

Autismus - Therapie - Zentrum

hilfe für das autistische kind



**Vereinigung zur Förderung
autistischer Menschen
Regionalverband
Mülheim an der Ruhr - Duisburg e. V.**

Inhalt

Vorwort	3
Der Regionalverband und seine Aufgaben	4
Stellungnahme des wissenschaftlichen Beirates	5
Früherkennung	7
Frühzeitige Diagnostik und Therapie	8
Diagnostikteil	10
Therapie im Autismus-Therapie-Zentrum	24
Einzeltherapeutische Fördermaßnahmen	32
Gruppentherapeutisch orientierte Fördermaßnahmen	41
FC – Gestützte Kommunikation	44
Beziehung Eltern / Therapeuten - Beispiel	47
Integration in den Kindergarten	49
Integration in einer Grundschule	51
Anmerkungen zur Integration	55
Arbeit für Menschen mit Autismus – AMA	56
Asperger- und high-functioning Autismus	58
20 Jahre im Rückblick	65
Ein Märchen	67
Literaturhinweise	69
Kontakte	70

Herausgeber

Hilfe für das autistische Kind

Regionalverband Mülheim a. d. Ruhr - Duisburg e.V.

Redaktion

Evelyne Wepil, Alfred Zentile

Auflage: 2.000

Druck: 2002

Vorwort

Liebe Leser,

wir danken Ihnen für Ihr Interesse und freuen uns, dass Sie die Broschüre zur Hand genommen haben. Mit ihr wollen wir über die Entwicklung und Arbeit unseres Verbandes informieren.

Mit dem diagnostischen Teil des Heftes möchten wir Eltern, Ärzten, Erziehern, Lehrern und anderen helfen, Verhaltensauffälligkeiten zu erkennen und die Möglichkeit aufzeigen, den Verdacht auf Autismus von Fachleuten abklären zu lassen.

Die Diagnose „Autismus“ bietet dann die Chance auf eine behinderungsspezifisch, professionelle Hilfe, die eine Besserung des Zustandes der Betroffenen und Entlastung für alle Beteiligten mit sich bringt.

Durch die Darstellung der Arbeit im Autismus-Therapie-Zentrum - die neben den förderdiagnostischen, therapeutischen und beratenden Tätigkeiten auch die Koordination und Kooperation zwischen allen Beteiligten umfasst - wird die notwendige Transparenz unseres Wirkens hergestellt.

Einblicke in den Autismus und seine Auswirkungen werden anhand der Fallbeispiele gegeben.

Bei der Zusammenstellung der Texte dieser Broschüre haben wir eine Mischung aus Professionalität und Selbsthilfe gewählt, womit wir unterstreichen wollen, dass nur mit einer Kombination von beiden ein Maximum an Fortschritt für Menschen mit Autismus erreicht werden kann.

Vorstand und Geschäftsführung

Der Regionalverband und seine Aufgaben

Im August 1981 gründeten Eltern autistischer Kinder aus Mülheim an der Ruhr den Regionalverband "Hilfe für das autistische Kind" Mülheim an der Ruhr - Duisburg e.V.

Der Verein versteht sich als Selbsthilfeorganisation. Er ist als gemeinnützig anerkannt. Er ist Mitglied des Bundesverbandes "Hilfe für das autistische Kind", sowie des Landesverbandes NRW und korporatives Mitglied der Arbeiterwohlfahrt.

Die Aufgaben des Vereins sind:

- Unterstützung und Beratung der Eltern
- Durchführung von Familienseminaren
- Schaffung von Hilfs- und Fördermaßnahmen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit autistischen Verhaltensweisen oder sich an solchen zu beteiligen
- Schaffung von Wohn- und Heimplätzen für erwachsene Menschen mit Autismus oder sich an solchen zu beteiligen.
- Schaffung von Arbeitsplätzen für Menschen mit Autismus oder sich an solchen zu beteiligen.

*Der Verein ist Träger des **Autismus-Therapie-Zentrums**, welches folgende Leistungen anbietet:*

- Früherkennung
- Beratung
- Vermittlung von Diagnosestellen
- Therapeutische Betreuung aller Kinder, Jugendlichen und junger Erwachsener, die an einem autistischen Syndrom erkrankt sind
- Unterstützung und Anleitung der Eltern bei ihrer schweren Aufgabe der Erziehung, bei Kindertagesstätten-, Schul- und Berufsfragen
- Anleitung von Betreuungspersonen
- Information der Öffentlichkeit über das autistische Syndrom und seine Problematik
- Sammeln und Weitergabe von Erfahrungen mit Menschen mit einer autistischen Behinderung.
 - **Dem Regionalverband ist eine Asperger-Selbsthilfegruppe angeschlossen.**
 - **Es gibt einen regelmäßigen Elternstammtisch.**
 - **Er bietet ca. alle 2 Jahre ein Familienseminar an.**

Stellungnahme des wissenschaftlichen Beirates

des Bundesverbandes Hilfe für das autistische Kind e.V.

„Zur angemessenen Förderung, Versorgung und Betreuung von Menschen mit Autismus“

Autismus ist die schwerwiegendste Form der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen und ist durch eine beeinträchtigte Entwicklung gekennzeichnet, die sich vor dem dritten Lebensjahr manifestiert und die sich in drei Bereichen in besonderer Weise zeigt:

- In einer gestörten sozialen Interaktion mit Bezugspersonen und Gleichaltrigen.
- In einer massiven Einschränkung der Kommunikation im sprachlichen und nichtsprachlichen Bereich und
- in auffälligen repetitiven Verhaltensweisen, zu denen Stereotypen im motorischen und/oder sprachlichen Bereich gehören.

Die Störung tritt etwa zweimal häufiger bei Jungen als bei Mädchen auf und ist häufig mit einer intellektuellen Beeinträchtigung verbunden. Epidemiologische Untersuchungen haben gezeigt, dass man mit einer Anzahl von bis zu acht Kindern mit frühkindlichem Autismus (Kanner-Syndrom) auf 10.000 Kinder und Jugendliche im Alter von 4 bis 15 Jahren rechnen kann.

Obwohl Autismus häufig mit Beeinträchtigung der Intelligenzentwicklung assoziiert ist, ist er nicht mit einer geistigen Behinderung gleichzusetzen. Obwohl es zahlreiche Erkrankungen des Gehirns und Stoffwechselstörungen gibt, die überzufällig häufig mit Autismus gemeinsam vorkommen, ist die autistische Störung nicht mit diesen Erkrankungen vergleichbar und obwohl viele Kinder mit autistischen Störungen nicht oder nur sehr unvollkommen sprechen lernen, gehen ihre Kommunikationsprobleme über diejenigen von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen oder Sprachentwicklungsbehinderungen hinaus. Mit anderen Worten: Autistische Menschen (Kinder, Jugendliche wie Erwachsene) sind weder nur körperlich, noch nur geistig oder nur seelisch behindert. Sie sind grundsätzlich mehrfachbehindert wie der wissenschaftliche Beirat in seiner Stellungnahme zur sozialgerechten Einordnung autistischer Störungen vom März 1999 ausgeführt hat. Aus diesem wohl begründeten Sachverhalt ergeben sich folgende Konsequenzen:

1. Der Tatbestand der Mehrfachbehinderung erfordert in der Erkennung, Förderung, Behandlung und Rehabilitation einen mehrdimensionalen und zugleich ganzheitlichen Ansatz,

der sowohl auf die in der Natur der Störung liegenden Behinderungen und Fähigkeiten, als auch auf die individuellen Besonderheiten des einzelnen Menschen mit Autismus Rücksicht nimmt.

2. Dies bedeutet, dass alle diagnostischen Maßnahmen sowie Förder-, Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen sowohl auf das Störungsprofil als auch auf das Fähigkeitsprofil des einzelnen autistischen Menschen abgestimmt sein müssen.
3. Dies ist durch spezielle Dienste im ambulanten, stationären und teilstationären Bereich, im Wohnbereich sowie bei der Eingliederung in Arbeitsprozesse sicherzustellen. Derartige Dienste müssen über die notwendigen räumlichen, sächlichen und personellen Ausstattungen verfügen, um diesen Sicherstellungsauftrag zu gewährleisten.
4. Aufgrund der oft lebenslang anhaltenden Beeinträchtigungen im Sinne der Mehrfachbehinderung müssen die Förder-, Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen langfristig angelegt sein und dürfen sich nicht nur auf das Kindes- und Jugendalter beschränken, sondern müssen den Menschen mit Autismus so lange angeboten werden, solange sie ihrer bedürfen, in eini-

gen Fällen lebenslang. Behandlungsfortschritte sind bei Menschen mit Autismus oft nur langfristig und manchmal gar nicht zu erzielen. Deshalb wird eine ausschließlich am Behandlungserfolg orientierte Gewährung von Förder-, Rehabilitations- und Behandlungsmaßnahmen der Lebenswirklichkeit und den Bedürfnissen einiger Menschen mit Autismus nicht gerecht.

5. Nur unter Berücksichtigung der hier genannten Gesichtspunkte ist es möglich, autistische Menschen in die Gemeinschaft zu integrieren und ihnen jenen Platz in der Gesellschaft zu vermitteln, der ihren Fähigkeiten und Möglichkeiten angemessen ist und ihrer Behinderung Rechnung trägt. In diesem Sinne regt der wissenschaftliche Beirat an, den Tatbestand der Mehrfachbehinderung im Bundessozialhilfegesetz zu verankern, um auf diese Weise auch den Rechtsanspruch autistischer Menschen und anderer Behinderter auf angemessene Eingliederung in unsere Gesellschaft zu untermauern.

Für den wissenschaftlichen Beirat:

Prof. Dr. Dr. H. Remschmidt
Vorsitzender

Früherkennung

Notwendigkeit der Früherkennung

Das Krankheitsbild ist dadurch gekennzeichnet, dass die Kinder sich aufgrund ihrer Schwierigkeiten, die Informationen (Wahrnehmungen), die über ihre Sinnesmodalitäten eingehen, zu verarbeiten (verstehen!), aus der personalen (Eltern, Geschwister, Spielkameraden) und dringlichen (Spielangebote, Haussituation, soziale Umgebung) Umwelt zurückziehen, sich "abkapseln", nicht imitieren, daher auch wenig neue Informationen aufnehmen, ein bizarres, "typisch autistisches" Verhalten entwickeln und immer mit denselben Gegenständen, Körperteilen stereotyp umgehen. Sie werden nicht durch (neue) Reize der Umgebung stimuliert, erkunden diese auch nicht, sondern sie stimulieren sich ständig selbst auf sehr einfache, monotone, stereotype Weise.

Obgleich sie sich bei geeigneter Therapie weiterentwickeln könnten, erhalten sie in den für die Entwicklung entscheidenden ersten Lebensjahren eine (bei früh einsetzenden Therapiemaßnahmen nicht notwendige!) sekundäre Schädigung.

In den meisten Fällen sind Eltern wie Fachkräfte hilflos, wenn sie mit gutgemeinten Einwirkungsversuchen wenig erreichen. Viele autistische Kinder sind im Verhalten so schwierig, dass die vergeblichen

Erziehungs- / Kommunikationsversuche und der hohe Aufwand an Aufsicht/Betreuung die Mütter frühzeitig so erschöpfen, dass sie das Kind machen lassen, "was es will". Dies führt zu einem weiteren Rückzug des Kindes in die eigene Welt. Ein Teufelskreis!

Gerade bei dieser Behinderung ist wie bei schweren angebotenen Sinnes- und Körperbehinderungen eine frühzeitig einsetzende spezielle Behandlung der Kinder sowie die intensive Zusammenarbeit mit den Eltern unerlässlich. Die Förderung sollte auch dann schon frühzeitig einsetzen, wenn die Diagnose "Frühkindlicher Autismus" zu diesem Zeitpunkt noch nicht mit Sicherheit gestellt werden kann, aber mehrere Anzeichen auf eine solche Behinderung hindeuten.

Aus: Früherkennungsaktion des Bremer Projekts

Frühzeitige Diagnostik und Therapie

Notwendigkeit einer frühen Diagnostik und Therapie

Bärbel Wohlleben (Freie Uni Berlin)

Die zentralen Defizite bei Kindern mit frühkindlichem Autismus sind sozialer Art und sind um so schwerer zu fassen, je jünger das Kind ist. Sie bedeuten eine Beeinträchtigung der sozialen Beziehungen, der sozialen Kommunikation, des sozialen Verständnisses und der Vorstellungsfähigkeit.

Besonders belastend für die Entwicklung der Kinder ist ein weiterer Aspekt, der mit der autistischen Grundstörung in Wechselwirkung steht, nämlich die Probleme in der Wahrnehmungsverarbeitung, die wiederum zu weiteren Beziehungsbelastungen und Beziehungsstörungen führen.

Was bedeutet das? Kinder mit Autismus haben schon von klein auf große Schwierigkeiten zu verstehen, was die Menschen, die sie umgeben und die es gut mit ihnen meinen, von ihnen wollen. Dementsprechend können sie nicht angemessen und verlässlich reagieren. Auf der anderen Seite sind sie selbst unfähig Signale auszusenden, die als verständlicher Ausdruck von Stimmungen, Befindlichkeiten oder Wünschen von den Eltern oder anderen Bezugspersonen interpretiert werden können.

Diese - eigentlich sekundäre - Beziehungsstörung hat wiederum

entwicklungshemmende Auswirkungen; denn die Wahrnehmung eines autistischen Kindes kann sich nicht weiterentwickeln, wenn die von Menschen angebotenen Informationen nicht aufgenommen und folglich nicht verarbeitet, sondern abgewehrt werden. Dies beinhaltet eine Form von emotionalem „Stress“, der sich auch ungünstig auf biochemische Vorgänge auswirkt, die das Erregungsniveau erhöht und im weiteren Entwicklungsverlauf u.a. zu verstärkten angstmindernden Zwangshandlungen führt.

Kinder mit ausgeprägten autistischen Störungen müssen auf ritualisierten, stereotypen Abläufen bestehen, da nur diese ihnen das Gefühl von Sicherheit geben.

Soziale Regeln, Veränderungen und Anforderungen, deren Notwendigkeit sie oft nicht verstehen, erleben sie als Bedrohung, gegen die sie sich zwanghaft und „mit allen Mitteln“, z.B. mit gellendem Schreien, Schlagen, Treten, Beißen, Spucken und selbstverletzendem Verhalten wehren müssen.

Diese Verhaltensweisen stellen eine extreme Belastung und einen sich ganz schnell verstärkenden Teufelskreis dar, der zu gegenseitiger Verunsicherung und damit auch zu einer Verstärkung der Ängste und Rückzugs- bzw. Vermeidungstendenzen führt, die das Verhalten

autistischer Kinder oft bis ins Erwachsenenalter prägen.

Hier ist für beide Seiten eine Hilfe, durch eine **frühe Diagnostik** und eine **frühe Therapie** nötig, die einerseits den Eltern und Bezugspersonen ein Verständnis für die Probleme ermöglicht und das Verhalten des Kindes als etwas erklärt, was es ist, nämlich eine „tiefgreifende Entwicklungsstörung“. Andererseits dem Kind klare Strukturen und kleinschrittige Lernhilfen gibt, die eine Weiterentwicklung ermöglichen und ein lebensnotwendiges Verhaltensrepertoire aufbauen helfen. Je früher das Kind und die Familie lebensnotwendige Hilfe erhält, um so größer sind die Chancen für einen dauerhaften Erfolg.

Die Frühdiagnostik autistischer Störungen ist in den letzten Jahren immer besser möglich geworden, durch die Erkenntnisse der „**Theory of Mind**“. Dies bedeutet die Fähigkeit, anderen Personen geistige Zustände zuzuschreiben. Die Überprüfung dieser Fähigkeiten ist bei einem kognitiven Entwicklungsalter von mindestens 4 Jahren schon länger möglich. Denn das fehlende soziale Verständnis zeigt sich bei autistischen Kindern schon früh im fehlenden Symbolspiel und im späteren Verlauf bei großen Schwierigkeiten in der Rollenübernahme. Autistische Kinder füttern nicht ihren Teddy mit Nudelsuppe, die gar nicht da ist und sie spielen auch nicht Räuber und Gendarm. Trotz dieser fehlenden Vorstellungsfähigkeit wissen aber autisti-

sche Menschen sehr wohl, dass in den Köpfen anderer etwas vorgeht. Sie haben aber von sich aus kein Mittel zu entdecken, was das sein könnte. Um dies von klein auf zu lernen ist eine spezielle und auf das Störungsbild zugeschnittene Therapie unerlässlich. Zunehmend gewinnen wir durch die Berichte Betroffener Einsicht und ein größeres Verständnis, wie anders das Erleben und die Erfahrungswelt autistischer Menschen ist.

Seit ein paar Jahren wissen wir, dass es in der frühkindlichen Entwicklung Indikatoren gibt, die einen Hinweis auf eine Störung der „Theory of Mind“ liefern. Fähigkeiten, die bei einem gesunden Kleinkind bereits im Alter von 18 Monaten vorhanden sind und die, wenn sie **nicht** beobachtet werden können, den Verdacht auf einen frühkindlichen Autismus nahe legen.

Diese zwei Faktoren sind die fehlende Entwicklung des „Tu als ob“-Spiels, sowie das Fehlen einer „joint attention“, also einer gemeinsamen oder geteilten Aufmerksamkeit für eine Sache. Dies drückt sich in einer Kommunikation über Blicke, Zeigen auf Dinge und unterstreichende Gesten aus, die ein gemeinsames Interesse deutlich machen. Eine dann einsetzende frühe Therapie und Anleitung des Umfeldes kann die Wahrnehmungsfähigkeit des Kindes mit Autismus erheblich verbessern und die Ausprägung vieler im sozialen Zusammenleben so schwierigen Verhaltensweisen verhindern.

Diagnostikteil

Autismus und seine Diagnose

„Autismus“ wurde 1943 von Kanner (USA) und Asperger (Österreich) erstmals wissenschaftlich beschrieben.

Er ist gekennzeichnet durch:

- **Qualitative Auffälligkeiten in der gegenseitigen sozialen Interaktion**
- **Qualitative Auffälligkeiten in der Kommunikation**
- **Begrenzte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten**

Nach neuesten Erhebungen in den USA (Diagnose nach DSM IV und ICD 10) zeigen 18 von 10.000 Menschen eine autistische Störung. (Eine europäische Erhebung spricht sogar von 25 auf 10.000).

Die Diagnosestellung gestaltet sich in der frühesten Kindheit sehr schwierig, da das Säuglingsalter häufig unauffällig verläuft. Entwicklungsverzögerungen und -auffälligkeiten in den verschiedensten Bereichen wie: Essen, Schlafen, Sprache, Motorik, Sozialverhalten usw. zeigen sich in aller Deutlichkeit oft erst im Kleinkindalter. (Die Symptome des Autismus bauen sich in den ersten drei Lebensjahren auf und sind oft erst im vierten/fünften Lebensjahr im vollen Ausmaß sichtbar).

