

Mirko Baur

Überlappungen von Autismus-Spektrum-Störung und Hörsehbehinderung / Taubblindheit

Konsequenzen für die pädagogische Arbeit

Zusammenfassung

Autismus-Spektrum-Störung (ASS) und sensorische Beeinträchtigungen stehen in einem vielfältigen Bezug – gerade bei Hörsehbehinderung/Taubblindheit. Was aber heisst das tatsächlich für die (päd-)agogische Arbeit? Auf der Grundlage der jeweiligen Evidenzforschung zeigt der Artikel einerseits Chancen für die Taubblindenpädagogik, von Ansätzen und Praktiken aus dem ASS-Bereich zu profitieren – und umgekehrt. Andererseits wird deutlich, wie wichtig es für die Betroffenen mit Hörsehbehinderung ist, nicht fälschlicherweise mit einem ASS-Label versehen zu werden, und an welchem Punkt die sonderpädagogische Differentialdiagnostik am ehesten ansetzen kann.

Résumé

Les troubles du spectre autistique (TSA) et les déficiences sensorielles se rejoignent en bien des points – en particulier en ce qui concerne la surdicécité. Mais quel impact cela a-t-il réellement pour le travail d'éducation et de formation ? En se fondant sur les recherches basées sur les preuves des deux domaines, le présent article montre d'une part les possibilités qu'offrent les approches et pratiques issues du domaine des TSA pour la pédagogie relative à la surdicécité – et inversement. D'autre part, il montre à quel point il est important pour les personnes atteintes d'une surdicécité de ne pas être assimilées à tort à la catégorie des TSA, et où le diagnostic différentiel de la pédagogie spécialisée devrait commencer.

Wieso überhaupt das Thema?

Zum einen verweisen rund zwanzig Jahre Forschung sowie Berichte von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung (ASS) auf eine Verbindung von ASS mit Besonderheiten in der Wahrnehmungsverarbeitung und der Aufmerksamkeit (vgl. z. B. Donnellan, Hill & Leary, 2010; Häussler, 2016; Mesibov, Shea & Schopler, 2005; Rollet & Kastner-Koller, 2018; Schirmer, 2013). Zum anderen scheint das Vorkommen von ASS positiv mit Hörbeeinträchtigung, Sehbeeinträchtigung und geistiger Behinderung zu korrelieren (vgl. z. B. Hoevenaars-van den Boom et al., 2009): ASS scheint bei Menschen mit Sinnesbeeinträchtigung(en) und/oder geistiger Behinderung weitaus häufiger vorzukommen (vgl. z. B. de Vaan et al., 2013).

Menschen mit den entsprechenden Beeinträchtigungen zeigen zudem ähnliche bis identische Verhaltenscharakteristika wie Menschen mit ASS. Die Symptome überlappen sich deutlich – gerade bei Hörsehbehinderung/Taubblindheit (vgl. Belote & Maier, 2014; Wanka, 2015).

Was aber heisst das tatsächlich für die (päd-)agogische Arbeit? Was kann an (päd-)agogischen Zugängen bei ASS resp. Hörsehbehinderung evidenzbasiert empfohlen werden? Wovon könnte die (Päd-)Agogik bei Hörsehbehinderung (und jene bei ASS) allenfalls profitieren und wovon gerade nicht? Und wo liegen die Möglichkeiten zur differentialdiagnostischen Unterscheidung von hörsehbehinderten Menschen mit und ohne ASS?

ASS und passende (päd-)agogische Angebote

Die *Centers for Disease Control and Prevention* der USA schätzen in ihrem letzten «Community Report on Autism» (2018, S. 6) das Vorkommen von ASS unter achtjährigen Kindern auf 1:59, was gegenüber der Schätzung für das Jahr 2000 einer Zunahme von ca. 150 % entspricht (vgl. dazu Baio et al., 2018). Die Suche nach evidenzbasierten Interventionspraktiken und -ansätzen hat entsprechend Gewicht. Trotz einer für sonderpädagogische Verhältnisse starken Forschungsaktivität bestehen weiterhin viele Fragen. Die bisherigen Studien weisen oft Schwächen und Begrenztheiten in Design und Methodologie auf.

