

Aus der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Tübingen

Abteilung Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im
Kindes- und Jugendalter mit Poliklinik

**Pilotstudie zum „Tübinger Training für Autismus-Spektrum-
Störungen“ – Präsentation und vorläufige Evaluation
des Gruppentrainings**

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen**

vorgelegt von

Schoba, Anja Marie

2020

Dekan (komm.):

Professor Dr. D. Wallwiener

1. Berichterstatter:

Professor Dr. T. Renner

2. Berichterstatter:

Professor Dr. J. Riethmüller

Tag der Disputation:

10.11.2016

Für meinen Mann

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	8
1.1	Autismus – früher und heute.....	8
1.2	Autismus-Spektrum-Störungen.....	10
1.2.1	Symptomatik und Diagnostik.....	10
1.2.2	Ätiologie und neuropsychologische Modelle.....	14
1.2.3	Überblick über Therapieansätze.....	18
1.3	Selbst- und Fremdwahrnehmung bei Autismus.....	21
1.4	Achtsamkeit in der (Körper-)Psychotherapie.....	25
1.5	Gruppentherapeutische Ansätze bei Kindern mit Autismus.....	28
1.6	Fragestellung.....	32
2	Material und Methoden.....	33
2.1	Vorgehen zur Entwicklung des TütASS.....	33
2.2	Stichprobe.....	34
2.3	Zeitlicher Ablauf der Pilot-Studie.....	36
2.4	Vor- und Nacherhebung.....	38
2.5	Bewertung des TütASS.....	40
2.6	Statistische Auswertung.....	44
3	Ergebnisse.....	46
3.1	Das Tübinger Training für Autismus- Spektrum Störungen.....	46
3.1.1	Theoretischer Hintergrund des Trainings.....	46
3.1.2	Beschreibung des Trainingsrahmens.....	51
3.1.3	Inhaltlicher Aufbau.....	52
3.1.4	Therapiebausteine.....	56
3.1.5	Therapieprinzipien.....	60
3.1.6	Begleitende Elternarbeit.....	63
3.2	Beschreibung der Studienteilnehmer.....	65
3.3	Trainingsverlauf.....	68
3.3.1	Exkurs: Einzelfallberichte.....	72
3.4	Ergebnisse der Vor- und Nacherhebung.....	75
3.4.1	Ergebnisse zu Körperwahrnehmung und Gefühlsdifferenzierung.....	76
3.4.2	Ergebnisse zu sekundären Variablen.....	82
3.4.3	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	91
3.4.4	Hinweise auf Gruppenbildung der Probanden.....	93

3.5	Ergebnisse der Bewertung des TütASS.....	95
3.5.1	Bewertung des gesamten Trainings.....	95
3.5.2	Bewertung des TütASS in offenen Fragen.....	99
3.5.3	Bewertung der einzelnen Stunden.....	104
3.5.4	Verbesserungsvorschläge.....	109
4	Diskussion.....	111
4.1	Diskussion der Ergebnisse der Pilotstudie.....	111
4.1.1	Grenzen der vorliegenden Pilotstudie.....	111
4.1.2	Teilnehmerkollektiv.....	114
4.1.3	Veränderungen in der Vor- und Nacherhebung.....	115
4.1.4	Zufriedenheit mit dem Training.....	126
4.1.5	Entwicklungsmöglichkeiten des TütASS.....	128
4.2	Vergleich des TütASS mit ähnlichen Interventionsansätzen.....	134
4.2.1	Ansatz und Ziel.....	134
4.2.2	Setting, Aufbau und Therapieprinzipien.....	136
4.2.3	Evaluation und empirischer Hintergrund.....	141
4.3	Schlussfolgerung aus der Arbeit.....	145
5	Zusammenfassung.....	147
6	Literaturverzeichnis.....	150
7	Erklärung zum Eigenanteil.....	164
8	Anhang.....	167
8.1	Ergebnisse der Diagnostik.....	167
8.2	Verwendete Erhebungsinstrumente.....	169
8.2.1	Erhebungsinstrumente zur Vor- und Nacherhebung.....	169
8.2.2	Eigene Fragebögen zur Bewertung des Trainings.....	177
8.3	Unterlagen zum TütASS: Die 12 Trainingsstunden.....	193
8.4	Beispiel für eine TütASS-Stunde (Gedächtnisprotokoll).....	206
8.5	Ergebnisse der Vor- und Nacherhebung (Skalen).....	207
8.6	Fragestellungen zur Bewertung des TütASS.....	210
8.7	Antworten auf offene Fragen der Evaluationsbögen.....	213
8.7.1	Bewertung des TütASS.....	213
8.7.2	Verbesserungsvorschläge.....	218

Abkürzungsverzeichnis

ADI-R	Diagnostisches Interview für Autismus (Autism Diagnostic Interview)
ADOS	Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen (Autism Diagnostic Observation Scedule)
ASS	Autismus-Spektrum-Störung
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
CBCL 4-18	Deutsche Fassung der Child Behavior Checklist
CFT 20-R	Grundintelligenztest 20 - Revision (Culture Fair Intelligence Test 20 – Revision)
DIKJ	Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche
DSM	Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
FEEL-KJ	Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen
HFA	Autismus auf hohem Funktionsniveau (High functioning autism)
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Statistical Classification of Diseases)
ILK	Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen
KONTAKT	Frankfurter Kommunikations- und soziale Interaktionstraining
LFA	Autismus auf niedrigem Funktionsniveau (Low functioning autism)
MINI-KID	Mini International Neuropsychiatry Interview for Children and Adolescent

PPKJ Tübingen	Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter am Universitätsklinikum Tübingen
SDQ-Deu	Fragebogen zu Stärken und Schwächen
SEE	Skala zum Emotionalen Erleben
SRS	Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität
ToM	theory of mind
TOMTASS	Theory-of-mind-Training bei ASS
TütASS	Tübinger Training für Autismus-Spektrum-Störungen
WHO	Weltgesundheitsorganisation
*	Besonderheit in der Fragebogen-Auswertung: Ein hoher Wert entspricht einem normalen / positiven Ergebnis.

Verwendete mathematische Abkürzungen

M	Mittelwert
SD	Standardabweichung
Sig.	Signifikanzniveau

1 Einleitung

„Das Leben im Autismus ist eine miserable Vorbereitung für das Leben in einer Welt ohne Autismus. Die Höflichkeit hat viele Näpfchen aufgestellt, in die man treten kann. Autisten sind Meister darin, keines auszulassen.“

(Brauns 2002, S. II)

Menschen mit Autismus erleben unsere Welt anders. Im alltäglichen Leben fallen sie oft auf. Es gibt deshalb Sozialtrainings für Menschen mit Autismus, in denen „richtiges“ Verhalten antrainiert wird. Das Team des *Tübinger Trainings für Autismus-Spektrum-Störungen* hat die Vision von einem tiefer gehenden Ansatz; einem Ansatz, der Probleme an der Wurzel packt, anstatt Zweige zu beschneiden.

1.1 Autismus – früher und heute

Bekannt sind autistische Störungen erst seit Mitte des letzten Jahrhunderts. Leo Kanner war 1943 der Erste, der ein autistisches Störungsbild beschrieb: mangelndes Bedürfnis nach sozialen Beziehungen, besonderes Interesse an Objekten, Inselbegabungen und Überempfindlichkeit. Unabhängig davon berichtete Hans Asperger 1944 von sprechenden, nicht geistig-behinderten Kindern, die eine abnormale Kommunikation und umschriebene, ausufernde Interessen zeigten (vgl. u.a. Poustka 2008, S. 4-6). Heute werden autistische Störungen durch die Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-5 beschrieben (siehe Kapitel 1.2.1).

Die Betrachtung von und der Umgang mit autistischen Störungen ist in den letzten Jahren einem starken Wandel unterworfen.

Zum Einen nimmt die Häufigkeit von diagnostizierten, autistischen Störungen zu. Ging man im Jahr 2000 noch von Zahlen wie 4 - 10/10.000 Kinder aus (vgl. Sigman und Capps 2000, S. 13), berechneten Elsabbagh et al. 2012 im Rahmen eines großangelegten Reviews eine globale Prävalenz von 62/10.000

(Elsabbagh et al. 2012). In einzelnen Erhebungen wurde von bis zu 147/10.000 betroffenen Achtjährigen berichtet (Baio 2014). Es ist unklar, ob autistische Störungen heute tatsächlich häufiger auftreten oder einfach durch bessere Diagnosekriterien und einen höheren Bekanntheitsgrad häufiger erkannt werden (Matson und Kozlowski 2011).

Zudem nimmt in den letzten Jahren der Anteil an diagnostizierten Mädchen und Frauen mit Autismus zu. Man geht im Moment von einem Verhältnis von 5,5 : 1 (m : w) aus (Remschmidt und Kamp-Becker 2011, S. 191), mit einem steigendem Anteil an weiblichen Betroffenen (Jensen et al. 2014). In einzelnen Studien fand sich sogar ein Verhältnis von 4,5 : 1 (Baio 2014). Es wird diskutiert, ob der Anteil noch höher liegt und Autismus bei Mädchen und Frauen durch die gängigen Diagnosekriterien nur schlechter erfasst wird als bei Jungen und Männern (Preißmann 2014, S. 396-400).

Seit einigen Jahren wächst zugleich das gesellschaftliche Interesse am Thema Autismus. Dazu tragen unter anderem Bücher von Betroffenen und Spielfilme bei. Auch in der Forschung wird das Thema mit verstärktem Interesse behandelt und neu durchdacht. So geht man heute eher von einem Spektrum an autistischen Störungen aus, als von klar abgrenzbaren Störungsbildern (Freitag 2014). Autistische Störungen werden als Kontinuum betrachtet, dessen Merkmale mehr oder weniger ausgeprägt sein können, die sich aber von anderen Störungen abgrenzen lassen (Kamp-Becker 2014, S. 43).

Von der Theorie der „Kühlschrankmutter“, dass also die Eltern die Schuld an der autistischen Störung ihres Kindes trügen, ist man schon lange abgekommen (vgl. Lempp 1992, S. 110-111). Heute geht man von biologischen Ursachen aus. Die genaue Ätiologie von Autismus ist aber weiterhin unbekannt (Remschmidt und Kamp-Becker 2011, S. 198-199).

In den letzten Jahren wurden viele neue Therapieansätze entwickelt. Während man früher davon ausging, Menschen mit Autismus seien überhaupt nicht in der Lage zu lernen, weiß man heute, dass sie durch entsprechende Förderung große Fortschritte auf vielen Gebieten erzielen können (vgl. u. a. Leitlinien 2007, S. 231; Poustka 2008, S. 37-43).

1.2 Autismus-Spektrum-Störungen

Das folgende Kapitel beschreibt die Grundlagen und den aktuellen Stand der Wissenschaft zu Autismus, soweit für das Verständnis dieser Arbeit notwendig.

1.2.1 Symptomatik und Diagnostik

„Manche Autisten erleben still, in sich gekehrt, ihre Tage, andere toben herum, weil ihnen die Welt durch den Kopf rennt. [...] Manche Autisten lachen gerne und plappern viel, andere sind eher sachlich und einsilbig. Manche Autisten verzweifeln an ihren trüben Gedanken, andere haben ihre Zelte auf der heiteren Seite des Lebens aufgeschlagen.“ (Brauns 2002, S. II)

Das von der WHO herausgegebene internationale Klassifikationssystem *International Statistical Classification of Diseases -10 (ICD-10)* fasst unter dem Begriff *tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84)* mehrere Störungsbilder zusammen. Darunter fallen auch *Frühkindlicher Autismus (F84.0)*, *Asperger-Syndrom (F84.5)* und *Atypischer Autismus (F84.1)*. Weitere F84-Diagnosen sind in Tabelle 1 abgebildet (nach Poustka et al. 2008, S. 8-9).

Tab.1: F84-Diagnosen nach ICD-10

F84.0	Frühkindlicher Autismus
F84.5	Asperger-Syndrom
F84.1	Atypischer Autismus
F84.2	Rett-Syndrom
F84.3	Andere desintegrative Störung des Kindesalters
F84.4	Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien
F84.8	Sonstige tiefgreifende Entwicklungsstörung
F84.9	Nicht näher bezeichnete tiefgreifende Entwicklungsstörung

Für die Forschung hat auch das amerikanische Klassifikationssystem *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) Bedeutung. Im 2014 erschienenen DSM-5 wurde das aktuelle Forschungskonzept vom autistischen Spektrum aufgenommen: Der *Frühkindliche Autismus*, das *Asperger-Syndrom* und der *Atypische Autismus* werden danach zu den *Autismus-Spektrum-Störungen* zusammengefasst (Freitag 2014). Individuelle Ausprägungen der Störung (wie z. B. der Schweregrad) können gesondert beschrieben werden. Diese neue Klassifikation basiert auf Studien, die zeigen, dass sich die verschiedenen autistischen Störungen nicht klar voneinander abgrenzen lassen (Kamp-Becker 2014, S. 41).

In der vorliegenden Arbeit werden deshalb die Begriffe *Autismus-Spektrum-Störungen* (ASS, engl.: Autism Spectrum Disorder) oder *Autismus* anderen Bezeichnungen vorgezogen und als Überbegriff für den *Frühkindlichen Autismus*, das *Asperger-Syndrom* und den *Atypischen Autismus* verwendet.

Nach beiden Klassifikationssystemen sind ASS durch Defizite im Bereich der sozialen Interaktion und der Kommunikation sowie durch restriktive und repetitive Verhaltensweisen, Interessen und Aktivitäten gekennzeichnet (Freitag 2014; Remschmidt und Kamp-Becker 2011, S. 191-193).

Häufig wird unterschieden zwischen Betroffenen mit *Autismus auf hohem Funktionsniveau* (HFA; *High functioning autism*), die eine durchschnittliche bis überdurchschnittliche Intelligenz (IQ > 85) und meist gute verbale Fähigkeiten aufweisen, und Betroffenen mit *Autismus auf niedrigem Funktionsniveau* (LFA; *Low functioning autism*), mit Intelligenzminderung und schlechten sprachlichen Fähigkeiten (Poustka et al. 2008, S. 11-12).

Auffälligkeiten bei Menschen mit einer ASS können sein:

- **Eingeschränktes Sozialverhalten**; beispielsweise wenig Interesse an sozialen Situationen, Schwierigkeiten beim Erlernen sozialer Verhaltensweisen und beim Schließen von Freundschaften und / oder das Vermeiden von Blickkontakt.

- **Sprachliche Besonderheiten** wie eine auffällige Sprachmelodie, pedantische Redeweise und zu viel oder zu wenig zu reden. Häufig ist auch ein wortwörtliches Verstehen von Redewendungen, Ironie etc.
- **Spezielle Interessen**, also ein unverhältnismäßig großes Interesse für ein bestimmtes Themengebiet.
- Das **Festhalten an Routinen** und Schwierigkeiten mit unvorhergesehenen Ereignissen.
- **Kognitive Besonderheiten** wie ein unausgeglichenes Intelligenzprofil, ein außergewöhnliches Gedächtnisprofil, Probleme beim Lesen und Schreiben sowie Probleme mit flexiblem Denken.
- **Motorische Unbeholfenheit.**
- **Sensorische Besonderheiten** (eingeschränktes oder übermäßiges Empfinden bestimmter Wahrnehmungen); z. B. Überempfindlichkeit gegenüber Licht oder Unempfindlichkeit gegenüber Schmerzen und hohen Temperaturen. Beschrieben wird auch eine „Gesichtsblindheit“ – also die Schwierigkeit, Gesichter anderer Menschen und deren Ausdruck zu erkennen.

(nach Attwood 2010, S. 71-81 / 220-242 / 253-261 / 309-314 / 323-345; Leitlinien 2007, S. 225-226; Sautter 2012, S. 22-28; Sigman und Capps 2000, S. 9-21).

Dabei sind Menschen mit Autismus untereinander sehr verschieden und ihre Fähigkeiten sind oft unterschiedlich gut ausgebildet: So können die kognitiven Fähigkeiten überdurchschnittlich sein, während emotionale und soziale Fähigkeiten weit unter dem Durchschnitt liegen (Poustka et al. 2008, S. 8-14).

ASS sind differentialdiagnostisch schwer von anderen psychiatrischen Störungsbildern abzugrenzen, da in allen drei Symptombereichen (stereotype Verhaltensweisen, Kommunikation und soziale Interaktion) Überschneidungen mit anderen Störungen wie ADHS, Persönlichkeits- oder Zwangsstörungen vorkommen (Kamp-Becker 2014, S. 45-46). Viele Betroffene haben zudem eine oder mehrere psychiatrische Begleit-Störung(en) (Kamp-Becker 2014, S. 45):

Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefizite kommen bei fast der Hälfte der Kinder mit Autismus vor. In unterschiedlichem Ausmaß treten Sprachdefizite und Probleme der Lesefähigkeit auf (Leitlinien 2007, S. 228). Als Komorbiditäten bei ASS werden des Weiteren Intelligenzminderung und Epilepsie genannt (Poustka et al. 2008, S. 20-22). Häufig treten auch Depression oder Ängstlichkeit auf (Liew et al. 2015).

Die Diagnose ASS wird durch eine umfassende, (kinder- und jugend)psychiatrische Abklärung getroffen, die unter anderem eine genaue Anamnese und Verhaltensbeobachtung, eine körperlich-neurologische Untersuchung und eine Intelligenzdiagnostik einschließt (Leitlinien 2007, S. 227-231). Letztendlich ist die Diagnose ASS eine klinische Einschätzung und kann bisher nicht mit hundertprozentiger Spezifität gestellt werden (Kamp-Becker 2014, S. 40). Aus diesem Grund wird die Diagnostik durch ein multiprofessionelles Team mit klinischer Erfahrung anhand von verschiedenen Untersuchungsmethoden als „wahrer Goldstandard“ bezeichnet (Falkmer et al. 2013).

Als umfassendste, instrumentelle Autismus-Diagnostik gilt derzeit die Kombination der beiden Diagnostikinstrumente *ADOS* (Autism Diagnostic Observation Schedule, Rühl et al. 2004) und *ADI-R* (Autism Diagnostic Interview-Revised, Bölte et al. 2006). Werden beide Instrumente von geschulten und erfahrenen Untersuchern/innen angewandt, ergeben sie recht sichere Diagnosen (Noterdaeme 2014, S. 37). Die *ADOS* ist ein halbstandardisiertes Spielinterview. Während der Durchführung werden die Kinder in verschiedenen Situationen beobachtet, die soziale Interaktion erfordern (Rühl et al. 2004). Legt man als Standard eine Diagnostik durch ein multiprofessionelles Team zugrunde, so weist die *ADOS* eine korrekte Klassifikationsrate von 80 % auf (Falkmer et al. 2013).

Das *ADI-R* ist ein standardisiertes, halbstrukturiertes Interview mit den Eltern bzw. der engsten Bezugsperson. Erfragt werden dabei autistische Verhaltensweisen im Lebensverlauf des Kindes (Bölte et al. 2006). Legt man

wiederum die Diagnostik durch ein multiprofessionelles Team als Standard zugrunde, so weist das ADI-R eine korrekte Klassifikationsrate von 85 % auf (Falkmer et al. 2013).

Studien, in denen ADOS und ADI-R gemeinsam angewandt wurden, erreichen eine korrekte Klassifikation von 84 % (Falkmer et al. 2013).

Für beide diagnostischen Verfahren gilt, dass sie valide und gut untersucht, aber von der Interpretation und Erfahrung des Untersuchers abhängig sind (Kamp-Becker, 2014, p.44).

Noch im Jahr 2015 sollte der erste Teil einer S3-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften zu ASS herausgebracht werden (AWMF 2010), der sich auch mit geeigneten Screening- und Diagnostik-Instrumenten für ASS beschäftigt (Vilasaliou et al. 2014, S. 94).

1.2.2 Ätiologie und neuropsychologische Modelle

Autismus-Spektrum-Störungen gelten als Entwicklungsstörungen des Zentralen Nervensystems (Remschmidt und Kamp-Becker 2011, S. 198). Bis heute gibt es kein einheitliches Modell zu deren Ätiologie. Wie bei vielen anderen psychiatrischen Störungen geht man davon aus, dass eine biologische Pathogenese zugrunde liegt und mehrere Faktoren beteiligt sind (Poustka et al. 2008, S. 22-27; Remschmidt und Kamp-Becker 2011, S. 198-199).

Bei Menschen mit einer ASS fanden sich Anomalien der Anatomie oder Funktion des Gehirns (Remschmidt und Kamp-Becker 2011, S. 199). Ein konkretes neurobiologisches Korrelat zu ASS ist nicht bekannt. Dziobek & Bölte kamen aufgrund einer Übersichtsarbeit zu dem Ergebnis, dass vermutlich nicht einzelne Gehirnareale betroffen sind, sondern eine Beeinträchtigung in der Vernetzung verschiedener Gehirnareale vorliegt (Dziobek und Bölte 2011). Diskutiert wird auch eine Fehlfunktion sogenannter *Spiegelneurone* (vgl. Poustka et al. 2008, S. 34).

Aufgrund von Zwillings- und Familienstudien gilt eine genetische Komponente als gesichert. Allerdings gibt es kein „Autismus-Gen“. Vermutlich sind mehrere Gene an der Entstehung von Autismus beteiligt (Chiocchetti und Klauck 2011; Freitag 2008; Poustka et al. 2008, S. 24-27).

Es existiert zudem eine Reihe von neurologischen bzw. körperlichen Erkrankungen (z.B. Epilepsie, fragiles-X-Syndrom), die häufig im Zusammenhang mit Autismus vorkommen (Amiet et al. 2010; Lo-Castro und Curatolo 2014).

Auch Umweltfaktoren spielen eventuell eine Rolle (vgl. Poustka et al. 2008, S. 27-29).

Um ASS zu erklären, werden ferner unterschiedliche neuropsychologische Modelle angewandt. Aufgrund der Fülle an Literatur ist es nicht möglich, ein umfassendes Bild der verschiedenen Modelle zu entwerfen. Zum besseren Verständnis von ASS soll jedoch zumindest ein kurzer Überblick gegeben werden:

Die anerkanntesten, neuropsychologischen Erklärungsmodelle für ASS sind Einschränkungen der *Theory of mind*, der *Zentralen Kohärenz* und *Exekutiver Funktionen* (Remschmidt und Kamp-Becker 2011, S. 199-200). In einer Übersichtsarbeit beschrieben Dziobek und Bölte Ergebnisse verschiedener Arbeiten zu sozial-kognitiven, emotionalen und exekutiven Funktionen und der Wahrnehmung bei ASS. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass Beeinträchtigungen der *Theory of mind* und *Exekutiver Funktionen* sowie Besonderheiten in der *Zentralen Kohärenz* häufig auftretende Phänomene bei Menschen mit Autismus darstellen. Die Modelle hätten einen hohen Erklärungswert für deren klinische Symptomatik (Dziobek und Bölte 2011). Laut Preißmann können sie zudem ein tieferes Verständnis für die betroffenen Menschen ermöglichen (Preißmann 2009, S. 14). Zusammenhänge zwischen den drei Modellen werden momentan untersucht (z. B. Vanegas und Davidson 2015).

Erklärungsmodell der Theory of mind

„So erklärte meine psychologische Kollegin in der Klinik, sie könnte „in die Luft gehen“. Ich dachte, sie wollte mit mir über ihre Urlaubspläne sprechen und fragte, wohin sie gern fliegen würde. Dass sie sich über einen Patienten geärgert hatte, war mit entgangen.“ (Preißmann 2012, S. 70)

Der Begriff *Theory of mind* wurde von Baron-Cohen, Leslie und Frith geprägt (Baron-Cohen et al. 1985). Eine *Theory of mind* (ToM) zu haben bedeutet, mentale Zustände (wie Gedanken, Gefühle, Wünsche und Intentionen) bei sich selbst und anderen Menschen erfassen und unterscheiden zu können (Perner et al. 1989). Neuroanatomische und –chemische Korrelate zur ToM werden diskutiert (u. a. Abu-Akel und Shamay-Tsoory 2011).

Baron-Cohen et al. gingen davon aus, dass Menschen mit Autismus in unterschiedlichem Ausmaß eine ToM fehlt (Baron-Cohen et al. 1985). Das ToM-Modell dient damit als Erklärung für einige soziale und kommunikative Beeinträchtigungen bei Menschen mit ASS und als möglicher Ansatzpunkt für Interventionen (Fletcher-Watson et al. 2014; Scheeren et al. 2013; Tonelli 2011). Vielen Menschen mit Autismus fällt es schwer, Konsequenzen aus ihrem Verhalten oder dem Verhalten anderer zu verstehen oder vorherzusehen. Auch die Absichten und Gefühle von anderen nachzuvollziehen, ist schwierig für sie (Perner et al. 1989; Preißmann 2012). Einige Menschen mit Autismus haben insbesondere Schwierigkeiten damit, Metaphern, Ironie oder Redewendungen zu verstehen (Preißmann 2009, S. 15).

Beeinträchtigung Exekutiver Funktionen

„Auf dem Heimweg grübelte ich, warum sich Benjamin im Unterricht tadellos verhielt, in den Pausen aber vollkommen ungezogen wirkte. Dafür gab es nur eine Erklärung: Die Pausen waren unstrukturiert, unvorhersehbar, unsicher und einer solchen Gefahr konnte er nur mit Widerstand begegnen.“

(Maus, 2014, p. 12)

Exekutive Funktionen bezeichnen verschiedene höhere, kognitive Vorgänge wie vorausschauendes Denken, Handlungsplanung und Selbststeuerung (Remschmidt und Kamp-Becker 2011, S. 199). Auch die Kontrolle über Aufmerksamkeit und motorische Handlungen sowie Flexibilität im Generieren von Lösungsmöglichkeiten fallen unter den Begriff *Exekutive Funktionen* (vgl. Preißmann 2009, S. 17-18). Möglicherweise besteht ein Zusammenhang zwischen *Exekutiven Funktionen* und der Durchblutung des Gehirns (Chan et al. 2009).

Es wird angenommen, dass Menschen mit Autismus Defizite im Bereich der *Exekutiven Funktionen* aufweisen (vgl. Poustka et al. 2008, S. 31; Remschmidt und Kamp-Becker 2011, S. 199). Menschen mit Autismus fällt es schwer, sich auf neue Situationen einzustellen und einen vorher geplanten Ablauf zu ändern. Im Alltag bedeutet dies eine schwere Beeinträchtigung (Preißmann 2009, S. 18). Schwierigkeiten treten vor allem in unstrukturierten Situationen auf (White et al. 2009), wie in den Pausen zwischen Unterrichtsstunden (vgl. Zöllner 2012, S. 109).

Theorie einer schwachen Zentralen Kohärenz

„Meine Klassenkameraden freuten sich auf die Filme, mir dagegen waren sie zuwider. Es war mir nicht möglich gewesen, Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden. Ich hätte problemlos beschreiben können, welche Tasse die Hauptperson benutzte, was sie zum Frühstück aß und an welcher Stelle das Buch, das sie las, ein Eselohr hatte. Aber das war leider nicht gefragt.“
(Preißmann 2009, S. 19)

Wahrnehmung und Denken sind bei Menschen ohne Autismus geprägt von *Zentraler Kohärenz*. Damit ist gemeint, dass neue Erfahrungen oder Sinneseindrücke im Zusammenhang mit bereits bestehenden Erfahrungen und Wissen gesehen werden. Menschen, Situationen und Objekte werden in ein Bezugssystem eingeordnet. Dadurch gelingt es, einen Überblick über das Ganze zu behalten (vgl. Brown und Bebko 2012; Preißmann 2012, S. 18-19).

Der Begriff *weak central coherence* (*schwache Zentrale Kohärenz*) im Zusammenhang mit Autismus wurde von Frith geprägt und seitdem aufgrund neuer Ergebnisse erweitert. Man geht davon aus, dass die *Zentrale Kohärenz* bei Menschen mit Autismus nur gering ausgeprägt ist (u.a. Brown und Bebko 2012; Burnette et al. 2005; Morgan et al. 2003). Es gibt Hinweise darauf, dass sie dafür eine überlegene lokale, Detail-fokussierte Verarbeitung von Informationen aufweisen (Happé und Frith 2006). Diese Besonderheiten äußern sich darin, dass Menschen mit ASS weniger auf das Ganze und mehr auf Details achten und neue Informationen nur eingeschränkt im Zusammenhang mit anderen Informationen verarbeiten (u. a. Plaisted et al. 2003). Das Modell der *Zentralen Kohärenz* dient damit der Erklärung von Fähigkeiten und Defiziten von Menschen mit ASS in der Informationswahrnehmung und -verarbeitung (u. a. Burnette et al. 2005; Morgan et al. 2003; Vanegas und Davidson 2015): Viele Menschen mit Autismus sehr exakt und nehmen Einzelheiten wahr, die anderen nicht auffallen. Andererseits fällt es ihnen schwer, in komplexeren Situationen einen Kontext oder roten Faden zu erkennen.

1.2.3 Überblick über Therapieansätze

„Frau S. ist für mich vielleicht so etwas wie eine Brücke ins Leben draußen in der Welt. Bevor ich mit ihr zu arbeiten begann, war ich sehr viel stärker zurückgezogen, weil ich gar nicht wusste, wie ich mich in verschiedenen schwierigen Situationen verhalten sollte.“ (Preißmann 2009, S. 30)

Da die Ursachen autistischer Störungen noch nicht ausreichend geklärt sind, gibt es keine kausale Behandlung (Leitlinien 2007, S. 231). Kinder mit ASS benötigen nach Lehrmeinung eine individuelle, an ihre Bedürfnisse und Defizite angepasste Therapie, die sich auf mehrere Funktionsbereiche bezieht (Remschmidt und Kamp-Becker 2011, S. 201). Die Behandlung sollte möglichst früh beginnen und über längere Zeiträume durchgeführt werden (Leitlinien 2007, S. 231). Dabei sollen kleinschrittige, realistische Interventionsziele gesetzt werden. Die Eltern wirken als Co-Therapeuten, um den Transfer auf

Alltagssituationen zu ermöglichen, der Kindern mit Autismus schwer fällt (Remschmidt und Kamp-Becker 2011, S.201). Das übergeordnete Therapieziel ist es, dem Kind und der Familie ein möglichst gutes und normales Leben zu ermöglichen (Poustka et al. 2008, S. 92). Bei guter Förderung können vor allem Interaktionsfähigkeit, Selbstständigkeit, soziale Fertigkeiten und Anpassung an die Anforderungen des Alltags erheblich verbessert werden (Leitlinien 2007, S. 231).

Es existieren viele, unterschiedlich gut evaluierte Interventionen aus verschiedenen Fachbereichen und für unterschiedliche Settings (vgl. Poustka et al. 2008, S. 37-44). Vorgestellt wird im Folgenden eine Auswahl von Interventionsmöglichkeiten für Kinder im Schulalter. Für einen umfassenden Überblick sei *Weiss: Autismus. Therapien im Vergleich* (Weiss M 2002) empfohlen.

Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie vereint heute eine Vielzahl verschiedener Entwicklungen: Ausgehend vom Behaviorismus wurde die Verhaltenstherapie in den 1960er Jahren um kognitive und affektive Aspekte erweitert (zweite Welle der Verhaltenstherapie). In letzter Zeit wird der Schwerpunkt auf die Entwicklung störungsspezifischer, multimodaler Therapieverfahren gelegt, die unter anderem auch östliche Methoden der Achtsamkeit und Akzeptanz integrieren (Batra 2013, S. 27-29).

Der Verhaltenstherapie kommt als Basis der Autismus-Therapie ein besonderer Stellenwert zu (Leitlinien 2007, S. 233; Poustka et al. 2008, S. 37). Es werden Fähigkeiten trainiert, die es ermöglichen sollen, ein möglichst selbstständiges Leben zu führen. Ansatzpunkte sind unter anderem der Auf- oder Ausbau von und sozialem Verhalten, Selbstkontrolle, Kontaktfähigkeit und Kommunikation sowie der Abbau von exzessivem, störendem Verhalten (Leitlinien 2007, S. 231-234).

Als Methoden in der verhaltenstherapeutischen Gruppenintervention werden u.a. Selbstbeobachtung und Selbstinstruktion, Rollenspiele, Modelllernen,

edukative Elemente und operante Verstärkung eingesetzt (Heinemann und Horst 2009, S. 25-26).

Training sozialer Fertigkeiten

Kinder mit einer ASS mit ausreichenden intellektuellen Fähigkeiten können soziale Fertigkeiten auf kognitive Art und Weise lernen (vgl. Poustka et al. 2008, S. 40-41, 110-116). Dies kann beispielsweise anhand von *Social Stories* (Kokina und Kern 2010) versucht werden. Eine weitere Möglichkeit bieten Gruppentrainings mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Gruppentherapien gelten im Gegensatz zu Einzeltherapien vor allem für das Erlernen sozialer Fertigkeiten als förderlich (vgl. Poustka et al. 2008, S. 113-115).

Medikamentöse Therapie

Für die Kernsymptomatik von ASS existiert keine medikamentöse Behandlung. Eine medikamentöse Therapie kann im Einzelfall aber aufgrund von begleitender Symptomatik (z.B. Hyperaktivität oder Aggressionen) sinnvoll sein (Leitlinien 2007, S. 233).

Ergänzende Maßnahmen

Je nach Bedarf des Kindes können Logo-, Ergo- oder Physiotherapie angebrachte Interventionen sein. Zudem gibt es Eltern- oder Erziehertrainings (vgl. Poustka et al. 2008, S. 98-110, 115). Unterstützung finden Betroffene und Eltern auch in Selbsthilfegruppen.

1.3 Selbst- und Fremdwahrnehmung bei Autismus

„Die Welt, die sie [Asperger-Patienten, Anm. d. Verf.] wahrnehmen ist eine andere als meine Welt, auch wenn ich in der gleichen Situation bin, wenn ich ihnen gegenüber oder neben ihnen stehe.“ (Barth 2011, S. 42)

Im Folgenden werden Besonderheiten in Selbst- und Fremdwahrnehmung bei Menschen mit Autismus beschrieben. Wie in der gesamten Arbeit liegen hierbei die Schwerpunkte in der Wahrnehmung des eigenen Körpers (Körperwahrnehmung) und der Wahrnehmung von Gefühlen bei sich und anderen (Gefühlsdifferenzierung).

Selbstwahrnehmung und Selbstakzeptanz werden als wichtige Voraussetzung für Lebenszufriedenheit bei Menschen mit Autismus beschrieben (Rickert-Bolg 2014, S. 274-275).

Gefühlsdifferenzierung

Der Begriff Emotion bildet nach Galliker den Überbegriff über den inneren Aspekt des Erlebens (Galliker 2009, S. 16). Es werden verschiedene Komponenten von Emotionen unterschieden:

- Eine subjektive Komponente, die als Gefühl bezeichnet wird.
- Eine physiologische Komponente, also im Zusammenhang mit Gefühlen auftretende körperliche Reaktionen.
- Eine Verhaltenskomponente, die sich in Mimik und Gestik ausdrückt.
- Eine kognitive Komponente: Die kognitive Bewertung kann positiv, negativ oder neutral sein.

(Brandstätter et al. 2013, S. 133-134)

Die Emotionen Angst, Trauer, Freude, Wut, Überraschung und Ekel werden nach Ekman als Basisemotionen bezeichnet. Diese Emotionen spiegeln sich in der Mimik des Menschen wieder, der diese Emotion erlebt und werden von jedem Menschen erkannt, unabhängig von seiner Herkunft (vgl. Brandstätter et al. 2013, S. 132-133). Normalerweise können Kleinkinder schon im Alter von

vier Monaten die Gefühle Wut, Angst, Traurigkeit und Freude bei ihren Bezugspersonen erkennen und unterscheiden (Walker-Andrews 1998).

Besonderheiten der Gefühlsdifferenzierung bei Menschen mit Autismus

„Heftige Gefühle der Buntschatten (Anm. d. Verf.: Bezeichnung für andere Menschen) ließen ihre dunstigen Gesichter aufklaren. Am leichtesten gelang dies der Fröhlichkeit. (...) Trauer war mir so fremd wie Schmerz.“ (Brauns 2002, S. 232)

„Aber auch heute noch kann ich manche Gefühlsqualitäten kaum und andere nur dann wahrnehmen, wenn sie ganz eindeutig sind. Problematisch sind für mich vor allem Empfindungen wie Ärger oder Wut. Und noch viel schwerer und mühsamer ist es, auf die Gefühle anderer Menschen adäquat zu reagieren.“ (Preißmann 2012, S. 70)

Bei Menschen mit Autismus funktioniert die Emotionserkennung anders als bei anderen Menschen. Eine Metastudie führte die Ergebnisse aus 48 Studien mit insgesamt 980 Probanden zusammen und kam zu dem Ergebnis: Menschen mit Autismus haben Schwierigkeiten, Basisemotionen bei anderen Menschen zu erkennen. Dies galt für die Gefühle Angst, Ekel, Wut, Überraschung und Traurigkeit. Im Erkennen von Freude zeigten die Probanden keine Schwierigkeiten (Uljarevic und Hamilton 2013). Einzelne Studien untersuchten zudem das Erkennen von komplizierteren Gefühlen wie Neid und Schadenfreude (Shamay-Tsoory 2008) oder Verlegenheit und Stolz (Capps et al. 1992). Auch diese Studien stellten Schwierigkeiten von Autisten beim Erkennen und Beschreiben von Gefühlen fest.

Die Emotionserkennung stellt eine wichtige Grundlage für soziale Interaktion dar. Menschen mit Autismus reagieren oft inadäquat auf soziale Situationen (Remschmidt und Kamp-Becker 2011, S. 192). Sie zeigten sich in Studien weniger empathisch als Vergleichspersonen (Peterson 2014; Sucksmith et al. 2013). Ein Grund dafür könnte sein, dass sie die Gefühle der beteiligten Personen nicht einschätzen können (Williams und Gray 2013). Allerdings

fanden sich, wie in anderen Bereichen auch, bei verschiedenen Kindern mit ASS sehr unterschiedliche emotionale Kompetenzen (Ayuda-Pascual und Martos-Perez 2007).

Des Weiteren zeigten Williams und Happe einen Zusammenhang zwischen der Fähigkeit, Gefühle bei anderen zu erkennen, und der Fähigkeit, eigene Gefühle zu beschreiben (Williams und Happe 2010). Mehrere Studien legten nahe, dass für Menschen mit einer ASS aus unterschiedlichen Gründen auch die Wahrnehmung und Differenzierung ihrer eigenen Gefühle schwierig sein könnte (Ayuda-Pascual und Martos-Perez 2007; Bachevalier und Loveland 2006; Rieffe C. et al. 2007).

Weitere Probleme bereitet es Menschen mit Autismus, mit ihren Gefühlen umzugehen und diese zu regulieren (Mazefsky und White 2014). Kinder mit einer ASS können beispielsweise aus vermeintlich kleinen Anlässen einen unkontrollierbaren Wutausbruch bekommen. Dies ist allerdings keine Autismus-spezifische Besonderheit: Defizite im Umgang mit Gefühlen treten häufig im Zusammenhang mit psychiatrischen Störungen auf (vgl. Berking 2010, S. 3).

Körperwahrnehmung

Es können verschiedene Arten von Wahrnehmung unterschieden werden: Die Sensorik als Wahrnehmung der Außenwelt über das Sehen, Hören, Riechen, Tasten und Schmecken. Und die Propriozeption als Wahrnehmung innerer Zustände wie Gelenkstellung, Muskelspannung, Druck, Schmerz und Temperatur. Manche Wahrnehmungen können nach innen (auf den eigenen Körper) *und* nach außen (auf die Umwelt) gerichtet sein; beispielsweise beim Ertasten eines Gegenstandes.

Säuglinge müssen in einem komplexen Prozess die Wahrnehmung der eigenen Körpergrenze erlernen. Erst dann können sie unterscheiden zwischen selbst und fremd, also zwischen dem eigenen Körper und der Außenwelt (Du Bois 1990, S. 13-20). Körperliche Erfahrungen und Wahrnehmungen bilden damit auch die Grundlage für die Entwicklung eines Selbstkonzepts (Revenstorf 2013).

Besonderheiten der Körperwahrnehmung bei Menschen mit Autismus

„Sie [eine neue Lehrerin, Anm. d. Verf.] konnte nicht wissen, was die Ursache für Dietrichs Benehmen war. Hätte ihr doch irgendeiner den Hinweis gegeben, dass Dietrich sich vor seinen massiven Wahrnehmungen gar nicht anders schützen konnte, als sich in sich zu verkriechen. Hätte sie es gewusst! Wie sollte sie ahnen, dass ihr Parfüm für Dietrichs Geruchssinn viel zu süß war, dass ihre Stimme bei ihm schrill und verzerrt ankam und dass ihre temperamentvollen Armbewegungen ihn geradezu verrückt machten.“ (Zöller 2012, S. 111)

Häufig können bei Kindern mit Autismus ungewöhnliche Reaktionen auf bestimmte sensorische Reize hin beobachtet werden. Diese Reaktionen lassen auf eine gesteigerte oder abgeschwächte Wahrnehmung solcher Reize schließen (Mottron et al. 2006). Eine Metastudie von Baranek beschäftigte sich unter mit sensorischen und motorischen Besonderheiten von Kindern mit Autismus: Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass sensorische Schwierigkeiten bei vielen Kindern mit Autismus bestehen (Baranek 2002). Analog zum Modell der *Zentralen Kohärenz* wird angenommen, dass Kindern mit Autismus besonders die Verarbeitung von Informationen aus den Sinnessystemen, die *Sensorische Integration*, schwerfällt (Ayres 2013, S. 180).

Defizite in der Sinneswahrnehmung und / oder Sinnesverarbeitung beeinflussen nach Meinung zweier Autoren die Entwicklung motorischer und koordinativer Fertigkeiten, und das Erlernen von Sprache und sozialer Interaktion (vgl. Ayres, 2013, S.174-178; Baranek, 2002). Dies könnte ein Grund für die motorischen Schwierigkeiten von Kindern mit Autismus und deren mangelhafte Fähigkeit zur Imitation anderer Menschen sein (vgl. Preißmann 2012).

Der Verbesserung von Körperwahrnehmung sollte nach Meinung einiger Autoren eine Schlüsselrolle in der Therapie von Autismus-Spektrum Störungen zukommen (Boutinaud 2007; Haag et al. 2010).

1.4 Achtsamkeit in der (Körper-)Psychotherapie

Seit Mitte des 20. Jahrhunderts wird körperzentrierte Psychotherapie als Teil einer multidimensionalen, ganzheitlichen Psychotherapie verstanden (Maurer 2010, S. 5). In der Körperpsychotherapie liegt der Schwerpunkt auf der Erfahrung von Körper, Umwelt und Selbst (Revenstorf 2013). Wichtig sei der direkte Kontakt im Hier und Jetzt (Thielen 2013, S. 57). Damit zeigt sich ein Zusammenhang zwischen körperorientierter Psychotherapie und Achtsamkeit. Falck beschrieb Achtsamkeit als Basis der körperzentrierten Psychotherapie (Falck 2010, S. 67-77).

Der Begriff *Achtsamkeit* hat buddhistische Wurzeln. Achtsame Meditation ist auf das Ziel der Erleuchtung (Nirwana) gerichtet. In der westlichen Psychotherapie spielt Achtsamkeit losgelöst vom religiösen Kontext eine zunehmend größere Rolle. In der *Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter am Universitätsklinikum Tübingen (PPKJ Tübingen)* wurde Achtsamkeit im Rahmen eines Forschungskolloquiums am 25.09.2014 als *bewusstes Wahrnehmen oder bewusstes Erleben* definiert. Einer anderen Definition zufolge bedeutet Achtsamkeit, die Aufmerksamkeit auf die gegenwärtige Erfahrung zu lenken (Falck 2010, S. 68). Lohmann und Annies beschrieben Achtsamkeit gleichzeitig als Lebenshaltung und als Einzelfertigkeit. Sie nannten als Prinzip beim Einsatz von achtsamkeitsbasierten Interventionen vor allem Problem- und Zielorientierung. Achtsamkeitsübungen setzen an auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren von Problembereichen an. Die Hinwendung zur Wahrnehmung des gegenwärtigen Moments dient als Problemlösungsstrategie (Lohmann und Annies 2013, S. 3-7).

Im psychotherapeutischen Kontext werden achtsamkeitsbasierte Interventionen bei Erwachsenen in bestimmten Störungsgruppen schon seit längerer Zeit erfolgreich angewendet: Bei depressiven und Angst-Störungen (Hofmann et al. 2010), zur Rückfallprophylaxe und Konsumreduktion bei Abhängigkeits-erkrankungen (Chiesa und Serretti 2014) und bei Essstörungen (Katterman et al. 2014) .

Zunehmend werden nun Interventionen für Kinder verschiedener Störungsgruppen entwickelt (Bögels et al. 2013). Harnett und Dawe untersuchten in einer Metaanalyse 24 Studien, die achtsamkeitsbasierte Therapieansätze für Kinder, Jugendliche und Familien im klinischen und schulischen Kontext evaluiert hatten. Sie stellten eine große Bandbreite von Methoden, Dauer und Zielen der Interventionen fest und kamen zu dem Schluss, dass achtsamkeitsbasierte Interventionen eine wichtige Ergänzung therapeutischer Techniken darstellen (Harnett und Dawe 2012). Auch in Störungsgruppen, die hinsichtlich der Symptomatik Überschneidungen mit Autismus-Spektrum-Störungen aufweisen, werden achtsamkeitsbasierte Interventionen angewendet: In Studien bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS fanden sich in einzelnen Instrumenten (nicht-stabile) Verringerungen von Verhaltensauffälligkeiten (van der Oord et al. 2012; Weijer-Bergsma et al. 2012). Desweiteren beschrieben Semple et al. eine Therapie für Kinder mit Angststörungen (MBCT-C), die positive Ergebnisse in Bezug auf Verringerung eines klinisch relevanten Angstniveaus zeigte (Semple et al. 2011).

Es fanden sich keine Studien, die die Entwicklung oder Evaluation einer achtsamkeitsbasierten Intervention speziell für Kinder mit einer ASS beschreiben.

Bögels et al. untersuchten in einer niederländischen Studie ein achtsamkeitsbasiertes Gruppentraining mit Kindern mit unterschiedlichen Störungsbildern, darunter auch Kinder mit einer ASS. Nach dem achtwöchigen Gruppentraining mit begleitendem Elternteraining zeigten sich eine Verringerung von Aufmerksamkeitsproblemen und Niedergeschlagenheit sowie eine Verbesserung der Lebenszufriedenheit. Es liegt allerdings keine separate Betrachtung der Kinder mit einer ASS vor (Bögels et al. 2008).

Für Erwachsene und Jugendliche mit einer ASS wurden einzelne Interventionen untersucht. Spek entwickelte ein neunwöchiges, achtsamkeitsbasiertes Gruppen-Training für Erwachsene mit einer ASS. Eine randomisierte kontrollierte Studie zeigte eine signifikante Reduktion von Angst und

Depression und eine Steigerung positiven Affekts durch die Therapie (Spek et al. 2013). In einer größeren Studie mit 50 Teilnehmern zeigten sich außerdem unter anderem eine Reduktion von Ängstlichkeit, Depressivität und Schlafproblemen sowie eine Verbesserung des allgemeinen psychischen und körperlichen Wohlbefindens. In einem Follow-up nach neun Wochen blieben die Veränderungen stabil (Kiep et al. 2014). Spek betonte, dass die meisten Teilnehmer dabei nur von einer oder zwei Meditationsformen profitierten (Spek 2012, S. 35).

Pahnke et al. fanden in einer Pilotstudie zu einem *Acceptance-and-commitment-therapy*-basierten Training eine Reduktion von Stress, Hyperaktivität und emotionalem Stress und eine Zunahme von prosozialem Verhalten. Diese Ergebnisse waren über zwei Monate stabil (Pahnke et al. 2014). Singh et al. berichteten des Weiteren über eine Fallstudie mit drei Jugendlichen mit Asperger-Syndrom. Durch eine spezielle Form der Meditation, bei der die Aufmerksamkeit auf die Fußsohlen gerichtet wird, konnte eine Reduktion aggressiven Verhaltens erreicht werden. Dieser Effekt war bei allen drei Jugendlichen über vier Jahre stabil (Singh et al. 2011).

Vielversprechend ist auch der Ansatz, Eltern von Kindern mit einer ASS durch ein Achtsamkeits-Training zu unterstützen (Bazzano et al. 2013; Neece 2014; Ruiz-Robledillo et al. 2014; Singh et al. 2014). In einer Metaanalyse von Hwang und Kearney werden sieben Interventions-Studien beschrieben, die Eltern und Erziehern von Kindern mit einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung Achtsamkeit vermitteln wollen. In allen Studien wurden Effekte der Intervention direkt auf die Studienteilnehmer gefunden, sowie indirekt auf die betreuten Kinder. Bei den Studienteilnehmern konnten unter anderem eine höhere Zufriedenheit mit der Elternrolle und eine verbesserte Achtsamkeit festgestellt werden. Die betreuten Kinder zeigten weniger aggressives Verhalten und Autoaggression und befolgten häufiger Anweisungen. Ein regelmäßiges Training von Achtsamkeit für Eltern und Erzieher wird als hilfreich für den Umgang mit Kindern mit einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung erachtet (Hwang und Kearney 2014).

1.5 Gruppentherapeutische Ansätze bei Kindern mit Autismus

Gruppentherapeutische Maßnahmen bei Kindern sind nach Lehmkuhl und Stippel vor allem dann angebracht, wenn soziale Kommunikations- und Problemlösefertigkeiten im Vordergrund stehen (Lehmkuhl und Stippel 2010, S. 246). Poustka et al. empfehlen, Gruppentherapie bei Kindern mit Autismus nicht als einzige Behandlungsform sondern aufbauend auf einer Individualtherapie einzusetzen (Poustka et al. 2008, S. 113). Die wichtigsten Wirkfaktoren bei Gruppenpsychotherapien mit Kindern sind unter dem Beziehungsaspekt zu betrachten:

- Das Zusammengehörigkeitsgefühl in der Gruppe
- Zu erleben, dass andere Kinder ähnliche Probleme haben
- Die Möglichkeit, in einem geschützten Raum zu üben
- Gegenseitige Akzeptanz
- Selbstwirksamkeitserfahrungen, Rückmeldungen durch andere Gruppenteilnehmer oder -leiter und soziale Kontrolle

(Heinemann und Horst 2009, S. 37-42)

Für Kinder mit Autismus sind in letzter Zeit einige Gruppeninterventionen mit unterschiedlichen Ansätzen entwickelt worden.

Die meisten Trainingsprogramme legen den Fokus auf das Erlernen sozialer Kompetenzen. Beispiele für evaluierte, deutschsprachige Soziale-Kompetenz-Trainings sind das *KONTAKT* (Herbrecht et al. 2008), das *KOMPASS* (Jenny et al. 2012) und das *SOSTA-FRA* (Freitag et al. 2014). Im englischen Sprachraum existieren weitere Trainingsansätze, z. B. von De Rosier et al. (DeRosier et al. 2011) oder Mackay et al. (Mackay et al. 2007).

Eine Cochrane-Übersichtsarbeit untersuchte fünf randomisierte, kontrollierte Studien zu Soziale-Kompetenz-Gruppen aus den USA. Hierbei ergaben sich Hinweise, dass soziale Kompetenzen und die Qualität von Freundschaft durch die untersuchten Interventionen verbessert werden können. Kein Effekt zeigte

sich in den Studien auf Depression bei Kindern und Eltern, auf das Erkennen von Gefühlen und auf Kommunikation (Reichow et al. 2012).

Weiterhin finden sich Gruppen-Programme mit spezifischen Schwerpunkten, wie *Theory of mind* (Paschke-Müller et al. 2013), Emotionserkennung (Williams B T et al. 2012) oder Ängstlichkeit (McConachie et al. 2013). Andere Gruppen-Interventionen sind bestimmten Therapierichtungen zuzuordnen, beispielsweise der kognitiven Verhaltenstherapie (McGillivray und Evert 2014; Reaven et al. 2012) oder der Musiktherapie (LaGasse 2014).

Die Qualität der Studiendesigns zur Überprüfung dieser Interventionen ist sehr unterschiedlich. Häufig fehlt eine Kontrollgruppe und die Fallzahl ist sehr klein. In einigen Studien wurden positive Effekte gefunden, unter anderem eine Verringerung von Stress und Depressivität (McGillivray und Evert 2014) oder Ängstlichkeit (Reaven et al. 2012) oder eine Verbesserung des gemeinsamen Aufmerksamkeits-Fokus (LaGasse 2014).

Spezielle Literatur zu körperorientierten Gruppen-Interventionen bei Kindern mit Autismus liegt bisher nicht vor.

Exemplarisch sollen in dieser Arbeit zwei Gruppentrainings für Kinder mit einer ASS vorgestellt werden: Ein Soziale-Kompetenzen-Training (das *KONTAKT*) und eine Intervention mit einem anderen Schwerpunkt (das *TOMTASS*). Da Verhaltenstherapie für ASS die wichtigste Therapieform darstellt (vgl. Kapitel 1.2.3), wurden zwei verhaltenstherapeutische Ansätze ausgewählt.

KONTAKT: Frankfurter Kommunikations- und soziales Interaktions-Gruppentraining für Kinder und Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen (Herbrecht et al. 2008)

Das Ziel des KONTAKT ist die Verbesserung der Kommunikations- und sozialen Interaktionsfähigkeit, der sozialen Wahrnehmung und Empathiefähigkeit und der Anpassung an die Gruppe. Die Evaluation des KONTAKT fand durch eine Pilotstudie statt (Herbrecht et al. 2009). Dabei wurde eine Stichprobe von 17 Kindern in drei Trainingsgruppen (zwei

Jugendlichengruppen und eine Kindergruppe) über einen Zeitraum von elf Monaten untersucht. Die Evaluation schloss Expertenrating, Elternrating und Lehrerrating jeweils anhand mehrerer Instrumente ein. Es ergaben sich Hinweise auf mittlere bis große Therapieeffekte im Aufbau funktionaler, sozialer Fertigkeiten und im Abbau von Autismus-spezifischer Psychopathologie (Herbrecht et al. 2009).