Wenn die Diagnose von Fachleuten sehr früh gestellt wird, wird sie häufig den Eltern nicht mitgeteilt (bis zum dritten Lebensjahr wird die Diagnose als Verdachtsdiagnose gestellt), wahrscheinlich um Eltern nicht zu beunruhigen.

Manchmal wollen aber auch Eltern die Diagnose in einem so frühen Stadium nicht annehmen, vielleicht weil sie Angst vor einem negativen Stempel für ihr Kind haben, oder sie brauchen noch Zeit, um die Diagnose zu verarbeiten.

So vergeht oft kostbare Zeit, Zeit die für eine frühe autismusspezifische Therapie und Erziehung genutzt werden könnte.

Auch die Eltern benötigen gerade in den ersten Jahren Hilfe und Anleitung im Umgang mit ihren autistischen Kindern, um - auch durch Erziehungsfehler aus Unwissenheit und Überforderung - Sekundärschäden zu verhindern.

Heute werden in der Regel aber noch immer erst im vierten, fünften Lebensjahr - oder sogar noch später - die Diagnosen gestellt, also erst dann, wenn der Autismus sich manifestiert hat.

Eine frühe autismusspezifische Förderung wäre aber gerade vor dieser Manifestierung am effektivsten.

Diagnostische Verfahren

International gebräuchlich und in unserem Therapie-Zentrum angewendet sind/werden folgende Diagnoseverfahren und Checklisten:

- Merkmale zur Früherkennung
- Internationale Rendle-Short-Skala
- DSM IV (Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen)
- ICD 10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen)
- Verhaltensbeobachtung (unstrukturiert/strukturiert)
- Exploration (Eltern/Einrichtung)

(BILD)

Frühkindlicher Autismus, Merkmale zur Früherkennung

Die unter den Oberbegriffen aufgeführten Einzelmerkmale müssen nicht alle vorhanden sein, zum Teil schließen sie sich sogar aus. Es gilt jedoch, dass je mehr Merkmale (in allen Bereichen) gefunden werden, desto wahrscheinlicher ist das Vorliegen des Krankheitsbildes "Frühkindlicher Autismus" (Summationsdiagnose).

U1 - U5 (bis 7. Lebensmonat)

Wahrnehmung Sozialverhalten

- schreit länger ohne erkennbaren Grund
- (oder) extrem ruhig
- lächelt/lacht nicht / "ernstes" Kind
- reagiert nicht auf die Mutter, streckt ihr nicht die Arme entgegen
- scheint mit sich selbst zufrieden zu sein (keine Kontaktbedürfnisse)

Motorik

- macht sich steif beim Hochheben
- (oder) ist sehr schlaff auf dem Arm
- dreht sich weg

Sprache

- lallt nicht
- bildet keine Silben

Weitere Auffälligkeiten

- saugt/trinkt nicht richtig
- spezielle Ess-/Trinkvorlieben bzw. Gewohnheiten

U6 (10. - 12. Lebensmonat)

Wahrnehmung

- kratzt/schabt auf Oberflächen
- beleckt Gegenstände
- reagiert nicht auf (laute) Geräusche (wie taub)
- orientiert sich nicht im Raum

Sozialverhalten

- schreit/weint lange und lässt sich nicht beruhigen
- spielt nicht, bewegt Spielzeug nur stereotyp
- imitiert nicht
- schaut Personen nicht an

Motorik

- schaukelt/wiegt sich hin und her
- sitzt/krabbelt nicht oder verspätet

Sprache

- spricht nicht
- (oder) plappert monoton vor sich hin und wiederholt Wörter/Wortreste ohne erkennbaren Sinn
- (oder) produziert stereotyp gleiche Laute

U7 (21. - 24. Lebensmonat)**Wahrnehmung**

- sieht lange auf bestimmte Muster
- kratzt, schabt, leckt an Oberflächen
- manipuliert mit sehr wenigen speziellen Dingen immer auf die gleiche Weise: bewegt sie vor dem Gesichtsfeld hin und her
- lauscht auf spezielle Geräusche (wie Rascheln, Zischen, Rauschen, Surren, Maschinen), "überhört" andere (auch laute!) Geräusche. Scheint "taub" zu sein

Sozialverhalten

- orientiert sich nicht im Raum, steht herum oder konzentriert sich auf ein spezielles Teilelement des Zimmers
- sieht an Personen vorbei oder scheint durch sie hindurch zu sehen

- spielt nicht mit Gleichaltrigen, Geschwistern oder Eltern, wehrt Sozialkontakte ab
- lächelt, lacht wenig beim Sozialkontakt scheint mit sich selbst zufrieden zu sein ("ernstes" Kind)

Motorik

- bewegt stereotyp bestimmte Körperteile und Gegenstände, manchmal sehr graziös und geschickt
- hat einen auffälligen Gang oder läuft verspätet
- verdreht Augen, Finger, Hände, Hals auffällig, wedelt mit Armen, Händen, Tüchern, Bändern, etc.

Sprache

- spricht (immer noch) nicht
- (oder) hört nach Sprechbeginn allmählich wieder auf
- (oder) produziert stereotyp immer gleiche Laute oder Töne

Weitere Auffälligkeiten

- isst auffällig, stopft, schlingt, schluckt nicht, kaut nicht
- nimmt nur Brei oder Flüssiges oder spezielle Speisen zu sich
- schläft schlecht ein oder wacht zu früh auf oder liegt stundenlang nachts wach ("braucht" wenig Schlaf)

U8 (3. / 4. Lebensjahr)

Wahrnehmung

- bekrazt, beklopft, beleckt Gegenstände, Kleidung Personen
- verschafft sich Lichteindrücke (grelles Licht, Lichtreflexe), bewegt Dinge vor dem Gesicht
- lauscht auf spezielle Geräusche, "über hört" andere (auch laute!), scheint "taub" zu sein
- manipuliert mit sehr wenigen speziellen Dingen auf immer gleiche Weise

Sozialverhalten

- hat starre Gewohnheiten und schreit, wenn diese durchbrochen werden
- schreit bei Veränderungen der Umwelt
- orientiert sich nicht im Raum, steht herum oder konzentriert sich auf ein spezifisches Teilelement des Zimmers
- spielt nicht mit anderen wehrt Sozialkontakte ab
- sieht Personen nicht an, schaut an ihnen vorbei
- spielt nicht mit Spielzeug, sondern geht stereotyp damit um
- imitiert nicht

Motorik

- schaukelt, wiegt sich hin und her
- bewegt stereotyp bestimmte Körperteile und Gegenstände
- geht, läuft auffällig (Zehenspitzen gang, hüpfend, maniert)
- verdreht Augen, Finger, Hände, Hals auffällig, wedelt mit Armen, Händen oder Gegenständen

Sprache

- spricht (immer noch) nicht
- (oder) hört nach Sprechbeginn allmählich wieder auf
- (oder) produziert stereotyp immer gleiche Laute oder Töne
- (oder) spricht verwaschen, z. B. hoch, zu schnell, mit spezieller Melodie, polternd

Weitere Auffälligkeiten

- bevorzugt bestimmte Speisen, Getränke, lehnt andere völlig ab
- isst auffällig/stopft, schlingt, schluckt nicht, kaut nicht
- schläft schlecht ein oder wacht zu früh auf oder liegt stundenlang nachts wach ("braucht" wenig Schlaf)

Internationale Rendle-Short-Skala

1. Kontaktschwierigkeiten zu anderen Menschen (Erwachsenen und Kindern, einschließlich der Bezugspersonen).
2. Mangelhaft ausgeprägte Sinnestätigkeit (optische und akustische Unansprechbarkeit), häufiger Verdacht auf Taubheit in den ersten Lebensjahren. Kinder reagieren selektiv auf Geräusche, sind besonders ansprechbar durch Musik.
3. Ablehnung, Neues zu erlernen oder Vertrautes in abgewandelter Form anzunehmen, z.B. Essen.
4. Keine Furcht vor realen Gefahren, z.B. Autos - hohem Gerüst, usw.
5. Widerstand gegen Veränderungen und Abweichungen vom Gewohnten (Veränderungsangst).
6. Schwere Sprachentwicklungsauffälligkeiten (fehlende, späte oder sonst auffällige Sprachentwicklung wie Echolalie, Vertauschen von Ich und Du, Sprachstereotypien ohne Bezug zur Situation, Monotonie, Äußern von Wünschen durch Hinführen oder Gebärden anstelle einer lautlichen Äußerung).
7. Stimmungslabilität (Ausbrüche von Lachen, Weinen oder Wut bei geringem oder für andere nicht sichtbarem Anlass).
8. Ablehnung von Zärtlichkeiten und Liebkosungen, auf den Arm genommen werden, usw.
9. Auffällige körperliche Überaktivität, z.B. Hin- und Herlaufen.
10. Kein Blickkontakt (Wegschauen oder Hindurchschauen).
11. Übermäßige Bindung an Einzelobjekte. Keinen Sinn für dessen realen Gebrauch. (Nicht zu verwechseln mit normaler Beziehung zu einem Lieblingsspielzeug.)
12. Versetzt Gegenstände in rotierende Bewegung.
13. Stereotype Spielgewohnheiten.
14. Abkapselung (Zurückziehen in sich selbst und Benutzen der Eltern wie einen Gegenstand, um die Wünsche durchzusetzen).

Unbedingt zu beachten wäre, dass nicht alle Auffälligkeiten bei einem Kind auftreten müssen. Fragen Sie in Zweifelsfällen bei uns an.

Zeigt ein Kind mit 7 Punkten aus dieser Skala Übereinstimmung, so besteht der Verdacht auf ein autistisches Syndrom.

Die Vorstellung in einer Einrichtung für Menschen mit einer autistischen Behinderung ist dringend zu empfehlen.

ICD 10

F84 tiefgreifende Entwicklungsstörungen

F84.0 frühkindlicher Autismus

- A. Vor dem dritten Lebensjahr manifestiert sich eine auffällige und beeinträchtigte Entwicklung in mindestens einem der folgenden Bereiche:
1. rezeptive oder expressive Sprache, wie sie in der sozialen Kommunikation verwandt wird
 2. Entwicklung selektiver sozialer Zuwendung oder reziproker sozialer Interaktion
 3. funktionales oder symbolisches Spielen.
- B. Insgesamt müssen mindestens sechs Symptome von 1., 2. und 3. vorliegen, davon mindestens zwei von 1. und mindestens je eins von 2. und 3.:
1. Qualitative Auffälligkeiten der gegenseitigen sozialen Interaktion in mindestens zwei der folgenden Bereiche:
 - a. Unfähigkeit, Blickkontakt, Mimik, Körperhaltung und Gestik zur Regulation sozialer Interaktionen zu verwenden
 - b. Unfähigkeit, Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzunehmen, mit gemeinsamen Interessen, Aktivitäten und Gefühlen (in einer für das geistige Alter angemessenen Art und Weise trotz hinreichender Möglichkeiten)
 2. Qualitative Auffälligkeiten der Kommunikation in mindestens einem der folgenden Bereiche:
 - a. Verspätung oder vollständige Störung der Entwicklung der gesprochenen Sprache, die nicht begleitet ist durch einen Kompensationsversuch durch Gestik oder Mimik als Alternative zur Kommunikation (vorausgehend oft fehlendes kommunikatives Geplapper),
 - b. relative Unfähigkeit, einen sprachlichen Kontakt zu beginnen oder aufrechtzuerhalten (auf dem jeweiligen Sprachniveau), bei dem es einen gegenseitigen Kommunikationsaustausch mit anderen Personen gibt
 - c. stereotype und repetitive Verwendung der Sprache oder idi-
 3. Mangel an sozio-emotionaler Gegenseitigkeit, die sich in einer Beeinträchtigung oder devianten Reaktion auf die Emotionen anderer äußert; oder Mangel an Verhaltensmodulation entsprechend dem sozialen Kontext; oder nur labile Integration sozialen, emotionalen und kommunikativen Verhaltens
 4. Mangel, spontan Freude, Interessen oder Tätigkeiten mit anderen zu teilen (z.B. Mangel, anderen Menschen Dinge, die für die Betroffenen von Bedeutung sind, zu zeigen, zu bringen oder zu erklären).

- osynkratischer Gebrauch von Worten oder Phrasen
- d. Mangel an verschiedenen spontanen "Als-ob-Spielen" oder (bei jungen Betroffenen) sozialen Imitationsspielen.
3. Begrenzte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten in mindestens einem der folgenden Bereiche:
- a. umfassende Beschäftigung mit gewöhnlich mehreren stereotypen und begrenzten Interessen, die in Inhalt und Schwerpunkt abnorm sind, es kann sich aber auch um ein oder mehrere Interessen ungewöhnlicher Intensität und Begrenztheit handeln
 - b. offensichtlich zwanghafte Anhänglichkeit an spezifische, nicht funktionale Handlungen oder Rituale
 - c. stereotype und repetitive motorische Manierismen mit Hand- und Fingerschlagen oder Verbiegen, oder komplexe Bewegungen des ganzen Körpers.
- d. Vorherrschende Beschäftigung mit Teilobjekten oder nicht funktionalen Elementen des Spielmaterials (z.B. Geruch, die Oberflächenbeschaffenheit oder das von ihnen hervorgebrachte Geräusch oder ihre Vibration).
- C. Das klinische Bild kann nicht einer anderen tiefgreifenden Entwicklungsstörung zugeordnet werden, einer spezifischen Entwicklungsstörung der rezeptiven Sprache (F80.2) mit sekundären sozio-emotionalen Problemen, einer reaktiven Bindungsstörung (F94.1), einer Bindungsstörung mit Enthemmung (F94.2), einer Intelligenzminderung (F70-F72), mit einer emotionalen oder Verhaltensstörung, einer Schizophrenie (F20) mit ungewöhnlich frühem Beginn oder einem Rett-Syndrom (F84.2).

(BILD)

Autistische Störung

Diagnostische Merkmale

Aus: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM IV (1996).

Hauptmerkmale der autistischen Störung sind eine abnorme und beeinträchtigte Entwicklung im Bereich der sozialen Interaktion und der Kommunikation sowie ein eingeschränktes Repertoire an Aktivitäten und Interessen. Die Störung weist je nach Entwicklungs- und Altersstufe der Betroffenen eine große Variationsbreite auf.

Die **Autistische Störung** wird manchmal auch als **Frühkindlicher Autismus, Autismus in der Kindheit** oder **Kanner-Syndrom** bezeichnet.

Die Beeinträchtigung der sozialen Interaktion ist sehr ausgeprägt und anhaltend. Es kann eine Beeinträchtigung im Gebrauch nonverbaler Verhaltensweisen (z.B. Blickkontakt, Gesichtsausdruck, Körperhaltung und Gestik) zur Steuerung der zwischenmenschlichen Interaktion und Kommunikation auftreten (**Kriterium A1a**).

Der Betroffene ist unfähig, eine seiner Entwicklungsstufe entsprechende Beziehung zu Gleichaltrigen aufzubauen (**Kriterium A2b**).

Das geschieht in verschiedenen Altersstufen auf unterschiedliche Weise. Jüngere Personen haben wenig oder kein Interesse an Freundschaften. Ältere Personen können Interesse an Freundschaft-

ten zeigen, ihnen fehlt jedoch das Verständnis für die Regeln einer zwischenmenschlichen Beziehung. Es kann das spontane Verlangen fehlen, Vergnügen, Interessen oder Erfolge mit anderen zu teilen (sie zeigen oder bringen beispielsweise nicht Dinge, die sie interessieren, oder weisen auch nicht auf diese hin) (**Kriterium A1c**).

Der soziale oder emotionale Austausch kann fehlen (sie nehmen z.B. nicht aktiv an einfachen sozialen Spielen teil, beschäftigen sich lieber allein und beteiligen andere an ihren Aktivitäten lediglich als Werkzeug oder "mechanische" Hilfen) (**Kriterium A1d**).

Häufig ist die Fähigkeit, andere Menschen zu verstehen, beeinträchtigt. Die autistischen Kinder können andere Kinder (auch ihre Geschwister) völlig ignorieren, sie haben häufig keine Vorstellung von den Bedürfnissen anderer Menschen und bemerken auch deren Kummer nicht.

Die Kommunikation ist ebenfalls stark und anhaltend beeinträchtigt. Dies betrifft sowohl die verbalen als auch die nonverbalen Fähigkeiten. Die Entwicklung der gesprochenen Sprache kann verzögert eintreten oder völlig ausbleiben (**Kriterium A2a**).

Bei Personen, die sprechen können, kann die Fähigkeit, ein Gespräch mit anderen zu beginnen oder fortzuführen, beeinträchtigt sein (**Kriterium A2b**).

Oder sie gebrauchen ihre Sprache stereotyp und repetitiv oder idiosynkratisch (**Kriterium A2c**).

Weiterhin fehlt die Fähigkeit, spontane Rollenspiele oder soziale Imitationsspiele, die der Entwicklungsstufe des Betroffenen angemessen sind, durchzuführen (**Kriterium A2d**).

Bei entwickelter Sprachfähigkeit können Stimmhöhe, Intonation, Sprechgeschwindigkeit, Sprechrhythmus oder Betonung auffällig sein (monotone Stimme, Heben der Stimme am Satzende von Aussage- oder Fragesätzen). Die grammatischen Strukturen sind häufig unterentwickelt, stereotyp und repetitiv (z.B. Wiederholung von Worten oder Sätzen ohne Bedeutungszusammenhang, Wiederholung von Werbesongs oder Werbesprüchen). Es kann auch eine metaphorische Sprache entwickelt sein (d.h. eine Sprache, die nur diejenigen verstehen, die mit dem Kommunikationsstil des Betroffenen vertraut sind). Eine Störung des Sprachverständnisses kann sich dadurch ausdrücken, dass der Betroffene einfache Fragen, Anweisungen oder Witze nicht versteht. Phantasiespiele werden gar nicht oder sehr wenig durchgeführt. In der Regel zeigen die Betroffenen auch nicht die einfachen Imitationsspiele oder die üblichen Tätigkeiten des Säuglingsalters oder der frühen Kindheit. Wenn sie es tun, geschieht dies zusammenhanglos oder auf mechanische Art und Weise. Personen mit Autistischer Störung zeigen beschränkte, repetitive und stereo-

type Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten. Sie können ausschließlich und intensiv eine oder mehrere stereotype und begrenzte Tätigkeiten zeigen, wobei der Gegenstand oder die Intensität abnorm sind (**Kriterium A3a**).

Sie halten auffällig starr an bestimmten nichtfunktionalen Gewohnheiten oder Ritualen fest (**Kriterium A3b**),

entwickeln stereotype und repetitive motorische Manierismen (**Kriterium A3c**)

und beschäftigen sich andauernd intensiv mit Teilen von Objekten (**Kriterium A3d**).

