

Einführung

Kaum eine Therapiemethode hat bei Eltern von Betroffenen mit einer Autismus Spektrum Störung (ASS) so viel Hoffnungen, aber auch Ängste und Vorurteile hervorgerufen wie ABA, was für *Applied Behavior Analysis* steht. Während diese Methode besonders in den USA und Kanada aufgrund der jahrelangen Forschungsergebnisse als weit verbreitete »evidenzbasierte Therapie« gilt, steht sie in Deutschland und Teilen Europas derzeit nur wenigen Betroffenen zur Verfügung. Der vorliegende Band der Praxisserie »Autismus Konkret« soll daher auch deutschen Eltern und Fachkräften einen Einblick in die Entwicklungen, Methoden und praktischen Strategien von ABA und seinem deutschen Gegenstück AVT, *Autismusspezifischer Verhaltenstherapie*, geben.

Im Folgenden wird dargestellt, was man unter Verhaltenstherapie versteht, was wesentliche Kennzeichen von ABA sind und welche Methoden unter AVT zusammengefasst werden. Daneben wird auf Vorurteile gegenüber der Methode und den derzeitigen Stand der Diskussion hingewiesen. ABA/AVT wird als eine optimistische Methode zur Veränderung von Problemen und Defiziten dargestellt, die von Eltern, Hausteams und Fachkräften erlernt werden kann. Hierbei wird das Kontinuum von ABA/AVT-Strategien aufgezeigt, das vom Diskreten Lernformat zu spielerischen und kognitiven Interventionen geht und konkrete Hilfen für schwerer und leichter Beeinträchtigte mit ASS anbietet.

Der Erfolg von ABA/AVT-Programmen und die große Akzeptanz in angloamerikanischen oder anderen europäischen Ländern sollte auch in Deutschland bekannter werden. Hierzu wird auf Trainingsmöglichkeiten für Eltern und Hausteams

sowie Ausbildungsmöglichkeiten hingewiesen. Diese können sowohl in Workshops, Haustrainingsprogrammen, Online-Fortbildungen oder Aus- und Fortbildungsinstituten ermöglicht werden. Der vorliegende Beitrag versteht sich dabei als eine erste Einführung in ABA/AVT-Methoden für Eltern, Erzieher, Lehrer, Ärzte, Psychologen, Therapeuten, Schulbegleiter und Studenten.

Wir hoffen, dass dieser Band der Serie »Autismus Konkret« einen Beitrag leistet, therapeutische Hilfen für Betroffene mit ASS konkreter zu machen und Kindern und Jugendlichen mit ASS eine echte Chance zu geben, sich so zu entwickeln, dass eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft auch tatsächlich möglich wird.

Wir bedanken uns bei Frau Filbrandt und Herrn Dr. Poensgen vom Kohlhammer-Verlag für die hervorragende Unterstützung dieser Serie, bei Kollegen für wichtige Anregungen sowie bei Eltern und Kindern für ihre Offenheit, Lernbereitschaft und viele gute Ideen. Auch für das Einverständnis der Eltern zur Veröffentlichung von Photos ihrer Kinder ganz herzlichen Dank.

Vera Bernard-Opitz, Psychologische Psychotherapeutin, BCBA-D, Irvine, Hildesheim, AVT-Praxis und Online-Beratung.

Christos Nikopoulos, BCBA-D, London, Autism Consultancy Services Ltd

November 2016

1 Was versteht man unter Verhaltenstherapie, ABA und AVT?

1.1 Was ist Verhaltenstherapie (VT)?

Während der Begriff der Verhaltensmodifikation mehr als 100 Jahre alt ist, sind die Prinzipien, dass Menschen durch positive und negative Konsequenzen lernen, vermutlich so alt wie die Menschheit. Es war immer schon selbstverständlich, dass Kinder lernen mussten, sauber zu werden, ihre Wünsche zu äußern und mit anderen angemessen zu interagieren. Auch sollten sie lesen, schreiben, rechnen und arbeiten lernen, wobei Sternchen, gute Noten und später ein Gehalt ein Anreiz für gute Leistung waren. Auch heute freuen sich die meisten Erwachsenen über Lob,

vermeiden Tadel, Strafzettel oder Punkte für Verkehrsdelikte und *verstärken* sich selbst mit Kaffee, Tee, gutem Essen oder Musik. All diesem Verhalten im Alltag liegen Lerngesetze wie *operante Konditionierung, Modelllernen oder Shaping* zugrunde, die ebenfalls Komponenten sind für ABA-Programme.