Dennoch bestätigt sich seit Jahren, dass verhaltenstherapeutische Zugänge vielversprechend sind¹. Das zeigt beispielsweise auch die Übersicht der *United Health-Care Services* (2014, S. 4ff.) über die vorhandene klinische Evidenz zu intensiver Verhaltenstherapie für die intellektuelle Funktionsfähigkeit, sprachbezogene Fähigkeiten und Konstrukte, den Erwerb von Aktivitäten des täglichen Lebens und die soziale Funktionsfähigkeit. Die Auswertung der relevanten Literatur zwischen 1990 und 2011 von Wong et al. (2014) zeigt unter den 27 als evidenzbasiert beurteilten Praktiken die stärkste Abstützung bei den Grundtechniken der *Applied Behavior Analysis (ABA)*. Ergänzend stellen Odom et al. (2010) in ihrer Evaluation von umfassenden Ansätzen (die verschiedene Praktiken integrieren) zwar fest, dass deren Effektivität nicht besonders stark belegt ist. Der ABA-Ansatz des heutigen Lovaas-Instituts gehört jedoch zu jenen fünf Ansätzen, die über sechs

geprüfte Dimensionen von Evidenz² hinweg am besten abschneiden. Die anderen vier Ansätze (Denver, LEAP, May Institute und PCDI) nutzen zumindest auch verhaltenstherapeutische Praktiken.

Das *Early Start Denver Model* (Rogers et al., 2012) integriert ein beziehungsfokussiertes, entwicklungspsychologisch fundiertes Grundmodell mit verhaltenstherapeutischen Unterrichtspraktiken samt starkem Einbezug der Eltern. Auch klassische ABA-Manuale (vgl. etwa Maurice et al., 1996) orientieren sich schon länger an den üblichen Entwicklungsdimensionen wie etwa die motorische oder die sozial-emotionale Entwicklung, individualisieren ihr Angebot, nutzen die Interessen des Kindes und setzen auf starken Einbezug der Eltern. Entsprechend überrascht es nicht, wenn bei Odom et al. (2010) unter den umfassenden Ansätzen mit mittlerer Evidenzlage beispielsweise auch *DIR/Floortime*³ (vgl. Greenspan & Wieder, 2006) auftaucht. Der Ansatz setzt auf das, was in der (Päd-)Agogik bei Hörsehbehinderung als «harmonische Interaktion» diskutiert wird – ebenfalls als Grundlage für eine symbolische Entwicklung, die verankert ist in Beziehung, emotionaler Co-Regulation und intrinsisch motivierenden Erfahrungen.

² vgl. a.a.O., S. 427f.

³ DIR (*Developmental, Individual-differences, Relationship-based*) ist ein Modell der menschlichen Entwicklung, *Floortime* der Kern von dessen Anwendung in der Praxis. Modell wie Anwendung fokussieren auf positive emotionale Beziehungen als zentraler Entwicklungsfaktor. Die zwei nicht immer einfach zu vereinbarenden Grundprinzipien von Floortime lauten: Folge den emotionalen Interessen des Kindes («Following the child's lead») und: Triff das Kind in seiner Welt und führe es für seine weitere emotionale Entwicklung in eine gemeinsame Welt («Joining the child's world and pull them into a shared world in order to help them master each of their Functional Emotional Developmental Capacities»).

¹ vgl. zur Evidenzlage auch Rollet & Kastner-Koller (2018, S. 123)

Die evidenzbasiert beste Empfehlung auch bei ASS ist daher eine vielfältige (Päd-)Ago-gik. In einem integrativen und systemischen Zugang sind dabei klar verhaltenstherapeu-tische Praktiken wichtig.

Die Forschung nach evidenzbasierten pädagogischen Praktiken bei Hörsehbehinderung steht noch am Anfang.

Wie steht es mit Evidenz in der Taubblindenpädagogik?