Die Bandbreite der Interessen ist bei Personen mit einer Autistischen Störung stark eingeschränkt. Ihre Interessen beziehen sich häufig auf ein eng begrenztes Gebiet, mit dem sie sich ständig beschäftigen (z.B. Sammeln von meteorologischen Fakten oder von Fußballstatistiken). Sie stellen eine bestimmte Anzahl von Spielsachen in immer derselben Art und Weise auf oder ahmen einen Fernsehschauspieler nach. Sie bestehen auf Gleichförmigkeit und reagieren auf völlig banale Veränderungen mit Widerstand oder Angst. So kann ein kleines Kind auf geringfügige Veränderungen in seiner Umwelt, wie z.B. neue Gardinen oder ein anderer Platz am Mittagstisch dramatische Reaktionen zeigen. Häufig besteht ein Interesse an nichtfunktionalen Gewohnheiten oder Ritualen. Die Betroffenen beharren ohne nachvollziehbaren Grund auf genauem Einhalten von gewohnten Abläufen

(z.B. jeden Tag genau denselben Weg zur Schule nehmen). Stereotype Körperbewegungen betreffen die Hände (Klatschen, mit den Fingern Schnipsen) oder den ganzen Körper (wiegende, schaukelnde oder schwankende Bewegungen). Auffälligkeiten der Körperhaltung können auftreten (wie beispielsweise Gehen auf Zehenspitzen, bizarre Handbewegungen oder Körperhaltungen). Die Betroffenen sind ständig mit Teilen von Objekten beschäftigt (Knöpfe, Körperteile). Faszination kann auch von Bewegungen ausgehen (sich drehende Räder von Spielsachen, das Öffnen und Schließen von Türen, ein elektrischer Ventilator oder andere sich schnell drehende Gegenstände). Die Betroffenen können eine starke Bindung an unbelebte Objekte (z.B. ein Stück Schnur oder ein Gummiband) entwickeln.

Die Störung muss vor dem dritten Lebensjahr eingetreten sein und sich durch Verzögerungen oder abnorme Funktionsfähigkeit in mindestens einem der folgenden Bereiche manifestieren:

Soziale Interaktionen, Sprache als soziales Kommunikationsmittel, symbolisches oder Phantasiespiel (**Kriterium B**). Typischerweise verläuft keine Entwicklungsphase normal. In einigen Fällen wird allerdings von relativ normaler Entwicklung im ersten oder in den ersten beiden Lebensjahren berichtet. In einigen wenigen Fällen berichten Eltern auch von einem Rückgang der Sprachentwicklung,

die im Allgemeinen als Sprachstillstand auftritt, nachdem ein Kind fünf bis zehn Worte gelernt hat. Definitionsgemäß kann ein Zeitraum normaler Entwicklung nicht nach dem dritten Lebensjahr auftreten. Die Störung darf nicht durch die **Retts-Störung** oder durch **Desintegrative Störung im Kindesalter** besser erklärbar sein (**Kriterium C**).

Diagnostische Kriterien

A) Es müssen mindestens **sechs Kriterien** aus (1), (2) und (3) zutreffen, wobei mindestens zwei aus (1) und je ein Kriterium aus (2) und (3) kommen müssen:

1) **Qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktion** in mindestens zwei der folgenden Bereiche:

- a) Ausgeprägte Beeinträchtigung im Gebrauch nonverbaler Verhaltensweisen wie beispielsweise Blickkontakt, Gesichtsausdruck, Körperhaltung und Gestik zur Steuerung sozialer Interaktionen, Unfähigkeit, entwicklungsgemäße Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzubauen,
- b) Mangel, spontan Freude, Interessen oder Erfolge mit anderen zu teilen (z.B. Mangel, anderen Menschen Dinge, die für die Betroffenen von Bedeutung sind, zu zeigen, zu bringen oder darauf hinzuweisen),
- c) Mangel an sozio-emotionaler Gegenseitigkeit.

- 2) **Qualitative Beeinträchtigungen der Kommunikation** in mindestens einem der folgenden Bereiche:
- a) Verzögertes Einsetzen oder völliges Ausbleiben der Entwicklung von gesprochener Sprache (ohne den Versuch zu machen, die Beeinträchtigung durch alternative Kommunikationsformen wie Gestik oder Mimik zu kompensieren),
 - b) bei Personen mit ausreichendem Sprachvermögen Beeinträchtigung der Fähigkeit, ein Gespräch zu beginnen oder fortzuführen.
 - c) stereotyper oder repetitiver Gebrauch der Sprache oder idiosynkratische Sprache,
 - d) Fehlen von verschiedenen entwicklungsgemäßen Rollenspielen oder sozialen Imitationsspielen.
- 3) **Beschränkte, repetitive und stereotype Verhaltensweisen, Interessen und Aktivitäten** in mindestens einem der folgenden Bereiche:
- a) Umfassende Beschäftigung mit einem oder mehreren stereoty-
pen und begrenzten Interessen, wobei Inhalt und Intensität abnorm sind,
 - b) auffällig starres Festhalten an bestimmten nichtfunktionalen Gewohnheiten oder Ritualen,
 - c) stereotype und repetitive motorische Manierismen (z.B. Biegen oder schnelle Bewegungen von Händen oder Fingern oder komplexe Bewegungen des ganzen Körpers),
 - d) ständige Beschäftigung mit Teilen von Objekten.
- B) **Beginn vor dem dritten Lebensjahr und Verzögerungen oder abnorme Funktionsfähigkeit** in mindestens einem der folgenden Bereiche:
- 1) Soziale Interaktion,
 - 2) Sprache als soziales Kommunikationsmittel,
 - 3) symbolisches oder Phantasiespiel.
 - 4) Die Störung kann nicht besser durch die **Retts-Störung** oder die **Desintegrative Störung im Kindesalter** erklärt werden.

Asperger - Syndrom

ICD 10 F84.5

Diagnostische Merkmale

Aus: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM IV

Hauptmerkmale der Asperger-Störung sind eine **schwere und anhaltende Beeinträchtigung in der sozialen Interaktion (Kriterium A)** sowie die **Entwicklung von restriktiven, repetitiven Verhaltensmustern, Interessen und Aktivitäten (Kriterium B)**. Die Störung muss in klinisch bedeutsamer Weise **Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen** verursachen (**Kriterium C**). Im Unterschied zur Autistischen Störung ist kein klinisch bedeutsamer Rückstand in der Sprache zu beobachten (es werden z.B. bis zum Alter von zwei Jahren einzelne Worte, bis zum Alter von drei Jahren kommunikative Sätze benutzt) (**Kriterium D**). Weiterhin treten **keine klinisch bedeutsamen Verzögerungen in der kognitiven Entwicklung oder der Entwicklung von altersgemäßen Selbsthilfefähigkeiten**, im Anpassungsverhalten (ausgenommen bei sozialen Interaktionen) und bezüglich des Interesses des Kindes an der Umwelt auf (**Kriterium E**). Die Diagnose wird nicht gestellt, wenn die Kriterien für eine andere tiefgreifende Entwicklungsstörung oder Schizophrenie erfüllt sind (**Kriterium F**).

Zugehörige Merkmale und Störungen

Die Asperger-Störung wird bisweilen in Verbindung mit einem medizinischen Krankheitsfaktor beobachtet. Verschiedene unspezifische neurologische Symptome oder Zeichen können auftreten. Die motorische Entwicklung kann verzögert sein und häufig ist eine inotorische Unbeholfenheit zu beobachten.

Prävalenz

Es liegen nur begrenzt Informationen zur Prävalenz der Asperger-Störung vor. Sie scheint jedoch **häufiger bei Jungen** aufzutreten.

Verlauf

Die Asperger-Störung hat wahrscheinlich einen etwas **späteren Beginn** als die Autistische Störung oder wird zumindest etwas später erkannt. Im Vorschulalter sind motorische Entwicklungsrückstände oder motorische Unbeholfenheit zu beobachten. Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion können im schulischen Kontext offensichtlicher werden. Gerade zu dieser Zeit können besondere idiosynkratische oder eingeschränkte Interessen (z.B. Faszination von Zugfahrplänen) auftreten oder als solche erkannt werden. Als Erwachsene haben die Betroffenen häufig Probleme mit Empathie und der Gestaltung sozialer Interaktionen. Die Störung zeigt offensichtlich einen kontinuierlichen Verlauf und dauert in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ein Leben lang.

Diagnostische Kriterien

- A) **Qualitative Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion**, die sich in mindestens zwei der folgenden Bereiche manifestieren:
- 1) Ausgeprägte Beeinträchtigung im Gebrauch multipler nonverbaler Verhaltensweisen wie beispielsweise Blickkontakt, Gesichtsausdruck, Körperhaltung und Gestik zur Regulation sozialer Interaktionen,
 - 2) Unfähigkeit, entwicklungsgemäße Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzubauen,
 - 3) Mangel, spontan Freude, Interessen oder Erfolge mit anderen zu teilen (z.B. Mangel, anderen Menschen Dinge, die für die Betroffenen von Bedeutung sind, zu zeigen oder darauf hinzuweisen),
 - 4) Mangel an sozioemotionaler Gegenseitigkeit.
- B) **Beschränkte repetitive und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten** in mindestens einem der folgenden Bereiche:
- 1) Intensive Beschäftigung mit einem oder mehreren stereotypen und begrenzten Interessengebieten, wobei Inhalt und Intensität abnorm sind,
 - 2) auffällig starres Festhalten an bestimmten nichtfunktionalen Gewohnheiten oder Ritualen,
 - 3) stereotype und repetitive motorische Manierismen (z.B. Biegen oder schnelle Bewegungen von Händen oder Fingern oder komplexe Bewegungen des ganzen Körpers),
 - 4) ständige Beschäftigung mit Teilen von Objekten.

Therapie im Autismus-Therapie-Zentrum

KONZEPTION

Leitgedanke

Im Mittelpunkt unseres Denkens und Handelns steht der Mensch mit Autismus, seine Familie und das erweiterte Umfeld.

Wir orientieren uns an dem Kind, dem Jugendlichen, dem Erwachsenen mit seiner individuellen autistischen Störung, vor allem hinsichtlich seiner Bedürfnisse, Ressourcen und den Möglichkeiten seines sozialen Umfeldes:

- Dazu gehört unsere jeweils erforderliche mit jahrzehntelanger Erfahrung angereicherte fachkompetente, umfassende, phasenweise nachbetreuende oder dauerhafte Unterstützung und Begleitung des Betroffenen, seiner Familie, seiner Kindertagesstätte, seiner Schule, seiner Werkstatt, seiner Ausbildungs-, Arbeits-, Lebens- und Wohnumfelder.
- Wir setzen uns für qualitative Lebensbedingungen aller Betroffenen ein; auch im Rahmen der Beratungs-, Fortbildungs-, Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit und selbstverständlich auch innerhalb unserer politischen Mitwirkung.
- Wir schaffen die Voraussetzung für eine kontinuierlich hohe Entfaltung der individuellen Persönlichkeit – auch wenn im Alltagsgeschehen oftmals nur ein geringes Maß an Selbstständigkeit erreicht werden kann.

Die Vielschichtigkeit der autistischen Störungen erfordert bei der

Begleitung Methodenvielfalt und Offenheit für neue Erkenntnisse.

Unsere Autismus-Therapie-Zentren (ATZ) verfolgen den ganzheitlichen Ansatz und bieten für den sehr spezifischen Personenkreis der Menschen mit Autismus eine multiprofessionelle Komplexleistung an.

Die Spezialisierung, Erfahrungs- und Fachkompetenz macht uns - die Vereinigung zur Förderung autistischer Menschen – mit unseren Einrichtungen, zum unverzichtbaren Bestandteil der Sozialkultur und für Menschen mit Autismus sowie für Rat- und Hilfesuchende zur ersten Adresse

Unsere Ziele und Wertvorstellungen unterliegen einer fortlaufenden Reflexion.

Frankfurt/Main, 09. April 2000

*Der Leitgedanke und die Leitlinien des Bundesverbandes **Hilfe für das autistische Kind** bilden die Grundlagen für die Arbeitsweise unserer Autismus-Therapie-Zentren.*

Vorwort

Die Versorgungsstruktur war für Menschen mit einer autistischen Symptomatik bis in den 80er Jahren sehr ungünstig.

Es gab kaum spezialisierte Einrichtungen und nur wenige Therapeuten hatten breitere Erfahrungen mit Menschen mit Autismus.

Viele Eltern gingen von Arzt zu Arzt und von Klinik zu Klinik. Bis zur korrekten Diagnosestellung vergingen oft kostbare Jahre; gerade die Jahre, in denen Therapie und Fördermaßnahmen besonders wirksam sind.

Um hier Abhilfe zu schaffen, gründeten Eltern aus Mülheim den Regionalverband „Hilfe für das autistische Kind“, Mülheim an der Ruhr-Duisburg e.V. und begannen unverzüglich mit dem Aufbau eines Autismus-Therapie-Zentrums, welches im Januar 1982 mit 5 Klienten seine Arbeit aufnahm.

Heute werden in unserem Autismus-Therapie-Zentrum durchgängig ca.210 Klienten - von zurzeit 2-40 Jahren - therapeutisch betreut.

1. Personenkreis

Wir fördern in unserer Einrichtung Menschen mit einer Behinderung aus dem **Formenkreis „Autismus“**.

Da eine Diagnose zwischen dem 1. und 3. Lebensjahr nur als „Verdachtsdiagnose“ gestellt werden kann, schließen wir diese Klientel als **„vom Autismus bedroht“** mit ein.

- Unsere Klientel unterliegt keiner Altersbegrenzung. In der Regel liegt das Alter im Bereich von 2 bis 30 Jahren.
- Ebenso betreuen wir eine Klientel unterschiedlichster Nationalität und sozialer Schichten,
- sowie unterschiedlichster intellektueller Begabungen. Die Bandbreite geht von geistiger Behinderung bis zu normaler Intelligenz und Hochbegabung.

2. Der Begriff Autismus und seine Synonyme

Autistisches Syndrom, Asperger-Syndrom, Kanner-Syndrom, frühkindlicher Autismus, primärer Autismus, infantiler Autismus, atypischer Autismus sind die gebräuchlichen Termini zur Benennung des dazugehörigen Zustandsbildes.

3. Die Notwendigkeit autismusspezifischer Förderzentren

Das Behinderungsbild „Autismus“ erfordert eine ganz **individuelle, frühzeitige und umfassende Förderung** der betroffenen Menschen. Eine Beratung und Anleitung ihrer Betreuungspersonen, sowie die Kooperation mit dem sozialen Umfeld und die Koordinierung weiterer notwendiger Hilfen, ist unerlässlich.

4. Angebot

Unser Autismus-Therapie-Zentrum ist spezialisiert auf die Behandlung von Menschen mit einer autistischen Störung.

Es bündelt theoretisches und praktisches Wissen nach neuesten Erkenntnissen und sichert so die Anwendung und Weiterentwicklung autismspezifischer Methoden.

Die spezielle Arbeitsweise unserer Autismus-Therapie-Zentren bietet die notwendige Voraussetzung einer erfolgreichen Förderung bei Menschen mit Autismus, wie eine/n

- langjährige und vielfältige Erfahrung in der Arbeit mit einem spezifischen Behinderungsbild
- stete Weiterbildung entsprechend der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse
- ganzheitlichen Ansatz
- interdisziplinären Ansatz
- unterschiedliche Berufsgruppen im Therapeutenteam
- hohe Flexibilität in der Therapieplanung
- hohe Flexibilität in der Wahl des Therapieortes
- hohe Flexibilität in der Wahl der Therapiezeit

5. Aufgaben und Ziele

5.1 Allgemeine Ziele

- Beratung
- Früherkennung
- Autismspezifische Förderung / Therapie
- Eingliederungshilfe
- Koordination bei weiteren notwendigen Hilfen
- Kooperation mit anderen (Ärzten / Zentren / Institutionen)

5.2 Klientorientierte Ziele

Der frühe Beginn der Störung, die Bandbreite der Problematik und die Berücksichtigung des sozialen Umfeldes bei unserer therapeutischen Arbeit erlaubt es uns nicht, an dieser Stelle klientenspezifische Ziele zu formulieren.

Allgemein lassen sich jedoch folgende globale Ziele nennen, ohne dass sich aus der Reihenfolge eine Gewichtung ergibt:

- weitgehende Erlangung sozialer Kompetenzen
- weitgehende Erlangung kommunikativer Kompetenzen
- weitgehende Erlangung von Handlungskompetenzen
- weitgehende Erreichung der Verarbeitung und Integration von Wahrnehmung
- Erlangung kognitiver Grundfertigkeiten und somit des Verstehens sozialer Zusammenhänge, welche die Grundlage für vorschulische, schulische

und berufliche Maßnahmen bilden

- Erreichung der Fähigkeit, mit Emotionen angemessen umzugehen
- Behebung sekundärer Verhaltensprobleme

6. Vorgehensweise / Verlauf

6.1 Erstkontakt / anamnestische Einschätzung

Der Klient oder sein Vertreter melden sich (telefonisch oder persönlich) bei dem Autismus-Therapie-Zentrum.

Der Folgekontakt erfolgt durch die Leitung des Autismus-Therapie-Zentrums.

Meistens wird ein Termin für einen Hausbesuch zum Erstkontakt vereinbart.

Hier ist es uns besonders wichtig, dass für diesen Erstkontakt genügend Zeit – in der Regel 1,5 – 2 Stunden, in Ausnahmefällen auch länger – zur Verfügung steht.

Wir legen großen Wert darauf, dass das Gespräch über den Klienten nicht in seiner Anwesenheit geführt wird (um ihn vor Kränkung und Frustration zu schützen). Der Klient soll später hinzugezogen werden.

Der Erstkontakt beinhaltet folgende Vorgehensweise:

- Fragebogenerhebung zur frühen Entwicklung (Früherkennungs- Merkmalliste)
- Fragebogenerhebung zur Autismissymptomatik (Rendle-Short-Skala; DSM IV; ICD 10)

- Verhaltensbeobachtung des Klienten
- erste Beratung zur Frage der Erziehung und zum „Autismus“
- Bekanntgabe von Fachärzten mit Autisuserfahrung zwecks Diagnosestellung und Empfehlung von therapeutischen Hilfen (bindend für Kostenträger)
- Bekanntgabe von möglichen Hilfen nach erfolgter Diagnose oder Verdachtsdiagnose
- Dokumentation des Erstkontaktes durch ein Formblatt

Die ausgefüllten Checklisten werden den Eltern – zur weiteren diagnostischen Verwendung – zur Verfügung gestellt.

Auch im Falle eines negativen Gutachtens nach der Erstvorstellung werden die Eltern auf die Möglichkeit einer Vorstellung beim Kinder- und Jugendpsychiater hingewiesen.

Weiter wird den Eltern das Verfahren bis zum eventuellen Therapiebeginn erläutert, und es werden allgemeine Informationen zum Verein und zur Arbeitsweise des Autismus-Therapie-Zentrums gegeben.

6.2 Therapiebeginn

Bei der Vorlage der Diagnose oder Verdachtsdiagnose aus dem Formenkreis „Autismus“ und einer Notwendigkeitsbescheinigung für die Therapie, erhalten die/der Eltern/Betreuer/Klient Anträge für die Kostenträger zur Übernahme, so-

wie einen Aufnahmeantrag für das Autismus-Therapie-Zentrum und für den Elternverband (Mitgliedschaft erwünscht).

