

Bettina Jenny & Camille Schär

# Personzentrierte Gruppenpsychotherapie für Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen – das KOMPASS-Training

**Zusammenfassung:** Im Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich wurde der Personzentrierte Ansatz konzeptuell auf Kinder-Gruppentherapien übertragen und bei verschiedenen Störungsbildern evaluiert. Da es zur konkreten gruppentherapeutischen Umsetzung für Jugendliche mit einer Autismus-Spektrum-Störung kaum Literatur gibt, entwickelten die Therapeuten<sup>1</sup> im Rahmen einer intensiven Auseinandersetzung mit den spezifischen Besonderheiten dieser Jugendlichen ein eigenes Behandlungskonzept auf personzentrierter Grundlage, das Kompetenztraining in der Gruppe für Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen (KOMPASS). Die praktische Vorgehensweise wird beispielhaft an Hand der KOMPASS-Module ‚Emotionen‘ und ‚Small Talk‘ geschildert, in denen sich zwei therapeutische Vorgehensweisen darstellen lassen. Inzwischen wurden vier sogenannte Basis-Trainings, in denen 28 Mädchen und Jungen im Alter von 12–18 Jahren mit Asperger-Syndrom oder Atypischem Autismus behandelt wurden, evaluiert und mit einer Kontroll-Wartegruppe (n = 19) verglichen. Die vorläufigen Ergebnisse mit zufriedenstellenden bis guten Effektstärken sprechen für die Wirksamkeit des Gruppentrainings. Eltern und Lehrpersonen geben einen signifikanten Abbau der autistischen Symptomatik und einen Zuwachs an sozialen Kompetenzen an.

**Schlüsselwörter:** Jugend, Gruppentherapie, Klientenzentrierte Psychotherapie, Autismus, Evaluation

**Abstract: Person-Centred Group Psychotherapy for Adolescents with Autism-Spectrum-Disorders—the KOMPASS Training.** *In the Department of Child and Adolescent Psychiatry at the University of Zurich the person-centred approach was applied to group-settings for children with different psychiatric disorders, and the treatments were evaluated. Due to the lack of specific literature on group-intervention for adolescents with autism-spectrum-disorders the therapists developed their own therapeutic procedure based on the person-centred approach incorporating specific characteristics of autistic adolescents, the Social Skills Group-Training for adolescents with Autism-Spectrum-Disorder (KOMPASS). Practical procedures are described through the KOMPASS modules ‘emotions’ and ‘small talk’ as examples to present two different therapeutic strategies. Until now four group-trainings have been evaluated. 28 girls and boys at the age of 12–18 with Asperger Syndrome or atypical autism were included in the study and compared to a waiting-control-group (n = 19). Preliminary results indicate the benefits of the group intervention with moderate to high effect-sizes. Parents and teachers report a significant decline in autistic symptoms and an increase in social skills.*

**Keywords:** adolescence, group-therapy, client-centred psychotherapy, autism, evaluation

## 1. Einleitung<sup>2</sup>

„Das ‚Einsam sein‘-Gefühl war dann so stark, dass ich schon Glücksgefühle bekam, wenn mich jemand in der Schule begrüßte. Ich fühlte mich glücklich, als mich eine Schulkollegin um ein Taschentuch bat.“ (Schneebeli, 2009, S. 63)

Unter dem Begriff Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) werden der Frühkindliche Autismus, das Asperger-Syndrom und der Atypische Autismus, dem oft auch der High-Functioning-Autismus zugeordnet wird, zusammengefasst. Wenn von ASS im gut funktionierenden Spektrum die Rede ist, so bezieht sich dies auf Menschen, die trotz spezifischer Besonderheiten kognitiv und sprachlich annähernd altersgemäß entwickelt sind und deren Ausmaß der autistischen Beeinträchtigung, relativ betrachtet, geringer ist als bei Menschen mit Frühkindlichem Autismus. Im Zentrum der ASS, die als tiefgreifende Entwicklungsstörungen alle wesentlichen Lebensbereiche betreffen, steht die Beeinträchtigung der wechselseitigen sozialen Interaktion und Kommunikation. Diese Menschen suchen zwar immer

1 Zur besseren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsneutrale oder für beide Geschlechter explizite Formulierung verzichtet.

2 Dieser Artikel ist Teil der Dissertation ‚Entwicklung und Evaluation einer Gruppentherapie für Kinder mit einer Störung des Sozialverhaltens und einer Gruppenbehandlung für Jugendliche mit einer Autismus Spektrum Störung‘ der Erstautorin.

wieder Kontakt, stellen sich dabei aber oft ungeschickt an, so dass die Interaktion für beide Partner unbefriedigend verläuft. Ihr Verständnis der impliziten sozialen Regeln, der verbalen und nonverbalen Codes wie auch der Motive hinter Handlungen ist beeinträchtigt. Sie verfolgen Spezialinteressen, die sie oft kaum mit anderen teilen können, und nehmen nur bedingt an den kollektiven Themen ihrer Bezugsgruppe (z. B. Mode, Musik) teil. Die Orientierung auf soziale Stimuli ist begrenzt, sie werden von anderen als unemotional oder unangemessen emotional wie auch als unempathisch erlebt. Sie haben in der Folge weniger Freunde (Koning & Magill-Evans, 2001) und erleiden mehr sozial aversive Verhaltensweisen wie zum Beispiel Mobbing (Little, 2001). Menschen mit ASS weisen aber auch viele Stärken auf, die therapeutisch genutzt und unterstützt werden sollten. Dabei geht es nicht nur um die besonderen Leistungen bei den Spezialinteressen und ihren Sinn fürs Detail, sondern auch um soziale Kompetenzen wie Loyalität, Ehrlichkeit, Zuverlässigkeit, Unvoreingenommenheit und Eigenständigkeit (z. B. gegenüber Peer-Druck), aber auch ihre sachliche, eindeutige Kommunikation.

Autistische Kinder lernen auf Grund neuropsychologischer Besonderheiten anders; typisch sind Entwicklungsverzögerungen der Theory-of-Mind (Baron-Cohen, 2001), Besonderheiten der Informationsverarbeitung, die eher am Detail orientiert ist und eine geringere zentrale Kohärenz aufweist (Happé & Frith, 2006) sowie Schwierigkeiten bei den exekutiven Funktionen (Happé & Frith, 1996). Entsprechend müssen auch die Therapieprogramme angepasst werden (Sofronoff, Attwood, Hinton & Levon, 2007). Nachdem man lange davon ausging, dass autistische Menschen ihre sozialen Kompetenzen nur in geringem Maße entwickeln können, ist in den letzten 25 Jahren die Erkenntnis gewachsen, dass sich diese durch gezieltes Training verbessern lassen (Solomon, Goodlin-Jones & Anders, 2004). Auf Grund ihres detail-orientierten Informationsverarbeitungsstils stellt der Transfer in den Alltag und die Generalisierung des Erlernten eine große Hürde dar (Solomon et al., 2004). Auch die Psychotherapie muss sich dieser Aufgabe stellen. Therapieprogramme können Kindern und Jugendlichen mit ASS helfen, sich in ihrer sozialen Umgebung zurechtzufinden und darin ‚navigieren‘ zu können. Sie sollen, sofern sie dies wünschen, die Chance erhalten, sich in der Gleichaltrigen-Gruppe zu assimilieren und mit ihnen vertrauten, aber auch unbekanntem Kindern und Erwachsenen in Kontakt treten zu können.

Das Gruppensetting eignet sich in besonderem Maße für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ASS (Solomon et al., 2004). Die sozialen Verhaltensweisen können im geschützten Rahmen und direkt mit der relevanten Bezugsgruppe, den Gleichaltrigen, geübt werden. Die Arbeit im Gruppensetting fördert auch die Identitätsentwicklung. Jenny (2010) stellt in ihrer Übersichtsarbeit dreizehn Gruppeninterventionen vor, die zwischen 1984 und 2008 evaluiert und publiziert wurden. Auf Grund dieses Überblicks kann davon ausgegangen werden, dass Kinder und Jugendliche mit ASS durch Gruppenbehandlungen neue soziale und kommunikative

Kompetenzen entwickeln können, auch wenn nur fünf Studien einen Transfer in den Alltag belegen und nur selten eine Generalisierung auf weitere soziale und kommunikative Fertigkeiten beschrieben wird. In Jenny (2010) werden auch hilfreiche nicht-evaluierte Behandlungsprogramme aus dem englischsprachigen Raum vorgestellt.

Im KOMPASS-Praxishandbuch (Jenny, Goetschel, Isenschmid & Steinhausen, angenommen) findet sich eine ausführliche Darstellung des klinischen Bildes, eine Beschreibung der Komorbiditäten, eine Zusammenstellung der epidemiologischen Befunde und die Diskussion verschiedener Befunde zur Ätiologie, aber auch verschiedener Behandlungsstrategien.

## 2. Konzept

*„Ich wusste nicht, was ‚abmachen‘ bedeutet, wie man Kinder einlädt oder was man zusammen reden könnte. Welche Person musste man wie und wann grüssen? Meine Mutter erklärte mir, dass dies anderen Zehnjährigen im Alltag mühelos gelingt. Ich musste alles durch Logik, bildliche Erklärungen und Beobachtungen lernen. Was andere intuitiv nebenbei beim Älterwerden wahrnehmen und lernen, bereitete mir grosse Mühe.“ (Schneebeli, 2009, S. 26)*

Da es noch kaum evaluierte Gruppenprogramme zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ASS gibt (Jenny, 2010) und sich Interventionsprogramme für andere Störungsbilder nicht dazu eignen (Ozonoff & Miller, 1995; Rao, Beidel & Murray, 2008), müssen entsprechende Gruppeninterventionen entwickelt werden. Im deutschsprachigen Raum finden sich aktuell nur zwei evaluierte Programme: das KONTAKT-Gruppentraining von Herbrecht et al. (2008) und das KOMPASS-Gruppentraining von Jenny et al. (angenommen). Herbrecht et al. (2008), die angesichts der relativ kleinen Stichprobe und des Pilotcharakters der Studie das Signifikanzniveau auf  $p = .10$  (einseitig) bzw. eine mindestens mittlere Effektgröße bei  $ES > .25$  ansetzen, finden signifikante Therapieeffekte in 3 der 8 Skalen der Elternangaben ( $n = 10-14$ ,  $p = .02-.08$ ,  $ES = .18-.33$ ) sowie im einen Lehrerfragebogen ( $n = 5$ ,  $p = .16$ ,  $ES = .69$ ).

Das KOMPASS-Training, das auf prozess- und ressourcenorientierte Aspekte fokussiert und auf der Grundlage des Personenzentrierten Ansatzes entwickelt wurde, entstand aus der Auseinandersetzung mit den Autismus-spezifischen Bedürfnissen und dem Versuch zu verstehen, wie Menschen mit ASS die Welt wahrnehmen und erleben. Mitterhuber & Wolschlagler (2001) betonen, dass erst ausreichendes Wissen um eine Störung und deren Entstehungsbedingungen empathisches Mitvollziehen, eine Zugangsweise zu fremden und zunächst unverständlichen Erlebensformen und entsprechend ein Beziehungsangebot ermöglicht („wissendes Verstehen“, S. 149). Das sogenannte KOMPASS-Basistraining umfasst

neben dem Modul Kennenlernen drei weitere Module, deren Relevanz im KOMPASS-Praxishandbuch (Jenny et al. angenommen) begründet werden: Modul 1 ‚Emotionen‘ (s. 3.3), Modul 2 ‚Small Talk‘ (s. 3.4) und Modul 3 ‚Nonverbale Kommunikation‘ mit den Themen Erster Eindruck und höfliches Verhalten, Körperhaltungen und das Nähe-Distanz-Spektrum, Gestik, Mimik und Blickkontakt, Stimme sowie aktives Zuhören. Bei allen Themen wird immer auf die Entwicklung des Perspektivenwechsels und der Empathie geachtet. Im KOMPASS-Fortgeschrittenentraining, das nicht Teil dieses Artikels ist, wird die Entwicklung des Perspektivenwechsels und der Empathie durch die Module ‚Komplexe Kommunikation‘ und ‚Interaktionen & Freundschaft‘ unterstützt. Gelegentlich finden auch Gruppentreffen für Geschwister von Betroffenen statt.