TOMTASS: Theory-of-mind-Training bei Autismus-Spektrum-Störungen

(Paschke-Müller et al. 2013)

Das Manual zum TOMTASS benennt drei globale Ziele des Trainings: Verbesserung der Kommunikation und Interaktion in der Gruppe, Verbesserung von unangemessenen, starren, unflexiblen oder problematischen Verhaltensweisen und Verbesserung der Interaktionsfähigkeit im Alltag. Zudem sollen individuelle Ziele der Teilnehmer erreicht werden, die zuvor besprochen wurden. In einer ersten Evaluation des TOMTASS wurden insgesamt 31 Kinder und Jugendliche in sechs Trainingsgruppen (drei Kinder- und drei Jugendlichengruppen) anhand von Fragebögen zur Selbst- und Fremdbeurteilung sowie Videoanalysen untersucht. Es ergaben sich Hinweise auf eine signifikante Verbesserung der Autismus-spezifischen Symptomatik und von sozialen Verhaltensweisen. Zudem wurde eine nicht-signifikante Erhöhung der Lebensqualität festgestellt (Paschke-Müller et al. 2013).

Vergleichend werden Setting, Aufbau und Therapieprinzipien der beiden Interventionen in Tab. 2 dargestellt.

Tab. 2: Vergleich zwischen den beiden Interventionen KONTAKT und TOMTASS hinsichtlich Setting, Aufbau und Therapieprinzipien

	KONTAKT <i>(Herbrecht et al. 2008)</i>	TOMTASS <i>(Paschke-Müller et al. 2013)</i>
Setting	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulant • Zwei Gruppenleiter/innen • Vier bis sieben Teilnehmer (ausgewogenes Geschlechterverhältnis) • Alter: 8-13 (Kinder), 13-19 (Jugendliche) • Wöchentliches bzw. zweiwöchentliches Training, zeitlich unbegrenzt • Regelmäßige Elterngespräche 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulant • Zwei Therapeuten pro Gruppe • Vier bis sechs Teilnehmer mit kognitiver Leistungsfähigkeit im leicht unter- bis leicht überdurchschnittlichen Bereich • Alter: 7-12 (Kinder), 12-18 (Jugendliche) • Wöchentliches Training, 24 Trainingsstunden • Vor- und Nachbesprechung sowie drei Elternabende
Aufbau	<p>Stufe 1: Einführungsphase Stufe 2: Erarbeitung der inhaltlichen Schwerpunkte: Empathische Prozesse und deren Kommunikation, Erkennen und Erarbeiten von Affekt Stufe 3: Verknüpfung der gelernten Fertigkeiten, Generalisierung, Stabilisierung</p>	<p>Motivationsstufe: Kennenlernen & Einfinden in die Gruppe; Psychoedukation Basisstufe: Erarbeitung der Schwerpunktthemen Gefühle, Gedanken und Sprache Aufbaustufe (Transfer auf den Alltag): Kontaktaufnahme /Freundschaft; Konflikte/Kritik; Körperübungen, Entspannung & Stresstoleranz</p>
Strukturgebende Therapie-Prinzipien	<ul style="list-style-type: none"> • Strukturierter, gleichbleibender Ablauf der Stunden • Genaues Absprechen, was zu tun ist 	<ul style="list-style-type: none"> • Strukturierter, gleich bleibender Ablauf der Stunden • Visualisierung der Inhalte • Klare und einfach Sprache
Inhaltliche Therapie-Prinzipien	<ul style="list-style-type: none"> • Ansteigender Schwierigkeitsgrad der Therapie-Bausteine • Wechsel zwischen Theorie und Praxis • Viele Wiederholungen • Persönliche Themen der Teilnehmer einbeziehen 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansteigender Schwierigkeitsgrad der Therapie-Bausteine • Methodenvielfalt und Ganzheitlichkeit • Gezieltes Training der ToM • Transfer von erworbenen Fertigkeiten auf den Alltag • Einbinden der Eltern und des Umfelds
Gruppenbezogene Therapie-Prinzipien	<ul style="list-style-type: none"> • Verbindliche Gruppenregeln • Gegenseitiges Feedback • Wünsche der Teilnehmer beachten 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientierung an Stärken und Fähigkeiten der Teilnehmer • Feedback durch Gruppenleiter/innen • Gruppenregeln
Verhaltenstherapeutische Prinzipien	<ul style="list-style-type: none"> • Positive Verstärkung erwünschter Verhaltensweisen mittels Tokensystem 	<ul style="list-style-type: none"> • Verstärkung durch ein Tokensystem • Prompting, Shaping und Chaining

1.6 Fragestellung

Die vorliegende Arbeit beschreibt die Entwicklung des Tübinger Trainings für Autismus-Spektrum-Störungen (TütASS) und stellt das ausgearbeitete Training vor.

Des Weiteren wird die Erstanwendung des TütASS an zwei Trainingsgruppen beschrieben. Diese wurde durch eine Pilotstudie wissenschaftlich begleitet: Die Kinder der Trainingsgruppen nahmen an einer Vor- und Nacherhebung mit mehreren Messinstrumenten teil. Außerdem wurden Befragungen der Gruppenleiter/innen und der Eltern und Kinder der Trainingsgruppen anhand von Feedback-Bögen durchgeführt. Die Begleitung durch die Pilotstudie hat eine qualitätssichernde und evaluative Funktion. Sie dient der Untersuchung folgender Fragestellungen:

- 1.) Erreicht die Trainingsgruppe nach dem Training ein höheres Niveau in Bezug auf Körperwahrnehmung und Gefühlsdifferenzierung als vor dem Training? Werden bessere Ergebnisse hinsichtlich sozialer Interaktion und Kommunikation, Verhaltensauffälligkeiten, Depressivität und Lebensqualität erzielt?
- 2.) Sind die Eltern und Kinder der Trainingsgruppe und die Gruppenleiter/innen mit dem Training insgesamt und mit den einzelnen Stunden zufrieden und erachten das TütASS als hilfreich?
- 3.) Ergeben sich aus den Rückmeldungen Entwicklungsmöglichkeiten für das TütASS?

Die Ergebnisse der Pilotstudie werden dargelegt und diskutiert.

Es erfolgt zudem ein Vergleich des TütASS mit den beiden in Kapitel 1.5 vorgestellten Gruppeninterventionen für Kinder mit einer ASS (TOMTASS von Paschke-Müller et al. und KONTAKT von Herbrecht et al.).

2 Material und Methoden

2.1 Vorgehen zur Entwicklung des TütASS

Das TütASS wurde durch ein multiprofessionelles Team aus einem Oberarzt der PPKJ Tübingen, zwei Psychologinnen und einer Medizinstudentin entwickelt.

Vorbestehend waren einige Stundeninhalte zum Thema „Gefühlsdifferenzierung“. Weitere potentielle Stundeninhalte zu den Themen „Gefühlsdifferenzierung“ und „Körperwahrnehmung“ wurden entwickelt oder gesammelt. Dafür wurde auf Erfahrungen mit anderen (Therapie-)Gruppen, sowie auf Therapiemanuale und ähnliche Literatur zurückgegriffen (Herbrecht et al. 2008; Lichtenegger, 2012; Spek, 2012; Paschke-Müller et al. 2013). Die Entwicklung des Trainings wurde durch die Ergebnisse einer ausführlichen eigenen Literaturrecherche unterstützt. Dabei wurden die Datenbanken *pubmed*, *Cochrane-Library* und der *Katalog plus* der Universitätsbibliothek Tübingen (dieser durchsucht mehrere andere Datenbanken) auf deutsch- und englischsprachige Literatur überprüft. Folgende Schlagwörter wurden bei der Suche einzeln oder kombiniert und im Zusammenhang mit Autismus verwendet:

Tab. 3: Themenbereiche und Schlagwörter der Literatursuche zum TütASS

Themenbereich	Schlagwörter
Körper	Körper, Körperwahrnehmung, Körperbild, Sensorik, Motorik, Selbstwahrnehmung, body, body perception, body image, perception
Achtsamkeit	Achtsamkeit, mindfulness
Gefühle	Gefühle, Gefühlsdifferenzierung, Gefühle erkennen, Emotionsregulation, emotion, emotion recognition, emotion regulation
Therapieansätze	Therapie, Intervention, Training, Gruppenintervention, Gruppentraining, therapy, treatment, group intervention, motor intervention, sensory intervention

Weitere Artikel wurden über die Literaturverzeichnisse dieser Artikel gefunden.

Für die zwölf Trainingsstunden wurden Stundenthemen aus den Bereichen „Gefühle“ und „Körper“ festgelegt und dafür passende Inhalte aus dem oben beschriebenen Spektrum ausgesucht. Die Auswahl geeigneter Stundenthemen und passender Inhalte erfolgte aufgrund von Expertenmeinung der beteiligten Mitarbeiter/innen. Die so entstandenen Trainingsstunden des TütASS wurden über mehrere Monate hinweg anhand der Erfahrungen der parallel stattfindenden Gruppensitzungen überarbeitet. Diese Überarbeitung erfolgte in zwei Schritten:

- 1) Überarbeitung der Trainingsstunde für die erste Gruppe aufgrund von Erfahrungen der vorherigen Stunden in dieser Gruppe
- 2) Überarbeitung der Trainingsstunde für die zweite Gruppe aufgrund von Erfahrungen mit der ersten Gruppe

Das Trainingskonzept wurde teilweise im Voraus festgelegt, teilweise während der Erstanwendung entwickelt (siehe dazu Kapitel 3.3).

2.2 Stichprobe

Um Teilnehmer für die Studie zu rekrutieren, wurde Informationsmaterial per Email an den Verein „Autismus verstehen e.V.“ (Reutlingen), die Jugend- und Schulämter für Tübingen und Reutlingen, das Universitäts-Klinikum, die Hochschulambulanz und niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater in Tübingen verschickt. Desweiteren erhielten 95 Patienten der *PPKJ Tübingen* mit der Diagnose einer ASS im Alter zwischen 8 und 12 Jahren einen Informationsbrief per Post.

Interessierte Familien meldeten sich unter Angabe von Kontaktdaten, Geburtsdatum und Diagnose des Kindes telefonisch oder per E-Mail an. Auf die Ausschreibung der Studie meldeten sich achtzehn Familien aus Tübingen und der weiteren Umgebung. Davon zogen fünf Familien die Anmeldung aus unterschiedlichen Gründen wieder zurück. Die übrigen dreizehn Kinder wurden

in die Studie eingeschlossen und einer der beiden Therapiegruppen zugeteilt. Alle teilnehmenden Kinder waren männlich.

Bei allen Studienteilnehmern war nach Angaben der Eltern im Vorfeld eine Diagnose aus dem Autismus-Spektrum in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis oder Klinik gestellt worden. Die Diagnosen der Studienteilnehmer wurden aus Gründen der Qualitätssicherung im Rahmen der Studie überprüft.

Einschlusskriterien für die Studienteilnahme waren das Alter des Kindes (8-12 Jahre) und das Vorliegen einer ASS-Diagnose.

Ausschlusskriterium war das Vorliegen einer vorrangigen anderen psychiatrischen Störung. Dieses Kriterium wurde im Rahmen der Studie anhand des psychiatrischen Screening-Tests MINI-KID (*Mini International Neuropsychiatry Interview for Children and Adolescent*; Sheehan et al. 2010) überprüft. Bei der vorliegenden Stichprobe fanden sich bekannte Komorbiditäten bei ASS und nach Expertenmeinung sekundär aufgetretene Auffälligkeiten (siehe Tab. 21, Anhang 8.1). Diese galten in Bezug auf die Ausschlusskriterien nicht als vorrangig und führten nicht zum Ausschluss von der Studie.

Bei der Ausschreibung wurden als Zielkriterien ausreichende kognitive und sprachliche Fähigkeiten, um an Gruppentherapiesitzungen teilzunehmen, genannt. Diese wurden nicht als Ausschlusskriterien auf die Studie angewandt.

Durch die Ein- und Ausschlusskriterien sollte einerseits sichergestellt werden, dass alle teilnehmenden Kinder vorrangig autistische Symptome aufwiesen und das TütASS somit an dieser Zielgruppe entwickelt und angewendet werden konnte.

Tab. 4: Übersicht über die Ein- und Ausschlusskriterien zur Pilotstudie

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterium
<ul style="list-style-type: none">• Alter (8-12 Jahre)• Diagnose einer ASS	<ul style="list-style-type: none">• Vorliegen einer vorrangigen anderen psychiatrische Störung

Außer den Kindern wurden die Eltern oder Elternteile als Fremdbeurteiler/innen in die Studie einbezogen. Auch die Leiter/innen der Therapiegruppen waren bezüglich der Bewertung des Trainings in die Studie involviert.

2.3 Zeitlicher Ablauf der Pilot-Studie

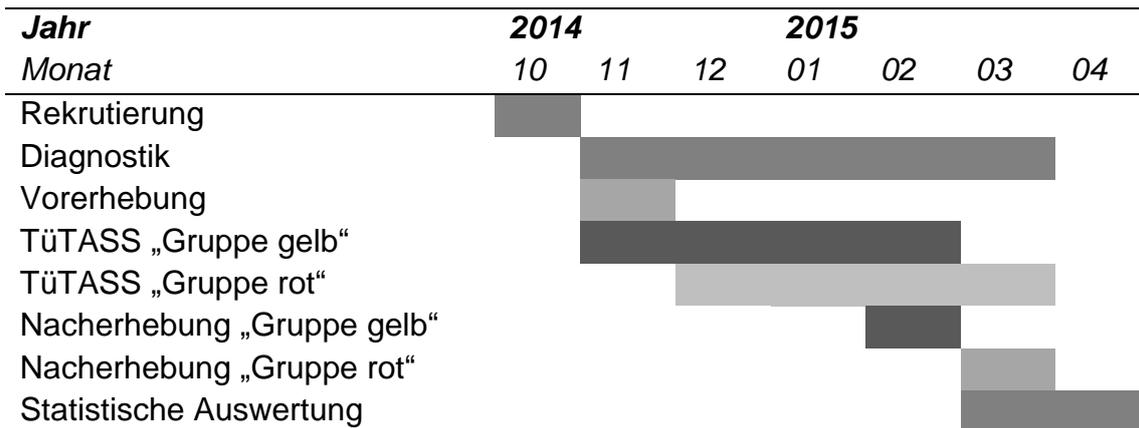


Abb.1: Überblick über den Ablauf der Pilotstudie zum TütASS

Die Pilotstudie wurde durch die Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Universität Tübingen bewilligt (Projektnummer 632/2014BO1).

Nach erfolgter Rekrutierung der Studienteilnehmer durchliefen die beiden Trainingsgruppen („Gruppe gelb“ und „Gruppe rot“) das TütASS.

In beiden Gruppen wurde vor Beginn der Trainingsstunden eine Vorerhebung (t0) durchgeführt und am Trainingsende eine Nacherhebung (t1). Die Abstände zwischen t0 und t1 (Zeitpunkte der Ausgabe der Fragebögen) betragen für die Gruppe gelb 13 Wochen und für die Gruppe rot 17 Wochen.

Nach jeder Stunde sowie in der Mitte und am Ende des Trainings füllten Kinder, Eltern und Gruppenleiter/innen zusätzlich Fragebögen zur Bewertung des Trainings aus.

Nach Trainingsende erfolgte die Auswertung der gewonnenen Daten.

Die qualitätssichernde Diagnostik (siehe Tab. 5) fand, aufbauend auf die externe Vordiagnostik, während des Trainingszeitraumes statt. Die Autismus-

Diagnostik wurde entsprechend dem derzeit geltenden „Goldstandard“ mit ADOS (Rühl et al., 2004) und ADI-R (Bölte et al. 2006) durchgeführt. Bei Probanden, die schon früher in der *PPKJ Tübingen* anhand des ADI-R getestet wurden, wurde auf eine erneute Durchführung der Befragung verzichtet. Die ADOS konnte bei zwei Kindern nicht durchgeführt werden: Im einen Fall verweigerte das Kind die Teilnahme, im anderen Fall war der Familie die Teilnahme aus zeitlichen Gründen nicht möglich.

Als Intelligenztest diente der erste Teil des CFT 20-R (*Grundintelligenztest*; Weiß 2006) und als psychiatrischer Screening-Test das MINI-KID (Sheehan et al. 2010). Das MINI-KID ist ein Instrument aus den USA. Die Klassifikation der im MINI-KID erfassten Störungen stimmt daher mit der Klassifikation der ICD-10 nicht genau überein. Beide Tests liegen für alle Kinder vor.

Tab. 5: Überblick über die Untersuchungen zur Diagnostik und Sicherung der Ein- und Ausschlusskriterien

Test-person	Test	Einsatzbereich	Grund für die Verwendung in der Pilotstudie
Kind	ADOS	Autismus-Diagnostik	Diagnosesicherung einer ASS
	CFT 20-R	Intelligenzdiagnostik	Erstellung eines Intelligenzprofils der Teilnehmer
Eltern	ADI-R	Autismus-Diagnostik	Diagnosesicherung einer ASS
	MINI-KID	Neuropsychiatrisches Screening	Ausschluss einer vorrangigen anderen psychiatrischen Störung

Die Diagnostik wurde von verschiedenen Mitarbeitern/innen der Tagesklinik, der Ambulanz und der Stationen der *PPKJ Tübingen* durchgeführt.

2.4 Vor- und Nacherhebung

Im Rahmen der Vor- und Nacherhebung wurde folgender Fragestellung nachgegangen:

1.) Erreicht die Trainingsgruppe nach dem Training ein höheres Niveau in Bezug auf Körperwahrnehmung und Gefühlsdifferenzierung als vor dem Training? Werden bessere Ergebnisse hinsichtlich sozialer Interaktion und Kommunikation, Verhaltensauffälligkeiten, Depressivität und Lebensqualität erzielt?

Für die Untersuchung der Fragestellung wurden nach eigener Literaturrecherche und mehreren Besprechungen mit Experten der *PPKJ Tübingen* acht Erhebungsinstrumente ausgewählt (siehe Tab. 6). Die Grundlage für die Literaturrecherche bildeten *Barkmann et al.: Klinisch psychiatrische Ratingskalen für das Kinder- und Jugendalter* (Barkmann et al. 2011) und das Testverzeichnis des Hogrefe-Verlags (www.testzentrale.de). Hier vorausgewählte Erhebungsinstrumente wurden mittels der Suchmaschinen von *pubmed* und der Universitätsbibliothek Tübingen (*Katalog plus*) auf Ihre Eignung (u. a. Eignung zur Veränderungsmessung; vgl. Stieglitz und Hiller 2014) überprüft. Zudem erfolgten eine stichprobenartige Recherche nach deutsch- und englischsprachigen Studien mit ähnlichen Fragestellungen und eine darauf aufbauende methodenbezogene Suche nach Schneeballsystem.

Tab. 6: Erhebungsinstrumente zur Vor- und Nacherhebung und deren Bezug zu den Zielvariablen

Zielvariable	Erhebungsinstrument	Kurztitel	Autor
Körperwahrnehmung	Körperbildmaltest für Kinder	KBMT-K	(Günter et al. 2009)
Gefühlsdifferenzierung	Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen	Feel-KJ	(Wiedebusch 2006)
	Skalen zum Erleben von Emotionen	SEE	(Behr und Becker 2004)
Soziale Interaktion und Kommunikation	Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität	SRS	(Bölte und Poustka 2008)
Verhaltensauffälligkeiten	Deutsche Fassung der Child Behavior Checklist	CBCL	(Arbeitsgruppe-Deutsche-Child-Behavior-Checklist 1993)
	Fragebogen zu Stärken und Schwächen	SDQ-Deu	(Goodman R. 1999)
Lebensqualität	Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen	ILK	(Mattejat und Remschmidt 2006)
Depressivität	Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche	DIKJ	(Stiensmeier-Pelster et al. 2000)

Eine detaillierte Beschreibung aller verwendeten Fragebögen findet sich im Anhang (8.2.1).

Die Ausgabe der Fragebögen für die Vorerhebung erfolgte beim Elternabend vor Trainingsbeginn. Die Fragebögen zur Nacherhebung erhielten die Kinder in der letzten bzw. vorletzten Trainingsstunde. Der Körperbildmaltest wurde in den ersten und letzten Trainingsstunden durchgeführt.

Einige Fragebögen wurden nicht zurückgegeben oder waren unvollständig ausgefüllt und konnten nicht gewertet werden. Tabelle 7 zeigt eine Übersicht über alle gültigen Fragebögen.

Tab. 7: Übersicht über die gültigen Fragebögen der Vor- und Nacherhebung

Erhebungsinstrument	Vorerhebung	Nacherhebung	Vor- und Nacherhebung
KBMT-K	9	11	9
Feel-KJ	11	8	8
SEE	7	10	7
SRS	11	11	11
CBCL	9	11	9
SDQ-Deu	11	11	11
ILK Eltern	11	11	11
ILK Kinder	11	11	11
DIKJ	11	10	10

2.5 Bewertung des TütASS

Ergänzend zu der in Kapitel 2.4 genannten Fragestellung diente der Einsatz von Evaluationsbögen dazu, Bewertungen des Trainings zu quantifizieren.

Hierbei wurde den Fragestellungen 2.) und 3.) nachgegangen (vgl. Kapitel 1.6):

2.) Sind die Eltern und Kinder der Trainingsgruppe und die Gruppenleiter/innen mit dem Training insgesamt und mit den einzelnen Stunden zufrieden und erachten das TütASS als hilfreich?

3.) Ergeben sich aus den Rückmeldungen Entwicklungsmöglichkeiten für das TütASS?

Dafür wurden folgende Fragebögen eingesetzt:

- Fragebögen zur Stundenevaluation für Kinder, Eltern und Gruppenleiter/innen
- Zwischenevaluationsbögen für Kinder, Eltern und Gruppenleiter/innen
- Gesamtevaluationsbögen für Kinder, Eltern und Gruppenleiter/innen

Die Fragebögen können im Anhang eingesehen werden (8.2.2).

Alle Fragebögen wurden eigens für die Pilotstudie zur Evaluation des TütASS entwickelt, um der spezifischen Fragestellung Rechnung zu tragen. Folgende Bereiche wurden in die Befragung einbezogen:

- Beurteilung des gesamten TütASS
 - Motivation und Befindlichkeit der teilnehmenden Kinder
 - Bewertung des Trainingskonzepts
 - Bewertung des Trainingserfolges
 - Transfer von Gelerntem auf den Alltag
- Veränderungen im Zusammenhang mit dem Training
- Bewertung der einzelnen Stunden
- Verbesserungsvorschläge

Beim Entwurf der Fragebögen erfolgte auf Vorschlag der Forschungsgruppenleitung eine erste Orientierung an den *Stundenbögen für Patienten* und der *Stundendokumentation für Therapeuten* der Arbeitsgruppe *Panik-Netz* (<http://www.paniknetz.de>). Die entworfenen Fragebögen wurden in der Forschungsgruppe mehrfach überarbeitet.

In den Fragebögen sind offene Fragen und Auswahlfragen enthalten. Einen Überblick über die Vorteile von offenen und geschlossenen Fragen bieten gängige Lehrbücher, beispielsweise *Moosbrugger: Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (Moosbrugger 2012) oder *Mummendey: Die Fragebogenmethode* (Mummendey und Grau 2008). Die Auswahlfragen werden auf einer fünfstufigen Skala (Polaritätsprofil) beantwortet und stellen den größeren Anteil dar. Die Eltern haben zudem bei den Zwischen- und

Gesamtevaluationsbögen die Möglichkeit, die Fragen mit „kann ich nicht beurteilen“ zu beantworten.

Bei den Kinderfragebögen sind die Antwortmöglichkeiten durch Smileys illustriert. Ein Beispiel für eine Auswahlfrage aus dem Kinderfragebogen lautet:

	Sehr schlecht				Sehr gut
Wie hast du dich mit den anderen Kindern verstanden?					

Abb. 2: Beispielfrage aus dem Gesamtevaluationsbogen für Kinder

Bei der Auswertung der Auswahlfragen wird jeder Stufe des Polaritätsprofils von links nach rechts eine Zahl zwischen 1 und 5 zugeordnet. Im Beispiel entspräche folgende Markierung also einem Wert von 2:

	Sehr schlecht				Sehr gut
Wie hast du dich mit den anderen Kindern verstanden?					

Abb. 3: Beispielfrage aus dem Gesamtevaluationsbogen für Kinder mit Markierung

Die offenen Fragen dienen der Erfassung von ergänzenden, individuellen Meinungen, die nicht durch die Auswahlfragen abgedeckt werden können (wie zum Beispiel: „Was fanden Sie bisher gut am Training insgesamt?“) und nehmen Änderungsvorschläge, Wünsche und Rückmeldungen auf.

Die entwickelten Fragebögen sind Instrumente zur schriftlichen Befragung und somit abzugrenzen von psychologischen Tests, die auf Test-theoretische und psychometrische Qualitätsansprüche überprüft sein müssen (vgl. Moosbrugger 2012, S. 2). Dennoch wurden bei der Formulierung der Fragen und Antworten einige grundlegenden Prinzipien der Fragebogenkonstruktion beachtet: kurze und eindeutige Fragen, pro Frage nur eine einzige Feststellung, keine doppelte Verneinung, Verwendung einfacher und klarer Sprache (vgl. Mummendey und Grau 2008, S. 67). Der Aufbau der Fragebögen ist größtenteils thematisch.

Nach Moosbrugger sollen auch bei Instrumenten zur schriftlichen Befragung die Qualitätsanforderungen an psychologische Tests möglichst beachtet werden (Moosbrugger 2012, S. 2). Folgende Testgütekriterien können für die Fragebögen zum TütASS angenommen werden (vgl. Moosbrugger 2012, S. 7-26):

- *Durchführungsobjektivität*: Die Ausgabe der Fragebögen erfolgte jeweils in der gleichen Situation.
- *Auswertungsobjektivität*: Bei den Auswahlfragen ist die Auswertung unabhängig von der auswertenden Person. Somit liegt für diese Fragen Auswertungsobjektivität vor.
- *Inhaltsvalidität und Nützlichkeit*: Nach Moosbrugger spielt die Beurteilung der inhaltlichen Validität durch Experten eine große Rolle. Diese fand statt.
- *Zumutbarkeit*: Um die teilnehmenden Personen nicht übermäßig zu belasten, wurden die Fragebögen möglichst kurz gehalten.
- *Unverfälschbarkeit der Ergebnisse*: Hierbei gilt es vor allem, Prozesse der *sozialen Erwünschtheit* auszuschließen. Aus diesem Grund wurden die Fragebögen anonym (ohne Angabe von Namen oder Teilnehmernummer) ausgefüllt.

Die Kinder und Eltern sowie die Gruppenleiter/innen erhielten nach jeder Trainingsstunde die Fragebögen zur Stundenevaluation, die in der darauffolgenden Stunde wieder eingesammelt wurden. Nach der 6. und 12. Stunde wurden dieselben Personen aufgefordert, einen Fragebogen zur Zwischen- bzw. Gesamtevaluation auszufüllen. Die Gruppenleiter/innen füllten die Fragebögen für jede Gruppe getrennt aus.

Tabelle 8 zeigt eine Übersicht über die aus- und zurückgegebenen Fragebögen.

Tab. 8: Anteil zurückgegebener an den ausgeteilten Evaluations-Fragebögen (zurück / ausgeteilt)

Evaluationsbogen	Für Kinder	Für Eltern	Für Gruppenleiter
Stunde 1	6 / 6	9 / 10	7 / 8
Stunde 2	11 / 12	11 / 12	7 / 8
Stunde 3	8 / 10	7 / 10	7 / 8
Stunde 4	9 / 10	9 / 10	8 / 8
Stunde 5	11 / 12	10 / 12	7 / 8
Stunde 6	9 / 9	9 / 9	7 / 8
Stunde 7	10 / 10	10 / 10	7 / 8
Stunde 8	9 / 11	9 / 11	8 / 8
Stunde 9	7 / 8	6 / 8	7 / 8
Stunde 10	8 / 8	8 / 8	5 / 6
Stunde 11	9 / 10	8 / 10	7 / 7
Stunde 12	5 / 9	5 / 9	5 / 7
Zwischenevaluation	9 / 11	9 / 11	7 / 8
Gesamtevaluation	9 / 11	9 / 11	8 / 8

Bei einem Nachbesprechungstermin wurden außerdem mündlich die Zufriedenheit mit dem Training und weitere Verbesserungsvorschläge erfragt.

2.6 Statistische Auswertung

Zur Auswertung der Vor- und Nacherhebung wurde eine statistische Standardsoftware (IBM SPSS Statistics 22) verwendet. Die Ergebnisse der verschiedenen Messinstrumente wurden mittels *T-Test für verbundene Stichproben* zweiseitig auf Signifikanz überprüft. Eine Normalverteilung der Testwert-Differenzen zwischen t0 und t1 wurde aufgrund von sachlogischen Überlegungen und Expertenmeinung angenommen. Wegen der geringen Stichprobengröße wurde zuvor keine Overall-Analyse der Ergebnisse der Vor- und Nacherhebung durchgeführt.

Als signifikant angenommen wurden in der vorliegenden Arbeit nach gängiger Konvention Ergebnisse mit einem Signifikanzniveau $\leq 0,05$ (vgl. Bortz & Schuster, 2010, S. 101). Ergebnisse bis zu einem Signifikanzniveau $\leq 0,1$ werden in dieser Arbeit als *marginal signifikant* bezeichnet. Auf eine Anpassung

des alpha-Fehlerniveaus bei Mehrfachtestung wurde wegen des explorativen Studiencharakters verzichtet.

Die Auswertung der Fragebögen zur Bewertung des TütASS erfolgte deskriptiv. Dargestellt werden in dieser Arbeit die Mittelwerte aller erhobenen Werte zur jeweiligen Fragestellung. Bei den Stundenevaluationsbögen ergaben sich Mittelwerte für jede einzelne Stunde. Für manche Fragestellungen wurde aus diesen Mittelwerten ein Gesamt-Mittelwert über alle Stunden berechnet.

Die Auswertung der offenen Fragen der Zwischen- und Gesamtevaluationsbögen erfolgte ebenfalls deskriptiv.

3 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse präsentiert: Das Kapitel 3.1 stellt das *Tübinger Training für Autismus-Spektrum-Störungen* vor, wie es nach Beendigung der zweiten Trainingsgruppe vorliegt. Es folgt eine Beschreibung der Studienteilnehmer, die am Training und an der begleitenden Pilotstudie teilgenommen haben (3.2). Anschließend wird der Trainingsverlauf in den beiden Erstanwendungsgruppen beschrieben. Auch Veränderungen am Manual, die während des Trainings vorgenommen wurden, sind diesem Kapitel zu entnehmen (3.3). Im Kapitel 3.4 werden die Ergebnisse der Vor- und Nacherhebung dargelegt und im Kapitel 3.5 die Bewertung des Trainings durch Eltern, Kinder und Gruppenleiter/innen erläutert.

3.1 Das Tübinger Training für Autismus-Spektrum Störungen

3.1.1 Theoretischer Hintergrund des Trainings

Das TütASS soll einen neuen, grundlegenden Ansatz bieten, mit Autismus-spezifische Defiziten umzugehen: Die Verbesserung achtsamer Selbst- und Fremdwahrnehmung. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf Körperwahrnehmung und Gefühlsdifferenzierung (vgl. Kapitel 1.3).

Die folgenden Ausführungen zum theoretischen Hintergrund des TütASS behandeln Ansatzpunkte, Zielsetzung und Methoden und knüpfen an das erste Kapitel an.

Dort wurde beschrieben, dass Kinder mit einer ASS nach aktueller Studienlage Defizite auf den Gebieten Körperwahrnehmung und Gefühlsdifferenzierung aufweisen, die einige autistische Symptome beeinflussen oder sogar bedingen könnten.

Auch zwei der gängigen neuropsychologischen Modelle beschäftigen sich mit der Wahrnehmung bei Menschen mit Autismus: Das Modell der *Zentralen*

Kohärenz geht von einer detailfokussierten Informationsverarbeitung aus, die den Blick fürs Ganze einschränkt. Damit wäre auch eine ganzheitliche Wahrnehmung von sich selbst und anderen beeinträchtigt. Zu den defizitären *Exekutiven Funktionen* wird (in Verbindung mit Selbststeuerung) auch die Aufmerksamkeitslenkung gezählt; also die Fähigkeit, die eigene Aufmerksamkeit gezielt auf Menschen, Situationen oder Objekte zu richten. Auch dies würde die Selbst- und Fremdwahrnehmung beeinträchtigen. Jedes dieser Modelle bietet einen Erklärungsansatz für Besonderheiten in der Wahrnehmung, die zu einem Defizit ganzheitlicher Wahrnehmung führen. Das TütASS setzt bei diesem Defizit an, ohne sich an ein Modell zu binden. Der Ansatzpunkt des TütASS und dessen Bezug zu neuropsychologischen Modellen sowie zu autistischen Symptomen wird in Abb. 4 dargestellt:

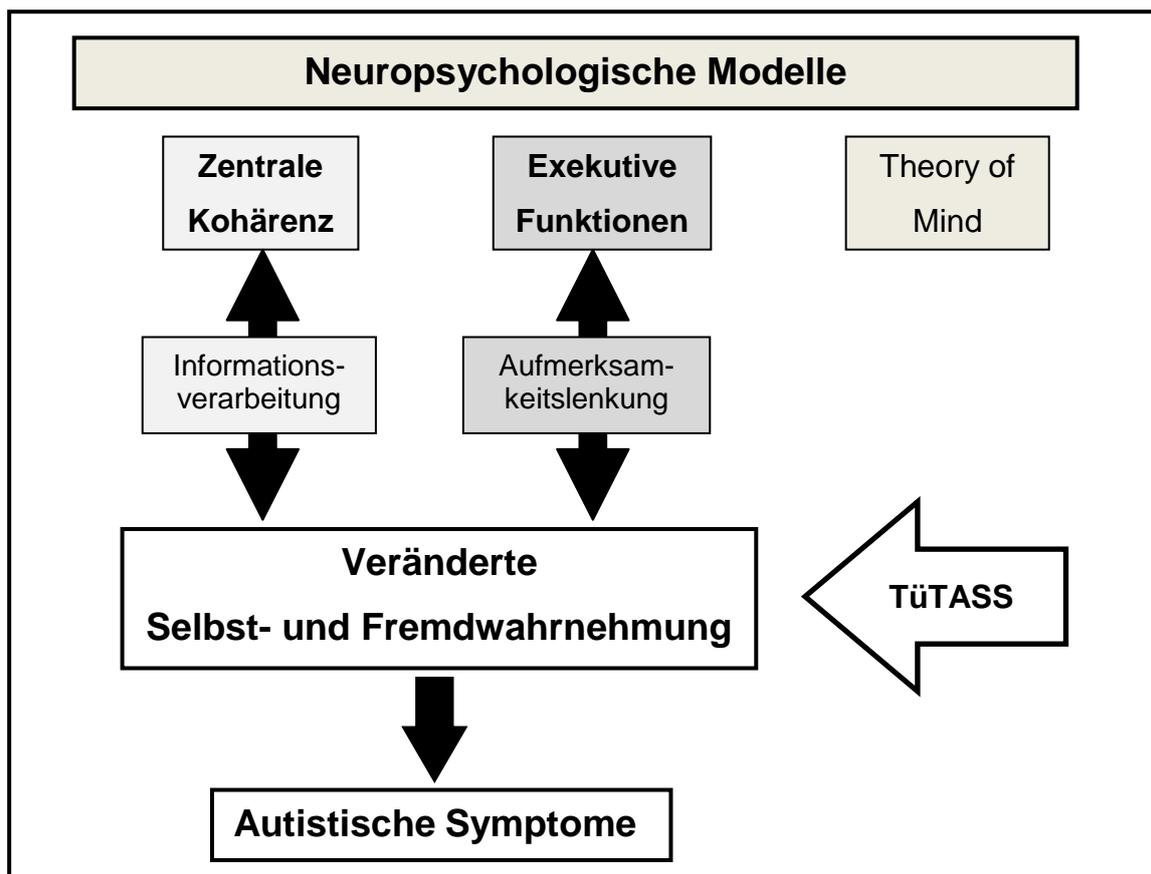


Abb. 4: Ansatzpunkt des TütASS bei der Selbst- und Fremdwahrnehmung

Das TütASS soll Kindern mit einer ASS durch das Üben von achtsamer Wahrnehmung und die spielerische Therapie in der Gruppe zu einem besseren

Zugang zu ihrem Körper, ihren Gefühlen und ihren Mitmenschen verhelfen. Dadurch sollen die Kinder sich besser in ihrem Alltag zurechtfinden und eine höhere Lebenszufriedenheit erreichen. Selbst- und Fremdwahrnehmung können zudem als Basis für viele weitere Fertigkeiten, wie soziale Kompetenzen oder Gefühlsregulation, dienen.

Abb. 5 stellt das Konzept des TütASS bildlich dar. Dieses wird im Folgenden genauer erläutert.

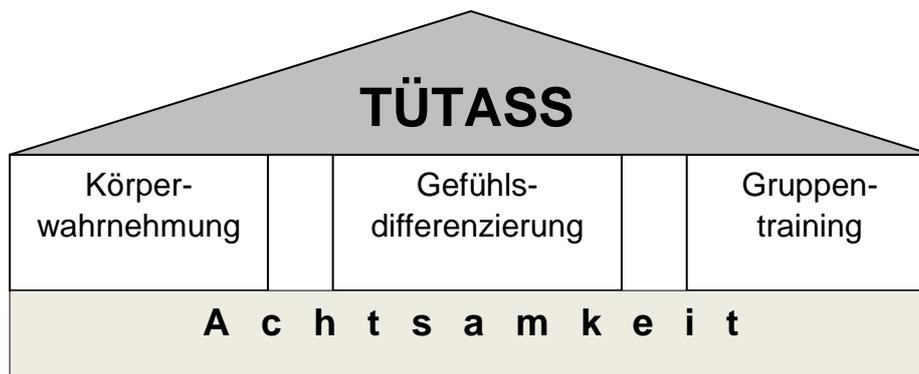


Abb. 5: Konzept des TütASS mit den drei Säulen *Körperwahrnehmung*, *Gefühlsdifferenzierung* und *Gruppentraining* sowie der *Achtsamkeit* als Basis

Achtsamkeit als Basis des TütASS

Achtsamkeitsbasierte Interventionen und Trainings gewinnen im psychotherapeutischen Kontext an Bedeutung. Einzelne Studien zeigten, dass erwachsene und jugendliche Menschen mit Autismus von achtsamkeitsbasierten Interventionen profitieren können. Auch bei Kindern in Störungsgruppen, deren Symptome denen von Kindern mit ASS ähneln, zeigten sich erste positive Ergebnisse durch achtsamkeitsbasierte Interventionen. Bei den beschriebenen Achtsamkeits-Interventionen handelt es zumeist um sehr strukturierte Trainings, die Achtsamkeit als einziges Thema haben. Beschrieben wird immer wieder, wie wichtig regelmäßiges Üben ist. Es stellt sich die Frage, ob es möglich bzw. sinnvoll ist, einzelne Achtsamkeitsübungen zu vermitteln, ohne diese weiter in der Gruppe zu üben. Das Gleiche gilt für andere körperbasierte Bausteine wie *Yoga*-Übungen oder Übungen aus dem Bereich der *Progressiven Muskelrelaxation*.

Der Ansatz des TütASS ist jedoch ein anderer: Das TütASS will verschiedene (auch außergewöhnliche) Möglichkeiten aufzeigen, mit Problemen umzugehen. Im Themenbereich *Körperwahrnehmung* werden dazu zwei Methoden der Achtsamkeit angewandt. Hierbei soll ein besseres Bewusstsein für den Körper entwickelt und erlebt werden, dass durch die Konzentration auf den Körper ein momentaner Gefühlszustand unterbrochen werden kann.

Achtsamkeit als Therapeutenhaltung und übergeordnetes Lernziel bildet die Basis des TütASS: Das Training will achtsame, also bewusste und gewollte Wahrnehmung von sich selbst und anderen fördern.

Die Säulen des TütASS: Körperwahrnehmung, Gefühlsdifferenzierung und Gruppentraining

Die erste Säule des TütASS ist die *Körperwahrnehmung*. Bei vielen Kindern mit Autismus wurden Defizite in der Körperwahrnehmung, insbesondere in der Sensorik und Motorik festgestellt. Manche Autoren vermuten, dass diese Defizite Auswirkungen auf andere Entwicklungsbereiche haben könnten. Durch die gezielte theoretische und praktische Beschäftigung mit dem Körper soll im TütASS dessen Wahrnehmung geübt und ein Bewusstsein für Sinnesempfindungen und Propriozeption erarbeitet werden. Hierbei finden sich Parallelen zur Körperpsychotherapie: Auch dort liegt der Schwerpunkt auf der Erfahrung des Körpers. Für die Kinder soll sich durch das Kennenlernen einiger Methoden zur Entspannung zugleich das Spektrum an Problemlösungsstrategien erweitern, besonders auch auf den körperlichen Bereich.

Im TütASS wird eine Vielzahl an (körpertherapeutischen) Methoden angewandt, die den Teilnehmern Zugang zu ihrem Körper ermöglichen sollen:

- Bogenschießen
- *Kim-Spiele* (Spiele zu sensorischen Qualitäten)
- Achtsamkeitsübungen: *Fünf-Minuten-Meditation* und *Achtsames Essen von Schokolade* (Schokoladenmeditation)
- *Yoga* und *Progressive Muskelentspannung*
- Gegenseitige Massage

- Malen: Selbstbild, Körperrumrisse nach bestimmten Gesichtspunkten ausmalen
- Vergleich mit Vorbildern: Ninjas (Entspannung), Robin Hood (Bogenschießen)

Defizite in der Wahrnehmung, Beschreibung und Regulation von Emotionen sind ein weiteres, häufiges Phänomen bei Kindern mit Autismus. Die zweite Säule des TütASS ist daher die *Gefühlsdifferenzierung*. Im Training soll ein Verständnis für die eigenen Gefühle und das Erkennen von Gefühlen bei Mitmenschen gefördert werden. In diesem Zusammenhang werden die Dimensionen *Körper* (physiologische Reaktionen bei Gefühlen), *Gedanke* (kognitive Bewertung) und *Verhalten* (Mimik und Gestik) entsprechend der oben beschriebenen Komponenten von Gefühlen behandelt. Die Dimension *Verhalten* wird dabei ausgedehnt auf Verhaltensweisen im Zusammenhang mit Gefühlen und deren Bewertung. Zusätzlich wird die Dimension *Situation* bearbeitet, unter der Annahme, dass Gefühle auf bestimmte Ereignisse oder Objekte gerichtet sind und in unterschiedlichen Situationen auftreten.

Der Zugang zum Thema Gefühle ist überwiegend kognitiver Art. Dabei werden folgende Methoden eingesetzt:

- Gefühle beschreiben anhand eines Gefühlewürfels
- Rollenspiele und Pantomime
- Gruppenspiele und Ratespiele zu Gefühlen
- Gefühle protokollieren
- Vergleich mit Comic-Figuren und literarischen Figuren zu den Themen *Gefühle erkennen* und *Gefühlsregulation*

Die dritte Säule des TütASS ist der Gruppenansatz. Das Training findet in der Gruppe statt, da die Wirkfaktoren bei Gruppenpsychotherapien als sehr hilfreich eingeschätzt werden. Gerade für Kinder mit einer ASS kann dies eine neue und wichtige Erfahrung sein; unabhängig von den inhaltlichen Schwerpunkten der Intervention. Zudem bietet die Intervention in der Gruppe einen alltagsnahen Übungsraum für Kommunikation und soziale Interaktion.

Als gruppenpsychotherapeutische Methoden werden angewandt:

- Begrüßungsrunde
- Gruppengespräche
- Gruppenspiele

Zusammenfassend kann festgehalten werden: Das TütASS setzt bei realen, grundlegenden Defiziten von Kindern mit Autismus an: Bei der Selbst- und Fremdwahrnehmung. Das Training ist theoretisch wohl begründet und baut auf die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse auf. Als übergreifender Ansatz vereint es aktuelle Entwicklungen und altbewährte Methoden der Psychotherapie.

3.1.2 Beschreibung des Trainingsrahmens

Das TütASS ist ein Gruppentraining für Kinder im Alter von 8-12 Jahren. Diese Altersspanne wurde gewählt, um möglichst vielen Kindern die Möglichkeit zur Teilnahme am TütASS zu geben. Gleichzeitig sollten die Kinder bezüglich des Entwicklungsstands nicht allzu weit auseinander liegen, um das Training für alle ansprechend gestalten zu können. Das TütASS ist für gemischt-geschlechtliche Gruppen konzipiert. Die Gruppengröße beträgt sechs bis maximal acht Kinder. Die teilnehmenden Kinder sollen ein verbales und kognitives Niveau erreichen, das die Arbeit in einer Gruppe ermöglicht. Die Gruppen werden durch ein möglichst multi-professionelles Team aus drei bis vier Gruppenleitern/innen geleitet.

Als Logo-Tier für das Training wurde die Therapiehündin Tina ausgewählt (Abb. 6). Diese begleitet bei Bedarf die Trainingsstunden und wird ins Programm eingebunden.



Abb. 6: Logo des TütASS

Das Training findet wöchentlich an insgesamt zwölf Terminen statt, wobei in den Schulferien pausiert wird. Jede Trainingsstunde dauert 90 Minuten und hat einen gleichbleibenden, strukturierten Ablauf. Der Ablauf der Stunde kann anhand eines Plakats verfolgt werden, das im Gruppenraum aufgehängt ist. Ein Pfeil kennzeichnet, welcher Teil der Stunde gerade stattfindet.

Während der Trainingsstunden sitzen Kinder und Gruppenleiter/innen um einen großen Tisch. Für die Bewegungsspiele am Ende der Stunde sollte genügend Platz vorhanden sein. Für das Bogenschießen und die Stunde zum Thema *Anspannung - Entspannung* wird eine Turnhalle oder ein Gymnastikraum genutzt.

In der ersten Stunde wird an jedes Kind ein Ordner ausgegeben. Dieser dient der Aufbewahrung von Arbeits- und Übungsblätter und soll eine Übersicht über bereits Gelerntes ermöglichen. Der Ordner hat für jede Gruppe eine andere Farbe, die der Gruppe ihren Namen gibt.

Übungen für Zuhause unterstützen den Transfer in den Alltag. Zudem findet begleitende Elternarbeit statt.

3.1.3 Inhaltlicher Aufbau

Inhaltlicher Schwerpunkt des TütASS ist, wie schon beschrieben, die achtsame Selbst- und Fremdwahrnehmung. Diese wird unterteilt in die beiden Themenbereiche *Körperwahrnehmung* und *Gefühlsdifferenzierung*; vereinfacht: *Körper und Gefühle*.

Die Stunden stehen jeweils unter einem dieser Themenbereiche, der durch die Verwendung des passenden Logos auf Arbeits- und Übungsblättern gekennzeichnet wird (siehe Abb. 7).

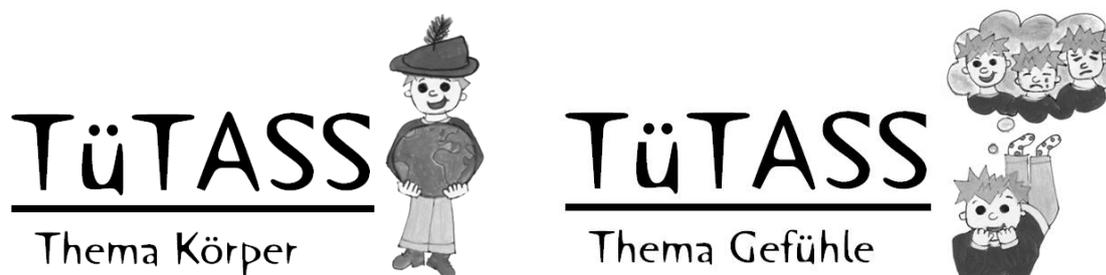


Abb. 7: Logos für die beiden Themenbereiche des TütASS: *Körper* und *Gefühle*

Die Stunden zur Körperwahrnehmung beinhalten die Themen:

- Die fünf Sinne
- Einführung ins Thema Achtsamkeit
- Stärke und Schwäche
- Anspannung und Entspannung
- Rückmeldung körperlicher Wahrnehmungen

Die Stunden zur Gefühlsdifferenzierung beinhalten die Themen:

- Körper und Gefühle
- Gefühle in Situationen
- Gedanken und Gefühle
- Verhalten bei Gefühlen
- Gefühle bei anderen erkennen
- Strategien zur Emotionsregulation

Das Tübinger Training für Autismus-Spektrum-Störungen ist in vier Etappen von jeweils zwei bis drei Stunden gegliedert. Die erste Stunde dient dem Kennenlernen der Gruppe und der Gruppenleiter/innen. Anschließend folgen die Etappen:

1) Achtsames Wahrnehmen von körperlichen und emotionalen Signalen

In der ersten Etappe sollen die Wahrnehmung des eigenen Körpers und die Wahrnehmung von Gefühlen geschult werden. Dabei geht es zunächst um das achtsame Erleben von Wahrnehmungen: Die Kinder sollen verschiedene sensorische Qualitäten (Sehen, Hören, Riechen, Schmecken und Tasten) ausprobieren und differenzieren. Des Weiteren werden körperliche Reaktionen auf Gefühle besprochen, lokalisiert und nachgespürt. Eine Einführung zum Thema *Achtsamkeit* anhand einer Fünf-Minuten-Meditation und einer Einheit zum Bogenschießen schließen diese Etappe ab.

2) Einordnen und Beschreiben von körperlichen und emotionalen Wahrnehmungen

Die zweiten Etappe knüpft an die erste Etappe an: Es geht nun darum zu lernen, wie Gefühle und körperliche Signale auf kognitiver Ebene geordnet und kategorisiert werden können. Dies soll den Kindern helfen, Wahrnehmungen besser wiedererkennen und ausdrücken zu können. Anfangs wird der Zusammenhang von Gefühlen und Situationen erarbeitet. Eine weitere Stunde widmet sich dem Beschreiben und szenischen Darstellen von Gefühlen. Das Beschreiben von körperlichen Wahrnehmungen wird am Beispiel Stärke und Schwäche im Rahmen einer weiteren Einheit zum Bogenschießen geübt.

3) Umgang mit körperlichen und emotionalen Wahrnehmungen

In der dritten Etappe steht der Umgang mit körperlichen und emotionalen Wahrnehmungen im Vordergrund. In einer Stunde zum Thema *Anspannung und Entspannung* werden verschiedene Strategien wie Achtsamkeitsübungen, Progressive Muskelentspannung und Yoga ausprobiert, die helfen können, die Aufmerksamkeit auf körperliche Wahrnehmungen zu richten. Eine weitere Stunde thematisiert verschiedene Verhaltensweisen bei Gefühlen an den Beispielen Angst und Wut.

4) Körperliche und emotionale Wahrnehmungen bei sich selbst und anderen

In der vierten Etappe werden die trainierten Strategien und Fertigkeiten wiederholt und vertieft. Die vierte Etappe dient außerdem der Ausweitung von Fertigkeiten zur Selbstwahrnehmung auf die Fremdwahrnehmung. Eine Stunde widmet sich dem Erkennen von emotionalen Signalen bei anderen Menschen. Abschließend greift ein Planspiel die Inhalte aller Stunden zum Thema *Gefühle* noch einmal auf. In der Abschlussstunde werden individuelle Strategien zur Gefühlsregulation überlegt. Des Weiteren wird eine Massageübung durchgeführt. Diese soll das Rückmelden körperlicher Empfindungen sowie das Akzeptieren und Umsetzen solcher Rückmeldungen trainieren. Die Massageübung stellt eine Verbindung von Selbst- und Fremdwahrnehmung her.

Tabelle 9 zeigt eine Übersicht über die vier Etappen und die zugehörigen Stundenthemen:

Tab. 9: Übersicht über die Etappen und zugehörigen Stundenthemen des TütASS

Stunde	Stundenthema	Etappe
1	Kennenlernen	
2	Fünf Sinne	Achtsames Wahrnehmen von körperlichen und emotionalen Signalen
3	Gefühl und Körper	
4	Einführung ins Thema Achtsamkeit (mit Bogenschießen)	
5	Gefühle in Situationen	
6	Stärke und Schwäche (mit Bogenschießen)	Einordnen und Beschreiben von körperlichen und emotionalen Wahrnehmungen
7	Beschreiben und Darstellen von Gefühlen	
8	Entspannung und Anspannung	
9	Verhalten bei Gefühlen	Umgang mit körperlichen und emotionalen Wahrnehmungen
10	Gefühle bei anderen	
11	Wiederholung und Vertiefung	Körperliche und emotionale Wahrnehmungen bei sich selbst und anderen
12	Abschlussstunde	

3.1.4 Therapiebausteine

Jede TütASS-Stunde besteht aus festen Therapiebausteinen, deren Abfolge immer gleich ist:

Begrüßungsrunde

Den Beginn jeder Stunde kennzeichnet eine gemeinsame, rhythmische Klatschfolge. In der anschließenden Begrüßungsrunde darf jede/r Teilnehmer/in erzählen, wie es ihm/ihr gerade geht. Ab der 3. Trainingsstunde wird dieser Teil anhand eines *Gefühlewürfels* durchgeführt. Anschließend werden die Übungsaufgaben besprochen.

Stundenthema

Jede Stunde hat ein bestimmtes Thema, das entweder dem Bereich *Körper* oder dem Bereich *Gefühle* zugeordnet werden kann. Die Art und Weise, wie das Thema erarbeitet wird, richtet sich nach dem jeweiligen Thema. Ausgeteilte Arbeitsblätter (AB) werden in einen Ordner eingeklebt.