Nach Erhalt einer Kostenzusage von den Kostenträgern oder Eltern, wird die Therapie durch ein Informationsgespräch mit dem diagnostizierenden Therapeuten, Eltern/Betreuer/Klient geführt und der Therapievertrag abgeschlossen.

6.3 Verlauf der Therapie

1. Eingangsdagnostik und Förderdiagnostik (diagnostische Verfahren) zwecks Formulierung der Förderschwerpunkte für die therapeutische Arbeit
2. Übergabegespräch durch die Psychologin an die dann zuständigen Therapeuten.
3. Kennenlernen des sozialen Umfeldes (Familie, Schule, Kindergarten, Institutionen und andere zuständige Bezugspersonen), um eine Basis zur Therapietätigkeit zu schaffen.
4. Festlegung des Therapieortes und –zeit zur Durchführung der Therapie.
5. Intensive Beobachtungsphase und Beziehungsaufbau mit dem Klienten und dessen Umfeld.
6. Unter Berücksichtigung aller gesammelten Informationen erfolgt die Förderplanerstellung, in dem Schwerpunkte der Arbeit, Ziele und entsprechende Methoden, die zur Anwendung kommen, festgehalten werden.
7. Ständige Überprüfung der Effektivität der Methoden, unter besonderer Berücksichtigung der individuellen Persönlichkeit des Klienten, seines sozialen Umfeldes und seiner Entwicklung, im Verlauf der Therapie.
8. Durchgängig bestimmen Teilaspekte verschiedener Methoden unsere therapeutische Vorgehensweise, wobei diese unterschiedlich miteinander kombiniert werden können.
9. Es findet ein regelmäßiger Informationsaustausch mit Eltern und Bezugspersonen statt.
10. Bei auftretenden Problemen, Kriseninterventionen und Anbieten von Hospitationsmöglichkeiten.
11. Übernahme der Koordinierung bei anderen notwendigen Hilfen.
12. Dokumentation des Therapieverlaufes durch:
 - Stundenprotokolle
 - Gesprächsprotokolle
 - Förderplanerstellung und Aktualisierung (mindestens halbjährlich)
 - Bei Bedarf Erstellung von Zwischenberichten
 - Mindestens jährliche Entwicklungsberichte (für Kostenträger, Eltern/Betreuer und begleitende Ärzte zur Information)

7. Die therapeutische Arbeit (mobil und ambulant)

7.1 Arbeit mit dem Klienten

A. Förderdiagnostik:

- Testdiagnostik
- Interaktionsdiagnostik
- Verhaltensbeobachtung

B. Therapie-/Förderbereiche:

- Wahrnehmungsförderung
- Sensorische Integration
- Basale Stimulation
- Sprachsteuerung (Spracherkennung, Sprachaufbau und Sprachverständnis)
- Alternative Kommunikationsmöglichkeiten (unterstützende und gestützte Formen/FC)
- Rhythmik
- Psychomotorik / körperzentrierte Therapie (Klassen)
- Heilpädagogische Übungsbehandlung
- Kontakt- und Interaktionstraining
- Spielförderung
- Kreativitätsförderung
- Entwicklungsförderung
- Verhaltens- und Sozialtraining
- Entspannung
- Selbstständigkeitstraining
- Individualtherapie zur Förderung von Basisfertigkeiten (Kognition, Arbeitsverhalten, Konzentration)
- Eingliederungshilfe durch Kooperation mit den Eltern, den entsprechenden Einrichtungen und den Betreuungspersonen

7.2 Arbeit mit Eltern/Betreuern

- Aufklärung über das Behindernungsbild
- Anleitung im Umgang mit dem Klienten (Erarbeiten von Strategien)
- Stress- und Konfliktbewältigung
- Krisenintervention
- Hilfestellung bei der Umsetzung von Strategien
- Beratung bei Fragen von Kindergarten-, Schul- oder Berufswahl

7.3 Arbeit mit Lehrern, Erziehern und Betreuern (Kindergärten, Schulen, Werkstätten, Firmen, Heimen)

- Beratung oder Anleitung für den Umgang mit dem Klienten
- Fortbildung oder Anleitung von bestimmten Methoden
- Krisenintervention

7.4 Koordination von weiteren Hilfen

- Krankengymnastik/Logopädie etc.

7.5 Kooperationen mit anderen Therapieeinrichtungen

- Frühförderstellen, Logopäden, Krankengymnasten etc.
- Fachkliniken (Kinder- und Jugendpsychiatrie etc.)
- Sozialpädiatrische Zentren
- Niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater zwecks Diagnoseabklärung, Verordnen von therapeutischen Hilfen und Kontrolluntersuchungen

8. Therapiemethoden / Verfahren die u. a. zur Anwendung kommen

Die von uns angewandten Methoden und Verfahren sind klientenbezogen modifiziert und beinhalten Elemente aus folgenden Therapieansätzen:

- Basale Stimulation nach Fröhlich
- Entspannungstraining
- Gesprächstherapie
- Heilpädagogische Übungsbehandlung
- Kommunikationsverfahren / unterstützende und gestützte Methoden
- Körperbezogene Therapien (z.B. Affolter)
- Kreativitätsförderung
- Musiktherapie
- Psychomotorik nach Kiphard / Zimmer
- Rhythmik
- Sensorische Integration nach J. Ayres
- Sozialtraining nach Petermann u.A.
- Strukturierung von Zeit, Raum, Handlung, Kommunikation (nach dem Vorbild von TEACCH („Structured Teaching“))
- Tanztherapie (Siegel)
- Verhaltenstherapeutische Entwicklungsförderung
- Wahrnehmungsförderung nach Delacato, Frostig, Ohlmeyer u.A.

9. Dauer / Ende einer Therapiemaßnahme

Im Rhythmus von 1 Jahr wird die Notwendigkeit der Therapie von Therapeuten, Eltern/ Betreuer/ Klient, alle 2 Jahre auch von Fachärzten überprüft.

Die Therapiemaßnahme endet, wenn alle Beteiligten sich einig sind, dass ein höchstmögliches Maß einer Eingliederung in das soziale Umfeld erreicht wurde. Nach Beendigung der Therapiemaßnahme wird von der Einrichtung eine Nachbetreuung angeboten.

10. Evaluation

- a) Entwicklungsberichte für Kostenträger (mind. einmal im Jahr).
- b) Selbstkontrolle erfolgt durch: Therapie-Kontrollbögen; Fragebogenerhebung bei Eltern/ ges. Vertreter/Klient.
- c) Das Autismus-Therapie-Zentrum arbeitet nach den Leitlinien des **Bundesverbandes „Hilfe für das autistische Kind e.V.“** und lässt sich durch diesen prüfen.

11. Mitarbeiter (Stand 02/2004)

Freie Mitarbeiter:

Ärztin für Kinder- u. Jugendpsychiatrie (in Kooperation)

Therapeutische Mitarbeiter:

- 1 Dipl. Psychologin/ Psychotherapeutin
- 4 Diplompädagoginnen
- 1 Dipl. Tanztherapeutin
- 4 Dipl. Sozialpädagogen/innen
- 7 Heilpädagoginnen
- 1 Motopädin

Verwaltungs- und andere Mitarbeiter:

- 1 Geschäftsführerin
- 1 Verwaltungssachbearbeiterin
- 1 Computer-Sachbearbeiter
- 1 Bürohilfe
- 3 Raumpflegerinnen

Bild

12. Kooperation

Wegen der großen Anzahl der Kooperationen können wir nicht alle namentlich auführen und möchten uns daher auf Pauschalnennungen beschränken:

- Uni-Kliniken
- Sozialpädiatrische Zentren
- Niedergelassene Ärzte
- Niedergelassene Therapeuten
- Kindertagesstätten (Regel- u. Sondereinrichtungen)
- Schulen (Regel- u. Sonderschulen)
- Berufsfördernde Einrichtungen
- Werkstätten für Menschen mit Behinderungen
- Wohnheime
- Firmen
- Ämter u. Behörden (Städte/Kreise)
- Krankenkassen
- Verbände u. Vereine
- Politische Gremien

Einzeltherapeutische Fördermaßnahmen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Autismus

Vor Beginn jeder therapeutischen Intervention erfolgt eine Eingangsdagnostik durch den Arzt (extern) und eine umfassende Förderdiagnostik durch unser Therapiezentrum.

Die Ergebnisse der Untersuchungen sowie die Beobachtungen aus dem sozialen Umfeld des Klienten bieten die Grundlage für das jeweilige Förderkonzept.

In erster Linie machen die Schwere und die vielfältigen Auswirkungen der autistischen Behinderung eine ressourcenorientierte (Klient/ soziales Umfeld) Ausrichtung der therapeutischen Arbeit notwendig.

Dieses beinhaltet, die Stärken des Klienten zu nutzen, um vorhandene Defizite auszugleichen. Gleichzeitig müssen die Möglichkeiten und Belastungsfähigkeiten (z.B. der Familie) berücksichtigt werden.

Eine individuelle Weiterentwicklung des Klienten und seine Integration in sein jeweiliges Lebensumfeld sind das vorrangige Ziel.

Bild

Einzelförderung - erstes Beispiel -

Anke Bauer, Claudia Henrichs, Wiebke Hinz (Therapeutinnen)

Es besteht bei Eva „nach ICD 10 eine Behinderung aus dem Formenkreis Autismus“.

Diese ist gekennzeichnet durch:

qualitative Auffälligkeiten in der sozialen Interaktion und Kommunikation, sowie stereotype und repetitive Verhaltensweisen und Interessen. Weiterhin bestehen Auffälligkeiten in der Wahrnehmungsverarbeitung und in der Motorik.

Eva wurde im Dezember 1988 geboren und besucht zurzeit eine Schule für Geistigbehinderte, von wo aus sie stundenweise am Mathematikunterricht der 4. Klasse einer nahegelegenen Grundschule teilnimmt.

Eva wird seit November 2000, nach Abschluss der Förderdiagnostik, autismspezifisch durch unser Therapie-Zentrum gefördert. Die Therapie findet zweimal wöchentlich mit je einer Therapiestunde in der Schule und in unserem Therapiezentrum statt.

Dieser Bericht schildert Evas Entwicklung seit Beginn unserer Arbeit, sowie die wichtigsten Bereiche, in denen wir sie gefördert haben und in denen weiterhin therapeutischer Förderbedarf besteht.

In einigen Bereichen sind Fortschritte zu verbuchen, die nachfolgend ausführlich dargestellt werden.

Folgende Förderschwerpunkte standen in dem oben genannten Zeitraum im Vordergrund:

- Kontakt- und Beziehungsaufbau
- Wahrnehmung und Motorik
- Kommunikation
- Anleitung der Eltern und Kooperation mit der Schule

Kontakt- und Beziehungsaufbau

Priorität bei den Therapiestunden der vergangenen Monate hatte der Kontakt- und Beziehungsaufbau zwischen den Therapeutinnen und Eva, um eine tragfähige Basis für ein therapeutisches Arbeitsbündnis herzustellen.

Durch Akzeptanz und geduldige Zuwendung wurde versucht, Eva ein Gefühl von Vertrautheit und Geborgenheit zu vermitteln, um es ihr so zu erleichtern, sich auch auf für sie Neues oder Schwieriges einlassen zu können.

Eva fiel es zu Beginn der Therapie sehr schwer, Anforderungen umzusetzen. Generell lehnte sie erst alles ab. Dieses wurde sowohl durch körperliche als auch durch verbale Abwehr deutlich gemacht. Sie verfiel dann auch in Knatsch- und Weinphasen, aus denen man sie nur schwer herausholen konnte. Ebenso versuchte sie sich immer wieder durch andere Tätigkeiten, wie etwa dem Toilettengang, aus der Situation herauszuziehen.

Die Therapiestunden beinhalteten anfangs einen sehr geringen Anforderungscharakter, mit dem Ziel, Eva Erfolgserlebnisse zu verschaffen. Die zunächst kleinschrittig an sie herangetragenen Anforderungen wurden daher klar und eindeutig formuliert bzw. strukturiert.

Mittlerweile geht Eva recht zielstrebig in die Therapieräume, hält zeitweise kurzen Blickkontakt zur Therapeutin und kann sich zunehmend besser an den Strukturen des Stundenablaufs orientieren und sich so in der neuen Situation zurechtfinden.

Eva versucht, ihren Möglichkeiten entsprechend, den Anforderungen gerecht zu werden und lässt sich vermehrt auf Tätigkeiten und Absprachen ein.

Wahrnehmung und Motorik

Eva zeigt starke Abwehr im taktilen Bereich, dies gilt insbesondere für Nasses oder Klebriges. Diese Abwehr führt dazu, dass sie im Bereich der Handmotorik Dinge oft nicht richtig umfasst und eher schlaff und ungeschickt wirkt.

Ziel der Therapie war es daher, Evas Toleranz für Tastreize zu erweitern, um darauf aufbauend ihre Handmotorik zu verbessern.

Zum Einsatz kamen dabei verschiedene Reizintensitäten und Qualitäten wie: Massagen, Wärme- und Kältekissen, Arbeiten mit Ton, Gips, Knete, Fingerfarben, Herstellen von Pappmache u.ä. Wichtig war dabei die Kombination taktiler Reize mit Anforderungen im handmotorischen Bereich.

Eva zeigt inzwischen eine deutlich größere Toleranz im Bereich des Tastsinnes und kann inzwischen ihre Kraft in der Handmotorik gezielter dosieren.

Im grobmotorischen Bereich zeigt Eva große Unsicherheit und Ängste. Sie traut sich selbst wenig zu und zeigt - verstärkt durch ihre Erwartungsängste - deutliches Vermeidungsverhalten.

Hier war es Ziel unserer Arbeit, ihr Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten zu stärken, ihr Spaß an Bewegungsabläufen zu vermitteln und ihre Motivation zu erhöhen.

Daher lag der Schwerpunkt der motorischen Förderung Evas auch im spielerischen Bereich wie z.B.: Der Besuch von Spielplätzen, Spiele mit dem Ball, der Umgang mit Freiluftgeräten etc.

Dieser Bereich wird auch in der weiteren Förderung von Eva ein wichtiger Bestandteil bleiben.

Kommunikation

Eva verfügt trotz einem guten Sprachverständnis über einen geringen aktiven Wortschatz, den sie leider auch nicht immer adäquat einsetzen kann.

Sie kommuniziert mit einigen Bezugspersonen (vorrangig Lehrern) über eine Buchstabentafel.

Anfängliches Ziel war es, ihre vorhandene Motivation zum Schreiben aufzugreifen und dieses in die Therapiestunden zu integrieren.

Unter Einbeziehung unterschiedlicher Möglichkeiten, gestützt etwas zu zeigen oder zu tun, gelang es

nun auch, kleine Erfolge auf der Tafel zu erzielen.

Eva ist sehr daran interessiert, sich über die Tafel mitzuteilen und fordert dies durch verbale und gestische Äußerungen, wie etwa „Schreiben“ oder einholen der Stützerhand, ein.

Ein Ziel wird es hier sein, ihre ungeheure Motivation zum Schreiben zu festigen und somit dann auch den Stützerkreis zu erweitern.

Ein weiteres langfristiges Ziel wird darin bestehen, die Stütze auszublenzen. Aus diesem Grund wird dieser Therapieschwerpunkt auch weiterhin Bestand haben.

Anleitung der Eltern und Kooperation mit der Schule

Über die therapeutische Einzelförderung Evas hinaus war uns der intensive Austausch, besonders mit der Mutter und den Lehrerinnen, sehr wichtig. Dazu wurden, in Absprachen, regelmäßige Gesprächsrunden durchgeführt. Hier ging es um die Erläuterung therapeutischer Inhalte und Ziele, sowie um aktuel-

le Problemsituationen im Umgang mit der Klientin.

Ebenso war es wichtig, die Mutter bei Arztterminen mit ihrer Tochter zu begleiten.

Da Eva aus technischen Gründen die Einzelförderung hauptsächlich innerhalb der Schule bekommt, findet auch hier ein regelmäßiger Austausch und das Treffen gemeinsamer Absprachen statt. Besonders wichtig ist hier der Austausch bezüglich „FC“, da sich Eva einer Lehrerin geöffnet hat und mit ihr in Form der „Gestützten Kommunikation“ kommuniziert.

Aufgrund der positiv verlaufenden Entwicklung und um die hier beschriebenen Therapieabläufe fortzuführen und auszubauen und um die Kooperation zwischen Elternhaus und Schule optimal gestalten zu können, wird die autismspezifische Therapie, im Umfang von 120 Stunden, zunächst bis zum 30.06.2002 fortgeführt.

Einzelförderung - zweites Beispiel -

Anke Bauer, Claudia Henrichs, Wiebke Hinz (Therapeutinnen)

Peter ist im März 1995 geboren und wird seit dem Frühjahr 1999 vom Autismus-Therapie-Zentrum betreut.

Bei Peter liegt die Diagnose „tiefgreifende Entwicklungsstörung aus dem Formenkreis Autismus (ICD 10, F 84.0)“ vor.

Es besteht bei Peter eine qualitative Beeinträchtigung der gegenseitigen sozialen Interaktion und Kommunikation. Somit fällt es ihm auch schwer, Kontakt zu Gleichaltrigen aufzunehmen oder überhaupt, sich in einer Gruppe adäquat zu verhalten.

Des Weiteren zeigte er zu Beginn der Therapie motorische Manierismen und ausgeprägte stereotype Verhaltensweisen sowie Störungen in der Wahrnehmungsverarbeitung. Diese sind heute nur noch in leichter Form vorhanden.

Nach Abschluss der Förderdiagnostikphase konnte die autismus-spezifische Therapie im April 1999 begonnen werden.

Die Therapiestunden fanden in den Räumen des integrativen Kindergartens sowie in unserem Therapiezentrum statt.

Die Förderung umfasste zunächst wöchentlich 2-3 Stunden Einzelförderung.

Peter besucht seit Ende der Sommerferien 2001 die erste Klasse

einer integrativen Montessori-Grundschule.

Er nimmt seitdem einmal die Woche in unserer Einrichtung an einer therapeutischen Freizeitgruppe teil.

Durch die therapeutischen Übungsangebote und durch die intensive Zusammenarbeit der Therapeutin mit Elternhaus und Kindergarten, gelang der Transfer des Erlernten in Peters soziales Umfeld und ermöglichte dadurch seine sehr positive Entwicklung.

Der weitere Bericht bezieht sich auf den Förderzeitraum Dezember 2000 bis Oktober 2001 und schildert Peters Entwicklung, sowie die wichtigsten Bereiche, in denen wir ihn gefördert haben und in welchen noch therapeutischer Förderbedarf besteht.

Folgende Förderbereiche standen nach Absprache mit allen Beteiligten in dem o.g. Zeitraum schwerpunktmäßig im Vordergrund unserer Arbeit:

- Wahrnehmung
- Selbständigkeitstraining
- Sozialverhalten
- Feinmotorik / Graphomotorik
- Anleitung der Eltern
- Kooperation mit anderen Institutionen

Wahrnehmung

Bei Peter bestehen noch Störungen in der Wahrnehmungsverarbeitung, insbesondere im taktil-kinästhetischen, visuellen und vestibulären Bereich, die sich in einer Unterstimulation bemerkbar machen. In einigen Situationen wird deutlich, dass es Peter schwer fällt, seinen Körper differenziert wahrnehmen zu können und Reize angemessen zu verarbeiten. Das spiegelt sich deutlich auf der Verhaltensebene wider.