Es wurde bewusst die Form einer Gruppenintervention gewählt, um die soziale Interaktion mit sozial relevanten Partnern zu fördern und die Generalisierung der erlernten Fertigkeiten zu unterstützen, auch wenn dadurch die Bearbeitung individueller und aktueller Erfahrungen in den Hintergrund rückt. Nur in der Gruppe können reale und vielfältige Beziehungserfahrungen gemacht werden, was besonders für autistische Menschen wichtig ist. Zudem gelten Gruppenbehandlungen als effiziente, adäquate und kostengünstige Verfahren, um Kinder mit Schwierigkeiten der sozialen Kompetenzen zu behandeln (Hoag & Burlingame, 1997). Außerdem stellt nach Lietaer & Keil (2002) der Personzentrierte Ansatz in erster Linie einen gruppentherapeutischen Ansatz dar, der auch auf den Sonderfall der Einzeltherapie angewendet werden kann. Die im KOMPASS-Praxishandbuch aufbereiteten Materialien und Übungen können auch in Einzeltherapien, in Kleinstgruppen mit zwei Teilnehmern oder mit Adaptationen auch mit jüngeren Kindern oder Erwachsenen genutzt werden.

Die von den Betroffenen erlebte ‚Andersartigkeit‘ wird respektiert, und sie werden in ihrem ‚Anderssein‘ akzeptiert. Das Gruppentraining soll Menschen mit ASS eine bewusste, kontextabhängige Wahl aus verschiedenen sozialen Verhaltensalternativen ermöglichen, wenn sie sich in der nicht-autistischen Welt bewegen wollen. Rogers (1988) weist darauf hin, dass Menschen, wenn sie entdecken, dass sie etwas können, auch handeln. So werden die Handlungsmöglichkeiten erweitert, was den Betroffenen die Wahl gibt, sich neuen sozialen Erfahrungen zuzuwenden und soziale Situationen erfolgreich zu bewältigen. Gleichzeitig wird das soziale Verständnis durch explizite Informationen gefördert. Die Jugendlichen werden durch das Training für soziale Aspekte des Alltags wacher, wodurch sie mehr relevante Informationen wahrnehmen, welche ihnen das soziale Verstehen erleichtern. Auch das Bewusstsein für die eigenen sozialen Signale, mit denen sie ständig, auch unbeabsichtigt, kommunizieren, wird geweckt. So lernen sie, den Eindruck, den sie bei anderen hinterlassen, bewusster zu steuern und nicht mehr nur Opfer von Fehlinterpretationen auf Grund von ungenauen Signalen zu bleiben. Somit geht es um die Grundlagen der Selbst- und Fremdwahrnehmung, die sich im Selbstkonzept

niederschlagen. In der Gruppe können sozio-emotionale Grunderfahrungen mit Gleichaltrigen gemacht werden, die viele Jugendliche mit ASS bisher missen mussten und die ihnen bisher auch Angst machten. Die Jugendlichen erleben sich zum ersten Mal nicht als unverstandene Minderheit, sondern sind innerhalb der Gruppe die Norm bildende Mehrheit. Sie erfahren, dass sie mit ihrer sozialen Behinderung nicht alleine dastehen, sondern einer ‚Schicksalsgemeinschaft‘ angehören. In der KOMPASS-Gruppe werden auch die (sozialen) Stärken betont, es wird auf ihnen aufgebaut und sie werden zur Identitätsentwicklung genutzt.

Bei der konzeptuellen Umsetzung gehen wir auf dem Hintergrund der Literaturdurchsicht davon aus, dass soziale Fertigkeiten bewusst gelernt und intellektuell nachvollzogen werden können (z. B. Hadwin, Baron-Cohen, Howlin & Hill, 1996). Zu den Ressourcen gehört der intellektuelle, sachliche Zugang zum Leben, der genutzt wird, um den intuitiven emotionalen Zugang, der schwächer entwickelt ist, zu unterstützen. Da autistische Kinder soziale Regeln nicht intuitiv im Alltag erlernen, werden für sie soziale Fertigkeiten (z. B. das Begrüßen) erst versteh- und somit adäquat anwendbar, wenn die impliziten sozialen Regeln und unausgesprochenen Erwartungen explizit gemacht werden. Das explizite Lernen von sozialen Verhaltensweisen soll, auf einfachen Fertigkeiten aufbauend, auch komplexere Fertigkeiten vermitteln (Howlin, Baron-Cohen & Hadwin, 1999). Es geht bewusst nicht darum, den Jugendlichen einfach sozial akzeptables Verhalten anzutrainieren, sondern sie sollen Freude an der Interaktion und dem emotionalen Teilhaben erleben und entwickeln können. Zudem werden ihnen immer wieder die dahinterliegenden Motivationen und Interpretationen vermittelt: Weshalb ist es z. B. nicht-autistischen Menschen so wichtig, dass ihre Kommentare im Gespräch aufgenommen werden und ihnen das Gespräch aktiv mit Rückfragen zurückgegeben wird? Was bedeutet dies für sie?

Um die Verständnisschwierigkeiten von abstrakten sozialen Regeln und Abläufen aufzufangen, werden diese im Sinne von Krasny et al. (2003) konkretisiert und visualisiert. Wo immer möglich wird Abstraktes (z. B. Gesprächsablauf, Wirkung der eigenen Körperhaltung) konkretisiert (z. B. durch eine Gesprächsgrafik mit dem ‚kommunikativen Dreieck‘) und visualisiert (z. B. durch eine Figur, die in gespiegelter Pose vor den Teilnehmer gestellt wird). Die für das autistische Spektrum typischen Stärken wie zum Beispiel das hohe Systematisierungsvermögen werden gezielt genutzt (z. B. Ordnung der verschiedenen Gefühlsqualitäten). Damit die Betroffenen durch Erfolg lernen, zum Transfer in den Alltag motiviert werden, Selbstvertrauen in ihre sozialen Fähigkeiten entwickeln und ihr Selbstwertgefühl aufbauen können, werden bei allen Übungen jeweils gerade so viele Hilfsmittel (z. B. Erinnerungstützen, Coach, Platzhalter) bereitgestellt, dass die Übung für den Betroffenen erfolgreich verläuft und sie ein angenehmes emotionales Erlebnis dabei haben. Konstruktives Feedback fördert das Selbstvertrauen, das zu Beginn auf Grund ständiger sozialer Misserfolgserlebnisse meist sehr tief ist, wie unter anderem die hohe Rate an sekundären

depressiven Erkrankungen zeigt. Da das Lob oder auch die Kritik immer ganz konkret formuliert und begründet wird, bleiben die Jugendlichen nicht in der Abhängigkeit vom Therapeuten, sondern werden in ihrer zunehmend differenzierteren Selbst- und Fremdwahrnehmung unterstützt. Das bei KOMPASS eingesetzte Lob bedeutet nicht, dass der Teilnehmer etwas tut, das dem Therapeuten gefällt, sondern dass er nun spontan oder in einer Übung genau das tut oder zeigt, was er zu lernen wünscht (z. B. Kontaktaufnahme durch Blickkontakt und zugewandte Körperhaltung).

Der Strukturierungsgrad des KOMPASS-Trainings ist hoch, um den Betroffenen durch die Vorhersehbarkeit und expliziten Handlungsanweisungen ein hohes Maß an Sicherheit zu gewährleisten (Krasny et al., 2003). Gleichzeitig muss Spielraum für flexible Anpassungen an aktuelle Bedürfnisse der Gruppe oder Einzelner, die jeweils transparent aufgezeigt und begründet werden, bleiben. Jede der im Training gelernten sozialen Handlungsmöglichkeiten soll Freiraum für individuelle Ausgestaltung und Anpassung bieten und somit auch erst die Generalisierung in den Lebensalltag ermöglichen. Wo immer möglich (z. B. Snack-Pausen) wird das Gelernte beiläufig geübt.

Zusammenfassend geht es darum, die Jugendlichen mit ASS bei der Entwicklung sozio-emotionaler Kompetenzen zu unterstützen, die es ihnen ermöglichen, auf eine ständig sich verändernde soziale Umwelt variable und angemessene Antworten finden zu können, statt zu versuchen, diese Umwelt durch rigide Verhaltensweisen möglichst unverändert zu halten. Das KOMPASS-Training unterstützt die Jugendlichen bei der Individuation und der Sozialisation. Eine ausführliche Darstellung und Begründung des Konzeptes findet sich im KOMPASS-Praxishandbuch von Jenny et al. (angenommen).

### 3. Vorgehensweise

#### 3.1 Teilnehmer

*„Kindergarten: ..., dass die gleichaltrigen Kinder in der Schule um mich herum schon sahen, dass ich irgendwie anders war. Ich selbst merkte nicht bewusst, dass ich mich anders verhielt. Damals hatte ich nie das Gefühl, einsam oder alleine zu sein. ... Primarschule: ... Trotz der Schwierigkeiten nahm ich persönlich nicht wahr, dass ich anders bin. ... Gymnasium: ... Als mir bewusst wurde, dass ich irgendwie anders bin, verstärkten sich meine Unsicherheiten und Fruste, die ich schon immer kannte. Ich fühlte mich unverstanden, glaubte auch, niemand könne mich verstehen. Doch ich verstand auch nicht, was mir eigentlich Schwierigkeiten bereitete. Ich fühlte mich als Schwächling und minderwertig. ... Später wollte ich diese Störung nicht mehr haben und versuchte, ‚so zu sein wie die anderen‘ ...“ (Schneebeli, 2009, 23, 28, 31 und 61)*

Das KOMPASS-Sozialtraining richtet sich an Jugendliche im Alter von 12–18 Jahren mit ASS im gut funktionierenden Bereich (Asperger-Syndrom, Atypischer Autismus, High-Functioning-Autismus) aus der Deutschschweiz. Sie müssen über eine Intelligenz mindestens im Bereich der Lernbehinderung ( $IQ > 70$ ) verfügen. Meistens keimt erst im Jugendalter ein Bewusstsein für das eigene ‚Anderssein‘ auf, was zu einem Leidensdruck, aber auch zu einer Behandlungsmotivation führt.

#### 3.2 Die therapeutische Beziehung

Eine KOMPASS-Gruppe wird jeweils von zwei Therapeuten geleitet, die sowohl Erfahrung mit Gruppentherapien als auch in der diagnostischen und therapeutischen Arbeit mit autistischen Kindern und Jugendlichen haben. Der Persönlichkeit der Therapeuten kommt eine große Bedeutung zu: Die therapeutische Beziehung ist vor allem zu Beginn der Gruppe die wichtigste Kontakterfahrung für die Teilnehmer. Die Gruppe lebt davon, dass sich jeder Betroffene mit seinen Stärken und Schwächen von den Therapeuten angenommen, wertgeschätzt und respektiert fühlt. Dann können sie sich auch gegenseitig akzeptieren, was die Grundlage für die Entwicklung des Selbstwertgefühls jedes Einzelnen darstellt. Die Therapeuten benötigen ein hohes Maß an Kongruenz (von Zülw, 2009) beziehungsweise Authentizität (Schmid, 2008), die Selbstoffenbarung und persönliche Präsenz (Lietaer, 2001, zit. nach Wakolbinger, 2009) umfasst. Unter personenzentrierter Betrachtungsweise kommt auch in der pädagogischen Beziehung (s. 4) der Authentizität, also der Einheitlichkeit von Erfahrung, Bewusstsein und Kommunikation große Bedeutung zu (Behr, 1987, S. 433). Angesichts der Konkretisierungsschwäche von Menschen mit ASS macht erst das kongruente Sein und Handeln die abstrakte Person des Therapeuten konkret und somit wahrnehm- und erfahbar. Das Vermitteln konkreter sozialer Interaktionsformen kann nur aus konkreten Beziehungserfahrungen heraus in den Alltag hinein fruchtbar werden.

Ein hoher Grad an Empathiefähigkeit ermöglicht es den Therapeuten, die autistische Welt beziehungsweise den inneren Bezugsrahmen zu entdecken. Es geht um Anerkennung und Wertschätzung des Wirklichkeitserlebens des jeweils anderen (Behr, 2009). Die Betroffenen müssen das Interesse der Therapeuten für den eigenen inneren Bezugsrahmen konkret wahrnehmen, um ihn selbst genauer zu explorieren. Das echte Interesse der Therapeuten an den einzelnen Teilnehmern und deren positives Erleben dieses Interesses führen jeweils dazu, dass die Teilnehmer auch aneinander Interesse entwickeln.

#### 3.3 Durchführung des KOMPASS-Gruppentrainings

Das KOMPASS-Training dauert ca. 25 Sitzungen. Es wird mit dem Modul ‚Emotionen‘ begonnen (6–8 Termine), dann folgt das Modul ‚Small Talk‘ (8–10 Termine), und das Modul ‚Nonverbale Kommunikation‘

bildet den Abschluss (6–8 Termine). Die Gruppe von 8 Jugendlichen trifft sich jeweils wöchentlich während 90 Minuten abends nach der Schule oder Lehre. Der Ablauf des KOMPASS-Gruppentrainings ist stark strukturiert und wird visualisiert. Er beinhaltet ein Begrüßungsritual, eine Befindlichkeitsrunde, die 10–15 Minuten, manchmal auch länger dauert, die Rückgabe der mit einem Kommentar versehenen Trainingsaufgaben der Vorwoche sowie die von den Therapeuten vorbereiteten Übungen, eine viertelstündige Pause mit einem Snack, die Verteilung der Trainingsaufgaben für die folgende Woche, eine erneute Befindlichkeitsrunde und das Abschiedsritual.

