugehen, sie zu gestalten, zu definieren, zu interpretieren, zu bewerten usw. im Autismus-Spektrum eben nicht prinzipiell vorauszusetzen. Hier kann der Einsatz elementarer »Reziprozitätsregeln der Verständigung« (Habermas 1971, 101–141) an Grenzen stoßen. Exakter ausgedrückt, die sonst in eine Art Selbstläufigkeit eingebetteten wechselseitigen Reziprozitätserwartungen können zum Teil vollständig aufgehoben sein. Denn »Interaktionen sind Verflechtungen von [sprachlichen oder außersprachlichen] Handlungen, wel-

che die Akteure aufeinander beziehen, [...] die jedoch einen grundlegenden sprachlichen Verständigungsrahmen voraussetzen« (Schütze 1987, 521). Dafür benötigt es eine kooperative, wechselseitig praktizierte Handlungsorientierung sowie die gegenseitige Perspektivenübernahme. Viele autistische Menschen haben jedoch große Schwierigkeiten, sich in das Erleben, Denken und Verhalten anderer Menschen hineinzusetzen und die Perspektive ihres Gegenübers zu übernehmen (dazu → Theory of Mind). Und mehr noch, viele autistische Personen scheinen auf die explizite Fokussierung ihrer Aufmerksamkeit auf Andere und mitunter auch auf die emotionale Hinwendung zu ihren Interaktionspartnern zu verzichten. Das bedeutet keinesfalls, dass Autisten nicht über ein intensives soziales und emotionales Erleben verfügen. Fallen jedoch oben erwähnte Reziprozitätsleistungen (unabhängig vom Schwerpunkt Autismus/Menschen im Autismus-Spektrum) weg, können Interaktionssituationen in massive Unordnung geraten oder einen rätselhaften bis bizarren Charakter erhalten (exemplarisch z. B. in Kafkas »Prozess«). Sie können erhebliche Spannungen, Verunsicherungen und Irritationen bei den Beteiligten erzeugen (vgl. dazu die sogenannten Krisenexperimente in den ethnomethodologischen Studien von Garfinkel 1973, 201–209, insb. 206 f). Das Wissen um die Wahrnehmungs- und Interaktionsbesonderheiten, um andere Formen der Informations- und Wahrnehmungsverarbeitung und nicht zuletzt das Wissen um häufig anzutreffende Defizite in

der Anbahnung, Gestaltung und Aufrechterhaltung von sozialen Beziehungen bei Menschen im Autismus-Spektrum erhebt Akzeptanz zu einem wesentlichen Schlüsselbegriff, zu einem zentralen Anspruch und zugleich Bestandteil der Beziehungsarbeit sowie der professionellen sozialen/pädagogischen/therapeutischen Arbeit mit autistischen Menschen.

Wie kann sich eine solche Akzeptanz ausdrücken?

Manche Menschen im Autismus-Spektrum sind an ein ritualisiertes verbales oder non-verbales Sprachverhalten gewöhnt. Zum Teil halten sich diese Personen an exzessiven Routinen fest bzw. die Routinen sind Bestandteil des eigenen Verhaltensfahrplanes (z. B. Wiederholungen, Umkehrungen, Verwendung von Zwei- oder Dreiwortsätzen o. ä.), ja sie benötigen diese Routinen zur Aufrechterhaltung, Strukturierung und Bewahrung ihrer eigenen ›inneren‹ Ordnung. Dieses routinisierte Sprachverhalten gilt es unabhängig von der Situation und jeweiligen Situationsdefinition zu akzeptieren. Passiert das nicht, z. B. indem unterbrochen, dazwischen geredet, kritisiert, korrigiert o. ä. wird, kann das Verunsicherungen oder Ängste (und eventuell auch → Verhaltensauffälligkeiten als Reaktion darauf) auslösen. Mit dem Wissen um die potenziellen Schwierigkeiten innerhalb der reziproken sozialen Interaktion und um Menschen im Autismus-Spektrum eine möglichst hohe Akzeptanz gegenüber aufzubringen, sollten ebenso komplexe Handlungen, wie z. B. eine undurchschaubare Mimik und Körpersprache oder ironische Anspielungen, vermieden bzw. nur erklärend verwendet werden.

Ein zweites Beispiel bezieht sich auf den Einsatz sogenannter → Hilfsmittel. Eine Sonnenbrille z. B. kann Schutz vor äußeren Reizeinflüssen (wie Sonnen- oder Licht-einstrahlung) bieten. Autistische Menschen können häufig entsprechend sensibel bis überempfindlich auf solche Reize reagieren (Schmerzen, das Gefühl, blind zu sein, Wahrnehmen eines Übermaßes an Spektralfarben o. ä.). Für Menschen im Autismus-Spektrum kann es von daher gewissermaßen ›normal‹ sein, eine Sonnenbrille zu tragen, so z. B. auch während eines Bewerbungsgesprächs. Doch gerade in diesem Rahmen entspricht das Tragen einer Sonnenbrille nicht dem üblichen Kleidungsstil (Outfit). Dennoch kann der Arbeitgeber unabhängig von der Eignung des autistischen Bewerbers das für diesen Rahmen etwas ungewöhnliche Outfit akzeptieren. Seine Akzeptanz könnte durchaus positive Effekte auf den Gesprächsverlauf hervorbringen.