Im Kindesalter ist Hörsehbehinderung ge-genüber anderen Behinderungen selten. In der Schweiz und vergleichbaren Ländern ist sie oft mit weiteren Beeinträchtigungen und gesundheitlichen Problemen verbun-den (vgl. etwa Baur, 2015). Nicht überr-schend steht deshalb die Forschung nach evidenzbasierten pädagogischen Praktiken noch am Anfang (vgl. Ferrell et al., 2014).

Entnehmen lässt sich dem Überblick von Ferrell et al. (2014), dass bei angebore-ner Hörsehbehinderung sowohl für «kind-geführtes» (*child-guided approaches*), als auch für «systematisch-vermittelndes» pä-dagogisches Arbeiten (*systematic instruc-tional approaches*) Belege vorliegen, dass taktilen Lernen zentral ist und dass weitere Evidenz-Forschung zwar unterschiedlich dringend, generell aber hochgradig wichtig ist. In vielen Aspekten kann gemäss den für die Verhältnisse der Sonderpädagogik ge-setzten Evidenz-Standards des *CEEDAR Centers*⁴ nur die erste Stufe, die *emerging evidence-based practice*, bestätigt werden.

⁴ vgl. <http://cedar.education.ufl.edu/wp-content/uploads/2014/08/Evidence-Based-Practices-guide.pdf> [Zugriff am 19.07.2018]

Sinneswahrnehmung und Kommunikation sind verständlicherweise die grossen und grundlegenden Herausforderungen für Kinder mit Hörsehbehinderung. Dass erst wenige oder überhaupt keine Evidenz-Studien für pädagogische Ansätze in den klassischen curricularen Unterrichtsinhalten Schreiben, Lesen, Rechnen und Naturwis-senschaften vorliegen, ist daher nicht über-raschend.

Hingegen ist Kommunikation gemäss Ferrell et al. (2014) einer der Bereiche, der in der spezifischen Forschung am meisten bearbeitet worden ist. Auch diesbezüglich liegen für «kindgeführte» und für «systematisch-vermittelnde» Zugänge Evidenz-Belege vor, wobei sich die individualisierte Förderung in jedem Fall an der kommunika-tiven und symbolischen Entwicklung orien-tieren soll. Bereits moderat Bestätigung finden dabei die oft praktizierten taktilen Kommunikationsstrategien wie Berührun-gen, Bezugsobjekte oder taktilen Gebär-den. Insgesamt empfehlen die Autorinnen und Autoren im Lebensbereich Kommuni-kation ein hochgradig individualisiertes Vorgehen in natürlichen Lernumgebungen, integriert in jede Aktivität und in aufzubauen Routinen, verbunden mit vielen In-teraktionsangeboten. Hinweise auf die Wichtigkeit von kompetenten Kommunika-tionspartnerinnen und -partnern mit hoher Resonanzfähigkeit einerseits und von se-quenzierten Routinen andererseits zeigen sich auch im Abschnitt zur Früherfassung und -förderung. In der Auswertung zur *Literacy* bestätigt sich erneut die Bedeu-tung von taktilen Kommunikationsformen und von Strukturierungen wie etwa in Form von individuell gestalteten Tagesplänen. Chancen für eine breit verstandene *Literacy* schaffen gemäss Ferrell et al. (2014) unter anderem auch das Anbieten von Wahlmög-

lichkeiten oder *Story Boxes* zur gegenseitlichen Repräsentation von Erlebnissen oder Geschichten.

Bei den Aktivitäten des täglichen Lebens besteht eine starke Evidenz für ein «systematisch-vermittelndes» Vorgehen, verbunden mit lerntheoretischen resp. verhaltenstherapeutischen Praktiken wie etwa «Prompting» oder Verstärkung. Verhaltenstherapeutische Interventionen haben auch bei herausforderndem Verhalten eine moderate Evidenz.