Die Beschreibung der sozialen Fertigkeiten und Interaktionsformen sowie das entsprechende Hintergrundwissen werden auf Informationsblättern im KOMPASS-Praxishandbuch zusammengestellt und als Hand-out den Jugendlichen gegeben. Diese dienen auch den Eltern und der Schule als Verständnishilfe, was besprochen und wie umgesetzt und begründet wurde. Der Übungsteil, der im Plenum, in der Halbgruppe oder in Partnerarbeit stattfindet, besteht aus selbst entwickelten Gesellschaftsspielen, Rollenspielen und dem gemeinsamen Ansehen und Besprechen von Videos (der Therapeuten und der Betroffenen) sowie dem Bearbeiten von Arbeitsblättern und (Selbst)Beobachtungsaufgaben als Trainingsaufgaben. Wichtige soziale Verhaltensweisen, die spontan gezeigt werden, werden explizit und anerkennend beachtet. In der Pause besteht Raum, sich über Erlebnisse auszutauschen und eigene Themen oder Fragen einzubringen. Die Snack-Pause, aber auch die Befindlichkeitsrunde sowie die Begrüßung und Verabschiedung oder das Warten vor der Stunde entsprechen natürlichen Gruppensituationen, die zunehmend auch zur freien Interaktion genutzt werden. Die Bearbeitung der Trainingsaufgaben beansprucht 20 Min. pro Woche, unterstützt den Transfer des Gelernten in den Alltag, bezieht manchmal die Mitarbeit der Eltern ein und fördert das innerfamiliäre Verständnis. Anlässlich des ersten Informationsabends für Eltern und Lehrpersonen zu Beginn des Gruppentrainings werden die KOMPASS-Module besprochen und auch wichtige Hintergrundinformationen zu den ASS gegeben. Am zweiten Eltern- beziehungsweise Lehrerabend in der zweiten Trainingshälfte werden gezielt Anliegen der Eltern und Lehrpersonen diskutiert. Zwei freiwillige soziale Anlässe pro Jahr für die aktuellen und ehemaligen KOMPASS-Mitglieder bieten vielfältige Interaktionsmöglichkeiten. Einmal treffen sich nur die ASS-Betroffenen zum Klettern, Minigolfen oder ähnlichen Aktivitäten, und im Spätsommer findet ein Spiel- und Grillnachmittag für alle Familienmitglieder statt. Eine ausführliche Darstellung und Begründung der Vorgehensweise findet sich im KOMPASS-Praxishandbuch von Jenny et al. (angenommen).

### 3.4 Das KOMPASS-Praxishandbuch

In der KOMPASS-Gruppenbehandlung steht die therapeutische Beziehung und nicht das Praxishandbuch im Zentrum. Wie in jeder Therapie mit autistischen Menschen geht es auch im personzen-

trierten KOMPASS-Gruppentraining darum, das Interesse an sozialen Interaktionen und an Kommunikation zu wecken und diese so zu gestalten, dass sie Freude bereiten. Alle Übungen und Spiele sind letztlich diesem Ziel verpflichtet. Die Therapeuten erhalten im Praxishandbuch das explizite Hintergrundwissen zu ihrem eigenen meist nur implizit vorhandenen sozialen Wissen und Verstehen: Wer weiß schon genau, wie sich Erschrecken und Erstaunen mimisch unterscheidet, wie er Small Talk macht oder einem Gegenüber signalisiert, dass er aufmerksam zuhört. Sich auf die Person und die Gruppe als Ganzes zu konzentrieren, bedeutet, dass jede Sitzung je nach Persönlichkeit und intellektuellem, sozialem und emotionalem Entwicklungsstand der Teilnehmer, je nach Gruppenprozess, aktueller Gruppendynamik und Verlauf der vorhergehenden Sitzungen neu geplant werden muss. Der aktuelle Gruppenprozess oder wichtige Anliegen einzelner Gruppenmitglieder haben immer Vorrang vor den geplanten Lektionen. Personzentriert zu arbeiten bedeutet auch, dass mit jeder Gruppe die anvisierten Ziele in den Bereichen Emotionen, Small Talk und Nonverbale Kommunikation auf etwas anderen Wegen erreicht werden können.

Entsprechend finden sich im KOMPASS-Praxishandbuch nicht fertig geplante Gruppenstunden, sondern lediglich eine thematisch geordnete Sammlung von Materialien, die sich bewährt haben. Zu jedem Modul und Subthema werden alle vorhandenen Materialien nach Informationsblättern, Arbeitsblättern und Beobachtungsprotokollen geordnet sowie Übungen mit einer kurzen Beschreibung und der Auflistung aller benötigter Materialien vorgestellt. Im Anhang finden sich Kopiervorlagen aller 26 Informations-, 29 Arbeitsblätter und 25 Beobachtungsprotokolle, aber auch der meisten Materialien der 95 Übungen und Spiele (z. B. Kärtchen, Bastelanleitungen).

Die Therapeuten sollen auch eigene Übungen und Spiele entwickeln. Daher findet sich ein ausführliches Kapitel mit Überlegungen, wie erfolgreiche therapeutische Interventionen aufgebaut sind. Diese Überlegungen sind didaktischer Natur. Hinter jeder Übung steht die Frage, wie sie aufgebaut sein muss, um dem Kind oder Jugendlichen eine bestimmte Erfahrung zu ermöglichen sowie Interesse und Freude an Interaktion und Kommunikation zu wecken.

### 3.5 Beispiel-Modul ‚Emotionen‘: Aufteilen einer zu erlernenden sozialen Kompetenz in verschiedene Aspekte

*„Ich denke, dass das Erkennen von Gefühlen, Absichten, Meinungen, Wünschen, Unausgesprochenem für mich das grösste Problem ist.“ (Schneebeli, 2009, S. 46)*

*„Das sich ... Hineinversetzen können ... in meine Gefühle ..., ist das Schwierigste für mich und löst bei mir Verwirrung, Irritation und ein Gefühl von Versagen und Schwäche aus. ... Ich kann meine Gefühle nicht einordnen.“ (Schneebeli, 2009, S. 46f)*

*„Ich konnte mal wieder einmal nicht die emotionalen Freuden mit den anderen teilen.“ (Schneebeli, 2009, S. 48)*

Menschen mit ASS weisen ein Defizit im Bereich der Emotionswahrnehmung und im emotionalen Ausdruck auf (Ben Shalom, Mostofsky, Hazlett et al., 2006). Die Auswirkungen einer solchen tiefgreifenden Wahrnehmungsstörung auf das Alltagsleben sind beträchtlich. Diese Schwäche steht unter anderem in Zusammenhang mit der bei Menschen mit ASS beobachteten Schwäche der Theory-of-Mind (Golan & Baron-Cohen, 2006) und dem am Detail orientierten Wahrnehmungsverarbeitungsstil, wie es das Konzept der schwachen zentralen Kohärenz postuliert (Happé & Frith, 2006). Basierend auf dem Befund, dass durch gezieltes Training die Emotionswahrnehmung und -erkennung auf kognitivem Wege gelernt werden kann (Solomon et al., 2004), wurde das Modul ‚Emotionen‘ entwickelt. Der Erwerb der Schlüsselfertigkeiten soll den Jugendlichen die Möglichkeit geben, immer mehr emotionale Erfahrungen zu erleben, sich bewusst zu machen und in ihr Selbstkonzept zu integrieren.

Das Benennen der erlebten und wahrgenommenen Gefühle wird erweitert. Um in einen Referenzprozess zum eigenen emotionalen Erleben einzutreten, erhalten alle Teilnehmer einen Stimmungszeiger, wie er bereits früher für eine personenzentrierte Gruppentherapie für Kinder mit einer Störung des Sozialverhaltens entwickelt wurde (Jenny et al., 2006; Jenny & Käppler, 2008). Auch das Erkennen der mimisch-gestischen Darstellung von Gefühlen wird besprochen. Menschen mit ASS erkennen einfache Grundemotionen (z. B. Freude) besser als komplexe (z. B. Schadenfreude) sowie situationsbezogene (z. B. Angst) besser als auf Überzeugungen basierende (z. B. Erstaunen). Hand in Hand damit wird das eigene mimisch-gestische und stimmliche Darstellen von Gefühlen geübt. Die mangelnde nonverbale Kommunikation, im Besonderen auch der wenig variationsreiche mimische Ausdruck zählt zu den Kernsymptomen der ASS. Aufgrund ungenauer oder sogar falscher nonverbaler Signale erleben Menschen mit ASS im Alltag immer wieder Unverständnis ihrem emotionalen Befinden gegenüber und Missverständnisse durch Fehlinterpretationen ihrer emotionalen Reaktionen. Auch das Verstehen kontextabhängiger emotionaler und mentaler Zustände ist beeinträchtigt (Golan & Baron Cohen, 2010). Es ist wichtig, zwischen konventionellen und persönlichen Verbindungen von Situationen und Emotionen zu unterscheiden. Bestimmte Situationen rufen bei Menschen mit ASS andere Gefühle hervor als bei Menschen ohne ASS, was immer wieder zu Unverständnis oder sogar Konflikten führt. Das Lernen der konventionellen Gefühlsreaktionen auf bestimmte Situationen erleichtert die Interpretation von sozio-emotionalem Geschehen. Zudem wird den Jugendlichen bewusst, dass ihre eigene emotionale Reaktion gegebenenfalls erklärungsbedürftig ist. Schließlich wird auch besprochen, wie man reagieren kann, wenn man ein Gefühl beim Gegenüber wahrnimmt. Menschen erwarten oft eine Reaktion ihrer Mitmenschen auf Gefühlsausdrücke (z. B. geteilte Freude bei Stolz). Wenn diese nicht erfolgt, wird das Gegenüber als gefühllos, uninteressiert oder unsympathisch erlebt. Da das Reagieren auf Gefühle anderer im Grunde ein sehr komplexes Geschehen ist, wurde ein einfaches Reaktionsschema

zusammengestellt, welches als Grundlage dient und dann variiert werden kann: Es umfasst u. a. das Zusammenfassen des beim Gegenüber erlebten Gefühls, damit dieser sich entweder verstanden fühlt oder korrigierend erläutern kann, und aktives Zuhören.

### 3.6 Beispiel-Modul ‚Small Talk‘: Aufteilen einer zu erlernenden sozialen Kompetenz in einzelne Schritte und Zusammenfügen zu einem gesamten Ablauf

*„Smalltalk fällt mir schwer... Wie man wo, wann, mit wem und wie grüsst, spricht oder erzählt, muss ich lernen wie Vokabeln einer Fremdsprache.“ (Schneebeil, 2009, S. 42 und 51)*

*„Ich realisierte nicht, ... dass diese ‚unwichtigen‘ Dinge Teil des Smalltalks waren. Warum gehört denn ‚Duschen‘ nicht zu den Smalltalk-Themen?“ (Schneebeil, 2009, S. 42)*

*„Eine Schulkollegin hat Geburtstag. Alle umarmen sie. Ich stehe da und gebe ihr die Hand. Ich verstehe die Situation nicht, bin unsicher.“ (Schneebeil, 2009, S. 51)*

Ein autistisches Kernsymptom ist das Fehlen von wechselseitiger Kommunikation und der geringe Einsatz von Kommunikation zur sozialen Regulation (z. B. soziales Plaudern). Bei Menschen mit ASS läuft die Kommunikation einseitig ab, da sie kaum auf die Bedürfnisse und Interessen ihres Gegenübers eingehen, sondern mehrheitlich auf sich selbst fokussiert sind (Colle, Baron-Cohen, Wheelwright & van der Lely, 2007). Manchmal reagieren sie nicht auf Fragen (Jones & Schwartz, 2009), stellen keine Fragen und halten den gleichsam implizit vereinbarten, erwarteten Ablauf eines Gesprächs nicht ein. Kinder mit ASS machen weniger Kommentare und geben das Gespräch häufig nicht an den Interaktionspartner zurück (Jones & Schwartz, 2009). Kommentieren stellt eine wesentliche soziale Fertigkeit zum Aufbau von anhaltendem Kontakt dar: Diese persönlichen Zusatzbemerkungen eröffnen die Möglichkeit, dass die Interaktion fortgesetzt wird, da der Gesprächspartner daran anknüpfen kann. Kommentieren und Fortsetzungsfragen stehen entsprechend als Teil des sogenannten ‚kommunikativen Dreiecks‘ im Zentrum des Moduls ‚Small Talk‘. Die Folgen dieser sozial-kommunikativen Schwäche für das soziale Leben sind bedeutsam: Menschen mit fehlenden kommunikativen Fertigkeiten werden oft ausgeschlossen, da sie keine emotional lohnenden Interaktionspartner darstellen, und trotz ihrer guten Intelligenz kann ihnen der Aufbau befriedigender sozialer Beziehungen und eine angemessene berufliche Laufbahn verwehrt bleiben (Krasny et al., 2003).

