

**Symposium
Universität
Potsdam**

**Differentielle
Beziehungstherapie**



Barbara Rittmann

Hamburger Autismus Institut

**Vortrag im Rahmen eines
wissenschaftlichen Symposiums an
der Universität Potsdam am 15.2.2002**

Die Differenzielle Beziehungstherapie in der Autismustherapie

von Dipl.-Psych. Barbara Rittmann

Geschichte, Definition und Grundlagen

Die Differenzielle Beziehungstherapie wurde 1989 von Dipl.-Psych. Hartmut Janetzke am Hamburger Autismus Institut formuliert und eine der Methoden nach der in dieser Ambulanz gearbeitet wird; seit 1987 gehört die Autorin zum therapeutischen Team, seit 2009 ist sie Leiterin der Einrichtung. Die Differenzielle Beziehungstherapie ist eine ganzheitlich orientierte, beziehungsfördernde Behandlungsmethode, die die emotionalen, geistigen und sprachlichen Fähigkeiten beim autistischen Menschen entwickeln hilft und die Betroffenen in einen sozial-kommunikativen Prozess einbezieht (1).

Die Entwicklung dieser Therapie basiert auf zwei Säulen der Erkenntnis: zum einen die jahrelange Erfahrung mit autistischen Kindern und zum zweiten die Ergebnisse der wissenschaftlichen Erforschung der biologischen Grundlagen des Autismus.

1972 gegründet, ist das Hamburger Autismus Institut die älteste Autismus Ambulanz Deutschlands. Während im Hintergrund noch der Bettelheimsche Streit um die Mitschuld der Eltern an der Störung ihrer Kinder garte und man in den Therapiestunden die Kinder meist mit einem klassischen verhaltenstherapeutischen Setting trainierte, beschäftigten sich die autistischen Kinder selbst, sobald sie ihren eigenen Bedürfnissen nachgehen konnten, scheinbar selbstgenügsam mit kleinen Details der gegenständlichen oder datenbezogenen Welt, wie z.B. dem Drehen von Kreiseln oder dem Aufsagen von Kalenderdaten. Die Kinder wirkten dabei sehr konzentriert, an dieser Tätigkeit interessiert und durchaus „ehrgeizig“ im Bemühen den Kreisel immer schneller und länger in Rotation zu halten bzw. möglichst viele Daten richtig zu erinnern.

An dem menschlichen Gegenüber jedoch zeigten sie kein sichtbares Interesse. Sie versuchten Eltern und andere Bezugspersonen aus ihren Beschäftigungen zu verbannen und benutzten sie allenfalls zu Befriedigung konkreter Bedürfnisse, wie Essen, dem Anreihen von Gegenständen etc. Dieses Verhalten kränkte wiederum die liebevoll bemühten, aber konventionell reagierenden Eltern. Aus dieser misslungenen Interaktion entwickelten sich häufig sekundäre Beziehungsstörungen, die das Familien- und Eheleben stark überschatteten.

Am Hamburger Autismus Institut begann man zu zweifeln, ob sich die in den Therapiesequenzen antrainierten Verhaltensänderungen ausreichend im Alltag niederschlagen würden. Außerdem schien die autoritäre, stark reglementierende Einflussnahme die Abwehr der Kinder eher zu verstärken. Der mit dem Festhalten

des Kopfes einhergehende Standardbefehl „Schau mich an!“ bewirkte oft das Gegenteil: die Kinder lernten geschickt an den Augen des Gegenübers vorbeizuschauen. Andererseits entstanden in Therapiestunden, in denen der Therapeut sich und das Kind von dieser Art der Reglementierung befreite, immer wieder Situationen, in denen die kleinen Patienten ihre Abwehrhaltung für kurze Zeit aufgaben, Interesse am Gegenüber zeigten und sogar Freude am Kontakt signalisierten. Die Analyse dieser Bedingungen und die Systematisierung der Erkenntnisse führte zur Formulierung der Theorie der Differenziellen Beziehungstherapie.

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Erforschung der biologischen Voraussetzungen des Autismus sowie kognitionspsychologische Theorien (Theory of Mind) bilden die zweite Säule der Erkenntnisse, die der Differenziellen Beziehungstherapie zu Grunde liegt. Naturgemäß haben sich die Kenntnisse um die biologisch bedingten Ursachen des Autismus in den letzten Jahrzehnten immer wieder verändert. Neben einer genetischen Mitverursachung (Veränderung einzelner Genabschnitte) und einer möglichen Überdosis an Testosteron im Fruchtwasser während der Schwangerschaft, scheint sich in letzter Zeit eine Verdichtung in Richtung Störung der kindlichen Hirnstrukturentwicklung abzuzeichnen. Viele autistische Kinder weisen abnorme neuronale Verschaltungen und eine auffällige Kleinhirnfunktion auf. Sehr aktuell ist die Erforschung der Spiegelneuronen in Bezug auf autistische Kinder. Spiegelneurone sind, verkürzt gesagt, die Empathie-Neuronen. Bei autistischen Menschen findet man eine deutlich herabgesetzte Aktivität dieser Neuronen, womit sich zum ersten Mal ein biologisches Korrelat für die „Theory of Mind“ nachweisen lässt. Diese Theorie geht davon aus, dass das Kernproblem autistischer Menschen die fehlende oder eingeschränkte Fähigkeit ist, sich in andere Menschen hineinzusetzen (2).

Diese biologischen Ursachen bedingen nun eine Verarbeitungsschwäche des zentralen Nervensystems, mit Auswirkungen wie sensorische Unter- oder Überempfindlichkeiten etc. Die daraus resultierende Wahrnehmungsverarbeitungsstörung verursacht wiederum eine Störung der Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeit mit den bekannten Symptomen: fehlender Blickkontakt, fehlende Zeigefunktion, ausbleibende Sprache, fehlende Dialogfähigkeit und Empathie etc. Lediglich die „Spitze des Eisberges“ ist der Störungskomplex der Bewältigungsversuche: Fixierung auf gut kontrollierbare (sicherheitsspendende) Gegenstände oder Daten, stereotype Körperbewegungen und häufiges Wiederholen vertrauter Handlungen sowie Abwehr (fremdbestimmter) Veränderungen (3).

