

Autismus-Spektrum-Störungen

STeP-Programm: strukturiert und erfahrungsorientiert

VERA BERNARD-OPITZ

Vor 20 Jahren entwickelte die Autorin erste Grundlagen zum Strukturierten und Erfahrungsorientierten Programm, kurz STeP-Programm, für Kinder mit Autismus-Spektrum-Störung (ASS). Durch verhaltenstherapeutische und strukturierende Methoden lernen die Kinder, den Anschluss im Alltag nicht zu verlieren.

Timmy war sechs Jahre alt, als sich seine Eltern verzweifelt mit Bitte um Hilfe an uns wandten. Der Junge zeigte nur kurzfristige Aufmerksamkeit, befolgte Anweisungen weder in der Schule noch zuhause und hatte mehrmals täglich schwere Gefühlsausbrüche.

Letztere traten besonders bei unvorhergesehenen Ereignissen auf. Daneben wurden zahlreiche ritualisierende Verhaltensweisen beobachtet. So grüßte und verabschiedete er Besucher wiederholt, war fasziniert von Zeiten und Landkarten und malte stereotyp, aber realitätsgetreu,

Autobahnen und Bahnnetze (Abb. 1). Er spielte am liebsten allein, wobei Straßenzüge aus Malkreide schon vor dem Haus der Eltern auf seine Faszination hinwiesen. Er stellte keinen Blickkontakt her und kommunizierte im Wesentlichen nur, um einen Wunsch zu äußern oder etwas abzulehnen. Er verstand Spielregeln nicht, hatte keine Freunde und lehnte Bemühungen seines achtjährigen Bruders, miteinander zu spielen, radikal ab.

Viele der obigen Verhaltensweisen entsprechen dem Störungsbild des frühkindlichen Autismus, das durch Auffälligkeiten im Bereich der sozialen Interaktion, der Kommunikation sowie durch stereotype Verhaltensweisen gekennzeichnet ist [13, 6]. Seit mittlerweile 60 Jahren haben sich bei dieser Entwicklungsstörung verhaltenstherapeutische und strukturierte Methoden bewährt [7, 11, 12]. Im Vergleich zu anderen Interventionen sind sie durch zahlreiche Forschungsbefunde als evidenzbasierte Methoden abgesichert [8–10]. Unumstritten ist dabei, dass lerntheoretische Prinzipien Menschen mit ASS helfen, unangemessene Verhaltensweisen abzulegen und angemessene Fähigkeiten zu entwickeln.

Struktur für Timmy

Entsprechend verhaltenstherapeutischer Zielvorgaben galten unsere Bemühungen mit Timmy zunächst dem Aufbau eines angemessenen Arbeitsverhaltens und dem Befolgen von Anweisungen. Da vor allem seine Bilder auf gute visuelle Fähigkeiten hinwiesen, wurden visuelle Hilfen kombiniert mit verhaltensorientierten Methoden verwendet. Zunächst wurde ein klarer Bildplan über den Ablauf der Sitzung eingeführt (Abb. 2), an dem Timmy ablesen konnte, was wann wo passierte.

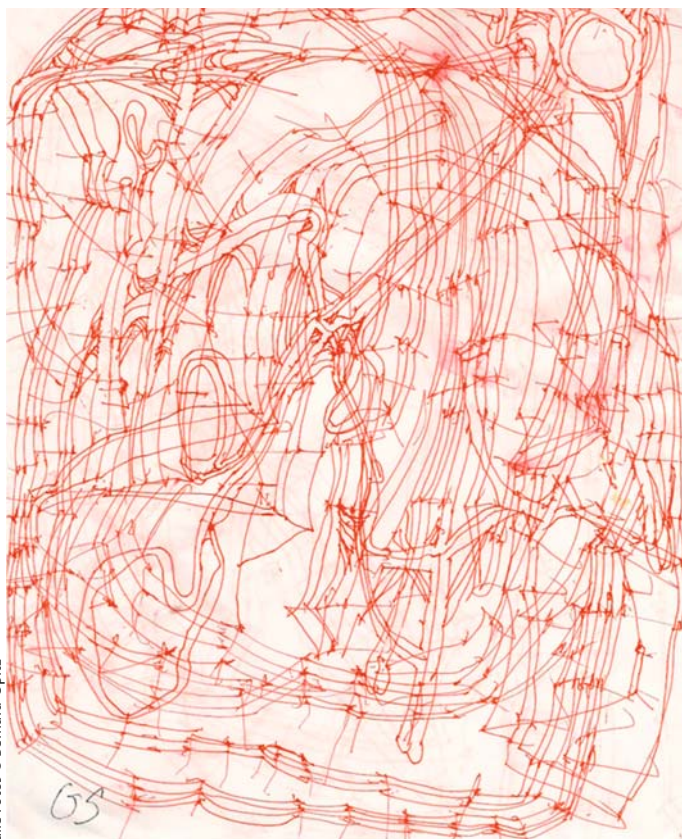


Abb. 1: Timmy malt gerne Autobahnen.