Blitzlicht

Nach dem Thema wird die Stunde reflektiert: Was nehme ich aus dieser Stunde mit? Dabei darf jedes Kind und jeder Gruppenleiter/innen auch sagen, was ihm gut oder nicht so gut gefallen hat.

Übungsaufgaben

Schließlich werden die Übungsaufgaben für zu Hause ausgeteilt. Sie dienen der Vertiefung von Inhalten der aktuellen Stunde bzw. der Vorbereitung auf die nächste Stunde und dürfen mit Hilfe der Eltern durchgeführt werden. Die Übungsaufgaben haben den Charakter einer Geheimmission.

Schlusspiel

Am Ende jeder Stunde wird ein Spiel gespielt. Dieses richtet sich nach der Stimmung der Kinder und kann ein Gruppen- oder Bewegungsspiel sein.

Begrüßungsrunde, *Blitzlicht* und *Schlusspiel* bilden einen festen Rahmen um das variable Stundenthema. Dieser wirkt strukturgebend und ist für die Kinder vorhersehbar.

Die *Begrüßungsrunde* und das *Blitzlicht* ermöglichen Teilnehmern/innen und Gruppenleitern/innen eine Rückmeldung an die Gruppe. Dabei werden alle Beiträge ernst genommen. Jeder soll sich als Gruppenmitglied angenommen fühlen. Durch die regelmäßige Wiederholung wird die Rückmeldung von eigenem Befinden und eigener Meinung nachhaltig geübt. Überdies wird ein Übergang zwischen der Trainingsstunde und der Zeit davor bzw. danach geschaffen: Die *Begrüßungsrunde* erleichtert den Kindern das Ankommen in der Gruppe; das *Blitzlicht* soll helfen, die Stunde abzuschließen und hinter sich zu lassen.

Das *Schlusspiel* verhilft zu einem positiven Stundenende. In den ersten Trainingsstunden wird das Spiel vorgegeben. Im weiteren Verlauf müssen sich die Kinder auf ein Spiel einigen. Dadurch wird die Mitbestimmung der Kinder erhöht und eine typische Alltags-Situation geübt werden.

Jede Stunde hat, wie oben beschrieben ein besonderes Thema aus dem Bereich *Körper* oder *Gefühle*. Ein Überblick über die Stundenthemen, die zugehörigen Inhalte und die Übungsaufgaben ist in Tabelle 10 zu sehen. Eine ausführliche Darstellung der 12 Trainingsstunden findet sich im Anhang (8.3).

Tab. 10.1: Themen, Inhalte und Übungsaufgaben (ÜB) für Zuhause der TütASS-Stunden 1-6

	Thema	Stundeninhalte	ÜB für Zuhause
1	Kennenlernen	<ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung des Trainings • Namensspiel mit Ball • Steckbriefe: Partnerinterview • Gruppenname und Logo • Gruppenarbeitsregeln • Ziele überlegen 	<ul style="list-style-type: none"> • Überempfindlichkeiten (Eltern) • Eine gute und schlechte Sache zu jedem Sinn (Kinder)
2	5 Sinne 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukation: Fünf Sinne • <i>KIM-Spiele</i> zu Sehen, Tasten, Schmecken, Riechen, Hören • Gruppengespräch 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Gefühlewürfel</i> basteln • Redewendungen suchen
3	Gefühle im Körper lokalisieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Einsatz des <i>Gefühlewürfels</i> • Gefühle sammeln • Angstbauchweh-Geschichte • Psychoedukation: Körper und Gefühle • Gefühle im Körperumriss • <i>Gefühlesong</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Protokollieren: Gefühl und Körper
4	Achtsamkeit und Bogenschießen 	<ul style="list-style-type: none"> • Einführung mit Robin Hood • Achtsamkeitsübung (<i>Fünf-Minuten-Meditation</i>) • Bogenschießen 	<ul style="list-style-type: none"> • Bild malen: <i>Ich als Robin Hood</i> • Lieblingscomic mitbringen
5	Gefühle und Situationen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gefühle anhand von Comics zeigen • Psychoedukation: Gefühl und Situation • Rollenspiele: Situationen • <i>Hasen, Hühner, Hunde</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Protokollieren: Gefühl, Körper und Situation
6	Stärke / Schwäche und Bogenschießen 	<ul style="list-style-type: none"> • Bogenschießen • Stärke und Schwäche am Beispiel von Helden 	<ul style="list-style-type: none"> • Situation beschreiben, in der man sich schwach / stark gefühlt hat

Tab. 10.2: Themen, Inhalte und Übungsaufgaben (ÜB) für Zuhause der TütASS-Stunden 7-12

	Thema	Stundeninhalte	ÜB für Zuhause
7	Verbale Beschreibung und Darstellen von Gefühlen 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Gefühlspantomime</i> • Psychoedukation: Gefühl und Gedanke • Gefühle beschreiben und erraten 	<ul style="list-style-type: none"> • Protokollieren: Gefühl, Körper, Situation, Gedanke • Dehnbare Kleidung mitbringen
8	Entspannung/Anspannung 	<ul style="list-style-type: none"> • Einführung: Ninjas • <i>Schokoladenmeditation</i> • PMR mit Zirkusgeschichte • <i>Hua!</i> (Spiel) • <i>Yoga nach Babar</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Sonnengruß nach Babar</i> üben
9	Verhalten bei Gefühlen 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukation: Gefühl und Verhalten • <i>Mimiktrio</i> (Spiel) • <i>Wut-Rad / Angst-Rad</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Protokollieren: Gefühl, Körper, Situation, Gedanke, Verhalten
10	Gefühle bei anderen 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Angst-Rad / Wut-Rad</i> • Gefühle bei Hunden erkennen • Gefühle anhand von Fischbildern • <i>Miss face</i> (Spiel) 	<ul style="list-style-type: none"> • Interviewen und Protokollieren: Gefühl, Körper, Situation, Gedanke, Verhalten bei anderen Menschen
11	Wiederholung und Vertiefung	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Gefühle-Planspiel</i> • Massage „<i>Pizza backen</i>“ üben 	<ul style="list-style-type: none"> • Eltern massieren / von Eltern massiert werden
12	Abschlussstunde	<ul style="list-style-type: none"> • „<i>Pizza backen</i>“ bei anderen • Individuelle Strategien zur Gefühlsregulation • <i>Yoga mit Zoogeschichte / Mimiktrio</i> 	

3.1.5 Therapieprinzipien

Im TütASS werden strukturgebende, inhaltliche, gruppenbezogene und verhaltenstherapeutische Therapieprinzipien umgesetzt.

Bei der Arbeit mit Kindern mit ASS gelten Klarheit und Struktur als besonders wichtig. Folgende Therapieprinzipien dienen der Strukturierung des TütASS:

Gleichbleibender Stundenablauf

Jede Trainingsstunde hat den gleichen Ablauf mit einem Rahmen aus festen Therapiebausteinen (Begrüßungsrunde, Blitzlicht, Übungsaufgaben, Schlusspiel) und einem variablen Stundenthema.

Eindeutige Ansagen

Die Gruppenleiter/innen sprechen sich bei der Vorbereitung der Stunde ab, wer welchen Teil der Stunde leitet. Während der Stunde bemühen sie sich um möglichst klare und strukturierte Ansagen.

Visualisierung von Inhalten

Die Inhalte der Stunden werden anhand von Arbeits- und Übungsblättern, Bildern oder Postern visualisiert, um den Teilnehmer/innen die Erarbeitung des Themas zu erleichtern.

Edukative Elemente

Zu den meisten Stunden gehört eine kurze, edukative Einheit, in der Wissen über das jeweilige Stundenthema vermittelt wird. Dies soll den Teilnehmern/innen ermöglichen, Gelerntes kognitiv einzuordnen.

Das TütASS setzt des Weiteren folgende inhaltliche Therapieprinzipien um:

Aufeinander aufbauende Stundenthemen

Die vier Etappen des TütASS bauen aufeinander auf. Erworbene Fertigkeiten werden dadurch immer wieder wiederholt und vertieft.

Fokus auf praktischen Aktivitäten

In den Stunden des TütASS wechseln sich theoretische und praktische Einheiten ab. Wenn möglich werden praktische oder spielerische Aktivitäten vorgezogen; der Schwerpunkt des Trainings liegt auf dem Erleben und Üben.

Methodenvielfalt und Vielfalt der Zugänge

Im TütASS werden sehr unterschiedliche Methoden angewendet, unter anderem aus Verhaltenstherapie, Körperpsychotherapie und Pädagogik. Integriert werden auch Ansätze aus der tiergestützten Therapie und der Musiktherapie. Die Vielfalt der Methoden soll der Individualität der Teilnehmer gerecht werden. Zudem werden so verschiedene Zugänge zu den Themen ermöglicht.

Transfer auf den Alltag

In jeder Stunde werden Übungsaufgaben für Zuhause ausgegeben. Diese dienen dem Transfer von erlernten Strategien oder Fertigkeiten auf den Alltag. Zudem sollen die Eltern ins Training eingebunden werden. Hierfür werden begleitende Elternabende angeboten.

Das Konzept des TütASS als Gruppenintervention erfordert und begünstigt gruppenbezogene Therapieprinzipien:

Gruppenregeln

Die Gruppenregeln werden in der ersten Trainingsstunde gemeinsam mit den Teilnehmern aufgestellt. Gruppenregeln können dabei helfen, richtige Verhaltensweisen einzuhalten, und ermöglichen eine gute Arbeit

in der Gruppe. Die Gruppenregeln können zudem auf jede andere soziale Gruppe angewandt werden.

Gegenseitige Akzeptanz

In der Gruppe soll eine Atmosphäre von gegenseitiger Akzeptanz und Unterstützung herrschen. Es wird beispielsweise geübt, den anderen zuzuhören. Dadurch soll das Selbstvertrauen der Teilnehmer und die Aufmerksamkeit für andere Gruppenmitglieder gestärkt werden.

Alltagsnahe Gruppensituationen

Während der Trainingsstunden entstehen immer wieder alltagsnahe Situationen oder Konflikte (z. B. bei einem zu Spiel verlieren). Diese Situationen werden in die Therapie einbezogen und verschiedene Lösungsstrategien erarbeitet.

Gleichbleibende Arbeitsgruppen

Es hat sich bewährt, mache Aufgaben und die Besprechung der Übungsaufgaben in kleinen Arbeitsgruppen von zwei bis drei Teilnehmern/innen und einer Gruppenleiterin durchzuführen. Die Zusammensetzung der Arbeitsgruppen bleibt den ganzen Trainingszeitraum über gleich. Dies ermöglicht den Teilnehmern, eine besondere Bindung zu einem oder zwei anderen Teilnehmern zu knüpfen.

Zuletzt finden folgende verhaltenstherapeutische Prinzipien im TütASS Anwendung:

Modelllernen

In einer Gruppe findet automatisch Modelllernen statt. Die Gruppenleiter/innen nehmen deshalb an möglichst vielen Aktivitäten teil (z.B. Begrüßungsrunde, Blitzlicht, Spiele) und fördern in Gruppengesprächen den Austausch zwischen den Kindern.

Rollenspiele

In mehreren Stunden werden Pantomimen oder Rollenspiele durchgeführt. Anhand derer können Inhalte verdeutlicht und reflektiert werden. Das Mitmachen oder Zuschauen bei Rollenspielen fördert nach den Erfahrungen des TütASS-Teams außerdem die Aufmerksamkeit für das Thema.

Verstärkung erwünschter Verhaltensweisen

Teilnehmer, die die Übungsaufgaben zu Hause erledigt haben, dürfen sich in der nächsten Stunde einen Smiley-Aufkleber aussuchen. Die Aufkleber dienen als Belohnung und können auf dem Ordner gesammelt werden.

3.1.6 Begleitende Elternarbeit

Das Training wird durch zwei Elternabende und einen Einzeltermin am Ende des Trainings begleitet.

Der erste Elternabend findet vor Trainingsbeginn statt. Er dient dazu, die Eltern über das Training zu informieren. Die Schwerpunkte des TütASS, das Trainingskonzept und die Stundeninhalte sowie deren Hintergründe werden anhand einer *PowerPoint*-Präsentation dargestellt. Nach der Vorstellung ist Zeit für Fragen eingeplant. Der Elternabend soll den Eltern auch die Möglichkeit bieten, das Team und andere betroffene Eltern kennen zu lernen.

Der zweite Elternabend findet nach der 6. Stunde statt. Dieser dient vor allem der gegenseitigen Rückmeldung zum Training. Die Gruppe und der Trainingsverlauf sowie die bisherigen und kommenden Stundeninhalte werden vorgestellt. Anschließend soll viel Zeit für Fragen und Feedback durch die Eltern sein. Auch der Bedarf nach weiteren therapeutischen Angeboten wird abgefragt. Der Abend soll den Eltern weiterhin die Möglichkeit geben, sich untereinander auszutauschen.

Nach Beendigung des Trainings wird ein Einzeltermin mit Kind, Eltern und Gruppenleitern/innen angeboten. An diesem Termin sollen Fortschritte des Kindes dargestellt und ein Feedback über das Training erhoben werden. Außerdem dient der Einzeltermin auch der Planung weiterer notwendiger, therapeutischer Schritte.

3.2 Beschreibung der Studienteilnehmer

Drop-outs

Die erste Therapiegruppe („Gruppe gelb“) bestand aus sechs Kindern, die zweite Trainingsgruppe („Gruppe rot“) zunächst aus sieben Kindern. Zwei Kinder aus „Gruppe rot“, beendeten während des Trainings die Teilnahme. Ein Kind fühlte sich zu jung für die Gruppe, das andere konnte aus familiären Gründen nicht mehr zu den Trainingsstunden kommen. Somit gingen die Daten von elf Teilnehmern in die Studie ein.

Die Stundenevaluationsbögen der Drop-outs wurden in die Studie einbezogen, da ein Ausschluss aufgrund der Anonymität der Fragebögen nicht möglich war. Bei manchen Erhebungsinstrumenten ist die Fallzahl kleiner als elf. Dies ist der Fall, wenn Fragebögen nicht zurückgegeben wurden.

Soziodemographische Daten

Alle Studienteilnehmer waren männlich. Das Alter zu Beginn des Trainings lag zwischen 8 und 12 Jahren; das mittlere Alter betrug 10,27 Jahre (Standardabweichung (SD) = 1,01). Dabei lag der Altersdurchschnitt der „Gruppe gelb“ mit 9,83 Jahren (SD = 0,98) um ein Jahr unter dem der „Gruppe rot“ mit 10,80 Jahren (SD = 0,84). Die Altersverteilung ist in Abbildung 8 dargestellt:

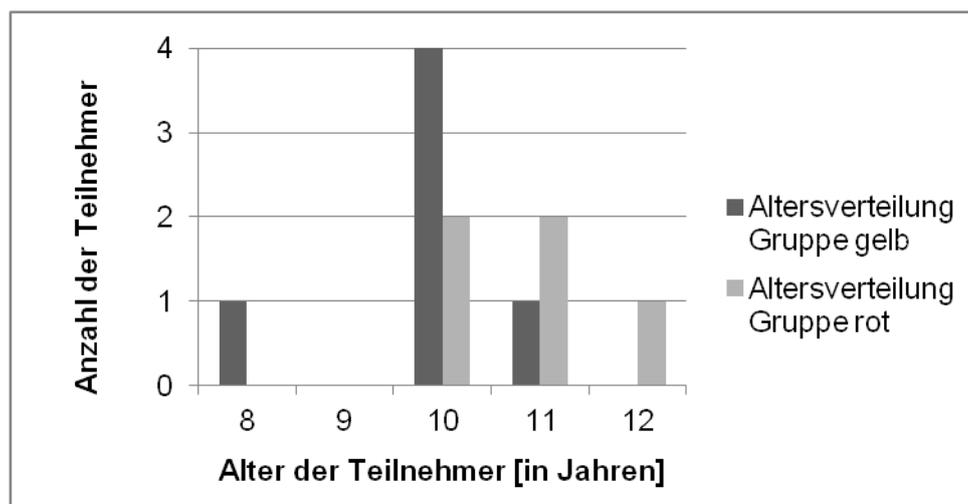


Abb. 8: Altersverteilung der Studienteilnehmer, aufgeteilt nach Gruppen

Die Teilnehmer besuchten unterschiedliche Schulen. Das Spektrum der besuchten Schularten wird in Abb. 9 dargestellt:

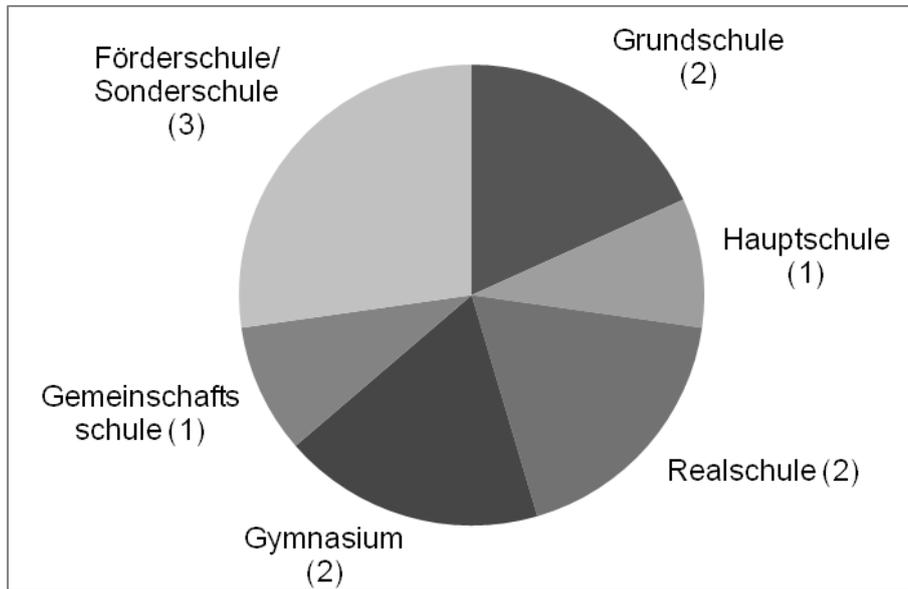


Abb. 9: Spektrum der besuchten Schularten der TütASS-Teilnehmer

Diagnosen und Komorbiditäten

Bei jedem Studienteilnehmer konnte die Diagnose einer ASS im Rahmen der qualitätssichernden Diagnostik entweder durch das Ergebnis des ADI-R (5 Probanden) oder des ADOS (3 Probanden) oder anhand beider Instrumente (3 Probanden) bestätigt werden. Eine Übersicht über die Diagnostik-Ergebnisse findet sich im Anhang (8.1).

Der Intelligenzquotient anhand des ersten Teils des *Grundintelligenztests CFT 20-R* lag bei den Studienteilnehmern zwischen 76 (Minimum) und 139 (Maximum). Der Mittelwert betrug 102,18 (SD = 15,63).

Der neuropsychiatrische Screening-Test MINI-KID zeigte bei allen Kindern weitere Auffälligkeiten in verschiedenen Bereichen. Diese sind in Tabelle 11 dargestellt.

Tab. 11: Weitere Auffälligkeiten anhand des psychiatrischen Screening-Tests MINI-KID, sortiert nach Häufigkeit

Auffälliger Bereich	Häufigkeit
ADHS	7
- davon Unaufmerksamkeit	(3)
- davon kombiniert: Unaufmerksamkeit + Hyperaktivität / Impulsivität	(4)
Agoraphobie	5
Störung des Sozialverhaltens	5
Oppositionelles aufsässiges Verhalten	5
Major depressive Episode (vergangen oder gegenwärtig)	4
Manische oder hypomanische Episode (vergangen)	3
Zwangsstörung	2
Generalisierte Angststörung	1
Panikstörung	1
Sozialphobie (generalisiert)	1
Motorische Tic-Störung	1
Tourette-Syndrom	1

3.3 Trainingsverlauf

Die TütASS-Gruppen wurden durch ein Team aus zwei Psychologinnen und einer Medizinstudentin geleitet. Ein Oberarzt der *PPKJ Tübingen* nahm an einigen Stunden als Beobachter und Supervisor teil. Die Therapiehündin Tina war in mehreren Stunden anwesend. Die Stunden zum Thema Bogenschießen führte ein Körpertherapeut der *PPKJ Tübingen* mit Hilfe der Gruppenleiter/innen durch.

Die Teilnehmer der Trainingsgruppen entsprachen der Stichprobe der Pilotstudie (siehe Kapitel 3.2). Die „Gruppe gelb“ durchlief das TütASS vom 05.11.2014 bis zum 04.02.2015. Die „Gruppe rot“ folgte vom 03.12.2014 bis zum 11.03.2015. In den Schulferien fanden keine Trainingsstunden statt. Dies betraf in der „Gruppe gelb“ zwei Wochen und in der „Gruppe rot“ drei Wochen. In beiden Gruppen wurde das vorläufige Trainingsmanual ohne große Abweichungen durchgeführt. Lediglich die Abfolge oder Ausführlichkeit der einzelnen Stundeninhalte wurde in manchen Stunden an die jeweilige Gruppe angepasst.

Als Beispiel für den Ablauf einer Trainingsstunde ist das Gedächtnis-Protokoll einer Stunde im Anhang beigefügt (8.4).

Alle Teilnehmer nahmen an mindestens acht der zwölf Trainingsstunden teil. Die durchschnittliche Fehlzeit der Teilnehmer betrug 1,6 Stunden (SD = 1,2). Die Teilnahme an den einzelnen Trainingsstunden wird in Tab. 12 dargestellt. Insgesamt lag sie bei 92,68 %.

Tab. 12: Anzahl der Teilnehmer an den verschiedenen Trainingsstunden

Trainingstunde	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
Gruppe gelb	4	6	6	5	6	5	5	5	4	4	5	6
Gruppe rot	5	5	3	5	5	4	5	5	4	4	5	3
Teilnehmer gesamt	9	11	9	10	11	9	10	10	8	8	10	9

Auch die Eltern der Teilnehmer wurden einbezogen. Eine Übersicht über die Teilnahme an den Angeboten für Eltern bietet Tab. 13. Diese betrug insgesamt 81,81 %.

Tab. 13: Übersicht über die Teilnahme der Eltern an den Angeboten des TütASS

Art des Elternangebotes	Eingeladene Eltern	Davon anwesend
Informationsabend	11	11
Elternabend der Gruppe gelb	6	3
Elternabend der Gruppe rot	5	4
Einzeltermine zur Nachbesprechung	11	9

Zusätzlich konnten sich die Eltern bei Fragen telefonisch oder per Email an die Gruppenleiter/innen wenden, was häufig in Anspruch genommen wurde.

Entwicklungen während des Trainings

Wie in Kapitel 2.1 beschrieben, wurde das TütASS während der Erstanwendung entwickelt und verbessert. In folgenden Bereichen fanden während des Trainings Entwicklungen als Reaktion auf Erfahrungen in vorherigen Stunden statt:

1) Gruppensetting und Gruppenregeln

- *Einführung eines „Leise-Zeichens“*: Dieses durften sowohl die Kinder als auch die Gruppenleiter/innen anwenden, wenn es ihnen zu laut wurde.
- *Einführung einer Sitzordnung*: Wenn Kinder sich umsetzten oder umsetzen sollten, führte dies häufig zu Widerstand. Aus diesem Grund wurde in beiden Gruppen eine feste Sitzordnung eingeführt.
- *Aktiver Stundenbeginn*: Die Begrüßungsrunde wurde auf Anregung einer Gruppenleiterin um eine kurze, rhythmische Bewegungssequenz ergänzt (4x Stampfen, 4x auf Oberschenkel klopfen, 4x Klatschen, 4x Gruppenbegrüßung rufen).

- *Belohnungssystem für Übungsaufgaben:* Für gemachte und vorgezeigte Übungsaufgaben, durfte sich das Kind einen Smiley-Aufkleber aussuchen. In der zweiten Gruppe wurde diese Regel um das Vorlesen oder -zeigen der Übungsaufgaben erweitert.

2) Umgang mit Autismus-spezifischen Problemen

- *Besprechung von Aufgaben in kleinen Gruppen:* Da es vielen Kindern schwerfiel, bei einem Gruppengespräch den anderen zuzuhören, wurden die (Übungs-)Aufgaben häufig zu dritt besprochen (zwei Kinder mit einer Gruppenleiterin) anstatt in der ganzen Gruppe. Diese wurden dann den anderen Gruppen kurz vorgestellt.
- *Umgang mit Wut und Verweigerung:* In vielen Fällen halfen bei Wut oder Verweigerung eine klare Linie und individuelle Lösungen, wie eine Weile auf Tina aufpassen zu dürfen. Für den Fall der Eskalation wurde eine Strategie entwickelt: Sofern möglich kümmerte sich nur eine Gruppenleiterin um das entsprechende Kind und ging mit ihm bei Bedarf aus dem Raum. Die anderen beiden Gruppenleiterinnen führten die Stunde weiter.
- *Verbindung von Struktur und Lebendigkeit:* Die Kinder kamen am besten mit einer klaren Struktur und eindeutigen Ansagen zurecht. Gleichzeitig war alles, was an Schulunterricht erinnerte „langweilig“. Bemühungen um lebendige und interessante, aber dennoch hoch strukturierte Stunden begleiteten das ganze Training.

3) Rolle der Gruppenleiter/innen und der Teilnehmer

- *Integration der Gruppenleiter/innen in die Gruppe:* Die Rolle der Gruppenleiter/innen wandelte sich im Laufe des Trainings im Sinne einer stärkeren Integration in die Gruppe. Konkret beinhaltete dies die Teilnahme an Begrüßungsrunde und Blitzlicht, das Unterschreiben der Gruppenregeln und das Mitmachen beim Abschluss-Spiel. Dadurch sollte einerseits eine Vorbildfunktion ausgeübt und andererseits das Gruppengefühl verstärkt werden.

- *Aussuchen des Schlussspiels durch die Kinder:* Die Kinder sollten zumindest in geringem Maße bei der Stundengestaltung mitentscheiden dürfen: Ab der vierten Stunde suchten sie gemeinsam das Abschluss-Spiel aus. Dadurch konnte auch eine häufige Alltagssituation geübt werden.

3.3.1 Exkurs: Einzelfallberichte

„Was ist das Allgemeine?

Der einzelne Fall.“

(Goethe, 1981, p.301)

Die folgenden Einzelfallberichte bieten die Möglichkeit, individuelle Problemstellungen und Entwicklungen während des Trainings nachzuvollziehen. (Alle Namen wurden geändert.)

Wie Lukas wieder ins TütASS kommen wollte

Lukas war ein sehr ruhiger, aber aufmerksamer Gruppenteilnehmer. Die Gruppenleiter/innen fanden, dass Lukas von den Stunden profitierte. Vor der fünften Stunde meldete seine Mutter ihnen jedoch zurück, dass Lukas nicht mehr am Training teilnehmen wolle. In der nächsten Stunde war er dennoch anwesend. In einem kurzen Gespräch nach der Stunde konnte Lukas nicht genau sagen, weshalb er nicht mehr teilnehmen wolle. Es wurde verabredet, dass er sich bis zum nächsten Mal überlegen solle, was ihn am Training störe. In der folgenden Stunde teilte Lukas den Gruppenleitern/innen über den Evaluationsbogen folgendes mit: *„Das Problem das ich hatte hat sich wieder geregelt [sic!], ich wusste nämlich nicht was das [Training, Anm. d. Verf.] bringt, meine Mama hat es mir erklärt.“* An der zweiten Hälfte des Trainings nahm Lukas gerne teil.

Die Begrüßungsrunde

Die Begrüßungsrunde mit der Frage „Wie geht es dir heute“ fand als fester Bestandteil in jeder Stunde statt. Zu Beginn des TütASS drehten viele Teilnehmer nur den Gefühlewürfel auf das entsprechende Gesicht. Manche sagten (auf Nachfrage) ein Wort oder einen Satz dazu: „Wie fühlst du dich heute?“ „Normal.“

Im Laufe des Trainings wurden die Aussagen differenzierter: „Mir geht es so (trauriges Gesicht), weil heute in der Schule ein Fußballturnier stattfindet. Ich

kann nicht mitmachen, weil ich hier bin. Aber (fröhliches Gesicht) ich freue mich trotzdem auf die Stunde.“ Oder: „Gestern ging es mir so (ängstliches Gesicht) und so (wütendes Gesicht), weil mich ein fremder Mann angeschrien hat.“ Diese Entwicklung fand in unterschiedlicher Ausprägung bei allen Kindern statt.

Verlieren lernen

Mark und Timo fiel das Verlieren beim Spielen besonders schwer. Bei einem Brettspiel waren beide in einer Mannschaft. Vor dem Beginn des Spiels wurde das Thema Verlieren angesprochen und kurz überlegt, was man machen kann, wenn man dabei wütend wird. Die Kinder schlugen vor: Um den Tisch rennen, einen Ball knautschen oder eine Auszeit nehmen. Als Verstärker wurde ein Smiley-Aufkleber in Aussicht gestellt, für jeden Verlierer, der es schaffte, nicht ausfallend zu werden, und für jeden Sieger, der die Verlierer nicht hänselte. Die Stimmung beim Spiel war gut, das Ergebnis am Ende knapp: Timo und Mark verloren. Beide schafften es dieses Mal, gut mit der Situation umzugehen.

Die Maschine im Kopf

Bastis Großmutter berichtete, dass dessen heftige Wutanfälle ein großes Problem darstellten. Im TütASS erlebte die Gruppe keinen derartigen Anfall. Basti war ein junges Gruppenmitglied, das die Stunden stets aufmerksam und angespannt verfolgte. Er gab gerne seine Beiträge zu verschiedenen Themen. In der Stunde zu *Gefühl und Körper* zeigte sich, dass er selbst eine Erklärung für die Wutanfälle gefunden hatte: Auf einem Arbeitsblatt lokalisierte Basti alle Gefühle im Kopf. Dies sei seine Maschine. Bei starken Gefühlen, vor allem Wut, brenne die Sicherung durch. Dann könne er die Maschine nicht mehr kontrollieren. Es gäbe keinen „Aus-Schalter“. Bastis nächste Aufgabe wird es sein, solch einen Schalter für sich zu finden.

Was Yoga mit dem Körper macht

In der „Gruppe gelb“ kam die Stunde zum Thema *Anspannung und Entspannung* gut an. Besonders Max fiel dadurch auf, dass er alle Übungen sehr konzentriert durchführte. In der nächsten Stunde berichtete er, dass er den

Sonnengruß (Übungsaufgabe) mehrmals zusammen mit seiner Mutter geübt hätte. Bei der Wiederholung des *Sonnengrußes* durfte Max die Gruppe anleiten. Er führte die Übung sehr langsam und genau durch. Auf dem Evaluationsbogen meldete er zurück: „*Mein Körper fühlt sich beim Yoga ganz anderst [sic!] an.*“

Wo die Wut sitzt

Leon arbeitete in seinem eigenen, langsamen Tempo und brauchte immer wieder Hilfestellungen, um Aufgaben zu erledigen. Er sprach schwerfällig und es wurde nicht deutlich, wie viel er vom Training mitnahm. In der Nachbesprechung berichtete Leons Mutter, auf die Nachfrage hin, ob sich durch das TütASS etwas geändert hätte: „Leon schlägt jetzt andere Kinder.“ Dies fände sie gut, da er wegen seiner Sprachschwierigkeiten häufig gehänselt würde und sich bisher nie zu wehren gewusst hätte. Seine Wut darüber hätte Leon in sich hineingefressen. Im Training war einmal der Satz gefallen: „Wut kann in den Fäusten sein.“ Dadurch hätte Leon gelernt, dass Wut ein Gefühl ist, das nach draußen kann. Auf dem Gesamtevaluationsbogen antwortete Leon auf die Frage *Was hast du im Training gelernt?:* „*Wo die Wut sitzt!*“

3.4 Ergebnisse der Vor- und Nacherhebung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Vor- und Nacherhebung dargestellt und verglichen. Die Darstellung der Differenzen zwischen dem Testwert der Vorerhebung und dem Testwert der Nacherhebung erfolgt in der vorliegenden Arbeit als t_0 (Vorerhebung) - t_1 (Nacherhebung). Negative Differenzen entsprechen somit einem höheren Wert in der Nacherhebung, positive Differenzen einem höheren Wert in der Vorerhebung. Bei den meisten Erhebungsinstrumenten deutet ein hoher Wert auf ein auffälliges Ergebnis hin, ein niedriger Wert auf ein normales Ergebnis. Bei manchen Skalen oder Gesamtwerten ist die Bewertung jedoch gegenteilig, sodass niedrige Werte auf Auffälligkeiten hinweisen und hohe Werte normal oder positiv zu bewerten sind. Diese Skalen und Gesamtwerte sind mit einem * gekennzeichnet. Übersichten über die Ergebnisse von (Sub-)Skalen finden sich im Anhang (8.5).

3.4.1 Ergebnisse zu Körperwahrnehmung und Gefühlsdifferenzierung

Körperbildmaltest für Kinder

Im KBMT-K lagen die mittleren Rohwerte für die *Körperzufriedenheit* bei einer Fallzahl von $n = 9$ in der Vorerhebung bei 1,98 (SD = 0,93) und in der Nacherhebung bei 1,90 (SD = 0,77). Im Mittel zeigte sich im t-Test eine nicht signifikante, geringe Verbesserung der *Körperzufriedenheit* (Signifikanzniveau (Sig.) = 0,813) um 0,084 (SD = 1,03).

Die Einzelverläufe des Zufriedenheitswertes sind in Abb. 10 dargestellt.

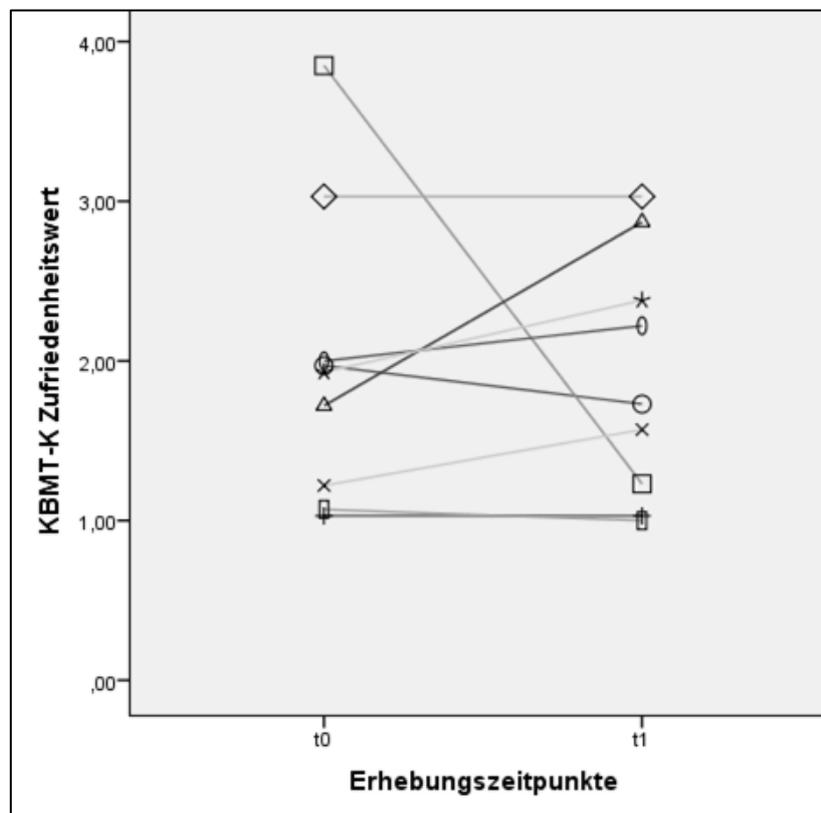


Abb. 10: Einzelverläufe im Körperbildmaltest für Kinder (Zufriedenheitswert) zu den Erhebungszeitpunkten t0 (Vorerhebung) und t1 (Nacherhebung); $n=9$

Die mittleren Rohwerte des **Differenziertheitswert der Körperwahrnehmung* betragen in der Vorerhebung 9,33 (SD = 7,26) und in der Nacherhebung 9,67 (SD = 6,27).

Im Mittel lag eine nicht signifikante, geringe Verbesserung der *Differenziertheit der Körperwahrnehmung* um -0,33 vor (SD = 5,77; Sig. = 0,867).

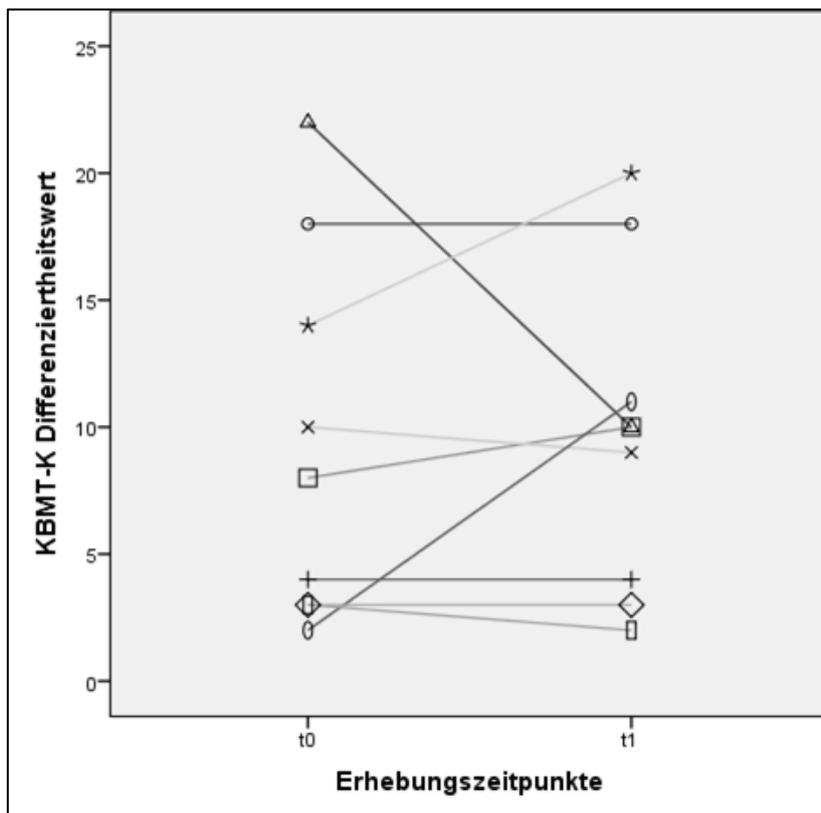


Abb. 11: Einzelverläufe im Körperbildmaltest für Kinder (Differenziertheitswert) zu den Erhebungszeitpunkten t0 (Vorerhebung) und t1 (Nacherhebung); n=9

Die geringen Unterschiede zwischen Vor- und Nacherhebung im Körperbildmaltest ergaben keinen Hinweis auf signifikante Veränderungen von Körperzufriedenheit oder -differenziertheit im zeitlichen Zusammenhang mit dem TütASS.

Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen

Mittels Feel-KJ wurde die Veränderung *adaptiver und maladaptiver Strategien zur Emotionsregulation* gemessen.

Bei $n = 8$ Teilnehmern lag der Mittelwert der Voruntersuchung im Bereich **adaptive Strategien* bei 33,63 (SD = 12,60), der der Nachuntersuchung bei 39,63 (SD = 15,62). Beide Werte gelten als auffällig niedrig und könnten auf eine unterdurchschnittliche emotionale Kompetenz der getesteten Kinder hinweisen. Im Mittel zeigte sich eine deutliche, nicht signifikante Verbesserung im Bereich der *adaptive Strategien* von -6,00 (SD = 12,45; Sig. = 0,205). Es lag dabei eine breite Streuung der einzelnen Differenzen von -29 bis 6 vor.

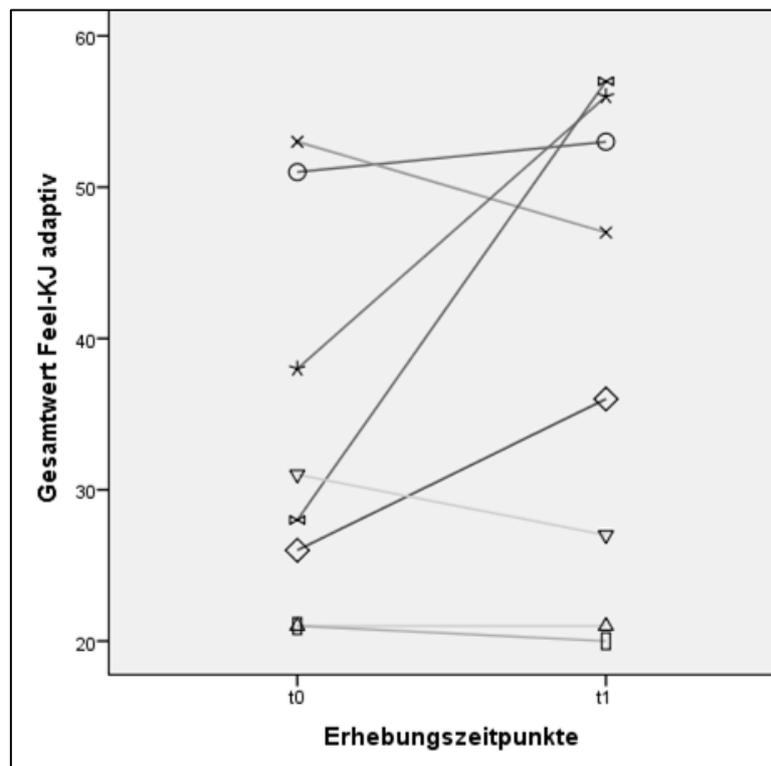


Abb. 12: Einzelverläufe im Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation (adaptive Strategien) zu den Erhebungszeitpunkten t0 (Vorerhebung) und t1 (Nacherhebung); $n=8$

Bei den *maladaptiven Strategien* lagen die Veränderungen der T-Gesamtwerte zwischen 15 und -24. Im Mittel verschlechterte sich der Gesamtwert im Bereich

maladaptive Strategien nicht-signifikant um -2,13 (SD = 12,45; Sig. = 0,644) von 56,88 (SD = 12,87) in der Vorerhebung auf 59,00 (SD = 11,17) in der Nacherhebung. Beide Werte gelten als unauffällig. Deskriptiv betrachtet verbesserte sich der Wert bei fünf Probanden während sich nur bei drei Probanden eine Verschlechterung zeigte.

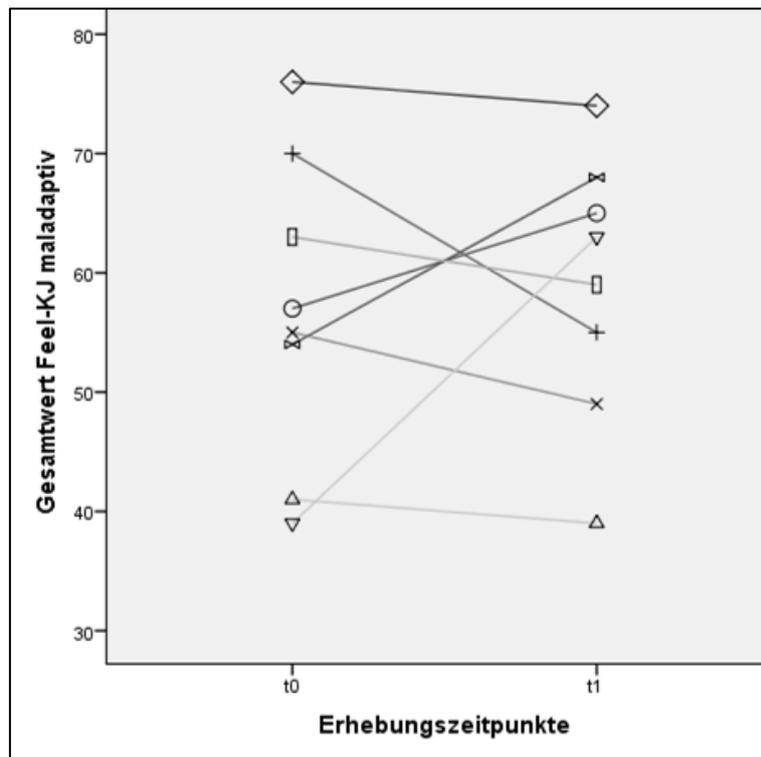


Abb. 13: Einzelverläufe im Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation (maladaptive Strategien) zu den Erhebungszeitpunkten t0 (Vorerhebung) und t1 (Nacherhebung); n=8

In den Subskalen *Wut*, *Angst* und *Traurigkeit* zu *adaptiven und maladaptiven Strategien* zeigten sich nicht-signifikante, unterschiedliche Veränderungen (siehe Anhang 8.5).

Skalen zum Erleben von Emotionen

Für die SEE existiert kein Gesamtwert. Die Ergebnisdifferenzen der verschiedenen Skalen für $n = 7$ Teilnehmer sind in Tabelle 14 dargestellt. In den SEE sind sowohl überdurchschnittlich hohe (>60) als auch niedrige Werte (<40) als auffällig anzusehen.

Tab. 14: Übersicht über die Ergebnisse zur Gefühlsdifferenzierung mittels SEE in Vor- und Nacherhebung

SEE Skala (T-Werte)	n	Mittelwert t0	Mittelwert t1	Paarige Differenzen (t0-t1)		Sig. (2- seitig)
				Mittelwert	Standard- abweichung	
Akzeptanz eigener Emotionen	7	41,00	39,71	1,286	12,010	,787
Erleben von Emotionsüberflutung	7	58,86	55,57	3,286	6,969	,259
Erleben von Emotionsmangel	7	54,14	51,86	2,286	9,250	,538
Körperbezogene Symbolisierung von Emotionen	7	40,71	47,43	-6,714	12,379	,201
Imaginative Symbolisierung von Emotionen	7	54,57	51,14	3,429	9,484	,376
Erleben von Emotionsregulation	7	38,57	44,86	-6,286	7,973	,082
Erleben von Selbstkontrolle	7	35,29	39,71	-4,429	7,635	,176

In den Skalen *Erleben von Emotionsüberflutung*, *Erleben von Emotionsmangel*, *Körperbezogene Symbolisierung von Emotionen*, *Imaginative Symbolisierung von Emotionen* und *Erleben von Selbstkontrolle* näherten sich die mittleren T-Werte in der Nachuntersuchung im Vergleich zur Voruntersuchung mit nicht-signifikanten Differenzen einem T-Wert von 50 an.

Die mittlere Differenz von -6,29 (SD = 7,97) in der Skala *Erleben von Emotionsregulation* war marginal signifikant (Sig. = 0,082). Dabei erhöhte sich der mittlere T-Wert von 38,57 (auffälliger Wert) auf 44,86 (unauffälliger Wert).

In der Skala *Akzeptanz eigener Emotionen* lag der mittlere T-Wert in der Vorerhebung näher an einem T-Wert von 50 als der der Nacherhebung. Die Differenz war nicht signifikant.

Es zeigte sich also in sechs von sieben Skalen in der Nacherhebung im Gegensatz zur Vorerhebung eine (nicht-signifikante) Annäherung an den Durchschnittswert in der Normalbevölkerung. In der Skala *Erleben von Emotionen* ergaben sich Hinweise auf Signifikanz dieser Annäherung. Abbildung 14 zeigt diese marginal signifikante Veränderung.

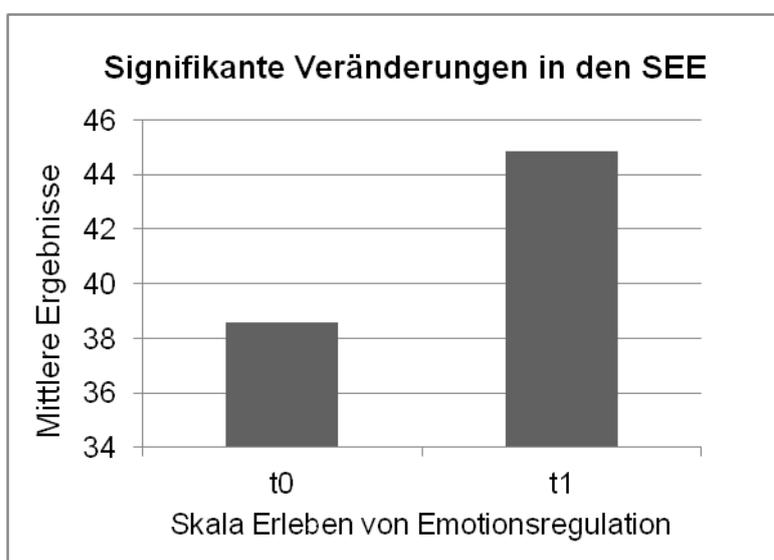


Abb. 14 Mittlere Testergebnisse in den Skalen zum Erleben von Emotionen zu den Erhebungszeitpunkten t0 (Vorerhebung) und t1 (Nacherhebung) mit signifikanter Veränderung zwischen t0 und t1 (Signifikanzniveau $< 0,1$); $n = 7$

3.4.2 Ergebnisse zu sekundären Variablen

Zu den erhobenen sekundären Variablen zählten *soziale Interaktion und Kommunikation, Verhaltensauffälligkeiten, Lebensqualität* und *Depressivität*.

Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität

Die Veränderungen zwischen Vor- und Nacherhebung für $n = 11$ Teilnehmer in der SRS lagen zwischen -5 (Minimum) und 12 (Maximum). Im Mittel verbesserte sich der T-Gesamtwert nicht-signifikant um 2,36 (SD = 5,90; Sig = 0,214) von 82,73 (SD = 10,22) in der Vorerhebung auf 80,36 (SD = 9,49) in der Nacherhebung. Beide Werte waren als auffällig zu bewerten.

Die soziale Interaktion und Kommunikation der Teilnehmer verbesserte sich demnach im zeitlichen Zusammenhang mit dem TütASS nicht-signifikant und lag vorher wie nachher im auffälligen Bereich.

Veränderungen in den einzelnen Skalen waren im t-Test nicht signifikant.

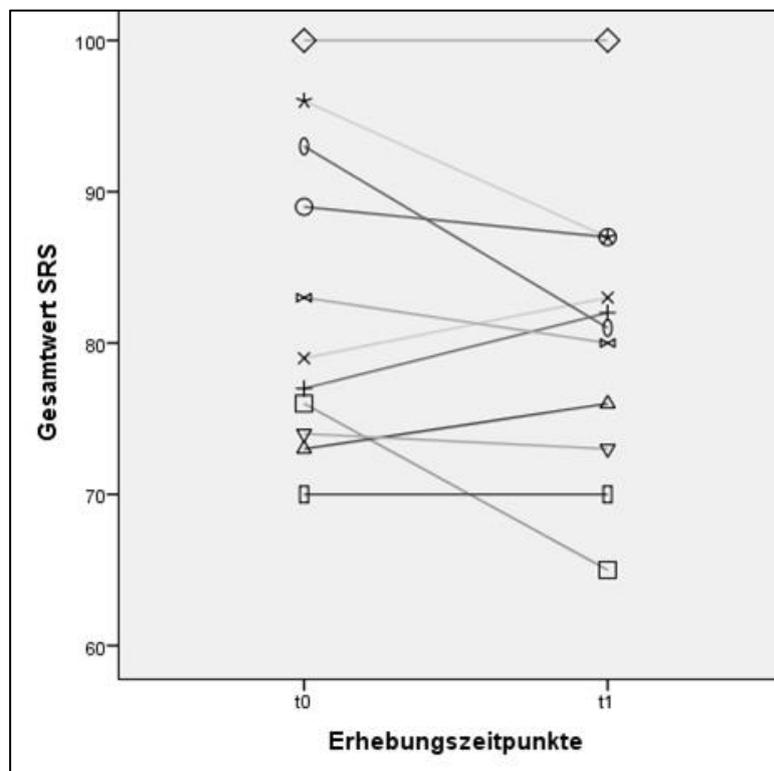


Abb. 15: Einzelverläufe in der Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität zu den Erhebungszeitpunkten t0 (Vorerhebung) und t1 (Nacherhebung); $n=11$

Child behavior checklist

In der CBCL betragen die zeitlichen Veränderungen der Teilnehmer ($n = 9$) zwischen -4 (Minimum) und 15 (Maximum). Im t-Test zeigte sich eine marginal signifikante, mittlere Verbesserung des T-Gesamtwertes um 4,89 (SD = 6,62; Sig. = 0,058) von 70,78 (SD = 10,69) in der Vorerhebung auf 65,89 (SD = 9,68) in der Nacherhebung.

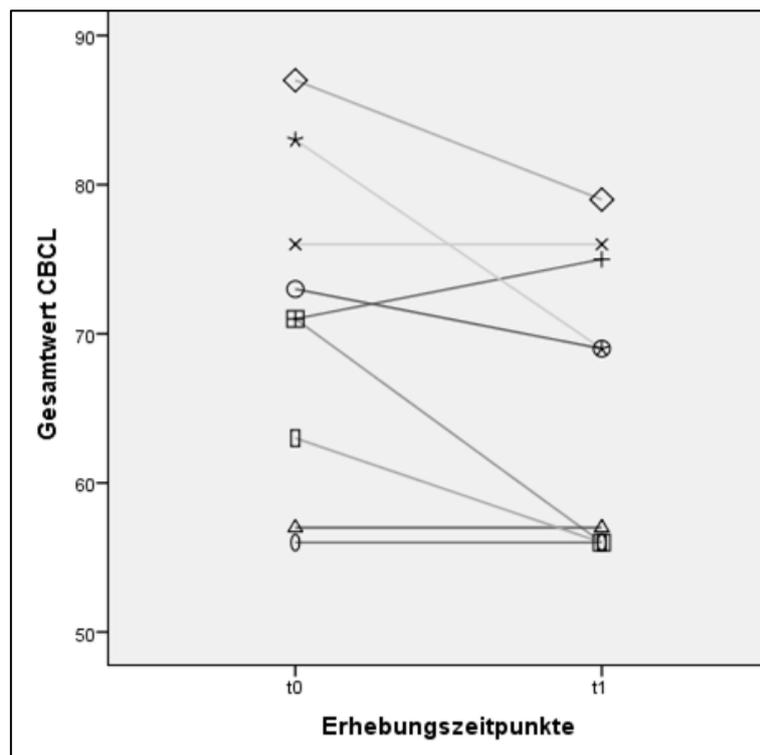


Abb. 16: Einzelverläufe in der Child Behavior Checklist zu den Erhebungszeitpunkten t0 (Vorerhebung) und t1 (Nacherhebung); $n=9$

Dabei war die Verbesserung im Bereich *Internalisierende Störungen* mit Mittelwert (M) = 1,56 (SD = 7,78; Sig. = 0,565) nicht signifikant, während sich im Bereich *Externalisierende Störungen* mit einem Signifikanzniveau von Sig. = 0,016 eine signifikante Verbesserung (M = 5,78; SD = 5,67) von einem mittleren T-Wert von 64,56 (auffällig) auf einen mittleren T-Wert von 58,78 (unauffällig) zeigte.