Mit entstehender Evidenz zeichnet sich eine adäquate pädagogische Kontextgestaltung nach Ferrell et al. (2014) übrigens gerade durch auf Hörsehbehinderung spezialisierte Fachpersonen aus. Spezialistinnen und Spezialisten für Hör- oder Sehbehinderungspädagogik reichen nicht aus, weil die Auswirkungen einer Hörsehbehinderung nicht mit der Addition einer Hör- und einer Sehbehinderung gleichzusetzen ist. Bei primär taktil Lernenden kann zudem eine 1:1-Situation in den meisten Lektionen erforderlich sein. Und während eine individuell passende Versorgung mit Hilfsmitteln generell wichtig scheint, bestätigen Eltern von Kindern mit Cochlea-Implantat eine vergleichsweise starke Evidenz für dessen Nutzen (Ferrell et al., 2014).

Eine gemeinsame pädagogische Schnittmenge

Ohne weiter auf die Darstellung von Ferrell et al. (2014) einzugehen, lässt sich feststellen, dass es bei ASS und Hörsehbehinderung nicht nur eine Überlappung von Verhaltenscharakteristika gibt, sondern auch eine gemeinsame Schnittmenge in der empfehlenswerten (päd-)agogischen Arbeit. Sie entsteht gerade auch darum, weil hier wie dort eine Methodenvielfalt zu empfehlen ist, die erst ein individuell und situativ ge-

rechtes Vorgehen ermöglicht. Das ist dann zu verantworten, wenn es sich an den Erkenntnissen zu evidenzbasierten Ansätzen und Praktiken orientiert und die individualisierte Förderung in einem kontinuierlich durchlaufenen förderdiagnostischen Kreislauf konstant überprüft und neu justiert wird. Durch eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit und einen aktiven Einbezug der Klientinnen und Klienten sowie ihrer Angehörigen wird eine optimale Passung am ehesten gewährleistet.

Bei ASS und Hörsehbehinderung gibt es eine Schnittmenge in der empfehlenswerten pädagogischen Arbeit.

Während allerdings das Lernen nebenbei, das sogenannte *incidental learning* ohne explizite Instruktion oder Intention, sowohl für Menschen mit ASS als auch für Kinder mit Hörsehbehinderung stark erschwert ist,⁵ sind die Ursachen dafür unterschiedlich. Die Anwendung von ABA-Manualen im Kontext von Hörsehbehinderung liegt daher weder nah, noch gibt es dafür irgendwelche Evidenz. Umgekehrt kann eine ausschließlich kindzentrierte oder gar «kindgeführte» Pädagogik bei ASS nicht überzeugen.

Profitieren vom Bereich ASS kann die (Päd-)Agogik bei Hörsehbehinderung von Strukturierungspraktiken, wie sie etwa der Ansatz TEACCH (vgl. z. B. Häussler, 2016) bietet. Mit Blick auf das erschwerte *incidental learning* könnte es sich zudem lohnen, auch bei angeborener Hörsehbehinderung über *zeitlich* intensive Frühförderungsangebote nachzudenken, die *inhaltlich und pädagogisch* allerdings den spezifischen Be-

⁵ und wohl auch die Entwicklung der Theory of Mind (Frölander et al., 2014)

dürfnissen und Möglichkeiten entsprechen müssten. Die praktische Arbeit kann unter Umständen weiter angeregt werden durch sensorische Strategien⁶ im Kontext von ASS und *Sensory Processing Disorder* (vgl. etwa Laurie, 2014).

Umgekehrt würden gerade *child-guided approaches* (vgl. etwa Rødbroe, Janssen & Souriau, 2014⁷) Grundlegendes zum Aufbau von Kontakt, Bindung, Interaktion und Kommunikation auch bei ASS bieten. Dabei wäre es interessant, verwandte ASS-Ansätze wie *DIR/Floortime* auch für die (Päd-)Agogik bei Hörsehbehinderung zu rezipieren.

Es gibt bis anhin kein valides und reliables Instrument zur Diagnose von ASS bei Hörsehbehinderung.