Mit den Teilnehmern wird mittels Diskussionen und Eltern-Interviews entwickelt, was Small Talk ist und wozu er dient. Wichtig ist auch die Wahrnehmung der Signale, dass ein Gegenüber Kontakt aufnehmen und Small Talk machen möchte. Da viele Menschen mit ASS nicht wissen, worüber man sprechen könnte, wird viel Wert darauf gelegt, mit den Jugendlichen mittels Beobachtungsübungen Themenlisten zu erarbeiten.

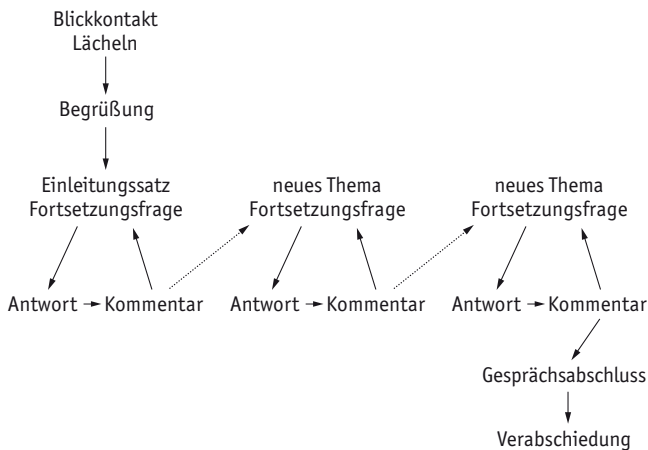


Abbildung 1: Modul ‚Small Talk‘: Gesprächsgrafik

Es wird ein Standard-Ablauf für Small Talk im Sinne eines Rezeptes vermittelt, welches sicher funktioniert und nach einer gewissen Übungszeit auch variiert werden kann. Er stellt auch die Grundlage für persönlichere und komplexere Gespräche dar. Jeder Teilschritt (s. Abb. 1) wird nun in Rollen- und Gesellschaftsspielen einzeln geübt und jeweils mit dem vorhergehenden und nachfolgenden Schritt verknüpft. Bei der Begrüßung, die für viele autistische Menschen eine Quelle von Missverständnissen darstellt, wird erarbeitet, dass diese je nach Beziehung unterschiedlich verläuft. Der Einleitungssatz stellt eine kurze Bemerkung oder Frage dar, auf welche das Gegenüber mit einem Antwortsatz eingehen kann (z. B. „Schön, dass bald Ferien anfangen.“). Es wird viel Wert darauf gelegt, dass der Antwortsatz nicht zu kurz gerät, da dies unhöflich wirken würde (z. B. „Ja, ich freue mich bereits.“). Ganz wichtig ist nun, dass dem Antwortsatz ein Kommentar von zwei bis drei Sätzen angefügt wird (z. B. „Wir fahren in die Bretagne. Dort war ich noch nie. Es soll da tolle Badebuchten geben.“). Das ‚kommunikative Dreieck‘, wie wir es nennen, wird durch die Fortsetzungsfrage (z. B. „Haben Sie auch Ferienpläne?“). abgeschlossen und gleichzeitig erneut in Gang gesetzt, indem nun dem Gegenüber die Chance gegeben wird, sich zu äußern. Die wesentliche Überlegung im Gespräch soll sein, dass das Gegenüber das Thema vermutlich angeschnitten hat, weil es sich selbst dazu äußern möchte. Das kommunikative Dreieck fördert oder erzwingt wechselseitige Kommunikation, eines der Kerndefizite von Menschen mit ASS. Das Ende des Small Talks wird durch einen Abschlusssatz begründet (z. B. „So, ich muss weiter.“), da plötzliche Gesprächsabbrüche unfreundlich wirken und das Gegenüber verunsichert zurücklassen. Den gesamten Ablauf des Small Talks zusammenzufügen, können die Jugendlichen zuerst spielerisch miteinander üben. Dann folgen Übungen mit Erwachsenen mit Videofeedback und Gespräche mit Eltern, Bekannten, Lehrperson und Gleichaltrigen.

#### 4. Beziehung und Erleben als personzentrierte Basis des KOMPASS-Programms

„Diese Therapie hat mir geholfen. Hier übte und lernte ich genau das, was mir im Alltag so viele Schwierigkeiten bereitete. ... Diese [Beispiele] zeigen, mit welchen (für den Nichtbetroffenen meist selbstverständlichen) Situationen wir uns beschäftigt haben. Ich kann jetzt vielleicht etwas mutiger sein, weil ich nun gewisse Abläufe in Gesprächen besser verstehe.“ (Schneebeli, 2009, S. 68f)

Die KOMPASS-Gruppenbehandlung wurde aus einem humanistischen Menschenbild und einer personzentrierten Haltung heraus entwickelt und aus personzentrierten Grundlagen hergeleitet. Die praktische Vorgehensweise bedarf aufgrund des Störungsbildes einiger Anpassungen. Es kann an dieser Stelle nicht darum gehen, umfassend aufzuzeigen, wie sich die ASS im personzentrierten Störungsmodell konzeptualisieren lassen. Dafür sei auf das Modell von Zülows (2009) verwiesen, das ASS und das personzentrierte Entwicklungsmodell verbindet. Sie schreibt, Kinder mit ASS „haben aufgrund neurobiologischer und psychologischer Besonderheiten einen Mangel an unmittelbarem Kontakt- und Selbsterleben und entsprechend ... ein strukturelles Entwicklungsdefizit des präverbalen Selbst. Dieses Entwicklungsdefizit kann man im personzentrierten Begriffssystem nicht als Inkongruenzen bezeichnen, sondern es bedeutet, dass Kinder mit Asperger-Syndrom über ein weniger deutliches oder differenziertes organismisches Selbsterleben verfügen“ (S. 300f).

Der Personzentrierte Ansatz stellt durch die zentrale Stellung von Beziehung und Kommunikation ein in hohem Masse geeignetes Behandlungskonzept für Menschen mit autistischen Interaktions- und Kommunikationsproblemen dar. „Die personzentrierte Haltung ist primär eine Art und Weise des Seins, die ihren Ausdruck findet in Einstellungen und Verhaltensweisen, die wachstumsförderndes Klima schaffen. Sie ist mehr eine basale Philosophie als nur eine Technik oder eine Methode.“ (Rogers, 1982, zit. nach Korunka, 1992, S. 71). Stumm & Keil (2002) halten fest, dass sich die konzeptuelle Zugehörigkeit einer therapeutischen Vorgehensweise in der Beibehaltung bestimmter Grundannahmen (Aktualisierungstendenz, durch Empathie, unbedingte Wertschätzung und Kongruenz geprägtes Beziehungsangebot des Therapeuten, Vertrauen in die Selbstregulationsfähigkeit des Klienten) zeige, die sie eindeutig von anderen psychotherapeutischen Therapietheorien unterscheidbar mache. Die professionelle Kompetenz, Methoden und Techniken gehen beim personzentrierten Therapieansatz aus der personzentrierten Haltung hervor (Stumm et al., 2002). Auch bei autistischen Menschen muss das therapeutische Angebot im Sinne der Grundhaltungen „in Entsprechung zu den Wahrnehmungsmöglichkeiten und zum Kontaktverhalten der Klienten umgesetzt werden“. (Mitterhuber & Wolschlagler, 2001, S. 149). Der Therapeut muss sich immer

die Frage stellen, worauf sich die Empathie zu richten hat, was ein Verständnis für die autistische Wahrnehmungswelt bedingt.

Im Sinne von Högers Abstraktionsmodell (1989, zit. nach Stumm et al., 2002) wurde bei der Entwicklung des KOMPASS-Praxishandbuchs versucht, die spezifischen Interventionsformen (z. B. Übungen) aus der personenzentrierten therapeutischen Grundhaltung der Autoren und aus den übergreifenden Merkmalen des Beziehungsangebots (Kongruenz, bedingungsfreie Wertschätzung, Empathie) abzuleiten und an die konkrete Situation der Jugendlichen mit ASS anzupassen, um die Selbstexploration und letztlich Selbstempathie zu fördern (Stumm et al., 2002). Auch die konkreten therapeutischen Verhaltensweisen der Autorin und ihrer Mit-Therapeuten innerhalb der Gruppensitzung (z. B. Diskussion, Rollenspiel) entspringen diesem Denken und lassen sich auf die darunterliegenden Abstraktionsebenen zurückführen. Die Umsetzung gelingt mal besser und mal weniger gut, was v. a. auch durch die Reaktion der Jugendlichen deutlich wird. Ob und wie andere Therapeuten, die sich vom KOMPASS-Praxishandbuch anregen lassen werden, die personenzentrierte Haltung in der direkten therapeutischen Begegnung leben werden, muss natürlich offen bleiben.

Das KOMPASS-Sozialtraining als beziehungs- und erlebensorientierte Gruppenintervention steht auf der Basis der personenzentrierten Therapie, wie sie für die Kindertherapie (Weinberger, 2001; Boeck-Singelmann, Ehlers, Hensel, Kemper & Monden-Engelhardt, 2002; Behr, Hölldampf & Hüsson, 2009a) weiterentwickelt und auf das Gruppensetting übertragen wurde (Jenny et al., 2006). Das KOMPASS-Training steht in der integrativen Tradition der personenzentrierten Therapie mit Kindern und Jugendlichen, wie sie auch Behr, Hölldampf & Hüsson (2009b) unterstützen. Die Frage nach dem „definable climate of facilitative psychological attitudes“ (Rogers, 1961) muss aber reflektiert werden. Langjährige eigene klinische Erfahrung wie auch die Literatur (z. B. von Zülow, 2009; Krasny et al., 2003) zeigen, dass eine hilfreiche psychologische Haltung bei autistischen Menschen klarer strukturiert, weniger gesprächsorientiert und konkreter erfolgen muss, als dies bei anderen Klientengruppen notwendig ist. Eine auf die autistische Person zentrierte Therapie muss auch dessen Anliegen ernst nehmen, seine Entwicklungsdefizite kompensieren zu wollen. Eine nachhaltige Möglichkeit, die den Klienten auch bald befähigt, neue soziale Erfahrungen zu machen, besteht darin, ihn die impliziten Informationen über die nicht-autistische soziale Welt, in welcher er leben muss und oft auch leben möchte, zum Beispiel durch Fragen oder Beobachtungsübungen angeleitet, entdecken zu helfen und ihm dann zur Verfügung zu stellen. Das therapeutische Vorgehen wird entsprechend durch konkrete Informationsvermittlung und handlungsorientierte Übungen ergänzt. Die Gruppenform von KOMPASS mit der Bedeutung des Gegenwärtigen (Hier und Jetzt) eignet sich besonders für Jugendliche mit ASS, die sich auf Grund der Konkretisierungsschwäche sowohl mit Vergangenen und Erlebtem als auch mit Zukünftigem und Vorgestelltem schwer tun. Gemäß Lietaer &

Keil (2002) stellt gerade das Feedback durch Gruppenmitglieder im Vergleich zum Explorieren von vergangenen Lebenserfahrungen eine gute Möglichkeit dar, um rigide zwischenmenschliche Muster zu durchbrechen, wie sie Teil der autistischen Kontaktgestaltung sind.

Neue und alternative Erfahrungen in zwischenmenschlichen Beziehungen verringern das Inkongruenzerleben oder lösen es auf (Speierer, 1992). Das KOMPASS-Training möchte nicht nur die therapeutische Beziehung als Beziehungserfahrung nutzen, sondern den Betroffenen neue Beziehungen in ihrem Lebensumfeld ermöglichen. Die Behandlung baut somit auf dem intensiven therapeutischen Kontakt, aber auch auf den Kontakterfahrungen zwischen den Betroffenen auf und vermittelt die Voraussetzungen für erfolgreiche Sozialkontakte außerhalb des geschützten Rahmens der KOMPASS-Gruppe. Um das Inkongruenzerleben zu mildern, lernen die Teilnehmer sich selbst mit ihren Stärken und Schwächen, die wertschätzend beachtet werden, aber auch sich selbst in den Augen anderer (Fremdwahrnehmung) kennen. Erst durch das Verständnis für die impliziten sozialen Gepflogenheiten und möglichen Differenzen zum eigenen Sozialverhalten wird das Verstehen der Fremdwahrnehmung konkret genug, um sie auch mitzugestalten.