Der Ansatz der Differenziellen Beziehungstherapie

Viele Therapien zielen mit ihren Interventionen auf die unerwünschten Verhaltensweisen (die Bewältigungsversuchen), da sie so offensichtlich den Umgang mit den autistischen Kindern erschweren. In der Differenziellen Beziehungstherapie intervenieren wir auf der Ebene der Störung der Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeit.

Wir gehen davon aus, dass alles Lernen im Kindesalter sich aus beziehungsabhängigen Austauschprozessen entwickelt – ohne Beziehung findet kein Lernen statt. Selbst gesunde Kinder entwickeln sich schlechter, wenn sie in mangelhaften Beziehungen leben, die nicht ausreichend kommunikativ sind. Unsere Schlussfolgerung ist, autistischen Kindern das im Übermaß kompensatorisch anzubieten, was ihnen auf Grund ihrer Störung grundlegend fehlt: Beziehungsfähigkeit (3). Das, was wir in unserer therapeutischen Arbeit versuchen, hat der französische Schriftsteller Saint-Exupéry vor 50 Jahren in poetischer Weise im Dialog des kleinen Prinzen mit dem Fuchs über das „Zähmen“ sehr ähnlich beschrieben:

*„Komm und spiel mit mir“, schlug ihm der kleine Prinz vor. „Ich bin so traurig...“
„Ich kann nicht mit dir spielen“, sagte der Fuchs. „Ich bin noch nicht gezähmt!“
„Ah, Verzeihung!“, sagte der kleine Prinz... „Was bedeutet das: ‚zähmen‘?“...
„Das ist eine in Vergessenheit geratene Sache“, sagte der Fuchs. „Es bedeutet: sich
,vertraut machen‘... Du musst sehr geduldig sein... Du setzt dich zuerst ein wenig
abseits von mir ins Gras. Ich werde dich so verstohlen, so aus den Augenwinkeln
anschauen, und du wirst nichts sagen. Die Sprache ist die Quelle der
Missverständnisse. Aber jeden Tag wirst du dich ein bisschen näher setzen können...“
(5)*

Wer mit autistischen Kindern vertraut ist kennt diesen Blick „aus den Augenwinkeln“ nur zu gut. Und er weiß auch, wie vorsichtig und geduldig er sich einem noch nicht beziehungsfähigem Kind nähern sollte und wie wenig Sprache dabei von Nutzen ist. Das auf die dingliche Welt (Wasserhähne, Lichtschalter, Türklinken etc.) fixierte Kind ist von unserer Zuwendung, nämlich den Reizen, die wir als Menschen aussenden, erst einmal grundsätzlich überfordert, und kann „unser großzügiges Geschenk“ zunächst gar nicht annehmen. Aber jedes Kind – und das ist unsere Überzeugung – kann und will, trotzdem es so gleichgültig oder abwehrend erscheint, auf Ansprache reagieren.

Unsere Aufgabe ist es nun, in jedem Einzelfall eine sehr individuelle Anspracheform zu finden. Gerade weil wir mit unserem beziehungs- und kommunikationsorientierten, therapeutischen Angebot Gefahr laufen das Kind zu überfordern, müssen wir eine Vereinfachung für den gestressten Wahrnehmungsapparat der Kinder finden: wir versuchen uns von den so verwirrenden typisch menschlichen Eigenschaften zu befreien und begeben uns zunächst in Konkurrenz mit der dinglichen Umwelt.

Versuchen wir uns einmal mit den Augen eines autistischen Kindes zu sehen, das die Bedeutungen der Signale, die wir aussenden nicht verstehen kann und statt dessen auf eine große Gleichförmigkeit angewiesen ist: wir kleiden uns jeden Tag anders; wir wechseln die Frisur; manchmal tragen wir eine Brille; wir bewegen uns mal schnell, mal langsam; der Klang unsere Stimme ist oft sehr verschieden; unser Gesicht verändert sich ständig; unser Mund neigt dazu, plötzlich Lachsalven auszustoßen, dann wieder

schmallippig zu verschwinden; ganz zu schweigen von unseren Stimmungen, Absichten, Erwartungen...

Im Vergleich zur dinglichen Umwelt gleichen wir als „Objekt Mensch“ in den Augen eines autistischen Kindes eher einem Monster. Wir sind viel zu komplex, zu vieldeutig und damit bedrohlich. Wir erfüllen die Erwartungen des Kindes längst nicht so zuverlässig, wie viele (technischen) Gegenstände: gleiche Knöpfe - gleiche Effekte. Gegenstände sind sehr viel eindeutiger, kontrollierbarer und den Erwartungen entsprechender, nach dem Motto, „da weiß man was man hat!“ und somit für autistische Kinder interessanter(6).

Was ist unsere therapeutische Schlussfolgerung? Wir bieten uns als Therapeuten, als gut funktionierende Objekte an (mit vorhersagbaren Gegenstandseigenschaften) und versuchen so, ein unentbehrlicher Teil der stereotypen Beschäftigung des Kindes zu werden. Für das Kind machen wir uns also auf eine neue, nichtmenschliche Weise kontrollierbar, um wie ein faszinierender Gegenstand wahrgenommen und angenommen zu werden. Desto reizvoller wir von dem Kind eingestuft werden, umso größer wird seine Bereitschaft sein, sich intensiver mit uns zu beschäftigen als mit den „anderen“ Gegenständen (6).