Buchtipp

Eine ausführliche Beschreibung des STeP-Programms finden Sie in:



Vera Bernard-Opitz
Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS)
 Kohlhammer, Stuttgart 2007
 39,90 €
 ISBN 3-17-019834-3

Mit dieser Strukturierung konnte sich Timmy leichter auf kommende Tätigkeiten einstellen, auch der Übergang von einer Tätigkeit zur anderen sowie die Vorbereitung auf unvorhergesehene Ereignisse wurden so für ihn einfacher. Daneben wurde die Anzahl der Hausaufgaben übersichtlicher gemacht durch verschiedenfarbige Ordner, die in einen Ständer gestellt wurden [1]. Präzisionslernen half, dass schulische Fähigkeiten wie Lesen, Rechnen, Zeit- und Geldverständnis mithilfe von wiederholten kurzen Zeiteinheiten von 20 bis 30 Sekunden gelernt wurden.

Zusätzlich wurden Münzverstärker eingesetzt, um das Erledigen häuslicher Pflichten sowie die Bewältigung von Hausarbeiten attraktiver zu machen. Dies können Münzen, Klebebildchen, Häkchen oder in Timmys Fall Landkarten sein. Da Timmy Autobahnen mag, wurde die Karte von Südkalifornien in zehn Teile zerschnitten und die einzelnen Teile als Belohnung für richtige Antworten eingesetzt. Nach zehn richtigen Antworten und dem fertigen Landkartenpuzzle erhielt er den gewünschten Spielverstärker, z. B. Puzzles oder Malkreide, um auf der Straße zu malen. Ein Timer verdeutlichte, wann die „Spielzeit“ zu Ende war und verhinderte so eine Auseinandersetzung mit Therapeuten und Eltern um die endlose Fortsetzung eines Spiels.

Eine Übersicht über mögliche Ursachen von Verhaltensproblemen und angemessene alternative Verhaltensweisen („Was ist los?“, „Was kann ich machen?“) erwies sich ebenfalls als hilfreich. Statt zu weinen und „zusammenzubrechen“, zeigte Timmy zum Beispiel auf

ein entsprechendes Gefühlsbild und deutete so an, dass er frustriert war, wenn er beispielsweise ein Spiel verlor und fand auf dem Alternativplan, dass er statt negative Verhaltensweisen zu zeigen, sich durch tiefes Durchatmen beruhigen konnte.

Um die beschriebenen Verhaltensprobleme abzubauen und kommunikative, soziale und spielerische Fähigkeiten zu entwickeln, wurde ein verhaltenstherapeutisch angeleitetes Hausteambesetztes Team aus zwei angeleiteten Therapeuten eingesetzt. Dieses führte etwa 40 strukturierte Übungsprogramme zehn Stunden wöchentlich durch. Sofern verfügbar, nahm der Bruder Timmys an einem Teil der Therapiesitzungen teil. Ebenfalls wöchentlich erfolgte eine Supervision des Teams sowie eine konkrete Anleitung der Eltern.

Das STeP-Programm

Grundlage des Programms war das von der Autorin entwickelte STeP-Programm (Strukturiertes Training und erfahrungsorientiertes Programm), das an etwa 1.000 Kindern mit ASS entwickelt wurde. Es ist mittlerweile auf deutsch, eng-

lich und sogar koreanisch veröffentlicht worden [2–4]. Das Programm liegt in einem Praxishandbuch vor, das wissenschaftliche Befunde mit praktischen Anleitungen für Therapeuten, Lehrer und Eltern kombiniert. Statt eine „Therapiemethode für alle“ zu propagieren, wird ein Kontinuum an Interventionen vorgestellt, das sich für bestimmte Untergruppen von Kindern mit ASS bewährt hat. Hierbei werden Prädiktoren für den Erfolg von den folgenden vier Standardmethoden aufgezeigt (Tabelle).