Die erste Therapie, die *Verhaltenstherapie* genannt wurde, war die *systematische Desensibilisierung*, mit der zunächst Ängste vor Katzen oder Schlangen erfolgreich behandelt wurden (Wolpe, 1958). Durch Kombination von körperlicher Entspannung und schrittweiser Annäherung an den Angstreiz konnten auch bei Betroffenen mit ASS umschriebene Ängste (sog. *Phobien*) abgebaut werden.

So zeigte der 8-jährige Noah panikartiges Verhalten, wenn er zum Frisör sollte oder seine Nägel geschnitten wurden. Die Eltern erstellten eine Hierarchie von Situationen mit leichter Ängstlichkeit zu höchster Angststufe. Noah lernte zunächst, dass eine Nagelschere auf dem Tisch vor ihm okay war, wenn man dabei iPad[®] spielen durfte. Er tolerierte auf der nächsten Stufe auch das Geräusch der Schere, wenn diese ca. 30 cm weg von ihm gehalten wurde. Mit Entspannung durch das iPad[®] konnte sich die Schere auch seinen Nägeln nähern und schließlich seine Nägel schneiden. Als der zusätzliche Anreiz gegeben wurde, nach dem Nägelschneiden sein Kettcar fahren zu dürfen, las er sogar den Satz vor »Jeff, bitte schneide meine Nägel« und nahm den anschließenden Applaus seiner Eltern mit einem großen Lächeln entgegen.

Verhaltenstherapeuten gehen davon aus, dass Verhalten nicht durch unbewusste Prozesse bestimmt wird, sondern vor allem erklärt werden kann durch beobachtbare vorausgehende Bedingungen und nachfolgende Konsequenzen. So können Ängste wie die im obigen Beispiel vor dem Haareschneiden oder vor



Abb. 1.1: Durch schrittweise Annäherung an eine bedrohlich erlebte Situation können Ängste abgebaut werden

bestimmten Geräuschen, Angst vorm Fliegen, vor einem Pflaster, Spritzen oder sogar dem einfachen Zähneputzen in vielen Fällen durch die *Theorie der Klassischen Konditionierung* erklärt werden. Grundlage hierfür sind die Beobachtungen der ersten Lerntheoretiker, dass eine wiederholte Kombination von einem neutralen Reiz (wie im obigen Beispiel der Anblick einer Schere) mit einem furchtauslösenden Reiz (wie dem Geräusch des Schneidens, Berührung oder Schmerz) dazu führen kann, dass bereits der Anblick der Schere die Angstreaktion auslöst (Pavlov, 1903). Durch Gegenkonditionierung mit entspannenden Reizen konnten dabei zahlreiche Ängste abgebaut werden.

Während die ersten Behavioristen lediglich das sichtbare Verhalten des Individuums betrachteten, wurden ab den 1970er-

Jahren die nicht-sichtbaren Gedanken, Denkstile, Gefühle und körperlichen Prozesse mit in die Beobachtung einbezogen. Um diese Unterschiede zu betonen, wird Verhaltenstherapie zum Teil unterschieden von kognitiver Verhaltensmodifikation.

So kann die Aussicht auf das Kettcar-Fahren Noah veranlasst haben, seine Angstreaktion zu unterdrücken. Auch könnte ein kognitives Trainingsprogramm seinen irrationalen Gedanken »Nägelschneiden halte ich nicht aus« ersetzt werden durch den Gegengedanken »Ich bin cool und halte so viel aus wie Superman«. Auch organische Faktoren wie eine etwaige erhöhte allgemeine Ängstlichkeit werden bei der Erklärung und Therapie der Angst berücksichtigt.