Der Anstoß zur späteren Formulierung der Differenziellen Beziehungstherapie durch Hartmut Janetzke ging von einer Therapiesitzung mit Merle*, einem 5-jährigen, nicht sprechenden Mädchen aus. Im Vorfeld wurde nach klassischem verhaltenstherapeutischen Vorgehen vergebens versucht, Merle durch Vorsprechen und der Aufforderung, das Gehörte nachzusprechen zur Mitarbeit zu motivieren. Hartmut Janetzke bot sich dem Mädchen dann in gänzlich anderer Weise dar. Er drückte mit einer Hand sein Kinn nach unten und ließ dabei ein deutliches „Aahh“ hören. Sobald er das Kinn wieder nach oben schob, versiegte der Ton. Das wiederholte Anbieten machte Merle neugierig und schon bald betätigte sie die Kinnlade des Therapeuten mit großer Wiederholungsfreude wie bei einem Nussknacker. Der Therapeut ließ sich funktionalisieren, die Kinnlade wurde zum (Spiel)Werkzeug und funktionierte erwartungsgemäß. Das Kind hatte das Gefühl die Situation kontrollieren zu können. Dadurch kam es zu ersten vorsichtigen sprachlichen Imitationsversuchen des Mädchens und für Hartmut Janetzke zu einem echten „Aha-Erlebnis“.

Vorgehensweise in der Anfangsphase der Therapie

Die therapeutische Grundhaltung in der Differenziellen Beziehungstherapie ist der Wille, sich in die spezielle Wahrnehmung des autistischen Kindes einzufühlen, um ihm soziale Kontakte auf seine Weise zu ermöglichen. Unsere Geduld, unser Einfühlungsvermögen und unsere Kreativität sind dabei von größter Bedeutung. Dabei reicht es nicht aus, Verständnis *zu haben*. „Nur wenn es uns gelingt, unser rationales oder empathisches Verständnis nicht nur zu haben, sondern auch daran teilhaben zu lassen, auch spürbar zu machen, kann ein beziehungsförderliches *Sichverstandenfühlen* entstehen“ (6).

Einfacher gesagt als getan! Wie kann ich ein Kind, das vielleicht kaum Verbalsprache versteht und ganz in seiner Welt verschwunden scheint mit meiner Botschaft erreichen?“

Eine grundlegende Entscheidung besteht darin, auf der Stufenleiter der Entwicklung zu dem Kind herabzusteigen. „Sich „Herablassen“ schafft Nähe, die gerade die Kinder sich wünschen, die mit Distanzbemühungen versuchen (müssen), sich vor Überforderung zu schützen“ (6). Das „Herablassen“ kann z. B. ganz konkret bedeuten, nicht zu erwarten, dass sich das Kind zu uns an den Tisch setzt, sondern dass wir uns zu dem Kind auf den Boden setzen.

Auf die psychische Dynamik bezogen heißt das, dass wir uns darauf konzentrieren, den Standort der kindlichen Psyche sensibel zu erspüren und geduldig auf einen günstigen Moment warten, als bereicherndes Element in die autistischen Beschäftigungen einbezogen zu werden. Das gelingt uns, indem wir besonders zu Anfang der Therapie die grundlegende Erfahrung vermitteln: „Es macht wider Erwarten mehr Spaß, sich mit einem Menschen zu beschäftigen als mit Wasserhahn, Lichtschalter oder Kalenderdaten.“(1)

Zur Verdeutlichung soll hier eine Sequenz aus der Anfangsphase der Therapie mit einem 4-jährigen, bislang noch nicht sprechenden Mädchen geschildert werden. Erste Beobachtungen zeigen Corinna*, wie sie sich kniend, mit rhythmischen Schaukelbewegungen, die Hände aufgestützt und im Mund eine aufgeklappte, auf- und nieder wippende Audio-Kassettenhülle selbst stimuliert. Dies tut sie konzentriert und ausdauernd und scheint damit das Bild eines selbst bezogenen, sozial unzugänglichen autistischen Kindes zu bestätigen. In der nun einsetzenden therapeutischen Intervention orientiert sich die Therapeutin zunächst an den Interessen Corinnas. Als Spielmaterial bietet sie Dinge an, die ähnlich der Kassettenhülle eine Auf- Zu- Funktion und einen stark stimulierenden Charakter haben. Mit Hilfe eines Handpuppen-Krokodilmauls begleitet die Therapeutin - auch verbal – für das Mädchen überschaubare Spielhandlungen (Krokodilmaul „ auf und zu“). Corinna genießt das ihr kontrollierbar erscheinende Miteinander sichtlich, jedoch noch ohne Blickkontakt aufzunehmen.

In einer späteren Therapiestunde wählt die Therapeutin einen großen, aufgeblasenen Luftballon, den sie Corinna an den Bauch hält. Dem Mädchen macht es großen Spaß, wenn die Therapeutin an dem Luftballonknoten zieht und ihn mit einem lauten „Zack!“ zurückschnellen lässt, so dass diese Bewegung auch auf ihrem Körper spürbar wird. Von dieser Interaktion kann sie gar nicht genug kriegen. Nach vielen Wiederholungen verzögert die Therapeutin ihre Handlung etwas. Das bringt Corinna dazu, sie anzusehen und ihr ihrerseits ein aufmunterndes „Zack!“ zu zuflüstern. Diese Situation wird die Grundlage für weitere gelungene Interaktionen und für einen sich erweiterndem Wortschatz des Mädchens.

Analysiert man diese Therapiesequenzen, so erscheint es einerseits wichtig, Spielmaterialien und Beschäftigungsinhalte zu wählen, die dem Kind vertraut sind und ihm Vorhersagbarkeit signalisieren. Noch wichtiger ist jedoch die durch die therapeutische Haltung geprägte emotionale Atmosphäre. Sie entscheidet darüber, ob und wie viel verbale Äußerungsfreude entstehen kann. Wichtig ist, die

Förderabsicht dem Kind gegenüber nicht als Erwartungsdruck spürbar werden zu lassen. Erste zaghafte Wortimitationen belohnen die Geduld. Vor allem in der ersten Therapiephase ist es nicht sinnvoll, pädagogische Ziele durchzusetzen.