Somit ergaben sich Hinweise auf eine signifikante Verringerung von Verhaltensauffälligkeiten bis in den unauffälligen Bereich im zeitlichen Zusammenhang mit dem TütASS im Bereich *Externalisierende Störungen*.

In allen Skalen des CBCL deuteten sich Verbesserungen an. In den Skalen *Soziale Probleme* und *Aggressives Verhalten* waren diese Veränderungen mit einem Signifikanzniveau von 0,079 ($M = 5,33$; $SD = 7,95$) respektive 0,092 ($M = 4,67$; $SD = 7,31$) marginal signifikant.

Abbildung 17 zeigt die aufgeführten (marginal) signifikanten Veränderungen in der CBCL.

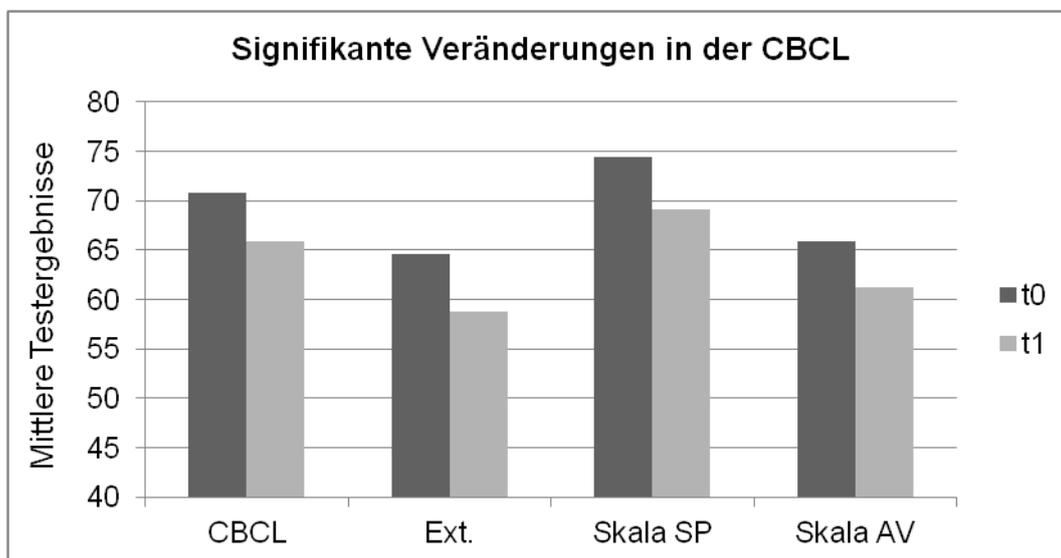


Abb. 17: Mittlere Testergebnisse in der Child behaviour Checklist (CBCL) zu den Erhebungszeitpunkten t0 (Vorerhebung) und t1 (Nacherhebung) mit signifikanter Veränderung zwischen t0 und t1 (Signifikanzniveau $< 0,1$); $n=9$ (Ext. = Bereich Externalisierende Störung, Skala SP = Soziale Probleme, Skala AV = Aggressives Verhalten)

Fragebogen zu Stärken und Schwächen

Die Veränderungen zwischen Vor- und Nacherhebung von $n = 11$ Teilnehmern lagen beim Gesamtproblemwert (Rohwert) des SDQ zwischen -5 (Minimum) und 10 (Maximum). Im Mittel zeigte sich eine marginal signifikante Verbesserung des Gesamtproblemwertes (Sig. = 0,069) von 2,91 (SD = 4,74). Dabei lag der mittlere Wert der Voruntersuchung ($M = 19,45$; $SD = 8,56$) im auffälligen Bereich, der mittlere Wert der Nachuntersuchung ($M = 16,55$; $SD = 7,74$) im unauffälligen Bereich.

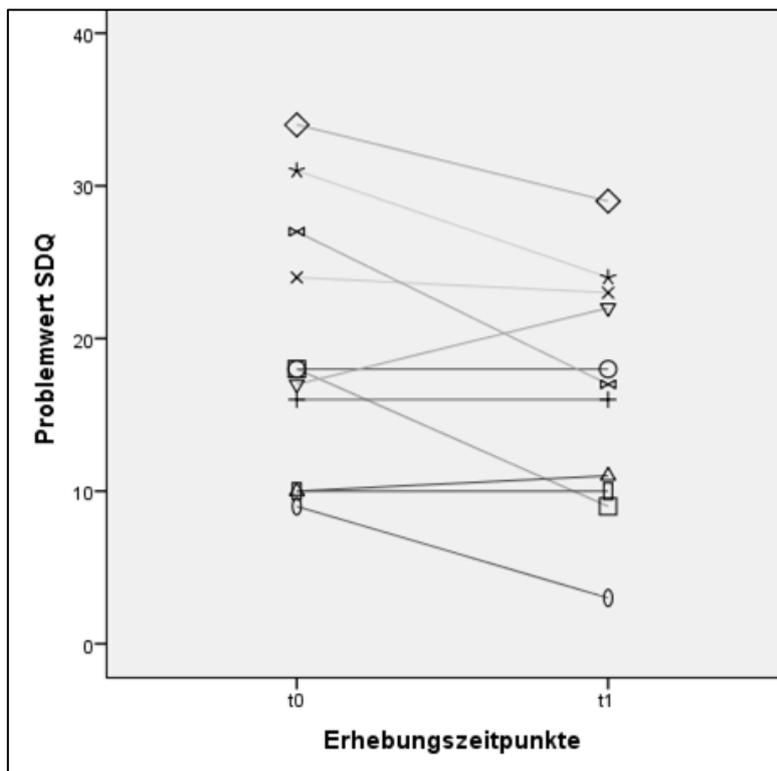


Abb. 18: Einzelverläufe im Fragebogen zu Stärken und Schwächen zu den Erhebungszeitpunkten t_0 (Vorerhebung) und t_1 (Nacherhebung); $n=11$

Es ergaben sich also auch im SDQ Hinweise auf eine signifikante Verringerung von Verhaltensauffälligkeiten bis in den unauffälligen Bereich im zeitlichen Zusammenhang mit dem TütASS.

In der Skala *Emotionale Probleme* fand sich eine signifikante (Sig. = 0,019), mittlere Verbesserung um 1,09 (SD = 1,30) von 3,82 auf 2,73 (beide Werte unauffällig). In den anderen Skalen zeigten sich nicht-signifikante

Verbesserungen, wobei sich in der Skala *Verhaltensprobleme* der Mittelwert vom auffälligen Bereich (M = 4,64) in der Vorerhebung in den unauffälligen Bereich (M = 3,73) in der Nacherhebung verbesserte (Sig. = 0,107).

Abbildung 19 zeigt die beschriebenen (marginal) signifikanten Veränderungen im SDQ.

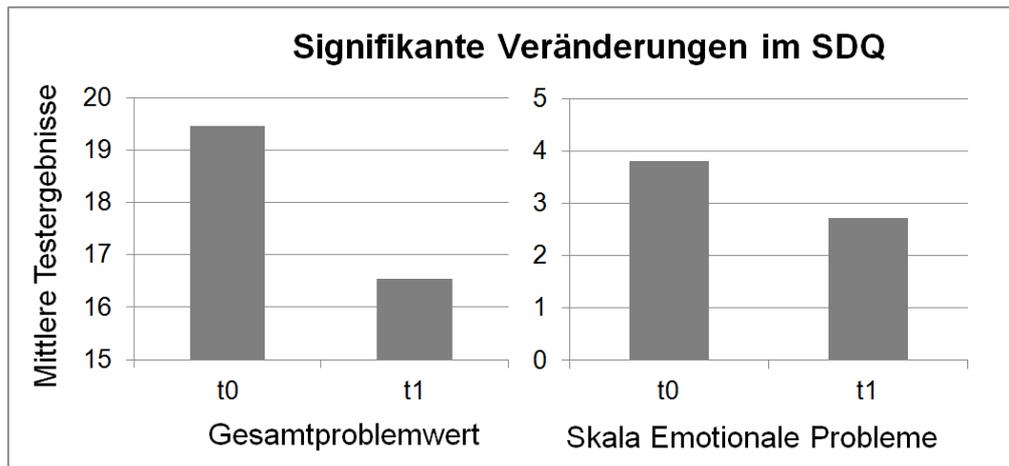


Abb. 19: Mittlere Testergebnisse im Fragebogen zu Stärken und Schwächen zu den Erhebungszeitpunkten t0 (Vorerhebung) und t1 (Nacherhebung) mit signifikanter Veränderung zwischen t0 und t1 (Signifikanzniveau < 0,1); n=11

*Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen

Das ILK erfasst die Bewertung der Lebensqualität durch Kinder und Eltern getrennt. Die Fallzahl betrug für Kinder- und Elterneinschätzung jeweils elf Teilnehmer. Alle mit dem ILK erhobenen mittleren Werte lagen im unauffälligen Bereich.

Die Veränderungen des Lebensqualitätsscores (Rohwert) zwischen Vor- und Nacherhebung in der *Kindereinschätzung lagen zwischen -7 (Minimum) und 5 (Maximum). Im Mittel verbesserte sich die Lebensqualität im ILK nicht-signifikant um -0,91 (SD = 4,06; Sig. = 0,475). Der mittlere Wert der Vorerhebung betrug hierbei 19,55 (SD = 3,93) und der der Nacherhebung 20,45 (SD = 3,50).

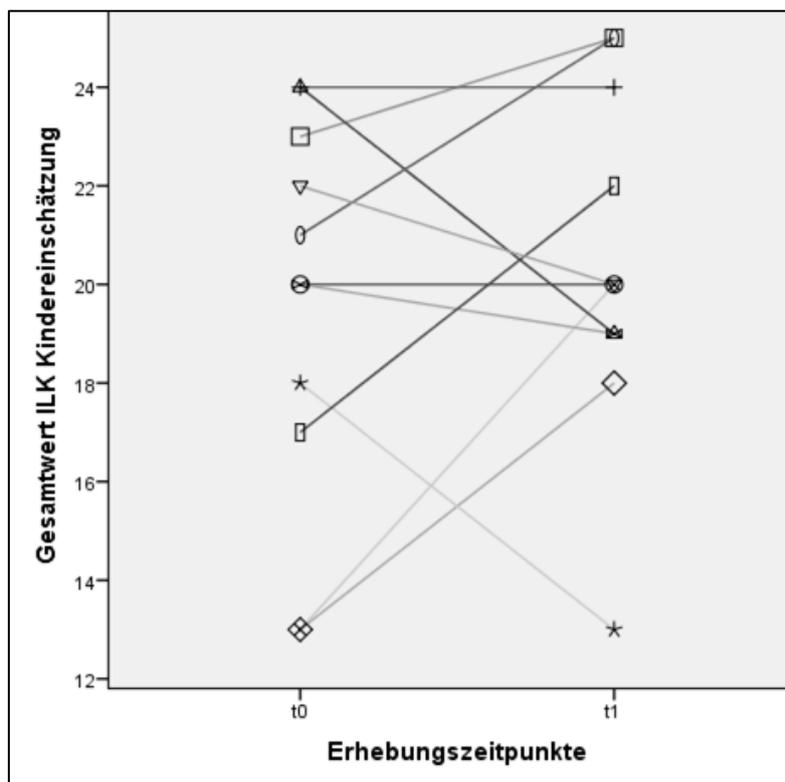


Abb. 20: Einzelverläufe im Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (Kindereinschätzung) zu den Erhebungszeitpunkten t0 (Vorerhebung) und t1 (Nacherhebung); n=11

Auf Einzelitem-Ebene (vgl. 8.5) zeigten sich bei zwei Items keine Veränderung, bei einem Item eine nicht-signifikante Verbesserung und bei vier Items eine Verschlechterung der Lebensqualität. Beim Item *Alles zusammen* war diese mit

Sig. = 0,051 marginal signifikant (M = 0,60; SD = 0,84); bei den anderen drei Items nicht.

Abbildung 21 zeigt die beschriebene marginal signifikante Veränderung im Item *Alles zusammen* des ILK (Kindereinschätzung).

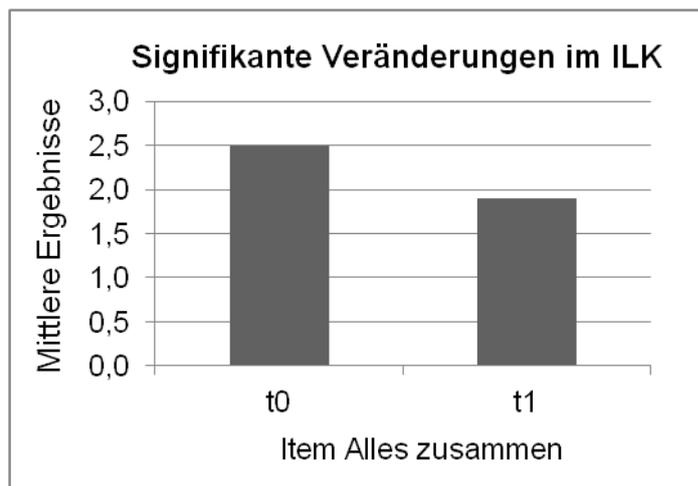


Abb. 21: Mittlere Testergebnisse im Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (Kindereinschätzung) zu den Erhebungszeitpunkten t0 (Vorerhebung) und t1 (Nacherhebung) mit signifikanter Veränderung zwischen t0 und t1 (Signifikanzniveau < 0,1); n=11

In der *Elterneinschätzung betragen die Veränderungen der Lebensqualität zwischen -6 und 6. Der Lebensqualitätsscore verbesserte sich im Mittel nicht-signifikant um -0,09 (SD = 4,06; Sig. = 0,93) von 17,73 (SD = 3,50) in der Vorerhebung auf 17,82 (SD = 2,40) in der Nacherhebung.

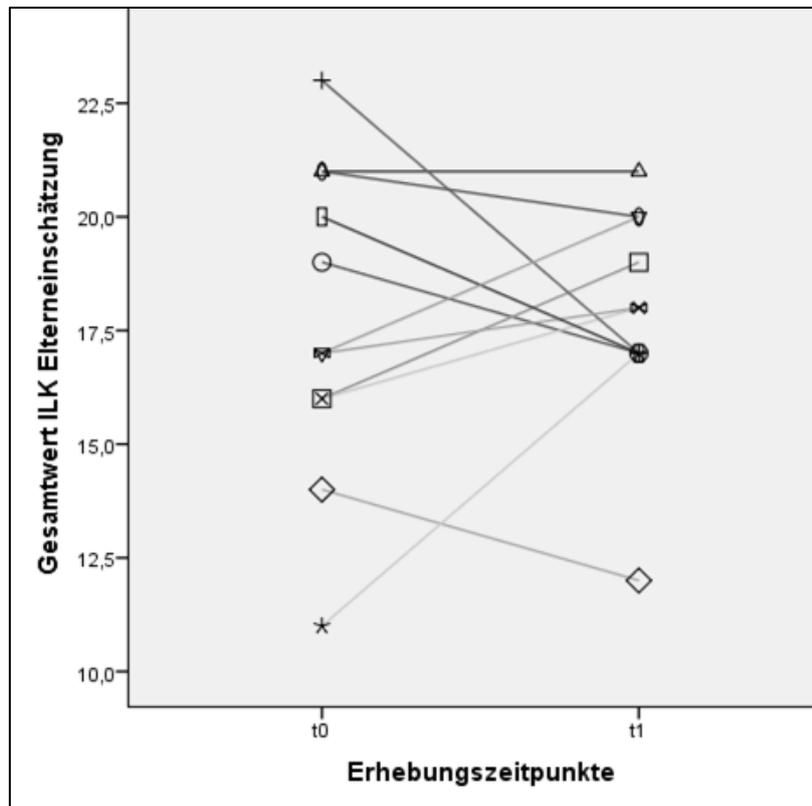


Abb. 22: Einzelverläufe im Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (Elterneinschätzung) zu den Erhebungszeitpunkten t0 (Vorerhebung) und t1 (Nacherhebung); n=11

Auf Einzelitem-Ebene zeigten sich in einem Item keine Veränderung, in drei Items nicht signifikante Verbesserungen und in drei Items nicht signifikante Verschlechterungen der Lebensqualität.

Die Einschätzung der Lebensqualität durch Kinder und Eltern lag also im Mittel in beiden Erhebungen im unauffälligen Bereich und änderte sich im zeitlichen Zusammenhang mit dem TütASS nur geringfügig und nicht signifikant.

Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche

Im DIKJ zeigten sich bei einer Fallzahl von $n = 10$ Veränderungen des T-Gesamtwertes zwischen -16 (Minimum) und 17 (Maximum). Im Mittel fand sich eine nicht-signifikante Verbesserung des Gesamtwertes um 0,40 (SD = 9,54; Sig. = 0,897) vor. Die mittleren Werte von Vor- und Nacherhebung lagen im unauffälligen Bereich (für t_0 : $M = 55,50$ mit $SD = 13,76$ und für t_1 : $M = 55,10$ mit $SD = 12,72$).

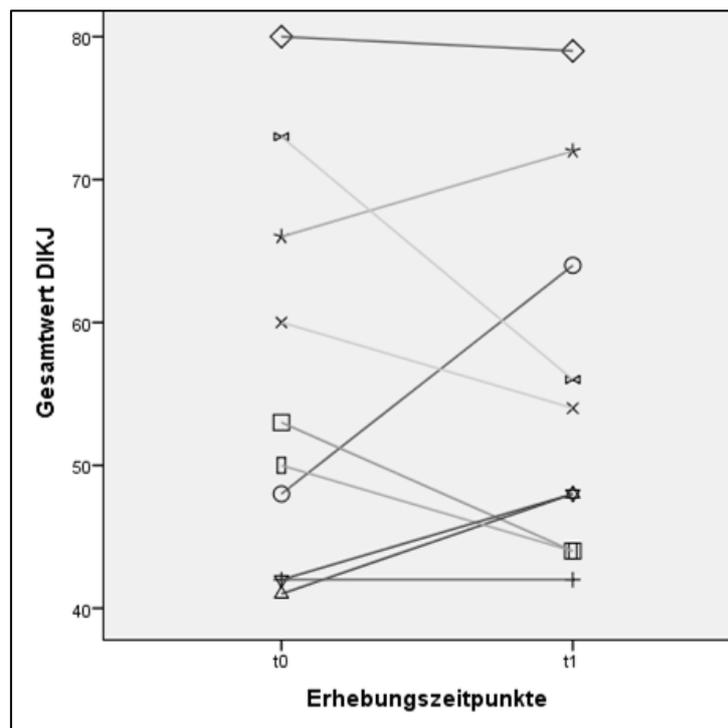


Abb. 23: Einzelverläufe im Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche zu den Erhebungszeitpunkten t_0 (Vorerhebung) und t_1 (Nacherhebung); $n=10$

Es fand also eine nicht-signifikante, geringfügige Verbesserung der Depressivität im zeitlichen Zusammenhang mit dem TütASS statt.

3.4.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Bei den meisten Erhebungsinstrumenten zeigte der Vergleich von Vor- und Nacherhebung Verbesserungen der mittleren Gesamt- und Skalenwerte, die jedoch nur in wenigen Fällen ein Signifikanzniveau von 0,05 oder 0,1 erreichten. Wenige Werte verschlechterten sich im Mittel im zeitlichen Zusammenhang mit dem TütASS. Bei einem Skalenwert war diese Verschlechterung marginal signifikant. In Tabelle 15 sind alle Veränderungen zusammengefasst, die ein Signifikanzniveau von $< 0,1$ erreichten.

Tab. 15: Übersicht über (marginal) signifikante Veränderungen bei Gesamt- und Skalenwerten zwischen Vor- und Nacherhebung

Fragebogen	Gemessener Wert	Art der Veränderung	Paarige Differenzen (t0-t1)			Sig. (2-seitig)
			n	M	SD	
SEE	Skala <i>Erleben von Emotionsregulation</i>	Verbesserung	7	-6,29	7,97	,082
CBCL	Gesamtwert		9	4,89	6,62	,058
	Bereich <i>Externalisierende Störungen</i>			5,78	5,67	,016
	Skala <i>Soziale Probleme</i>			5,33	7,95	,079
	Skala <i>Aggressives Verhalten</i>			4,67	7,31	,092
SDQ	Gesamtproblemwert		11	2,91	4,74	,069
	Skala <i>Emotionale Probleme</i>			1,09	1,30	,019
*ILK (Kinder)	Skala <i>Gesamtbeurteilung</i>	Verschlechterung	11	0,60	0,84	,051

Körperwahrnehmung und Gefühlsdifferenzierung

Für die Erhebungsinstrumente zur Körperwahrnehmung und zur Gefühlsdifferenzierung ergaben sich zwischen Vor- und Nacherhebung folgende Veränderungen:

- Deskriptive, geringfügige Verbesserung der Körperzufriedenheit und der Differenziertheit der Körperwahrnehmung im KBMT-K
- Deskriptive, deutliche Verbesserung im Bereich *adaptive Strategien zur Emotionsregulation* (als Hinweis auf Verbesserung der emotionalen Kompetenz) und deskriptive, geringfügige Verschlechterung im Bereich *maladaptive Strategien zur Emotionsregulation* (Feel-KJ)
- In sechs von sieben Skalen zum Erleben von Emotionen deskriptive oder marginal signifikante, teilweise deutliche Verbesserungen (SEE)

Generell zeigten sich in den Bereichen Körperwahrnehmung und Gefühlsdifferenzierung vor allem deskriptive, geringfügige Veränderungen (zum Positiven oder zum Negativen) und einige deutliche, deskriptive oder marginal signifikante Verbesserungen.

Sekundäre Variablen

Für die untersuchten sekundären Variablen *soziale Interaktion und Kommunikation, Verhaltensauffälligkeiten, Lebensqualität* und *Depressivität* fanden sich folgende Veränderungen:

- Deskriptive, leichte Verbesserung der sozialen Interaktion und Kommunikation im SRS mit deskriptiven unterschiedlichen Veränderungen in den einzelnen Skalen
- Marginal signifikante Verringerung von Verhaltensauffälligkeiten in CBCL und SDQ mit einer signifikanten Verbesserung im Bereich *Externalisierende Störung* der CBCL und deskriptiven oder marginal signifikanten Verbesserungen in den einzelnen Skalen
- Deskriptive, geringfügige Verbesserung der Lebensqualität in der Eltern- und Kindereinschätzung des ILK bei deskriptiven oder marginal signifikanten, unterschiedlichen Veränderungen in den einzelnen Skalen
- Deskriptive, geringfügige Verringerung der Depressivität im DIKJ

Insgesamt zeigten sich somit bei den allgemeinen Variablen deutlichere Veränderungen als in den Bereichen Körperwahrnehmung und Gefühlsdifferenzierung. Die meisten Veränderungen entsprachen

Verbesserungen, von denen einige ein Signifikanzniveau von $< 0,1$ oder $< 0,05$ erreichten. Während Veränderungen in den Bereichen *soziale Interaktion und Kommunikation*, *Lebensqualität* und *Depressivität* gering ausgeprägt waren, zeigte sich eine deutliche Verbesserung im Bereich *Verhaltensauffälligkeiten*.

3.4.4 Hinweise auf Gruppenbildung der Probanden

Bei der Auswertung der Ergebnisse der verschiedenen Erhebungsinstrumente fiel auf, dass sich manche Kinder in mehreren Erhebungsinstrumenten verbesserten. Andere wiederum verschlechterten sich in mehreren Erhebungsinstrumenten oder zeigten keinen Unterschied zwischen Vor- und Nacherhebung. Tabelle 16 zeigt eine Übersicht über die Ergebnisse der einzelnen Probanden.

Tab. 16: Übersicht über Verbesserungen und Verschlechterungen zum Erhebungszeitpunkt t1 im Gegensatz zu t0 der einzelnen Probanden in den verschiedenen Erhebungsinstrumenten (+ = besseres Ergebnis, - = schlechteres Ergebnis, 0 = gleiches Ergebnis; mal = maladaptive Strategien, ad = adaptive Strategien, E = Elterneinschätzung, K = Kindereinschätzung, Zuf = Zufriedenheitswert, Dif = Differenziertheitswert)

Proband	CBCL	DIKJ	Feel-KJ		ILK		SDQ	SRS	KBMTK		gesamt		
			mal	ad	E	K			Zuf	Dif	+	-	0
○	+	-	-	+	-	0	0	+	+	0	4	3	3
□	+	+			+	+	+	+	+	+	8	0	0
x	0	+	+	-	+	+	-	-	-	-	4	5	1
△	0	-	+	0	0	-	-	-	-	-	1	6	3
+	-	0			-	0	0	-	0	0	0	3	5
0	0				-	+	+	+	-	+	4	2	1
◇	+	+	+	+	-	+	+	0	0	0	6	1	3
*	+	-	+	+	+	-	+	+	-	+	7	3	0
∞		+	-	+	+	-	+	+			5	2	0
[]	+	+	+	-	-	+	0	0	+	-	5	3	2
▽		-	-	-	+	-	-	+			2	5	0

Aus der deskriptiven Darstellung wird ersichtlich, dass bei manchen Kindern Häufungen von besseren, gleichbleibenden oder schlechteren Testergebnissen auftraten. Es wäre also möglich, die Kinder nach den Testergebnissen in eine

Gruppe mit überwiegend verbesserten (Responder) und eine Gruppe mit überwiegend verschlechterten oder gleich bleibenden Ergebnissen (Non-Responder) zu unterteilen.

Augenscheinlich gibt es dabei keinen Zusammenhang mit folgenden möglichen Wirkfaktoren

- Alter
- ADOS-Wert
- IQ
- Schulart
- Gruppenzugehörigkeit
- Teilnahmehäufigkeit

Aufgrund der kleinen Probandenzahl war die Durchführung einer statistischen Analyse von Gruppen, die nach möglichen Wirkfaktoren unterteilt sind, nicht möglich.

3.5 Ergebnisse der Bewertung des TütASS

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Evaluationsbögen zur Bewertung des TütASS dargestellt. Die genauen Fragestellungen zu den dargestellten Items sowie die Antwortspektren (1-5) können im Anhang nachgelesen werden (8.6).

3.5.1 Bewertung des gesamten Trainings

Aufgezeigt werden Bewertungen des TütASS hinsichtlich Motivation und Befindlichkeit der teilnehmenden Kinder, Trainingskonzept, Trainingserfolg und Transfer von Gelerntem auf den Alltag.

Motivation und Befindlichkeit der teilnehmenden Kinder

In die Beurteilung von Motivation und Befindlichkeit flossen Fragen aus den Stunden- und Gesamtevaluationsbögen für Kinder, Eltern und Gruppenleiter/innen ein. Bei den Fragen der Stundenevaluationsbögen ist der Gesamt-Mittelwert über alle Stunden dargestellt.

Die Motivation der Kinder fürs TütASS wurde von den Eltern in den Stundenevaluationsbögen im Mittel mit 4,02 (SD = 0,14) eingeschätzt. Die Skala reichte dabei von 1 = keine Motivation bis 5 = starke Motivation. In der Gesamtevaluation lag die Einschätzung etwas niedriger, bei 3,80 (SD = 1,23). Die Kinder schätzten ihre Motivation (Lust auf das Training) im Mittel mit 3,98 (SD = 0,31) ein und bewerteten ihre Befindlichkeit in der Trainingsstunde mit 4,26 (SD = 0,38; Skala: 1 = sehr schlecht; 5 = sehr gut). Dabei hatten die Kinder während der Stunde kaum Ängste oder Sorgen (4,43 mit SD = 0,37; Skala: 1 = die ganze Zeit Ängste oder Sorgen; 5 = nie) und gingen generell gern ins Training (4,00 mit SD = 1,33; Skala: 1 = gar nicht gern; 5 = sehr gern). Die Gruppenleiter/innen schätzten die Stimmung in der Gruppe über alle Stunden im Mittel mit 4,02 (SD = 0,44) als gut ein (Skala: 1 = sehr schlecht; 5 = sehr gut). Die Ergebnisse sind in Abb. 24 dargestellt.

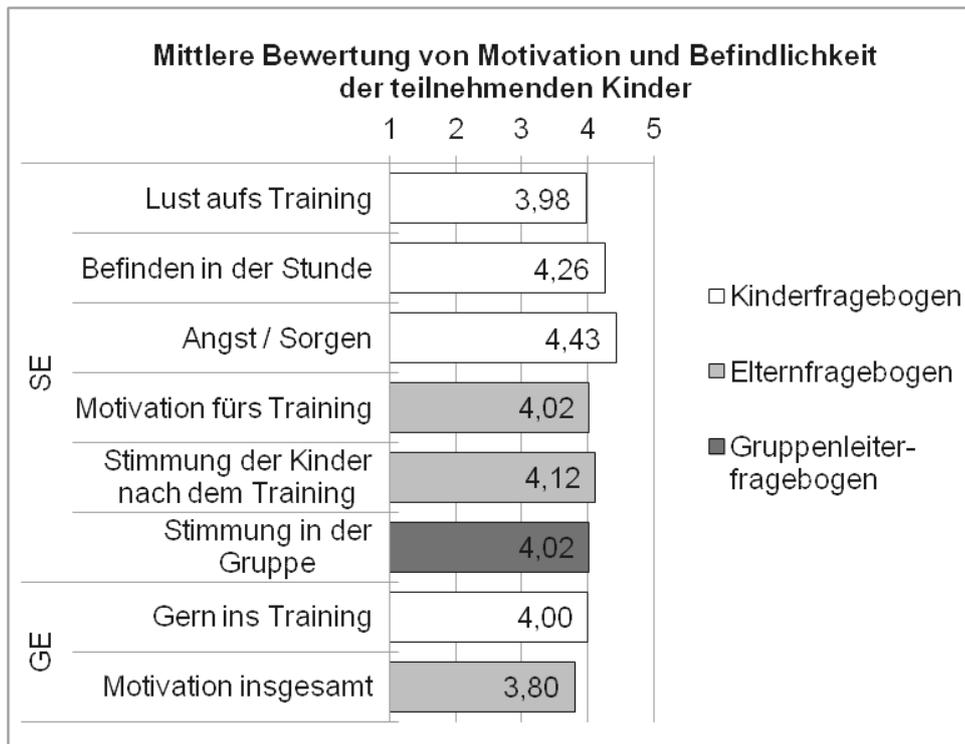


Abb. 24: Übersicht über die mittleren Fragebogenergebnisse zu *Motivation und Befindlichkeit der teilnehmenden Kinder*, SE = Stundenevaluationsbogen, GE = Gesamtevaluationsbogen

Die Bewertungen deuten insgesamt auf eine hohe Motivation der teilnehmenden Kinder und eine gute Befindlichkeit in den Stunden hin.

Bewertung des Trainingskonzepts

Die Bewertung des Trainingskonzepts wurde mittels der Gesamtevaluationsbögen erfasst.

Die Kinder bewerteten die Wichtigkeit der Themenbereiche *Körper* und *Gefühle* sehr unterschiedlich; im Mittel mit 3,30 (SD = 1,49; Skala: 1 = gar nicht wichtig, 5 = sehr wichtig). Eltern und Gruppenleiter/innen schätzten das Gesamtkonzept im Mittel mit 4,50 (SD = 0,53) bzw. 4,88 (SD = 0,35) als sehr sinnvoll ein (Skala: 1 = gar nicht sinnvoll, 5 = sehr sinnvoll).

Auch den Gruppenansatz des TütASS fanden Eltern und Gruppenleiter/innen sehr gut: Die Bewertung der Eltern lag bei 4,90 (SD 0,32) und die der Gruppenleiter/innen bei 4,75 (SD = 0,46; Skala: 1 = sehr schlecht, 5 = sehr gut). Dass noch andere Kinder am Training teilnahmen bewerteten die Kinder positiv mit 4,40 (SD = 0,70; Skala: 1 = total doof, 5 = super).

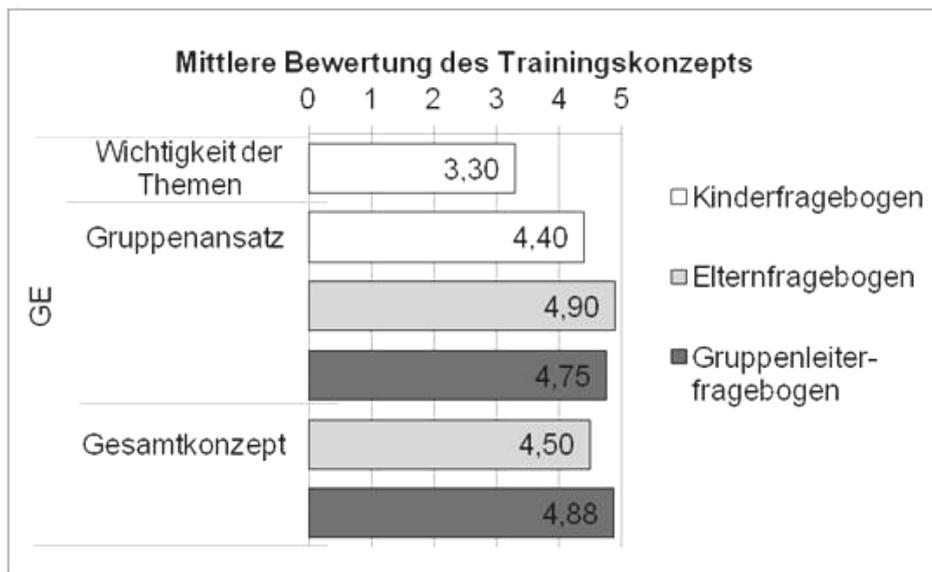


Abb. 25: Übersicht über die mittleren Fragebogenergebnisse zur *Bewertung des Trainingskonzepts*; GE = Gesamtevaluationsbogen

Generell fiel die Bewertung des gesamten Trainingsansatzes bei den Eltern und Gruppenleitern/innen sehr gut aus. Die Kinder bewerteten den Gruppenansatz positiver als die Relevanz der Inhalte.

Bewertung des Trainingserfolges

Auch die Bewertung des Trainingserfolges wurde mittels Gesamtevaluationsbögen erfasst. Befragt wurden hierbei nur Eltern und Gruppenleiter/innen.

Die Einschätzung der Eltern, ob ihre Kinder sich mehr mit den Themen Körper und Gefühle auseinandersetzten, lag mit einer breiten Streuung im Mittel bei 3,20 (SD = 1,40; Skala: 1 = sicher nicht, 5 = auf jeden Fall). Die Erfüllung ihrer Erwartungen an das Training bewerteten die Eltern mit 3,50 (SD = 0,53; Skala: 1 = gar nicht, 5 = vollkommen). Bei 3,50 (SD = 0,85) lag auch die Elternbewertung des Trainings als „hilfreich für die Kinder“ (Skala: 1 = gar nicht hilfreich, 5 = sehr hilfreich). Die Gruppenleiter/innen schätzten das TütASS mit 4,38 (SD = 0,74) hilfreicher ein als die Eltern und waren mit dem Trainingsverlauf zufrieden (im Mittel 4,13; SD = 0,35; Skala: 1 = sehr unzufrieden, 5 = sehr zufrieden). Besonders der Nutzen des Gruppenansatzes

wurde mit 4,75 (SD = 0,46; Skala: 1 = Kinder haben gar nicht profitiert, 5 = sehr stark profitiert) als sehr groß bewertet.

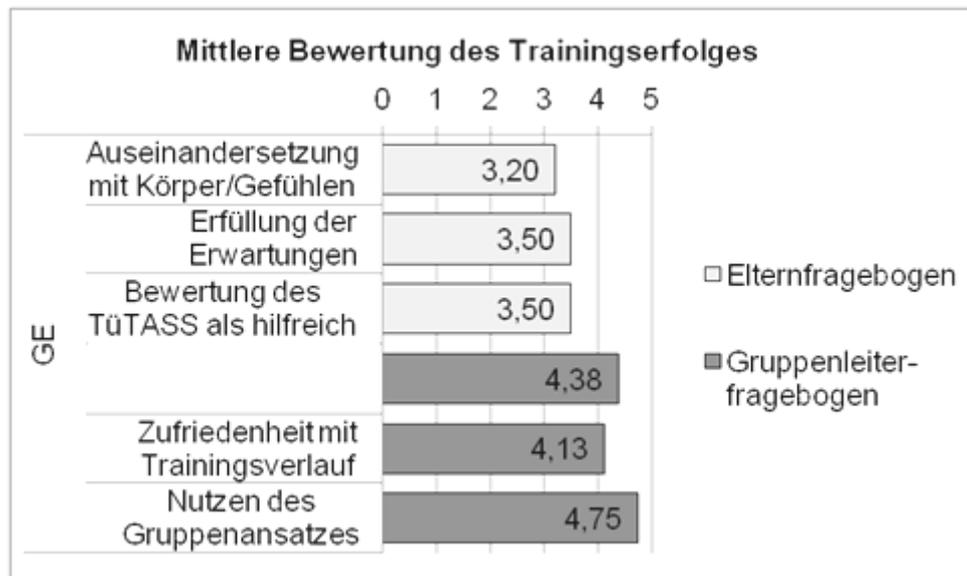


Abb. 26: Übersicht über die mittleren Fragebogenergebnisse zur *Bewertung des Trainingserfolges*; GE = Gesamtevaluationsbogen

Die Eltern bewerteten den Trainingserfolg insgesamt schlechter als die Gruppenleiter/innen. Die Bewertungen lagen bei den Eltern überwiegend nur knapp im positiven Bereich; während die der Gruppenleiter/innen sehr deutlich positiv ausfielen.

Transfer von Gelerntem auf den Alltag

Zur Beurteilung des Transfers von gelernten Trainingsinhalten auf den Alltag wurden Stunden- und Gesamtevaluationsbögen eingesetzt. Bewertet wurden die Präsenz und Relevanz von TütASS-Themen im Alltag sowie der Nutzen der Übungsaufgaben.

Die Kinder gaben bei der Frage, ob gelernte Inhalte im Alltag hilfreich seien, im Mittel einen Wert von 3,20 an (SD = 1,23; Skala: 1 = gar nicht, 5 = sehr oft). Die Bewertungen waren dabei sehr unterschiedlich.

Nach Einschätzung der Eltern sprachen die Kinder zu Hause nicht sehr oft über das Training (2,40 mit SD = 0,84; Skala: 1 = gar nicht, 5 = sehr häufig), obwohl

immer wieder Themen des Trainings von den Eltern angesprochen wurden (3,60 mit SD = 0,84; Skala: 1 = gar nicht, 5 = sehr häufig).

Der Nutzen der Übungsaufgaben wurde im Mittel über alle Stunden von den Eltern mit 4,00 (SD = 0,35) und von den Gruppenleiter/innen mit 4,51 (SD = 0,21) bewertet (Skala: 1 = gar nicht sinnvoll, 5 = sehr sinnvoll).

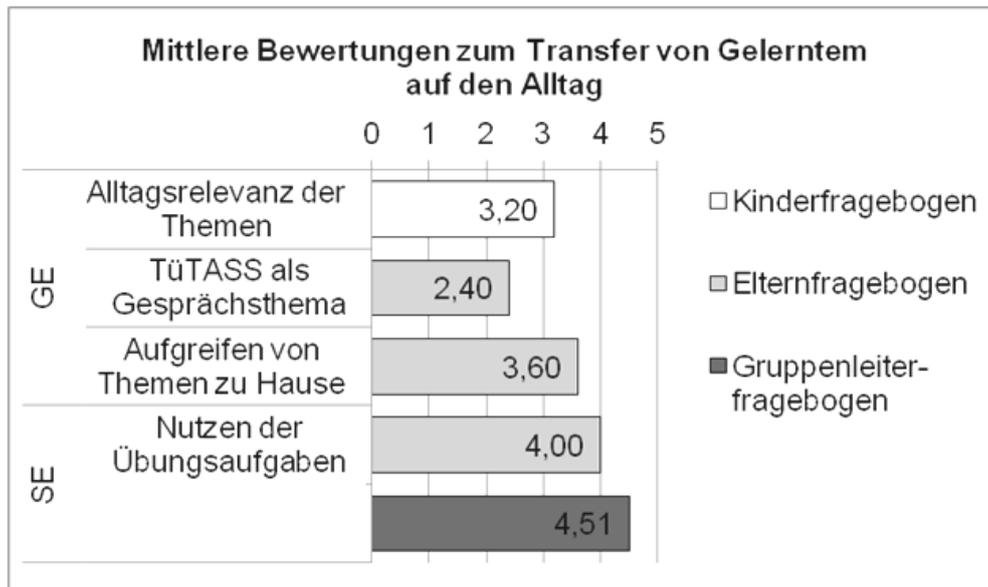


Abb. 27: Übersicht über die mittleren Fragebogenergebnisse zum *Transfer von Gelerntem auf den Alltag*; GE = Gesamtevaluationsbogen, SE = Stundenevaluationsbogen

Insgesamt schätzten Kinder und Eltern die Alltagspräsenz und -relevanz der TütASS-Themen als nicht besonders groß ein. Die Übungsaufgaben wurden aber von Eltern und Gruppenleitern/innen als sinnvoll erachtet.

3.5.2 Bewertung des TütASS in offenen Fragen

In der Zwischen- und Gesamtevaluation wurde mittels offener Fragen erfragt, was insgesamt am TütASS als gut und schlecht aufgefasst wurde, was die Kinder im Training gelernt hätten und ob im zeitlichen Zusammenhang mit dem TütASS Veränderungen der Kinder aufgefallen wären. Es lagen insgesamt 18 Elternfragebögen, 18 Kinderfragebögen und 15 Gruppenleiterfragebögen (jeweils Zwischen- und Gesamtevaluation) vor. Im Folgenden werden die

Antworten von Eltern, Kindern und Gruppenleitern/innen zusammenfassend dargestellt. Eine Übersicht über die einzelnen Antworten findet sich im Anhang (8.7).

Was war gut am TütASS?

Die Frage, was gut war am TütASS, war auf allen Kinderfragebögen und Gruppenleiterfragebögen sowie auf 16 von 18 Elternfragebögen beantwortet worden. Die Antworten werden im Folgenden jeweils in die Kategorien *Gruppenkonzept*, *Benefit durch das Training*, *Themen und Aufbau des Trainings* und *Trainingsrahmen* zusammengefasst.

Die Eltern befürworteten das *Gruppenkonzept* (Erwähnung in sieben Fragebögen). Insbesondere das Gemeinschaftserlebnis und das Kennenlernen von Kindern mit ähnlichen Problemen wurden hervorgehoben: „Das Training in der Gruppe“; „Gemeinschaft“ und „Er hat gesehen, dass auch andere Kids Probleme wie er haben“, sind beispielhafte Aussagen von Eltern zu diesem Thema.

Bestimmte *Themen* und der *Aufbau des Trainings* wurden von acht Eltern lobend erwähnt. Mehrfach genannt wurden das Thema *Gefühle* und das Bogenschießen. Unter anderem fanden sich die Aussagen: „Die Themen sind genau das, was den Kindern im Alltag Schwierigkeiten bereitet“; „praktische Aktivitäten“ und „Bogenschießen gefiel ihm sehr“.

Fünf Eltern berichteten von einem *Benefit*, das ihr Kind durch das Training erfahre: „Ganz tolle Möglichkeit, sich zu öffnen, zu erzählen und sich verstanden zu fühlen“ und „Kind geht gerne hin und ist immer ganz glücklich danach → Es tut ihm gut“ sind Beispiele dafür.

Zwei Elternteile äußerten sich zudem lobend über die ausgegebenen Materialien und ein Elternteil fand die Therapiehündin Tina besonders hilfreich.

Die Kinder erwähnten vor allem bestimmte *Themen des Trainings*. Das häufigste Wort auf den Kinderfragebögen (elf Erwähnungen) lautete: „Bogenschießen“. Als weitere, gute Bausteine wurden von zwei Kinder das

Massieren und von einem Kind Yoga genannt. Einem Kind war zudem das Thema *Angst* wichtig gewesen.

Fünf Kinder befürworteten das *Gruppenkonzept*. Beispielhafte Aussagen hierfür sind: „Die Gemeinschaft“; „Die Menschen waren nett zu mir“ und „Mit den Gruppenleitern/innen zu spielen, auch den Kindern“.

Drei Kinder fanden „alles“ gut und für ein Kind war die Anwesenheit der Therapiehündin Tina wichtig.

Die Gruppenleiter/innen äußerten sich am häufigsten positiv über bestimmte *Themen und den Aufbau des Trainings* (Erwähnung in zehn Fragebögen). Zweimal wurden spielerische Aktivitäten und Bewegung als wichtige Punkte genannt und zweimal explizit das Bogenschießen. Desweiteren fanden sich mehrere allgemeine Aussagen wie: „Gut ausgearbeitete Stundeninhalte“; „interaktive Aufgaben oder Lernen in Spielform“ und „Fokussierung auf Gefühle und Körperwahrnehmung“.

In acht Fragebögen wurde das *Gruppenkonzept* lobend erwähnt, unter anderem mit den Worten: „Durch die Gruppensituation werden automatisch auch soziale Kompetenzen eingeübt“; „Gruppengefühl entsteht“ und „In der Gruppe: Dass die Kinder voneinander lernen können“.

Sechs Aussagen von Gruppenleitern/innen fielen in die Kategorie *Trainingsrahmen*. Hier wurde zweimal die Zusammenarbeit der Gruppenleiter/innen genannt, des Weiteren die Motivation bzw. Mitarbeit von Teilnehmern (und Eltern) und die Anwesenheit der Therapiehündin Tina.

Mögliche *Benefits* der Kinder fanden sich in vier Gruppenleiterbögen. Diese waren eher allgemeiner Art; beispielsweise: „Anstöße werden gegeben und aufgenommen“ und „die Kinder machen während des Trainings Fortschritte, scheinen davon zu profitieren“.

Was war nicht gut am TütASS?

Für diese Frage lagen 9 Elternantworten, 13 Kinderantworten und 14 Gruppenleiterantworten vor. Einige Eltern und Kinder hatten also nichts aufgeschrieben, was nicht gut war. Es folgt eine Darstellung der Antworten in

die Kategorien *Themen und Aufbau des Trainings*, *Trainingsrahmen* und *Gruppensituation*.

Drei Eltern äußerten Kritik an bestimmten *Themen bzw. am Aufbau des Trainings*, insbesondere an den Übungsaufgaben für Zuhause und an der Einschränkung auf das Thema Gefühle.

Am *Trainingsrahmen* kritisierten zwei Elternteile den wöchentlichen Rhythmus und ein Elternteil die mangelnde Information über Trainingsinhalte: „Da mein Sohn nichts erzählt hat und ich nicht dabei war, fiel es schwer, das Gelernte zu vertiefen“.

Auf einem Fragebogen fand sich zudem die Rückmeldung, dass das Verhalten des Kindes nach den Trainingsstunden ungewohnt heftig sei.

Bei den Kindern lagen Kritikpunkte vor allem im Bereich *Themen und Aufbau des Trainings* vor. Zwei Kindern gefielen die Übungsaufgaben für Zuhause nicht, ein Kind fand die „Yoga-Stunde“ nicht gut, ein weiteres das „Gefühle-Thema“ und eines schrieb: „Die Aufgaben gefallen mir nicht immer“. Auf zwei Fragebögen wurde zudem der wöchentliche Rhythmus kritisiert.

Zwei Kinder beschrieben Nachteile der *Gruppensituation*: „Die Kinder, die sich nicht gut benommen haben“ und „Das Warten“. Drei Kinder hatten die Frage mit „nichts“ bzw. „gibt es nichts“ beantwortet.

Die Gruppenleiter/innen brachten in allen drei Bereichen Kritik an. Als negative Seite der *Gruppensituation* wurden Schwierigkeiten mit einzelnen Kindern genannt, die die Gruppe häufig störten (sieben Nennungen). Dies bedingte eine Ablenkung der anderen Kinder sowie notwendige, erzieherische Reaktionen der Gruppenleiter/innen. Ein weiterer Kritikpunkt war die fehlende Möglichkeit, gezielter auf einzelne Kinder einzugehen.

Im Bereich *Themen und Aufbau des Trainings* drehte sich Kritik vor allem um theoretische Aufgaben mit „Schulcharakter“ (vier Erwähnungen). Aussagen waren unter anderem: „Versuchen, mehr vom Schulcharakter wegzukommen und Inhalte trotzdem gut zu vermitteln“ und „Manchmal viel Theorie“. Zweimal

wurde zudem die durch die große Gruppe bedingte Geduldsprobe beim Bogenschießen erwähnt. Kritisiert wurde zudem, dass die Verbindung der Themen noch deutlicher gemacht werden sollte und dass Einzelziele zu kurz kämen.

Am *Trainingsrahmen* kritisierten zwei Gruppenleiter/innen das sehr schwierige Sozialverhalten mancher Kinder und ein/e Gruppenleiter/in, dass zu wenig Supervision stattgefunden habe.

Was haben die Kinder durch das TütASS gelernt?

Die Frage des Gesamtevaluationsbogens, was die Kinder durch das TütASS gelernt hätten, wurde von acht Eltern beantwortet. Zwei davon konnten keine Veränderungen feststellen. Fünf Eltern berichteten von Verbesserungen in der Gefühlswahrnehmung und im Interesse an den Gefühlen anderer; beispielsweise: „Überhaupt auf Gefühle zu achten, Gesichtsmimik zu beachten“ oder „Dass Gesichtsausdruck Gefühle widerspiegelt. Veränderung in der Stimme wird besser erkannt“. Zwei Eltern berichteten von Verbesserungen im Bereich Körper und Körperwahrnehmung: „Sein Interesse am Bogenschießen entdeckt“ und „Mehr Körperwahrnehmung: duscht sich allein, wäscht die Haare allein, sehr gute Körperhygiene bekommen“.

Desweiteren antworteten acht Kinder auf diese Frage. Ein Kind gab dabei an, „nichts“ und eines „alles“ gelernt zu haben. Die anderen Antworten fielen alle in den Bereich der *Gefühle* und lauteten: „Wo meine Wut sitzt“, „dass man Gefühle für jeden hat, eigentlich“, „Zuzuhören, und wie ich auf manches reagiere“, „Gefühle zu erkennen“, „Gefühle zu verstehen“ und „Mehr auf meine Gefühle zu achten“.

Veränderungen im (zeitlichen) Zusammenhang mit dem TütASS

Eltern und Kinder wurden in der Gesamtevaluation des Weiteren nach Veränderungen im Zusammenhang mit dem TütASS gefragt. Sechs Eltern und vier Kindern war eine Veränderung aufgefallen.

Die Antworten der Eltern waren Folgende:

- „Ruhiger, gelassener“
- „Hoffnungsvolle, positive Einstellung zu TütASS“
- „Er wurde laut, wenn er „sauer“ wurde“
- „Zwischendurch Überforderung wegen der wöchentlichen Termine“
- „Hat einmal ein persönliches Gespräch über seine Klassensituation [begonnen]“
- „Nachdenklicher, geht mehr auf Gefühle ein“

Die Kinder bemerkten diese Veränderungen:

- „Großes, mein Kopf, ich habe gemerkt, dass ich anders bin“
- „Weiß nicht so genau, fühl mich bloß besser“
- „Über Gefühle mehr nachzudenken“
- „Ich versteh etwas besser, wie andere schauen“

3.5.3 Bewertung der einzelnen Stunden

Dargestellt werden die Ergebnisse der Frage nach der besten und der schlechtesten Stunde insgesamt, sowie die Beurteilung der einzelnen Stunden in mehreren Bereichen. Diese sollen auch als Grundlage für Aussagen über Entwicklungsmöglichkeiten des TütASS dienen.

Beste und schlechteste Stunde

Die Bewertung, welche Stunde als am besten bzw. am schlechtesten empfunden wurde, war Teil der Gesamtevaluationsbögen. Hierbei waren Mehrfachnennungen möglich. Abb. 28 zeigt die Ergebnisse dieser Bewertung.