Eltern, Therapeuten und Lehrer erhalten hierbei Hinweise auf Schlüsselmerkmale, die den Erfolg einer bestimmten Therapieform für das einzelne Kind wahrscheinlich machen. Neben dem chronologischen Alter und dem Entwicklungsstand des Kindes geht in die Entscheidung die Präferenz des Kindes für bestimmte Wahrnehmungskanäle, das persönliche Tempo oder die Wünsche der sozialen Umwelt ein. Hierbei werden beispielsweise die folgenden Fragen gestellt:

- Sind massive Übungsdurchgänge (mit mehreren Wiederholungen wie im Diskreten Lernparadigma) notwendig

Tabelle 1

Standardmethoden Autismus-Spezifischer Verhaltenstherapie (AVT) [3]

1. Diskretes Lernformat

- Kleine Übungsschritte
- Initiative des Trainers
- Unmittelbare Verstärkung
- Wiederholte „Drills“

2. Präzisionslernen

- Kleine Übungsschritte
- Lernen in Sekunden
- Input- und Outputkanäle
- Selbstkontrolle

3. Visuelle Ansätze (Ablauf- und Handlungspläne, Handzeichen)

- Visuelle Hilfen
- Deutliche Struktur
- Initiative und Spontanität
- Selbstständigkeit

4. Erfahrungsorientiertes Lernen

- Inzidentelles Lernen/im Alltag
- Gelegenheit/Erfahrung schaffen
- Initiative und Spontanität
- Unterbrechen von Handlungsketten

oder lernt das Kind besser bei verteilten Übungen (wie beim erfahrungsorientierten oder natürlichen Lernen)?

- Reagiert das Kind besser auf schnelle Vorgaben (wie beim Präzisionslernen) oder traditionelle langsame Vorgaben?
- Lernt es besser, andere nachzuahmen, wenn Übungen mit Musik gepaart sind, es sich im Spiegel beobachtet oder aber Handlungsketten unterbrochen werden?
- Welche Konsequenzen haben verstärkenden Charakter?
- Ist das Umfeld des Kindes offen für alternative Kommunikationshilfen, wie Handzeichensprache oder bevorzugen die Eltern oder Altersgenossen neueste Bilderkommunikationsprogramme (wie Proloqua2go auf dem i-Touch)?
- Braucht das Kind externes Feedback durch den Therapeuten oder kann es durch gefilmte Modelle oder Selbstbeurteilung sein Sozialverhalten besser regulieren (z. B. „Ist es cool oder nicht cool, zu weinen, wenn man verliert?“)
- Welches Verhalten wird in einer bestimmten Lernsituation erwartet?

Neben der Wahl einer passenden Therapiemethode ist die Wahl von funktionalen Therapiezielen für ein Lernprogramm entscheidend. Im zweiten Teil des Praxisbuchs befindet sich daher das STeP-Curriculum, in dem Sequenzen von Therapiezielen beschrieben sind. Konkrete Aufgaben werden jeweils für die verschiedenen Lernformate aufgeführt, sodass die Therapeuten sowohl die Möglichkeit haben, ein Ziel, wie den Aufbau eines Fiktionsspiels im traditionellen diskreten Lernformat, in natürlichen, erfahrungsorientierten Situationen oder aber mit visueller Hilfe durchzuführen.

Fortschritte bei Timmy

Nach 18 Monaten hat Timmy sowohl innerhalb als auch außerhalb der Therapie seine Gefühlsausbrüche so weit reduziert, dass seine Eltern und Lehrer das Verhalten als unauffällig und „normal“ ansehen. Er kann mittlerweile sowohl auf ein- und zweigliedrige mündliche als auch schriftliche Anweisungen richtig reagieren. Auch im Klassenverband gilt er als guter Zuhörer. In Stresssituationen kann er sich besser beruhigen, indem er tief durchatmet oder sich anderweitig ablenkt. Seine Auf-



Abb. 2: Mit einem klar gegliederter Ablaufplan kann Timmy den Tag besser strukturieren.

merksamkeit hat deutlich zugenommen, wobei eine kürzlich eingesetzte Stimulanzien-Medikation die Fortschritte in positiver Weise unterstützt hat.

Ein Rückgang von zwanghaften Verhaltensweisen ist ebenfalls beobachtet worden: Timmy ist flexibler geworden, wenn Erwartetes nicht eintritt. Er stellt Fremde nur einmal vor und grüßt und verabschiedet sich ohne weitere Auffälligkeiten. Andererseits liebt er auch weiter feste Regeln und arbeitet derzeit daran, sich bei Fehlverhalten von Klassenkameraden nicht einzumischen.