Wie kreativ sich die Möglichkeiten eines Bällebads für die Therapie nutzen lassen, demonstriert der Therapeut des fünfjährigen Mirco*, der sich für die bunten Plastikkugeln begeistert. Der Therapeut ist bereit, sich die kleinen Bälle in den Mund stecken zu lassen, um sie dann – einer Maschinen auf dem Tennisplatz gleich – im hohen Bogen wieder rauszupusten. Die Begeisterung des Jungen belohnt den Therapeuten für seine Anstrengungen und zeigt ihm, dass er den richtigen Zugang gewählt hat. Dieses Beispiel verdeutlicht, dass ein Kind, das sich nur für die gegenständliche Welt zu interessieren scheint durchaus die Erfahrung machen kann: die größte Freude bereiten Menschen.

Erst wenn sich das autistische Kind mit seinem Grundbedürfnis nach Sicherheit und Geborgenheit ausreichend angenommen fühlt, kann es sich für etwas Neues interessieren und Erkundungsverhalten entwickeln. Die Kinder sollen erfahren, dass sie bedingungslos angenommen werden, damit sie die Therapie nicht als Zumutung empfinden, sondern gerne und möglichst fröhlich zu ihren Stunden erscheinen. Bei dem Austausch mit dem Kind ist es besonders wichtig, feinfühlig auf seine Mimik und Körpersprache zu achten (3). Signale wie Abwehr und Rückzug ärgern uns nicht, sondern sind für uns die Wegweiser zur kindlichen Psyche. Wie in anderen tiefenpsychologisch-fundierte Therapieformen erkennen wir im Widerstand des Kindes wertvolle Hinweise auf seine innere Erlebniswelt. Wir gehen mit dem Widerstand, nehmen das Kind mit seinen Ängsten an und versuchen nicht, den Widerstand zu brechen, sondern ihm eine beziehungsfördernde Erfahrung zu vermitteln.

Beispielhaft sei hier der 4-jährige Moritz* geschildert. Ihm gelang es zu Beginn der Therapie nicht, sich von seinen Eltern zu lösen und mit der Therapeutin in einen Therapieraum zu gehen. Stattdessen klammerte er sich am Bein des Papas fest und lief im Zweifelsfall vor ihr weg. Anfangs etwas ratlos, kam die Therapeutin dann auf die Idee, bevor er den Weglaufimpuls in die Tat umsetzte, selbst wegzulaufen. Erstaunt, neugierig werdend, seine Angst ganz vergessend, lief Max nun ihr hinterher, woraus sich mit der Zeit ein lustvolles Fangen-Spiel entwickelte.

Als es allmählich gelang, in einem Raum zu bleiben, hatte Moritz Probleme die geschlossene Tür zu ertragen. Also riss die Therapeutin, sobald Moritz' Blick zu Tür ging, sie sofort und schwungvoll auf, was ihn zunächst beruhigte und bald ebenfalls zu einem lustvollen Spiel wurde. Inzwischen können sich beide ganz entspannt in verschiedenen Therapieräumen bei geschlossenen Türen unterschiedlichen Beschäftigungen widmen. Ein voreiliges Beharren auf einer Trennung von seinem Vater oder auf geschlossene Türen hätte die gerade entstehende therapeutische Beziehung unnötig belastet und dem Kind, außer der Erfahrung, dass sein Gegenüber bedrohliche Anforderungen an es stellt, keine neuen beziehungsförderlichen Erfahrungen vermittelt. Die geduldigen, auf seine Ängste vor der noch „Fremden“ Bezug nehmenden Interventionen ließen eine positive, für den Jungen zunehmend freudvolle therapeutische Beziehung entstehen, die sich als belastbar erweisen wird.

Werden diese ersten Kontakt- und Beziehungsangebote von den Kindern aufgegriffen, versuchen wir behutsam, nach und nach neue Handlungsangebote in das Spiel mit einzubeziehen. Ein Kind, das so fixiert auf Wasserhähne ist, dass es immer nur seine Hände unter das laufende Wasser halten möchte, macht einen zunächst sicher ratlos. Aber vielleicht wäre es eine Möglichkeit sein Spiel zu bereichern, indem wir anfangs einen in Farbe getauchten Pinsel mit in das Spiel einführen. Später nehmen wir vielleicht einen Tuschkasten mit zum Waschbecken, malen uns gegenseitig die Hände an, nehmen in einer weiteren Therapiephase ein Blatt Papier hinzu, um irgendwann malend – und mit vielen positiven Beziehungserfahrungen – am Tisch zu landen.

Zusammenfassend kann man über diese erste Phase der Therapie sagen, dass wir versuchen, das, was dem autistischen Kind an Beziehungsfähigkeit zunächst fehlt, kompensatorisch im Übermaß anzubieten. Dies verschafft uns den Beziehungskredit, der uns dann die Anpassungsbereitschaft des Kindes in den späteren Therapiephasen sichert.

Spätere Therapiephasen

Hat sich eine belastbare Beziehungsbasis entwickelt, ist das autistische Kind in weit aus größerem Maße bereit, seine Interessen und Fähigkeiten zu erweitern. Zu wichtigen Entwicklungszielen gehört die Förderung von Selbstständigkeit sowie von Anpassungsbereitschaft als wichtige Voraussetzung sozialer Eingliederung. Neben der Unterstützung allgemeiner sozialer und kommunikativer Fähigkeiten fördern wir in spielerischer Form den Erwerb von Verbalsprache oder Sprachalternativen: Gebärden, Bildkarten, Schriftsprache etc.