Bereits angekommen in beiden (und weiteren) Zielgruppen ist die ebenfalls verwandte, gleichermassen entwicklungspsychologisch geprägte *Intensive Interaction*⁸ (vgl. zur Frage der II-Zielgruppen Jeffries, 2009). Das gilt auch für die auf eine umfassend verbesserte Lebensqualität zielende Positive Verhaltensunterstützung (PBS, vgl. etwa Theunissen, 2008): Sie bietet sowohl bei

ASS⁹ als auch bei Hörsehbehinderung¹⁰ eine wichtige Grundlage für mögliche Lösungen, gerade wenn sie kommunikativ ausgerichtet ist (vgl. Carr et al., 2006).

ASS bei Hörsehbehinderung / Taubblindheit

Wie eingangs beschrieben, scheint ASS bei Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen und/oder geistiger Behinderung häufiger vorzukommen. Eine diagnostische Unterscheidung der Erscheinungsformen ist schwierig – gerade bei mehrfacher Behinderung und vor allem bei Hörsehbehinderung (vgl. Hoevenaars-van den Boom et al., 2009, S. 550, S. 556). Es ist deshalb von einer Über- und zugleich von einer Unterdiagnostizierung auszugehen (vgl. dazu auch de Vaan et al., 2013, S. 492).

Das ist insofern problematisch, weil sich – wie beschrieben – die empfehlenswerten pädagogischen Ansätze und Praktiken bei Hörsehbehinderung resp. ASS trotz gemeinsamer Schnittmenge unterscheiden. Das (päd-)agogische Angebot könnte daher die Bedürfnisse der Klientin, des Klienten verpassen oder gar kontraproduktiv sein (vgl. vorangehendes Kapitel und de Vaan et al., 2013, S. 493f.).

Ein valides und reliables Instrument zur Diagnose von ASS bei Hörsehbehinderung liegt aktuell nicht vor. Es wurde aber bereits daran gearbeitet (vgl. Hoevenaars-van den Boom et al., 2009), auf der Grundlage dreier ASS-Assessment-Instrumente und dem hörsehbehinderungsspezifischen förderdiagnostischen Zugang von van Dijk (vgl. etwa Nelson, van Dijk et al., 2009).

⁶ Strategien zur Minderung der Auswirkungen von Verarbeitungsproblemen in der Sinneswahrnehmung

⁷ Rødbroe, Janssen und Souriau beschreiben den heute zentralen Ansatz der Kommunikationsförderung bei angeborener Hörsehbehinderung/Taubblindheit, bekannt unter dem Namen *Co-Creating Communication*. Der Ansatz basiert wesentlich auf einer dialogischen Beziehung zwischen Klientin bzw. Klient und Bezugsperson.

⁸ *Intensive Interaction* fokussiert auf frühe Interaktions- und Kommunikationsfähigkeiten wie etwa das Verständnis von und die aktive Teilnahme in Interaktionsroutinen.

⁹ vgl. etwa www.autismspectrum.org.au/pbs [Zugriff am 19.07.2018]

¹⁰ vgl. etwa www.senses.org.au/positive-behaviour-support [Zugriff am 19.07.2018]

Dabei zeigten sich für die Diagnose von ASS wichtige Unterschiede in den Bereichen *Soziale Interaktion* und *Kommunikation* bei zehn Menschen mit angeborener Hörsehbehinderung zwischen 5 und 28 Jahren sowie einem kognitiven Entwicklungsalter unter 24 Monaten. Jene Studien-Teilnehmenden ohne ASS schnitten in folgenden Kategorien signifikant besser ab: *openness for contact*, *reciprocity/joint attention* sowie *communicative signals/functions*. Beinahe signifikante Unterschiede ($0.01 > P > 0.05$) zeigten sich bei *coping with changes* und *problem solving strategies*. Nicht signifikant hingegen waren die Unterschiede für *stereotyped behavior*, das bei angeborener Hörsehbehinderung in der Regel vorhanden ist (vgl. Hoevenaars-van den Boom et al., 2009, S. 555) sowie bei *exploration and play*, wobei hier eine Auswirkung der geistigen Behinderung vermutet wird (a.a.O., S. 556).