Im KOMPASS-Training wird die Selbstregulationsfähigkeit des Klienten genutzt. Kinder und Jugendliche mit ASS sollen sich bestimmte sozio-emotionale Werkzeuge wie zum Beispiel die Fähigkeit, emotionale Prozesse bei sich und anderen differenziert benennen und wahrnehmen zu können, aneignen und soziale Prozesse besser verstehen dürfen, um der Selbstregulation, die durch rigide Verhaltensweisen gebremst oder blockiert ist, Raum geben zu können. Das KOMPASS-Training vermittelt diese Werkzeuge und erweitert das soziale Verständnis. Auch die Ressourcenorientierung ist personenzentriert. „Nicht in den Defiziten liegt das Potential zu Veränderung, sondern in den Ressourcen“ (Pörtner, 2002, S. 518), die aufgespürt, gefördert und genutzt werden sollen. Bei autistischen Kindern ist das intuitive, beiläufige soziale und emotionale Lernen weniger differenziert entwickelt und stellt nicht den primären Zugang zum Verstehen der Welt dar. Daher wird ihre Stärke, der sachliche, rationale, konkrete Zugang genutzt, wozu KOMPASS viele Umsetzungsideen bietet. Was Pörtner (2002) für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen schreibt, gilt auch in der Arbeit mit Menschen mit ASS: Das durch das Erleben von Misserfolg, Unvermögen, Unverständnis, Missverständnissen und Ohnmacht geprägte Selbstkonzept kann durch neue Erfahrungen von Kompetenz, Handlungsfähigkeit, Verstehen und Verstandenwerden erweitert und verändert werden.

Das Ziel von Personenzentrierter Psychotherapie besteht darin, Inkongruenzen zu vermindern und neue Erfahrungen ins Selbstkonzept zu integrieren. Nach von Zülow (2009) wird in der Kinderpsychotherapie eine Veränderung der Selbststruktur angestrebt, indem eine Entwicklung im Hinblick auf mehr Vollständigkeit und Realitätsangemessenheit stattfindet, das Selbstwörterleben stabilisiert wird und die mit der jeweiligen Problematik einhergehenden



Inkongruenzen zwischen Selbstbild und organismischem Erleben aufgelöst werden sollen. Zwar werden in der KOMPASS-Gruppe neue Erfahrungen gemacht und ermöglicht, doch steht die Bearbeitung der individuellen Inkongruenzen nicht im Vordergrund. Von Zülow (2009) fordert eine Therapie zur Förderung der präverbalen Selbststrukturen und der sozio-emotionalen Basiskompetenzen zur Ermöglichung von erfolgreichen Sozialkontakten und zur Auflösung von Inkongruenzen. An diesem Punkt setzt das KOMPASS-Gruppentraining an: Es vermittelt die sozio-emotionalen und kommunikativen Basiskompetenzen, um das organismische Selbsterleben verbal differenziert symbolisieren zu können. Das personzentrierte Konzept des (inneren) Bezugsrahmens symbolisiert die autistische Grunderfahrung des Anders-Seins. In der KOMPASS-Gruppe lernen die Betroffenen sowohl den eigenen inneren Bezugsrahmen als auch den kollektiven nicht-autistischen Bezugsrahmen kennen, was sonst nicht die Aufgabe von Therapie darstellt. Der Betroffene und der Therapeut erklären einander durch explizite Hinweise, wie der eigene Bezugsrahmen aussieht, wie er sich anfühlt, welche Werte gelten und wie man sich darin bewegt.

Hinter KOMPASS stehen ein humanistisches Menschenbild und ein personzentriertes Verständnis von menschlicher Veränderung in der Interaktion. Es folgt nicht einem verhaltenstherapeutischen Ansatz, und es steht nicht nur ein sozial erwünschtes Verhalten im Zentrum, sondern KOMPASS will zusätzlich Horizonte öffnen und Empathie dafür fördern, was die soziale Umwelt von Menschen mit ASS implizit in unterschiedlichen relevanten Lebensbereichen erwartet, z. B. wechselseitige soziale Kommunikation statt sachbezogenes Monologisieren. Die Jugendlichen sollen sich selbst in Relation zur sozialen Umwelt besser verstehen lernen. Es geht auch um das Verständnis dafür, weshalb bestimmte Verhaltensweisen für Nicht-Betroffene so wichtig sind (z. B. Begrüßung als Zeichen, wahrgenommen zu werden, oder Mimik als Hinweis auf die Gefühls- und Gedankenwelt). Wichtig ist außerdem das Verständnis, in welchen Bereichen und wie die Betroffenen diese Erwartungen nicht erfüllen und daher zum Beispiel am Gegenüber uninteressiert wirken. KOMPASS bietet auch die Gelegenheit, in geschütztem Rahmen und unter wertschätzender Anleitung das erwartete Verhalten zu üben. Das Verstehen einiger Quellen für Missverständnisse und für das gegenseitige Unbehagen bis zum eigenen Leiden am Anderssein sowie das Beherrschen der erwarteten Verhaltensweisen sind die Voraussetzung für die Wahlfreiheit im Verhalten. Das Gruppentraining soll ihnen eine bewusste, kontextabhängige Wahl aus verschiedenen sozialen Verhaltens- und Kontaktalternativen ermöglichen: Die Jugendlichen sollen lernen, zu wählen, wann sie anderen Menschen wie begegnen und welchen Eindruck sie beim Gegenüber hinterlassen möchten, da dies die Entwicklung dieses Kontaktes beeinflusst. Im Verlauf entwickeln die meisten Teilnehmer ein Sensorium dafür, wie sie ihr eigenes Befinden sowie Situationen und Kontakte dahingehend einschätzen können, ob sie sich gemäß den sozialen Erwartungen verhalten möchten oder nicht. Die Gruppe stellt das

erste Übungsfeld dar, in dem zwei wichtige Beziehungsformen mit bestimmten Rollenerwartungen repräsentiert sind.

Vorrang vor pädagogischen Zielen hat ganz im Sinne Behrs (1989) immer die Beziehungsklärung und -verbesserung. Wann immer im Gruppenverlauf Fragen auftauchen, die die Beziehungsgestaltung der Teilnehmer untereinander oder zu den Therapeuten betreffen, werden diese angesprochen. Meistens geschieht dies im Plenum, manchmal aber auch nur unter den Betroffenen. Die Übungen und Informationen über das implizite soziale Wissen sind nur dann hilfreich und der sozialen und kommunikativen Entwicklung des Betroffenen nachhaltig förderlich, wenn sie in die therapeutische Beziehung und das reale Gruppengeschehen eingebettet sind. Das KOMPASS-Praxishandbuch (s. 3.4) stellt eine Sammlung von Hintergrundinformationen, Materialien und Übungen bereit, die im Rahmen einer personzentrierten Gruppen- oder auch Einzelbehandlung eingesetzt werden können. Das spontane Gruppengeschehen mit den wechselseitigen Beziehungen wird immer beachtet, und die Gruppe wird auch für korrigierende Beziehungserfahrungen genutzt (Haar, Zauner & Zech, 1979). In den edukativen Phasen, also den Lektionen, werden spezifische Interventionen eingesetzt, um spezifische Erfahrungen und Entwicklungen zu ermöglichen.

#### 4.1 KOMPASS und der personzentrierte Lernansatz

Das KOMPASS-Gruppentraining umfasst mit dem psychotherapeutischen auch einen pädagogischen Anteil, der für die Strukturierung von Erfahrungs- und Lernmöglichkeiten (Specht, 1993) verantwortlich ist. Der personzentrierte Lernansatz (Rogers, 1988) stellt dabei einen hilfreichen Hintergrund dar: Signifikantes Lernen verbindet kognitives Lernen, Erfahrungen und Emotionalität (Behr, 1987). Die in der KOMPASS-Gruppe vermittelten Fertigkeiten und gelebten Interaktionsformen sind für die Teilnehmer hoch bedeutsam, werden im Handeln erlebt und erlernt, fördern in hohem Maße ihre soziale Unabhängigkeit und führen zu Verhaltensveränderungen, die sich in vielen Lebensbereichen ausdrücken. Die Forderung Rogers' (1988), dass Kompetenzen gelehrt werden sollen, die flexibles Reagieren auf eine sich verändernde Umwelt erlauben, wird erfüllt. Dies ist für autistische Menschen existenziell: Die soziale Umwelt besteht nur aus Veränderung. KOMPASS stärkt die Handlungsfähigkeit der Jugendlichen, die Behr (1989) als Intention personzentrierter Pädagogik betrachtet. Als Gruppenbehandlung ist KOMPASS aber nicht im klassischen Sinne nicht-direktiv, sondern die Grundlagen für neue Erfahrungen werden gezielt an die Jugendlichen herangetragen und, auch wenn die Teilnahme an allen Aktivitäten immer freiwillig ist, so entsteht doch bald eine implizite Gruppennorm, die aktive Teilnahme begünstigt. Die Jugendlichen eignen sich Wissen und Können an, das ihnen direkt für ihre Beziehungsgestaltung innerhalb der Gruppe zur Verfügung steht. Der Personzentrierte Ansatz in der Pädagogik prägt v. a. auch die Auffassung der Beziehung zwischen Lehrendem und Lernendem, in der der Lehrende immer

auch vom Lernenden lernt. Pädagogischer Erfolg wird durch die Qualität dieser Beziehung beeinflusst, die sich durch das Ausmaß an Kongruenz, Wertschätzung und Empathie definiert, das der Lehrende verwirklichen kann (Behr, 1987; Cornelius-White, 2007). In der personenzentrierten Pädagogik nimmt die Empathie im therapeutischen Handeln eine weniger zentrale Stellung als in der Therapie ein, sondern im Vordergrund steht der Beziehungsaspekt eines einfühlenden Lehrenden, bei dem sich der Lernende verstanden und darum in seinem So-Sein akzeptiert fühlt (Behr, 1987).

In der personenzentrierten Therapie ist der Klient der Experte für sein Leben, der Therapeut der Experte für den Veränderungsprozess. Auch Menschen mit ASS sind die Experten für ihre autistische Welt, doch die Therapeuten sind nicht nur die Prozessexperten, sondern auch die Experten der sozio-emotionalen, kommunikativen und sozial-konventionellen Interaktionsformen, welche die Gruppenteilnehmer erlernen möchten. Sie kennen die sozialen Codes, die für das Bestehen innerhalb einer sozialen Gemeinschaft und der vorgegebenen Gesellschaft günstig oder sogar notwendig sind. Autistische Jugendliche wünschen meist konkrete Hilfestellungen zur Entwicklung sozialer Kompetenzen, damit sie über Wahlmöglichkeiten zwischen Verhaltensweisen und Begegnungsmodi verfügen, die sie so einsetzen können, wie es zu ihnen und ihrer Lebenssituation passt. So wie dies auch personenzentriert arbeitende Pädagogen tun (Behr, 1989), muss das Expertentum und dessen Grenzen offengelegt werden. Der Kompetenzunterschied, der akzeptiert wird und für die Beziehung unerheblich ist, steht nicht im Widerspruch dazu, dass sich jeweils zwei gleiche gültige Wirklichkeiten berühren (Behr, 1987).

Zusammenfassend ist die KOMPASS-Gruppenbehandlung als Gruppentraining auf personenzentrierter Basis dem Personenzentrierten Ansatz zuzurechnen.

## 5. Evaluation

### 5.1 Stichprobe

Die bisherigen Ergebnisse der **Interventionsgruppe** beziehen sich auf 24 Jungen und 4 Mädchen aus 4 KOMPASS-Gruppen mit einem Durchschnittsalter von 14,2 Jahren (11,6–17,4 Jahre). Die Teilnehmer verfügen über eine Intelligenz, die von der Lernbehinderung bis zur überdurchschnittlichen Intelligenz reicht (IQ=72–145) und im Schnitt IQ=104 beträgt. Die meisten Jugendlichen haben die Diagnose Asperger-Syndrom (71%), ein Viertel Atypischen Autismus (25%) und einer Frühkindlichen Autismus im Sinne eines High-Functioning-Autismus. Die autistische Symptomatik ist stark ausgeprägt wie der FSK ( $n=25$ ,  $M=20.3$ ,  $SD=6.2 > \text{cut-off}=15$ ) und der ASSF ( $n=22$ ,  $M=26.7$ ,  $SD=9.7 > \text{cut-off}=17$ ) zeigen. Zwei Drittel der Betroffenen (68%) weisen zudem mindestens eine Komorbidität auf. Im Zusammenhang mit den Komorbiditäten wurde gut ein Drittel der Probanden (36%) bereits vor dem Gruppentraining

medikamentös behandelt, was während der Intervention unverändert beibehalten wurde. Ansonsten erhielt kein Teilnehmer gleichzeitig eine andere Therapie. Nur ein Viertel der Teilnehmer wird in einer Regelklasse der Volksschule oder einer Privatschule (25%) unterrichtet, mehr als die Hälfte besucht eine Kleinklasse in einer Sonder- oder Privatschule (61%) und ein kleiner Teil besucht eine weiterführende Schule wie das 10. Schuljahr oder das Gymnasium (11%). Die Stichprobendaten der **Warte-Kontrollgruppe**, die 17 Jungen und 2 Mädchen umfasst und mehrheitlich aus Warteprobanden besteht, unterscheiden sich nicht wesentlich von denjenigen der Interventionsgruppe (Jenny & Schär, eingereicht).