Vico Leuchte

Literatur

- Garfinkel, H.: Das Alltagswissen über soziale und innerhalb sozialer Strukturen. In: AG Bielefelder Soziologen (Hrsg.): Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit. Bd. 1. Reinbek 1973, 189–262
- Habermas, J.: Vorbereitende Bemerkungen zu einer Theorie der kommunikativen Kompetenz. In: Habermas, J.; Luhmann, N. (Hrsg.): Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie. Frankfurt/M. 1971, 101–141
- Schütze, F.: Symbolischer Interaktionismus. In: Ammon, U.; Dittmar, N.; Mattheier, K. J. (Hrsg.): Soziolinguistik. Ein internationales Handbuch zur Wissenschaft von Sprache und Gesellschaft. Sonderdruck. Erster Halbband. Berlin, New York 1987, 520–553

Amygdala

Die Amygdala (Corpus Amygdaloideum) gehört phylogenetisch zu den ältesten Rindenteilen des Großhirns. Sie ist Teil des limbischen Systems, besteht aus 13 funktionell heterogenen Einzelkernen und befindet sich im medialen Temporallappen. Die Amygdala hat zentrale Bedeutung für die Entstehung und Steuerung von → Emotionen (Freese & Amaral 2009). Sie ist wesentlicher Bestandteil der Angstkonditionierung (Ledoux 2000), bewirkt eine rasche Emotionserkennung bei Gesichtsausdrücken (Schupp et al. 2004) und spielt auch eine wichtige Rolle bei der unbewussten Verarbeitung von emotionalen Stimuli (Whalen et al. 1998). Durch viele reziproke Verbindungen zu anderen Hirnstrukturen moduliert sie deren Funktionen in emotionaler Hinsicht. Über eine reziproke Verbindung zwischen Projektionsarealen des Kortex und der Amygdala werden analytische und kognitive Bewertungen sensorischer Reize an den basolateralen Kern geleitet. Die sensorischen Reize werden dort mit einer emotionalen Komponente ausgestattet und zurück in den Kortex projiziert. Aus dem Hippokampus, der Insel und dem orbitofrontalen Kortex werden über die zentromedialen Kerne Informationen über die Bewertung der emotionalen Reize rückgemeldet (Birbaumer & Schmidt 2006).

Ausgehend von Baron-Cohens Theorie, nach der die Amygdala als Teil des sozialen Gehirns die Symptomatik der Autismus Spektrum Störungen (ASS) verursachen könnte (Baron-Cohen et al. 2000), finden sich viele Bildgebungsstudien, die eine frühe dysfunktionale Entwicklung aufzeigen. So fanden Nordahl et al. (2012) ein im Verhältnis zu typisch Entwickelten überproportionales Wachstum der Amygdala, das sich ab dem 37. Lebensmonat manifestiert, andere berichten von einem geringeren Volumen grauer Substanz in der rechten Amyg-

dala (Cauda et al. 2011). Ausgehend von der Amygdala erfolgt ein kaskadenartiges Ausgreifen dieses frühen Entwicklungsdefekts auf kortikale Areale und sorgt so für die Defizite in der Verarbeitung emotionaler Stimuli (Schultz 2005): Es zeigen sich in Folge bei ASS abweichende Aktivitätsmuster der Amygdala bei der Präsentation emotionaler Stimuli, v. a. bei fazialer Emotionsexpression (Ashwin et al. 2006; Pelphrey et al. 2007; Sato et al. 2012). Insbesondere die Perzeption visuell erfasster sozio-emotionaler Stimuli und ein daraus resultierendes verändertes Blickverhalten im Sinne eines verringerten Fokussierens der Augen und der Augenregion wurde in vielen Studien übereinstimmend berichtet. Während bei typisch entwickelten Probanden in der sozialen Interaktion eine Orientierungsreaktion hin zu den Augen des Gegenübers erfolgt, bleibt diese bei ASS aus, ist verkürzt, orientiert sich nach kurzer Fokussierung wieder von den Augen weg oder richtet sich auf Bereiche außerhalb der Pupillenregion (Kliemann et al. 2012; Klin et al., 2002).