Ähnliche kommunikationsbezogene Hinweise finden sich in einer früheren amerikanischen Studie (vgl. Wanka, 2015), die einen Vergleich von Kindern mit CHARGE-Syndrom – auch in der Schweiz eine der häufigsten Ursache für angeborene Hörsehbehinderung – mit Kindern mit ASS macht. Insgesamt zeigt die Studie, «dass Kinder mit CHARGE sozial eingebundener sind und über bessere sprachliche und kommunikative Fähigkeiten verfügen als Kinder mit ASS, sich zudem stärker in sensorisch basierte Verhaltensweisen einbringen und mehr schaukeln, flattern und drehen [...]» (Wanka, 2015, S. 21).

Während die Arbeiten an einem einsetzbaren Assessment-Instrument weitergehen, lohnt sich in der Praxis also ein sorgfältiger Blick ...

... auf die individuellen Reaktionen auf Kontaktangebote,

... auf geteilte Aufmerksamkeit und Reziprozität in Interaktion und Kommunikation,

... auf Kontaktinitiativen im Vergleich zu eher instrumentell resp. funktional ausgerichteten Initiativen der Klientin/des Klienten sowie

... auf die sensorische «Nahrung» und Verarbeitung, die sie oder er sich sucht resp. im Verhalten zeigt.

Die Unterschiede, die dann sichtbar werden, sind entscheidend für passende pädagogische Zugänge, für das Lernen, die Entwicklung und die Teilhabe am Leben von Kindern mit besonders grossen Herausforderungen.

Literatur

- Baio, J., Wiggins, L., Christensen, D. L. et al. (2018). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. *MMWR Surveillance Summaries*, 67 (6), 1–23. https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/ss/ss6706a1.htm?s_cid=ss6706a1_w [Zugriff am 19.07.2018].
- Baur, M. (2015). Taubblindheit und Hörsehbehinderung im Kindes- und Jugendalter: Ausschluss der Betroffenen von passenden Bildungsangeboten in der Schweiz? *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 21, 9, 34–38.
- Belote, M. & Maier, J. (2014). Why Deaf-Blindness and Autism Can Look So Much Alike. *reSources*, 19 (2), 1–16.
- Carr, E. G., Levin, L., McConnachie, G., Carlson, J. I., Kemp, D. C. & Smith, C. E. (2006). *Communication-Based Intervention for Problem Behavior. A User's Guide for Producing Positive Change* (8th ed.). Baltimore: Brooks.