Um einem Kind eine möglichst störungsfreie Entfaltung seiner kognitiven Möglichkeiten zu ermöglichen, gilt es – bei aller guten Förderabsicht – Überforderungen zu vermeiden (3). Es kommt nicht ausschließlich auf das, theoretisch vorhandene, kognitive Potential des Kindes an. Vielmehr müssen wir verstehen, dass gerade ein autistisches Kind längst nicht immer Zugang zu seinen Potenzialen hat. Dies zu verlangen wäre eine Überforderung für das Kind und würde mittelfristig zu Rückzugs- und Verweigerungsreaktionen führen. So bedarf es zum Beispiel im schulischen Umfeld einer intensiven Beratung der Lehrer, damit sie zu einer angemessenen Einschätzung der Leistungsfähigkeit ihres schwierigen Schülers gelangen können. Irritationen können zum Beispiel dann entstehen, wenn ein Schüler eine Fähigkeit schon öfter bewiesen hat, sie aber in einer belasteten Situation plötzlich nicht mehr abrufbar ist. Bei den meisten autistischen Menschen wird eine gewisse Diskrepanz zwischen den theoretisch erworbenen Fähigkeiten und denen im Alltag einsetzbaren bleiben. Aus diesem Grund macht es keinen Sinn, um den Preis beziehungsbelastender Erfahrungen, jedes Quäntchen noch nicht genutzter Fähigkeiten ausschöpfen zu wollen.

Beginnt sich das Kind allmählich aus Gegenstandsbindungen zu lösen, weil es in sozialen Beziehungen mehr Befriedigung findet, entscheiden individuelle

Besonderheiten über die weiteren, durchaus methodenübergreifenden Behandlungsziele (3). Dabei bleibt für uns zentral, dass das Kind im Mittelpunkt der Therapie steht, und nicht die strikte Einhaltung einer bestimmten Methode. Wie individuell wir die Inhalte und Methoden auf die jeweiligen Kinder abstimmen, sei an folgenden Beispielen erläutert.

Der aufgeweckte Erstklässler Frederik* hat, bedingt durch seine häufigen Erlebnisse von Unterlegenheit in Bezug auf Gleichaltrige, eine starke Fixierung auf Waffen (Pistolen, Schwerter, magische Werkzeuge etc.) ausgebildet. Mit einer Waffe in der Hand fühlt er sich nicht mehr unterlegen, sondern so mächtig, wie die Heldenfiguren, die er bewundert. Anstatt ihm nun diese Fixierung abzutrainieren, untersucht seine Therapeutin seine Fixierungen auf Möglichkeiten, sie interaktiv zu nutzen. Ein Holzschwerterkampf scheint ihr diesen Kriterien zu entsprechen. Zunächst lässt sich die Psychologin von Frederik funktionalisieren, geht ganz in die Rolle, die er ihr – autistypisch – zuweist und verhält sich damit erwartungsgemäß. Hat sich die Beziehung und die Beschäftigung für den Jungen als ausreichend vorhersehbar erwiesen, lässt die Therapeutin eigene Ideen einfließen, variiert Frederiks Spielideen, so dass sich seine Handlungskompetenz kontinuierlich erweitert. Am Ende bezieht sie einen zweiten Jungen mit ein, so dass eine an seiner alltäglichen Lebenswelt orientierte Situation entsteht. Diese kann Frederik dann auf Spielmöglichkeiten in seinem häuslichen oder schulischen Umfeld übertragen, womit eine Generalisierung ermöglicht wird. Der zweite, ältere autistische Junge kann dabei lernen, sich auf jüngere Kinder einzustellen und Rücksicht zu nehmen.

Das Zaubern ist eine weitere therapeutische Methode, Frederiks Bedürfnissen nach vorhersehbaren Beschäftigungen Rechnung zu tragen und sein instabiles Selbstwertgefühl zu stärken. Beim Zaubern übt man einen immer gleichen Ablauf von Handlungen, lernt einen bestimmten Zauberspruch auswendig und beweist durch seine „magischen Kräfte“ eine gewisse Überlegenheit anderen gegenüber. Um Frederiks Mitarbeitsbereitschaft zu wecken, präsentiert seine Therapeutin ihm ihren „zauberhaften“ Trick zunächst, so oft er will und er darf dabei ganz passiver Genießer sein. Die erwartungsgemäße Aufeinanderfolge der Zaubersequenzen vermittelt ihm eine beruhigende Sicherheit, so dass er schließlich ein Neugierverhalten entwickeln kann und den Trick ebenfalls lernen will. Das dazu notwendige Beobachten, Imitieren, Üben der manuellen Koordination und Sich-Merken des Zauberspruches, ermöglicht ihm vielfältige Lernerfahrungen.

Das Zaubern wird auch deshalb von uns eingesetzt, weil es auf eine spielerische Weise die syndromspezifischen Schwierigkeiten der Perspektivübernahme des Gegenübers zum Thema macht (2). Autistische Kinder können sich nicht vorstellen, dass andere Menschen die Welt auf ihre eigene Weise sehen, dass sie anders empfinden, als sie selbst. Das Zaubern jedoch entfaltet nur dann seine Wirkung, wenn man sein Wissen für sich behält und den Trick verbirgt. Um das zu erreichen, muss man sich vorstellen (bzw. erkunden), wie die Perspektive des Anderen ist (was er sieht). Gelingt dies einem autistischen Kind durch geduldiges Üben, hat es eine äußerst komplexe Leistung erbracht. Frederik lässt sich dabei immer wieder durch die Verblüffung und den Applaus seines Publikums motivieren (er erschließt sich mit der Zeit die Mitarbeiter der gesamten Ambulanz als Zuschauer). Auch diese, in der Therapie angebahnte Tätigkeit konnte er in seinen Spielalltag integrieren und es

gelang ihm – durch seine „magischen Fähigkeiten“ – Mitschüler für sich zu interessieren.

Weniger fordern, mehr motivieren ist einer unserer Leitgedanken. Als zu bedrängend und überfordernd erlebte Förderung kann zu Rückzug und Verweigerung führen, was bedeutet, dass das Gelernte nicht mehr ausgeübt wird aus Angst, dass wieder neue Forderungen dazu kommen. Aus diesem Grund sollte ein autistisches Kind stets das Gefühl haben, Nutzen aus einer Beschäftigungs- oder Lernsituation zu ziehen. Dabei können durchaus Aspekte, wie die kognitive Förderung oder die Erweiterung der sozialen Kompetenzen zu den therapeutischen Zielen gehören. Wie sich die Interessen des Kindes mit sinnvollen therapeutischen Zielsetzungen verbinden lassen, soll folgendes Beispiel verdeutlichen.