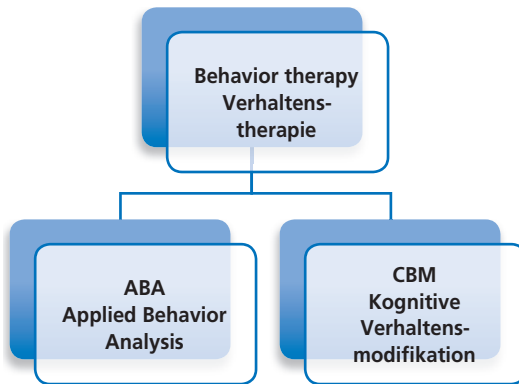


Abb. 1.2: Richtungen innerhalb der Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapeuten arbeiten vorwiegend in psychotherapeutischen bzw. sozialpsychiatrischen Praxen oder auch Kliniken. Hierbei werden zahlreiche Störungsbilder behandelt, wobei oft Ängste, Partnerprobleme, Zwänge, Schlafstörungen, Anorexie,

Drogenprobleme oder Depressionen im Mittelpunkt stehen. Meist handelt es sich bei den Klienten um Kinder, Jugendliche und Erwachsene, die über ihre Probleme sprechen können. In Abhängigkeit von dem jeweiligen Fokus werden hierbei verschiedene, wissenschaftlich überprüfte Methoden eingesetzt wie die obige systematische Desensibilisierung, Exposition, Flooding (Überfluten), operante Verfahren wie Verstärkung oder Response-Cost (Antwort-Kosten) oder auch kognitive Methoden wie die kognitive Umstrukturierung. Hierbei ist eine Verhaltensanalyse, nämlich das Verständnis von Verhalten durch Analyse der auslösenden Bedingungen und Konsequenzen sowie des Denkens und Fühlens, eine zentrale Komponente verhaltenstherapeutischer Arbeit.

Während für Verhaltenstherapeuten in Deutschland zunächst Gespräche mit jugendlichen oder erwachsenen Klienten im Zentrum standen, entwickelte sich in den USA eine Richtung der Verhaltenstherapie bei der vor allem Kinder behandelt wurden, die nicht über Gespräche erreicht werden konnten. Probleme wie Selbstverletzung, Mutismus oder aber Auffälligkeiten und Defizite von Kindern mit Autismus verlangten nach sehr andersartigen Methoden.

Tab. 1.1: Schwerpunkte in der Geschichte von VT und ABA

	Verhaltenstherapie	ABA
Altersgruppe	Jugendliche und Erwachsene	Kinder
Problematik	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ängste ◆ Depression ◆ Partnerprobleme ◆ Zwänge ◆ Schlafstörungen ◆ Anorexie ◆ Drogenprobleme 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ASS ◆ Mutismus ◆ Selbstverletzung

Tab. 1.1: Schwerpunkte in der Geschichte von VT und ABA – Fortsetzung

	Verhaltenstherapie	ABA
Methoden	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Systematische Desensibilisierung ♦ Modelllernen ♦ Responsekontrolle wie Verstärkung oder Response-Cost (Antwort-Kosten) ♦ Kognitive Verfahren wie kognitive Umstrukturierung 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Diskretes Lernformat ♦ Natürliches Lernformat ♦ Pivotal Response Training ♦ Naturalistic Developmental Behavioral Interventions ♦ (ausführlicher, s.S. 50 ff.)

1.2 Anfänge von ABA

Die Anfänge von ABA (Applied Behavior Analysis = Angewandte Verhaltensanalyse) bauten auf den Tierexperimenten Skinners auf, der zeigte, dass durch unmittelbare Verstärkung und shaping selbst Tauben lernten, Lesekarten zu unterscheiden oder miteinander Tischtennis zu spielen. Hierauf bauten Charles B. Ferster und Marian K. DeMyer (1961) auf. Sie bemerkten, dass die Probleme von Kindern mit Autismus darauf beruhen, dass sie nicht durch verzögerte konditionierte Verstärker lernen, also z. B. nicht auf soziale Verstärker, wie ein Lächeln oder eine Umarmung reagierten. Diese *mangelnde Sensibilität für soziale Verstärker* sah er als Grund für das mangelnde Sprachvermögen, das unangemessene Sozialverhalten und die unzureichenden Stimuluskontrolle an. Ein weiterer wichtiger Meilenstein für die Entwicklung von ABA waren die erstaunlichen Ergebnisse von Ivar Lovaas mit Kindern mit ASS.