### 5.2 Material

Folgende diagnostische Instrumente wurden verwendet: Die *Marburger Beurteilungsskala zum Asperger Syndrom (MBAS)* von Kamp-Becker & Remschmidt (2006) wird seit 2006 von den Eltern ausgefüllt. Seit 2007 füllen Eltern und Lehrpersonen die *Skala zur Erfassung Sozialer Reaktivität (SRS)* (Bölte & Poustka, 2007) aus. Der *Fragebogen zur Erfassung des Gruppenverhaltens (FEG)* (Bölte, 2005a) wird von Eltern, Lehrpersonen und Therapeuten genutzt. Im Weiteren werden noch die folgenden, hier nicht referierten Fragebögen eingesetzt: *Checkliste zur Beurteilung von Gruppenfertigkeiten (CBG)* (Bölte, 2005b), *Child Behavior Checklist (CBCL)* bzw. *Teacher's Report Form (TRF)*, Arbeitsgruppe ‚Deutsche Child Behavior Checklist‘, 1998 bzw. 1993), *Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)* (Mattejat & Remschmidt, 1999).

### 5.3 Versuchsablauf

Das KOMPASS-Gruppentraining wird seit 2005 mit einer Verlaufsuntersuchung über drei Messzeitpunkte evaluiert und mit einer Warte-Kontrollgruppe verglichen. Die Erhebung findet vor (Prä) und nach dem Gruppentraining (Post) wie auch 10–12 Monate nach Gruppentrainingsende (Katamnese) statt. Die Warte-Kontrollgruppe wird jeweils 5–6 Monate im Voraus zusammengestellt und besteht mehrheitlich aus späteren Gruppenmitgliedern und zum kleinsten Teil aus Kandidaten, die aus verschiedenen Gründen (z. B. unpassender Wochentag des Trainings, Anreise, überzählig) dann doch nicht mit KOMPASS behandelt wurden. Es ist zu beachten, dass zu Beginn des Projektes noch nicht alle Verfahren zur Verfügung standen, was die Stichprobengröße pro Verfahren stark schwanken lässt.

### 5.4 Vorläufige Ergebnisse

Die Prüfung der Testwerte auf Normalverteilung in der Grundpopulation mittels Komogorov-Smirnov Goodness of Fit-Test lässt normal verteilte Daten vermuten, was aber aufgrund der geringen Stichprobengröße nicht mit ausreichender Sicherheit bestätigt werden konnte. Daher werden in der Datenanalyse die Mittelwerte der

jeweiligen Stichproben vor und nach der Intervention nicht-parametrisch mittels WILCOXON-Test verglichen und auf Signifikanz geprüft. Zudem werden die dazugehörigen Effektstärken (Cohen's d) berechnet und Warte-Kontroll- und Interventionsgruppe mittels T-Tests für unabhängige Stichproben verglichen.

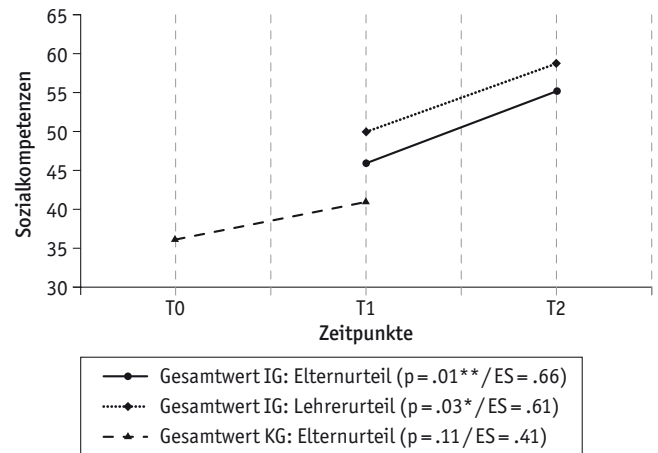
An dieser Stelle werden nur einige Ergebnisse der Eltern und Lehrpersonen geschildert; eine ausführliche Darstellung unter anderem auch der signifikanten Veränderungen in der CBCL beziehungsweise TRF und bei den Therapeutenangaben im FEG und CBG sowie die hohe Therapiezufriedenheit gemessen im FBB findet sich in Jenny & Schär (eingereicht).

**Fragebogen zur Erfassung des Gruppenverhaltens (FEG):**

Eltern (n=21) und, wenn auch etwas weniger deutlich, Lehrpersonen (n=20) beobachten eine klare Zunahme der sozialen Kompetenzen bei den jugendlichen KOMPASS-Teilnehmern, die sich jeweils auch in den meist zufriedenstellenden Effektstärken zeigen lässt. Die Eltern beschreiben im Gesamtwert (p=.01, ES=.66) eine signifikante Verbesserung der sozialen Fertigkeiten (s. Abbildung 2), die sich am deutlichsten im Bereich Interaktion (p=.01, d=.61), aber auch bei den kommunikativen Fertigkeiten (p=.03, ES=.53) zeigt. Die Zunahme der Fertigkeiten der Perspektivenübernahme (p=.03, ES=.67), die nicht spezifisch geübt wurden, stellt eine Generalisierung dar. Lehrpersonen schätzen die sozialen Kompetenzen bereits vor dem Training höher als die Eltern ein (s. Abbildung 2) und geben einen signifikanten Zuwachs im Gesamtwert (p=.03, d=.61) und im Bereich Kommunikation (p=.02, ES=.62) an. Die beiden anderen Bereiche (Interaktion ES=.06, d=.51; Perspektivenwechsel p=.09, ES=.56) sind nur einseitig signifikant und weisen mäßige Effektstärken auf.

Im Vergleich dazu zeigen sich in der Warte-Kontrollgruppe (n=16) keine signifikanten Veränderungen im Gesamtwert (p=.11, ES=.41) oder in einem der Teilbereiche (p=.07-.43, ES=.36-38).

Bereits bei T1 weist die Warte-Kontrollgruppe im Vergleich zur Interventionsgruppe signifikant geringere soziale Kompetenzen auf (p.04), doch der Unterschied vergrößert sich im Verlauf der Therapie auf ein höheres Signifikanzniveau (p.004).



**Abbildung 2: Veränderung des Gesamtwertes der Sozialkompetenzen im Fragebogen zur Erfassung des Gruppenverhaltens (FEG): Eltern- und Lehrerangaben der Kontroll- (T0-T1) und Interventionsgruppe (T1-T2)**

Anmerkungen. IG = Interventionsgruppe; KG = Warte-Kontrollgruppe. T0 = Messzeitpunkt zu Beginn der Wartezeit; T1 = Messzeitpunkt vor dem Gruppentraining (Prä); T2 = nach dem Gruppentraining (Post). p = Signifikanz des Mittelwertunterschiedes; ES = Effektstärke; \* = p ≤ .05, \*\* = p ≤ .01, \*\*\* = p ≤ .001.

**Marburger Beurteilungsskala zum Asperger Syndrom (MBAS):**

Gemäß den Beobachtungen der Eltern (n=19) findet sich in allen Bereichen eine deutliche Symptomreduktion, was sich auch in zufriedenstellenden bis guten Effektstärken abbildet. Der Gesamtwert (s. Abbildung 3) nimmt signifikant ab (p=.01, ES=.55) und liegt nach Behandlungsende sogar leicht unter dem Cut-off-Wert (M=101.0 < Cut-off=103). Die Skala ‚Theory of Mind, Kontakt- und Spielverhalten‘, die nach Gruppenende auch unter den Cut-off-Wert absinkt (M=35.7 < Cut-off=38), weist die deutlichste Symptomreduktion

**Tabelle 1: Übersicht über die Ergebnisse des Fragebogens zur Erfassung des Gruppenverhaltens (FEG) der Eltern (Interventions- und Kontrollgruppe) und Lehrpersonen (N-Eltern = 21, N-Lehrer = 20, N-Wartegruppe = 16)**

Fragebogen zur Erfassung des Gruppenverhaltens: Variable	Interventionsgruppe-Elternangaben				Interventionsgruppe-Lehrerangaben				Warte-Kontrollgruppe-Elternangaben			
	T1 M (SD)	T2 M (SD)	p	ES	T1 M (SD)	T2 M (SD)	p	ES	T0 M (SD)	T1 M (SD)	p	ES
Gesamtwert	45.5 (13.7)	54.6 (14.0)	.01 **	.66	49.7 (16.2)	58.7 (12.7)	.03 *	.61	35.6 (14.7)	41.1 (11.9)	.11	.41
Kommunikation	19.1 (5.8)	22.8 (7.6)	.03 *	.53	21.0 (7.2)	25.2 (6.3)	.02 *	.62	15.3 (6.9)	17.5 (5.1)	.43	.36
Interaktion	23.1 (7.9)	27.6 (6.7)	.01 **	.61	24.8 (7.9)	28.3 (5.8)	.06	.51	17.9 (7.4)	20.6 (6.6)	.07	.38
Perspektivenübernahme	3.2 (1.5)	4.3 (1.7)	.03 *	.67	4.0 (2.3)	5.2 (1.9)	.09	.56	2.3 (1.9)	2.9 (1.6)	.21	.36

Anmerkungen. T1 = Messzeitpunkt vor dem Gruppentraining (Prä); T2 = nach dem Gruppentraining (Post); T0 = zu Beginn der Wartezeit. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, p = Signifikanz des Mittelwertunterschiedes (berechnet durch Wilcoxon-Test), \* = p ≤ .05, \*\* = p ≤ .01, \*\*\* = p ≤ .001, ES = Effektstärke

**Tabelle 2: Übersicht über die Ergebnisse der Marburger Beurteilungsskala zum Asperger-Syndrom (MBAS) der Eltern (Interventions- und Kontrollgruppe) (N-Eltern = 19, N-Wartegruppe = 15)**

Marburger Beurteilungsskala zum Asperger-Syndrom: Variable	Interventionsgruppe-Elternangaben				Warte-Kontrollgruppe-Elternangaben			
	T1 M (SD)	T2 M (SD)	p	ES	T0 M (SD)	T1 M (SD)	p	ES
Gesamtwert	110.9 (15.5)	101.0 (20.4)	.01**	.55	112.2 (23.1)	112.2 (23.1)	.75	.13
Theory of Mind, Kontaktverhalten	40.3 (6.0)	35.7 (6.9)	.003**	.72	41.2 (5.3)	41.2 (5.3)	.60	-.04
Geteilte Aufmerksamkeit, Mimik, Gestik	25.8 (5.3)	24.8 (6.5)	.20	.17	25.7 (8.0)	25.7 (8.0)	.48	.11
Stereotypes, situationsinadäquates Verhalten	21.7 (5.5)	19.7 (7.2)	.08	.31	23.5 (8.4)	23.5 (8.4)	.48	.18
Sprachstil, Sonderinteressen, Motorik	19.2 (4.7)	16.9 (4.4)	.03*	.51	18.5 (6.1)	18.5 (6.1)	1.0	.15

Anmerkungen. T1 = Messzeitpunkt vor dem Gruppentraining (Prä); T2 = nach dem Gruppentraining (Post); T0 = zu Beginn der Wartezeit. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, p = Signifikanz des Mittelwertunterschiedes (berechnet durch Wilcoxon-Test), \* = p ≤ .05, \*\* = p ≤ .01, \*\*\* = p ≤ .001, ES = Effektstärke

(p = .003, ES = .72) auf. Das ist insofern besonders erfreulich, als sie in einem autistischen Kernbereich liegen. Eine signifikante Verbesserung findet sich auch bei der Skala ‚Auffälliger Sprachstil, Sonderinteressen und Motorik‘ (p = .03, ES = .51). Die Skalen ‚Geteilte Aufmerksamkeit und Freude, Mimik, Gestik‘ (p = .20, ES = .17) und ‚Stereotypes und situationsinadäquates Verhalten‘ (p = .08, ES = .31) zeigen keine signifikante Verbesserung.