Das Sprachverhalten des Jungen wirkt mittlerweile auf Außenstehende nicht mehr auffällig. Er hat gelernt, abstrakte Sprache wie Redewendungen zu verstehen und hat Freude daran, diese zu malen. Er kann Erlebtes oder Geschichten verständlich wiedergeben und unterhält seinen Gesprächspartner gerne durch Witze.

Auch im Sozialverhalten können entscheidende Fortschritte beobachtet werden: Timmy ist ein „sozialer Detektiv“ geworden, der nun sehr viel stärker die Mimik des Gegenübers beobachtet. Er kann jetzt Gefühle beschreiben und soziale Problemsituationen verstehen. Auch wenn er mittlerweile zahlreiche Rollenspiele gelernt hat und Reihenfolgen bei Partnerspielen berücksichtigt, muss sein Spielverhalten weiter normalisiert werden.

Durch visuelle Strukturierung hat sich seine Selbstständigkeit so verbessert, dass er seinen eigenen Ablaufplan schreibt

und einfache Hausaufgaben ohne fremde Hilfe bewältigt. Er ist in eine Regelklasse integriert und hat Freunde. Um dem Klassenniveau zu folgen, ist allerdings weiter viermal in der Woche eine Unterstützung durch das Hausteams nötig.

Fazit für die Praxis

- Mithilfe des STeP-Programms erhalten Eltern, Therapeuten und Lehrer Hinweise auf Schlüsselmerkmale, die den Erfolg einer bestimmten Therapieform für das einzelne Kind wahrscheinlich machen.
- Neben dem chronologischen Alter und dem Entwicklungsstand des Kindes gehen in die Entscheidung über die Art der Therapie die Präferenz des Kindes für bestimmte Wahrnehmungskanäle, das persönliche Tempo oder die Wünsche der sozialen Umwelt ein.

Literatur

Der Beitrag inklusive Literatur ist als PDF-Datei unter www.paediatric-hautnah.de abrufbar.

Vera Bernard-Opitz

Klinische Psychologin und Verhaltenstherapeutin, Internationale Teleberatung, BCBA-D
7 Fuertes Street
USA-Irvine, CA 92617

Erklärung zum Interessenkonflikt:

Die Autorin erklärt, dass bei der Erstellung des Beitrags kein Interessenkonflikt vorlag.

Literatur

1. Bernard-Opitz V and Häussler A. Praktische Hilfen für Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen: Fördermaterialien für visuell Lernende. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2010
2. Bernard-Opitz V. STEP Curriculum for children with Autism Spectrum Disorders (in Korean). Eeric Young Agency, Seoul 2010
3. Bernard-Opitz V. Kinder mit Autismus Spektrum Störungen: Ein Praxishandbuch für Therapeuten, Eltern und Lehrer. Kohlhammer-Verlag: Stuttgart 2007
4. Bernard-Opitz V. Children with Autism Spectrum Disorders: A Structured Teaching and Experienced-Based Program. Pro Ed.; Austin/Texas, 2007
5. Bernard-Opitz V. Applied Behavior Analysis (ABA)/Autismusspezifische Verhaltenstherapie. In Bölte S. (Hrsg.): Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven. Hans-Huber-Verlag, Bern 2009
6. Bölte S. Diagnostik bei Verdacht auf Autismus-Spektrum-Störung – Wissen um die Warnzeichen. pädiatrie hautnah 2010; 3: 210–4
7. Koegel RL and Kern Koegel L. Pivotal Response Treatment for Autism Communication, Social, and Academic Development. Brooke 2005
8. Lord C and McGee JP. Educating Children with Autism, Committee on Educational Interventions for Children with Autism, National Research Council. National Academy Press, Washington 2001
9. Lovaas OI. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1987; 55, 3–9
10. McEachin JJ, Smith T and Lovaas OI. Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. American Journal on Mental Retardation 1993; 97, 359–72
11. Mesibov GB, Shea V and Schopler E. The TEACCH approach to autistic spectrum disorders. Springer, Science & Business Media 2004
12. Ozonoff S, Rogers SJ, Hendren RL. Autism Spectrum Disorders: A research review for practitioners. American Psychiatric Publishing, Washington 2003
13. WHO: The ICS-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders, Clinical Descriptions and Guidelines. WHO Geneva