1.3 Was ist die »Lovaas-Therapie«?

Bis Mitte der 1960er Jahre galt Autismus als emotionale Störung, für die es keine Hilfe gab außer Psychopharmaka oder Psychotherapie. Leider erwiesen sich die eingesetzten Medikamente als schädlich und die psychoanalytischen Erklärungen des damals führenden Spezialisten Bettelheim als Scharlatanerie. So endeten die meisten Betroffenen ohne Entwicklungschancen in desolaten Heimen. Der norwegische Psychologe *Ivar Lovaas* änderte dieses Schicksal durch die Idee, die Methoden einzusetzen, die *Helen Keller* von einem sprachlosen, isolierten taubblinden Kind zu einer weltberühmten Rednerin und Aktivistin für taubblinde Menschen gemacht hatten (ausführlicher zur Geschichte, s. Rimland, 1993).

An der University of California Los Angeles zeigte er, dass 47 % der jungen Kinder mit ASS durch ein wöchentlich 40-stündiges Verhaltenstraining und Förderung nach Methoden des Diskreten Lernformats eine normale Entwicklungsstufe erreichten und erfolgreich in Regelklassen unterrichtet werden konnten (Lovaas, 1987). Hiermit war ABA geboren und eine Entwicklung gestartet, die für viele Kinder und Eltern einer Revolution gleich kam.

Wiederholte Übungsdurchgänge mit einfachen, eindeutigen Anweisungen und kontingenter (also unmittelbar auf das Zielverhalten einsetzender) Verstärkung stellten die *Basis des Diskreten Lernens* dar. Lovaas betonte, dass Kinder motiviert werden müssten, um Sprache zu entwickeln, und dass diese früh und systematisch aufgebaut werden müsste. Beim Diskreten Lernen werden Aufgaben in kleine Lernschritte unterteilt und eindeutige Aufgabenstellungen und klare Anweisungen gegeben, wie »mach so/mach so wie ich« (für Imitationsaufgaben), »zeig/gib« (für Aufgaben zum Sprachverständnis) oder auch »was ist das/

möchtest Du?» (für Sprachausdruck). Richtige Reaktionen des Kindes werden sozial und oft materiell verstärkt. Nach fehlerhaften oder ausbleibenden Reaktionen werden effektive Hilfestellungen gegeben oder Fehler werden gleich blockiert (► »fehlerloses Lernen«, S. 57). Ein Beispiel für die Durchführung eines Diskreten Lerndurchgangs kann wie folgt aussehen:

Kurzzeitziel: David wird bei der Darbietung von 20 Verbabbildungen (5er Auswahl) mindestens 80 % der benannten Karten an zwei aufeinander folgenden Tagen diskriminieren.

- *Anweisung – S^D (= diskriminativer Stimulus): »Zeig/gib mir ...« (oder vergleichbar)*
- *Antwort: Kind zeigt/händigt die benannte Karte aus*
- *Konsequenz – $C+$ (= positive Konsequenz): Lob und Münzverstärkung*

Kurzzeitziel: David wird bei der Darbietung von 20 Gefühlsabbildungen (5er Auswahl) mindestens 80 % der benannten Karten an zwei aufeinander folgenden Tagen diskriminieren.

Anweisung – S^D (= diskriminativer Stimulus): »Hüpf/spring zu ...« (oder vergleichbar)

Antwort: Kind hüpf/springt zur benannten Karte

Konsequenz – $C+$ (= positive Konsequenz): Lob und high five

Zunächst fand die Therapie in Eins-zu-Eins-Sitzungen mit Einbezug der Eltern im Zuhause der Kinder statt. Lovaas zeigte durch wiederholte Übungen von kleinen Therapieschritten und unmittelbarer Verstärkung, dass nicht-verbale Kinder sprechen lernten. Da diese Kinder bislang ohne Entwicklungschancen in psychiatrischen Anstalten endeten, waren seine Erfolge erstaunlich. Seine Version von ABA machte diese Methode in breiten Kreisen bekannt, wobei oft nicht gesehen wurde, dass die soge-