In der Warte-Kontrollgruppe (n = 15) beobachten die Eltern weder im Gesamtwert (p = .75) noch bei den Teilbereichen (p = .48–1.0) eine wesentliche Symptomverbesserung beobachten, was sich auch in den schwachen Effektstärken zeigt (ES = -.04–.18). Während sie sich in den Ausgangswerten nicht signifikant von der Interven-

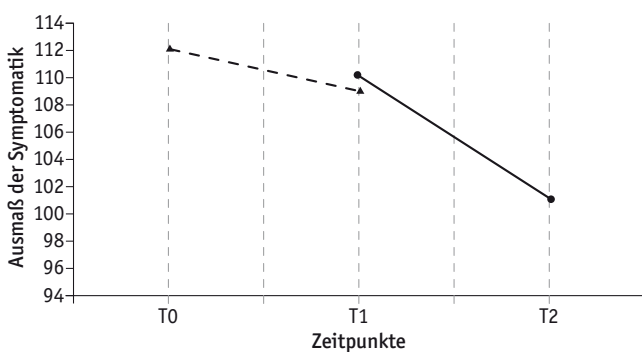
tionsgruppe unterscheidet, findet sich bei T2 ein signifikanter Unterschied im Faktor ‚Theory of Mind, Kontakt- und Spielverhalten‘ (p = .02).

**Skala zur Erfassung Sozialer Reaktivität (SRS):**

Die Eltern (n = 14) erleben gemäß der SRS eine bedeutsame Abnahme der Auffälligkeiten der sozialen Responsivität. Eine signifikante Symptomreduktion (p = .009) und eine gute Effektstärke (ES = .68) finden sich beim Gesamtwert (s. Abbildung 4). Die Verbesserungen bei den Faktoren ‚Soziale Kommunikation‘ (p = .003, ES = .77), ‚Soziale Kognition‘ (p = .004, ES = .80) und ‚Autistische Manierismen‘ (p = .03, ES = .51) fallen ebenfalls signifikant aus, was die guten Effektstärken bestätigen. Keine signifikante Verbesserung zeigt sich bei ‚Soziale Bewusstheit‘ (p = .29, ES = .34) und ‚Soziale Motivation‘ (p = .47, ES = .25). Die Angaben der Schule (n = 11) zeigen zwar ebenfalls eine Abnahme der Symptomatik, sie ist jedoch im Gesamtwert (p = .06) trotz zufriedenstellender Effektstärken (ES = .45) knapp nicht signifikant (s. Abbildung 4). Im Unterschied zu den Eltern beobachten die Lehrer aber eine signifikante Veränderung bei ‚Soziale Motivation‘ (p = .05, ES = .64). Die anderen Skalen zeigen eine nicht signifikante Abnahme der Symptomatik (p = .06–.18, ES = .19–.50).

Im Gegensatz dazu findet sich in der Warte-Kontrollgruppe (n = 8) in der Beobachtung der Eltern sowohl im Gesamtwert wie auch in allen Skalen eine leichte Zunahme der autistischen Symptomatik. Während sich Warte- und Interventionsgruppe bei T1 nicht unterscheiden, unterscheiden sich bei T2 der Gesamtwert (p = .05) und der Faktor ‚Soziale Motivation‘ (p = .02) signifikant.

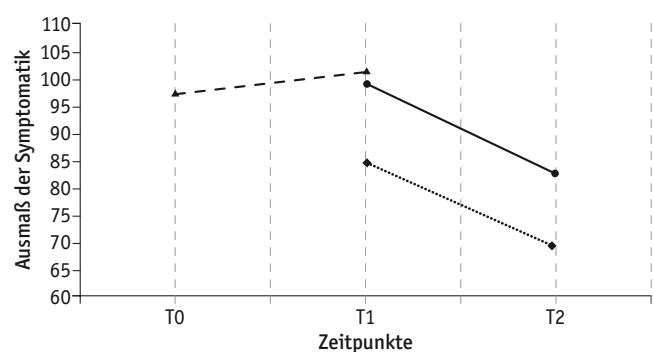
Während sich Warte- und Interventionsgruppe bei T1 nicht unterscheiden, unterscheiden sich bei T2 der Gesamtwert (p = .05) und der Faktor ‚Soziale Motivation‘ (p = .02) signifikant.



—●— Gesamtwert IG: Elternurteil (p = .01\*\* / ES = .55)  
 -▲- Gesamtwert KG: Elternurteil (p = .01 / ES = .13)

**Abbildung 3: Veränderung des Symptomgesamtwertes in der Marburger Beurteilungsskala zum Asperger-Syndrom (MBAS): Elternangaben der Kontroll- (T0–T1) und Interventionsgruppe (T1–T2)**

Anmerkungen. IG = Interventionsgruppe; KG = Warte-Kontrollgruppe. T0 = Messzeitpunkt zu Beginn der Wartezeit; T1 = Messzeitpunkt vor dem Gruppentraining (Prä); T2 = nach dem Gruppentraining (Post). p = Signifikanz des Mittelwertunterschiedes; ES = Effektstärke; \* = p ≤ .05, \*\* = p ≤ .01, \*\*\* = p ≤ .001.



—●— Gesamtwert IG: Elternurteil (p = .01\*\* / ES = .68)  
 .....◆..... Gesamtwert IG: Lehrerurteil (p = .06 / ES = .45)  
 -▲- Gesamtwert KG: Elternurteil (p = .67 / ES = .20)

**Abbildung 4: Veränderung des Symptomgesamtwertes in der Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität (SRS): Eltern- und Lehrerangaben der Kontroll- (T0–T1) und Interventionsgruppe (T1–T2)**

Anmerkungen. IG = Interventionsgruppe; KG = Warte-Kontrollgruppe. T0 = Messzeitpunkt zu Beginn der Wartezeit; T1 = Messzeitpunkt vor dem Gruppentraining (Prä); T2 = nach dem Gruppentraining (Post). p = Signifikanz des Mittelwertunterschiedes; ES = Effektstärke; \* = p ≤ .05, \*\* = p ≤ .01, \*\*\* = p ≤ .001.

**Tabelle 3: Übersicht über die Ergebnisse der Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität (SRS) der Eltern (Interventions- und Kontrollgruppe) und Lehrpersonen (N-Eltern = 14, N-Lehrer = 11, N-Wartegruppe = 8)**

Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität: Variable	Interventionsgruppe-Elternangaben				Interventionsgruppe-Lehrerangaben				Warte-Kontrollgruppe-Elternangaben			
	T1 M (SD)	T2 M (SD)	p	ES	T1 M (SD)	T2 M (SD)	p	ES	T0 M (SD)	T1 M (SD)	p	ES
Gesamtwert	98.7 (26.7)	82.2 (21.5)	.01**	.68	83.8 (32.5)	68.5 (35.9)	.06	.45	97.5 (19.5)	101.4 (19.9)	.67	-.20
Soziale Bewusstheit	10.9 (3.7)	9.8 (3.1)	.29	.34	9.6 (3.9)	7.9 (4.3)	.11	.42	11.9 (4.2)	12.1 (3.1)	.93	-.08
Soziale Kognition	19.4 (5.6)	15.1 (5.1)	.004***	<b>.80</b>	15.8 (6.2)	13.6 (7.6)	.15	.33	16.0 (7.7)	16.8 (3.5)	.73	-.13
Soziale Kommunikation	35.5 (10.0)	28.6 (7.7)	.003***	<b>.77</b>	29.1 (11.8)	23.2 (12.0)	.06	.50	34.5 (6.0)	35.1 (8.6)	.78	-.08
Soziale Motivation	16.5 (5.3)	15.4 (3.4)	.47	.25	16.5 (5.6)	12.6 (6.7)	.05*	.64	19.6 (4.3)	20.6 (5.8)	.83	-.18
Autistische Manierismen	16.4 (6.5)	13.3 (5.7)	.03*	.51	12.7 (7.7)	11.3 (7.5)	.18	.19	15.5 (6.1)	16.9 (6.5)	.92	-.22

*Anmerkungen.* T1 = Messzeitpunkt vor dem Gruppentraining (Prä); T2 = nach dem Gruppentraining (Post); T0 = zu Beginn der Wartezeit. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, p = Signifikanz des Mittelwertunterschiedes (berechnet durch Wilcoxon-Test), \* =  $p \leq .05$ , \*\* =  $p \leq .01$ , \*\*\* =  $p \leq .001$ , ES = Effektstärke

## 6. Diskussion

Auf Grund der vorläufigen Ergebnisse kann das KOMPASS-Gruppentraining als wirksam betrachtet werden. Die betroffenen Jugendlichen, aber auch die Eltern sind mit dem Behandlungserfolg und der Durchführungsweise zufrieden oder sehr zufrieden. Mit verschiedenen Untersuchungsinstrumenten und in verschiedenen Beurteilerperspektiven zeigen sich eine signifikante Abnahme der autistischen Symptomatik und eine Zunahme der sozialen Kompetenzen. Dass die Lehrpersonen ebenfalls positive Veränderungen beobachten, verweist darauf, dass den Jugendlichen der Transfer der erlernten Verhaltensweisen in den Alltag gelungen ist. Eine genaue Analyse der einzelnen Faktoren zeigt, dass in einzelnen Bereichen auch Generalisierungen auf nicht direkt geübte soziale Kompetenzen stattfinden.

Der Vergleich mit einer Warte-Kontrollgruppe zum Ausschluss von biopsychosozialen Reifungseffekten unterscheidet dieses Evaluationsprojekt von den meisten anderen Gruppenevaluationen (Rao et al., 2008; Jenny 2010). In der Warte-Kontrollgruppe finden sich im Verlauf eines halben Jahres keine signifikanten Veränderungen in die gewünschte Richtung, sondern im Bereich der sozialen Responsivität sogar eine leichte Verschlechterung. Der direkte Vergleich zeigt, dass sich Warte- und Interventionsgruppe bei T1 nicht oder kaum unterscheiden, bei T2 jedoch schon, was in einzelnen Bereichen auch signifikant ist.

Im Rahmen der allgemeinen Psychotherapieforschung zur Wirksamkeit muss sich das KOMPASS-Sozialtraining mit der Kinder-Psychotherapie (.71 nach Casey & Berman, 1985; .79 nach Weisz, Weiss, Alick & Klotz, 1987; .54 nach Beelmann & Schneider, 2003;

.80 nach Bratton, Ray, Rhine & Jones, 2005, zit. nach Hölldampf & Behr, 2009), aber auch den Gruppentherapien (.82 nach Bratton et al., 2005) messen. Die Effektstärken des KOMPASS-Gruppentrainings liegen im Bereich dieser Werte, was angesichts der tiefgreifenden Beeinträchtigung von Jugendlichen mit ASS beachtlich ist. Die Wirksamkeit ist vergleichbar mit derjenigen von personzentrierter Therapie mit Kindern und Jugendlichen (.49–.56 nach Hölldampf & Behr, 2008), wenn auch nicht die hohen Effektstärken der personzentrierten Gruppentherapie (.85 von Jenny et al., 2006) erreicht werden, die sich aber auf die Therapie von Kindern mit Störungen des Sozialverhaltens im Sinne von oppositionell-verweigerndem und sozial-ängstlichem Verhalten bezieht, die als gut therapierbar gelten. Auch den Vergleich zu verhaltenstherapeutischen Therapien (.55 nach Beelmann & Schneider, 2003; .71 nach Bratton et al., 2005) muss das KOMPASS-Projekt nicht scheuen. Der Vergleich zum anderen autismus-spezifischen Gruppentraining KONTAKT von Herbrecht et al. (2008) fällt ebenfalls günstig aus.

Als methodische Einschränkungen, die hier nicht diskutiert werden können, müssen die vorerst noch kleine Stichprobe, die Ausfälle bei den Lehrer-Fragebogen und das Fehlen einer Randomisierung bei der Kontrollgruppe als Ergänzung zur Wartegruppe erwähnt werden. Es fehlen auch eine Selbstbeurteilung der betroffenen Jugendlichen hinsichtlich ihrer autistischen Symptomatik und sozialen Kompetenzen, Einschätzungen des Sozialverhaltens im Alltag durch unabhängige externe Rater und testpsychologische Befunde (z. B. zur Emotionserkennung).

Seit der Fertigstellung des Praxishandbuchs wird das KOMPASS-Gruppentraining auch extern eingesetzt: Seit Herbst 2008 wird es in der Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik der

Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel und seit Herbst 2009 in einer psychiatrischen Privatpraxis bei Chur durchgeführt, im Herbst 2010 folgen dann eine Gruppe im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst in Luzern und in der Christoph-Dornier-Klinik für Psychotherapie in Münster (BRD). Es ist geplant, das Kompetenztraining für jüngere Kinder zu adaptieren. Das Erstellen eines Praxishandbuchs und die Evaluation des Fortgeschrittenen-Gruppentrainings hat ebenfalls begonnen. Auch über einen engeren Einbezug der Schule wird nachgedacht.