Er zeigte besonders Unsicherheiten im Gleichgewichtssinn und im Abschätzen von Höhen/Tiefen.

Das Ziel der Förderung bestand darin, Peter in den Wahrnehmungsbereichen Reizangebote in verschiedenen Qualitäten anzubieten, um ihn an eine differenzierte Verarbeitung seiner Wahrnehmungseindrücke heranzuführen. Des Weiteren sollte Peter erlernen, auch schwächere Reize einzuordnen und zu erfassen, um sich in seiner Umwelt besser zu orientieren und auf Vorgaben von außen angemessener reagieren zu können.

Peter erhielt Angebote im taktilen Bereich, die er akzeptieren lernte und nach und nach auch genießen konnte. Es fiel ihm zusehends leichter, ständig neue Reize an sich heranzulassen.

Es wurden Entspannungsfrequenzen durchgeführt, so dass er auch die Erfahrung machen konnte, zur

Ruhe zu kommen und nicht ständig Rückmeldung über seinen Körper durch Bewegung haben zu müssen.

Dies fiel ihm zu Beginn sehr schwer, er konnte sich dennoch langsam im Zeitrahmen von ca. 10 Minuten einigermaßen ruhig auf der Massagematte oder dem Wasserbett aufhalten. Diese Erfolge gilt es nun zu festigen und zu erweitern.

Im vestibulären Bereich konnten die bisherigen Fortschritte weiter ausgebaut werden. Peter kann mittlerweile ohne Hilfe auf der Wackelschildkröte laufen. Aufbauend auf diesem Erfolg und durch das gewachsene Selbstbewusstsein, hat er es geschafft, sich ohne Hilfe auf dem Pedalo fortzubewegen. Seine anfängliche Ängstlichkeit hat er gänzlich verloren. Dank dieser weiteren gewachsenen Sicherheit, seinen Körper in verschiedenen Situationen besser zu beherrschen, fasste er den Entschluss, auch andere neue Dinge auszuprobieren.

Durch die hier beschriebenen positiven Fortschritte und durch das wachsende Selbstvertrauen, etwas zu erreichen, konnte nun das Fahrradtraining mit in den Therapieplan aufgenommen werden.

Zunächst wurden kleine überschaubare Strecken mit dem Fahrrad, das mit Stützrädern ausgestattet war, versucht zurückzulegen.

Peter zeigte zuerst starke Abwehrtendenzen und versuchte, sich mit allen Mitteln gegen das Aufsteigen zu wehren. Erst sehr langsam trau-

te er sich auf den Sitz und Stück für Stück erlernte er mit diesem neuen Höhenunterschied umzugehen.

Über einen längeren Zeitraum wurden Übungseinheiten mit ihm durchgeführt, die es ihm heute ermöglichen, ohne Stützräder auf das Fahrrad zu steigen und ansatzweise das Gleichgewicht zu halten und sogar fast ohne Hilfe, nur mit leichtem Körperkontakt am Oberkörper, ganz kleine Strecken zurückzulegen.

Er ist durch diese Erfolgserlebnisse mutiger geworden und traut sich in diesem Bereich immer mehr zu. Das weitere Ziel besteht nun darin, ihn zu befähigen, ganz ohne Hilfe mit dem Fahrrad zu fahren.

Selbständigkeitstraining

Im Bereich des An- und Ausziehens ist ein kontinuierlicher Aufbau der Handlungen erlangt worden, so dass er hier fast gänzlich ohne Hilfe zurecht kommt.

Das Anziehen der Schuhe klappt ohne weiteres, wobei es ihm immer noch schwer fällt, die letzten Schritte der Schleife alleine zu bewältigen.

In diesem Bereich benötigt er noch leichte Unterstützung, die es im Rahmen von Alltagssituationen auch innerhalb der Kleingruppe weiter zu üben gilt.

Innerhalb der häuslichen Situation erkundet er langsam alleine die Umgebung und geht alleine zum nahegelegenen Spielplatz.

Sein Verhalten im Straßenverkehr wie z.B. das Überqueren der Straße hat sich verbessert, ist aber noch einigen konzentrativen Schwankungen unterworfen. Sobald er abgelenkt wird, fällt es ihm schwer, seine Aufmerksamkeit auf das Straßeüberqueren zu fokussieren. Die Abläufe sind ihm klar, jedoch noch nicht automatisiert

Die derzeitige neue Situation, dass er zu Hause Hausaufgaben erledigen muss, bewältigt er schon erstaunlich gut - ohne Hilfe und konkrete Anleitung. Es genügt ihm, wenn eine Person im Raum anwesend ist. Durch das eigenständige Erlernen gelingt es ihm, Aufgabenstellungen zu bewältigen und weitgehend ohne Hilfestellung zum Erfolg zu führen. Es bedarf hier nur noch einer Erweiterung der Konzentrations- und Aufmerksamkeitsspanne.

Sozialverhalten

Peter fällt es schwer andere Meinungen, Wünsche und Bedürfnisse zu akzeptieren und sich somit unterzuordnen. Er versucht beharrlich, seine Vorstellungen von Situationen oder Meinungen über etwas durchzusetzen. Weiterhin fällt es ihm auch schwer, abwarten zu können, bis er an der Reihe ist.

Innerhalb bestimmter Kindertagesituationen in der Gesamtgruppe oder in der aktuellen Situation in der Therapiegruppe wurden/werden solche besonderen Situationen mit Peter erarbeitet und ihm Hilfestellung zur angemessen

Bewältigung gegeben. Er sollte/soll lernen, andere Meinungen zu akzeptieren und sich auch unterordnen zu können. Ebenso sollen das Wartenkönnen bis er an der Reihe ist; durch spezielle Angebote in der therapeutischen Gruppe wie: Gesellschaftsspiele, Rollenspiele oder Einkaufssituationen eingeübt werden.

Mittlerweile ist es möglich, sich nicht mehr auf ständige Diskussionen mit Peter einlassen zu müssen. Es ist ihm auch teilweise möglich, die Wünsche der anderen sich anzuhören und in für ihm möglichen Rahmen zu akzeptieren. Er hat ebenfalls gelernt, seine Wünsche/Bedürfnisse besser zu artikulieren. Dadurch haben sich die „Kämpfe“, seine Wünsche verwirklichen zu wollen, erheblich reduziert.

Des weiteren gelingt es jetzt, Abmachungen/Vereinbarungen mit Peter zu treffen. Er ist teilweise in der Lage, sich weniger in Diskussionen zu verwickeln und geht damit auf für ihn große Kompromisse ein.

Diese Art des Sozialtrainings wird weiterhin innerhalb der Kleingruppe geübt und ausgebaut, um ihn noch sozialfähiger zu machen.

Feinmotorik/Graphomotorik

Peter zeigte im Bezug auf feinmotorische Anforderungen, besonders im Mal- und Schreibbereich, recht wenig altersentsprechendes Verhalten. Sein Malverhalten war wenig ausgeprägt und zeigt größten-

teils nur für ihn ersichtliche Gegenstände. Es fiel ihm schwer, Zeichnungen von einfachen Darstellungen nachzumalen oder annähernd so darzustellen, dass man vermuten kann, das es sich um das vorgezeichnete Objekt handelt.

Ebenso stellte die Stifthaltung für ihn ein weiteres Problem dar. Er umfasste mit der gesamten Hand den Stift und malte mit der Fausthaltung.

Innerhalb der Übungsphasen hat Peter die „richtige“ Stifthaltung erlernt und kann Dinge Um-, Aus- oder Anmalen. Gelegentlich bedarf es einer kleinen Erinnerung und dann gelingt das Halten perfekt.

Das Schreiben von Buchstaben, die Einhaltung bestimmter Linien und der Wechsel von Groß- auf Kleinschreibung bedarf noch weiterer Übung, wobei er sich recht geschickt anstellt, wenn er das System einmal verstanden hat. Durch das ganzheitliche Erfassen der Buchstaben wird es Peter erleichtert, in seinem Tempo diese Anforderung zu bewältigen.

Dieser Bereich wird ansatzweise in die gruppentherapeutischen Aktivitäten mit einbezogen, wie etwa das Schreiben des Namens oder der Spielergebnisse, um so den Übungscharakter herauszunehmen.

Anleitung der Eltern / Kooperation mit anderen Institutionen

Um eine effektive Erziehung für Peter in allen Bereichen seines

sozialen Umfeldes zu erzielen, hat sich gezeigt, dass eine intensive Zusammenarbeit mit allen Beteiligten von besonderer Relevanz ist. Auch in Zukunft ist weiterhin eine konkrete Anleitung, Hilfestellung und ein intensiver Austausch über Peters problematische Verhaltensweisen und seine weitere Entwicklung von Bedeutung.

Mit dem Elternhaus wurden/werden Therapieinhalte und -ziele erläutert und aktuelle Problemsituationen im Umgang mit dem Sohn aufgegriffen. Durch regelmäßig stattfindende Gespräche konnten Absprachen getroffen werden, die ein einheitliches Vorgehen gewährleisten.

Im Rahmen der Elternarbeit war und ist unter anderem die Schulsituation des Kindes ein wesentlicher Bestandteil der regelmäßigen Gespräche.

Im schulischen Bereich steht neben der gemeinsamen, zielorientierten

Arbeit und dem Austausch über Verhaltensweisen im Unterricht und die Information der Lehrer über Autismus an.

Gemeinsam mit ihnen sollen Lösungsstrategien, mögliche Methoden für problematische Situationen erarbeitet werden, um eine bestmögliche Integration des Jungen in die neue Klasse zu gewährleisten. Des Weiteren besteht neben dem Angebot von Hospitationen in der Schule, auch die Möglichkeit, am Gruppengeschehen im Autismus-Therapie-Zentrum teilzunehmen.

Aufgrund der positiv verlaufenden Entwicklung und um die beschriebenen Therapieabläufe weiter auszubauen und Lernerfolge zu festigen, soll die autismusspezifische Therapie, im Umfang von 120 Stunden bis zum 31.12.2002 fortgeführt werden.

Gruppentherapeutisch orientierte Fördermaßnahmen

für Kinder und Jugendliche mit Autismus

Wiebke Hinz (Therapeutin)

Die größten Einschränkungen erleben Kinder und Jugendliche mit Autismus im Bereich der sozialen Interaktion und Kommunikation.

So sind ihre einzigen und engsten sozialen Bezugspersonen, neben Eltern und Geschwisterkindern, oft Erwachsene wie z.B. Lehrer oder Therapeuten.

In ihrer Erwachsenenorientierung erleben Kinder und Jugendliche mit Autismus große Sicherheit. Wogegen der Umgang mit Gleichaltrigen, aufgrund negativer Erfahrungen oft mit starken Erwartungsängsten besetzt ist. Neue positive Erfahrungen bleiben dann oft aus, da soziale Interaktion und Kommunikation vermieden werden. So beklagen Eltern von Kindern mit Autismus oft, ihr Kind zeige überhaupt keine Motivation und kein Interesse an Kontakten zu Gleichaltrigen oder Freizeitgruppen.

Das Kind mit Autismus gewöhnt sich dadurch zunehmender an soziale Interaktion und Kommunikation mit vertrauten, meist erwachsenen Bezugspersonen, die es gut kennt und die daher gezielt auf seine Bedürfnisse eingehen können.

Aus dieser Grundsituation entstand die Idee, im Rahmen des Therapiezentrums gruppentherapeutisch orientierte Angebote für Kinder und

Jugendliche mit Autismus zu entwickeln. Ziel dabei ist es, Klienten,

bei denen im einzeltherapeutischen Setting die Förderung der sozialen und kommunikativen Kompetenzen ausgeschöpft scheint, die Möglichkeit zu geben, diese Fertigkeiten in einem geschützten und begleiteten sozialen Raum zu erproben und so Sicherheit zu gewinnen, positive Erfahrungen zu sammeln und Erwartungsängste abzulegen. Weitergestecktes Ziel ist danach die Vermittlung in andere freizeitorientierte Gruppen, außerhalb des Therapiezentrums.

Das Autismus-Therapie-Zentrum bietet momentan, insgesamt 8 verschiedene Therapiegruppen in allen drei Therapiezentren an. Die Gruppengröße liegt abhängig von dem Entwicklungsstand der Klienten und den therapeutischen Inhalten zwischen 2 und 6 Teilnehmern, die in der Regel von zwei Therapeuten betreut werden. Das Alter der Klienten liegt zwischen 6 und 60 Jahren.

Angeboten werden Kochgruppen, Spielgruppen, projektorientierte Gruppen, z.B. Theaterprojekt, Filmprojekt etc. und inhaltlich gemischte Gruppen.

Zur Verdeutlichung nachfolgend ein exemplarischer Förderplan einer gruppentherapeutisch orientierten Fördermaßnahme.:

Kommunikation:

Problembeschreibung:

Trotz gutem, zum Teil sogar altersadäquatem Wortschatz und Sprachverständnis, fällt es allen Teilnehmern der Gruppe schwer, Sprache wirklich zur gegenseitigen, sozialen Kommunikation einzusetzen.

Ziel:

Aktive Teilnahme an gegenseitiger Kommunikation

Vorgehensweise:

Einführen von einfachen Kommunikationsregeln in der Gruppe
z.B. gegenseitiges, aktives Zuhören
Vorstrukturierung von Gesprächssequenzen als Hilfestellung durch die Therapeuten
Verweisen der Gruppenteilnehmer sich direkt anzusprechen, keine Triangulation über Therapeuten
Beibehalten eines Themas, zu Anfang mit Hilfestellung, z.B. Bildkarte beantworten von Fragen, auch der anderen Gruppenteilnehmer
gemeinsames Besprechen der Stundeninhalte als Vorübung Erlebtes zu berichten

Soziale Interaktion

Problembeschreibung:

Bei allen Teilnehmern der Gruppe besteht eine ausgeprägte Beeinträchtigung im Gebrauch non-verbaler Verhaltensweisen, wie Blickkontakt, Gesichtsausdruck, Körperhaltung und Gestik zur Steuerung sozialer Interaktion. Auch lässt sich ein Mangel an sozio-emotionaler Gegenseitigkeit beobachten.

Ziel:

Sicherheit im Gebrauch und der Interpretation dieser non-verbaler Verhaltensweisen zur Steuerung sozialer Interaktion

Vorgehensweise:

Sensibilisieren für die eigene Gestik und Mimik und die anderer
z.B. durch Imitationsspiele, Gestik und Mimik eines Teilnehmers wird genau beobachtet und dann versucht zu imitieren
erstes Herstellen von Zusammenhängen, (wie hat sich derjenige wohl gefühlt?)
wie gucke ich, oder bewege ich mich, wenn es mir so geht?
raten von Stimmungen aufgrund der Körperhaltung und des Gesichtsausdrucks einer Person
Sensibilisieren für individuelle Unterschiede, (nicht alle müssen so empfinden wie ich)
Aufgreifen von Themen, die für einzelne Teilnehmer emotionalen Inhalt haben

Ermutigen der Teilnehmer den anderen zu erzählen ob sie sich gefreut haben, geärgert haben usw. (Modellernen an Therapeuten und den anderen Teilnehmern) die Teilnehmer sollen dafür sensibilisiert werden, dass ihre Interaktionspartner besser auf sie eingehen können, wenn die Teilnehmer ihr Befinden deutlich machen können.

Üben von Handlungsabläufen

Allen Teilnehmern der Gruppe fällt es schwer, komplexe Handlungen nach verbaler oder schriftlicher Anweisung umzusetzen und durchzuführen.

Ziel:

Eigenständiges Planen und Durchführen von Handlungsabläufen

Vorgehensweise:

gemeinsames Besprechen der einzelnen Handlungskomponenten in der Gruppe

Einteilung in kleinere Schritte

Planen dieser Einzelaspekte

u.U. schriftliches Festhalten der einzelnen Schritte

kontrollieren der eigenen Handlung mit Hilfe dieser Liste, um das Einhalten von Reihenfolgen zu üben

Ausführen von Teilschritten in der Kleingruppe zu zweit, um Absprachen zu üben

Die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Autismus im gruppentherapeutischen Setting war auch für uns Therapeuten eine anfangs neue und wichtige Erfahrung. Viele Klienten, die wir aus der Einzelarbeit schon sehr lange kannten, haben uns im Rahmen der Gruppe noch einmal sehr verblüfft und das sowohl durch ihre anfängliche hartnäckige Verweigerung, als auch durch ihr späteres Entspannen und Aufblühen in der erst so geschmähten Gruppe. Auch war es oft für die weitere Arbeit wichtig zu sehen, wo genau die Schwierigkeiten des Kindes oder Jugendlichen lagen, um gezielte Hilfestellungen in anderen sozialen Situationen, wie Schule oder Werkstatt geben zu können.

Sehr deutlich zeigte sich für uns aber eben auch der Wunsch vieler Kinder und Jugendlicher mit Autismus nach sozialen Kontakten und ihre Erleichterung über positive Erfahrungen in diesem Bereich.

FC – Gestützte Kommunikation

Anke Bauer (Therapeutin)

Was verstehen wir unter Gestützter Kommunikation (FC)?

Bei der „Gestützten Kommunikation“ handelt es sich um eine Methode aus dem Spektrum der unterstützenden Kommunikation, die es vielen Menschen mit leichter bis schwerer kommunikativer Beeinträchtigung ermöglicht, durch gestütztes Zeigen auf Items z.B. auf Gegenstände, Bilder, Symbole oder sogar Buchstaben zu kommunizieren.

Das Verfahren geht davon aus, dass manche geistig behinderte Personen über kognitive Fähigkeiten verfügen, aber unfähig sind, diese ohne fremde Hilfe auszudrücken. Die Person, die als Stützer/in (Facilitator) fungiert, gibt physische, verbale und emotionale Hilfestellungen. Der/die Stützer/in darf dabei **keinesfalls** die Führung übernehmen, sondern nur die vom FC Schreiber ausgehenden Impulse unterstützen. Durch die körperliche Stütze werden neuromotorische Probleme verringert und funktionale Bewegungsmuster trainiert.

Das unmittelbare Ziel von FC ist es, dem Menschen mit Autismus zu ermöglichen, eine Wahl zu treffen und in einer Art und Weise zu kommunizieren, die vorher nicht möglich gewesen ist.

Sobald die Fähigkeit und das Selbstvertrauen/-wertgefühl des Menschen mit Autismus gesteigert

wurden, ist der Grad der Stützung zu reduzieren. Das endgültige Ziel liegt darin, die selbst ausgewählten Kommunikationshilfe(n) unabhängig zu nutzen! Bis dato verborgene Fähigkeiten können durch die Gestützte Kommunikation ans Licht gebracht werden!