Der 9-jährige Sönke* demonstriert seine autistische Symptomatik besonders eindrucksvoll durch eine starke Fixierung auf Glühbirnen und Dunstabzugshauben. . Besonders Glühbirnen haben für ihn menschliche Fähigkeiten. Er belegt sie mit den Namen seiner Mitschüler und die Glühbirnen sind seine besten Freunde. Es ist schwierig, mit ihm über andere Themen zu sprechen. Hinzu kommt, dass der sehr temperamentvolle Junge zusätzlich unter einem Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit Hyperaktivität (ADHS) leidet und in Hausaufgabensituationen mit seiner Mutter häufig seine Mitarbeit verweigert. Dadurch droht das Mutter-Sohn-Verhältnis auf Dauer Schaden zu nehmen.

Als eine Alternative zum (für ihn schwierigen) Handschreiben bei den Hausaufgaben scheint sich die Tastatur des Computers anzubieten. Den PC als Schreibhilfe lehnt Sönke jedoch bislang ab. Um diese ablehnende Haltung auf keinen Fall weiter zu verstärken und statt dessen dieses Medium für ihn interessant zu machen, entscheidet sich seine Therapeutin, Sönkes Gedanken zum Thema Glühbirnen mit Hilfe des PC's für ihn aufzuschreiben. Dabei lässt sie sich anfangs durchaus funktionalisieren, ist sozusagen der verlängerte Arm des Jungen. Wie eine gute Sekretärin tippt sie fleißig Sönkes Gedanken in die Tasten, stellt nichts in Frage und liest ihm immer wieder die getippten Passagen zur Kontrolle vor. Der Junge ist begeistert davon, wie ernst seine Interessen genommen werden und lässt sich schon beim ersten Mal überreden, am Schluss seinen Namen unter das Geschriebene zu tippen.

Auf eine Anregung der Mutter hin macht die Therapeutin in der nachfolgenden Therapiestunde eine problematische Situation zwischen Sönke und seiner Mutter zum Thema und fragt den Jungen, ob sie das auch mal aufschreiben soll um ihm dann besser helfen zu können. Sönke ist sofort einverstanden und es entsteht folgende Geschichte:

Die kaputte Lampe

Eigentlich war ich ganz traurig, als ich sah, dass die Lampe kaputt war. Aber dann kam sofort das wütende Gefühl und ich habe das traurige Gefühl ganz vergessen. Ich habe die Lampe herum gebogen vor Wut. Mama hat mir dann gesagt, dass ich lieber sagen soll, dass

ich so traurig bin oder sogar weinen darf, denn dann würde sie mich in den Arm nehmen und wir müssten nicht streiten.

Das nächste Mal will ich versuchen, Mama zu sagen, dass ich eigentlich traurig bin und nicht wütend.

Ganz doll freue ich mich darauf, dass ich bald einen neuen Deckenfluter mit Lampe bekommen werde.

Sönke

Vorsichtig bietet die Therapeutin Erklärungs- und Lösungsmöglichkeiten für Sönkes Probleme an. Nur die Vorschläge werden aufgeschrieben, die der Junge als angemessen erlebt

Im Laufe der folgenden Therapiestunden beginnt Sönke über Probleme mit einem Mitschüler zu sprechen und bittet schließlich die Therapeutin, einen Brief an ihn zuschreiben:

Lieber Daniel,

*du bist einer meiner besten Freunde und ich spiele gerne mit dir. Aber ich möchte auch mal mit Sören, Maik und Lennart spielen. Ich spiele gerne mit den dreien, weil sie beim Spielen nicht immer über mich bestimmen wollen. Denn du versuchst manchmal nur **deine** Spielideen durchzusetzen.*

Ich weiß, dass du manchmal traurig bist, weil ich nicht immer mit dir spielen will. Das tut mir leid. Aber ich habe lange Zeit immer nur mit dir gespielt und jetzt möchte ich auch mal mit anderen spielen.

Nachmittags und auf meinem Geburtstag nächste Woche spiele ich gerne mit dir aber auch mit den anderen Kindern. Ich fände es toll wenn du mich dann auch mit den anderen spielen lassen würdest.

Sönke

Die Therapeutin verhält sich für ihn erwartungsgemäß und stellt sich ihm wieder als „Schreibkraft“ zur Verfügung. Beim Niederschreiben wird deutlich, wie sehr dieses langsame Tempo des Schreibens, Vorlesens, Korrigierens und Modifizierens dem Verarbeitungstempo des Jungen entgegenkommt. Beim Schreibvorgang selbst hat Sönke die Möglichkeit, den Umgang seiner Therapeutin mit ihren (Schreib-)Fehlern zu beobachten, lernt dabei, dass man über Fehler lachen kann, Fehler wieder gutmachen kann etc. Die am Ende ausgedruckten Schriftstücke haben für den Jungen eine große Wichtigkeit, er nimmt sie mit nach Hause, heftet sie an die Wand, gibt sie anderen zu lesen und nimmt in der folgenden Therapiestunde wieder auf die

behandelten Themen Bezug: „Letztes Mal mit Daniel hast du mir gut geholfen, kannst du heute was über die Klassenreise aufschreiben?“ Fast wie ein erwachsener Psychotherapieklient nimmt sich Sönke in der Folgezeit Problemthemen vor, die er mit seiner Therapeutin in bewährter Weise bearbeiten will.

Während dieser Therapiesequenz hat sich die Therapeutin ausreichend flexibel gezeigt, ihre ursprüngliche Intention aufzugeben, Sönke an das Schreiben am PC heranzuführen. Es ist statt dessen etwas nicht minder Wichtiges entstanden, nämlich ein Rahmen, in dem der Junge beginnt, sein Verhalten zu reflektieren und nach Lösungen für seine Probleme zu suchen. Als interessanter Nebeneffekt ist zu berichten, dass Sönke in der Folgezeit zu Hause begann, sich mit dem Schreiben am PC anzufreunden.