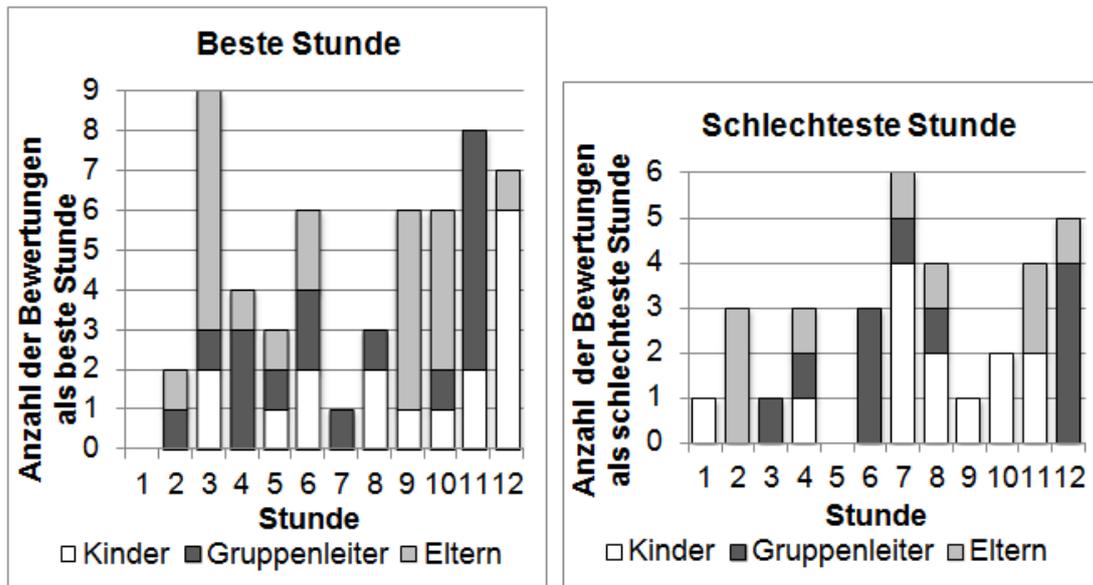


Abb. 28: Fragebogenergebnisse zur Auswahl der besten und schlechtesten Stunde in den Gesamtevaluationsbögen (Mehrfachnennungen möglich)

Die Kinder wählten die zwölfte Stunde zur besten und die siebte Stunde zur schlechtesten Trainingsstunde. In der Elternbefragung wurde die dritte Stunde am besten und die zweite Stunde am schlechtesten beurteilt. Die Gruppenleiter/innen bewerteten hingegen die elfte Stunde am besten und die zwölfte Stunde am schlechtesten. Insgesamt (Eltern, Kindern und Gruppenleitern/innen zusammengenommen) wurde die dritte Stunde am besten bewertet, die siebte Stunde am schlechtesten. Es fällt auf, dass keine Stunde besonders heraussticht, weder im positiven noch im negativen Sinn. Auch die am öftesten genannten Stunden haben jeweils nur eine Stimme Abstand auf die am nächsthäufigsten genannte Stunde. Weiterhin wird deutlich, dass die Beurteilungen der drei Gruppen sehr unterschiedlich sind.

Bewertung der Stunden in verschiedenen Bereichen

Im Folgenden werden die einzelnen Stunden anhand der Bewertungen aus den Stundenevaluationsbögen in verschiedenen Bereichen genauer beleuchtet. Dabei geht es einerseits um die Zufriedenheit mit den Stunden und andererseits um die Detektion von positiv oder negativ herausragenden Stunden. Als herausragend werden Stunden bezeichnet, deren Bewertung um mehr als eine Standardabweichung von der mittleren Bewertung aller Stunden abweicht.

Der Mittelwert der *Bewertung der Stunde als hilfreich* lag über alle Stunden und Beurteilergruppen bei 3,70 (SD = 0,63; Skala: 1 = gar nicht hilfreich, 5 = sehr hilfreich). Dabei ergaben sich große Unterschiede bei der mittleren Bewertung durch Kinder (im Mittel 3,21; SD = 0,49), Eltern (3,52; SD = 0,36) und Gruppenleiter/innen (4,37; SD = 0,36; siehe Abb. 25). Die Gruppenleiter/innen schätzten die Stunden also deutlich hilfreicher ein als Eltern und Kinder, wobei die Bewertung der Eltern wiederum deutlich positiver war als die der Kinder.

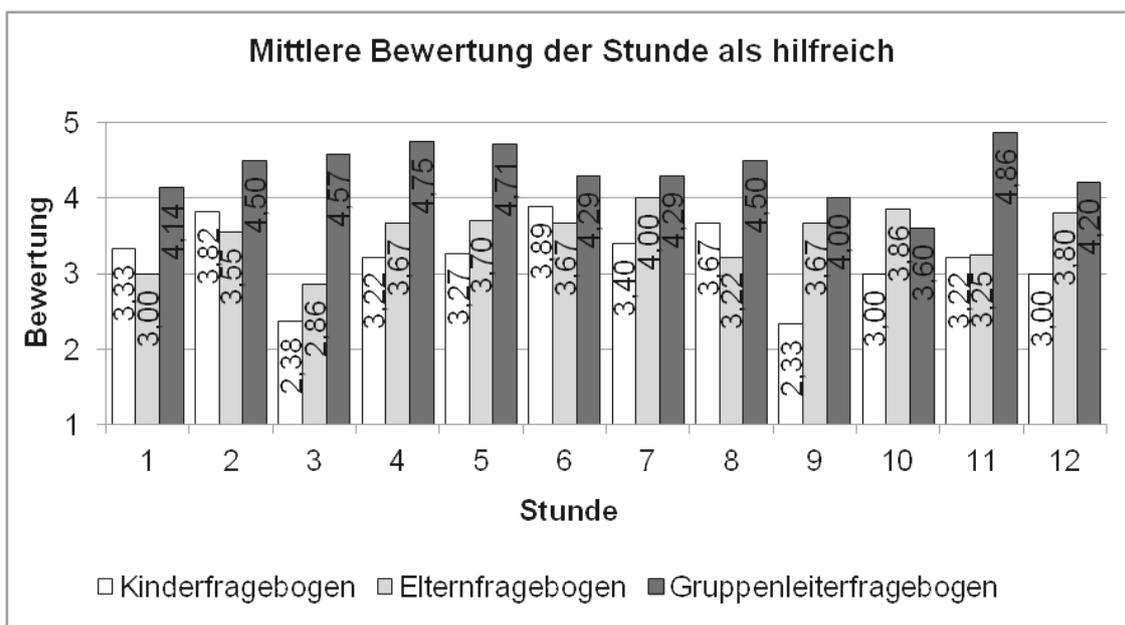


Abb. 29: Übersicht über die mittleren Fragebogenergebnisse in den Stundenevaluationsbögen zur Bewertung der einzelnen Stunden als hilfreich

Im Vergleich der Stunden nach ihrer mittleren Bewertung (unter Einbezug aller drei Gruppen) beträgt der Mittelwert 3,70 mit SD = 0,25. Zwei Stunden liegen dabei um mehr als eine Standardabweichung unter dem Mittelwert, nämlich die dritte und neunte Stunde ($M_3 = 3,27$ bzw. $M_9 = 3,33$). Diese beiden Stunden werden also deutlich als weniger hilfreich bewertet als die übrigen Stunden.

In den Bereichen *Nutzen der Bausteine*, *Verständlichkeit der Themen*, *Spaß an der Stunde*, *Erreichen des Stundenziels* und *Mitarbeit der Kinder* wurden die Stunden generell sehr positiv bewertet: Alle mittleren Bewertungen lagen hier zwischen 4,02 und 4,35. Eine Übersicht über die Ergebnisse zeigt Abb. 30.

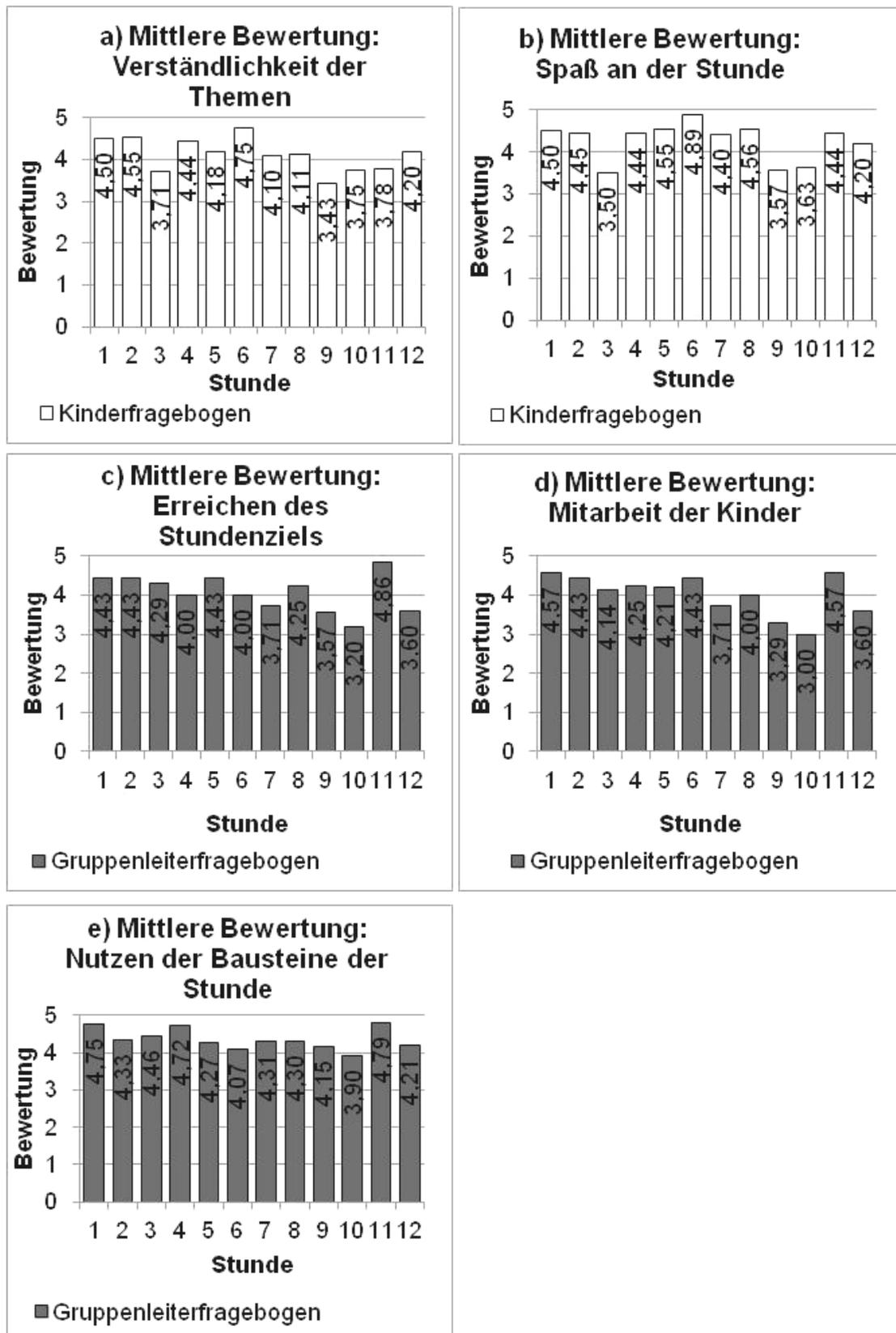


Abb. 30: Übersicht über die mittleren Fragebogenergebnisse in den Stundenevaluationsbögen zur Bewertung von a) Verständlichkeit der Themen, b) Spaß an der Stunde, c) Erreichen des Stundenziels, d) Mitarbeit der Kinder e) Nutzen der Bausteine der Stunde

a) Die Kinder schätzten die *Verständlichkeit der Themen* im Mittel mit einem Wert von 4,13 ein (SD = 0,40; Skala: 1 = gar nicht verstanden; 5 = sehr gut verstanden). Besonders verständlich waren die Themen der zweiten und sechsten Stunde ($M_2 = 4,55$ und $M_6 = 4,75$). Herausragend negative Bewertungen erhielten die Themen der dritten und neunten Stunde ($M_3 = 3,71$ und $M_9 = 3,43$).

b) Die Frage, ob die Stunde *Spaß* gemacht habe, beantworteten die Kinder im Mittel mit 4,26 (SD = 0,45; Skala: 1 = gar nicht, 5 = sehr). Hierbei machte die sechste Stunde deutlich mehr Spaß ($M_6 = 4,89$) und die dritte, neunte und zehnte Stunde deutlich weniger Spaß ($M_3 = 3,50$, $M_9 = 3,57$ und $M_{10} = 3,63$) als andere Stunden.

c) Die Gruppenleiter/innen bewerteten das *Erreichen des Stundenzieles* im Mittel mit 4,06 (SD = 0,47; Skala: 1 = gar nicht, 5 = vollkommen). In diesem Sinne wurde die elfte Stunde als besonders positiv ($M_{11} = 4,86$), die neunte und zehnte Stunden ($M_9 = 3,57$ und $M_{10} = 3,20$) als besonders negativ eingeschätzt.

d) Die mittlere Bewertung der *Mitarbeit der Kinder* durch die Gruppenleiter/innen betrug 4,02 (SD = 0,51; Skala: 1 = sehr schlecht, 5 = sehr gut). Dabei war die Mitarbeit in der ersten und elften Stunde deutlich besser (M_1 und $M_{11} = 4,57$) als in den anderen Stunden, und in der neunten und zehnten Stunde ($M_9 = 3,29$ und $M_{10} = 3,00$) deutlich weniger gut.

e) Der *Nutzen der Bausteine der Stunde* wurde durch die Gruppenleiter/innen im Mittel mit 4,35 (SD = 0,28; Skala: 1 = gar nicht sinnvoll, 5 = sehr sinnvoll) eingeschätzt. Die Bausteine der ersten, vierten und elften Stunde ($M_1 = 4,75$; $M_4 = 4,72$ und $M_{11} = 4,79$) erhielten dabei eine herausragend positive und die der zehnten Stunde eine herausragend negative Bewertung.

In Tabelle 17 sind die in den verschiedenen Bereichen besonders positiv oder negativ bewerteten Stunden zusammengefasst.

Tab. 17: Übersichtstabelle zur Bewertung der Stunden in mehreren Bereichen: Herausragend positiv oder negativ bewertete Stunden (Abweichung um mehr als eine Standardabweichung vom Mittelwert)

Bewertungsbereiche	Herausragend positiv				Herausragend negativ		
Bewertung als hilfreich					3	9	
Verständlichkeit der Themen		2		6	3	9	
Spaß an der Stunde				6	3	9	10
Erreichen des Stundenziels				11		9	10
Mitarbeit der Kinder	1			11		9	10
Nutzen der Bausteine	1		4	11			10

Hieraus wird ersichtlich, dass bestimmte Stunden in mehreren Bereichen herausragend positiv oder negativ bewertet wurden. Es ergeben sich dabei allerdings kaum Überschneidungen mit der Auswahl der besten und schlechtesten Stunden in der Gesamtevaluation.

3.5.4 Verbesserungsvorschläge

Mittels Zwischen- und Gesamtevaluationsbögen wurden Kinder, Eltern und Gruppenleiter/innen nach Wünschen für weitere Inhalte des Trainings und nach Verbesserungsvorschlägen gefragt.

Die Eltern wünschten sich weitere Trainingsinhalte vor allem in den Bereichen *Kommunikation* und *soziale Kompetenzen* (sieben Erwähnungen). Auch der Umgang mit negativen Gefühlen wie Wut und mit Kritik war ein wichtiges Thema (drei Nennungen). Zwei Elternteile benannten den „Umgang mit Geschwistern“ als Problembereich und gewünschtes Thema.

Als Verbesserungsvorschläge wurden ein besseres Einbeziehen der Eltern in das Training, die Besprechung individueller Probleme der Kinder sowie die Fortsetzung des Trainings mit einem weiteren Modul genannt.

Die Kinder schlugen vor allem weitere Themen in den Bereichen *Körper* und *Gefühle* vor. Zwei wünschten sich mehr Bogenschießen, einer „mehr zum Thema Körper“ und einer eine Stunde über den Umgang mit Gefühlen bei Konflikten. Drei Kinder wollten „etwas über Hunde lernen“ oder „etwas mit Hunden machen“.

Von den Gruppenleitern/innen vorgeschlagene Wunschthemen fielen vor allem in den Bereich der *sozialen Kompetenzen*. Genannt wurden unter anderem „Verhalten in der Gruppe“, „Übungen zur Kontaktaufnahme“, „sich Hilfe holen zu lernen“ sowie die Themen „Freundschaft“ und „Geschwisterrivalität“.

Zu den Bereichen *Körper* und *Gefühle* wurden ebenfalls Verbesserungsvorschläge gemacht: Einerseits wurde eine Vertiefung des *Gefühle*-Themas, vor allem im Bereich Gefühlsregulation, vorgeschlagen; auf der anderen Seite ein größerer Anteil *Körper*, evtl. mit sportlichen oder körperlichen Übungen zwischendurch, gewünscht. Zwei Gruppenleiter/innen schlugen eine weitere Bogenschieß-Stunde am Ende des Trainings vor.

Zudem wurden eine bessere Verbindung der einzelnen Themen und die Kürzung von theoretischen Teilen gewünscht. Ein/e Gruppenleiter/in schlug vor, auf persönliche Ziele der Kinder einzugehen. In diesem Rahmen wurden Einzeltermine zur Vorbesprechung des Trainings angeregt.

Weitere Vorschläge waren die Einführung eines Tokensystems und die Entwicklung eines Planes zum „Krisenmanagement“. Auf einem Gruppenleiterfragebogen wurde angemerkt, dass der Austausch der Eltern untereinander große Bedeutung habe.

Bei den Elternabenden und Einzelterminen zur Nachbesprechung des Trainings äußerten viele Eltern einen großen Bedarf nach weiteren Interventionen für die Kinder einerseits, sowie gegenseitigem Austausch und professionellen Angeboten und Informationen für betroffene Eltern andererseits. Konkret für das TüTASS wünschten sie viele Eltern mehr Informationen über die Trainingsinhalte, auch in schriftlicher Form.

4 Diskussion

Ziel dieser Arbeit war einerseits die Beschreibung des TütASS und dessen Erstanwendung an zwei Trainingsgruppen, andererseits die Evaluation des Trainings durch die begleitende Pilotstudie. In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Pilotstudie diskutiert. Ferner soll das TütASS mit zwei ähnlichen Therapieansätzen verglichen werden. Am Ende des Kapitels steht eine Schlussfolgerung aus der Arbeit.

4.1 Diskussion der Ergebnisse der Pilotstudie

4.1.1 Grenzen der vorliegenden Pilotstudie

Die Pilotstudie zur Evaluation des TütASS diene der Qualitätssicherung und hat gleichzeitig durch die Erprobung der Methodik eine wegberreitende Funktion für eine größere Studie. Aufgrund des vorläufigen Studiencharakters wurden Einschränkungen im Studiendesign in Kauf genommen:

Eine Einschränkung der Studie stellte die geringe Fallzahl dar. Um in einer kleinen Stichprobe signifikante, mittlere Ergebnisse zu erhalten, müssen die untersuchten Effekte sehr groß sein. Kleinere Effekte können nicht nachgewiesen werden. Alle Ergebnisse der Pilot-Studie müssen unter diesem Aspekt betrachtet werden.

Die vorliegende Studie wurde im Ein-Gruppen-prä-post-Design durchgeführt, also ohne eine Kontrollgruppe. Die Aussagekraft der Studienergebnisse ist somit beschränkt auf die Beschreibung von Veränderungen nach der Intervention, ohne aussagen zu können, ob die Intervention dafür verantwortlich ist (Kausalitätsnachweis). Als wissenschaftlicher „Goldstandard“ evidenz-basierter Medizin zählt die randomisierte, kontrollierte Studie (RCT). Diesen Anspruch erfüllen allerdings nur wenige Interventionsstudien bei Kindern mit

Autismus (vgl. Reichow et al. 2012). Auch in vergleichbaren Therapie-Studien wurde auf eine Kontrollgruppe verzichtet (u. a. Herbrecht et al. 2008; Paschke-Müller et al. 2013; Rao et al. 2008).

Das TütASS wurde für gemischt-geschlechtliche Gruppen konzipiert. Um das momentan angenommene Verhältnis von 5,5 : 1 (m : w) in der Gesamtpopulation aller Menschen mit Autismus zu erreichen, hätten ein bis zwei Mädchen an der Studie und am Training teilnehmen müssen. Allerdings wird kein Anspruch auf Generalisierbarkeit der gefundenen Ergebnisse erhoben. Auch in mehreren anderen Interventionsstudien wurden nur Jungen eingeschlossen (vgl. u. a. Bellinger et al. 2011; Thomson et al. 2015). Insofern ergibt sich durch das Studiendesign eine bessere Vergleichbarkeit mit anderen Studien.

Als Beurteiler wurden die betroffenen Kinder, ihre Eltern und die Leiter/innen der Trainingsgruppen eingesetzt. Bei all diesen Personen könnten bestimmte Erwartungen bezüglich des TütASS die Erhebungen beeinflusst haben. Diesen Effekten sollte in einer größeren Studie entgegen gewirkt werden, indem außenstehende Personen (z. B. Lehrer oder unbeteiligte Experten) in die Befragungen integriert werden würden (vgl. u. a. Herbrecht et al. 2008).

Eine weitere Limitation der Pilotstudie lag in der Diagnostik der Kinder. Diese fand nicht vor Trainingsbeginn statt, sondern während des Trainings. In der Diagnostik wurden zudem teilweise angelegerte Mitarbeiter eingesetzt. Vertretbar schien dies durch die Tatsache, dass alle Kinder vordiagnostiziert waren und die Diagnostik im Rahmen der Studie ausschließlich der Qualitätssicherung diene. Für eine größere Studie sollte die Diagnostik jedoch vor Trainingsbeginn durch speziell geschulte Fach-Mitarbeiter stattfinden.

In der vorgestellten Studie war es zudem aus logistischen Gründen und aus Rücksicht auf die Kinder, die schon durch andere Untersuchungen belastet waren, nur möglich, die Befragung mittels MINI-KID mit den Eltern

durchzuführen. Eigentlich sollte beim MINI-KID das Kind befragt werden, während ein Elternteil korrigierend eingreifen darf.

Die Pilotstudie hatte den Anspruch, ein großes Spektrum an möglichen Veränderungen im zeitlichen Zusammenhang mit dem TütASS zu erfassen. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, erfolgte eine breite Auswahl an Messinstrumenten. Da in manchen Bereichen keine gängigen Erhebungsinstrumente für das entsprechende Alter oder die entsprechende Störungsgruppe existieren, wurden versuchsweise zwei Instrumente mit fraglicher Eignung eingesetzt:

Für den KBMT-K liegen keine Vergleichswerte vor. Hier wurde nur die Differenz der Rohwerte betrachtet. Es konnte somit kein Bezug der Werte zu Normwerten hergestellt werden.

Die SEE sind hingegen für die getestete Altersgruppe nicht normiert. Normen liegen lediglich für Jugendliche über 14 Jahren vor. Aufgrund der guten kognitiven Fähigkeiten der teilnehmenden Kinder und der Nicht-Verfügbarkeit eines vergleichbaren Instruments speziell für Kinder wurden die SEE in der Pilotstudie dennoch angewandt.

Die selbstentwickelten Fragebögen zur Evaluation des TütASS wurden im Voraus nicht an einer anderen Stichprobe überprüft. Ihre Eignung für die Erfassung der Bewertung des Trainings basiert ausschließlich auf theoretischen Grundlagen und Expertenmeinung. Während der Studie zeigten sich geringe Mängel im Aufbau der Fragebögen bezüglich der Auswertung der verschiedenen Bereiche: Es liegt ein Ungleichgewicht zwischen der Anzahl abgefragter Items pro Bereich und deren Verteilung auf Kinder-, Eltern- und Gruppenleiterfragebögen vor. Einige Fragen dienten zudem nur der direkten Rückmeldung an die Gruppenleiter/innen und wurden in der Studie nicht ausgewertet.

Weitere Limitationen dieser Studie sind durch die Grenzen von Autismus-Forschung an sich bedingt. Diese zeigen sich vor allem im Zusammenhang mit

Evidenz-basierter Forschung. Nach Mesibov und Shea streben Interventionen für Menschen mit Autismus meistens schwierig zu messende Langzeitziele an, beispielsweise die Lebenszufriedenheit oder die Fähigkeit zum Aufbau zwischenmenschlicher Beziehungen. In RCTs werde häufig nur eine Variable einer relativ homogenen, selektierten Gruppe gemessen. Im Gegensatz dazu stehe eine sehr heterogene, autistische Bevölkerung mit unterschiedlichen Therapie-Indikationen. Mesibov und Shea beschrieben Evidenz-basierte Forschung insgesamt als zu eng, um dem Spektrum Autismus gerecht zu werden (Mesibov und Shea 2011).

4.1.2 Teilnehmerkollektiv

Die untersuchte Stichprobe zeigte sich in Alter, Schulart und IQ sehr heterogen. Die IQ-Werte sind dabei nicht als absolut zu sehen, da der Intelligenzquotient bei Kindern mit ASS je nach verwendetem Messinstrument variieren kann (Bodner et al. 2014). Da für alle Kinder das gleiche Messinstrument verwendet wurde, kann jedoch von einer großen Verteilung der IQ-Werte bei den Studienteilnehmern ausgegangen werden.

Alle teilnehmenden Kinder zeigten außer der ASS im MINI-KID weitere Auffälligkeiten. Diese lagen am häufigsten in den Bereichen *ADHS*, *Agoraphobie*, *Störung des Sozialverhaltens* und *oppositionelles, aufsässiges Verhalten*.

Es handelte sich also bei der Stichprobe um eine in klinischen, kognitiven und sozialen Aspekten heterogene Gruppe von Kindern mit Autismus. Hierin spiegelt sich die in Kapitel 1.2 beschriebene Individualität von Menschen mit Autismus wider.

Die Teilnahme am Training war mit knapp 93 % sehr hoch. Dies ist vergleichbar mit der Teilnahme von 91 % an einer Gruppenintervention gegen Angst bei Kindern mit Autismus (McConachie et al. 2013). Die Teilnahme der Eltern an Elternangeboten fiel mit knapp 82 % etwas geringer aus. Die intensive

Teilnahme an den TütASS-Angeboten zeigt auch die hohe Motivation von Kindern und Eltern.

4.1.3 Veränderungen in der Vor- und Nacherhebung

Mittels der Vor- und Nacherhebung wurde folgender Fragestellung nachgegangen:

1.) Erreicht die Trainingsgruppe nach dem Training ein höheres Niveau in Bezug auf Körperwahrnehmung und Gefühlsdifferenzierung als vor dem Training? Werden bessere Ergebnisse hinsichtlich sozialer Interaktion und Kommunikation, Verhaltensauffälligkeiten, Depressivität und Lebensqualität erzielt?

Die Ergebnisse in den verschiedenen Bereichen werden in Bezug auf diese Fragen diskutiert.

Körperwahrnehmung

Im Vergleich der TütASS-Kinder mit gesunden und seelisch oder körperlich kranken Kindern aus einer Studie von Breitenoder-Wehrung et al. fällt auf, dass die Körperwahrnehmung der TütASS-Kinder im KBMT-K eher der von kranken als der von gesunden Kinder ähnelt (vgl. Breitenoder-Wehrung et al. 1998). Die Ergebnisse stimmen mit der Theorie überein, dass Kinder mit ASS Schwierigkeiten im Bereich der Körperwahrnehmung aufweisen. Breitenoder-Wehrung et al. postulierten signifikante Zusammenhänge von Depression bzw. Ängstlichkeit und Körperzufriedenheit (Breitenoder-Wehrung et al. 1998). Dies könnte eine Erklärung für die auffälligen Werte der Kinder mit Autismus sein, da Depression und Ängstlichkeit häufige Komorbiditäten dieser Kinder darstellen.

Im Vergleich von Vor- und Nacherhebung zeigten sich minimale, nicht signifikante, mittlere Verbesserungen der Körperwahrnehmung im KBMT-K, die keinen Hinweis auf ein höheres Niveau der Körperwahrnehmung nach dem TütASS ergaben.

Eine Einordnung dieser Ergebnisse fällt aufgrund der Studienlage schwer: Es existieren nur wenige Interventionen für Menschen mit Autismus, die Körperwahrnehmung in das Therapiekonzept einbeziehen. Baranek untersuchte Interventionen für Menschen mit Autismus, die sensorische und motorische Defizite als Schwerpunkt haben. Die empirische Überprüfung der meisten Interventionen und die Studienlage insgesamt wurden dabei als mangelhaft bezeichnet (Baranek 2002). Diese mangelnde empirische Grundlage bezüglich körperorientierter Interventionen wird auch in der Betrachtung von weiteren Studien sichtbar: Einen im weiteren Sinne körperorientierten Ansatz stellt die Sensory Integration Therapy (SIT) dar. Die Effektivität dieser Therapie ist umstritten (vgl. u.a. Baranek 2002; Lang et al. 2012; Pfeiffer et al. 2011; Poustka et al. 2008, S. 43). Die Autoren einer Metaanalyse über 25 Studien zu SIT kamen zu dem Ergebnis, dass die Anwendung bei Menschen mit Autismus anhand der aktuellen Studienlage nicht unterstützt werden kann (Lang et al. 2012). Zwei weitere obsoletere, körperorientierte Ansätze stellen die Festhalte-Therapie und die Therapie nach Doman-Delacato dar (Weiss M 2002).

Eine Literaturrecherche zu speziellen körperorientierten Interventionen wie Yoga, Progressive Muskelentspannung oder Bogenschießen für Menschen mit einer ASS brachte kaum Ergebnisse. Nur einzelne Interventionsstudien konnten gefunden werden. Diese beschrieben Hinweise auf positive Effekte verschiedener Yoga-Interventionen bei Kindern mit Autismus (Koenig et al. 2012; Rosenblatt et al. 2011), wie beispielsweise eine Verringerung unangepassten Verhaltens im schulischen Rahmen (Koenig et al. 2012). Nur wenige dieser Interventionen fanden im Gruppenansatz statt.

Es scheint, als wäre ein Wirksamkeitsnachweis körperorientierter Interventionen, so sie denn existieren, generell nur schwer zu erbringen. Die Körperwahrnehmung an sich wurde zudem in keiner dieser Studien erfasst. Ein Grund hierfür könnte sein, dass Körperwahrnehmung ein wenig untersuchtes und uneinheitliches Konstrukt darstellt (vgl. Kapitel 1.3). Dadurch ist unter anderem ein Mangel an geeigneten Messinstrumenten bedingt. In der

vorliegenden Studie wäre beispielsweise die Ergänzung des semi-projektiven KBMT-K durch einen Fragebogen wünschenswert gewesen.

Gefühlsdifferenzierung

Der Bereich der Emotionen ist im Zusammenhang mit ASS populärer und besser erforscht als der Bereich der Körperwahrnehmung (vgl. Kapitel 1.3). Die Forschung beschränkt sich allerdings größtenteils auf Grundlagenforschung.

In der vorliegenden Studie zum TütASS wurden zwei unterschiedliche Bereiche der Gefühlsdifferenzierung erfasst: Die SEE dienten vor allem zur Erhebung der *Emotionserkennung*; mittels Feel-KJ wurde die *Emotionsregulation* erfasst.

In den SEE zeigten sich in sechs von sieben Skalen deskriptive, zum Teil deutliche Verbesserungen im Erleben und Wahrnehmen von Emotionen. Diese Verbesserungen könnten durch positive Effekte des TütASS auf die Emotionserkennung bedingt sein. Da das Signifikanz-Niveau dieser Verbesserungen bei $> 0,05$ liegt, kann davon aber nicht ausgegangen werden; die Veränderungen könnten auch zufällig bedingt sein. Bei der kleinen Fallzahl ($n = 7$) und den oben genannten Einschränkungen aufgrund des Zielalters, ist dieses Ergebnis kritisch zu betrachten und sollte auf jeden Fall in einer größeren Studie überprüft werden.

In anderen Studien, die Effekte von Interventionen in der Emotionserkennung überprüfen, zeigten sich gemischte Ergebnisse: Bei 4-7-jährigen Kindern mit einer ASS ($n = 20$) stellten Golan et al. eine signifikant verbesserte Emotionserkennung nach dem Anschauen eines Filmes mit animierten Autos („The Transporters“) im Vergleich zu einer Kontrollgruppe fest. Gemessen wurde das emotionale Vokabular und die Zuordnung von Gesichtsausdrücken zu Protagonisten in verschiedenen Situationen (Golan et al. 2010). Williams et al. konnten diese Ergebnisse in einer größeren Stichprobe ($n = 50$) nicht replizieren und stellten einen geringen Effekt des Trainings nur im besseren Erkennen von Wut fest. Es erfolgte keine Generalisierung (Williams B T et al. 2012). In einige Soziale-Kompetenz-Trainings sind des Weiteren Bausteine zur

Emotionserkennung integriert (u a. Herbrecht et al. 2008; Paschke-Müller et al. 2013). Hierbei wurden Fähigkeiten zur Emotionserkennung bei der Evaluation allerdings nicht erfasst. In einer Cochrane-Übersicht über Soziale-Kompetenz-Trainings bei Kindern mit ASS werden zwei Interventionen aus den USA beschrieben, die Emotionserkennung gemessen hatten: In beiden Studien wurde hierin kein Unterschied zur Kontrollgruppe festgestellt (Reichow et al. 2012).

Die Emotionserkennung scheint also, wie die Körperwahrnehmung, eine schwierig zu vermittelnde und / oder zu erfassende Variable zu sein.

Zum Zweiten wurde die *Emotionsregulation* untersucht: Im Feel-KJ lagen die Werte der Vor- und Nacherhebung für *adaptive Strategien zur Emotionsregulation* im auffälligen Bereich und beide Werte für *maladaptive Strategien* im unauffälligen Bereich. Schwierigkeiten in der Emotionsregulation bestehen nach Meinung von Samson et al. bei vielen Kindern mit Autismus (Samson et al. 2015b).

Die durchschnittlichen, deskriptiven Verbesserungen in SEE und Feel-KJ im Bereich der *adaptiven Strategien* zur Emotionsregulation waren deutlich ausgeprägter als die durchschnittlichen deskriptiven Verschlechterungen im Bereich der *maladaptiven Strategien* im Feel-KJ. Hier zeigte sich zudem ein diskrepantes Ergebnis, da sich nur drei der acht Probanden verschlechterten, während fünf Probanden nach der Intervention bessere Werte erreichten. Möglicherweise würden die Verbesserungen im Bereich der Emotionsregulation bei einer größeren Fallzahl signifikant, was auf einen positiven Einfluss des TüTASS auf die Emotionsregulation hinweisen könnte. Dies wäre ein Ergebnis, das so nicht erwartet worden war. In der Forschungsgruppe war davon ausgegangen worden, dass Emotionsregulation eine Fertigkeit sei, die erst im zweiten Schritt, nämlich aufbauend auf der Fertigkeit zur Emotionserkennung, richtig erworben werden könne. Diese Auffassung wird unter anderem unterstützt durch Berking, der sieben essentielle Kompetenzen, unter anderem die bewusste Wahrnehmung von Gefühlen, als Basis für Emotionsregulation beschreibt (Berking 2010, S. 9-11).

Thomson et al. stellten in einer Studie über eine Cognitive Behaviour Therapy - Intervention generelle Verbesserungen der Emotionsregulation im Kinder-, Eltern- und Expertenrating fest. Die Stichprobe bestand dabei aus 13 Jungen im Alter zwischen 8 und 12 Jahren (Thomson et al. 2015).

Ansonsten sind auch Interventionen zur Emotionsregulation bei Kindern mit ASS ein Gebiet mit limitierter Evidenz. Dabei kommt der Emotionsregulation nach Meinung mehrerer Autoren im Zusammenhang mit Autismus ein besonderer Stellenwert zu (Mazefsky und White 2014; Samson et al. 2015b; Weiss J A et al. 2014).

Soziale Interaktion und Kommunikation

Die soziale Interaktion und Kommunikation, erfasst mittels SRS, lag in beiden Erhebungen im auffälligen Bereich. Dieses Ergebnis konnte in einer Gruppe von Kindern mit Autismus erwartet werden, da die SRS auch einen Screening-Test für ASS darstellt. Im Trainingsverlauf besserte sich der Mittelwert geringfügig, aber nicht signifikant.

Die SRS war als Messinstrument auch von Paschke-Müller et al. zur Evaluation des TOMTASS verwendet worden (Paschke-Müller et al. 2013, S. 16-18). Diese beschrieben im zeitlichen Zusammenhang mit der Intervention eine signifikante Verbesserung des Gesamtscores um 3,72 (vgl.: deskriptive Verbesserung in dieser Studie um 2,36). Allerdings lag der Ausgangswert der Kinder vor der Intervention im Vergleich etwas niedriger. Es handelte sich also in der Studie zum TOMTASS um unauffälligere Kinder. Eine signifikante Verbesserung des SRS-Wertes fand sich auch in einer vorläufigen Studie zum SOSTA-FRA. Dieser und weitere Effekte werden momentan in einer großen, multizentrischen Studie überprüft (Freitag et al. 2014). Eine Cochrane-Studie beschrieb signifikante Verbesserungen der sozialen Kompetenz in fünf weiteren Soziale-Kompetenz-Trainings (Reichow et al. 2012).

Generell scheint eine Verbesserung sozialer Interaktion und Kommunikation durch Gruppentrainings also möglich zu sein. Der Ansatz des TütASS ist den spezifischen Soziale-Kompetenz-Trainings in dieser Hinsicht aufgrund der vorliegenden Ergebnisse möglicherweise unterlegen.

Verhaltensauffälligkeiten

Zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten dienten CBCL und SDQ. In der CBCL lagen die Gesamtwerte von Vor- und Nacherhebung im auffälligen Bereich.

In der Studie zur Evaluation des Trainings KONTAKT wurde die CBCL zur Erfassung der allgemeinen Psychopathologie eingesetzt: Hier zeigte sich in der Untersuchung von 17 Kindern mit einer ASS ein mittlerer T-Wert von 70 (Herbrecht et al. 2008, S. 45). Dies ist vergleichbar mit dem mittleren Wert der Vorerhebung dieser Studie von 70,78. Das Ausmaß der Verhaltensauffälligkeiten der Studienteilnehmer scheint also dem von anderen Kindern mit Autismus zu entsprechen, aber über dem von Kindern ohne Autismus zu liegen. Diese Hypothese stimmt mit weiteren Ergebnissen aus der Autismus-Forschung überein (vgl. Kenzer 2014, S. 75-76). Kenzer beschreibt Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern mit Autismus als Kommunikationsversuche.

Im Vergleich von Vor- und Nacherhebung zeigte sich in der CBCL eine marginal signifikante Verringerung von Verhaltensauffälligkeiten im Gesamtwert und in zwei Subskalen (*Aggressives Verhalten* und *Soziale Probleme*). Dabei bestand eine Diskrepanz zwischen der deutlichen, signifikanten Verbesserung im Bereich *Externalisierende Störung* und der geringfügigen, deskriptiven Verbesserung im Bereich *Internalisierende Störung*. Hieraus lässt sich schließen, dass die Verbesserung von Verhaltensauffälligkeiten im Zusammenhang mit dem Training vor allem nach außen und weniger nach innen gerichtet war.

Hinweise auf eine signifikante Verringerung von Verhaltensauffälligkeiten zeigten sich auch im SDQ. Der Gesamtproblemwert lag hier in der Vorerhebung im auffälligen und in der Nacherhebung im unauffälligen Bereich. Die Verbesserung in der Skala *Emotionale Probleme* war signifikant.

In einem Review berichteten Heyvaert et al. über 213 Studien (n = 358) zu verhaltenstherapeutischen Interventionen bei Menschen mit Autismus und kommen zu dem Schluss, dass diese im Allgemeinen effektiv in der

Verringerung von problematischem Verhalten sind. Hierbei wurden allerdings vor allem Einzelfallstudien betrachtet (Heyvaert et al. 2014).

Lebensqualität und Depressivität

In ILK und DIKJ zeigte die Stichprobe im Mittel zu beiden Erhebungszeitpunkten keine deutlichen Einschränkungen der Lebensqualität und keine klinisch relevante Depressivität.

Rickert-Bolg berichtete im Gegensatz dazu über eine unterdurchschnittliche Lebensqualität bei Erwachsenen mit ASS und eine erhöhte Anfälligkeit für Depressivität (Rickert-Bolg 2014). Bei Kindern mit ASS zeigte sich in einer Studie von Kamp-Becker et al. eine bessere Lebensqualität als bei Kindern mit anderen psychiatrischen Störungsbildern, aber eine schlechtere Lebensqualität als bei gesunden Kindern (Kamp-Becker et al. 2011). Im Vergleich mit dieser Studie lagen die ILK-Werte der TütASS-Stichprobe noch etwas unter dem Durchschnitt von anderen Kindern mit Autismus (Kamp-Becker et al.: 18,6 (Elternbeurteilung) und 20,2 (Kinderbeurteilung); TütASS: 17,7 und 19,6). Es zeigte sich im ILK in beiden Studien eine Diskrepanz zwischen Eltern- und Kinderbeurteilung der Lebensqualität.

Die Elterneinschätzung und Selbsteinschätzung der vorliegenden Studie ähneln des Weiteren sehr stark den Werten, die Paschke-Müller et al. in der Evaluation des TOMTASS erhoben (Paschke-Müller et al. 2013). Die Werte der Vorerhebung waren in beiden Studien fast identisch. Nach Paschke-Müller et al. zeigte sich in deren Nacherhebung eine deskriptive Verbesserung des Lebensqualitätscores um 1,38 (Elterneinschätzung) bzw. 1,25 (Kindereinschätzung). Diese Verbesserung liegt etwas über der, die in der Nacherhebung des TütASS erreicht wurde. Beide Verbesserungen waren jedoch rein deskriptiv.

Paschke-Müller et al. setzten zusätzlich eine Veränderungsversion des ILK ein. Hier zeigte sich eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität in Selbst- und Fremdbeurteilung (Paschke-Müller et al. 2013). Offensichtlich stellte sich die Veränderung der Lebensqualität in der Änderungsversion (*direkte*

Veränderungsmessung) also deutlicher dar als im Vergleich der ursprünglichen Version (*indirekte Veränderungsmessung*). Möglicherweise hätte sich die Verbesserung der Lebensqualität im Zusammenhang mit dem TütASS in der Veränderungsversion des ILK ebenfalls deutlicher gezeigt. (Zu den Herausforderungen und Möglichkeiten der Veränderungsmessung siehe auch Mößner und Kordy bzw. Stieglitz und Hiller (Mößner und Kordy 2014; Stieglitz und Hiller 2014)).

Im ILK zeigte sich im Trainingsverlauf bei Eltern und Kindern in mehreren Einzel-Items eine geringe Verschlechterung, die beim Item *Alles zusammen* (Kindereinschätzung) marginal signifikant war. Einen Grund für diese Verschlechterungen könnte der für das TütASS nötige Zeitaufwand darstellen. Einige Eltern und Kinder berichteten im Gespräch von einer hohen (zeitlichen) Belastung durch die wöchentlichen Termine. Das Ergebnis war allerdings diskrepant zu der allgemeinen Verbesserung des Lebensqualitäts-Scores. Dieser bildet einen Gesamtwert aus Summe aller Item-Werte und kann deshalb als aussagekräftiger eingeschätzt werden als einzelne Item-Werte. Eine Überprüfung des Ergebnisses mit einer größeren Fallzahl wäre angebracht.

In der Cochrane-Übersicht zu Soziale-Kompetenz-Trainings für Kinder mit einer ASS wurde für zwei der fünf untersuchten Interventionen eine Verbesserung der Lebensqualität in Form von weniger Einsamkeit beschrieben (Reichow et al. 2012).

Im DIKJ zeigten sich im Mittel ebenfalls in beiden Erhebungen unauffällige Werte; bei einzelnen Kindern lagen die Werte allerdings im auffälligen Bereich. Mehrere Studien zeigten, dass Kinder und Erwachsene mit Autismus im Allgemeinen häufiger depressive Symptome aufweisen als Menschen ohne Autismus (Liew et al. 2015; Rickert-Bolg 2014; Rieffe Carolien et al. 2014).

Im Trainingsverlauf verbesserte sich der Wert deskriptiv geringfügig, wodurch sich kein Hinweis auf eine Verbesserung von Depressivität im zeitlichen Zusammenhang mit dem TütASS ergab.

Die Depressivität wurde nur in wenigen anderen Interventionsstudien erhoben. In zwei der Interventionen zu sozialen Kompetenzen, die in der genannten Cochrane-Studie erfasst wurden, zeigte sich kein Effekt auf die Depressivität (Reichow et al. 2012).

Möglicherweise fanden die Trainingsstunden des TütASS zu selten statt, um einen deutlichen Einfluss auf Lebensqualität und Depressivität zu entwickeln.

Zusammenfassung und Einordnung in die Studienlage

Die Frage, ob Kinder nach dem Training ein höheres Niveau bezüglich Körperwahrnehmung und Gefühlsdifferenzierung erreichten, ist nicht eindeutig zu beantworten: Während sich im Bereich Körperwahrnehmung bei der untersuchten Stichprobe kaum Hinweise auf Veränderungen im Zusammenhang mit dem TütASS fanden, zeigten sich im Bereich Gefühlsdifferenzierung einige deutliche, aber vor allem deskriptive Verbesserungen, vor allem bezüglich der Emotionsregulation.

Auch in den sekundären Bereichen fanden sich unterschiedliche Ergebnisse: In der Sozialen Interaktion und Kommunikation waren deskriptive Verbesserungen vorhanden, die geringer und weniger eindeutig ausfielen als in Studien zu Soziale-Kompetenz-Trainings. Es zeigte sich eine teilweise signifikante Verringerung von Verhaltensauffälligkeiten analog zu anderen verhaltenstherapeutischen (Einzel-)Interventionen. In den Bereichen Lebensqualität und Depressivität ergaben sich in der im Allgemeinen unauffälligen Stichprobe kaum Veränderungen.

Die beiden deutlichsten Verbesserungen im Zusammenhang mit dem TütASS lagen also in den Bereichen Emotionsregulation und Verhaltensauffälligkeiten. Hier könnte ein Zusammenhang bestehen: Nach Meinung einiger Autoren sind Defizite in der Emotionsregulation möglicherweise die Ursache für viele Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern mit ASS (Mazefsky und White 2014; Samson et al. 2015a). Samson et al. schrieben dabei der Fähigkeit zur kognitiven Neubewertung einer Situation eine tragende Rolle zu (Samson et al. 2015b). Rieffe et al. beschrieben des Weiteren Hinweise auf einen

Zusammenhang zwischen der Fähigkeit zur Emotionsregulation und depressiven Symptomen bei Menschen mit ASS (Rieffe et al. 2014).

Alle Ergebnisse müssen unter der Einschränkung einer kleinen Fallzahl betrachtet werden: Beobachtete Veränderungen können Hinweise auf Effekte des TüTASS geben oder zufällig bedingt sein. Manche Veränderungen waren möglicherweise nicht groß genug, um bei einer kleinen Fallzahl signifikant zu werden. Um dies herauszufinden wäre eine möglichst multizentrische Studie mit einer größeren Stichprobe sinnvoll.

Ferner besteht die Möglichkeit, dass durch das Training Impulse gegeben wurden, deren Auswirkungen direkt nach Beendigung des Trainings noch nicht erfassbar waren. Um dies abzuklären, wäre eine Follow-up-Untersuchung notwendig.

Die aktuelle Studienlage zeigt, dass Interventionen in den Bereichen Körperwahrnehmung und Gefühlsdifferenzierung selten sind und deswegen wenig Erfahrung mit deren Erfassung und der Interpretation von Ergebnissen besteht. Interventionen mit Gruppenansatz gibt es kaum. Von den bestehenden Interventionen beschäftigen sich die meisten mit kleinen Teilbereichen der Wahrnehmung, z. B. mit sensorischen oder motorischen Defiziten (vgl. Baranek 2002), der Emotionserkennung an Gesichtern (Golan et al. 2010; Williams B T et al. 2012) oder der Emotionsregulation (Thomson et al. 2015). Andere verwenden ausschließlich eine einzelne Methode wie Yoga (Koenig et al. 2012; Rosenblatt et al. 2011), Achtsamkeitsübungen (Spek et al. 2013) oder das Anschauen von Filmen mit animierten Autos (Williams B T et al. 2012).

Häufig sind diese Interventionen nicht in Bezug auf Selbst- und Fremdwahrnehmung evaluiert worden, sondern im Hinblick auf andere Faktoren. Hierbei zeigten sich variable Ergebnisse: In manchen Studien fanden sich unterschiedliche Verbesserungen (Golan et al. 2010; Koenig et al. 2012; Spek et al. 2013; Thomson et al. 2015); in anderen zeigten sich hingegen kaum Effekte oder die Qualität der empirischen Überprüfung war schlecht (vgl. Baranek 2002; Williams B T et al. 2012). Des Weiteren existieren

Interventionen, die aufgrund mangelnder Wirksamkeit nicht mehr empfohlen werden, beispielsweise die SIT (Lang et al. 2012).

Auch in manchen Therapieansätzen mit anderen Schwerpunkten sind Elemente zur Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung enthalten. Deren Evaluation beinhaltete jedoch keine Erhebung der Selbst- und Fremdwahrnehmung (u. a. Herbrecht et al. 2008; Paschke-Müller et al. 2013). Insofern ist unklar, inwieweit diese Elemente die Effektivität der Intervention beeinflussten. Es wäre wünschenswert, dass Körperwahrnehmung und Gefühlsdifferenzierung einen größeren Stellenwert in der Forschung einnehmen und neue Erhebungsinstrumente entwickelt werden würden.

Es wurde deutlich, dass auch bei Interventionen mit anderen Schwerpunkten der Nachweis von Effektivität schwerfällt. Möglicherweise liegt dies an der Individualität von Kindern mit Autismus, an ihren verschiedenen Stärken, Defiziten und Arten des Lernverhaltens (vgl. auch Mesibov und Shea 2011; Sigman und Capps 2000, S. 152-153). Ein weiterer Grund könnte sein, dass viele Erhebungsinstrumente bei Autismus erst in letzter Zeit entwickelt wurden und noch nicht ausreichend evaluiert sind (vgl. Ozonoff et al. 2005).

Bei Interventionen für Kinder mit einer ASS werden kleine, individuelle Ziele angestrebt. Unter Umständen sind diese durch eine Studie nicht erfassbar. Deshalb sollten für die vorliegende Studie die Ergebnisse der Vor- und Nacherhebung im Zusammenhang sowohl mit den Bewertungen des Trainings als auch mit der Beschreibung des Trainingsverlaufs betrachtet werden. Hierin zeigten sich individuelle Veränderungen der Teilnehmer auf verschiedenen Gebieten.

Es ergaben sich durch die Ergebnisse der Vor- und Nacherhebung Hinweise auf Gruppenbildung der Studienteilnehmer: Eventuell profitieren nur bestimmte Kinder vom TütASS und andere nicht. Ein Ziel für weitere Studien wäre es, prädiktive Faktoren für den Erfolg des Trainings heraus zu finden. In der Studie zur Evaluation des KONTAKT zeigte sich beispielsweise signifikant ein Zusammenhang zwischen dem IQ bzw. der Sprachfähigkeit und der Zunahme

an sozialen Kompetenzen und funktionalem Alltagsverhalten (Herbrecht et al. 2008). Weitere Einflussfaktoren könnten unter anderen das Alter der Teilnehmer, die Ausprägung autistischer Symptome, die Teilnahmehäufigkeit oder die Aufmerksamkeitsspanne der Teilnehmer darstellen. Aber auch schwer operationalisierbare Faktoren wie die Fähigkeit zum Lernen in einer Gruppe, persönliche Sympathien für Gruppenmitglieder oder Gruppenleiter/innen, Schüchternheit oder die Reaktion auf den tiergestützten Therapieansatz könnten eine Rolle spielen.

4.1.4 Zufriedenheit mit dem Training

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Fragebögen zur Evaluation des TütASS in Bezug auf die zweite Fragestellung erläutert:

2.) Sind die Eltern und Kinder der Trainingsgruppe und die Gruppenleiter/innen mit dem Training insgesamt und mit den einzelnen Stunden zufrieden und erachten das TütASS als hilfreich?

Die Bewertung des TütASS durch Eltern, Kinder und Gruppenleiter/innen fiel insgesamt positiv aus: Es zeigten sich Ergebnisse, die auf eine hohe Motivation der teilnehmenden Kinder und eine gute Befindlichkeit in den Stunden hinwiesen. Dies wird durch die hohe Anwesenheitsrate der Studienteilnehmer bestätigt. Die einzelnen Stunden des TütASS wurden von den Gruppenleitern/innen zumeist als sehr hilfreich eingeschätzt. Eltern und Kinder waren mit diesem Urteil etwas vorsichtiger, wobei alle Bewertungen im positiven Bereich lagen. In verschiedenen anderen Bereichen war die Bewertung der Stunden durch alle Befragten deutlich positiv. Auch der Ansatz des TütASS wurde von den Befragten als gut bis sehr gut bewertet. Die Beurteilung des Trainingserfolges von Seiten der Eltern lag knapp im positiven Bereich, während die Gruppenleiter/innen auch den Trainingserfolg sehr positiv beurteilten.

Die Variable *Zufriedenheit mit dem Training* wurde in vielen anderen Interventionsstudien nicht erfasst (DeRosier et al. 2011; Freitag et al. 2014;

Herbrecht et al. 2008; Reichow et al. 2012). In der Studie zum TOMTASS wurde nur bei einer kleinen Stichprobe (n = 6) aus der Gesamtstichprobe die Behandlungszufriedenheit mittels des *Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung* von Matthejat und Remschmidt erfasst. Hier zeigte sich bei Kindern, Eltern und Gruppenleitern/innen eine durchschnittliche Gesamtbewertung mit „gut“. Die Eltern schätzten auch in dieser Studie die Therapie weniger erfolgreich ein, als die Gruppenleiter/innen (Eltern: teilweise erfolgreich; Gruppenleiter/innen: überwiegend erfolgreich) (Paschke-Müller et al. 2013, S. 17).

Die Diskrepanz in der Beurteilung von Gruppenleitern/innen und Eltern lässt sich möglicherweise durch die positive Erwartungshaltung der Gruppenleiter/innen an das selbst-entwickelte Training erklären. Weitere Gründe könnten mangelnde Nachvollziehbarkeit von Trainingsinhalten auf Elternseite und ungenügende Kommunikation zwischen allen Beteiligten sein. Diese These würde auch durch die Einschätzung der *Alltagspräsenz* von TütASS-Themen unterstützt: Hierin zeigte sich eine breite Streuung der Einschätzungen. Gesprächsangebote über das TütASS gingen offensichtlich von den Eltern aus, während die Kinder von sich aus nicht viel vom Training erzählten. Hier wird möglicherweise die eingeschränkte Kommunikation als eine grundlegende Eigenschaft von Kindern mit Autismus deutlich, sowie deren Schwierigkeiten, situationsübergreifenden Transfer von Gelerntem zu leisten (vgl. Leitlinien 2007, S. 225-226, 234).