- Centers for Disease Control and Prevention (2018). *Community Report from the Autism and Developmental Disabilities Monitoring (ADDM) Network. A Snapshot of Autism Spectrum Disorder among 8-year-old Children in Multiple Communities across the United States in 2014*. www.cdc.gov/ncbddd/autism/addm-community-report/documents/addm-community-report-2018-h.pdf [Zugriff am 19.07.2018].
- De Vaan, G., Vervloed, M.P.J., Knoors, H. & Verhoeven, L. (2013). Autism Spectrum Disorders in People with Sensory and Intellectual Disabilities Symptom Overlap and Differentiating Characteristics. In M. Fitzgerald, *Recent Advances in Autism Spectrum Disorders, Volume 1, Chapter 21*. <http://dx.doi.org/10.5772/53714> [Zugriff am 16.07.2018].
- Donnellan, A. M., Hill, D. A. & Leary, M. R. (2010). Rethinking Autism: Implications of Sensory and Movement Differences. *Disability Studies Quarterly*, 30 (1). <http://dsq-sds.org/article/view/1060/1225> [Zugriff am 19.07.2018].
- Ferrell, K. A., Bruce, S. & Luckner, J. L. (2014). *Evidence-based practices for students with sensory impairments* (Document No. IC-4). <http://cedar.education.ufl.edu/tools/innovation-configurations> [Zugriff am 03.07.2018].
- Frölander, H. E. et al. (2014). Theory-of-mind in adolescents and young adults with Alström syndrome. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 78, 530–537.
- Greenspan, S. I. & Weider, S. (2006). *Engaging Autism. Using the Floortime Approach to Help Children Relate, Communicate, and Think*. Boston: Da Capo Press.
- Häussler, A. (2016). *Der TEACCH Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus. Einführung in Theorie und Praxis* (5. verb. und erw. Aufl.). Dortmund: modernes lernen.
- Hoevenaars-van den Boom, M. A. A., Antonissen, A. C. F. M., Knoors, H. & Vervloed, M. P. J. (2009). Differentiating characteristics of deafblindness and autism in people with congenital deafblindness and profound intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53 (6), 548–558.
- Jeffries, L. (2009). Introducing intensive interaction. *the psychologist...*, 22, 788–791.
- Laurie, C. (2014). *Sensory strategies. Practical ways to help children and young people with autism learn and achieve*. The National Autistic Society.
- Maurice, C., Green, G. & Luce, S. C. (1996). *Behavioral Intervention for Young Children with Autism. A Manual for Parents and Professionals*. Austin: Pro-Ed.
- Mesibov, G. B., Shea, V. & Schopler, E. (2005). *The TEACCH Approach to Autism Spectrum Disorders*. New York: Springer.
- Nelson, C., van Dijk, J., Oster, T. & McDonnell, A. (2009). *Child-guided Strategies. The van Dijk Approach to Assessment*. Louisville: American Printing House for the Blind, Inc.
- Odom, S. L., Boyd, B. A., Hall, L. J. & Hume, K. (2010). Evaluation of Comprehensive Treat-

- ment Models for Individuals with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 425–436.
- Rødbroe, I., Janssen, M. & Souriau, J. (Hrsg.) (2014). *Kommunikation und angeborene Taubblindheit*. Würzburg: Edition Bentheim.
- Rogers, S. J., Dawson, G. & Vismara, L. (2012). *An Early Start for your Child with Autism*. New York: Guilford Press.
- Rollett, B. & Kastner-Koller, U. (2018). *Praxisbuch Autismus für Erzieher, Lehrer, Psychologen, Therapeuten und Eltern* (5. Aufl.). München: Urban & Fischer.
- Schirmer, B. (2013). *Schulratgeber Autismus-Spektrum-Störungen. Ein Leitfaden für LehrerInnen* (3., aktual. Aufl.). München: Reinhardt.
- The CEDAR Center (o.D.). *Evidence Standards*. <http://cedar.education.ufl.edu/wp-content/uploads/2014/08/Evidence-Based-Practices-guide.pdf> [Zugriff am 28.06.2018].
- Theunissen, G. (2008). *Positive Verhaltensunterstützung. Eine Arbeitshilfe für den pädagogischen Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Lernschwierigkeiten, geistiger Behinderung und autistischen Störungen*. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- United Healthcare Services (2014). Intensive Behavioral Therapy for Autism Spectrum Disorder. *Medical Policy*, 2014T0202K, July 1, 2014. https://www.supercoder.com/webroot/upload/general_pages_docs/document/Intens_Behav_Thpy_Tx_Autism_Spec_Dis.pdf [Zugriff am 16.07.2018].
- Wanka, A. (2015). Differenzierung des Phänotyps im Verhalten von Menschen mit Taubblindheit/Hörsehbehinderung und Störungen des autistischen Spektrums. *Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung*, 12 (1), 17–23.
- Wong, C. et al. (2014). *Evidence-Based Practices for Children, Youth, and Young Adults with Autism Spectrum Disorder*. Frank Porter Graham Child Development Institute, University of North Carolina. <https://autismpdc.fpg.unc.edu/sites/autismpdc.fpg.unc.edu/files/2014-EBP-Report.pdf> [Zugriff am 16.07.2018].

Mirko Baur
Gesamtleiter
Tanne
Schweizerische Stiftung für Taubblinde
Fuhrstrasse 15
8135 Langnau am Albis
mirko.baur@tanne.ch