Die geschilderten Beispiele verdeutlichen, wie stark das Kind mit seinen individuellen Problemen und seinen Eigenheiten im Mittelpunkt der Differenziellen Beziehungstherapie steht. Nur auf der Grundlage der entstehenden Lebenszufriedenheit und Lebensfreude können weitere Lernziele, wie z.B. Selbstständigkeit und Anpassungsfähigkeit angestrebt werden.

Räume und Materialien

Im Hamburger Autismus Institut sind wir in der glücklichen Lage in einer alten Villa mit großem Garten, der sich bis zu einem Seitenkanal der Alster erstreckt, mit unseren Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen arbeiten zu können. Die großzügige Raumaufteilung im Inneren der Villa ermöglicht ein hohes Maß an Differenzierung der Räume in Bezug auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Kinder. Die Räume bieten Schwerpunkte für sensorische Erfahrungen, motorische Aktivitäten, Kuschelbedürfnisse, technische Interessen, Rollenspiele, allgemeine Spielaktivitäten sowie ausreichend Ruhe für ungestörte Gespräche. Zusätzlich bietet der naturnahe Garten vielfältige Möglichkeiten für Erkundungen und körperliche Betätigungen.

Das zum Institut gehörende Tretboot strahlt auf viele Kinder und Jugendlichen eine große Attraktivität aus. Es dient uns Therapeuten dazu, ängstlichen Kindern Selbstbewusstsein zu vermitteln, indem sie lernen, ein so großes Boot als „Kapitän“ eigenständig zu steuern und dabei wertvolle Erfahrungen bzgl. ihres Gleichgewichtsgefühls und ihrer Koordinationsfähigkeiten zu machen. Außerdem hat sich das Tretboot als äußerst geeignetes Medium erwiesen, mit unseren z.T. sehr scheuen oder mutistischen Patienten ins Gespräch zu kommen. Die gemeinsame Aktivität des Tretens, der Blick auf das beruhigend wirkende Wasser, die Möglichkeit sich durch Naturbeobachtungen ablenken zu können und – nicht zu letzt – das Sich-Angucken-Können aber nicht -Müssen entlastet die Kommunikation vom üblichen Erwartungsdruck.

Es ist sicherlich keine notwendige Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie, über eine solch großzügige räumliche Ausstattung zu verfügen. Doch gerade für unsere Kinder, die häufig in ihrer Wahrnehmungsverarbeitung überfordert sind, erscheint

uns ein therapeutisches Umfeld, das sich differenziert auf ihre Problematik einstellen kann, unabdingbar. Dabei kommt es nicht in erster Linie auf die materielle Ausstattung an. Eine von Toleranz geprägte Atmosphäre, in der auch die Eltern eine Weile entspannt zur Ruhe finden können, hat für uns die höchste Priorität. Im gemütlich eingerichteten Therapiezimmer lautet eine typische Frage der Kinder zu Beginn der Therapie: „Wohnst du auch hier?“

Ein Teil unserer Spielmaterialien entspricht der gewohnten Ausstattung von Fördereinrichtungen im therapeutischen Bereich. Unsere Erfahrung hat jedoch gezeigt, dass wir, im Sinne der Differenziellen Beziehungstherapie, für jedes Kind sehr spezielle Materialien brauchen, um ihm – besonders in der Anfangsphase – unser ernsthaftes Interesse an seiner Welt signalisieren zu können. So stellt sich jeder Therapeut für „seine Therapiekinder“ eine eigene Sammlung von Materialien und Spielmedien zusammen. Um ein Kind für Brettspiele zu interessieren, kann das z.B. ein selbst gefertigtes Memory-Spiel mit Abbildungen der Sonderinteressen des Kindes sein.

Umfeldarbeit

Ein wesentlicher und mitentscheidender Aspekt in der Differenziellen Beziehungstherapie ist die Eltern- bzw. Umfeldarbeit. Eltern und andere Bezugspersonen (aus Kindergarten, Schule, Wohngruppe etc.) werden als wichtige – aber auch extrem belastete – Partner, mit denen das Kind die übrigen Stunden der Woche verbringt, erkannt und intensiv beraten. Sie gestalten das Umfeld des Kindes und sind somit von großer Bedeutung für Eröffnung von Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes.

Die anfangs beschriebenen Störungen in der Wahrnehmungs- und Erlebnisverarbeitung sowie die daraus resultierenden extremen Verhaltensstörungen überfordern auch ein gesundes Familiensystem. Diese Überlastung kann zum einen die übrigen Familienmitglieder krank machen und zum anderen verhindert sie eine positive Entwicklung des autistischen Kindes. Deshalb ist es oft sehr wichtig, die Familie durch Therapie ergänzende Betreuung zunächst zu entlasten. Zu diesem Zweck setzen wir PraktikantInnen ein, die vor Ort in den Familien tätig werden. Sie gestalten Freizeitaktivitäten mit den autistischen Kindern und sorgen so für ein wenig Entspannung für die übrige Familie. Durch ihren Einblick in den konkreten Familienalltag sind sie jedoch, unter Supervision des zuständigen Therapeuten, auch wichtige Weichensteller für pädagogische Veränderungen im häuslichen Alltag.

Der PraktikantInneneinsatz kann sich auch auf eine schulische Maßnahme beziehen. Kinder, die den zuständigen Lehrern als nicht mehr tragbar erscheinen, erhalten durch die Hilfe eines Praktikanten eine zweite Chance. Manche der autistischen Kinder sind nur durch eine 1:1 Betreuung in einer schulischen Lerngruppe integrierbar.

