



AUTISMUS - WAS IST DAS?

Der Begriff Autismus hat seinen Ursprung im griechischen Pronomen „autos“ und bedeutet übersetzt „selbst“. Die Wortschöpfung selbst geht auf den Schweizer Psychiater Eugen Bleuler zurück, der die Begriffe „autistisch“ und „Autismus“ im Jahre 1911 als eines der Grundsymptome der Schizophrenie prägte. Ursprünglich von ihm darunter verstanden war ein auf sich selbst bezogenes Denken und ein „Überwiegen des Binnenlebens gegenüber der Realität“ (zit. nach Wilker, 1989, S. 1).

Praktisch zur gleichen Zeit und unabhängig voneinander nahmen Leo Kanner in den USA und der Wiener Hans Asperger Untersuchungen auf und beschrieben das Erscheinungsbild der autistischen Störung in den Jahren 1943/44 als „frühkindlicher Autismus“ (early childhood autism - Kanner) und autistische Psychopathie (Asperger).

Für Kanner, der seine Untersuchungen in einer heute klassischen Studie unter dem Titel „Autistic disturbances of affective contact“ anhand von 11 Kindern darstellte, stand die aktive Abwendung des Kindes von seiner menschlichen Umwelt durch die zugrunde-liegende Beziehungsstörung und die damit verbundene Isolation im Hinblick auf das Erscheinungsbild im Vordergrund. Er definierte den frühkindlichen Autismus als „aloneness“. Für Asperger, dessen Ansatz auf eine psychopathologische Beeinträchtigung aufbaute (was einer angeborenen Charakterdeviation entspricht) lag ein Vererbungszusammenhang vor, denn „in jedem Fall, bei dem es uns möglich war, Eltern und Verwandte genauer kennenzulernen, haben wir in der Aszendenz verwandte psychopathische Züge feststellen können (zit. nach Kehrer, 1995a, S. 59)“.

Bettelheim griff Kanners Ansatz - des in einem isolationsähnlichen Zustand befindlichen Kleinkindes - auf, und erweiterte diesen um eine zugrundeliegende Störungskomponente der Mutter-Kindbeziehung. Der Säugling bzw. das Kleinkind wendet sich von seiner Umwelt und von seiner Mutter ab, da er/es sich von Anfang an abgelehnt fühlt und nach eigener Einschätzung keine Einflußnahme auf seine Umwelt hat („withdrawal“). Diese Sichtweise führte über mehr als 2 Jahrzehnte hinweg, insbesondere in den USA aber auch in Europa, zu einer indirekten Schuldzuweisung an die Mütter (Remschmid in DeMyer 1986), die für die schwerwiegende Störung in der frühkindlichen Entwicklung verantwortlich gemacht wurden.

Da die familiäre Realität und auch Kommunikationsstrukturen nicht weiter untersucht wurden und da dies als schwerwiegende Lücke in der Beweisführung betrachtet wurde und hinsichtlich der Aussagen eine nachvollziehbare wissenschaftliche Datengrundlage nicht angegeben wurde, wird dieser Ansatz (psychoanalytischer bzw. psychogenetischer) zwischenzeitlich von dem überwiegenden Teil der Forscher/Therapeuten nicht mehr weiterverfolgt (Wilker, 1989).

Als erster Forscher in den USA trat 1964 Rimland mit seiner Untersuchung – „Infantile Autism“ - der psychogenetischen Variante entgegen und vertrat die Auffassung, daß der Autismus organischen Ursprungs sei. Die Beziehungsstörung zwischen Mutter und Kleinkind wird zwischenzeitlich nicht mehr als Ursache, sondern als Folge der autistischen Störung gesehen (Lempp, 1992) und der psychogenetische Ansatz wird, u.a. hinsichtlich der Nichtbeachtung der vielfältigen neurobiologischen Störungen im frühesten Säuglingsalter, für nicht mehr haltbar erachtet (Remschmidt im Vorwort zu DeMyer 1986).

Hinsichtlich der in der Literatur verwendeten Begrifflichkeit des autistischen Syndroms herrscht eine inflationäre Begriffsbildung, die erst durch die internationalen Klassifikationsschemata des DSM-III-R, DSM IV und ICD-10 durch die Einführung der „tief-greifenden Entwicklungsstörung“ (Pervasive Developmental of Diseases) aufgelöst wurde. In der Literatur nach wie vor gängig sind neben dem autistischen Syndrom als umfassenden Begriff das „Asperger-Syndrom“, „Kanner-Syndrom- oder Kanner-Autismus“, „klassischer Autismus“, „Kernautismus“ und „frühkindlicher Autismus“ (infantile autism, childhood autism, Autismus infantum).



In dieser Untersuchung werden die Begriffe entsprechend der Klassifikationsschemata DSM/ICD verwendet und zwar autistisches Syndrom/autistisch Behinderter als Oberbegriff (entspricht F84.0 Childhood autism in ICD-10) und zur Differenzierung hinsichtlich der Schwere der Behinderung Asperger-Syndrom (high-level) sowie Kanner-Syndrom (low-level).

Durch die neuen Klassifikationsschemata wird auch deutlich, daß es den „Autismus“ nicht gibt, sondern daß von einem weiten Spektrum der autistischen Erscheinungen ausgegangen werden muß.

Zur Ätiologie soll an dieser Stelle nur ausgeführt werden, daß ein durch Studien abgesicherter einzelner Verursachungsfaktor bisher nicht gefunden werden konnte.