Bereits in den 70er Jahren gab es in der Bundesrepublik Deutschland erste Erfahrungen damit, dass eine physische Hilfestellung Menschen mit Autismus dazu verhelfen konnte, sich schriftsprachlich mitzuteilen (D. Zöller). Bekannt wurde diese Vorgehensweise erst durch die Arbeit der australischen Therapeutin Rosemary Crossley, die im St.-Nicholas-Hospital in Melbourne, in einem Heim für schwer mehrfach behinderte Kinder, arbeitete. In kleinen mühsamen Schritten begann sie dabei mit Anne Mc Donald, einem Mädchen mit Cerebralparese, die FC Technik zu entwickeln. Sie war es, die der Methode den Namen „Facilitated Communication“ („erleichterte“ oder „unterstützende“ Kommunikation) gab und im DEAL - Communication Center (Dignity through Education and Language) in Melbourne 1986 weiterentwickelte. Im deutschsprachigen Raum etablierte sich die Bezeichnung der „Gestützten Kommunikation“. Anfang der 90er Jahre erschienen die sich mit FC befassenden Aufzeichnungen Birger

Sellins, eines autistischen jungen Mannes, der von seiner Mutter gestützt wurde und somit sehr gut selbstreflektierte Schriftstücke von sich veröffentlichte. Diese Aufzeichnungen verhalfen der Gestützten Kommunikation zu weltweitem Medieninteresse und setzten eine kontroverse Diskussion um die Wirksamkeit der Methode in Gang. Gleichzeitig ist zu verzeichnen, dass die Anzahl derer, die diese Kommunikationsform für sich nutzen, stetig steigt!

Das Stufenmodell: vom Zeigen zum Schreiben

Um die Gestützte Kommunikation „richtig“ zu vermitteln bzw. mit dem autistischen Menschen aufzubauen, kann in unterschiedlicher Weise erfolgen. Bestimmte Stufen sollte man bei einer FC Einführung allerdings beachten.

1. Ja - Nein Karten

Bei dieser Stufe geht es darum, über Fragen, die mit Ja oder Nein beantwortet werden können, erste Entscheidungen von dem Menschen mit Autismus abzuverlangen.

2. Auswahl von Gegenständen, Symbolen, Bildern

In dieser Stufe wird die Entscheidungskompetenz erweitert und durch Symbole, Gegenstände usw. auf eine andere Ebene der Kommunikation gebracht.

3. Zeigen auf Worte

In dieser Stufe können z.B. Multiple Choice Verfahren das Zeigen auf vorbereitete Karten mit z.B. bestimmten Fernsehsendungen angewandt werden.

4. Zeigen auf Einzelbuchstaben

Durch Übungen mit Worten, in dem ein Buchstabe fehlt oder ähnliches, wird der Aufbau zur Kommunikation festgesetzt.

5. Schreiben erweitern durch Buchstaben und Wörter

Hier kann man durch Ausfüllen von Kreuzworträtseln, Schreiben von Wörtern zu Bildern usw. die Schreibfähigkeit erweitern.

6. Schreiben zu eingeschränkten Themen

Zu diesem Schritt werden durch gezielte eingeschränkte Fragen zu bestimmten Bereichen Antworten abgefragt bzw. eingefordert.

7. Konversation

Dies ist die Endstufe der Gestützten Kommunikation, „die freie Konversation mit dem Menschen mit Autismus“.

Bitte beachten sie, dass das hier beschriebene Stufenmodell nur die theoretische Grundlage darstellt und in der Praxis individuell auf den Autisten abgestimmt werden muss und von beiden Kommunikationspartnern sehr viel Übung verlangt.

Abschließen möchte ich den Artikel mit einem Zitat aus der Zeitschrift „Bunter Vogel“ von Birger Sellin, der die Notwendigkeit der Gestützten Kommunikation für Menschen mit Autismus deutlich macht:

„(...) ich denke wir hätten keine Chance mitzubestimmen / wenn die sagen, dass ich mitbestimmen will über mein Leben / ich möchte mit Personen die Einfluss haben reden mit Menschen die uns fördern können / ich fordere sie heraus / ich

lasse mich nicht mehr zurückschieben in finstere stumme Autismuszeiten / ich möchte zusammen mit meinen stummen Freunden unser Leben neu gestalten“.

(Sellin B., „wir dürfen nicht resignieren“, in: Bunter Vogel - von FC - Schreibern für FC - Schreiber und für alle ihre Freunde, 2 (1996 b 5, S. 39.)

Beziehung Eltern / Therapeuten - Beispiel

A. Brockel (Mutter)

Die Eltern:

Nach der Geburt unseres autistischen Sohnes standen wir wie viele andere Eltern auch am Anfang eines langen Weges. Langsam zeigte sich, dass unser Sohn nicht so ist wie andere Kinder. Mit diesem unterschwelligen Gefühl standen wir lange Zeit allein da. Wir waren verunsichert und speziell ich als Mutter fühlte mich betrogen, um die uneingeschränkte Zuneigung die andere Mütter von ihren Kindern erhalten. Mein Sohn konnte nicht äußern, dass speziell ich wichtig für ihn bin. Immer hatte ich das Gefühl, dass es jeder andere erwachsene Mensch hätte sein können, der seine rein materiellen Bedürfnisse befriedigen kann.

Unsere Umwelt war in diesem Zusammenhang auch keine Unterstützung. Von Arzt zu Arzt sind wir gegangen, aber außer einer wagen Feststellung, dass das Kind entwicklungsverzögert ist haben wir keine Antwort auf unsere Fragen erhalten. Im Gegenteil wir wurden in dem Glauben gehalten, das wächst sich aus, das kann man aufholen.

Doch die Schere zu anderen Kindern wurde immer größer. Andere Kinder in den Baby- und später in den Minigruppen haben ihn, obwohl er fast 1 Jahr älter war als die anderen, bald eingeholt.

Zu einem Zeitpunkt an dem wir mit ihm nicht mehr weiter wussten sind wir zufällig auf den Verein „Hilfe für

das autistische Kind“ gestoßen. Es war für uns eine extreme Erleichterung als wir die Diagnose „frühkindlicher Autismus“ erhielten. Das war etwas Handfestes. Etwas Greifbares, wo auch in Gesprächen mit dem sozialen Umfeld besser argumentiert werden konnte. Es handelte sich also nicht nur um Hirngespinnste einer hysterischen Mutter.

Auf der anderen Seite war diese Diagnose eine Katastrophe. Selbstverständlich sind wir genauso wie viele andere Eltern losgezogen und haben an Literatur und Informationen versucht zu bekommen was zu kriegen war. Die daraus folgende Erkenntnis, dass Autismus eine unheilbare Krankheit ist, welche Auswirkungen sie im Erwachsenenalter annehmen kann und dass wir immer noch nicht sagen können, wo die Ursache für die Erkrankung liegt hat uns schwer zu schaffen gemacht.

Die Therapeutinnen:

In dieser für uns sehr schwierigen Zeit traten die ersten Therapeutinnen des Autismus-Therapie-Zentrums in unser Leben.

Selbstverständlich wussten wir, dass eine Therapeutin keine Wunder vollbringen kann. Dafür hatten wir es ja bereits mit verschiedenen Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Logopäden usw. versucht. Trotzdem haben wir nach jemandem gesucht der uns an die Hand nimmt, uns sagt was wir wie mit unserem Sohn machen sollen und können und jemanden der unsere

Frage nach dem warum und warum gerade wir, beantworten kann. Selbstverständlich völliger Quatsch. Niemand kann diese Fragen beantworten, aber trotzdem, ein Funke Hoffnung auch auf eine überraschende und überwältigende Verbesserung war natürlich auch bei uns nicht ganz wegzudenken.

Ebenso schlimm war für mich, dass unsere Therapeutinnen zu unserem Sohn offensichtlich eine bessere Beziehung aufgebaut hatten als ich es konnte. Ich musste mit meiner nagenden Eifersucht fertig werden und mit der Frage, was machen sie besser als ich?

Die Therapeutin musste sich damit nicht nur mit ihrer eigenen möglichen Frustration, wenn der Ansatz, den sie mit dem Kind verfolgt hat nicht wie erwartet anschlägt, sondern auch noch mit der Enttäuschung der Eltern auseinandersetzen. Unsere oft verständnislosen Nachfragen warum gerade jetzt jenes Ziel therapeutisch mit dieser oder jener Methode verfolgt wird hat das ein oder andere Mal auch eine Therapeutin verstimmt. Sie fühlte ihre Kompetenz angezweifelt, während wir einfach nur verunsichert waren und Probleme bei der Herstellung des Zusammenhanges hatten, warum bestimmte Dinge in einer genau festgelegten Reihenfolge stattfinden müssen. Ich bin ganz sicher, dass ich die Therapeutinnen unseres Sohnes mehr als einmal mit Fragen nach dem Sinn verschiedener Methoden zur Verzweiflung getrieben habe. Meine gutgemeinten, aber völlig depla-

zierten „Verbesserungsvorschläge“ möchten mir bitte an dieser Stelle noch mal vergeben werden.

Die Probleme die in unserer Beziehung zu den Therapeutinnen aufgetreten sind wurden von ihnen oder von uns offen angesprochen. Das gab uns die Möglichkeit Missverständnisse auszuräumen und eine neue Basis für die Zusammenarbeit zu schaffen.

Darüber hinaus ist die Beziehung Eltern/Therapeut abhängig von der Art, wie sich die Eltern auf den/die Therapeut/in einlassen können. Offen mit den Therapeutinnen umzugehen, Dinge anzusprechen, die sonst in der Familie bleiben würden, helfen den Therapeutinnen das Kind auch über den Kontext der Therapie hinaus zu beurteilen. Es hilft vielleicht auch die Situation der Eltern besser nachvollziehen zu können.

Wir wissen bei der Arbeit mit unseren Therapeutinnen zu schätzen, dass sie uns das Gefühl geben, sie sind die Fachleute für den Autismus, aber wir sind die Fachleute für unser spezielles autistisches Kind. Vielleicht kann man es so zusammenfassen:

Wir arbeiten in gegenseitiger Anerkennung der Kompetenzen der anderen zusammen an dem gemeinsamen Ziel, die Kompetenzen unseres Kindes zu erweitern.

Wir sind sehr stolz auf die Erfolge die unser Sohn mit dieser Arbeit bereits gemacht hat. An dieser Stelle noch einmal öffentlich ganz herzlichen Dank und auf weitere gute Zusammenarbeit.

Integration in den Kindergarten

Ein Vater

M. war bei seiner Geburt ein gesundes und ruhiges Baby. Er entwickelte sich langsamer als andere Babys, was jedoch mit dem Hinweis auf einen Spätentwickler erklärt wurde. Im Laufe seiner Entwicklung zeigte sich jedoch, dass sich die Unterschiede zu gleichaltrigen Kindern immer mehr vergrößerten.

M. spielte nicht mit anderen Kindern und benutzte Spielzeug nur zweckentfremdet. Es kam zu Stereotypen, wobei diverse Gegenstände in Rotation versetzt wurden, so dass sich für M. besondere optische Reize boten. Die fehlende Sprache gab jetzt Anlass nach Ursachen und Hilfe für den inzwischen 2 Jährigen zu suchen. Eine erneute Vorstellung beim Kinderarzt stellte die Eltern erstmalig mit der Diagnose Autismus gegenüber. Daraufhin wurden weitere Fachärzte konsultiert, was die Vermutung des Kinderarztes weiterhin bestätigte.

Somit wurde M. als fast Dreijähriger dem Autismus-Therapie-Zentrum vorgestellt. Nach einer erfolgten Begutachtung konnte kurzfristig mit der Therapie begonnen werden. Da M. in seiner Entwicklung durch diese Therapie ersichtliche Fortschritte machte, wurde er im Alter von 4 Jahren in eine integrative Gruppe eines städtischen Kindergartens aufgenommen. Da die Erzieherinnen bereit waren, sich über die Problematik der Betreuung

und Förderung eines Kindes mit Autismus zu informieren und dieses auch im Kindergarten anzuwenden, konnte optimistisch in die Zukunft gesehen werden. Hilfreich waren auch das Vorhandensein von zusätzlichen Räumen, die wenn erforderlich, Rückzugsmöglichkeiten boten.

Somit kam M. mit der Gruppensituation gut zurecht. Es stellte sich keine Verwahrung des Kindes ein, sondern eine von uns als Eltern koordinierte Förderung aus Kindergarten, Therapeutinnen aus dem ATZ, sowie die zusätzlich agierende extern durchgeführte Sprachtherapie.

Der positiven Entwicklung konnte förmlich zugeschaut werden, was Rückmeldungen aus dem großen Bekanntenkreis der Eltern bestätigten.

Leider stellte ein zum Ende des Kindergartenjahres notwendig gewordener Personalwechsel, den Beginn einer Auflösung des bis dahin eingespielten Teams dar. Da sich dieses im Laufe der Zeit zunehmend verstärkte und die neuen Erzieherinnen nicht die nötige Sensibilität für die Umgehensweise mit einem autistischen Kinde aufbringen konnten, wurde der Besuch der Einrichtung zusehends infrage gestellt. M. verfiel zeitweise wieder in längst vergessene Rituale, welche doch schon als überstanden angesehen wurden. Hierzu gehörte z. B. das Versetzen von Gegenständen

in Rotation und das langanhaltende, monotone Laufen in einem Kreis, bis zur Erschöpfung. Es fehlte einfach an der Fähigkeit der Erzieherinnen M. aus diesen Stereotypen zu lösen und anschließend sinnvoll zu beschäftigen. Einen grob strukturierten Tagesablauf als Orientierungshilfe aufzustellen, wäre in dieser Situation sehr hilfreich gewesen. Somit trugen wir uns mit dem Gedanken eine, wenn auch sicher nicht einfache, große Veränderung vorzunehmen. Mit Zuhilfenahme der fachlichen Kompetenz der Sprachheilbeauftragten des Gesundheitsamtes, wurde der Wechsel in den Sprachheilkindergarten erwogen, denn M. hatte noch erhebliche Schwierigkeiten sich zu artikulieren. Einige Vorgespräche mit der Kindergartenleitung brachten schließlich den Erfolg. M. wurde zum Beginn des neuen Kindergartenjahres in den Sprachheilkindergarten aufgenommen. Auch hier erfolgte, dank einer optimalen Zusammenarbeit des gesamten Teams, wieder eine effektive Förderung des Kindes.

Die in Zusammenarbeit mit den Erzieherinnen, Eltern und Therapeuten des Autismus-Therapie-Zentrums entwickelten Ansätze,

wurden auch im Kindergarten kontinuierlich umgesetzt.

Mit 6 Jahren ergaben sich nun auch die ersten sozialen Kontakte zu anderen Kindern, da die Defizite in der Sprache ein gemeinsames Handicap aller Kindergartenkinder darstellten. M. entwickelte sich in diesem Jahr ganz außerordentlich und besucht heute, mit 9 Jahren eine integrative 3. Klasse an einer Regelschule. Auch hier ist er durch die engagierte Arbeit der Lehrer und durch die Zuhilfenahme der Anregungen der Therapeutin vom ATZ und den Eltern, voll im Klassenverband integriert und in der Lage, dem Unterricht in vielen Bereichen voll zu folgen. Selbst eine dreitägige Klassenfahrt im ersten Schuljahr stellte für M. und seine Lehrer keine gravierende Schwierigkeit dar.

Wir als Eltern gehen davon aus, dass nur eine koordinierte Förderung und gewissenhafte Vertretung der kindlichen Belange, seitens der Eltern und der Therapeuten dieses Ziel erreichbar gemacht hat.

Es lohnt sich somit seine Hoffnung zu vertreten.

Integration in einer Grundschule

Familie Zentile (Eltern, Schwester)

Vorgeschichte

Kevin wurde 1989 als unser zweites Kind geboren. Er entwickelte sich in den ersten 15 Monaten normal, Krabbeln mit 5 Monaten, Laufen mit 12 Monaten. Kevin war fröhlich, neugierig und offen für alle Dinge. Mit 14 Monaten sprach er die ersten Worte.

Nach und nach stoppte aber seine intellektuelle Entwicklung. Er entwickelte keine Sprache, war extrem „dickköpfig“, überhörte oft Ansprache, beschäftigte sich nicht altersgemäß. Auf Sachen die ihm missfielen reagierte er mit Wutanfällen. Mit 2 ½ Jahren wurde unter Narkose ein Hörtest durchgeführt, weil er oft „taub“ wirkte. Da keine Hörstörung vorlag begannen wir eine Sprachtherapie, die aber auch keine merklichen Fortschritte brachte.

Mit 3 Jahren kam er in den Regelkindergarten, den damals auch noch unsere Tochter besuchte. Der Erzieher ging mit großem Sachverstand und enormen Engagement an die Betreuung heran, so dass seit langem wieder gute Fortschritte erkennbar waren. Kevin wurde „Trocken“, und er spielte nach und nach teilweise altersgemäß, manchmal sogar mit den anderen Kindern. Die Sprache blieb allerdings weiter aus, so dass wir mit ihm im Alter von 4 Jahren die Essener Kinder- und Jugendpsy-

chiarie zur Diagnostik aufsuchten. Ca. 3 Monate später erhielten wir die Diagnose „Autismus“ und die Empfehlung uns an ein Autismus-Therapie-Zentrum zu wenden.

Nach 6 Wochen bekamen wir ein Erstkontaktgespräch durch die Zentrale Mülheim, weitere 6 Monate später waren die finanziellen Mittel zur Therapie beim Sozialamt (in Form einer Eingliederungshilfe) und bei der Krankenkasse bewilligt, so dass im Frühjahr 1994 Kevin mit 5 Jahren in die Therapie kam.

Schon während der Wartezeit auf den Therapieplatz begann Kevin, seinen passiven Wortschatz langsam zur Kommunikation einzusetzen.

Durch die Therapie, die Betreuung im Kindergarten und die Förderung durch das Elternhaus, sowie der optimalen Abstimmung zwischen diesen drei Stellen, entwickelte sich Kevin sehr gut.

Um die Defizite, welche sich bis zum 5. Lebensjahr summiert hatten, aufzuarbeiten und damit optimale Voraussetzungen zur Beschulung zu schaffen, wurde Kevin zweimal von der Einschulung zurückgestellt. Das Gutachten zum sonderpädagogischen Förderbedarf empfahl eine integrative Beschulung oder die Einschulung an einer Sprachheilschule. Da es sich bei Kevin um keine Sprach-, sondern eine Kommunikationsstörung handelt, entschlossen wir uns für

den integrativen Unterricht. Er sollte sich, wie im Kindergarten, an den „normal“ entwickelten Kindern orientieren.

1997 kam er dann mit 8 Jahren in die erste Klasse einer integrativ arbeitenden Regelgrundschule.

Das erste Schuljahr

Wie im Kindergarten wurde dort mit großem Sachverstand und enormen Engagement gearbeitet. Die Rektorin, die gleichzeitig die Klasse übernommen hatte sorgte für ein optimales Umfeld. Der Klasse (15 „normale“ Schüler, 3 mit sonderpädagogischem Förderbedarf) stand neben der Klassenlehrerin, eine Lehramtsanwärterin für die ersten Monate, ein Sonderschulpädagoge für 12 Stunden die Woche, sowie ein Integrationshelfer für die drei Kinder mit Behinderungen zur Verfügung.