## Literatur:

- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1993). *Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Teacher's Report Form der Child Behavior Checklist (TRF). Einführung und Anleitung zur Handauswertung*. Bearbeitet von M. Döpfner & P. Melchers. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung*. 2. Aufl. mit deutschen Normen, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plüsch, S. Bölte, P. Melchers & K. Heim. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Baron-Cohen, S. (2001). Theory of Mind in Normal Development and Autism. *Prisme, 34*, 174–183.
- Baron-Cohen, S., Spitz, A. & Cross, P. (1993). Can Children with Autism Recognize Surprise? *Cognition and Emotion, 7*, 507–516.
- Beelmann, A. & Schneider, N. (2003). Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht und Meta-Analyse zum Bestand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 32* (2), 129–143.
- Behr, M. (1987). Carl R. Rogers und die Pädagogik. *Neue Sammlung, 27*, 425–439.
- Behr, M. (1989). Pädagogisches Handeln und Kinderpsychotherapie: Wesensgrundlagen einer an der Person des Kindes und der Person des Pädagogen orientierten Erziehung. In M. Behr, F. Petermann, W. M. Pfeiffer & C. Seewald (Hrsg.), *Personzentrierte Psychologie und Psychotherapie, Band 1*. Salzburg: Otto Müller Verlag.
- Behr, M. (2009). Die interaktionelle Therapeut-Klient-Beziehung in der Spieltherapie – Das Prinzip Interaktionsresonanz. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. (S. 37–58) Göttingen: Hogrefe.
- Behr, M., Hölldampf, D. & Hüsson, D. (2009a). *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. Göttingen: Hogrefe.
- Behr, M., Hölldampf, D. & Hüsson, D. (2009b). Beziehung und Methode – Theorien und personzentriert-interaktionelle Behandlungskonzepte bei Kindern, Jugendlichen, Eltern und Familien. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. (S. 13–33) Göttingen: Hogrefe.
- Zusammenfassend ergänzt das KOMPASS-Gruppentraining das breite Spektrum an personzentrierten Behandlungsansätzen bei Kindern und Jugendlichen. Es ist störungsspezifisch aufgebaut, berücksichtigt die spezifischen Stärken und Schwächen autistischer Kinder und Jugendlicher und unterstützt die bisherigen Befunde zur Wirksamkeit personzentrierter Behandlungen und gruppen-therapeutischer Sozialtrainings für Kinder mit ASS (Jenny, 2010).
- Ben Shalom, D., Mostofsky, S. H., Hazlett, R. L., Goldberg, M. C., Landa, R. J., Faran, Y., McLeod, D. R. & Hoehn-Saric, R. (2006). Normal Physiological Emotions but Differences in Expression of Conscious Feelings in Children with High Functioning Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 36*, (3), 395–400.
- Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F. & Monden-Engelhardt, C. (2002). *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band I: Grundlagen und Konzepte*. Göttingen: Hogrefe.
- Bölte, S. (2005a). *Fragebogen zur Erfassung des Gruppenverhaltens (FEG)*. Frankfurt/M.: J. W. Goethe Universität.
- Bölte, S. (2005b). Checkliste zur Beurteilung von Gruppenfertigkeiten (CBG). Frankfurt/M.: J. W. Goethe Universität.
- Bölte, S. & Poustka, F. (2007). *Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität (SRS)*. Bern: Huber.
- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T. & Jones, L. (2005). The Efficacy of Play Therapy With Children: A Meta-Analytic Review of Treatment Outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice, 36* (4), 376–390.
- Casey, R. J. & Berman, J. S. (1985). The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin, 98*, 388–400.
- Colle, L., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S. & van der Lely, H. (2007). Narrative Discourse in Adults with High-functioning Autism or Asperger Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Springer Verlag Online.
- Cornelius-White, J. (2007). Learner-Centered Teacher-Student Relationships Are Effective: A Meta-Analysis. *Review of Educational Research, 77* (1), 1–31.
- Golan, O. & Baron-Cohen, S. (2006). Systemizing empathy: Teaching adults with Asperger syndrome of high-functioning autism to recognize complex emotions using interactive multimedia. *Development and Psychopathology, 18*, 591–617.
- Golan, O. & Baron-Cohen, S. (2010). Systematisches Training zum Erkennen von Emotionen bei Erwachsenen mit Autismus-Spektrum-Störungen. In H.-C. Steinhausen & R. Gundelfinger (Hrsg.), *Diagnose und Therapie von Autismus-Spektrum-Störungen: Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Haar, R., Zauner, J. & Zech, P. (1979). Gruppentherapie und Gruppenarbeit bei Kindern und Jugendlichen. In A. Heigl-Evers (Hrsg.), *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. Band VIII: Lewin und die Folgen*. Zürich: Kindler.
- Hadwin, J., Baron-Cohen, S., Howlin, P. & Hill, K. (1996). Can we teach children with autism to understand emotions, belief or pretense? *Development and Psychopathology, 8*, 345–365.

- Happé, F. & Frith, U. (1996). The neuropsychology of autism. *Brain*, 119, 1377–1400.
- Happé, F. & Frith, U. (2006). The Weak Coherence Account: Detail-focused Cognitive Style in Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36 (1), 5–25.
- Herbrecht, E., Bölte, S. & Poustka, F. (2008). *KONTAKT: Frankfurter Kommunikations- und soziales Interaktions-Gruppentraining bei Autismus-Spektrum-Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Hoag, M. J. & Burlingame, G. M. (1997). Child and adolescent group psychotherapy: a narrative review of effectiveness and the case for meta-analysis. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 7 (2), 51–68.
- Höger, D. (1989). Klientenzentrierte Psychotherapie – Ein Breitbandkonzept mit Zukunft. In R. Sachse & J. Howe (Hsg.), *Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie*. (S. 197–222) Heidelberg: Asanger.
- Höllkamp, D. & Behr, M. (2008). Wirksamkeit personenzentrierter Kinder- und Jugendlichentherapie. In M. Behr, D. Höllkamp & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte* (S. 319–339). Göttingen: Hogrefe.
- Howlin, P., Baron-Cohen, S. & Hadwin, J. (1999). *Teaching Children with Autism to Mind-Read: A Practical Guide*. Chichester: John Wiley & Sons LTD.
- Jenny, B., Goetschel, P., Käppler, C., Samson, B. & Steinhausen, H.-C. (2006). Personzentrierte Gruppentherapie mit Kindern: Konzept, Vorgehen und Evaluation. *Person*, 2, 93–107.
- Jenny, B. & Käppler, C. (2008). Gruppentherapie – Konzept, Vorgehen und Evaluation einer Gruppenbehandlung bei Kindern mit sozialen und emotionalen Problemen. In M. Behr, D. Höllkamp & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen – Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte* (S. 101–120). Göttingen: Hogrefe.
- Jenny, B. (2010). *Gruppentrainings für Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen*. In H.-C. Steinhausen & R. Gundelfinger (Hrsg.), *Diagnose und Therapie von Autismus-Spektrum-Störungen: Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Jenny, B., Goetschel, P., Isenschmid, M. & Steinhausen, H.-C. (angenommen). *KOMPASS – Zürcher Kompetenztraining für Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen: Ein Praxishandbuch für Gruppen- und Einzelinterventionen*.
- Jenny, B. & Schär, C. (eingereicht). Kompetenztraining in der Gruppe für Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen (KOMPASS): Konzept und erste Ergebnisse der Evaluation.
- Jones, Ch. D. & Schwartz, I. S. (2009). When Asking Questions is not Enough: An Observational Study of Social Communication Differences in High Functioning Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 432–443.
- Kamp-Becker, I. & Remschmidt, H. (2006). Die Marburger-Beurteilungsskala zum Asperger-Syndrom. In H. Remschmidt & I. Kamp-Becker. *Das Asperger-Syndrom* (S. 242–254). Berlin: Springer Verlag.
- Koning, C. & Magill-Evans, J. (2001). Social and Language Skills in Adolescent Boys with Asperger Syndrome. *Autism*, 5 (1), 23–36.
- Korunka, C. (1992). Das Menschenbild. In P. Frenzel, P. Schmid & M. Winkler. *Handbuch der personenzentrierten Psychotherapie* (S. 71–82). Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Krasny, L., Williams, B., Provencal, S. & Ozonoff, S. (2003). Social skills interventions for the autism spectrum: essential ingredients and a model curriculum. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 12, 107–122.
- Lietaer, G. (2001). Being Genuine as a Therapist: Congruence and Transparency. In G. Wyatt (Ed.), *Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice. Vol. 1: Congruence*. (pp.36–54) Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Lietaer, G. & Keil, W. (2002). Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der personenzentrierten Psychotherapie*. (S. 295–317) Wien: Springer.
- Little, L. (2001). Peer Victimization of Children with Asperger-Syndrome Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (9), 995–6.
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1999). *Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB). Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Mitterhuber, B. & Wolschlag, H. (2001). Differenzielle Krankheitslehre der Klientenzentrierten Therapie. In P. Frenzel, W. W. Keil, P. F. Schmid & N. Stözl (Hrsg.), *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie; Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen; Bibliothek Psychotherapie Band 8*. Wien: Facultas Universitäts-Verlag.
- Ozonoff, S. & Miller, J. (1995). Teaching Theory of mind: A new approach to social skills training for individuals with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25, 415–433.
- Pörtner, M. (2002). Der Personzentrierte Ansatz in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der personenzentrierten Psychotherapie*. (S. 513–532) Wien: Springer.
- Rao, P. A., Beidel, B. C. & Murray, M. J. (2008). Social skills interventions for children with Asperger's syndrome or High functioning autism: A review and recommendations. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Online.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1982). Meine Beschreibung einer personenzentrierten Haltung. *Zeitschrift für Personzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 1, 75–77.
- Rogers, C. R. (1988). *Lernen in Freiheit. Zur inneren Reform von Schule und Universität*. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Schmid, P. F. (2008). Resonanz – Konfrontation – Austausch. Personzentrierte Psychotherapie als kokreativer Prozess des Miteinander und Einander-Gegenüber. *Person*, 12 (1), 22–34.
- Schneebeli, S. (2009). *Maturaarbeit: Verstehen und Verstanden werden – Mein Leben mit dem Aspergersyndrom*. Kantonsschule Freudenberg: unveröffentlichte Maturaarbeit.
- Sofronoff, K., Attwood, T., Hinton, S. & Levon, I. (2007). A Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavioural Intervention for Anger Management in Children Diagnosed with Asperger Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37 (7), 1203–1214.
- Solomon, M., Goodlin-Jones, B. & Anders, T. (2004). A Social Adjustment Enhancement Intervention for High Functioning Autism, Asperger's Syndrome, and Pervasive Developmental Disorder NOS. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34 (6), 649–668.
- Specht, F. (1993). Zu den Regeln des fachlichen Könnens in der psychosozialen Beratung von Kindern, Jugendlichen und Eltern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 42, 113–124.
- Speierer, G.-W. (1992). Einheitliche oder Krankheitsspezifische Inkongruenzformen in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie? *GwG-Zeitschrift*, 85, 22–26.
- Stumm, G. & Keil, W. W. (2002). Das Profil der Klienten-/Personenzentrierten Psychotherapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der personenzentrierten Psychotherapie*. (S. 1–62) Wien: Springer.

- Wakolbinger, C. (2009). Die präsenzte Therapeutenperson – Authentizität als entscheidender Faktor in der personzentrierten Kinder- und Jugendpsychotherapie. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. (S. 59–77) Göttingen: Hogrefe.
- Weinberger, S. (2001). *Kindern spielend helfen – Eine personzentrierte Lern- und Praxisanleitung*. Weinheim: Beltz.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Alicke, M. D. & Klotz, M. L. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 542–549.
- Zülow, Carola von (2009). Das Asperger-Syndrom – Personzentrierte Spieltherapie als sozial-emotionale Entwicklungsförderung. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Personzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte*. (S. 285–316) Göttingen: Hogrefe.

### **Autoren:**

**Bettina Jenny** (\*1965), lic. phil., dipl. Primarlehrerin, klinische Psychologin und personzentrierte Psychotherapeutin, seit 1994 am Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich als Diagnostikerin, Einzel- und Gruppentherapeutin mit einem Schwerpunkt bei der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit einer Autismus-Spektrum-Störung tätig, verschiedene Lehraufträge.

**Camille Schär** (\*1984), Studentin und angehende Psychologin der Universität Zürich, seit 2007 am Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich als Praktikantin in der Klinik und im Fachteam Autismus tätig und seit 2008 als studentische Hilfskraft im Bereich Diagnostik autistischer Kinder und für die Datenanalyse des KOMPASS-Evaluationsprojekts angestellt.

### **Korrespondenzadresse:**

lic. phil. Bettina Jenny  
Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Neumünsterallee 3  
CH-8032 Zürich, Schweiz  
E-Mail: [bettina.jenny@kjpdzh.ch](mailto:bettina.jenny@kjpdzh.ch)