Neuere empirische Daten und Untersuchungen vor allem aus den USA lassen auf eine multifunktionale Beeinträchtigung bei der Informationsaufnahme und Verarbeitung, Wahrnehmungsbeeinträchtigungen, neuropsychologischen Defiziten und hirnorganischen Beeinträchtigungen schließen. Diese Auffassung wird von deutschen Autoren (u.a. Fuchs 1995; Lempp 1992) zwischenzeitlich ebenfalls weitgehend geteilt. Neueste Untersuchungen (Georgescu in FAZ, 1997) greifen wieder die genetischen Faktoren auf. Ergebnisse von Studien (diesbezüglich erstmals Ergebnisse ab 1980) ergaben erhöhte Serotinspiegel bei autistisch Behinderten, die durch ein vererbtes Serotin-Transporter Gen HTT, das von den Eltern auf die Kinder vererbt wurde, verursacht wurden.

Dementsprechend sind die Erklärungsmodelle und Therapieansätze, vor allem in den USA, vielseitig.

Diskutiert und propagiert werden u. a. Eliminationsdiät, Vitamin- und Mineralstofftherapie (insbesondere Vitamin B6 und Magnesium; Hauptvertreter: Rimland), gewaltsames Festhalten - „forced holding“ (Welch 1984; in Deutschland: Prekop, 1992), operantes Konditionieren und Verhaltenstraining (Lovaas basierend auf behavioristischen und S-R-Ansätzen Skinners), akustische Desensibilisierung (Tomatis), Tanz- und Musiktherapie, sensorische Integrationstherapie (Ayres), Sprachtherapie, physikalische Therapien sowie Konzepte der neurologischen Organisation (Delacato, 1985).

VARIATIONSBREITE DER AUTISTISCHEN STÖRUNGEN

Die Ausprägungen des autistischen Syndroms sind vielfältig und auch bereits hinsichtlich der unterschiedlich verwendeten Begriffsterminologien offensichtlich.

Immer wieder von öffentlichem Interesse sind die „Ausnahmeautisten“ mit ihren Teilleistungsspitzen sowie fast unauffälligem Aussehen und Erscheinen, selbst ihre Sprache wirkt bis auf geringfügige Besonderheiten nicht auffällig. In der Regel handelt es sich bei dieser Form des autistischen Syndroms um den „Asperger-Typ“ der autistischen Störung. Diese Fallgruppe, die sowohl im ICD-10 als auch im neu vorliegenden DSM-IV eigenständig aufgeführt ist, beträgt nach vorsichtigen Schätzungen von verschiedenen Autoren max. 5 Prozent der Gesamtheit der Betroffenen.

Durch den schriftstellerischen Erfolg des nichtsprechenden Birger Sellin, hat sich der breiten Öffentlichkeit eine neue Form des autistischen Syndroms gezeigt und zwar die eines nach außen hin schwer beeinträchtigten jungen Mannes, der nicht spricht und in vielfältiger Weise von seinem Elternhaus abhängig ist, der aber Gedichte von eigenümlicher Schönheit und Wortwahl schreibt. Das schriftstellerische Werk läßt sich dabei mit seinem Erscheinungsbild nicht in Einklang bringen und wirft die Frage auf inwieweit es möglich ist, daß eine zum Verfassen solcher Texte in der Lage befindliche Person nicht spricht und so schwerwiegende Behinderungen aufweist. Eine ähnliche Problematik zeigt sich bei Dietmar Zöller, der ebenfalls nicht spricht und sich ebenfalls mittels FC mitteilt. Nach Lempp (1992) ist Dietmar Zöller zwar in der Lage Verhalten und Äußerungen anderer zu verstehen, aber er ist in seiner Äußerungsfähigkeit behindert.



Insoweit ist eine feinere Unterscheidung hinsichtlich des autistischen Syndroms angezeigt und wird mit dem neuen Klassifikationsschema DSM-IV in Anlehnung an den ICD-10 auch vorgenommen. Der Asperger-Typ wurde genauso als eigenständige Form im DSM-IV aufgenommen wie das Rett-Syndrom.

In der wissenschaftlichen Literatur werden abweichend und ergänzend Unterscheidungen vorgeschlagen, wie bei Lempp (1992) in Kanner- und Asperger-Autismus oder bei Kehrer (1995a) in Kernautisten und Autisten mit geistiger Behinderung. Innerhofer & Klicpera (1988) schlagen folgende Unterscheidung vor:

- geistig behinderte Autisten
- geistig Behinderte mit autistischen Zügen
- intelligente Autisten
- Aspergersche Autisten

In Fällen der schweren Ausprägung des autistischen Syndroms (Kanner-Typ, starker Anteil der geistigen Behinderung) liegt in der Regel die Problematik im nicht genauen Feststellen-können ob bestimmte Denkvorgänge oder Verständnisprozesse beim Betroffenen überhaupt vorhanden sind (z.B. Lempp, 1992). Die Betroffenen reagieren z.T. weder auf Anruf noch auf optische Signale noch auf Schmerzreize. Die Sprache ist in dieser schweren Form des autistischen Syndroms nicht oder höchstens in Fragmenten vorhanden. Dabei wird von verschiedenen Autoren (Lempp, 1992) festgehalten, daß es sich nicht um eine Unfähigkeit zum Sprechen handelt, sondern vielmehr um fehlendes Interesse oder ein fehlendes Bedürfnis.