Ulrich Max Schaller

Literatur

- Ashwin, C. et al.: Differential activation of the amygdala and the social brain during fearful face-processing in Asperger Syndrome. In: *Neuropsychologia* 2006. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2006.04.014
- Baron-Cohen, S. et al.: The amygdala theory of autism. In: *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 24 (3), 2000, 355–364. Retrieved from <http://www.redi-bw.de/db/-/ebsco.php/search.ebscohost.com/login.-.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2000-07787-005&site=ehost-live>
- Birbaumer, N.; Schmidt, R. F.: *Biologische Psychologie* 2006 (p. 863). Springer DE. Retrieved from <http://books.google.com/-/books?id=xgl9g9Dw6bwC&pgis=1>

- Cauda, F. et al.: Grey matter abnormality in autism spectrum disorder: an activation likelihood estimation meta-analysis study. In: *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 82(12), 2011, 1304–13. doi:10.1136/jnnp.2010.239111
- Freese, J. L.; Amaral, D. G.: Neuroanatomy of the primate amygdala. In: Whalen, P. J.; Phelps, E. A. (Eds.): *The human amygdala*, 2009, 3–42. Retrieved from <http://www.redi-bw.de/db/ebSCO.php/search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2009-02740-001&site=ehost-live>
- Kliemann, D. et al.: The role of the amygdala in atypical gaze on emotional faces in autism spectrum disorders. In: *The Journal of neuroscience : the official journal of the Society for Neuroscience*, 32 (28), 2012, 9469–76 doi:10.1523/JNEUROSCI.5294-11.2012
- Klin, A. et al.: Visual fixation patterns during viewing of naturalistic social situations as predictors of social competence in individuals with autism. In: *Archives of general psychiatry*, 59 (9), 2002, 809–16. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12215080>
- Ledoux, J. E.: *Emotion circuits in the brain*. New York 2000, 155–184
- Nordahl, C. W. et al.: Increased rate of amygdala growth in children aged 2 to 4 years with autism spectrum disorders: a longitudinal study. In: *Archives of General Psychiatry*, 69 (1), 2012, 53–61
- Pelphrey, K. A. et al.: Perception of dynamic changes in facial affect and identity in autism. In: *Soc Cogn Affect Neurosci*, 2 (2), 2007, 140–149 doi:10.1093/scan/nsm010
- Sato, W. et al.: Impaired social brain network for processing dynamic facial expressions in autism spectrum disorders. In: *BMC neuroscience*, 13 (1), 2012, 99 doi:10.1186/1471-2202-13-99
- Schultz, R. T.: Developmental deficits in social perception in autism: The role of the amygdala and fusiform face area. In: *International Journal of Developmental Neuroscience, Autism: Modeling Human Brain Abnormalities in Developing Animal Systems*, 23 (2), 2005, 125–141
- Schupp, H. T. et al.: The facilitated processing of threatening faces: an ERP analysis. In: *Emotion (Washington, D.C.)*, 4 (2), 2004, 189–200. doi:10.1037/1528-3542.4.2.189
- Whalen, P. J. et al.: Masked presentations of emotional facial expressions modulate amygdala activity without explicit knowledge. In: *Journal of Neuroscience*, 18, 1998, 411–418

Anamnese

Die entscheidenden Informationen für eine valide Diagnosestellung einer sogenannten → Autismus-Spektrum-Störung kommen aus der Befragung der betroffenen Menschen (Eigenanamnese) sowie aus der Befragung der Eltern oder anderer Personen, die die Betroffenen vor allem in der ersten Dekade ihrer Entwicklung gut kennen wie etwa Geschwister, gute Freunde, Lehrer o.ä. (Fremdanamnese). Dabei müssen die lebenslangen Besonderheiten der perceptiven Wahrnehmung, der Aufmerksamkeits- und Interessenmodulation, der sozialen Wahrnehmung (→ Theory of Mind, Mentalisierung, kognitive Empathie) und Kompetenz, des wenig pragmatischen und konkreten Sprachverständnisses, der Kommunikationsprobleme sowie die Be-

dürftigkeit nach geregelten, erwartungsgemäßen Abläufen und Routinen klar herausgearbeitet werden. Etwa die von der Freiburger Arbeitsgruppe erarbeitete 11-Punkte-Liste (Blicksteuerung und holistisches visuelles Erkennen, soziale Kommunikation und soziales Verstehen, soziale Einbindung und soziale Bedürfnisse, interaktionelle Fantasie, Sprachpragmatik, Routinen und Rituale, motorische und verbale Stereotypien, sensorische Überempfindlichkeit und Reizdiskrimination, Detailwahrnehmung und sensorische Integration, Besonderheiten des Gedächtnisses, Motorik und Sonstiges; vgl. Riedel 2013) hat dabei inhaltlich wahrscheinlich eine höhere Validität als die weniger differenzierten Beschreibungen nach ICD-10 oder DSM-