Da Kevin sich vorher teilweise autodidaktisch Schreiben und Lesen beigebracht hatte, wurde er von den Lerninhalten im ersten Jahr nicht übermäßig gefordert, so dass man sich auf die soziale Eingliederung in die Klasse konzentrieren konnte.

Nach einigen Wochen entzog er sich teilweise dem Klassengeschehen. Alles was er als Unterricht erkannte, d. h. ruhig sitzen, aufpassen und mitmachen klappte gut, während das Drumherum wie z.B. der morgendliche Stuhlkreis ihm lästig waren. Nachdem wir ihm mit Nachdruck erklärt hatten, dass dies auch zur Schule gehört, wurden die

Schwierigkeiten schnell überwunden. Nun entwickelten sich auch Freundschaften, die Kevin im Bereich Sozialverhalten aber auch bei den Lerninhalten enorm weiter brachten. Zum Ende des ersten Schuljahres war Kevin gut im Klassenverband integriert. Außerhalb der Schule bildete sich sogar eine gute Freundschaft zu einer Klassenkameradin, bei der er auch sogar übernachtete und damit das erste Mal über Nacht von zu Hause getrennt war.

Von den Lerninhalten her konnte Kevin durch die Integrationshilfen im ersten Schuljahr zielgleich unterrichtet werden.

Im zweiten Schuljahr

traten bei den Lerninhalten erste Defizite auf, die wir Eltern durch von uns selbst entwickelte Lernblätter ausgleichen konnten. Die Lernblätter enthielten Übungen, Beispiele und Lösungsmöglichkeiten, die Kevin oft samstags, sonntags oder teilweise auch in Ferien von sich aus benutzte, da er den Willen hatte, die Lerninhalte zu verstehen. Dieses zusätzliche Lernen beschränkte sich auf maximal 30 Minuten am Tag. Weiter setzten wir Computerlernsoftware ein. Für unseren Computerfreak war dies mehr Unterhaltung als belastendes Lernen. Auch im Unterricht wurde regelmäßig mit Lernsoftware gearbeitet. Man konnte feststellen, dass Kevin zum einen mehr Beispiele als andere Schüler zum Verstehen des Lehrstoffes benötigt und dass er Erlerntes nur sehr mühsam auf

andere Aufgabenstellungen übertragen kann. Aufgrund der zusätzlichen Lernhilfen wurde Kevin auch in der zweiten Klasse weitgehend zielgleich unterrichtet.

Das Niveau der sozialen Integration im Klassenverband blieb ohne Hilfen erhalten. In seiner Freizeit begann er beim Essener Sportbund Judo zu erlernen. Auch dort ist er gut integriert.

Das dritte Schuljahr

verlief von den Lerninhalten fast wie das zweite. Allerdings zeigte sich, dass Kevin nur begrenzt in der Lage ist, seine Gedanken in Form von Aufsätzen zu formulieren. Auch sind einige grammatische Regeln für ihn nur sehr schwer zu verstehen und umzusetzen.

Studien belegen, dass die grammatischen Besonderheiten einer Sprache am besten im Alter von 2-4 Jahren zu erlernen sind. Zu diesem Zeitpunkt sprach Kevin aber noch nicht. Rechnen, Lesen und Diktate bereiten ihm dagegen nur geringe Schwierigkeiten, so dass auch dieses Schuljahr fast zielgleich abgeschlossen wurde. Auch im dritten Schuljahr kamen Lernblätter und Lernsoftware zum Einsatz.

Seine soziale Integration baute Kevin aus, in dem er mehr Kontakte zu den Jungen seiner Klasse pflegte. Während eines Schulfestes zum Ende des dritten Schuljahres „stromerte“ er die ganze Zeit mit Freunden über das Schulgelände. Eine Situation, auf welche er in der

Vergangenheit mit großer Ablehnung reagiert hätte, da er die Eindrücke durch die vielen Menschen und Attraktion nicht verarbeiten konnte.

Zu Beginn der vierten Klasse

wurde eine 6-tägige Klassenfahrt zur Nordsee unternommen. So lange war Kevin noch nie vom Elternhaus getrennt.

Während wir unter der Trennung litten amüsierte sich Kevin auf der Klassenfahrt. Dies ist das größte Indiz für die gelungene Integration. Obwohl zum Ende der vierten Klasse Defizite beim Lernstoff zu erkennen sind kann man trotzdem immer noch von zielgleicher Beschulung sprechen.

Zu betonen sei noch, dass wir Eltern, seine Schwester und das Autismus-Therapie-Zentrum während der gesamten Grundschulzeit begleitend, beratend und unterstützend tätig waren.

Als Fazit können wir feststellen, dass keine andere Beschulung Kevin im intellektuellen, wie auch im sozialen Bereich so weit gebracht hätte.

Darüber hinaus hat er in dieser Zeit u.a. Fahrradfahren, Inliner fahren, Schwimmen (Schwimmabzeichen Bronze) und Judo erlernt. Er besucht Freunde, bzw. wird besucht, allerdings nicht in dem Umfang wie es wünschenswert wäre, da die Integrationsschule und unsere Wohnung in verschiedenen Stadtteilen liegen.

Ziel sollte daher auch aus Elternsicht, eine flächendeckende Integration sein, damit Schulkontakte auch in der Freizeit, ohne große Fahrerei weiter gepflegt werden können.

Die Orientierung der Kindern mit Behinderungen an denen ohne Behinderungen, bzw. umgekehrt, war für beide Seiten nach unserer Meinung von unschätzbarem Wert.

Da es kaum integrative Beschulung an weiterführenden Schulen in

unserer Region gibt wird ab Sommer 2001 Kevin in einer privaten evangelischen Gesamtschule weiter integrativ beschult. Dort werden 19 „normal“ entwickelte und 5 Kinder mit sonderpädagogischen Förderbedarf von einem Klassenlehrer(in) und einem Sonderschulpädagogen(in) betreut. Neben dieser Klasse sind noch weitere drei Eingangsklassen mit derselben Konstellation vorhanden. Wie wir meinen, hervorragende Voraussetzungen zur Weiterführung einer erfolgreichen Integration.

Klassenausflug in das Dortmunder Schulmuseum,
Ausstellung „Schule vor 100 Jahren“

Anmerkungen zur Integration

Alfred. Zentile

Die hier beschriebenen Erfolge sind natürlich auf die guten Rahmenbedingungen in der Kindertagesstätte, bzw. der Schule zurückzuführen.

Ohne aber eine **intensive Mit- und Zusammenarbeit aller Beteiligten**, wären die Ergebnisse bedeutend bescheidener ausgefallen.

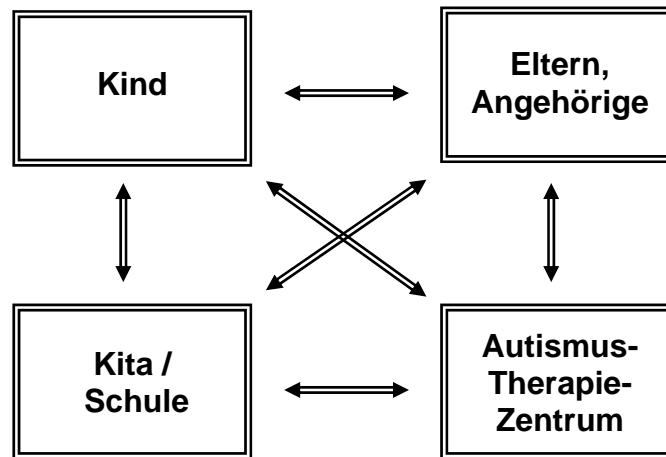
Nur das Kind selber erbringt die Leistungen, die hier als Erfolge beschrieben wurden. Die anderen Beteiligten helfen ihm dabei, aber niemals allein und isoliert, sondern in enger und gut abgestimmter Zusammenarbeit.

Der schulische Bereich wird durch die Mitarbeit des Elternhauses und des Therapiezentrums unterstützt.

Die Arbeit des Therapiezentrums muss wiederum im Elternhaus, bzw. in der Schule in den Alltag umgesetzt werden.

Daraus ergibt sich ein **Viereck**, in dem alle Eckpunkte in gegenseitiger Verbindung zu den anderen Punkten stehen.

Die Koordination der Arbeiten liegt in der Regel im Elternhaus. All dies (Mitarbeit, Zusammenarbeit und Koordination) erfordern von den Eltern, bzw. Angehörigen ein extrem hohes Maß an Engagement.



Mit- und Zusammenarbeit aller Beteiligten

Arbeit für Menschen mit Autismus – AMA

Initiative zur beruflichen Integration von Menschen mit Autismus (High-Functioning u. Asperger)

Vorwort

Autismus geht nicht immer mit einer intellektuellen Beeinträchtigung einher. Neuere Forschungsergebnisse aus England haben gezeigt, dass die Verteilung der Intelligenz bei Menschen mit Autismus gleich der der normalen Bevölkerung ist (2 % unter-durchschnittlich, 96 % durchschnittlich, 2 % hochbegabt).

Vielen Menschen mit Autismus und guter durchschnittlicher oder hoher Intelligenz ist es gelungen, qualifizierte Schul- oder Berufsabschlüsse zu erlangen.

Die Integration in den Arbeitsprozess entsprechend ihrem persönlichen Leistungsvermögen, gelingt ihnen aber häufig nicht ohne Vermittlung durch andere.

Menschen mit Autismus leiden an erster Stelle an Störungen in der Verarbeitung von Sinneswahrnehmungen und sind am ehesten mit blinden oder gehörlosen Menschen vergleichbar und benötigen so wie diese unterstützende Hilfen.

Unserer Gesellschaft sind Menschen mit Blindheit, Gehörlosigkeit oder Körperbehinderung vertraut. Diese Vertrautheit fehlt bei Autismus, besonders, weil man diesen Menschen ihre Beeinträchtigung nicht ansieht.

In den USA sind Menschen mit

Autismus sehr beliebte Arbeitskräfte, da sie besonders zuverlässige fleißige Mitarbeiter sind. Sie sind auch in qualifizierten Berufen, z.B. als Chemiker, Mathematiker oder Programmierer tätig.

In der Bundesrepublik Deutschland zählen Menschen mit Autismus noch immer zu den benachteiligten Personen – trotz Artikel 3 Absatz 3 Satz 2 unseres Grundgesetzes.

Zielsetzung

Die berufliche und soziale Eingliederung junger Menschen mit Autismus wird nach wie vor von besonderen Schwierigkeiten begleitet. Deshalb möchten wir mit unserer Initiative "Arbeit für Menschen mit Autismus" - AMA - Hilfen und individuelle Lösungen zur beruflichen Eingliederung für diese Personen entwickeln und anbieten.

Der Regionalverband Mülheim an der Ruhr Duisburg e.V. möchte, unterstützt durch das Autismus-Therapie-Zentrum, die Arbeit von AMA mit einzelnen Klienten aus seinem Einzugsgebiet beginnen und langfristig weiter ausbauen.

AMA hat sich zum Ziel gesetzt:

- Begleitung und Unterstützung bei der Suche eines geeigneten Berufsweges
- Dauerhafte berufliche Integration mit den notwendigen Hilfen
- Akquirierung von Arbeitsplätzen

AMA baut bei der Realisierung dieser Ziele ein unterstützendes Netzwerk auf und führt die Arbeit der beteiligten Bezugspersonen (z.B. Eltern), Institutionen (z.B. Arbeitsamt), der Betriebe und andere Schnittstellen (z.B. medizinisch/therapeutische Dienste) zusammen.

AMA bietet an:

- Informationen zur beruflichen Eingliederung
- betreute Arbeitsvermittlung
- berufsbegleitende Arbeitsbetreuung

Zielgruppe

AMA richtet sich an Menschen mit Autismus, die vom Autismus-Therapie-Zentrum als High-Functioning diagnostiziert wurden.

Ablauf

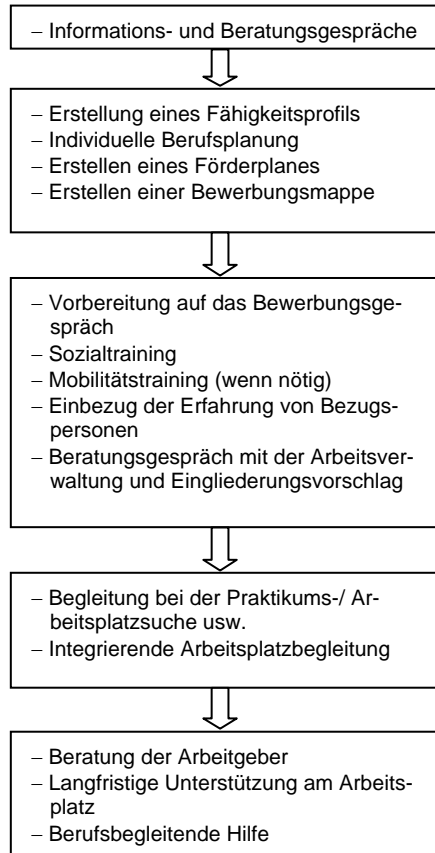
Interessierte Betroffene und deren Bezugspersonen wenden sich über das Therapie-Zentrum an AMA:

- AMA entwickelt in Zusammenarbeit mit dem Betroffenen einen individuellen Plan
- AMA nimmt Kontakt zu Arbeitgebern auf und stellt den Kontakt zu den Interessenten her
- AMA begleitet die Menschen mit Autismus und die Firmen bei der Ausbildung oder einer

anderen angepassten Maßnahme (berufsbegleitende Hilfen)

- Koordination von begleitenden Hilfen

Vorgehensweise



Termine: Die Aufnahme in - AMA - ist laufend möglich.

Asperger- und high-functioning Autismus

Selbsthilfegruppe im Autismus-Therapie-Zentrum Mülheim an der Ruhr

Evelyne Wepil

Zu Beginn des Jahres 2000 meldeten sich in unserem Therapie-Zentrum vermehrt junge Menschen, die z.B. durch das Internet Informationen über den Asperger-Autismus erhalten haben, mit der Fragestellung, ob dieser auf sie zutreffen könnte und wenn ja, ob es eine Selbsthilfegruppe gäbe.

Eine Autismus-Selbsthilfegruppe – nur für Betroffene – gab es unseres Wissens nach noch nicht.

Wir versprachen den Hilfesuchenden, bei genügend Teilnehmern (4-5) die Gründung einer Selbsthilfegruppe zu unterstützen, indem das Therapiezentrum einen Raum und ich mich als Moderatorin zur Verfügung stellen würde.

Im Sommer 2000 waren uns 5 junge Menschen, die wir uns als Gruppe zusammen vorstellen konnten, bekannt.

Um für die Zusammenkunft gerüstet zu sein, habe ich ein kleines Konzept entworfen.

Für das erste Treffen wurde der 2. September 2000 verabredet.

Dieser Termin war von einem Betroffenen, mit der Bitte um Anmeldung, im Internet ausgeschrieben worden.

Es war uns von vornherein wichtig, dass die Betroffenen selber die Initiative ergreifen.

Zu unserem ersten Treffen haben sich dann 5 Personen angemeldet und sind auch erschienen.

Das von mir entworfene Konzept hat sich in der Praxis bewährt und ist bis heute nicht verändert worden, da das Vorgehen auch von Seiten der Teilnehmer als hilfreich und für sie angenehm angesehen wurde.

Schon nach wenigen Treffen fielen mir die kleinen Veränderungen in der Gruppe auf.

Da auch alle Teilnehmer sehr positive Rückmeldungen über diese Treffen abgaben, regte ich eine Veröffentlichung - über die gemachten Erfahrungen mit der Gruppe - an. Der Vorschlag wurde gerne aufgegriffen und das Ergebnis können Sie im Anschluss lesen:

Interview

Frau Wepil („Hilfe für das autistische Kind“, Mülheim/Ruhr) machte uns den Vorschlag, einen Artikel über unsere Erfahrungen als Teilnehmer dieser Selbsthilfegruppe für die Verbandszeitschrift zu schreiben. Daraus wurde schließlich die Idee geboren, ihn gemeinsam in Form eines Interviews zu verfassen. Das nachfolgende Interview entstand während einer gemeinsamen Freizeit in der Eifel.

Wie hast Du vom Asperger-Syndrom erfahren?

D: Ich habe nach einem Spielfilm, der von einem autistischen Jungen handelte, das ganze Internet durchsucht darüber und bin dabei in englischen Texten am 'Asperger Syndrom' hängen geblieben - weil das einfach irgendwie auf mich passte - nicht 'perfekt', aber doch wesentlich mehr als alles andere, was ich mir zuvor in psychologischen Büchern durchgelesen hatte.....

F: Ich bin im Internet darauf gestoßen.

O: Beim Arte Themenabend fand ich mich in der Beschreibung von Temple Gardin in vielen Punkten wieder.

M: Auf der Reha-Messe in Düsseldorf am Stand des Bundesverbandes „Hilfe für das autistische Kind“.

C: Bei der Lektüre eines Fachbuches zum Thema.

W: Eine Freundin erzählte mir davon.

Was bedeutet für Dich die Erkenntnis, dass Du Aspie bist - oder Du vom Asperger Syndrom betroffen bist?

D: Dass ich endlich weiß, warum ich so anders bin - warum ich mich nie so richtig zugehörig gefühlt habe, sondern immer das Gefühl hatte, irgendwie 'außerirdisch' zu sein - abgesetzt auf einem Planeten mit den Worten 'So, jetzt guck mal selber, wie Du klarkommst'.....

M: Irgendwie habe ich es immer geahnt. Nun gibt es plötzlich einen Sinn. Es ist, als hätte ich viele passende Puzzlesteine gefunden.

F: Wie es schon jemand ausgedrückt hat, es ist wie nach Hause kommen... plötzlich macht alles Sinn... und man merkt endlich, dass man nicht alleine ist damit.

O: Es bedeutet, dass ich mir nun öfter verzeihen kann und weniger Vorwürfe mache, wenn mir etwas schwer fällt. Außerdem fange ich an zu begreifen, wie viel mehr Sinn es macht, wenn ich mich eher auf das konzentriere, was ich kann, als auf das, was ich nicht kann – weil ich anfangs es zu akzeptieren.

Wie hast Du von der Gruppe erfahren?

W/F/D/R: Durch das Internet. M. schrieb einen Hinweis in das Forum von der Autismusambulanz Linker Niederrhein (<http://www.autismus-online.de>).

M: Frau Wepil rief mich an und schlug mir vor daran teilzunehmen.

O: Um herauszufinden, ob ich etwas mit AS zu tun haben könnte, vereinbarte ich einen Termin mit Frau Wepil. Sie erzählte mir zum Ende des Gesprächs von der geplanten Selbsthilfegruppe und bot mir an, am ersten Treffen teilzunehmen.

Was hat Dich veranlasst, an den Treffen der Selbsthilfegruppe teilzunehmen?

M: Ich wollte mit meinen Problemen nicht alleine sein.