Durch die Antworten auf offene Fragen wurde deutlich, dass Eltern, Kinder und Gruppenleiter/innen am TütASS vor allem das Gruppenkonzept, den Aufbau des Trainings und die Themenauswahl schätzten. Herausragende Bedeutung hatte dabei das Bogenschießen. Manche Eltern und Gruppenleiter/innen gaben an, bei den Kindern ein Benefit durch das Training festgestellt zu haben. Einige Eltern und Kinder nannten Dinge, die speziell im TütASS erlernt worden seien oder berichteten von Veränderungen im Zusammenhang mit dem TütASS.

Kritik übten Kinder und Eltern vor allem an strukturellen Dingen, wie dem wöchentlichen Rhythmus und den Übungsaufgaben für Zuhause. Die

Gruppenleiter/innen sahen hauptsächlich die Auswirkung problematischen Verhaltens einzelner Teilnehmer auf die Gruppe kritisch.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das TütASS aufgrund der positiven Bewertung durch Eltern, Kinder und Gruppenleiter/innen als sinnvolle Ergänzung zu bestehenden therapeutischen Angeboten für Kinder mit einer ASS gesehen werden kann. Aus den Bewertungen ergeben sich zudem Entwicklungsmöglichkeiten für das TütASS.

4.1.5 Entwicklungsmöglichkeiten des TütASS

Unter dem Aspekt der dritten Fragestellung werden im folgenden Abschnitt einige Ergebnisse der Bewertung des TütASS beleuchtet:

3.) Ergeben sich aus den Rückmeldungen Entwicklungsmöglichkeiten fürs TütASS?

Zunächst soll in dieser Hinsicht die Bewertung der einzelnen Trainingsstunden diskutiert werden, anschließend werden Entwicklungsmöglichkeiten dargestellt, die aus den Veränderungsvorschlägen der befragten Personen entnommen wurden.

Entwicklungsmöglichkeiten aus den Bewertungen der Stunden

In der Auswertung der Stundenevaluationen zeigte sich, dass manche Stunden in mehreren Bereichen herausragend positiv oder negativ bewertet wurden:

Die elfte Stunde wurde in drei Bereichen besonders positiv bewertet und von den Gruppenleitern/innen als beste Stunde betrachtet. In dieser Stunde wurde ein Planspiel zum Thema Gefühle durchgeführt, bei dem die Kinder zeigten, was sie in den vorherigen Stunden gelernt hatten. Möglicherweise war die positive Beurteilung der Stunde durch die Gruppenleiter/innen dadurch bedingt, dass hierbei eine Demonstration der erlernten Fertigkeiten erfolgte.

Es zeigt sich weiterhin, dass besonders positiv vor allem Stunden zum Thema *Körperwahrnehmung* (zweite, vierte und sechste Stunde) und besonders wenig positiv vor allem Stunden zum Thema *Gefühlsdifferenzierung* (dritte, neunte

und zehnte Stunde) bewertet wurden. Der behandelte Themenbereich (*Körper* oder *Gefühle*) stellt also eine mögliche Ursache für positive und negative Bewertungen dar. Dies könnte daran liegen, dass die Stunden zur *Gefühlsdifferenzierung* im Allgemeinen theoretischer und verschulter waren, als die Stunden zur *Körperwahrnehmung*. Den körperorientierten Stunden können zudem die zuvor beschriebenen Vorteile körperpsychotherapeutischer Gruppeninterventionen zugeschrieben werden. Die vierte und sechste Stunde waren zudem die beiden Stunden, in denen Bogenschießen geübt wurde. In den offenen Fragen ist der besondere Stellenwert des Bogenschießens für das TüTASS schon deutlich geworden und findet hierin Bestätigung.

Möglicherweise liegt eine Ursache für positive und negative Bewertungen der Stunden auch im Schwierigkeitsgrad der behandelten Themen. Dafür würde sprechen, dass die beiden ersten Stunden sehr positiv bewertet wurden. Hier waren die Anforderungen an die Kinder noch nicht sehr groß; die Stunden dienten vor allem dem Kennenlernen.

Die dritte Stunde stellte hingegen den Einstieg ins Thema *Gefühle* dar und legte einen Schwerpunkt auf die körperliche Wahrnehmung von Gefühlen. Dieses Thema fiel den Kindern erwartungsgemäß schwer und wurde vor allem in den Kinderfragebögen negativ bewertet. Gleichzeitig wurde die dritte Stunde von den Eltern zur besten Stunde gewählt. Eventuell schrieben die Eltern dieser Stunde einen besonderen Stellenwert zu, weil sie sich an der Schnittstelle von *Körperwahrnehmung* und *Gefühlsdifferenzierung* befand. Die Bewertungen der neunten und zehnten Stunde (Stundenthemen: *Verhalten bei Gefühlen* und *Gefühle bei anderen*) könnten ebenfalls damit zusammenhängen, dass hier Bereiche behandelt wurden, die den Kindern besonders schwer fielen.

Einige Kinder mit ASS reagieren auf Überforderung mit Vermeidungsstrategien. Eine Studie von den Färöer Inseln zeigt, dass auch die Extremform von Vermeidung, die „pathological demand avoidance“ bei einem Teil von Kindern mit ASS vorkommt (Gillberg et al. 2014). Verweigerung und andere Vermeidungsstrategien einzelner Kinder können in einer Trainingsstunde einen

Einfluss auf die ganze Gruppe haben, vor allem hinsichtlich der Gruppenatmosphäre.

Die Bewertung der einzelnen Stunden zeigt Entwicklungsmöglichkeiten des TütASS auf: Vor einer erneuten Durchführung des Trainings sollten vor allem die weniger gut bewerteten Stunden überarbeitet werden. Hierbei sollte der Fokus auf einer einfachen und kindgerechten Vermittlung der Inhalte liegen. Eine weitere Überlegung wäre, zur Auflockerung einzelne körperorientierte Bausteine in diese Stunden zu integrieren.

Zu beachten ist dabei, dass eine negative Bewertung von Bausteinen nicht automatisch mit einem geringen Therapieeffekt gleichzusetzen ist. In einer Studie mit Kindern mit ADHS zeigte sich beispielsweise, dass sowohl Behandlungszufriedenheit als auch Therapieerfolg von der Therapeut-Kind- und der Therapeut-Eltern-Beziehung abhängig sein können (Kinnen und Döpfner, 2013).

Zudem sollte der Transfer auf den Alltag verbessert werden. Hierzu könnten die Eltern verstärkt eingebunden werden. Vor allem sollte die Alltagsrelevanz der Inhalte deutlicher gemacht werden.

Entwicklungsmöglichkeiten auf Basis der Verbesserungsvorschläge der befragten Personen

Eltern, Kinder und Gruppenleiter/innen beschrieben in den Evaluationsbögen einige inhaltliche und strukturelle Ergänzungs- und Verbesserungsvorschläge (vgl. Kapitel 3.5.4). Aus diesen lassen sich weitere Entwicklungsmöglichkeiten für das TütASS ableiten:

Von Seiten der Gruppenleiter/innen wurden eine Kürzung theoretischer Stundeninhalte und eine stärkere Fokussierung auf praktische Aktivitäten vorgeschlagen. Eine Entwicklungsmöglichkeit liegt also in der Überprüfung des Verhältnisses von Theorie und Praxis in den Stunden.

Es könnten vermehrt körperorientierte Bausteine eingesetzt und eventuell in Form von kurzen, sportlichen oder körperlichen Übungen in alle Stunden integriert werden. Thielen berichtete aus seiner Erfahrung mit verschiedenen körperorientierten (nicht Autismus-spezifischen) Therapie-Gruppen, dass Körperübungen einen intensiven Zugang zu Gefühlen mit sich brächten und gleichzeitig eine offene Gruppenatmosphäre bewirkten. Er ging von einer Dialektik sowohl von Körper und Psyche als auch von Beziehungs- und Körperarbeit aus (Thielen 2013, S. 41/49-50).

Auch eine zusätzliche Bogenschieß-Stunde und der vermehrte Einsatz von Achtsamkeits-Übungen wären mögliche Verbesserungen. Zum Themenbereich *Gefühle* wurden ebenfalls weitere Stundeninhalte gewünscht, vor allem zur *Emotionsregulation*.

Generell könnte eine bessere, inhaltliche Verknüpfung der beiden Themenbereiche *Körperwahrnehmung* und *Gefühlsdifferenzierung* in Bezug auf die Selbst- und Fremdwahrnehmung erfolgen.

Des Weiteren könnte die Begleitung der Trainingsstunden durch die Therapehündin Tina ausgebaut und das Thema „Hunde“ mehr in die Stunden einbezogen werden.

Weitere Verbesserungsvorschläge entstanden aufgrund der teilweise schwierigen Gruppensituation: Einer davon ist die Ausweitung des Smiley-Belohnung-Systems. Auch gutes Verhalten in der Trainingsstunde könnte mit einem Aufkleber belohnt werden. Zudem wäre die Ausarbeitung eines „Krisenmanagements“ zum Umgang mit Wutanfällen oder Verweigerung sinnvoll. Beispielsweise könnten gelbe und rote Karten als Verwarnung (vgl. Fußball) eingeführt werden.

Vereinzelt wurde gewünscht, mehr auf die individuellen Probleme der Kinder einzugehen. Zwar formulierten die Kinder am Anfang des Trainings Ziele, doch es erfolgte während der Gruppenstunden keine konsequente Beschäftigung mit diesen Zielen. Häufig hatten die Ziele zudem mit keinem der beiden

Schwerpunktthemen zu tun. Hierfür wäre die Einführung eines Einzeltermins mit Kind und Eltern zur Vorbesprechung des Trainings sinnvoll. In diesem Rahmen könnte die Formulierung persönlicher Ziele besser erfolgen (vgl. auch Paschke-Müller et al. 2013, S. 28). Bei der Nachbesprechung des Trainings könnte dann auf diese Ziele auch explizit eingegangen werden.

Von den Eltern wurde mehr begleitende Elternarbeit gewünscht. Ein Verbesserungsvorschlag wäre hier eine genaue Beschreibung der Stundeninhalte auf dem Übungsaufgaben-Blatt. Dadurch könnten sich die Eltern unabhängig von ihren Kindern über die Inhalte informieren. Intensivere Elternarbeit könnte zudem durch mehr begleitende Angebote für die Eltern erreicht werden. Hier wurde ein großer Bedarf deutlich. Auch in diesem Sinne wäre ein Einzeltermin zur Vorbesprechung wünschenswert. Eine weitere Möglichkeit wäre die Gründung einer Eltern-Selbsthilfe-Gruppe oder sogar ein begleitendes Elterntraining. Hierbei könnte beispielsweise auf den vielversprechenden Ansatz, Eltern von Kindern mit einer ASS durch ein Achtsamkeits-Training zu unterstützen (vgl. Kapitel 1.4), zurückgegriffen werden.

Am häufigsten gewünscht wurde von Eltern und Gruppenleitern/innen der Ausbau des Trainings im Bereich *Kommunikation und soziale Kompetenzen*. Die Themenvorschläge in dieser Hinsicht waren vielfältig. Aufgrund des begrenzten zeitlichen Rahmens des TütASS ist es kaum möglich, alle Themen aufzunehmen. Außerdem zeigte sich bei den Eltern ein großer Bedarf nach weiteren professionellen Angeboten. Aus diesen Gründen wäre die Entwicklung eines Aufbautrainings zum Thema *Soziale Kompetenzen* als Fortsetzung des TütASS sinnvoll. Die momentane Studienlage zur Wirksamkeit von Soziale-Kompetenz-Trainings wird in Kapitel 4.2.3 dargelegt. Dieses Aufbautraining könnte in größeren zeitlichen Abständen stattfinden, um die Belastung für Eltern und Kinder zu reduzieren. Eventuell könnte den Eltern parallel dazu ein Raum für ein Selbsthilfetreffen zur Verfügung gestellt werden oder ein Elterntraining durchgeführt werden. Durch ein solches Angebot würde eine weitere Begleitung

der Kinder und ihrer Eltern gewährleistet. Zudem könnten die Inhalte des TütASS wiederholt und gefestigt sowie neue Kompetenzen erlernt werden.

4.2 Vergleich des TütASS mit ähnlichen Interventionsansätzen

In diesem Teil soll das TütASS mit den beiden im ersten Kapitel vorgestellten Gruppen-Interventionen *KONTAKT* (Herbrecht et al. 2008) und *TOMTASS* (Paschke-Müller et al. 2013) verglichen werden.

4.2.1 Ansatz und Ziel

Die meisten Interventionen für Kinder mit Autismus haben als Ansatzpunkt, entweder kognitive Funktionen zu verbessern - ein Beispiel hierfür stellt das TOMTASS dar - oder autistische Verhaltensweisen zu verändern. Bei letzteren liegt der Schwerpunkt meist auf dem Erlernen sozialer Kompetenzen. Das KONTAKT ist ein Beispiel für diesen Ansatz.

In beiden Interventionen sollen vor allem Kommunikation und soziale Interaktion verbessert werden, sowie eine Anpassung an die Gruppensituation erfolgen (Herbrecht et al. 2008, S. 13; Paschke-Müller et al. 2013, S. 27-28). Die Interaktion mit der Gruppe hat auch im TütASS einen wichtigen Stellenwert. Primär soll im TütASS aber eine verbesserte Selbst- und Fremdwahrnehmung erreicht werden. Hierin unterscheidet sich das TütASS von anderen Interventionen.

Die verschiedenen Ansatzpunkte der drei Trainings sind in Abb. 31 dargestellt. Aus der Darstellung wird ersichtlich, dass der Ansatz des TütASS grundlegender ist, als die Ansätze der beiden anderen Trainings.

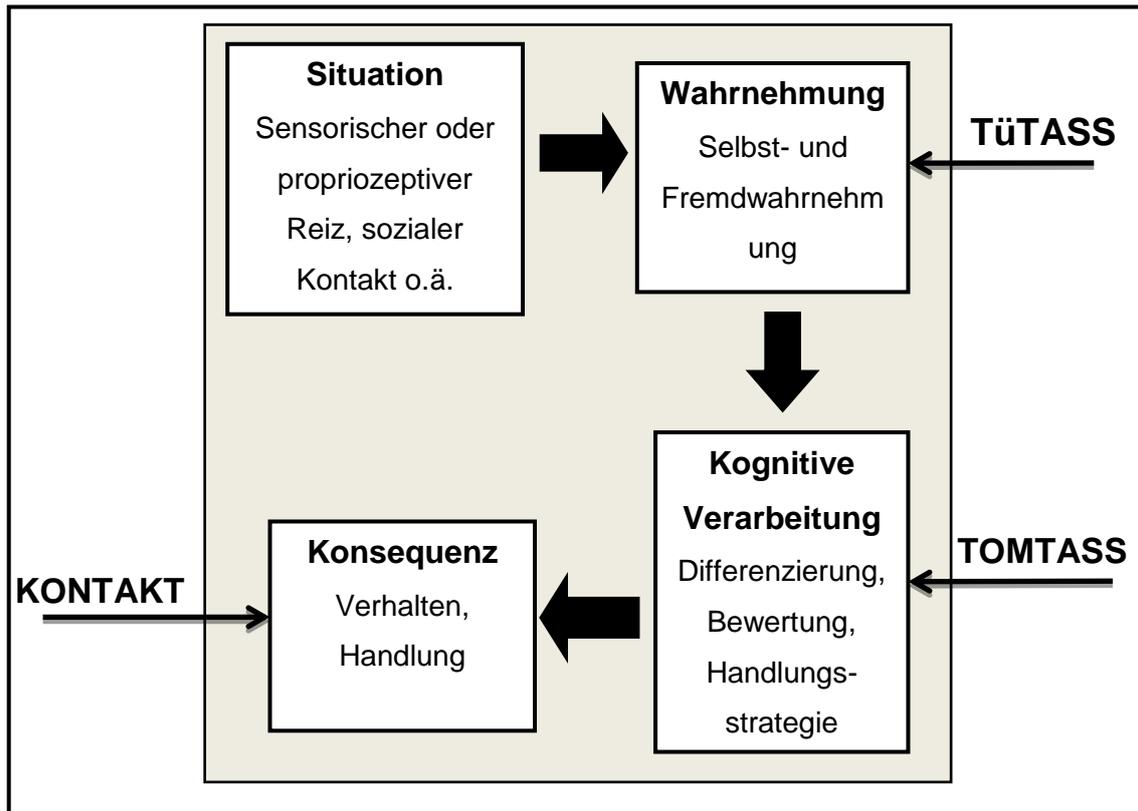


Abb. 31: Ansatzpunkt des TütASS im Vergleich zu Ansatzpunkten von Soziale-Kompetenz-Trainings (insbesondere KONTAKT) und Interventionen, die auf neuropsychologischen Modellen zu theory of mind basieren (insbesondere TOMTASS)

Obwohl die Ansätze unterschiedlich sind, ist das übergeordnete Ziel, das die drei Interventionen verfolgen, dasselbe: Alle Interventionen versuchen letztendlich, eine bessere Anpassung des Verhaltens an verschiedene Situationen zu erreichen. Hierin sind Kinder mit einer ASS im sozialen Umfeld am auffälligsten. Wie im ersten Kapitel dargelegt, können die Kinder in dieser Hinsicht zudem von guter Förderung besonders profitieren (vgl. u. a. Leitlinien 2007, S. 231). Das TütASS und auch das TOMTASS wollen dabei nicht eine Verhaltensänderung antrainieren, sondern die zugrundeliegenden Defizite verbessern. Nach Otero et al. sind Interventionen besonders wirksam, wenn die Inhalte tatsächlichen Defiziten der Teilnehmer entsprechen (Otero et al. 2015). Koegel et al. beschreiben Interventionen vor allem dann als sinnvoll, wenn zentrale Ziele unter anderem die Verbesserung des Reaktionsvermögens auf verschiedene Reize und Selbstregulation sowie Selbstaktivierung sind (Koegel et al. 2001).

4.2.2 Setting, Aufbau und Therapieprinzipien

In Setting (Herbrecht et al. 2008, S. 15-17; Paschke-Müller et al. 2013, S. 24), Aufbau (Herbrecht et al. 2008, S. 14; Paschke-Müller et al. 2013, S. 24-25) und Therapieprinzipien (Herbrecht et al. 2008, S. 17-20; Paschke-Müller et al. 2013, S. 25-27) unterscheidet sich das TütASS nur wenig von den anderen beiden Trainings.

Alle drei Interventionen finden wöchentlich in ambulantem Rahmen statt. Während das TütASS aus zwölf Trainingsstunden besteht, beinhaltet das TOMTASS 24 Stunden und das KONTAKT findet ohne zeitliche Begrenzung statt. Aufgrund der vielen, unterschiedlichen Defizite von Kindern mit Autismus empfehlen manche Autoren langfristige Interventionen (u. a. Koegel et al. 2001; Leitlinien 2007, S. 231; Rollett et al. 2001, S. 57). Andererseits gibt es aufgrund der steigenden Inzidenz von ASS einen erhöhten Bedarf an Interventionen. Um möglichst viele Familien unterstützen zu können, ist eine Begrenzung des Trainings auf einen bestimmten Zeitraum sinnvoll. Auch müssen die Interventionen finanzierbar sein und sollten von Krankenkassen übernommen werden. In der Evaluation des TütASS hat sich außerdem gezeigt, dass die zusätzlichen Termine für viele Familien eine Belastung darstellen. Es gibt also zumindest einige strukturelle Gründe für die zeitliche Begrenzung von Trainings. In einer Meta-Analyse zu verschiedenen Interventionen zu sozialen Kompetenzen zeigte sich zudem kein Effekt der Dauer der Intervention auf deren Effektivität (Wang et al. 2013).

Alle Gruppen werden von zwei bzw. drei Therapeuten geleitet und bestehen aus vier bis sieben Kindern. Diese verhältnismäßige große Zahl an Therapeuten für eine geringe Teilnehmerzahl wird auch von Poustka et al. für Gruppeninterventionen bei Kindern mit Autismus empfohlen (Poustka et al. 2008, S. 113). Das Teilnehmeralter ist in allen Gruppen ebenfalls ähnlich (TütASS: 8-12 Jahre, KONTAKT: 8-13 Jahre, TOMTASS: 7-12 Jahre). Für das KONTAKT und das TOMTASS wird zusätzlich ein Training für Jugendliche angeboten. Die Trennung nach Alter in Kinder- und Jugendlichen-Gruppen wird

durch Poustka et al. als sinnvoll beschrieben, da jeweils andere Schwerpunkte gesetzt werden sollen: Für Kinder sollen spielerisch Inhalte erarbeitet werden, während bei Jugendlichen die Alltagsbewältigung im Vordergrund steht (Poustka et al. 2008, S. 114). Zu allen Interventionen findet wie empfohlen begleitende Elternarbeit statt (vgl. Kapitel 1.2.3).

Das KONTAKT und das TOMTASS sind drei-stufig aufgebaut. Die erste Stufe dient dem Kennenlernen und Einfinden in die Gruppe, die zweite Stufe der Erarbeitung der Schwerpunkte und die dritte Stufe der Generalisierung bzw. dem Transfer auf den Alltag. Das TütASS beginnt mit einer Kennenlern-Stunde. Die folgenden Stunden sind in vier inhaltliche Etappen gegliedert. Generalisierung und ein Transfer auf den Alltag sollen beim TütASS durch den Einbezug der Eltern und die Übungsaufgaben erreicht werden. Die erste und dritte Stufe der beiden anderen Trainings sind beim TütASS also verkürzt und in die mittlere Stufe integriert. Diese Unterschiede haben ihre Ursache in der geringeren Anzahl von Trainingsstunden.

In der inhaltlichen Gliederung zeigen sich Unterschiede zwischen den drei Interventionen, die sich vor allem aus den verschiedenen Ansatzpunkten ergeben: Das TOMTASS beinhaltet die acht Module *Kennenlernen und Einfinden in die Gruppe (1)*, *Psychoedukation (2)*, *Gefühle (3)*, *Gedanken (4)*, *Sprache (5)*, *Kontaktaufnahme und Freundschaft (6)*, *Konflikte und Kritik (7)* sowie *Körperübungen, Entspannung und Stresstoleranz (8)*. Im KONTAKT werden mittels fester, intermittierender und variabler Bausteine, die auf unterschiedliche Art und Weise miteinander verbunden werden, verschiedene Schwerpunkte behandelt, u. a. *Emotionserkennung*, *soziale Fertigkeiten*, *Verbalisierung von Problemen* und *Eigen- und Fremdwahrnehmung*. Das TütASS gliedert sich wie beschrieben in die vier Etappen *Achtsames Wahrnehmen von körperlichen und emotionalen Signalen (1)*, *Einordnen und Beschreiben von körperlichen und emotionalen Wahrnehmungen (2)*, *Umgang mit körperlichen und emotionalen Wahrnehmungen (3)* und *Körperliche und emotionale Wahrnehmungen bei sich selbst und anderen (4)*.

Doch es finden sich auch einige Überschneidungen wie die Themen Gefühle (in allen drei Trainings), Entspannung (TOMTASS und TütASS) oder Eigen- und Fremdwahrnehmung (KONTAKT und TütASS).

In allen drei Interventionen finden sich ähnliche strukturgebende, inhaltliche, gruppenbezogene und verhaltenstherapeutische Therapieprinzipien. Eine vergleichende Übersicht zeigt Tabelle 18. Unterschiede zwischen dem TütASS und einer oder beiden anderen Interventionen sind hervorgehoben.

Bei den strukturgebenden Therapieprinzipien finden sich kaum Unterschiede: Allen Interventionen ist ein strukturierter Ablauf der Trainingsstunden wichtig. Eindeutigkeit, Klarheit und Struktur sieht Preißmann, die auch selbst vom Asperger-Syndrom betroffen ist, als wichtigste Grundlage bei der Arbeit mit Menschen mit Autismus (Preißmann 2009, S. 34-37). Beim TütASS allein wird der Stellenwert des Einsatzes von edukativen Elementen genannt. Edukative Elemente spielen jedoch in den anderen Interventionen ebenfalls eine Rolle. Nach Poustka et al. bietet sich bei Kindern mit ausreichenden intellektuellen Fähigkeiten ein kognitiver Zugang zu sozialen Fertigkeiten an (Poustka et al. 2008, S. 110).

Die inhaltlichen Therapieprinzipien der Trainings unterscheiden sich geringfügig. Dem ansteigenden Schwierigkeitsgrad der Therapie-Bausteine in KONTAKT und TOMTASS entsprechen die aufeinander aufbauenden Stundenthemen des TütASS. In allen Trainings spielt die Methodenvielfalt, mit einem Schwerpunkt bei praktischen Aktivitäten im TütASS und KONTAKT, eine große Rolle. Nur im TütASS sind hierbei aber Ansätze aus der tiergestützten Therapie, der Musiktherapie und der Körpertherapie zu finden. Die Autoren des KONTAKT legen zudem Wert auf viele Wiederholungen und den Einbezug persönlicher Themen in das Training, was im KONTAKT aufgrund der vielen Trainingsstunden möglich ist.

Bei den gruppenbezogenen Therapieprinzipien steht die Einhaltung von Gruppenregeln bei allen Interventionen an erster Stelle. Ansonsten werden unterschiedliche Prinzipien genannt, die aber größtenteils das gleiche Ziel verfolgen: Den Aufbau einer angenehmen und offenen Gruppenatmosphäre.

In allen Interventionen werden zudem verhaltenstherapeutische Prinzipien angewendet, die wie schon berichtet einen besonderen Stellenwert in der Therapie von ASS einnehmen (vgl. u. a. Leitlinien 2007, S. 233). In TOMTASS und KONTAKT erfolgt die Verstärkung erwünschter Verhaltensweisen generell über ein Token-System, während im TütASS nur die Erledigung der Übungsaufgaben mit Aufklebern belohnt wird.

Tab. 18: Vergleich zwischen den Therapieprinzipien des TütASS mit denen der Interventionen KONTAKT und TOMTASS mit Hervorhebung (**fett**) von Unterschieden

Therapieprinzipien	KONTAKT (Herbrecht et al. 2008)	TOMTASS (Paschke-Müller et al. 2013)	TütASS
Strukturgebend	<ul style="list-style-type: none"> • Strukturiertes Ablauf der Stunden • Genaues Absprechen, was zu tun ist 	<ul style="list-style-type: none"> • Strukturiertes Ablauf der Stunden • Visualisierung von Inhalten • Klare und einfache Sprache 	<ul style="list-style-type: none"> • Strukturiertes Ablauf der Stunden • Eindeutige Ansagen • Visualisierung von Inhalten • Edukative Elemente
Inhaltlich	<ul style="list-style-type: none"> • Ansteigender Schwierigkeitsgrad der Therapiebausteine • Wechsel zwischen Theorie und Praxis • Viele Wiederholungen • Persönliche Themen der Teilnehmer einbeziehen 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansteigender Schwierigkeitsgrad der Therapiebausteine • Methodenvielfalt und Ganzheitlichkeit • Gezieltes Training der ToM • Transfer von erworbenen Fertigkeiten auf den Alltag 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufeinander aufbauende Stundenthemen • Fokus auf praktischen Aktivitäten • Methodenvielfalt und Vielfalt der Zugänge • Transfer von erworbenen Fertigkeiten auf den Alltag
Gruppenbezogen	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppenregeln • Gegenseitiges Feedback • Wünsche der Teilnehmer beachten 	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppenregeln • Orientierung an Stärken und Fähigkeiten der Teilnehmer • Feedback durch Gruppenleiter/innen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppenregeln • Gegenseitige Akzeptanz • Alltagsnahe Gruppensituationen • Gleichbleibende Arbeitsgruppen
Verhaltenstherapeutisch	<ul style="list-style-type: none"> • Verstärkung erwünschter Verhaltensweisen mittels Tokensystem 	<ul style="list-style-type: none"> • Verstärkung erwünschter Verhaltensweisen mittels Tokensystem • Prompting, Shaping und Chaining 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelllernen • Rollenspiele • Verstärkung erwünschter Verhaltensweisen

4.2.3 Evaluation und empirischer Hintergrund

Alle drei Evaluationsstudien fanden im Rahmen der Qualitätssicherung und als Ein-Gruppen-prä-post-Design ohne Kontrollgruppe statt. Hinsichtlich der Methodik und der Ergebnisse fanden sich einige Unterschiede zwischen dem TütASS, dem KONTAKT (Herbrecht et al. 2008, S. 45-48) und dem TOMTASS (Paschke-Müller et al. 2013, S. 16-20): Die Studie zum TütASS unterschied sich, wie in Tabelle 19 aufgeführt, in Stichprobengröße und -zusammensetzung, sowie in der Anzahl der untersuchten Gruppen von der Studien zu KONTAKT und TOMTASS. Diese Unterschiede sollten bei der Interpretation der Ergebnisse beachtet werden. Insbesondere die unterschiedliche Fallzahl sowie die gemeinsame Auswertung von Kinder- und Jugendlichengruppen in TOMTASS und KONTAKT könnten einen großen Einfluss auf die Ergebnisse gehabt haben.

Tab. 19: Vergleich der Stichproben von TütASS, KONTAKT (Herbrecht et al. 2008) und TOMTASS (Paschke-Müller et al. 2013)

	TütASS	TOMTASS	KONTAKT
Stichprobengröße	11	31	17
Geschlecht (m / w)	11 / 0	31 / 0	15 / 2
Alter (in Jahren)	8 - 12	7 - 16	9 – 20
IQ	76 - 139	70 - 136	64 - 129
Gruppenanzahl	2	6	3
davon Kinder-/ Jugendlichengruppen	2 / 0	3 / 3	1 / 2

Auch bei den verwendeten Erhebungsinstrumenten und erfassten Variablen sowie in der Auswahl der Beurteiler bestanden Unterschiede. In allen Studien wurden soziale Fertigkeiten und Lebensqualität bzw. Belastung der Familien erfasst. Für das KONTAKT und das TütASS wurden zudem Verhaltensauffälligkeiten erhoben. In den Studien zu KONTAKT und TOMTASS wurden Expertenratings hinsichtlich des Verhaltens der Kinder in der Gruppe durchgeführt. Nur die Studien zu TOMTASS und TütASS setzten Fragebögen zur Beurteilung des Trainings ein. Direkte Überschneidungen der Erhebungsinstrumente ergaben sich bei TütASS und TOMTASS: Beide setzten das ILK

zur Erhebung der Lebensqualität und die SRS zur Erfassung von sozialer Reaktivität ein.

Als Beurteiler dienten in allen Studien die Eltern der teilnehmenden Kinder. In der Studie zum TOMTASS wurden zudem unabhängige Experten/innen und die Kinder selbst befragt. Für das KONTAKT wurden ebenfalls unabhängige Experten/innen als Beurteiler eingesetzt und zusätzlich Lehrer/innen der teilnehmenden Kinder. Beim TütASS dienten außer den Eltern die Kinder selbst als Befragte.

In den drei Studien fanden sich folgende Ergebnisse: Für das KONTAKT ergaben sich deskriptiv ausnahmslos Verbesserungen. Mit einem Signifikanzniveau von $p = 0,1$ zeigten sich signifikante Verbesserungen in sechs Erhebungsinstrumenten. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass durch das KONTAKT mittlere bis große Therapieeffekte im Aufbau von funktionalen sozialen Fertigkeiten und im Abbau von Psychopathologie erzielt werden können. Die Kindergruppe profitierte in einigen Erhebungsinstrumenten deutlich mehr als die Jugendlichengruppen (Herbrecht et al. 2008, S. 47-49).

Die Studie zum TOMTASS fand teilweise deskriptive, teilweise signifikante Verbesserungen der sozialen Reaktivität und der Lebensqualität sowie eine signifikante Zunahme sozialer Verhaltensweisen in der Videobeobachtung. Kinder, Eltern und Gruppenleiter/innen beurteilten das Training in der deskriptiven Auswertung im Mittel mit „gut“ (Paschke-Müller et al. 2013, S. 18-19).

In der Studie zum TütASS fanden sich, wie zuvor erläutert, deskriptive Verbesserungen in den Bereichen Gefühlsdifferenzierung und soziale Reaktivität und eine teilweise signifikante Verringerung von Verhaltensauffälligkeiten. Die Bewertung des Trainings durch Kinder, Eltern und Gruppenleiter/innen war positiv bis sehr positiv.

Das TütASS ist mit TOMTASS und KONTAKT hinsichtlich der Ergebnisse der Evaluation nur schwer zu vergleichen, da immense Unterschiede in der Stichprobe und in der Methodik vorliegen. Stellt man dennoch einen Vergleich

an, so zeigt sich, dass für alle Interventionen in unterschiedlichem Ausmaß deskriptive und signifikante Verbesserungen gefunden wurden. Diese waren für das TOMTASS und das KONTAKT deutlicher als für das TütASS. In allen drei Studien gab es auch Erhebungsinstrumente, bei denen sich keine (signifikante) Verbesserung fand. Die Bewertungen von TOMTASS und TütASS durch Kinder, Eltern und Gruppenleiter/innen war in der deskriptiven Auswertung ähnlich gut.

Wie in Kapitel 1.2.3 beschrieben, existieren in Deutschland einige Interventionen mit den Schwerpunkten ToM oder soziale Kompetenzen. Leitlinien zufolge sind der Aufbau sozialer Kompetenzen und der Abbau von störenden Verhaltensweisen adäquate Interventionsmöglichkeiten bei Kindern mit Autismus (Leitlinien 2007, S. 233). Die aktuelle Studienlage ergibt hinsichtlich dieser Interventionen folgendes Bild:

In einer Cochrane-Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2014 wurden 22 randomisierte kontrollierte Studien (N= 695) zu ToM-basierten Interventionen analysiert. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass die Belege für die Effektivität der Interventionen von niedriger bis sehr niedriger Qualität sind. Des Weiteren gäbe es kaum Hinweise darauf, dass erworbene Fertigkeiten behalten oder generalisiert werden können oder einen Einfluss auf andere Entwicklungsbereiche haben (Fletcher-Watson et al. 2014).

Rao et al. beschrieben 2007 aufgrund einer Meta-Analyse über „social skills trainings“ eine große Diskrepanz zwischen der verbreiteten klinischen Anwendung solcher Trainings und deren mangelndem empirischen Rückhalt (Rao et al. 2008). Positivere Ergebnisse zeigten neuere Meta-Analysen: Bellinger et al. fanden bei 21 Einzelfallstudien und 11 Gruppensdesign-Studien Hinweise darauf, dass einige soziale Fertigkeiten durch Einzel- oder Gruppeninterventionen verbessert werden können (Bellinger et al. 2011).

Auch Reichow und Volkmar kamen aufgrund einer Meta-Analyse über 66 Studien (n = 513) zu dem Schluss, dass die Wirksamkeit vieler Interventionen zu sozialen Kompetenzen durch starke empirische Belege unterstützt wird

(Reichow und Volkmar 2010). Dies gilt nach einer Cochrane-Studie besonders auch für Gruppeninterventionen in diesem Bereich (Reichow et al. 2012).

Die Bedeutung der Selbst- und Fremdwahrnehmung bei Autismus wird in der Forschung zwar zunehmend erkannt (vgl. Kapitel 1.3), es gibt jedoch bisher nur wenige evaluierte Interventionen zur Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung, die in Studien unterschiedliche Ergebnisse aufweisen (vgl. Kapitel 4.1). Aus diesem Grund ist die empirische Grundlage des TütASS weniger deutlich als die der anderen beiden Interventionen.

4.3 Schlussfolgerung aus der Arbeit

Die Selbst- und Fremdwahrnehmung, insbesondere in den Bereichen *Körperwahrnehmung* und *Gefühlsdifferenzierung*, ist im Zusammenhang mit Autismus bedeutsam, nimmt aber in der Forschung keinen großen Stellenwert ein. Bisher existieren nur sehr wenige Therapieansätze in diesem Bereich und keiner, der Körperwahrnehmung und Gefühlsdifferenzierung als Schwerpunktthemen vereint.

Das TütASS stellt einen theoretisch wohlbegründeten, neuen Therapieansatz dar, der bei realen Defiziten von Kindern mit ASS ansetzt. Mit der Erstanwendung des TütASS bei zwei Gruppen wurde die Durchführbarkeit des Trainings aufgezeigt.

Die Stichprobe präsentierte sich hinsichtlich Alter, Schulart, IQ und Komorbiditäten als heterogene Gruppe. In der Pilotstudie zur Evaluation des TütASS zeigten sich in manchen Erhebungsinstrumenten deutliche, deskriptive oder signifikante Verbesserungen. Weitere individuelle Veränderungen wurden durch die Eltern oder Gruppenleiter/innen beschrieben. Die Bewertung des Trainings durch Kinder, Eltern und Gruppenleitern/innen war gut.

Alle Ergebnisse dieser Arbeit sind als vorläufig zu verstehen und sollten an einer größeren Fallzahl überprüft werden. Hierbei könnten zudem Wirkfaktoren sowie prädiktive Faktoren für den Erfolg des Trainings bei bestimmten Kindern untersucht werden. Um die Generalisierung von Fertigkeiten und die Stabilität der Veränderungen zu erheben, sollte eine Follow-up-Untersuchung durchgeführt werden.

Hinsichtlich Setting, Aufbau, Therapieprinzipien und Evaluation ist das TütASS vergleichbar mit anderen Gruppeninterventionen für Kinder mit Autismus (insbesondere KONTAKT und TOMTASS), unterscheidet sich aber im Ansatz von diesen.

Aufgrund der dargelegten Ergebnisse ist es sinnvoll, das TütASS an weiteren Gruppen zu erproben und die Evaluation mittels weiterer Studien fortzusetzen. Vor einer erneuten Durchführung sollte das Training hinsichtlich der dargestellten Entwicklungsmöglichkeiten überarbeitet werden. Das TütASS könnte außerdem durch weitere Angebote wie ein begleitendes Elterntraining, ein Aufbau-Training zu sozialen Kompetenzen oder ein zusätzliches Training für Jugendliche ergänzt und ausgebaut werden.

5 Zusammenfassung

Menschen mit Autismus erleben unsere Welt anders als die meisten anderen. Dies ist verbunden mit Defiziten in der sozialen Interaktion und Kommunikation. In letzter Zeit nehmen die Inzidenz von diagnostizierten Autismus-Spektrum-Störungen sowie die wissenschaftliche Forschung zu Autismus zu. Es existieren jedoch kaum Therapieansätze zur Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung.

Das neu entwickelte *Tübinger Training für Autismus-Spektrum-Störungen* (TütASS) bietet den ersten Ansatz, der die beiden Bereiche *Körperwahrnehmung* und *Gefühlsdifferenzierung* vereint. Es handelt sich dabei um ein zwölfwöchiges, ambulantes Gruppentraining für Kinder mit Autismus. Das TütASS wurde in der vorliegenden Arbeit hinsichtlich seines theoretischen Hintergrundes, des Trainingsrahmens, des inhaltlichen Aufbaus, der Therapiebausteine und -prinzipien und der begleitenden Elternarbeit vorgestellt. Beschrieben wurde auch der Trainingsverlauf in zwei Trainings-Gruppen.

Zur Evaluation des TütASS diente eine Pilotstudie, die die Erstanwendung des Trainings wissenschaftlich begleitete. Die untersuchte Stichprobe bestand aus elf Jungen im Alter zwischen 8 und 12 Jahren mit der Diagnose einer ASS. Diese Gruppe präsentierte sich bezüglich Alter, IQ, besuchter Schulart und Komorbiditäten als heterogen. Mittels Erhebungen vor und nach der Trainingsteilnahme mit acht verschiedenen Erhebungsinstrumenten wurden primäre Veränderungen in Körperwahrnehmung und Gefühlsdifferenzierung sowie sekundäre Veränderungen hinsichtlich sozialer Reaktivität, Verhaltensauffälligkeiten, Lebensqualität und Depressivität untersucht. Zudem wurden selbst entwickelte Evaluations-Fragebögen zur Beurteilung des TütASS und zur Erfassung von Entwicklungsmöglichkeiten eingesetzt. Als Beurteiler dienten die teilnehmenden Kinder, deren Eltern und die Gruppenleiter/innen der Trainingsgruppen.

Für den Bereich *Körperwahrnehmung* fanden sich im KBMT-K kaum Hinweise auf Veränderungen zwischen Vor- und Nacherhebung. In zwei Fragebögen zur *Gefühlsdifferenzierung* (Feel-KJ und SEE) zeigten sich deskriptiv deutliche Verbesserungen, vor allem bezüglich *adaptiver Strategien* zur Emotionsregulation, und ein diskrepantes Ergebnis in Bezug auf *maladaptive Strategien* zur Emotionsregulation. Im SRS waren deskriptive Verbesserungen der *Sozialen Interaktion und Kommunikation* zu verzeichnen. Es zeigte sich eine teilweise signifikante Verringerung von *Verhaltensauffälligkeiten* in CBCL und SDQ. Die mittleren Werte der Vorerhebung waren dabei als „auffällig“, die der Nacherhebung als „unauffällig“ zu interpretieren. In den Bereichen *Lebensqualität* (mittels ILK) und *Depressivität* (mittels DIKJ) zeigten sich in der im Allgemeinen unauffälligen Stichprobe auch deskriptiv kaum Effekte.

Es ergab sich hinsichtlich der Ergebnisse also ein gemischtes Bild mit deutlichen Verbesserungen in einigen Bereichen. Diese könnten auf positive Effekte des TütASS hindeuten, sollten aber vor dem Hintergrund der Limitationen der Studie betrachtet werden. Es fanden sich deskriptiv Hinweise, dass manche Kinder mehr vom TütASS profitierten als andere.

Die Bewertung des Trainings mittels Evaluationsbögen zeigte eine hohe Motivation der teilnehmenden Kinder und eine gute Befindlichkeit in den Stunden. Der Ansatz des TütASS sowie die einzelnen Stunden erhielten sehr positive Bewertungen. Die Beurteilung des Trainingserfolges war insgesamt positiv. Zwischen den Kinder-, Eltern- und Gruppenleiterbewertungen zeigten sich dabei deutliche Unterschiede. Die Alltagspräsenz und den Transfer der TütASS-Themen auf das alltägliche Leben schätzten Eltern und Kinder insgesamt als nicht sehr groß ein.

Entwicklungsmöglichkeiten des TütASS fanden sich vor allem in der Überarbeitung bestimmter Stunden, der Erhöhung praktischer Anteile, der inhaltlichen Verknüpfung und in einem Ausbau der begleitenden Elternarbeit.

Die Grenzen der Pilot-Studie lagen insbesondere in der kleinen Fallzahl und dem Fehlen einer Kontrollgruppe. Die aktuelle Literatur zeigt, dass

Therapieeffekte bei Kindern mit Autismus generell schwer nachzuweisen sind, was unter anderem mit der ausgeprägten Individualität dieser Kinder begründet wird.

Der Vergleich des TütASS mit zwei anderen Gruppeninterventionen für Kinder mit Autismus (KONTAKT und TOMTASS) zeigte Ähnlichkeiten und Überschneidungen hinsichtlich Setting, Aufbau, Therapieprinzipien und Evaluation, aber deutliche Unterschiede im Therapieansatz.

Aus der vorliegenden Arbeit kann zusammenfassend geschlossen werden, dass es sinnvoll ist, das TütASS in leicht überarbeiteter Form an weiteren Gruppen zu erproben.

Die Ergebnisse der Pilotstudie sind als vorläufig zu verstehen und sollten durch eine randomisierte, kontrollierte Studie an einer größeren Fallzahl überprüft werden. Das TütASS könnte außerdem durch weitere Angebote wie ein begleitendes Elternteraining, ein Aufbau-Training zu sozialen Kompetenzen oder ein zusätzliches Training für Jugendliche ergänzt und ausgebaut werden.

6 Literaturverzeichnis

Abu-Akel A and Shamay-Tsoory S (2011) Reviews and perspectives: Neuroanatomical and neurochemical bases of theory of mind. *Neuropsychologia*, 49, 2971-2984. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2011.07.012.

Amiet C, Gourfinkel-An I, Consoli A, Périssé D and Cohen D (2010) Table ronde: Épilepsie et autisme : une association complexe. *Archives de pédiatrie*, 17, 650-651. doi: 10.1016/S0929-693X(10)70043-9.

Arbeitsgruppe-Deutsche-Child-Behavior-Checklist (1993) *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen* Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).

Attwood T (2010) *Asperger-Syndrom. Das erfolgreiche Praxis-Handbuch für Eltern und Therapeuten* Stuttgart: Trias.

AWMF (2010) Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Angemeldetes Leitlinienvorhaben: S3-Leitlinie. Registernummer 028 - 018.

Ayres A J. (2013). *Bausteine der kindlichen Entwicklung Sensorische Integration verstehen und anwenden - Das Original in moderner Neuauflage [online]*. doi: 10.1007/978-3-642-30177-3.

Ayuda-Pascual R and Martos-Perez J (2007) The influence of the social perception of emotions in the formal language of children with Asperger's syndrome or high-functioning autism. *Rev Neurol*, 44 Suppl 2, 57-59.

Bachevalier J and Loveland K A (2006) Review: The orbitofrontal–amygdala circuit and self-regulation of social–emotional behavior in autism. *Neurosci Biobehav Rev*, 30, 97-117. doi: 10.1016/j.neubiorev.2005.07.002.

Baio J (2014) Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2010. *MMWR Surveillance Summaries*, 63, 1-21.

Baranek G T (2002) Efficacy of sensory and motor interventions for children with autism. *J Autism Dev Disord*, 32(5), 397-422.

Barkmann C, Schulte-Markwort M and Brähler E (2011) *Klinisch-psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter* (Vol. 6). Göttingen [u.a.]: Hogrefe.

Baron-Cohen S, Leslie A M and Frith U (1985) Does the autistic child have a “theory of mind” ? *Cognition*, 21, 37-46. doi: 10.1016/0010-0277(85)90022-8.

Barth G M (2011) Wenn der suchende Blick ins Leere geht. Asperger-Syndrom und die Schwierigkeiten psychiatrischer, psychotherapeutischer und

psychoanalytischer Therapie. In Sozialarbeit V f P (Ed.), *Misslingen des Anderen im Asperger-Syndrom. Psychoanalytische Näherungen* (pp. 38-58). Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.

Batra A (2013) Geschichte der Verhaltenstherapie. In Batra A and Angenendt J (Eds.), *Verhaltenstherapie: Grundlagen - Methoden - Anwendungsgebiete* (4., vollständig überarb. Aufl. ed., pp. 27-30). Stuttgart [u.a.]: Thieme.

Bazzano A, Wolfe C, Zylowska L, Wang S, Schuster E, Barrett C and Lehrer D (2013) Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) for Parents and Caregivers of Individuals with Developmental Disabilities: A Community-Based Approach. *J Child Fam Stud*, 22, 1-11. doi: 10.1007/s10826-013-9836-9.

Behr M and Becker M (2004) Skalen zum Erleben von Emotionen. Göttingen: Hogrefe.

Bellinger J M, Perlman E H and DiPerna J C (2011) Social Skills Interventions for Individuals With Autism Spectrum Disorder. *School Psychology Forum* 5, 141-159.

Berking M (2010) *Training emotionaler Kompetenzen* (2., aktual. Aufl. ed.). Berlin, Heidelberg [u.a.]: Springer.

Bodner K E, Williams D L, Engelhardt C R and Minshew N J (2014) A comparison of measures for assessing the level and nature of intelligence in verbal children and adults with autism spectrum disorder. *Res Autism Spectr Disord*, 8, 1434-1442. doi: 10.1016/j.rasd.2014.07.015.

Bögels S, de Bruin E I, van der Oord S, Graham P and Reynolds S (2013) Mindfulness-based interventions in child and adolescent psychopathology. In Graham P and Reynolds S (Eds.): *Cognitive behaviour therapy for children and families* (pp. 371-384). New York, Cambridge: University Press.

Bögels S, Hoogstad B, van Dun L, de Schutter S and Restifo K (2008) Mindfulness Training for Adolescents with Externalizing Disorders and their Parents. *Behav Cogn Psychother*, 36, 193-209.

Bölte S and Poustka F (2008) Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität. Bern: Huber.

Bölte S, Rühl D, Schmötzer G and Poustka F (2006) Diagnostisches Interview für Autismus - Revidiert. Bern: Huber.

Booker K W and Starling L (2011) Test Review: "Social Responsiveness Scale" by J. N. Constantino and C. P. Gruber. *Assess Eff Interv*, 36, 192-194.

Bortz, J. & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7. aktual. Aufl. ed.) Berlin, Heidelberg: Springer.

Boutinaud J (2007) Les troubles de l'image du corps chez les enfants atteints de psychose et d'autisme infantiles. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 55(2), 102-107.

- Brandstätter V, Schüler J, Puca R M and Lozo L. (2013). *Motivation und Emotion. Allgemeine Psychologie für Bachelor*. Berlin [u.a.]: Springer. doi: 10.1007/978-3-642-30150-6.
- Brauns A (2002) *Buntschatten und Fledermäuse : Leben in einer anderen Welt* (2. Aufl. ed.). Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Breitenöder-Wehrung A, Kuhn G, Gunter M and Neu A (1998) Comparison of the body image of healthy and psychiatrically and chronically ill children using the KBMT-K. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 48(12), 483-490.
- Brown S M and Bebko J M (2012) Generalization, overselectivity, and discrimination in the autism phenotype: A review. *Res autism spectr disord*, 6, 733-740. doi: 10.1016/j.rasd.2011.10.012.
- Burnette C, Mundy P, Meyer J, Sutton S, Vaughan A and Charak D (2005) Weak Central Coherence and Its Relations to Theory of Mind and Anxiety in Autism. *J Autism Dev Disord*, 35, 63-73. doi: 10.1007/s10803-004-1035-5.
- Capps L, Yirmiya N and Sigman M (1992) Understanding of simple and complex emotions in non-retarded children with autism. *J Child Psychol Psychiatry*, 33(7), 1169-1182.
- Chan A S, Cheung M C, Han Y M, Sze S L, Leung W W, Man H S and To C Y (2009) Executive function deficits and neural discordance in children with Autism Spectrum Disorders. *Clin Neurophysiol*, 120(6), 1107-1115. doi: 10.1016/j.clinph.2009.04.002.
- Chiesa A and Serretti A (2014) Are Mindfulness-Based Interventions Effective for Substance Use Disorders? A Systematic Review of the Evidence. *Subst Use Misuse*, 49, 492-512.
- Chiocchetti A and Klauck S M (2011) Genetische Analysen zur Identifizierung molekularer Mechanismen bei Autismus-Spektrum-Störungen. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 39, 101-111. doi: 10.1024/1422-4917/a000096.
- DeRosier M E, Swick D C, Davis N O, McMillen J S and Matthews R (2011) The efficacy of a Social Skills Group Intervention for improving social behaviors in children with High Functioning Autism Spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*, 41(8), 1033-1043. doi: 10.1007/s10803-010-1128-2.
- Du Bois R (1990) *Körper-Erleben und psychische Entwicklung : Phänomenologie, Psychopathologie und Psychodynamik des Körper-Erlebens - mit Beobachtungen an gesunden und schizophränen Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Dziobek I and Bölte S (2011) Neuropsychologische Modelle von Autismus-Spektrum-Störungen. Behaviorale Evidenz und neuro-funktionale Korrelate. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 39, 79-90. doi: 10.1024/1422-4917/a000094.

- Elsabbagh M, Divan G, Koh Y J, Kim Y S, Kauchali S, Marcín C, Montiel-Nava C, Patel V, Paula C S, Wang C, Yasamy M T and Fombonne E (2012) Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. *Autism Res*, 5, 160-179. doi: 10.1002/aur.239.
- Falck S (2010) Achtsamkeit als Basis der Körperzentrierten Psychotherapie. In Künzler A, Böttcher C, Hartmann R and Nussbaum M-H (Eds.): *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog. Grundlagen, Anwendungen, Integration. Der IKP-Ansatz von Yvonne Maurer* (pp. 67-77). Heidelberg: Springer.
- Falkmer T, Anderson K, Falkmer M and Horlin C (2013) Diagnostic procedures in autism spectrum disorders: a systematic literature review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 22, 329-340. doi: 10.1007/s00787-013-0375-0.
- Fletcher-Watson S, McConnell F, Manola E and McConachie H (2014) Interventions based on the Theory of Mind cognitive model for autism spectrum disorder (ASD). *Cochrane Database Syst Rev*, 3, CD008785. doi: 10.1002/14651858.CD008785.pub2.
- Freitag C M (2008) Genetik autistischer Störungen. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 36, 103-118. doi: 10.1024/1422-4917.36.1.7.
- Freitag C M (2014) Autismus-Spektrum Störung nach DSM-5. Konzeptualisierung, Validität und Reliabilität, Bedeutung für Klinik, Versorgung und Forschung. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 42, 185-192.
- Freitag C M, Cholemkery H and Elsuni L (2014) Das Autismus-spezifische Soziale Kompetenztraining SOSTA-FRA für Kinder und Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störung. *Kindheit und Entwicklung*, 23, 52-60.
- Galliker M (2009) *Psychologie der Gefühle und Bedürfnisse : Theorien - Erfahrungen - Kompetenzen* (1. Aufl. ed. Vol. 631). Stuttgart: Kohlhammer.
- Gillberg C, Gillberg I C, Thompson L, Biskupsto R and Billstedt E (2014) Extreme ('pathological') demand avoidance in autism: A general population study in the faroe islands. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. doi: 10.1007/s00787-014-0647-3.
- Goethe, J (1981) *Werke - Hamburger Ausgabe Bd. 8, Romane und Novellen III, Wilhelm Meisters Wanderjahre* (10. Aufl.) München: dtv.
- Golan O, Ashwin E, Granader Y, McClintock S, Day K, Leggett V and Baron-Cohen S (2010) Enhancing emotion recognition in children with autism spectrum conditions: an intervention using animated vehicles with real emotional faces. *J Autism Dev Disord*, 40(3), 269-279. doi: 10.1007/s10803-009-0862-9.
- Goodman R (1999) Fragebogen zu Stärken und Schwächen. doi: 10.1037/t00540-000. <http://www.sdqinfo.com> [Zugriff 16.07.2015].