Je nach Bedarf und Notwendigkeit gehört zu unserer therapeutischen Begleitung eine intensive Elternarbeit. Unterschiedliche Phasen der Therapie (Akzeptierung der Behinderung, Ausbleiben von Sprache, sexuelle Entwicklung, Ablösung vom Elternhaus

etc.) werfen immer wieder neue Fragen auf. Alleinerziehende Mütter, Migrantenfamilien oder Eltern besonders herausfordernder Kinder können außergewöhnlichen Belastungen ausgesetzt sein. Ausgebildete Familientherapeuten helfen bei Problemen, die die Geschwister betreffen (7).

Therapeutenvoraussetzungen

Therapeuten, die mit autistischen Kindern arbeiten, sollten über ein fundiertes Wissen über kindliche Entwicklung im Allgemeinen und über die Autistische Entwicklungsstörung im Besonderen verfügen.

Für ein therapeutisches Team ist es vorteilhaft, wenn es sich aus unterschiedlichen Berufsgruppen zusammensetzt. Angesichts der großen Spezialisierung, die die Arbeit mit autistischen Menschen erfordert, erscheint es uns unabdingbar zu sein, dass zum Team stets Kollegen gehören, die über eine lange Erfahrung in dieser Arbeit verfügen.

Über die Fähigkeit zur Empathie, im Sinne von einfühlendem Verstehen, sollte jeder Therapeut verfügen. Wenn er mit autistischen Menschen arbeitet, ist Empathie in besonderer Weise gefordert, da das Verhalten dieses Klientels auf den ersten Blick besonders fremd, bizarr oder skurril wirken mag. Sicher förderlich für eine erfolgreiche und befriedigende Tätigkeit in diesem Bereich dürfte ein Interesse und eine Faszination für die Extrempole menschlichen Verhaltens sein. Respekt vor und Akzeptanz von Menschen mit Behinderungen sollten selbstverständlich vorhanden sein.

Da viele Kinder mit Autismus nicht über Verbalsprache verfügen und im Übrigen meist wenig Auskunft über ihre emotionale Wahrnehmung geben können, sollten Therapeuten in diesem Arbeitsfeld eine große Sensibilität vor allem für die non-verbale Reaktionen des Gegenübers haben.

Ein hohes Maß an Flexibilität (sich schnell auf neue Gegebenheiten einstellen zu können) hilft, die eher rigiden und zwanghaften Tendenzen autistischer Kinder auszugleichen. Kreativität im Erdenken sozialer Zugangsmöglichkeiten aber auch im Umgang mit (Spiel-) Materialien erleichtert die Kontaktaufnahme und gestaltet die therapeutischen Beziehungen freudvoller.

Erfahrung in der Therapie mit autistischen Kindern hilft, sich für angemessene therapeutische Interventionen zu entscheiden. Auch trägt Erfahrung den Therapeuten durch resonanzarme Durststrecken, lässt Selbstzweifel nicht so schnell aufkommen und den Therapeuten mögliche Erfolge in der Vorstellung schon einmal vorwegnehmen.

Die oben beschriebenen Therapeutenvoraussetzungen bilden die Grundlage für eine immens wichtige Fähigkeit, nämlich das Vertrauen der Eltern (oder anderer wichtige

Bezugspersonen wie Lehrer etc.) zu gewinnen und sie zur Mitarbeit zu motivieren, damit sie sich möglichst optimal auf die Besonderheiten des autistischen Kindes einstellen können. Die feinfühligste und engagierteste Arbeit mit einem autistischen Kind wird nicht zu einer Verbesserung seiner Lebensperspektive führen, wenn man es versäumt, die Eltern bzw. die Lehrer auf diese lange Reise mitzunehmen.

Was also wirkt in der Differenzielle Beziehungstherapie?

- Von zentraler Bedeutung ist unsere therapeutische Einstellung und Haltung, das Kind mit seinen Wahrnehmungsbesonderheiten bedingungslos anzunehmen und bereit zu sein, es in seine Erlebniswelt zu begleiten ().
- Indem wir dem Kind den Gefallen tun, uns zunächst weniger „irritierend menschlich“ sondern eher „kontrollierbarer gegenständlich“ zu verhalten, schaffen wir die Voraussetzung, dass es mit uns in Beziehung treten kann.
- Wir gestalten die therapeutische Beziehung mit großer Kreativität und Flexibilität, um dem autistischen Kind die bestmöglichen Entwicklungschancen zu geben. Ob unsere Spielangebote individuell angemessen sind, erkennen wir an der mimischen und körpersprachlichen Resonanz des Kindes. Diese Resonanz ist unsere therapeutische Leitlinie, nicht eine abstrakte Theorie.
- Von großer Wichtigkeit ist uns, die Bezugspersonen einerseits ausreichend zu entlasten, andererseits als äußerst wichtige Unterstützer, Gestalter und Weichensteller im Alltag des Kindes mit unserem Fachwissen zu beraten.

Und was wirkt noch? Der Spaß, die Freude und die Überraschungen, die uns unsere kleinen und großen Schützlinge immer wieder bereiten!

*Patientennamen geändert

Literatur:

- (1) JANETZKE, H.: *Stichwort Autismus*, Heyne Verlag 1993
- (2) FRITH, U.: *Autismus*, Spektrum Akademischer Verlag Heidelberg, Berlin, New York 1992
- (3) JANETZKE, H.: *Aggression, Kommunikation, Sozialkompetenz*, in: Ergebnisse der Fachkonferenz 2001, Bethel; Schulische Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Autismus; Fachverband für Behindertenpädagogik, S. 31-33
- (5) de SAINT-EXUPÉRY, A.: *Der Kleine Prinz*, Karl Rauch Verlag KG, Düsseldorf 1956
- (6) JANETZKE, H.: *Leitlinien therapeutischer Arbeit* in: Tagungsbericht der 7. Bundestagung Düsseldorf 1991 von *Autismus Deutschland*, S. 50-65
- (7) MAGENER, R./ RITTMANN (PÖTTER), B.: *Familientherapie zum Kennenlernen*, in: Tagungsbericht der 8. Bundestagung Baunatal 1994 von *Autismus Deutschland*, S.263-269
- (8) ROGERS, C.: *Therapeut und Klient*, Kindler München 1977