Günter M, Joraschky P, Loew T and Röhricht F (2009) Körperbildforschung bei Kindern mit Hilfe des Körperbildmaltests für Kinder (KBMT-K). Stuttgart: Schattauer.

Haag G, Botbol M, Gaignic R, Perez-Diaz F, Bronsard G, Kermarrec S, Clement M C, Cukierman A, Druon C, Duprat A, Jardin F, du Chatellier A M, Tricaud J, Urwand S, Guile J M, Cohen D and Tordjman S (2010) The Autism Psychodynamic Evaluation of Changes (APEC) scale: a reliability and validity study on a newly developed standardized psychodynamic assessment for youth with Pervasive Developmental Disorders. *J Physiol Paris*, 104(6), 323-336. doi: 10.1016/j.jphysparis.2010.10.002.

Happé F and Frith U (2006) The Weak Coherence Account: Detail-focused Cognitive Style in Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord*, 36, 5-25. doi: 10.1007/s10803-005-0039-0.

Harnett P H and Dawe S (2012) The contribution of mindfulness based therapies for children and families and proposed conceptual integration. *Child Adolesc Ment Health*, 17, 195-208. doi: 10.1111/j.1475-3588.2011.00643.x.

Heinemann C and Horst T v d (2009) *Gruppenpsychotherapie mit Kindern: ein Praxisbuch* (1. Aufl. ed.). Stuttgart: Kohlhammer.

Herbrecht E, Bölte S and Poustka F (2008) KONTAKT. Frankfurter Kommunikations- und soziales Interaktions-Gruppentraining bei Autismus-Spektrum-Störungen. Göttingen: Hogrefe.

Herbrecht E, Poustka F, Birnkammer S, Duketis E, Schlitt S, Schmötzer G and Bölte S (2009) Pilot evaluation of the Frankfurt Social Skills Training for children and adolescents with autism spectrum disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 18, 327-335. doi: 10.1007/s00787-008-0734-4.

Heyvaert M, Saenen L, Campbell J M, Maes B and Onghena P (2014) Review article: Efficacy of behavioral interventions for reducing problem behavior in persons with autism: An updated quantitative synthesis of single-subject research. *Research in Developmental Disabilities*, 35, 2463-2476. doi: 10.1016/j.ridd.2014.06.017.

Hofmann S G, Sawyer A T, Witt A A and Oh D (2010) The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*, 78, 169-183. doi: 10.1037/a0018555.

Hwang Y S and Kearney P (2014) Mindful and Mutual Care for Individuals with Developmental Disabilities: A Systematic Literature Review. *J Child Fam Stud*, 23, 497-509. doi: 10.1007/s10826-012-9707-9.

Jenny B, Goetschel P, Isenschmid M, Steinhausen H-C, Jenny B, Goetschel P, Isenschmid M and Steinhausen H-C (2012) KOMPASS - Zürcher Kompetenztraining für Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen. Stuttgart: Kohlhammer.

Jensen C M, Steinhausen H-C and Lauritsen M B (2014) Time trends over 16 years in incidence-rates of autism spectrum disorders across the lifespan based on nationwide Danish register data. *J Autism Dev Disord*, 44, 1808-1818.

Kamp-Becker I (2014) Autismus-Spektrum-Störung: Eine valide Diagnose? In e.V. a D (Ed.), *Autismus in Forschung und Gesellschaft. Tagungsband* (pp. 39-65). Karlsruhe: Von Loeper.

Kamp-Becker I, Schröder J, Muehlan H, Remschmidt H, Becker K and Bachmann C J (2011) Health-related quality of life in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 39, 123-131. doi: 10.1024/1422-4917/a000098.

Katterman S N, Kleinman B M, Hood M M, Nackers L M and Corsica J A (2014) Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review. *Eat Behav*, 15, 197-204. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.01.005.

Kenzer A (2014) *A Functional Approach to Challenging Behavior*. Amsterdam [u.a.]: Elsevier.

Kiep M, Spek A A and Hoeben L (2014) Mindfulness-based therapy in adults with an autism spectrum disorder: Do treatment effects last? *Mindfulness*. doi: 10.1007/s12671-014-0299-x.

Kinnen C and Döpfner M (2013) Zusammenhang von Therapeutischer Beziehung mit Symptomminderung und Behandlungszufriedenheit in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS und/oder Störungen des Sozialverhaltens. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 41, 133-144. doi: 10.1024/1422-4917/a000220.

Kirchheim C (2006) FEEL-KJ. Surveys on the investigation of emotion regulation in children and teenagers. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 55, 499-501.

Klasen H, Woerner W, Rothenberger A and Goodman R (2003) German version of the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ-German)--overview and evaluation of initial validation and normative results. *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, 52.

Koegel R L, Koegel L K and McNeerney E K (2001) Pivotal areas in intervention for autism. *J Clin Child Psychol*, 30(1), 19-32. doi: 10.1207/S15374424JCCP3001_4.

Koenig K P, Buckley-Reen A and Garg S (2012) Efficacy of the get ready to learn yoga program among children with autism spectrum disorders: a pretest-posttest control group design. *Am J Occup Ther*, 66, 538-546.

Kokina A and Kern L (2010) Social Story™ Interventions for Students with Autism Spectrum Disorders: A Meta-Analysis. *J Autism Dev Disord*, 40, 812-826. doi: 10.1007/s10803-009-0931-0.

LaGasse A B (2014) Effects of a music therapy group intervention on enhancing social skills in children with autism. *J Music Ther*, 51 (3), 250-270. doi: 10.1093/jmt/thu012.

Lang R, O'Reilly M, Healy O, Rispoli M, Lydon H, Streusand W, Davis T, Kang S, Sigafoos J, Lancioni G, Didden R and Giesbers S (2012) Sensory Integration Therapy for Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review. *Res Autism Spectr Disord*, 6, 1004-1018.

Lehmkuhl G and Stippel A (2010) Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen. In Tschuschke V and Angenendt G (Eds.): *Gruppenpsychotherapie : von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (pp. 246-253). Stuttgart [u.a.]: Thieme.

Leitlinien (2007) *Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter* (3., überarb. und erw. Aufl. ed.). Köln: Dt. Ärzte-Verl.

Lempp R (1992) *Vom Verlust der Fähigkeit, sich selbst zu betrachten : eine entwicklungspsychologische Erklärung der Schizophrenie und des Autismus* (1. Aufl. ed.). Bern ; Göttingen [u.a.]: Huber.

Lichtenegger, B. (2012). *Ge(h)fühle! Arbeitsmaterialien für Schule, Hort und Jugendgruppen* Linz: Veritas-Verlag.

Liew S M, Thevaraja N, Hong R Y and Magiati I (2015) The Relationship between Autistic Traits and Social Anxiety, Worry, Obsessive-Compulsive, and Depressive Symptoms: Specific and Non-Specific Mediators in a Student Sample. *J Autism Dev Disord*, 45, 858-872.

Lo-Castro A and Curatolo P (2014) Review article: Epilepsy associated with autism and attention deficit hyperactivity disorder: Is there a genetic link? *Brain Dev*, 36, 185-193. doi: 10.1016/j.braindev.2013.04.013.

Lohmann B and Annies S (2013) *Achtsamkeit in der Verhaltenstherapie : Interventionen und praktische Übungen*. Köln: Dt. Ärzte-Verl.

Mackay T, Knott F and Dunlop A W (2007) Developing social interaction and understanding in individuals with autism spectrum disorder: a groupwork intervention. *J Intellect Dev Disabil*, 32(4), 279-290. doi: 10.1080/13668250701689280.

Matson J L and Kozlowski A M (2011) The increasing prevalence of autism spectrum disorders. *Res Autism Spectr Disord*, 5, 418-425. doi: 10.1016/j.rasd.2010.06.004.

Mattejat F and Remschmidt H (2006) *Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen*. Bern: Huber.

Mattejat F, Simon B, König U, Quaschner K, Barchewitz C, Felbel D, Herpertz-Dahlmann B, Höhne D, Janthur B, Jungmann J, Katzenski B, Naumann A,

Nölkel P, Schaff C, Schulz E and Warnke (2003) Lebensqualität bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der ersten multizentrischen Studie mit dem Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK). *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 31, 293-303. doi: 10.1024/1422-4917.31.4.293.

Maurer Y (2010) Von der Psychotherapie zur Körperzentrierten Psychotherapie. In Künzler A, Böttcher C, Hartmann RandNussbaum M-H (Eds.), *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog. Grundlagen, Anwendungen, Integration. Der IKP-Ansatz von Yvonne Maurer* (pp. 3-17). Berlin: Springer.

Maus, I. (2014). *Anguckallergie und Assoziationskettenrasseln. Mit Autismus durch die Schulzeit* Leipzig: Engelsdorfer Verlag.

Mazefsky C A and White S W (2014) Emotion Regulation Concepts & Practice in Autism Spectrum Disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 23, 15-25.

McConachie H, McLaughlin E, Grahame V, Taylor H, Honey E, Tavernor L, Rodgers J, Freeston M, Hemm C, Steen N and Le Couteur A (2013) Group therapy for anxiety in children with autism spectrum disorder. *Autism*, 18 (6), 723-732.

McGillivray J and Evert H (2014) Group Cognitive Behavioural Therapy Program Shows Potential in Reducing Symptoms of Depression and Stress Among Young People with ASD. *J Autism Dev Disord*, 44, 2041-2051. doi: 10.1007/s10803-014-2087-9.

Mesibov G B and Shea V (2011) Evidence-based practices and autism. *Autism*, 15(1), 114-133. doi: 10.1177/1362361309348070.

Moosbrugger H (2012) *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (2., akt. und überarb. Aufl. ed.). Berlin, Heidelberg: Springer.

Morgan B, Maybery M and Durkin K (2003) Weak central coherence, poor joint attention, and low verbal ability: Independent deficits in early autism. *Dev Psychol*, 39, 646-656. doi: 10.1037/0012-1649.39.4.646.

Mößner M and Kordy H (2014) Veränderungsmessung und Ergebnismonitoring in der klinischen Routine. *Z Psychol Psychiatr Psychother*, 62, 93-100.

Mottron L, Dawson M, Soulières I, Hubert B and Burack J (2006) Enhanced perceptual functioning in autism: an update, and eight principles of autistic perception. *J Autism Dev Disord*, 36(1), 27-43. doi: 10.1007/s10803-005-0040-7.

Mummendey H D and Grau I (2008) *Die Fragebogen-Methode* (5., überarb. und erw. Aufl. ed.). Göttingen ; Bern ; Wien [u.a.]: Hogrefe.

Neece C L (2014) Mindfulness-based stress reduction for parents of young children with developmental delays: implications for parental mental health and

child behavior problems. *J Appl Res Intellect Disabil*, 27(2), 174-186. doi: 10.1111/jar.12064.

Noterdaeme M (2014) Wie früh lässt sich Autismus wirklich erkennen und diagnostizieren? In Autismus Deutschland e.V. (Ed.), *Autismus in Forschung und Gesellschaft. Tagungsband* (pp. 31-39). Karlsruhe: Von Loeper.

Otero T L, Schatz R B, Merrill A C and Bellini S (2015) Social Skills Training for Youth with Autism Spectrum Disorders. A Follow-Up. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 24, 99-115. doi: 10.1016/j.chc.2014.09.002.

Ozonoff S, Goodlin-Jones B L and Solomon M (2005) Evidence-based assessment of autism spectrum disorders in children and adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 34(3), 523-540. doi: 10.1207/s15374424jccp3403_8.

Pahnke J, Lundgren T, Hursti T and Hirvikoski T (2014) Outcomes of an acceptance and commitment therapy-based skills training group for students with high-functioning autism spectrum disorder: a quasi-experimental pilot study. *Autism*, 18(8), 953-964. doi: 10.1177/1362361313501091.

Paschke-Müller M S, Biscaldi M, Rauh R, Fleischhaker C, Schulz E, Paschke-Müller M S, Biscaldi M, Rauh R, Fleischhaker C and Schulz E (2013) TOMTASS - Theory-of-Mind-Training bei Autismusspektrum-Störungen. Berlin, Heidelberg: Springer.

Perner J, Frith U, Leslie A M and Leekam S R (1989) Exploration of the autistic child's theory of mind: knowledge, belief, and communication. *Child Dev*, 60(3), 688-700. doi: 10.1111/1467-8624.ep7252771.

Peterson C (2014) Theory of mind understanding and empathic behavior in children with autism spectrum disorders. *Int J Dev Neurosci*, 39, 16-21. doi: 10.1016/j.ijdevneu.2014.05.002.

Pfeiffer B A, Koenig K, Kinnealey M, Sheppard M and Henderson L (2011) Effectiveness of sensory integration interventions in children with autism spectrum disorders: a pilot study. *Am J Occup Ther*, 65(1), 76-85.

Plaisted K, Saksida L, Alcántara J and Weisblatt E (2003) Towards an Understanding of the Mechanisms of Weak Central Coherence Effects: Experiments in Visual Configural Learning and Auditory Perception. *Philosophical Transactions: Biological Sciences*, 358, 375-386.

Poustka F, Bölte S, Feineis-Matthews S, Schmötzer, G (2008) *Autistische Störungen* (2., aktualisierte Aufl. ed. Vol. 5). Göttingen [u.a.]: Hogrefe.

Preißmann C (2009) *Psychotherapie und Beratung bei Menschen mit Asperger-Syndrom : Konzepte für eine erfolgreiche Behandlung aus Betroffenen- und Therapeutesicht* (2., überarb. und erw. Aufl. ed.). Stuttgart: Kohlhammer.

Preißmann C (2012) Aus meiner Sicht: Die idealer Schule für Kinder und Jugendliche mit Autismus. In Sautter H, Schwarz KandTrost R (Eds.), *Kinder*

und Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen. Neue Wege durch die Schule (pp. 69-81). Stuttgart: Kohlhammer.

Preißmann C (2014) Mädchen und Frauen mit Autismus. In Autismus Deutschland e.V. (Ed.), *Autismus in Forschung und Gesellschaft. Tagungsband* (pp. 395-409). Karlsruhe: Von Loeper.

Rao P A, Beidel D C and Murray M J (2008) Social Skills Interventions for Children with Asperger's Syndrome or High-Functioning Autism: A Review and Recommendations. *J Autism Dev Disord*, 38, 353-361. doi: 10.1007/s10803-007-0402-4.

Reaven J, Blakeley-Smith A, Culhane-Shelburne K and Hepburn S (2012) Group cognitive behavior therapy for children with high-functioning autism spectrum disorders and anxiety: a randomized trial. *J Child Psychol Psychiatry*, 53, 410-419. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02486.x.

Reichow B, Steiner A M and Volkmar F (2012) Social skills groups for people aged 6 to 21 with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database Syst Rev*, 7, CD008511. doi: 10.1002/14651858.CD008511.pub2.

Reichow B and Volkmar F R (2010) Social Skills Interventions for Individuals with Autism: Evaluation for Evidence-Based Practices within a Best Evidence Synthesis Framework. *J Autism Dev Disord*, 40, 149-166. doi: 10.1007/s10803-009-0842-0.

Remschmidt H and Kamp-Becker I (2011) Autistische Syndrome. In Remschmidt H (Ed.): *Kinder- und Jugendpsychiatrie: eine praktische Einführung* (6., überarb. Aufl. ed., pp. 190-202). Stuttgart, New York: Thieme.

Revenstorf D (2013) Körperpsychotherapie und die Integration in der Psychotherapie. In Thielen M (Ed.): *Körper - Gruppe - Gesellschaft. Neue Entwicklungen in der Körperpsychotherapie* (pp. 177-189). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Rickert-Bolg W (2014) Lebenszufriedenheit und Autismus: Was können wir tun? In Autismus Deutschland e.V. (Ed.), *Autismus in Forschung und Gesellschaft. Tagungsband* (pp. 267-279). Karlsruhe: Von Loeper.

Rieffe C, De Bruine M, De Rooij M and Stockmann L (2014) Approach and avoidant emotion regulation prevent depressive symptoms in children with an Autism Spectrum Disorder. *Int J Dev Neurosci*, 39, 37-43. doi: 10.1016/j.ijdevneu.2014.06.003.

Rieffe C, Meerum Terwogt M and Kotronopoulou K (2007) Awareness of single and multiple emotions in high-functioning children with autism. *J Autism Dev Disord*, 37(3), 455-465. doi: 10.1007/s10803-006-0171-5.

Rollett B, Kastner-Koller U, Spiel G and Gasser A (2001) *Praxisbuch Autismus : ein Leitfaden für Eltern, Erzieher, Lehrer und Therapeuten* (2., überarb. und erw. Aufl. ed.). München, Jena: Urban und Fischer.

Rosenblatt L E, Gorantla S, Torres J A, Yarmush R S, Rao S, Park E R, Denninger J W, Benson H, Fricchione G L, Bernstein B and Levine J B (2011) Relaxation response-based yoga improves functioning in young children with autism: a pilot study. *J Altern Complement Med*, 17(11), 1029-1035. doi: 10.1089/acm.2010.0834.

Rühl D, Bölte S, Feineis-Matthews S and Poustka F (2004) Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen. Bern: Huber.

Ruiz-Robledillo N, Sariñana-González P, Pérez-Blasco J, González-Bono E and Moya-Albiol L (2014) A mindfulness-based program improves health in caregivers of people with autism spectrum disorder: A pilot study. *Mindfulness*, Jul 2014. doi: 10.1007/s12671-014-0316-0.

Samson A C, Hardan A Y, Lee I A, Phillips J M and Gross J J (2015a) Maladaptive behavior in autism spectrum disorder: The role of emotion experience and emotion regulation. *J Autism Dev Disord*. doi: 10.1007/s10803-015-2388-7.

Samson A C, Hardan A Y, Podell R W, Phillips J M and Gross J J (2015b) Emotion Regulation in Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder. *Autism Res*, 8, 9-18.

Sautter H (2012) Außersicht - Innensicht. Menschen mit Autismus begleiten. In Sautter H, Schwarz KandTrost R (Eds.), *Kinder und Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störung : Neue Wege durch die Schule* (pp. 17-31). Stuttgart: Kohlhammer.

Scheeren A M, de Rosnay M, Koot H M and Begeer S (2013) Rethinking theory of mind in high-functioning autism spectrum disorder. *J Child Psychol Psychiatry*, 54, 628-635.

Schmeck K, Poustka F, Döpfner M, Plück J, Berner W, Lehmkuhl G, Fegert J M, Lenz K, Huss M and Lehmkuhl U (2001) Discriminant validity of the Child Behaviour Checklist CBCL-4/18 in German samples. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 10, 240-247.

Semple R J, Lee J, Greco L A and Hayes S C (2011) Behandlung von Angststörungen durch Achtsamkeit: Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie für Kinder. In Greco L A and Hayes S C (Eds.): *Akzeptanz und Achtsamkeit in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (pp. 72-98). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

Shamay-Tsoory S G (2008) Recognition of 'fortune of others' emotions in Asperger syndrome and high functioning autism. *J Autism Dev Disord*, 38(8), 1451-1461. doi: 10.1007/s10803-007-0515-9.

Sheehan D V, Sheehan K H, Syhtle R D, Janavs J, Bannon Y, Rogers J E, Milo K M, Stock S L (2010) Mini International Neuropsychiatric Interview. *J Clin Psychiatry*, 71, 313-326.

Sigman M and Capps L (2000) *Autismus bei Kindern: Ursachen, Erscheinungsformen und Behandlung* (1. Aufl. ed.). Bern [u.a.]: Huber.

Singh N N, Lancioni G E, Singh A D A, Winton A S W, Singh A N A and Singh J (2011) Adolescents with Asperger syndrome can use a mindfulness-based strategy to control their aggressive behavior. *Res Autism Spectr Disord*, 5, 1103-1109. doi: 10.1016/j.rasd.2010.12.006.

Singh N N, Lancioni G E, Winton A S W, Karazsia B T, Myers R E, Latham L L and Singh J (2014) Mindfulness-Based Positive Behavior Support (MBPBS) for Mothers of Adolescents with Autism Spectrum Disorder: Effects on Adolescents' Behavior and Parental Stress. *Mindfulness*, 5, 646-657.

Spek A (2012) *Achtsamkeit für Menschen mit Autismus. Ein Ratgeber für Erwachsene mit ASS und deren Betreuer*. Bern: Huber.

Spek A, van Ham N C and Nyklicek I (2013) Mindfulness-based therapy in adults with an autism spectrum disorder: a randomized controlled trial. *Res Dev Disabil*, 34(1), 246-253. doi: 10.1016/j.ridd.2012.08.009.

Stieglitz R-D and Hiller W (2014) Strategien und Instrumente der Veränderungsmessung. *Z Psychiatr Psychol Psychother*, 62, 101-112.

Stiensmeier-Pelster J, Schürmann M and Duda K (2000) *Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche*. Göttingen: Hogrefe.

Sucksmith E, Allison C, Baron-Cohen S, Chakrabarti B and Hoekstra R A (2013) Empathy and emotion recognition in people with autism, first-degree relatives, and controls. *Neuropsychologia*, 51(1), 98-105. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2012.11.013.

Thielen M (2013) Der Körper im Feld der Gruppe. In Thielen M (Ed.): *Körper-Gruppe-Gesellschaft. Neue Entwicklungen in der Körperpsychotherapie* (pp. 41-66). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Thomson K, Burnham Riosa P and Weiss J A (2015) Brief report of preliminary outcomes of an emotion regulation intervention for children with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord*. doi: 10.1007/s10803-015-2446-1.

Tonelli H (2011) Autism, Theory of Mind and the Role of Mindblindness in the Understanding of Psychiatric Disorders. *Psicologia*, 24, 126-134.

Uljarevic M and Hamilton A (2013) Recognition of emotions in autism: a formal meta-analysis. *J Autism Dev Disord*, 43(7), 1517-1526. doi: 10.1007/s10803-012-1695-5.

van der Oord S, Bögels S M and Peijnenburg D (2012) The Effectiveness of Mindfulness Training for Children with ADHD and Mindful Parenting for their Parents. *J Child Fam Stud*, 21(1), 139-147. doi: 10.1007/s10826-011-9457-0.

Vanegas S B and Davidson D (2015) Investigating distinct and related contributions of Weak Central Coherence, Executive Dysfunction, and

Systemizing theories to the cognitive profiles of children with Autism Spectrum Disorders and typically developing children. *Res autism spectr disord*, 11, 77-92. doi: 10.1016/j.rasd.2014.12.005.

Vllasaliou L, Freitag C M and Vogeley K (2014) Leitlinien für die Diagnostik von ASS im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. In Autismus Deutschland e.V. (Ed.): *Autismus in Forschung und Gesellschaft. Tagungsband* (pp. 94-101). Karlsruhe: Von Loeper.

Walker-Andrews A S (1998) Emotions and social development: Infants' recognition of emotions in others. *Pediatrics*, 102(5 Suppl E), 1268-1271.

Wang S-Y, Parrila R and Cui Y (2013) Meta-Analysis of Social Skills Interventions of Single-Case Research for Individuals with Autism Spectrum Disorders: Results from Three-Level HLM. *J Autism Dev Disord* 43, 1701-1716. doi: 10.1007/s10803-012-1726-2.

Weijer-Bergsma E, Formsma A, Bruin E and Bögels S (2012) The Effectiveness of Mindfulness Training on Behavioral Problems and Attentional Functioning in Adolescents with ADHD. *J Child Fam Stud*, 21, 775-787. doi: 10.1007/s10826-011-9531-7.

Weiss J A, Thomson K and Chan L (2014) A systematic literature review of emotion regulation measurement in individuals with autism spectrum disorder. *Autism Res*, 7(6), 629-648. doi: 10.1002/aur.1426.

Weiss M (2002) *Autismus : Therapien im Vergleich; ein Handbuch für Therapeuten und Eltern*. Berlin: Ed. Marhold im Wiss.-Verl. Spiess.

Weiß R H (2006) Grundintelligenztest Skala 2 - Revision. Göttingen: Hogrefe.

White S J, Burgess P W and Hill E L (2009) Impairments on "open-ended" executive function tests in autism. *Autism Res*, 2(3), 138-147. doi: 10.1002/aur.78.

Wiedebusch S (2006) FEEL-KJ. Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen. *Z Klin Psychol Psychother*, 35, 240-241.

Williams B T and Gray K M (2013) The relationship between emotion recognition ability and social skills in young children with autism. *Autism*, 17(6), 762-768. doi: 10.1177/1362361312465355.

Williams B T, Gray K M and Tonge B J (2012) Teaching emotion recognition skills to young children with autism: a randomised controlled trial of an emotion training programme. *J Child Psychol Psychiatry*, 53(12), 1268-1276. doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02593.x.

Williams D and Happe F (2010) Recognising 'social' and 'non-social' emotions in self and others: a study of autism. *Autism*, 14(4), 285-304. doi: 10.1177/1362361309344849.

Woerner W, Becker A, Friedrich C, Klasen H, Goodman R and Rothenberger A (2002) Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 30. doi: 10.1024//1422-4917.30.2.105.

Zöllner D (2012) Erinnerungen an meine Schulzeit. In Sautter H, Schwarz K and Trost R (Eds.): *Kinder und Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen. Neue Wege durch die Schule* (pp. 107-112). Stuttgart: Kohlhammer.

Zusätzlich verwendete Internetseiten:

<http://www.testzentrale.de> [Zugriff 16.07.2015]

<http://www.paniknetz.de> [Zugriff 16.07.2015]

7 Erklärung zum Eigenanteil

Die Arbeit wurde in der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter am Universitätsklinikum Tübingen unter Betreuung von Herrn Prof. Dr. Renner durchgeführt.

Herr Dr. Barth, Frau Mader, Frau Drüsedau und ich entwickelten gemeinsam das TütASS und führten die Trainingsstunden in den beiden hier vorgestellten Gruppen durch. Das Bogenschießen in der vierten und sechsten Trainingsstunde leitete jeweils Herr Maier an.

Eine begleitende Literaturrecherche zu den Schwerpunkten des Trainings und Gruppeninterventionen bei Kindern mit Autismus wurde von mir durchgeführt. Ich verfasste die Sitzungsprotokolle und entwarf die Beschreibung des Trainings.

Die Konzeption der Studie erfolgte durch Herrn Prof. Dr. Renner, Herrn Dr. Barth und mich in Zusammenarbeit mit Frau Dr. Conzelmann.

Ich wählte die Erhebungsinstrumente aus und entwickelte die Fragebögen zur Evaluation des TütASS; beides in Absprache mit Herrn Prof. Dr. Renner, Herrn Dr. Barth und Frau Dr. Conzelmann.

Die Rekrutierung der Studienteilnehmer wurde von mir mit Unterstützung durch Herrn Dr. Barth und Frau Königshausen durchgeführt. Die Diagnostik wurde von mir organisiert und mit Hilfe von Frau Schulz, Herrn Koneczny, Herrn Knichal, Frau Knorr, Herrn Janz, Frau Sach und Frau Glemser durchgeführt.

Alle Erhebungen wurden von mir durchgeführt und ausgewertet. Die statistische Auswertung erfolgte nach Beratung durch Frau Dr. Conzelmann durch mich.

Ich versichere, das Manuskript selbständig verfasst zu haben und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen verwendet zu haben.

Herr Dr. Barth korrigierte das Skript.

Die Arbeit entstand im Rahmen einer größeren Studie. Die wissenschaftliche Begleitung und Datenerhebung der Kontrollgruppe und der dritten Trainingsgruppe wurden von Frau Drüsedau durchgeführt und in ihrer Masterarbeit beschrieben.

Tübingen, den 08.01.2016

Anja Marie Schoba

Danksagung

Mein Dank gilt Herrn Prof. Dr. Renner für die Auswahl dieses ganz besonderen Themas und die freundliche und wertschätzende Betreuung.

Ich danke Herrn Dr. Gottfried Barth für die Unterstützung und Beratung beim TütASS und bei der Studie und für alles, was ich von ihm über Kinder mit Autismus lernen durfte – vor allem, mein Herz für sie zu entdecken.

Danke an alle Kinder und Eltern der Gruppen „gelb“ und „rot“ für die engagierte Teilnahme am Training und die vielen, geduldig ausgefüllten Fragebögen! Ich wünsche euch und Ihnen für die Zukunft alles Gute.

Ein großes Dankeschön an Senia Mader und Laura Drüsedau für die gute Stimmung und tolle Zusammenarbeit in unseren TütASS-Gruppen! Danke auch an Harald Maier für die Bogenschieß-Stunden mit unseren Gruppen.

Ich danke Frau Dr. Conzelmann für die freundliche Unterstützung in statistischen Fragen und den Psychologen und „PiPs“ der PPKJ Tübingen für die Hilfe bei der Diagnostik. Danke an die Sekretärinnen Frau Vögele, Frau Königshausen, Frau Wolf und Frau Besch für die Unterstützung in Verwaltungsfragen.

Last but not least möchte ich meinem Mann und meinen Eltern für die konstruktive Kritik danken und dafür, dass sie die Höhen und Tiefen dieser Arbeit und alles dazwischen mit mir geteilt haben!

8 Anhang

8.1 Ergebnisse der Diagnostik

Tab. 20: Übersicht über die Ergebnisse der Diagnostik

Anmelde- Diagnose	bestätigt durch ADOS	ASS bestätigt durch ADI-R	CFT 20 R IQ-Wert	Weitere Auffälligkeiten nach MINI-KID
Asperger	nein	ja	139	1
ASS	Autismus	ja	76	3
Atyp. Autismus	ASS	1/3 über Cut-off	94	4
ASS	Autismus	2/3 über Cut-off	97	1
Asperger	(nicht gemacht)	ja	102	6
Asperger	Autismus	ja	104	3
Asperger	ASS	2/3 über Cut-off	88	4
Asperger	nein	ja	102	(nicht gemacht)
Asperger	(verweigert)	ja	104	6
Asperger	nein	ja	107	1
Asperger	Autismus	ja	111	2

Tab. 21: Auffälligkeiten anhand des psychiatrischen Screening-Tests MINI-KID, sortiert nach Häufigkeit

Auffälligkeit	Häufigkeit
Tiefgreifende Entwicklungsstörung	9
- davon unsicher	(2)
ADHS	7
- davon Unaufmerksamkeit	(3)
- davon kombiniert: Unaufmerksamkeit + Hyperaktivität / Impulsivität	(4)
Agoraphobie	5
Störung des Sozialverhaltens	5
Oppositionelles aufsässiges Verhalten	5
Major depressive Episode (vergangen oder gegenwärtig)	4
Manische oder hypomanische Episode (vergangen)	3
Zwangsstörung	2
Generalisierte Angststörung	1
Panikstörung	1
Sozialphobie (generalisiert)	1
Motorische Tic-Störung	1
Tourette-Syndrom	1

8.2 Verwendete Erhebungsinstrumente

8.2.1 Erhebungsinstrumente zur Vor- und Nacherhebung

KBMT-K: Körperbild-Maltest für Kinder

(Günter et al. 2009)

Der *Körperbild-Maltest für Kinder* (KBMT-K) ist ein Instrument zur Erfassung des Körpererlebens in den beiden Konstrukten „Körperzufriedenheit“ und „Differenziertheit der Körperwahrnehmung“. Der KBMT-K liegt in verschiedenen Versionen für männliche und weibliche Kinder und Jugendliche vor. In dieser Studie wurde die Kinderversion für Jungen angewandt.

Der KBMT-K zeigt zwei Körperumrisse - einen von vorne und einen von der Seite – die in unterschiedlichen Farben ausgemalt werden sollen. Dabei werden je nach Zufriedenheit mit dem jeweiligen Körperteil Farben aus einem Spektrum von fünf definierten Farben verwendet (blau = sehr unzufrieden, grün = unzufrieden, schwarz = weder zufrieden noch unzufrieden, gelb = zufrieden und rot = sehr zufrieden).

Die Auswertung erfolgt anhand der Anzahl der differenzierten Körperteile (Differenziertheitswert) und anhand der Farbwahl in fünf zusammengefassten Körperbereichen (Körperzufriedenheit). Aus den fünf Werten für die Zufriedenheit mit Körperbereichen kann ein Gesamtwert für die Körperzufriedenheit errechnet werden. Dabei bedeutet ein niedriger Zahlenwert eine hohe Körperzufriedenheit, während ein hoher Differenziertheitswert einer hohen Differenziertheit entspricht.

Die Autoren kommen im Rahmen der Normierung zu dem Ergebnis, dass der KBMT-K ein objektives, reliables und valides Instrument zur Erfassung der Körperzufriedenheit und Differenziertheit der Körperwahrnehmung darstellt (Günter et al. 2009).

Bei der hier vorgestellten Studie wurde der KBMT-K zur Erhebung der Körperwahrnehmung vor und nach der Intervention zu eingesetzt.

FEEL-KJ: Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen

(Wiedebusch 2006)

Beim *Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen* (FEEL-KJ) handelt es sich um einen Fragebogen zur Erfassung von angemessenen und unangemessenen Strategien zur Emotionsregulation. Die drei Teile des Fragebogens beschäftigen sich jeweils mit Handlungsmöglichkeiten bei einem bestimmten Gefühl: Im ersten Teil werden mit 30 Items Verhaltensweisen bei Wut erfasst, im zweiten Teil bei Trauer und im dritten Teil bei Angst. Das Auftreten der Verhaltensweisen kann auf einer fünf-stufigen Skala bewertet werden („fast nie“ bis „fast immer“). Es werden die adaptiven und maladaptiven Verhaltensweisen auf 15 Skalen erfasst. Es können Gesamtwerte für adaptive und für maladaptive Strategien, sowie adaptive und maladaptive Werte für die Emotionen Wut, Angst und Traurigkeit und auch einzelne Skalenwerte berechnet werden. Dabei weisen adaptive T-Gesamtwerte unter 40 auf eine unterdurchschnittliche emotionale Kompetenz hin und maladaptive T-Gesamtwerte über 60 auf ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung psychopathologischer Auffälligkeiten.

So ergibt sich ein Ressourcen- und Risikoprofil im Bereich der Emotionsregulation.

Der Feel-KJ ist für Kinder und Jugendliche von 10-20 Jahren konzipiert. Die Autoren sind jedoch der Meinung, dass aufgrund der Gestaltung des Fragebogens auch jüngere Kinder in der Lage sind, die Fragen zu beantworten (Wiedebusch 2006).

Der Feel-KJ wurde an einer Stichprobe psychisch unauffälliger Schüler normiert. Validität und Reliabilität sind zufriedenstellend (Kirchheim 2006).

In der vorliegenden Pilot-Studie wurden die Werte für adaptive und maladaptive Emotionsregulations-Strategien gesamt und getrennt nach Emotionen betrachtet. Der Feel-KJ diente somit als Instrument zur Erhebung der Gefühlsdifferenzierung.

SEE: Skalen zum Erleben von Emotionen

(Behr und Becker 2004)

Die Skalen zum Erleben von Emotionen (SEE) sind ein Selbstbeurteilungsinstrument, die die Wahrnehmung und Bewertung von Gefühlen und den Umgang damit erfassen. Die SEE bestehen aus 42 Items, die auf einer Skala von 1 (=stimmt gar nicht) bis 5 (=stimmt völlig) bewertet werden. Die Items lassen sich sieben Skalen zuordnen: (1) Akzeptanz eigener Emotionen, (2) Erleben von Emotionsüberflutung, (3) Erleben von Emotionsmangel, (4) Körperbezogene Symbolisierung von Emotionen, (5) Imaginative Symbolisierung von Emotionen, (6) Erleben von Emotionsregulation und (7) Erleben von Selbstkontrolle. Zu jeder Skala wird ein Wert berechnet, der mit geschlechts- und altersgruppenspezifischen Normwerten verglichen werden kann.

Werte, die um mehr als eine Standardabweichung vom Mittelwert der Vergleichsstichprobe abweichen, können als auffällig interpretiert werden. Dies gilt sowohl für hohe als auch für niedrige Werte. In der vorliegenden Erhebung wurden T-Werte < 40 und > 60 als auffällig interpretiert.

Validität und Reliabilität sind zufriedenstellend (Behr und Becker 2004).

Die SEE ist als Erhebungsinstrument für Jugendliche und Erwachsene validiert. Aufgrund der Nicht-Verfügbarkeit eines vergleichbaren Instruments für Kinder, wurden in dieser Studie die SEE angewandt. Der hohe Altersdurchschnitt in den beiden Gruppen und die kognitiven Fähigkeiten der teilnehmenden Kinder begünstigten diese Entscheidung.

Die SEE dienen ebenso wie der Feel-KJ zur Erhebung der Gefühlsdifferenzierung.

SRS: Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität

(Bölte und Poustka 2008)

Die *Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität* ist die deutsche Fassung der Social Responsiveness Scale (SRS) von Constantino & Gruber. Erfasst werden soziale, kommunikative und rigide Verhaltensweisen von Kindern zwischen 4 und 18 Jahren. Damit stellt die SRS ein Instrument für Screening und Verlaufskontrolle bei Autismus-Spektrum-Störungen dar. Beurteilt werden 65 Items zu milden bis schweren autistischen Verhaltensweisen auf einer Skala von 0 (trifft nicht zu) bis 3 (trifft fast immer zu). Aus den Items ergeben sich Scores für die Subskalen (1) Soziale Bewusstheit, (2) Soziale Kognition, (3) Soziale Kommunikation, (4) Soziale Motivation und (5) Autistische Manierismen, sowie ein Gesamtscore. Dieser wird anhand von Normwerten für die Allgemeinbevölkerung und für Menschen mit Autismus interpretiert. Nach Bölte und Poustka ist die Validität robust, die interne Konsistenz und die Reliabilität hoch (Bölte und Poustka 2008).

Aufgrund seiner Kürze bietet sich der Fragebogen besonders für Studien an. Als alleiniges Instrument zur Diagnostik wird die SRS hingegen nicht empfohlen (Booker und Starling 2011).

In der hier vorgestellten Studie wurden auf die Allgemeinbevölkerung bezogene T-Werte des SRS zur Erfassung von sozialer Interaktion und Kommunikation eingesetzt.

CBCL 4-18: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen

(Arbeitsgruppe-Deutsche-Child-Behavior-Checklist 1993)

Der *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen* ist die deutsche Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18) von Achenbach. Anhand des Fragebogens wird eine Fremdbeurteilung über Kompetenzen und klinisch relevante Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen im Alter von 4-18 Jahren erhoben. Im ersten Teil werden Kompetenzen in den Bereichen Aktivitäten, soziale Kompetenzen und Schule erfasst, auch im Vergleich zu anderen Kindern. Der zweite Teil besteht aus 120 Fragen zu problematischen Verhaltensweisen, die mit 0 (nicht zutreffend), 1 (etwas oder manchmal zutreffend) oder 2 (genau oder häufig zutreffend) bewertet werden. Die Fragen sind verschiedenen Skalen zugeteilt: (1) Sozialer Rückzug, (2) Körperliche Beschwerden, (3) Ängstlich/Depressiv, (4) Soziale Probleme, (5) Schizoid/Zwanghaft, (6) Aufmerksamkeitsprobleme, (7) Dissoziales Verhalten und (8) Aggressives Verhalten. Zu jeder der Skalen kann ein Wert ermittelt werden, außerdem ein Gesamtscore und ein Wert für die Faktoren Internalisierende Störungen, Externalisierende Störungen und Gemischte Störungen.

Die Auswertung erfolgt Alters- und Geschlechtsspezifisch.

Der CBCL wurde anhand einer großen Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung und aus einer klinischen Population normiert. Die Differenzierung zwischen manchen Störungen ist hochsignifikant, bei anderen Störungen zeigen sich nur Gesamtscore-Werte im klinischen Bereich. Die Reliabilitätsmaße der Syndrom- und Kompetenzskalen sind weit gestreut (Arbeitsgruppe-Deutsche-Child-Behavior-Checklist 1993). In einer Studie von Schmeck et al. an einer deutschen Stichprobe konnten 83.8% der Kinder anhand des CBCL 4-18 korrekt klassifiziert werden (Schmeck et al. 2001).

In der vorliegenden Studie wurde der CBCL zur Erhebung von Verhaltensauffälligkeiten eingesetzt.

SDQ-Deu: Fragebogen zu Stärken und Schwächen

(Goodman R. 1999)

Der *Fragebogen zu Stärken und Schwächen* ist die deutsche Version des *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) von Goodman (Goodman Robert 1997). Es gibt verschiedene Varianten des SDQ für Eltern, Jugendliche und Lehrer. Der SDQ erfasst Verhaltensauffälligkeiten und Stärken auf den Skalen (1) Emotionale Probleme, (2) Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsprobleme, (3) Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen, (4) Verhaltensauffälligkeiten und (5) pro-soziales Verhalten. Bewertet werden insgesamt 25 Aussagen anhand der Optionen „nicht zutreffend“, „teilweise zutreffend“ und „eindeutig zutreffend“. Des Weiteren geben die Befragten an, ob das Kind Schwierigkeiten in den Bereichen Stimmung, Konzentration, Verhalten oder Umgang mit Anderen hat und inwieweit diese das alltägliche Leben beeinträchtigen.

Bei der Auswertung werden ein Gesamtproblemwert, sowie Werte für die einzelnen Skalen berechnet.

Dabei können folgende Werte als auffällig interpretiert werden:

- Gesamtproblemwert ≥ 17
- Skala Emotionale Probleme ≥ 5
- Skala Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsprobleme ≥ 4
- Skala Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen ≥ 7
- Skala Verhaltensauffälligkeiten ≥ 4
- (Skala pro-soziales Verhalten ≤ 4)

Mehrere Studien dienten der Normierung und Validierung der deutschen Version des SDQ. Klasen et al. beschrieben den SDQ zusammenfassend als valides und nützliches Instrument, vergleichbar mit dem aufwendigeren CBCL (Klasen et al. 2003; Woerner et al. 2002).

Die Version für Jugendliche konnte aufgrund des zu hohen Zielalters für diese Studie nicht eingesetzt werden. Die Elternversion hingegen war für die Studie geeignet. Zur Voruntersuchung wurde die Elternversion SDQ-Deu Eltern⁴⁻¹⁷ eingesetzt. Für die Nachuntersuchung füllten die Eltern die Follow-up-Version aus. Der SDQ diente ebenso wie der CBCL zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten.

ILK: Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen

(Mattejat und Remschmidt 2006)

Das *Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen* (ILK) erfasst Lebensqualität bei gesunden und psychisch kranken Kindern und Jugendlichen in mehreren Bereichen: (1) Schule, (2) Familie, (3) Soziale Kontakte zu Gleichaltrigen, (4) Interessen und Freizeitgestaltung, (5) Körperliche Gesundheit, (6) Psychische Gesundheit, (7) Gesamtbeurteilung der Lebensqualität. Als zusätzliche Bereiche nur für erkrankte Personen werden (8) die Belastung durch die aktuelle Erkrankung und (9) die Belastung durch diagnostische und therapeutische Maßnahmen erfragt. Es liegen Elternfragebögen zur Fremd- und Kinderfragebögen zur Selbstbeurteilung vor, die in dieser Studie beide angewendet wurden.

Die verschiedenen Items werden auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 5 (sehr schlecht) bewertet. Zur Auswertung werden die Anzahl der problematischen Lebensbereiche (Problemscore) und die wahrgenommene Lebensqualität (Lebensqualitätsscore) ermittelt und interpretiert (Rohwerte und Prozentränge). In der vorliegenden Arbeit wurde nur der Lebensqualitätsscore ermittelt. Ein Prozentrang $\leq 15\%$ (Rohwert ≤ 4) weist auf eine unterdurchschnittliche Lebensqualität hin, ein Prozentrang von 15-85% (Rohwert von 4–24) auf eine durchschnittliche und ein Prozentrang $\geq 85\%$ (Rohwert ≥ 24) auf eine überdurchschnittliche Lebensqualität.

Das ILK ist in der Lage, Lebensqualität in Abhängigkeit vom Schweregrad psychiatrischer Störungen zu erfassen und Problembereiche zu identifizieren (Mattejat et al. 2003).

Aus der Allgemeinbevölkerung und aus kinder- und jugendpsychiatrischen Stichproben existieren Normwerte. Validität und Reliabilität wurden überprüft und gelten als zufriedenstellend (Mattejat und Remschmidt 2006).

In der vorliegenden Studie wurde das ILK zur Erhebung der Lebensqualität der Studienteilnehmer eingesetzt.

DIKJ: Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche

(Stiensmeier-Pelster et al. 2000)

Das *Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ)* ist eine deutschsprachige Weiterentwicklung des Children's Depression Inventory (CDI) von Kovacs und wird seit über 25 Jahren als Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung von Depressivität eingesetzt. 2014 erschien die 3. überarbeitete und neu normierte Auflage, die allerdings in dieser Studie noch nicht verwendet werden konnte. Das DIKJ ist für Kinder und Jugendliche aller Schulformen im Alter von 8-16 Jahren geeignet.

In der 2. Auflage werden Symptome einer depressiven Störung sowie typische Begleiterscheinungen und Folgen anhand von 26 Items abgefragt. Das Kind kann jeweils aus drei Ausprägungen eines Symptoms die passende auswählen. Die Einzelwerte werden zu einem Gesamtwert addiert, der die Depressivität bezogen auf die Allgemeinbevölkerung darstellt. T-Werte ≥ 60 werden als auffällig interpretiert. Das DIKJ ist sensibel für Veränderungen im Schweregrad einer depressiven Symptomatik.

Die 2. Auflage des DIKJ wurde neu normiert. Die Autoren nehmen inhaltlich-logische Gültigkeit an; die Reliabilität ist gut (Stiensmeier-Pelster et al. 2000).

Das DIKJ wurde in der hier vorgestellten Studie zur Erfassung depressiver Symptomatik eingesetzt.

8.2.2 Eigene Fragebögen zur Bewertung des Trainings

Stundenevaluationsbogen TüTASS - Kinder



Hattest du Lust, heute ins Training zu kommen? Gar keine Lust Sehr viel Lust

Wie gut hast du den Inhalt der Stunde verstanden? Gar nicht verstanden Sehr gut verstanden

Denkst du, dass dir das Gelernte im Alltag hilft? Gar nicht hilfreich Sehr hilfreich

Was findest du aus der letzten Stunde besonders hilfreich?

Hat dir die Stunde Spaß gemacht? Gar nicht Sehr

Hast du dich von den Gruppeleitern verstanden gefühlt? Gar nicht Sehr

Sind die Gruppenleiter auf deine Fragen und Wünsche eingegangen? Gar nicht Immer

Wie ging es dir in der Stunde? Sehr schlecht Sehr gut

Wie hast du dich mit den anderen Kindern verstanden? Sehr schlecht Sehr gut

Hattest du während der Stunde Angst oder Sorgen? Die ganze Zeit Nie

Findest du die Übungsaufgaben für zu Hause sinnvoll? Gar nicht sinnvoll Sehr sinnvoll

Wie ging es dir nach der Stunde? Sehr schlecht Sehr gut

Möchtest du uns noch etwas mitteilen?

Stundenevaluationsbogen

TüTASS - Gruppenleiter



Stunde 1

1) Gesamteindruck

Wie ist dein spontaner Gesamteindruck von der Stunde?

Wie gut vorbereitet hast du dich gefühlt?	Sehr schlecht vorbereitet				Sehr gut vorbereitet
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was war (deiner Meinung nach) das Stundeziel?

Wurde dieses erreicht?	Gar nicht				vollkommen
	<input type="checkbox"/>				

Wie hilfreich schätzt du die Trainingsstunde ein?

Gar nicht hilfreich					Sehr hilfreich
<input type="checkbox"/>					

Wie zielführend ist die Stunde in Bezug auf das Überthema (Achtsames Wahrnehmen von körperlichen und emotionalen Signalen)?

Gar nicht zielführend					Sehr zielführend
<input type="checkbox"/>					

2) Stimmung und Motivation

Wie war deine eigene Motivation in der Stunde?

Gar nicht motiviert					Sehr motiviert
<input type="checkbox"/>					

Wie war die Stimmung in der Gruppe?

Sehr schlecht					Sehr gut
<input type="checkbox"/>					

Wie schätzt du die Gruppendynamik ein?

Sehr schlecht					Sehr gut
<input type="checkbox"/>					

Wie gut wurde die Stunde angenommen? / Wie gut haben die Teilnehmer mitgemacht?

Sehr schlecht					Sehr gut
<input type="checkbox"/>					

3) Stundenthema

Wie sinnvoll findest du die Bausteine dieser Stunde?

- Ballspiel zum Kennenlernen
- Steckbrief-Interview
- Gruppenlogo und Gruppenregeln
- Ziele definieren

Gar nicht
Sinnvoll

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sehr
Sinnvoll

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Was war besonders gut gelungen?

Was hat nicht gut funktioniert?
Warum?

Was sollte man besser rausnehmen?

Hast du andere Ideen für diese Stunde?

Wie sinnvoll findest du die Übungsaufgaben für zu Hause zu dieser Stunde?

Gar nicht
sinnvoll

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Sehr
sinnvoll

<input type="checkbox"/>

4) Ausblick

Wo siehst du noch Handlungsbedarf?

Sind dir besondere Fortschritte bei Kindern aufgefallen?

Möchtest du sonst noch etwas festhalten?

Vielen Dank fürs Mitmachen! 😊

Zwischenevaluation TütASS

- Kinderfragebogen



Gehst du gerne ins Training?	Nein, gar nicht						Ja, sehr
-------------------------------------	--------------------	--	--	--	--	--	----------

Findest du die Themen „Körper“ und „Gefühl“ wichtig?	Nein, gar nicht						Ja, sehr
---	--------------------	--	--	--	--	--	----------

Helfen dir die Dinge, die du im Training gelernt hast, auch im Alltag? Zum Beispiel, wenn du mit deiner Familie zusammen bist?	Gar nicht						sehr oft
---	-----------	--	--	--	--	--	----------

Wie findest du es, dass in der Gruppe noch andere Kinder sind?	Total doof						super!
---	------------	--	--	--	--	--	--------

Welche Stunde findest du am besten?	<input type="checkbox"/> Stunde 1: Kennenlernen <input type="checkbox"/> Stunde 2: Die fünf Sinne <input type="checkbox"/> Stunde 3: Bogenschießen / Achtsamkeit <input type="checkbox"/> Stunde 4: Gefühle im Körper <input type="checkbox"/> Stunde 5: Gefühle in Situationen <input type="checkbox"/> Stunde 6: Bogenschießen/Stärke-Schwäche
--	---

Welche Stunde findest du am schlechtesten?	<input type="checkbox"/> Stunde 1: Kennenlernen <input type="checkbox"/> Stunde 2: Die fünf Sinne <input type="checkbox"/> Stunde 3: Bogenschießen / Achtsamkeit <input type="checkbox"/> Stunde 4: Gefühle im Körper <input type="checkbox"/> Stunde 5: Gefühle in Situationen <input type="checkbox"/> Stunde 6: Bogenschießen / Stärke-Schwäche
---	---

Bisher hat mir am Training gut gefallen:

Was mir nicht gefällt am Training:

Was ich noch nicht verstanden habe oder gern noch einmal wiederholen möchte:

Was ich gern im Training noch lernen / machen würde:

Gibt es noch etwas, das du uns gerne mitteilen möchtest? Falls ja, was?

Vielen Dank fürs Mitmachen! 😊

Zwischenevaluation TütASS

- Elternfragebogen



Sind Ihnen in den vergangenen sechs Wochen Veränderungen im Verhalten Ihres Kindes aufgefallen? Ja Nein

Falls ja, welche? _____

Finden Sie das Gesamtkonzept des TütASS sinnvoll? Gar nicht sinnvoll sehr sinnvoll kann ich nicht beurteilen

Finden Sie, dass Ihr Kind vom Training profitiert? Gar nicht sehr stark

Wie motiviert ist Ihr Kind, ins Training zu gehen? Sehr unmotiviert sehr motiviert

Spricht Ihr Kind zu Hause über das Training? Gar nicht sehr häufig

Denken Sie, dass Ihr Kind sich mit den Themen „Körper“ und „Gefühle“ stärker auseinander setzt? sicher nicht auf jeden Fall

Greifen Sie zu Hause Themen noch einmal auf? Gar nicht sehr häufig

Wie finden Sie es, dass das Training in der Gruppe stattfindet? sehr schlecht sehr gut

Wie hilfreich fanden Sie das Training bisher? Gar nicht hilfreich sehr hilfreich

Welche Stunde fanden Sie am hilfreichsten? Stunde 1: Kennenlernen
 Stunde 2: Die fünf Sinne
 Stunde 3: Bogenschießen / Achtsamkeit
 Stunde 4: Gefühle im Körper
 Stunde 5: Gefühle in Situationen
 Stunde 6: Bogenschießen / Stärke-Schwäche

Welche am wenigsten hilfreich? Stunde 1: Kennenlernen
 Stunde 2: Die fünf Sinne

- Stunde 3: Bogenschießen / Achtsamkeit
- Stunde 4: Gefühle im Körper
- Stunde 5: Gefühle in Situationen
- Stunde 6: Bogenschießen / Stärke-Schwäche

Was fanden Sie bisher gut am Training insgesamt?

Was fanden Sie nicht gut?

Gibt es Inhalte, die Ihr Kind nicht verstanden hat oder die man wiederholen sollte?

Welche Inhalte hätten Sie gerne außerdem im Training?

Gibt es noch etwas, das Sie uns gerne mitteilen möchten?

Vielen Dank fürs Mitmachen!

Zwischenevaluation TütASS

- Gruppenleiter



Findest du das Gesamtkonzept des TütASS sinnvoll?	Gar nicht Sinnvoll	<input type="checkbox"/>	sehr sinnvoll				
Wie zufrieden bist du mit dem Verlauf des Trainings?	Sehr unzufrieden	<input type="checkbox"/>	sehr zufrieden				
Findest du das Training hilfreich für die Kinder?	Gar nicht hilfreich	<input type="checkbox"/>	sehr hilfreich				
Findest du, dass die Kinder vom Training profitieren?	Gar nicht	<input type="checkbox"/>	sehr stark				
Wie findest du es, dass das Training in der Gruppe stattfindet?	sehr schlecht	<input type="checkbox"/>	sehr gut				
Welche Stunde findest du bisher am hilfreichsten?	<input type="checkbox"/> Stunde 1: Kennenlernen <input type="checkbox"/> Stunde 2: Die fünf Sinne <input type="checkbox"/> Stunde 3: Bogenschießen / Achtsamkeit <input type="checkbox"/> Stunde 4: Gefühle im Körper <input type="checkbox"/> Stunde 5: Gefühle in Situationen <input type="checkbox"/> Stunde 6: Bogenschießen / Stärke-Schwäche						
Welche am wenigsten hilfreich?	<input type="checkbox"/> Stunde 1: Kennenlernen <input type="checkbox"/> Stunde 2: Die fünf Sinne <input type="checkbox"/> Stunde 3: Bogenschießen / Achtsamkeit <input type="checkbox"/> Stunde 4: Gefühle im Körper <input type="checkbox"/> Stunde 5: Gefühle in Situationen <input type="checkbox"/> Stunde 6: Bogenschießen / Stärke-Schwäche						
Was findest du bisher gut am Training insgesamt?	<hr/> <hr/> <hr/>						

Was findest du nicht gut?

Gibt es Inhalte, die man wiederholen sollte?

Gibt es Inhalte, die du zusätzlich gern im Training hättest?

Möchtest du noch etwas festhalten?

Vielen Dank fürs Mitmachen!



Bist du gerne ins Training gegangen?

Nein,
gar nicht

Ja, sehr



Findest du die Themen „Körper“ und
„Gefühl“ wichtig?

Nein,
gar nicht

Ja, sehr



Helfen dir die Dinge, die du im Training gelernt
hast, auch im Alltag? Zum Beispiel, wenn du
mit deiner Familie zusammen bist?

Gar nicht

sehr oft



Wie findest du es, dass in der Gruppe noch andere
Kinder waren?

Total doof

super!



Welche Stunde findest du im
zweiten Teil am besten?

- Stunde 7: Beschreiben und Darstellen von Gefühlen
- Stunde 8: Anspannung /Entspannung
- Stunde 9: Verhalten bei Gefühlen
- Stunde 10: Gefühle bei anderen erkennen
- Stunde 11: Gefühle-Planspiel
- Stunde 12: Massieren und Yoga

Welche Stunde findest du im
zweiten Teil am schlechtesten?

- Stunde 7: Beschreiben und Darstellen von Gefühlen
- Stunde 8: Anspannung /Entspannung
- Stunde 9: Verhalten bei Gefühlen
- Stunde 10: Gefühle bei anderen erkennen
- Stunde 11: Gefühle-Planspiel
- Stunde 12: Massieren und Yoga

Bitte beantworte die Fragen auf dem zweiten Blatt!

Hat sich während des Trainings bei dir etwas verändert?

Ja Nein

Falls ja, was?

Am Training hat mir gut gefallen:

Am besten fand ich...

Am Training hat mir nicht gefallen:

Im Training habe ich gelernt...

Was ich gern im Training noch gelernt/gemacht hätte:

Was ich vermissen werde, wenn das Training vorbei ist:

Gibt es noch etwas, das du uns gerne mitteilen möchtest? Falls ja, was?

Vielen Dank fürs Mitmachen!

Gesamtevaluation TütASS

- Elternfragebogen



	Gar nicht			sehr häufig	kann ich nicht beurteilen
Spricht Ihr Kind zu Hause über das Training?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sicher nicht			auf jeden Fall	
Denken Sie, dass Ihr Kind sich mit den Themen „Körper“ und „Gefühle“ stärker auseinander setzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gar nicht			sehr häufig	
Haben Sie Themen zu Hause noch einmal aufgegriffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sehr unmotiviert			sehr motiviert	
Wie motiviert war Ihr Kind, ins Training zu gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gar nicht			sehr stark	
Finden Sie, dass Ihr Kind vom Training profitiert hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sehr schlecht			sehr gut	
Wie finden Sie es, dass das Training in der Gruppe stattfindet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gar nicht Sinnvoll			sehr sinnvoll	
Finden Sie das Gesamtkonzept des TütASS sinnvoll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gar nicht			vollkommen	
Wurden Ihre Erwartungen an das TütASS erfüllt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gar nicht hilfreich			sehr hilfreich	
Wie hilfreich fanden Sie das Training?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Stunde fanden Sie im zweiten Teil am hilfreichsten?	<input type="checkbox"/> Stunde 7: Beschreiben und Darstellen von Gefühlen <input type="checkbox"/> Stunde 8: Anspannung /Entspannung <input type="checkbox"/> Stunde 9: Verhalten bei Gefühlen <input type="checkbox"/> Stunde 10: Gefühle bei anderen erkennen <input type="checkbox"/> Stunde 11: Gefühle-Planspiel <input type="checkbox"/> Stunde 12: Massieren und Yoga				

Welche Stunde fanden Sie am wenigsten hilfreich?

- Stunde 7: Beschreiben und Darstellen von Gefühlen
- Stunde 8: Anspannung /Entspannung
- Stunde 9: Verhalten bei Gefühlen
- Stunde 10: Gefühle bei anderen erkennen
- Stunde 11: Gefühle-Planspiel
- Stunde 12: Massieren und Yoga

**Sind Ihnen im Zeitraum des TütASS
Veränderungen im Verhalten Ihres Kindes aufgefallen?**

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| Ja | Nein |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Falls ja, welche? _____

Was hat ihr Kind während des Trainings gelernt?

Was fanden Sie gut am Training insgesamt?

Was fanden Sie nicht gut?

Welche Inhalte hätten Sie gerne außerdem im Training?

Gibt es noch etwas, das Sie uns gerne mitteilen möchten?

Vielen Dank fürs Mitmachen!

Gesamtevaluation TüTASS

- Gruppenleiter



Findest du das Gesamtkonzept des TüTASS sinnvoll?	Gar nicht Sinnvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr sinnvoll
Wie zufrieden bist du mit dem Verlauf des Trainings?	Sehr unzufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr zufrieden
Findest du das Training hilfreich für die Kinder?	Gar nicht hilfreich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr hilfreich
Findest du, dass die Kinder vom Training profitiert haben?	Gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr stark
Wie findest du es, dass das Training in der Gruppe stattfindet?	sehr schlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr gut
Findest du, dass die Kinder von der Gruppensituation profitiert haben?	Gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr stark
Welche Stunde findest du im 2. Teil am hilfreichsten?	<input type="checkbox"/> Stunde 7: Beschreiben und Darstellen von Gefühlen <input type="checkbox"/> Stunde 8: Anspannung /Entspannung <input type="checkbox"/> Stunde 9: Verhalten bei Gefühlen <input type="checkbox"/> Stunde 10: Gefühle bei anderen erkennen <input type="checkbox"/> Stunde 11: Gefühle-Planspiel <input type="checkbox"/> Stunde 12: Massieren und Yoga					
Welche am wenigsten hilfreich?	<input type="checkbox"/> Stunde 7: Beschreiben und Darstellen von Gefühlen <input type="checkbox"/> Stunde 8: Anspannung /Entspannung <input type="checkbox"/> Stunde 9: Verhalten bei Gefühlen <input type="checkbox"/> Stunde 10: Gefühle bei anderen erkennen <input type="checkbox"/> Stunde 11: Gefühle-Planspiel <input type="checkbox"/> Stunde 12: Massieren und Yoga					

Was findest du gut am Training insgesamt?

Was findest du nicht gut?

Gibt es Themen, die man weglassen sollte?

Gibt es Themen, die du zusätzlich gern im Training hättest?

Möchtest du noch etwas festhalten?

Vielen Dank fürs Mitmachen!

8.3 Unterlagen zum TütASS: Die 12 Trainingsstunden

1. Stunde: Kennenlernstunde

Die erste Stunde dient dem gegenseitigen Kennenlernen und dem Aufbau einer positiven Atmosphäre in der Gruppe. Das Ziel ist, dass die Kinder sich wohlfühlen und gerne wieder kommen.

A. Begrüßungsrunde

B. Stundenthema Kennenlernen

Material

1) **Vorstellung des Trainings:**

- Inhalt des Trainings: Körper und Gefühle (anhand der Logos)
- Termine und Ablauf der Stunde
- Ordner austeilen und Namen drauf schreiben

Logos

Ablaufplan (Plakat)
Ordner

2) **Übung der Namen** mit Ballspiel

- Regeln erklären (erst bei Blickkontakt werfen)
- Erste Runde: „Ich bin x.“ „Das ist x und ich bin y.“
- Zweite Runde: Namen desjenigen sagen, dem man den Ball zuwirft

Ball

3) Vorstellung anhand eines **Steckbriefs**

→ Partneraufgabe: Den Partner interviewen und in der Gruppe vorstellen

AB Steckbrief

4) **Gruppenname und Logo** aussuchen: Tier; wird an einen Teilnehmer als Hausaufgabe verteilt, jeder wird dann auf dem Logo unterschreiben

5) Gemeinsame **Gruppenarbeitsregeln** festlegen und unterschreiben → werden bis zum nächsten Mal für alle kopiert

AB Gruppenregeln

6) **Ziele:** Was wollen die Kinder lernen: auf farbiges Papier schreiben (jeder) und dann auf Poster kleben

Farbiges Papier,
Poster

C. Blitzlicht

D. Übungsaufgaben

Überempfindlichkeiten (Eltern), zu jedem Sinn eine gute und schlechte Sache aufschreiben und zum Tasten mitbringen (Kinder)

ÜB
Überempfindlichkeit,
Sinne

E. Schlusspiel

Feuer, Wasser, Sturm: Alle Kinder bewegen sich im Raum. Auf die Ansage Feuer, Wasser oder Sturm müssen bestimmte Bewegungen ausgeführt werden. Das langsamste Kind scheidet aus.

2. Stunde: Fünf Sinne

In der zweiten Stunde soll die Wahrnehmung über die fünf Sinne Sehen, Tasten, Schmecken, Riechen und Hören erlebt und reflektiert werden.

A. Begrüßungsrunde und Besprechung der Übungsaufgaben

B. Stundenthema Fünf Sinne

Material

- | | |
|--|---------------------------------|
| 1) Psychoedukation: Fünf Sinne und Sensorische Integration → Sinne auf dem Poster erkennen und benennen | Poster: Sensorische Integration |
| 2) KIM-Spiel Sehen: Gegenstände werden auf den Tisch gelegt und gemerkt. Die Kinder schließen die Augen; zwei Gegenstände werden weggenommen. Dann Augen öffnen und Gegenstände benennen. | 10-12
Alltagsgegenstände |
| 3) KIM-Spiele an vier Stationen: Beschreiben, Erkennen und Aufschreiben der Gegenstände | Entsprechende Materialien |
| ➤ Tasten: Watte, Linsen, Ball, Igelball, Zahnbürste, Löffel → in Stofftaschen | Döschen und Taschen |
| ➤ Schmecken: Bonbon, Apfel, Karotten, Käse, Honig, Salzstangen → Kinder bekommen Lebensmittel auf Löffel und führen sie selbst zum Mund | AB Sinne_1 |
| ➤ Riechen: Lavendel-, Zitronenöl, Zimt, Kaffee, Zartbitterschokolade, Parfüm (Rose) → in undurchsichtigen Gewürzdöschen | |
| ➤ Hören: Kuli klicken, Sprudelflasche öffnen, Schlüsselbund, Papier reißen, Plastiktüte knüllen, Dose mit Linsen schütteln → hinter Rücken des Kindes | |
| 4) Gemeinsame Besprechung der Sinneserlebnisse anhand von AB2 | AB Sinne_2 |

C. Blitzlicht

D. Übungsaufgaben

- | | |
|---|--------------------------------|
| Gefühlwürfel basteln, Redewendungen suchen (die mit Körper und Gefühlen zu tun haben) | ÜB Gefühlwürfel, Redewendungen |
|---|--------------------------------|

E. Schlusspiel

Blinzelspiel: Ein Kind beginnt und blinzelt einem anderen zu. Dieses gibt das Blinzeln an jemand anderen weiter und so fort.

3. Stunde: Gefühl und Körper

Die dritte Stunde bildet den Einstieg ins Thema Gefühle. Es werden unterschiedliche Gefühle gesammelt und das körperliche Erleben von Gefühlen thematisiert.

A. Begrüßungsrunde

Gefühlewürfel einführen bei Begrüßungsrunde

B. Stundenthema Gefühle und Körper

Material

1) **Gefühle sammeln** (falls es frei nicht funktioniert anhand des Gefühlewürfels: Zu jeder Seite sollen Gefühle benannt werden) → Gefühle auf Flipchart notieren, wird in der nächsten Stunde an alle ausgegeben

Flipchart und Stifte

2) **Vorlesen aus „Geschichten vom Franz“**
→ Situation, in der der Franz Angstbauchweh hat

„Geschichten vom Franz“ (Christine Nöstlinger) und Manual

3) **Psychoedukation: Gefühle und Körper**
→ was passiert bei starken Gefühlen im Körper?
→ jeder spürt Gefühle auf andere Art

4) Gesammelte **Gefühle nachspüren** und durch Kinder beschreiben lassen

5) **Gefühle von Redewendungen besprechen**
(Übungsaufgaben für diese Stunde)

6) **Gefühle in großen Körperumriss eintragen**
(jedes Kind), schriftlich oder mit Farben/Smileys des Gefühlewürfels

AB Körperumriss (DinA3)
Bunte Stifte

7) Gefühlesong singen

Gefühlesong,
Gitarre

C. Blitzlicht

D. Übungsaufgaben

Gefühle und Körperwahrnehmungen dazu protokollieren

ÜB Körper und Gefühle

E. Schlusspiel

Klatschspiel: Alle sitzen um den Tisch. Die Hände liegen auf dem Tisch und überkreuzen sich mit den Händen der anderen Kinder. Nun müssen die Hände der Reihe nach auf den Tisch klopfen. Wer einen Fehler macht, scheidet aus.

Stunde 4: Achtsamkeit und Bogenschießen

Die vierte Stunde ist dem Thema Achtsamkeit gewidmet. Zugleich findet die Einführung ins Bogenschießen statt.

A. Begrüßungsrunde

B. Stundenthema Achtsamkeit

Material

1) **Robin-Hood-Geschichte** erzählen lassen anhand eines Bildes

Bild Robin Hood

2) **Teilung der Gruppe:** Hälfte geht zum Bogenschießen, Hälfte macht Achtsamkeitsübung

3) **Bogenschießen**

Ausrüstung zum Bogenschießen

- Begrüßung und Einführung Bogenschießen (Aufmerksamkeit, Bewegungsablauf)
- Einzeln Bogenschießen auf Vorhang
- Einzeln Bogenschießen auf Scheibe
- Einzeln Bogenschießen auf Luftballon

4) **Achtsamkeitsübung**

Buch
„Achtsamkeit für Menschen mit Autismus“
(A. Spek)
und Manual

- Besprechung der Übungsaufgaben
- Achtsamkeitsübung: **Fünf-Minuten-Meditation**

C. Blitzlicht

D. Übungsaufgaben

Malen: Ich als Robin Hood, Lieblingscomic mitbringen

ÜB Robin Hood

E. Schlusspiel

Krake: Alle Kinder stehen im Kreis. Einem Kind werden die Augen verbunden. Dieses darf zwei Personen nennen, die den Platz tauschen sollen. Das Kind in der Mitte versucht, eine der Personen während des Platztauschs zu berühren. Gelingt dies, muss das gefangene Kind in die Mitte.

Stunde 5: Gefühl und Situation

In der fünften Stunde steht die Verknüpfung von Gefühl und Situation im Vordergrund.

A. Begrüßungsrunde und Besprechung der Übungsaufgaben

B. Stundenthema Gefühl und Situation

Material

1) In dritter Stunde **gesammelte Gefühle ausgeben**

AB
Gefühlesammlung
Extra Comics

2) **Gefühle in Comics:** Jeder sucht aus seinem mitgebrachten Lieblingscomic (ÜB) ein Gefühl heraus und zeigt es den anderen

3) Psychoedukation: Zusammenhang zwischen **Gefühlen und Situationen**

4) **Pantomime** zu Gefühl und Situation:
Gruppenleiter/innen spielen Situation vor und Kinder erraten zugehöriges Gefühl
(Gefühle: Schadenfreude, Scham, Stolz, Angst, Fröhlichkeit, Langeweile, Trauer, Überraschung, Wut)

Situations-
beschreibungen

Nach jeder Situation: **Sammlung weiterer Situationen** zu diesem Gefühl

C. Blitzlicht

D. Übungsaufgaben

Gefühle mit entsprechenden Situationen und Körpergefühl protokollieren

ÜB Situation,
Körper und Gefühl

E. Schlusspiel

Darf aus den bereits gespielten Spielen ausgesucht werden.

Stunde 6: Stärke / Schwäche und Bogenschießen

Die sechste Stunde behandelt die Themen Stärke und Schwäche. Beides kann beim Bogenschießen erlebt werden.

A. Begrüßungsrunde

B. Stundenthema Stärke / Schwäche

Material

1) **Teilung der Gruppe:** Hälfte geht zum Bogenschießen und Hälfte bespricht das Thema Stärke / Schwäche

2) **Bogenschießen**

- Begrüßung und Einführung Bogenschießen (Aufmerksamkeit, Bewegungsablauf)
- Einzel Bogenschießen mit stärkeren und schwächeren Bögen

Ausrüstung
Bogenschießen

3) **Thema Stärke / Schwäche**

- Besprechung der Übungsaufgaben
- Gruppengespräch über Stärke / Schwäche anhand von Helden (Bilder von Phantomias und Spiderman zeigen, Helden der Kinder sammeln)
 - I) Was macht die Helden stark? Eigenschaften.
 - II) Was kann ich im Alltag nachmachen? Bezug nehmen auch auf Körperhaltung / Bogenschießen
 - III) Manchmal erkennt man Stärke nicht gleich, z.B. sich entschuldigen, Emotionen zeigen.

Helden-Bilder

C. Blitzlicht

D. Übungsaufgaben

Situationen beschreiben, in denen man sich stark / schwach gefühlt hat

ÜB Stärke /
Schwäche

E. Schlusspiel

Darf aus den bereits gespielten Spielen ausgesucht werden.

7. Stunde: Verbale Beschreibung und Darstellen von Gefühlen

In der siebten Stunde wird das Beschreiben und pantomimische Darstellen sowie das Erkennen von Gefühlen geübt.

A. Begrüßungsrunde

B. Stundenthema Beschreiben und Darstellen von Gefühlen

Material

1) Gefühlspantomime:

- Ein Kind zieht einen Zettel mit einem Gefühl und geht mit einer Gruppenleiterin vor die Tür. Hier ist Gelegenheit zur Nachfrage und zum Üben.
- Das Kind stellt sein Gefühl pantomimisch dar und die anderen Kinder erraten das Gefühl.
- Anschließend machen alle das Gefühl nach. Dann ist das nächste Kind an der Reihe.

12 Zettel mit verschiedenen Gefühlen

2) Psychoedukation: Gefühl und Gedanke

- Unterschied: Gefühl – Gedanke
- Kinder sollen Gefühl zeigen, wenn der Gedanke vorgegeben ist (z.B. „So ein tolles Geschenk!“)

3) Gefühle beschreiben:

(In Gruppen mit je zwei Kindern und einer Leiterin)

- 2 Gefühle pro Gruppe nachspüren und beschreiben: Körper, Situation, Gedanke
- Das Gefühl wird den anderen Gruppen vorgestellt, die erraten sollen, um welches Gefühl es sich handelt.

AB Gefühle beschreiben

C. Blitzlicht

D. Übungsaufgaben

Gefühle und zugehörige Gedanken, Situationen, Körperwahrnehmungen protokollieren

ÜB Gedanke, Situation, Körper, Gefühl

E. Schlusspiel

Darf aus den bereits gespielten Spielen ausgesucht werden.

8. Stunde: Entspannung / Anspannung

Die achte Stunde bietet die Möglichkeit Anspannung und Entspannung zu erleben und verschiedene Techniken zur Entspannung auszuprobieren.

A. Begrüßungsrunde und Besprechung der Übungsaufgaben

B. Stundenthema Entspannung / Anspannung

Material

1) **Einführung: Ninjas**

Gegensatz Anspannung – Entspannung: Wie können Ninjas so gut kämpfen?

2) Wiederholung der fünf Sinne und Übung:
Schokoladenmeditation (Achtsames Essen von Schokolade)

Schokolade
Manual

3) **Progressive Muskelentspannung mit Zirkus-Geschichte** ausprobieren

Manual
Matten

4) **Bewegungsspiel zu Auflockerung: Hua!**

Eine Bewegung wird mit dem Ruf „Hua!“ an einen Mitspieler weitergegeben. Die beiden Nachbarn dieses Spielers müssen ebenfalls eine bestimmte Bewegung machen.

5) **Yoga-Übung** nach Babar (Sonnengruß)

Beschreibung der Übung
Matten

C. Blitzlicht

D. Übungsaufgaben

Sonnengruß nach Babar üben

ÜB Yoga

E. Schlussspiel

Darf aus den bereits gespielten Spielen ausgesucht werden.

9. Stunde: Verhalten bei Gefühlen

In der neunten Stunde geht es um Verhaltensweisen bei Gefühlen. Zu Beginn der Stunde wird anhand eines Spiels das Erkennen und Darstellen von Gefühlen geübt.

A. Begrüßungsrunde und Besprechung der Übungsaufgaben

B. Stundenthema Verhalten bei Gefühlen

Material

1) Sonnengruß (Yoga-Übung) wiederholen

2) Psychoedukation und Gruppengespräch zu Verhalten bei Gefühlen

Wie verhalten sich die Kinder bei Wut?

3) **Mimikrio**: Spiel zur Gefühlsdarstellung und –beschreibung

Spiel: Mimikrio

4) **Wut-Rad / Angst-Rad**

AB Wutrad und
AB Angstrad

- Teilnehmer dürfen Gefühl wählen (Angst oder Wut)
- Vorspielen von bis zu drei Verhaltensweisen durch Gruppenleiter/innen → Kinder sollen **Verhalten erkennen, bewerten und verbessern**
- Vorspielen der verbesserten Situation
- Anmalen des Rads nach Ampelfarben:
Grün = gute Verhaltensweise
Gelb = mittelmittlere Verhaltensweise
Rot = schlechte Verhaltensweise

C. Blitzlicht

D. Übungsaufgaben

Gefühle mit zugehörigem Verhalten, Gedanken, Situationen und Körperwahrnehmungen protokollieren

ÜB Verhalten, Gedanken, ...

E. Schlusspiel

Darf aus den bereits gespielten Spielen ausgesucht werden.

10. Stunde: Gefühle bei anderen

Die zehnte Stunde beinhaltet mehrere Übungen zum Erkennen von Gefühlen bei anderen Menschen, vor allem an der Mimik. Am Anfang wird das Thema Verhalten bei Gefühlen noch einmal aufgegriffen.

A. Begrüßungsrunde und Besprechung der Übungsaufgaben

B. Stundenthema Gefühle bei anderen

Material

1) **Wut-Rad / Angst-Rad** (Welches nicht in 9. Stunde dran kam)

AB Wutrad und AB Angstrad

- Teilnehmer dürfen Gefühl wählen (Angst oder Wut)
- Vorspielen von bis zu drei Verhaltensweisen durch Gruppenleiter/innen → Kinder sollen **Verhalten erkennen, bewerten und verbessern**
- Vorspielen der verbesserten Situation
- Anmalen des Rads nach Ampelfarben:
Grün = gute Verhaltensweise
Gelb = mittelmäßige Verhaltensweise
Rot = schlechte Verhaltensweise

2) **Gefühle bei Hunden** erkennen (Bilder) – alle Kinder gemeinsam

3 Hundebilder

3) **Gefühle bei Fischen mit menschlichen Gesichtern** erkennen: Jedes Kind darf einen Fisch ziehen und ist der Quizmaster. Die anderen versuchen, das dargestellte Gefühl zu erraten.

4) **Spiel mit Miss face**: Gespielt wird in zwei Gruppen. Ein Gruppenleiter/innen zieht ein Gefühl. Beide Gruppen versuchen, das passende Gesicht zu legen. Gewonnen hat die Gruppe, die zuerst das richtige Gesicht gefunden hat.

Miss face (aus TOMTASS):

C. Blitzlicht

D. Übungsaufgaben

Interview mit Protokollierung zu Gefühlen bei anderen

ÜB Gefühle bei anderen

E. Schlusspiel

Darf aus den bereits gespielten Spielen ausgesucht werden.

11. Stunde: Wiederholung und Vertiefung

Die elfte Stunde besteht aus einem Planspiel. Dabei werden die Stunden zum Thema Gefühle zusammengeführt, wiederholt und vertieft.

A. Begrüßungsrunde und Besprechung der Übungsaufgaben

B. Stundenthema Wiederholung und Vertiefung (1)

Material

1) Planspiel zum Thema Gefühle

Spielplan

- Aufteilung der Kinder auf zwei Gruppen
- Ein Kind würfelt mit Gefühlswürfel und Zahlenwürfel: Gefühlswürfel zeigt Gefühl und Zahlenwürfel zeigt Körper, Situation etc. Bei der Zahl 6 darf ein Feld ausgesucht werden.
- Für das entsprechende Feld soll das Kind nun 1-3 Beispiele nennen. Für jedes Beispiel bekommt die Gruppe einen Punkt. Weiß das Kind gar kein Beispiel, darf es die Gruppe nach einem Beispiel fragen.
- Die andere Gruppe muss die Beispiele wiederholen. Gelingt dies nicht, muss die Gruppe einen Punkt abgeben.

Zahlenwürfel und
Punktechips

2) **Massage „Pizza backen“:** Üben der Bewegungen auf dem Tisch

Anleitung „Pizza backen“

C. Blitzlicht

D. Übungsaufgaben

Elternteil / Geschwister massieren und massiert werden

ÜB Pizza backen

E. Schlusspiel

Darf aus den bereits gespielten Spielen ausgesucht werden.

12. Stunde: Abschlussstunde

In der zwölften Stunde wird mit einer Massage-Übung das Thema Körper abgerundet. Desweiteren werden aufgrund der Erfahrungen aus dem Training für jedes Kind individuelle Strategien zur Gefühlsregulation gesammelt. Abschließend darf die Gruppe wählen zwischen einem gemeinsamen Spiel und einer Yoga-Übung. Dies soll einen positiven Abschluss des Trainings bewirken.

A. Begrüßungsrunde und Besprechung der Übungsaufgaben

B. Stundenthema Wiederholung und Vertiefung (2)

Material

1) **Gegenseitige Massage (Pizza backen)**

In drei Gruppen: zuerst an Gruppenleitern/innen ausprobieren, dann gegenseitig

2) Thema **Gefühlsregulation:**

- Verhaltensweisen, Gedanken etc. sammeln, mit denen man Gefühle regulieren kann
- Jeder schreibt/malt für sich geeignete Strategien auf

AB

Gefühlsregulation

3) **Yoga-Übungen mit Zoogeschichte und/oder Mimiktrio**

Manual

4) **Urkundenverleihung** für die erfolgreiche Teilnahme am TütASS

Urkunden

C. Blitzlicht

D. Übungsaufgaben

keine

E. Schlusspiel

Darf aus den bereits gespielten Spielen ausgesucht werden.

8.4 Beispiel für eine TütASS-Stunde (Gedächtnisprotokoll)

Stunde 6

Gruppe rot, 21.01.15

Protokolliert: 22.01.15

Gruppenmitglieder wirken auf Anhieb sehr angekommen in der Gruppe. Erzählen anhand des Gefühlwürfels unterschiedlich differenziert, wie es ihnen geht. (...) Übungsaufgaben wurden von allen vier Anwesenden gemacht, aber ein Ordner vergessen. Sehr differenziert im Gegensatz zur letzten Gruppe. Das Verständnis für das, was mit „Was ich in meinem Körper gefühlt habe“ gemeint ist, scheint besser.

Da nur vier Kinder anwesend, wird Gruppe nicht geteilt. Alle gehen hoch zum Bogenschießen. Drei der vier Kinder haben extra Turnschuhe dabei.

Bogenschießen macht den Kindern viel Freude, wirken entspannt. Wenig Langeweile beim Warten, da das Tun der anderen Kinder verfolgt wird. Bei guten Schüssen wird spontan applaudiert. Sogar wir Gruppenleiter/innen werden von den Kindern zum Schießen aufgefordert. Die Atmosphäre ist locker und angenehm.

Der Körpertherapeut lässt die Kinder zusätzlich auf einen beweglichen, an der Decke hängenden Ball schießen. Drei der vier Kinder treffen! Auch paarweise auf Kommando darf am Ende noch geschossen werden.

Anschließend Besprechung von Stärke und Schwäche. Das Thema Helden kommt gut an. Am Ende sagt jedes Kind fast von sich aus eine Schwäche und eine Stärke und wir vergleichen gemeinsam die Schwäche mit den ausgedruckten Helden. Drei der vier Kinder nennen als Schwäche „ausrasten, wenn ich geärgert werde“. Zuordnung zu Donald Duck und Überlegung, was Phantomas in der Situation machen würde. Alle Kinder können auch eine tolle Stärke nennen (weiß viel über Autos, bin hilfsbereit, ...).
(...)

Feedback am Ende sehr gut. Als Spiel wird Oktopus gewünscht. (...)

Ein Teilnehmer hat ein Lied mitgebracht (Heavy Metal) und möchte es den anderen zeigen. Er darf das nach der Stunde tun. Alle Kinder bleiben, um das Lied anzuhören.

(...)

8.5 Ergebnisse der Vor- und Nacherhebung (Skalen)

Feel-KJ: Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen

Tab. 22: Ergebnisse der Skalen des Feel-KJ, n=8

Feel-KJ Skalen		Paarige Differenzen (t0-t1)					Sig. (2-seitig)
		Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler Mittelwert	95% Konfidenzintervall der Differenz		
					Unterer	Oberer	
Adaptive Strategien	Wut	-5,750	10,526	3,721	-14,550	3,050	,166
	Angst	-5,125	15,905	5,623	-18,422	8,172	,392
	Trauer	-4,375	14,292	5,053	-16,324	7,574	,415
Maladaptive Strategien	Wut	-7,000	12,306	4,351	-17,288	3,288	,152
	Angst	1,875	14,387	5,087	-10,153	13,903	,723
	Trauer	-,375	8,863	3,134	-7,785	7,035	,908

SRS: Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität

Tab. 23: Ergebnisse der Skalen der SRS, n=11

SRS Skalen	Paarige Differenzen (t0-t1)					Sig. (2-seitig)
	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler Mittelwert	95% Konfidenzintervall der Differenz		
				Unterer	Oberer	
Soziale Bewusstheit	-,545	6,699	2,020	-5,046	3,955	,793
Soziale Kognition	2,727	5,729	1,727	-1,121	6,576	,145
Soziale Kommunikation	2,273	7,773	2,344	-2,949	7,495	,355
Soziale Motivation	4,273	8,603	2,594	-1,507	10,053	,131
Autistische Manierismen	1,455	3,857	1,163	-1,136	4,045	,239

CBCL: Deutsche Fassung der Child Behavior Checklist

Tab. 24: Ergebnisse der Skalen der CBCL, n=9

CBCL Skalen	Paarige Differenzen (t0-t1)					Sig. (2- seitig)
	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler Mittelwert	95% Konfidenzintervall der Differenz		
				Unterer	Oberer	
Sozialer Rückzug	1,0000	9,8107	3,2702	-6,5412	8,5412	,768
Körperliche Beschwerden	2,5556	6,5213	2,1738	-2,4572	7,5683	,274
Ängstlich-depressiv	1,2222	8,5408	2,8469	-5,3428	7,7872	,679
Soziale Probleme	5,3333	7,9530	2,6510	-,7799	11,4465	,079
Schizoid-zwanghaft	4,6667	8,5147	2,8382	-1,8783	11,2116	,139
Aufmerksamkeitsprobleme	4,7778	8,8144	2,9381	-1,9976	11,5532	,143
Dissoziales Verhalten	3,4444	6,5786	2,1929	-1,6123	8,5012	,155
Aggressives Verhalten	4,6667	7,3144	2,4381	-,9557	10,2890	,092

SDQ: Fragebogen zu Stärken und Schwächen

Tab. 25: Ergebnisse der Skalen des SDQ, n=11

SDQ Skalen	Paarige Differenzen (t0-t1)					Sig. (2- seitig)
	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler Mittelwert	95% Konfidenzintervall der Differenz		
				Unterer	Oberer	
Emotionale Probleme	1,091	1,300	,392	,217	1,964	,019
Verhaltensprobleme	,909	1,700	,513	-,233	2,051	,107
Hyperaktivität	,545	1,916	,578	-,742	1,833	,367
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	,545	2,252	,679	-,968	2,059	,441
Prosoziales Verhalten	,182	1,940	,585	-1,121	1,485	,762

ILK: Inventar zur Erfassung der Lebensqualität

Tab. 26: Ergebnisse der Skalen des ILK, n=11

Fragebogen für	ILK Einzelitems	Paarige Differenzen (t0-t1)					Sig. (2-seitig)
		Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler Mittelwert	95% Konfidenzintervall der Differenz		
					Unterer	Oberer	
Eltern	Schule	-,1818	1,0787	,3252	-,9065	,5429	,588
	Familie	,0909	,7006	,2113	-,3798	,5616	,676
	Andere Kinder	,0000	,7746	,2335	-,5204	,5204	1,000
	alleine	-,0909	1,1362	,3426	-,8542	,6724	,796
	Gesundheit	-,2727	,9045	,2727	-,8804	,3349	,341
	Nerven/Laune	,0909	,7006	,2113	-,3798	,5616	,676
	Alles zusammen	,2727	,9045	,2727	-,3349	,8804	,341
Kinder	Schule	,0000	,8944	,2697	-,6009	,6009	1,000
	Familie	,0909	1,0445	,3149	-,6108	,7926	,779
	Andere Kinder	-,0909	1,0445	,3149	-,7926	,6108	,779
	alleine	,0000	,7746	,2335	-,5204	,5204	1,000
	Gesundheit	,2000	,6325	,2000	-,2524	,6524	,343
	Nerven/Laune	,1000	1,1972	,3786	-,7564	,9564	,798
	Alles zusammen	,6000	,8433	,2667	-,0032	1,2032	,051

8.6 Fragestellungen zur Bewertung des TütASS

Tab. 27.1: Übersicht über die Fragestellungen zur Bewertung des TütASS durch Kinder, Eltern und Gruppenleiter/innen: Fragen, Abkürzungen der Fragen und Antwortspektrum

Thema	Fragebogen	Frage	Abkürzung	Antwortspektrum (1-5)
Motivation und Befindlichkeit der teilnehmenden Kinder	Stunden-evaluation	Kinder	Hattest du Lust, heute ins Training zu kommen?	Lust aufs Training gar keine – sehr viel Lust
		Kinder	Wie ging es dir in der Stunde?	Befinden in der Stunde sehr schlecht – sehr gut
		Kinder	Hattest du in der Stunde Angst oder Sorgen?	Angst / Sorgen die ganze Zeit - nie
		Eltern	Wie motiviert war Ihr Kind, in diese Sitzung zu kommen?	Motivation fürs Training Keine – starke Motivation
	Gesamt-evaluation	Eltern	Wie war die Stimmung Ihres Kindes nach dem letzten Training?	Stimmung nach dem Training sehr negativ – sehr positiv gestimmt
		Gruppen-leiter	Wie war die Stimmung in der Gruppe?	Stimmung in der Gruppe sehr gut – sehr schlecht
		Eltern	Wie motiviert war Ihr Kind, ins Training zu gehen?	Motivation insgesamt Gar nicht - sehr motiviert
		Kinder	Bist du gerne ins Training gegangen?	Gern ins Training Nein, gar nicht – Ja, sehr
		Kinder	Findest du die Themen „Körper“ und „Gefühle“ wichtig?	Wichtigkeit der Themen Nein, gar nicht – Ja, sehr
		Kinder	Wie findest du es, dass in der Gruppe noch andere Kinder sind?	Gruppenansatz total doof – super
Bewertung des Trainingskonzepts	Gesamt-evaluation	Eltern	Wie finden Sie es, dass das Training in der Gruppe stattfindet?	Gruppenansatz sehr schlecht – sehr gut
		Gruppen-leiter	Wie findest du es, dass das Training in der Gruppe stattfindet?	Gruppenansatz sehr schlecht – sehr gut
	Gesamt-evaluation	Eltern	Finden Sie das Gesamtkonzept des TütASS sinnvoll?	Gesamtkonzept gar nicht – sehr sinnvoll
		Gruppen-leiter	Findest du das Gesamtkonzept des TütASS sinnvoll?	Gesamtkonzept gar nicht – sehr sinnvoll

Tab. 27.2: Übersicht über die Fragestellungen zur Bewertung des TütASS durch Kinder, Eltern und Gruppenleiter/innen: Fragen, Abkürzungen der Fragen und Antwortspektrum

Thema	Fragebogen	Frage	Abkürzung	Antwortspektrum (1-5)	
Bewertung des Trainingserfolges	Gesamtevaluation	Eltern	Denken Sie, dass Ihr Kind sich mit den Themen „Körper“ und „Gefühle“ stärker auseinandersetzt?	Auseinandersetzung mit Körper/Gefühlen	sicher nicht – auf jeden Fall
		Eltern	Würden Ihre Erwartungen an das TütASS erfüllt?	Erfüllung der Erwartungen	Gar nicht - vollkommen
		Eltern	Wie hilfreich fanden Sie das Training?	Bewertung des TütASS als hilfreich	gar nicht – sehr hilfreich
		Gruppenleiter	Findest du das Training hilfreich für die Kinder?	Bewertung des TütASS als hilfreich	gar nicht – sehr hilfreich
		Gruppenleiter	Wie zufrieden bist du mit dem Verlauf des Trainings?	Zufriedenheit mit Trainingsverlauf	sehr unzufrieden – sehr zufrieden
		Gruppenleiter	Findest du, dass die Kinder von der Gruppensituation profitiert haben?	Nutzen des Gruppenansatzes	gar nicht – sehr stark
		Eltern	Für wie sinnvoll halten Sie die Hausaufgaben?	Nutzen der Übungsaufgaben	gar nicht – sehr sinnvoll
		Gruppenleiter	Wie sinnvoll findest du die Übungsaufgaben für zu Hause zu dieser Stunde?	Nutzen der Übungsaufgaben	gar nicht – sehr sinnvoll
		Kinder	Helfen dir die Dinge, die du im Training gelernt hast, auch im Alltag? Zum Beispiel, wenn du mit deiner Familie zusammen bist?	Alltagsrelevanz der Themen	gar nicht – sehr oft
		Eltern	Spricht Ihr Kind zu Hause über das Training?	TütASS als Gesprächsthema	gar nicht – sehr häufig
Transfer von Gelerntem auf den Alltag	Stunden-evaluation	Eltern	Greifen Sie zu Hause Themen noch einmal auf?	Aufgreifen von Themen zu Hause	gar nicht – sehr häufig
		Kinder	Helfen dir die Dinge, die du im Training gelernt hast, auch im Alltag? Zum Beispiel, wenn du mit deiner Familie zusammen bist?	Alltagsrelevanz der Themen	gar nicht – sehr oft
Transfer von Gelerntem auf den Alltag	Gesamtevaluation	Eltern	Greifen Sie zu Hause Themen noch einmal auf?	Aufgreifen von Themen zu Hause	gar nicht – sehr häufig
		Kinder	Helfen dir die Dinge, die du im Training gelernt hast, auch im Alltag? Zum Beispiel, wenn du mit deiner Familie zusammen bist?	Alltagsrelevanz der Themen	gar nicht – sehr oft

Tab. 27.3: Übersicht über die Fragestellungen zur Bewertung des TütASS durch Kinder, Eltern und Gruppenleiter/innen: Fragen, Abkürzungen der Fragen und Antwortspektrum

Thema	Fragebogen	Frage	Abkürzung	Antwortspektrum (1-5)	
Bewertung der einzelnen Stunden	Stunden- evaluation	Kinder	Wie gut hast du den Inhalt der Stunde verstanden?	Verständlichkeit der Themen	Gar nicht – sehr gut verstanden
		Kinder	Hat dir die Stunde Spaß gemacht?	Spaß an der Stunde	Gar nicht - sehr
		Kinder	Denkst du, dass dir das Gelernte im Alltag hilft?	Bewertung der Stunde als hilfreich	Gar nicht – sehr hilfreich
		Eltern	Wie hilfreich schätzen Sie die letzte Trainingsstunde ein?	Bewertung der Stunde als hilfreich	
		Gruppen- leiter	Wie hilfreich schätzt du die Trainingsstunde ein?	Bewertung der Stunde als hilfreich	Gar nicht – sehr hilfreich
		Gruppen- leiter	Wie gut wurde die Stunde angenommen? / Wie gut haben die Teilnehmer mitgemacht?	Mitmachen der Kinder	Sehr schlecht – sehr gut
		Gruppen- leiter	Wurde dieses (das Stundenziel) erreicht?	Erreichen des Stundenziels	Gar nicht – vollkommen
		Gruppen- leiter	Wie sinnvoll findest du die Bausteine zu dieser Stunde?	Nutzen der Bausteine der Stunde	Gar nicht – sehr sinnvoll

8.7 Antworten auf offene Fragen der Evaluationsbögen

8.7.1 Bewertung des TütASS

Was war gut am TütASS?

Eltern

Zwischenevaluation

- Ganz tolle Möglichkeit, sich zu öffnen, zu erzählen und sich verstanden zu fühlen
- Kind geht gerne hin und ist immer ganz glücklich danach → Es tut ihm gut.
- Gruppenkonzept an sich, Bogenschießen gefiel ihm sehr
- Dass das Thema Gefühle thematisiert wird; insgesamt profitiert das Kind sehr vom TütASS; anhand der Materialien kommen wir zum jeweiligen Thema etwas in Dialog
- Dass die Gruppe gut harmonisiert
- Das Bogenschießen, dabei die Herausforderung Körperwahrnehmung und Gefühle

Gesamtevaluation

- Die Gemeinschaft; die Themen sind genau das, was den Kindern im Alltag Schwierigkeiten bereitet
- Sohn war immer entspannt danach, das war toll!
- Training in den Gruppen; praktische Aktivitäten
- Er ist gerne gegangen, war gut gelaunt danach
- Dass es in der Gruppe war
- Wie man/frau auf die Kinder einging; die Unterlagen zum Nachschauen; Therapiehund Tina
- Die Gemeinschaft; wie der Unterricht aufgebaut war
- Was alles ok – das Konzept passt
- Besseren Zugang zu sich selbst finden
- Super! Mein Kind hat einen anderen Blickwinkel auf Gefühle gezeigt bekommen. Er hat gesehen, dass auch andere Kids Probleme wie er haben.

Kinder

Zwischenevaluation

- Alle nett zu mir sind
- Mit den Gruppenleitern zu spielen, auch den Kindern und Bogenschießen
- Alles
- Bogenschießen
- Bogenschießen
- Bogenschießen
- Bogenschießen; Gruppenleiter haben Humor
- Bogenschießen

Gesamtevaluation

- Die Menschen waren nett zu mir
- Yoga, Bogenschießen, Massage, Thema Angst war mir wichtig
- Alles
- Bogenschießen
- Alles
- Tina, Bogenschießen
- Massieren, Bogenschießen
- Bogenschießen, die Spannung und Bestätigung dabei
- Es war lustig
- Die Gemeinschaft

Gruppenleiter/innen

Zwischenevaluation

- Vor allem Sachen, bei denen man sich bewegen oder spielerisch lernen konnte; Aufbau der Stunden und Struktur; Gruppensituation
- Durch die Gruppensituation werden automatisch auch soziale Kompetenzen eingeübt; die einzelnen Interventionen halte ich für sinnvoll und hilfreich für die Kinder; gute Zusammenarbeit der Teamleiter
- Fokussierung auf Gefühle und Körperwahrnehmung. Weniger Sozialverhaltensdressur. Sondern mehr Fundierung des Verhaltens.
- Der aktive Austausch der Kinder untereinander durch z.B. Rückmeldung als auch passiv durch Beobachtung
- Das ganze Training hat gute Ansätze, es macht den Kindern größtenteils Spaß und sie kommen gerne; die Kinder machen während des Trainings Fortschritt, scheinen davon zu profitieren; die Gruppe war super!
- Anstöße werden gegen und aufgenommen; Gruppengefühl entsteht; gute Mischung von Methoden und Inhalten
- In der Gruppe: Dass die Kinder voneinander lernen können.
- Sehr gute Gruppendynamik

Gesamtevaluation

- Motivation der Gruppenteilnehmer und Eltern; Zusammenarbeit der Therapeuten
- Tina als Co-Therapeutin; gut ausgearbeitete Stundeninhalte; Bogenschießen
- Kinder lassen sich auf das Bogenschießen ein – genügend Aufmerksamkeit vorhanden
- Wie gut unsere Gruppenarbeit funktioniert; interaktive Aufgaben oder Lernen in Spielform; finde den Aufbau der Sitzungen sehr sinnvoll und stimmig; die Kinder geben größtenteils sehr pos. Feedback
- Viel von der Gruppe gelb gelernt und können sicherer die Stunde leiten; bei Gruppe rot das Gefühl, dass sie mehr vom Training mitnehmen können
- Dass die Gruppenmitglieder zunehmend mehr mitarbeiten
- Kinder machen sehr aufmerksam mit; jede Stunde scheint anzukommen; hören anderen Kindern gut zu

Was war nicht gut am TütASS?

Eltern

Zwischenevaluation

- Verhalten des Kindes war oft nach den Stunden ungewohnt heftig
- Wöchentliche Termine nehmen viel Zeit in Anspruch; Kind kann keine HA machen an diesen Tagen, was ihn selbst stört
- Hausaufgaben sind bei uns immer ein schwieriges Thema
- Rollenspiele, Kind tut sich schwer damit
- Ich finde es ganz toll, wie ihr den Unterricht gestaltet

Gesamtevaluation

- Da mein Sohn nichts erzählt hat und ich nicht dabei war, fiel es schwer, das Gelernte zu vertiefen
- Dass nur das Thema Gefühle vorkam
- Wöchentliche Termine
- Rollenspiel als Robin Hood

Kinder

Zwischenevaluation

- Die Aufgaben gefallen mir nicht immer
- Das Warten
- Blitzlicht
- Gefühle-Thema
- Hausaufgaben
- Dass ich jeden Mittwoch herkommen muss

Gesamtevaluation

- Die Kinder, die sich nicht gut benommen haben
- Nichts
- nichts
- Dass man jede Woche hinmusste
- Gibt es nichts
- Yoga-Stunde
- Hausaufgaben

Gruppenleiter/innen

Zwischenevaluation

- Schwierigkeiten mit einem Kind; Geduldsprobe beim Bogenschießen
- Wenig Möglichkeit, auf einzelne Kinder einzugehen; zu wenig Supervision; oft geht viel Zeit für „Erziehung“ der Kinder drauf
- Bogenschießen: Gruppengröße verkleinern!
- Die Gruppe ist manchmal sehr chaotisch; evtl. hätte man am Anfang deutlicher Grenzen aufzeigen müssen; Aufgaben mit Schulcharakter schrecken ab
- Versuchen, mehr vom Schulcharakter wegzukommen und Inhalte trotzdem gut zu vermitteln
- Manchmal viel Theorie

Gesamtevaluation

- Besprechungen, theoretische Aufgaben haben schlecht funktioniert; einzelne Teilnehmer können Gruppe zu sehr aufmischen
- Typisch für eine Gruppenintervention ist, dass es einzelne Kinder geben kann, die die Gruppendynamik stören
- Manche Kinder waren sehr schwierig im Sozialverhalten
- Schwierigkeiten durch auffälligen und unmotivierten Teilnehmer (wobei auch er zeitweise profitierte)
- Manche Kinder lassen sich von Störenfrieden ablenken; Verbindung der Themen muss noch deutlicher gemacht werden
- Einzelziele kommen zu kurz
- Die Schwierigkeit, wenn einzelne die Gruppe sprengen
- Manche Kinder waren sehr schwierig im Sozialverhalten

Was haben die Kinder durch das TütASS gelernt?(Gesamtevaluation)

Eltern

- Wo die Wut sitzt!
- Sein Interesse am Bogenschießen entdeckt; hat mehr Interesse am Befinden anderer
- Ich kann keine Veränderung feststellen, angewendet hat er nichts
- Überhaupt auf Gefühle zu achten, Gesichtsmimik zu beachten
- Gefühle bei anderen besser zu erkennen
- Ergebnis/Erfolg für uns leider derzeit nicht nachvollziehbar
- Mehr Körperwahrnehmung: duscht sich allein, wäscht die Haare allein, sehr gute Körperhygiene bekommen
- Dass Gesichtsausdruck Gefühle widerspiegelt. Veränderung in der Stimme wird besser erkannt

Kinder

- Wo meine Wut sitzt
- Vieles, Robin Hood, dass man Gefühle für jeden hat, eigentlich
- Nichts
- Mehr auf meine Gefühle zu achten
- alles
- Gefühle zu erkennen
- Gefühle zu verstehen
- Zuzuhören, und wie ich auf manches reagiere

Hat sich während des TütASS etwas verändert? (Gesamtevaluation)

Eltern

- Ruhiger, gelassener
- Hoffnungsvolle, positive Einstellung zu TütASS
- Er wurde laut, wenn er „sauer“ wurde

- Zwischendurch Überforderung wegen der wöchentlichen Termine
- Hat einmal ein persönliches Gespräch über seine Klassensituation [begonnen]
- Nachdenklicher, geht mehr auf Gefühle ein

Kinder

- Großes, mein Kopf, ich habe gemerkt, dass ich anders bin
- Weiß nicht so genau, fühl mich bloß besser
- Über Gefühle mehr nachzudenken
- Ich versteh etwas besser, wie andere schauen

8.7.2 Verbesserungsvorschläge

Weitere gewünschte Inhalte

Eltern

Zwischenevaluation

- Wie verhalte ich mich gegenüber anderen oder in einer Gruppe - Reflektion
- Kommunikation mit anderen
- Fortsetzung mit Soz. Kompetenztraining
- Warum auch Worte verletzen können; ich bin nicht alleine auf der Welt
- Umgang mit Geschwistern
- Soziale Kompetenz
- Wie er mit seiner Wut umgehen kann, ohne zuzuschlagen

Gesamtevaluation

- Soziales Verhalten
- Fortsetzung mit weiteren Modulen
- Es könnte von jedem Kind sein spezielles „Problem“ besprochen werden; Eltern mehr mit einbeziehen
- Geschwisterrivalität
- Umgang mit Wut, Schmerz, Verletzung
- Wie man mit Kritik umgeht
- Benehmen (in der Schule), Sozialleben

Kinder

Zwischenevaluation

- Über Tiere lernen, das Verhalten
- Mandalas anmalen
- Gefühle gegenüber Hunden
- Bogenschießen
- Mehr zum Thema „Körper“ aber ohne Gefühle
- Umgang mit Gefühlen bei Konflikten
- Mit Tina Gassi

Gesamtevaluation

- Mehr Bogenschießen

Gruppenleiter/innen

Zwischenevaluation

- Bogenschießen evtl. nach hinten verschieben (zu viel Wdh. , wenig inhaltl. Verknüpfung)
- Größerer Anteil „Körper“; eingehen auf persönliche Ziele
- Bogenschießen: Gruppengröße verkleinern
- Wie kann man in der Schule (und beim TüTASS) aufmerksam bleiben?

- Versuchen, mehr vom Schulcharakter wegzukommen und Inhalte trotzdem gut zu vermitteln; wie kann ich mich gut einbringen, beteiligen; Erklärung, dass wir eine Gruppe sind und jeder was dazu beiträgt
- Evtl. Bogenschießen ganz am Ende nochmal

Gesamtevaluation

- Gefühlsregulation; Gefühlsbarometer
- Verbindung der Themen ggf. Gesamtvorlage, die dann angemalt/abgehakt werden kann; Verstärkt, was man in Situationen tun kann, z.B. mit Wut umgehen; Hilfe für den Schulalltag, generell sich Hilfe holen, Probleme ausdrücken; evtl. mehr Sport/körperliche Übungen zwischendurch
- SOKO im Anschluss wäre sinnvoll, evtl. über längeren Zeitraum mit größeren Abständen; evtl. „Gefühle bei anderen“ intensivieren
- Thema: In Gruppe zusammenarbeiten, wie verhalte ich mich in Gruppe
- Eher Gefühle noch vertiefen
- Sind genug
- Übungen zur Kontaktaufnahme, Wunsch nach Thema Geschwisterrivalität, mehr soziale Kompetenzen z.B. Thema Freundschaft

Anmerkungen der Gruppenleiter/innen

Gesamtevaluation

- Gefühl & Gedanken weglassen; evtl. ganzen Aufbau des Gefühle-Teils nochmal überdenken
- Theoretisches kürzer abhandeln
- Eventuell Massage weglassen, da es manchen unangenehm war?
- Evtl. in letzter Stunde nochmal Bogenschießen; man bräuchte ein Token-System, um Kinder zu belohnen / bestrafen
- Vorbesprechungs-Einzeltermin wäre schön
- Auch wenn es manchmal anstrengend war, hat es doch immer viel Spaß gemacht!
- Der Elternaustausch scheint ebenfalls eine wichtige Entlastung zu sein
→ Wirkfaktor des Trainings
- Insgesamt sind wir mit Basics der Wahrnehmung gut dabei, was das Thema angeht. Da wir von Gottfrieds Tipps profitieren evtl. beim nächsten Treffen „Krisenmanagement“ absprechen. Zwei Patienten waren doch eine Herausforderung. Sonst: tolles Team!