D: Neugier, zu wissen, ob ich wirklich 'dazu' gehöre. Außerdem wollte ich gerne eine Gruppe haben, wo ich endlich mal so verstanden wurde, ohne lange Erklärungen, wie ich halt bin.....

C: Ich habe nach Kontakten zu Leuten mit ähnlichen Schwierigkeiten gesucht.

O: Ich wollte herausfinden, ob AS auf mich wirklich zutreffen könnte.

Wie empfandest Du Dein erstes Treffen mit der Gruppe?

D: Es war sehr anstrengend - aber auch sehr interessant! Ich habe zuerst kaum den Mund aufgemacht und erst mal die Vorstellungsrunde an mir vorbeiziehen lassen. Mit der Zeit habe ich immer interessierter zugehört - ich hatte ja erst einmal zuvor eine andere Aspie 'live' getroffen, und fand es doch sehr faszinierend, wie sehr man sich ähnelt. Die zwei Stunden waren allerdings das Maximum, was ich an gebündelter Aufmerksamkeit aufbringen konnte - man kannte ja auch noch niemanden, und ich war sehr unsicher....

W: Es war aufwühlend andere zu treffen, denen es genauso geht, andererseits aber auch erleichternd.

F: Ich war sehr nervös, wusste nicht, was auf mich zukommen würde, brauchte viel Zeit, mich durchzuringen hinzugehen. Dann aber beeindruckte es mich, so viele andere kennen zu lernen, die mir so ähnlich sind.

O: Ich fühlte mich sehr aufgewühlt und unsicher.

M: Etwas erschreckend – so viele Sachen wurden in mir aufgeweckt.

C: Ein sehr befreiendes Gefühl.

Wie fühlst Du Dich in der Gruppe?

F: Es war, als hätte ich zum ersten Mal von meinem Standpunkt aus normale Menschen kennen gelernt.

M: Es ist wie nach Hause kommen.

C: Ich fühlte mich verstanden und akzeptiert.

O: Ich habe das Gefühl, man versteht besser, was ich von meinen Problemen erzähle.

D: Man muss sich nicht mehr wie sonst für alles, was man tut, rechtfertigen bzw. man hat nicht das Gefühl, dass die anderen alles merkwürdig finden, was man tut, wie man es tut, warum man es tut - oder auch nicht tut. Man wird akzeptiert, ohne das Gefühl zu haben, sich für sein Tun rechtfertigen zu müssen.

Haben sich Deine Erwartungen an die Gruppe erfüllt?

Alle: Ja!

D: Ich weiß gar nicht genau, was ich erwartet habe - ich glaube, ich habe einfach erwartet, Leute zu treffen, die mir ähnlich sind - weiter habe ich zu Anfang nicht gedacht. Ich 'wollte' auch ehrlich gesagt nicht zu hohe Erwartungen haben, um nicht hinterher enttäuscht sein zu müssen. Das wenige, was ich erwartet habe, wurde aber bei weitem übertroffen!

Worüber sprecht Ihr in der Gruppe?

D: Über Chaos und Ordnung - und Gründe, warum man es oft einfach nicht schafft, Motivation aufzubringen selbst für wichtige Dinge. Aber auch über persönliche Stärken haben wir mal versucht zu reden – wobei man es doch irgendwie immer wieder schafft, auf das Thema 'Schwierigkeiten' zurückzukommen - Schwierigkeiten mit den Mitmenschen, mit sich selber - manchmal ist einem das eigene Verhalten halt peinlich - mit Situationen die überlastend wirken, man es aber oft zu spät merkt, sensorische Schwierigkeiten und und und.....

M: Oft sind es Alltagsdinge, worüber wir erzählen. Wichtig ist mir auch der Erfahrungsaustausch im Umgang mit Medizin, Hilfsmitteln etc. Manchmal steht eine Frage in Raum, und alle suchen intensiv nach einer Antwort.

F: Über fast alles, von Aufräumen, Berufswahl bis hin zu Wahrnehmungsstörungen...

O: Wir sprechen über Themen, die uns schon ewig beschäftigen, jetzt aber endlich von anderen auch verstanden werden.

Welche Themen sind Dir in der Gruppe wichtig?

D: Wichtig ist mir jedes Thema, bei dem ich spüren kann, dass ich nicht alleine bin, dass andere da genauso dran zu knacken haben wie ich.

Fühlst Du Dich anders oder besser mit der Gruppe?

Alle: Man gehört zum ersten Mal im Leben wirklich „dazu“.

O: Ich fühle mich toleranter und kann mir mehr erlauben mich so zu geben, wie ich bin.

M: Angenommen. Mein Selbstvertrauen ist größer geworden.

R: Trotz meiner kleinen Fehler, die mir auch selbst nicht auffallen, fühle ich mich in der Gruppe akzeptiert.

D: Seitdem bin ich unternehmungslustiger. Ich glaube auch, ich habe noch nie zuvor soviel gelacht und Spaß gehabt - klar, zwischendurch früher immer mal, aber jetzt ist das viel mehr.

W: Es hat sich in meinem Leben eine enorme Dynamik entwickelt.

C: Für meine Mitmenschen bin ich erträglicher geworden.

F: Ich bin viel lockerer im Umgang mit anderen Menschen geworden und habe mehr Selbstvertrauen. Ich selbst kann mich besser akzeptieren.

Welche Ziele stellst Du Dir für die Gruppe vor?

W: Die Gruppe wird sich erweitern und immer mehr verselbständigen.

M: Weitere gemeinsame Projekte (Buchprojekt, Präsentation der Gruppe auf Fachkongressen – z.B. Trier 2002).

C: Weitere Betroffene zu erreichen und diese beim Aufbau ähnlicher Selbsthilfegruppen mit unseren Erfahrungen zu unterstützen.

Wie stellst Du Dir deine Zukunft vor?

D: Da ich mehr in der Gegenwart lebe, stelle ich mir gar keine Zukunft vor.

O: Generell fällt es mir sehr schwer, Zukunftsperspektiven zu entwickeln.

M: Mir ist es wichtig, künftig mehr zu meinen Problemen stehen zu können und offener damit umzugehen.

C: Gerne würde ich einen Partner finden, der meine Eigenarten akzeptiert.

C/W/F/R: Den genannten Punkten können wir nur zustimmen.

Außerhalb der offiziellen Treffen in Mülheim finden auch weitere Aktivitäten statt. Welche sind das?

Alle: Unsere Webseite www.aspie.net. Hierbei handelt es sich um eine Internetplattform von Betroffenen und nur für Betroffene. Besonders in unserem Forum findet ein reger Austausch von Informationen zwischen bereits etwa 110 angemeldeten Mitgliedern statt. Auch in einem Chatraum kann live diskutiert werden.

Einzelne Gruppenmitglieder haben eigene Homepages zum Thema „Asperger-Autismus“.

Eine Mailingliste und spontane Chats.

Ein regelmäßiger Stammtisch.

Gemeinsame Freizeiten (gegenseitige Besuche, Pizza essen, Eis essen usw.).

Wer mit uns Kontakt aufnehmen möchte, kann an folgende Email-Adresse schreiben:

muelheimgruppe@aspiana.de

Konzept Selbsthilfegruppe

Personenkreis:

- Menschen mit Asperger-Syndrom oder high-functioning Autismus, die nicht jünger als 20 Jahre sind.
- Sie sollten selber den Wunsch nach einer Selbsthilfegruppe haben.
Sollten sie z.Z. eine andere Therapie machen, ist eine Teilnahme nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Therapeuten möglich.
- Die Gruppengröße umfasst 4 – 8 Personen; sie sollte auf keinen Fall aus mehr als 10 Personen bestehen.

Wann:

- Jeden 1. Samstag im Monat (Änderungen sind möglich) von 16.⁰⁰ – 18.⁰⁰ Uhr

Wo:

- Im Autismus- Therapie- Zentrum Mülheim

Vorgehensweise:

- Strukturierung des Ablaufs
 - z.B. zeitliche Begrenzung; gleichbleibender Ablauf (Begrüßung/Vorstellung (der Wunsch auf Anonymität wird gewahrt))
 - Fragen nach Wünschen
 - Beendigung des Treffens (Absprache des nächsten Termins; Verabschiedung)
- Schaffung einer empathischen Atmosphäre
- Bekannt machen mit Gesprächsregeln
 - z.B. freiwillige Begrenzung der Redezeit / von sich reden / Aussagen anderer nicht kommentieren
- Moderation
 - Sammeln von Themen / bei Bedarf Formulierung der Themen / Gesprächsführung

Ziel:

- Das Ziel formuliert jeder Teilnehmer für sich selbst.

20 Jahre im Rückblick

Evelyne Wepil

Im Januar 1982 begann das Autismus-Therapie-Zentrum in Räumen der umliegenden Kirchengemeinden - mit 5 Kindern, einer Dipl.-Psychologin als Honorarkraft und einer ehrenamtlichen Geschäftsführerin – mit seiner Arbeit.

Der Trägerverein „Hilfe für das autistische Kind“ RV Mülheim-Duisburg e.V. hatte DM 700,- in seiner Kasse und lange Zeit war die Finanzierung der Therapie nicht gesichert, so dass die Eltern zur Bezahlung der Psychologin in Vorleistung treten mussten.

Im Sommer 1982 hatten wir 10 Klienten zu betreuen. Nun benötigten wir dringend ein/e/en weitere/n therapeutische/n Mitarbeiter/in und eine feste Bleibe; doch es war ein großes Risiko, ohne eine finanzielle Rücklage, eine eigene Praxis einzurichten und dann Miete im Voraus zahlen zu müssen.

Der Vorstand und die Geschäftsführerin waren bereit, dieses Risiko einzugehen.

Die Eltern des damaligen Vorsitzenden und der Ehemann der Geschäftsführerin stellten ein zinsloses Darlehen zur Verfügung.

Endlich, Ende August 1982, fanden wir eine ehemalige Arztpraxis an der Mellinghofer Str. in Mülheim, die uns von der Lage und der Größe her als sehr geeignet erschien. Schnell wurden wir uns mit der Vermieterin einig, so dass wir zum

1. September die Räume anmieten konnten.

Alle Eltern der Klienten halfen bei der Renovierung, Reinigung und Einrichtung der Räume.

Die BKK Mannesmann unterstützte uns mit ausrangierten Büromaschinen und -möbeln.

Im Oktober 1982 wurde das Autismus-Therapie-Zentrum offiziell eröffnet.

In den achtziger Jahren war Autismus in der Bundesrepublik noch kaum bekannt und wenn, dann herrschten doch sehr begrenzte Kenntnisse vor.

So bestand ein Großteil der Öffentlichkeitsarbeit aus Fortbildungen und Aufklärung über den Autismus und dessen verschiedene Formen, sowie deren Symptomatik.

Ein Hauptbetätigungsfeld lag weiter in der Aufklärung über die intellektuellen Fähigkeiten der Kinder und ihre entsprechende notwendige kognitive Förderung in den Schulen, da bis dahin nichtsprechende Kinder mit Autismus als schwer geistigbehindert und oft als nicht beschulbar angesehen wurden.

Hier gab es 1992, nach unserem 10-jährigen Bestehen, einen gravierenden Paradigmenwechsel, hervorgerufen durch den Festvortrag von Annegret Schubert aus den USA, die über eine Möglichkeit zur

Kommunikation (Facilitated Communication, „FC“) für nicht sprechende Menschen berichtete und uns in dieser Methode ausbildete. Durch diese neuen Erkenntnisse konnten wir nun den Beweis über die kognitive Leistungsfähigkeit von Menschen mit Autismus erbringen und so wurde auch die kognitive Förderung in den Schulen revolutioniert. (Hier dürfen wir sicher auch etwas stolz sein, in nicht unerheblichem Maße daran beteiligt gewesen zu sein.)

Die therapeutische Förderung wurde durch vielfältige neue Erkenntnisse und den sich daraus entwickelnden Therapiemethoden, die dann für jeden einzelnen Klienten modifiziert wurden, verbessert und somit gute Therapieerfolge erzielt.

Heute betreuen wir, mit einem Mitarbeiterstab von über 20 Personen, in unserem Hauptzentrum in Mülheim (das Haus an der Mellinghofer Str. haben wir mittlerweile ganz gemietet) und den Außenstellen in Duisburg-Hamborn und im Zentrum von Wesel, ca. 165 Klienten. Die Therapien finden auch extern statt.

Wir kooperieren mit Kindergärten, Schulen, Werkstätten und Heimen, in denen die Therapie vor Ort stattfindet.

Neben der autissmuspezifischen Therapie nimmt die Eingliederungshilfe durch Beratung, Anleitung und Begleitung - auch der

Betreuungspersonen - einen breiten Raum ein.

Das von uns angewendete Verfahren beim Erstkontakt nach/mit internationalen wissenschaftlichen Kriterien und Checklisten erhält viel Anerkennung.

Daneben ist noch unser „AMA“-Projekt - Arbeit für Menschen mit Autismus im ersten Arbeitsmarkt - zu erwähnen, das wir im Januar 2000 ins Leben riefen.

Seit September 2000 wird eine Asperger / High-Functioning-Autismus - Selbsthilfegruppe von uns betreut.

Neben der Therapie wurde auch Fortbildung in „Sachen Autismus“ häufig angefragt.

Zusätzlich wird heute verstärkt die Beteiligung bei der Diagnostik (in Kooperation) von Kliniken, Institutionen oder niedergelassenen Fachärzten abgerufen.

Erfreulich ist, dass das Diagnosealter, welches vor 20 Jahren noch im Schnitt bei 17 Jahren lag, auf ca. 6 - 7 Jahre gesenkt werden konnte. Wir haben uns zum Ziel gesetzt, ein Früherkennungsalter von 1,5 - 3 Jahre zu erreichen.

Auf die vergangenen Jahre schauen wir dankbar zurück und möchten an dieser Stelle allen, die mit uns zusammen gearbeitet oder unsere Arbeit engagiert unterstützt haben, von Herzen danken.

Ein Märchen

Angelika Brockel

Es waren einmal zwei Königinnen, die mit Ihren Familien in zwei Schlössern lebten, welche neben einander standen.

Eines Tages gebaren die Königinnen jede ein wunderschönes Kind, aber diese Kinder waren nicht wie die anderen Kinder am Hof. Sie lachten nicht und spielten ganz anderes als die anderen Kinder. Häufig waren sie nicht ansprechbar, oder schrieten und tobten ohne dass die Eltern einen Grund dafür erkennen konnten. Die Eltern waren darüber sehr traurig und überlegten, wie sie ihren Kindern helfen könnten.

Sie befragten Ärzte und Gelehrte, Zauberer und Hexen, doch niemand konnte Ihnen so recht helfen. Eines Tages kam eine kleine weise Frau an den Hof. Sie sah sich die Kinder an und sprach zu den Königinnen: „Niemand wird euren Kindern so helfen können wie Ihr selbst. Beobachtet es, erkennt und fördert es. Es wird Euch viel Trauer und Schmerz bereiten. Ihr werdet unendlich müde werden, aber Ihr

dürft nicht nachlassen, denn jeder vergangene Tag an dem Ihr nicht von dem Kind gefordert habt, ist ein verlorener Tag. Und nur wenn Ihr eure Kinder so sehr liebt, dass Ihr all dies auf euch nehmen wollt, kann es den Kindern besser gehen.

Die Königinnen hörten was die weise Frau ihnen sagte. Die eine Königin nahm sich ihre Worte zu Herzen. Sie arbeitete hart mit ihrem Kind, litt mit seinen Misserfolgen und freute sich an seinen Fortschritten. Sie hatten schöne und harte Tage, sie liebten und sie hassten sich, aber niemals gab sie auf.

Die andere Königin hörte wohl auch was die weise Frau ihr sagte, aber bereits nach kurzer Zeit hatte sie keine rechte Lust mehr. Die Fortschritte waren zu langsam, das Kind zu schwierig und niemand wollte sie auch so recht unterstützen. Da hörte sie von einem Fabeltier in einem weit entfernten Land mit heilenden Kräften. Sie entschloss sich ihr halbes Königreich zu verkaufen und die weite und

beschwerliche Reise in das ferne Land anzutreten, in dem das Wundertier mit den heilenden Kräften lebte. Sie verabschiedete sich von ihren Freunden und reiste mit dem Kind in das ferne Land. Das Tier und das Kind freundeten sich an und sie verbrachten eine schöne Zeit miteinander. Eines Tages jedoch sprach das Tier: „Dir geht es jetzt schon viel besser. Aber da draußen vor den Toren meines Reiches warten noch viele andere Kinder auf mich, die auch meine Hilfe benötigen. Bitte geht jetzt. Wenn ein Jahr vergangen ist, könnt Ihr zurückkehren.“

Die Königin trat die Heimreise an. Doch je weiter sie von dem Tier entfernt waren, desto stiller wurde das Kind wieder, und als sie zu Hause angekommen waren war das Kind wieder so wie es gewesen war, wie zu Beginn der Reise.

Die Königinnen trafen sich eines Tages auf eine Tasse Tee. Die eine sprach von ihrer Reise, welche zauberhaften Fortschritte ihr Kind

gemacht habe und wie gut es ihnen gegangen wäre.

Sie hätte viel gelernt und noch nie hätte ihr jemand so sehr geholfen wie dieses Tier.

Die andere sprach von der Arbeit zu Hause. Sie habe manches zuerst nicht verstanden, es aber trotzdem getan und nun das Gefühl, dass sie eine stabile Veränderung erreicht hätte, indem sie den Rat der weisen Frau befolgte.

Die Königinnen trennten sich und gingen ihrer Wege, jede mit dem Gefühl, ihr Weg sei der richtige.

Und wenn Sie nicht gestorben sind,
.....

Literaturhinweise

Literatur. zum Thema Autismus

- Äpfel, Sterne und rundes Glas
Susanne Schäfer
- Autismus
E. Wurst, Verlag H. Huber
- Autismus
Wilker, Wissenschaftl. Buchgesellschaft
- Autismus bei Kindern
M. Sigman und L. Capps
(Verlag Hans Huber)
- Autismus - ein kognitionspsychologisches
Puzzle U. Frith. Spektrum
- Autismus heute C.Arens/St. Dzikowski,
Verlag Modernes Lernen, Dortmund
- Autismus oder Asperger
Ole Sylvester Jorgensen
- Autismus und Familie-Tagungsbericht
- Autismus-Zeitschrift des Bundesverbandes
„Hilfe für das autistische Kind“
- Autistische Jugendliche und Erwachsene
J. Wendeler, Beltz-Verlag
- Berufliche Eingliederung autistischer
Menschen
- Das Asperger-Syndrom
Tony Attwood TRIAS
- Das Handbuch des Autismus
M. Aarons/T. Gittens, Beltz
- Der unheimliche Fremdling (Delacato)
Hyperion-Verlag, Freiburg
- Drück mich mal ganz fest
Defersdorf, Herder-Verlag
- Elternprogramm für behinderte Kinder
E. Schmitz, Ernst Reinhardt Verlag,
München-Basel
- Elternrat/Behinderte Kinder gemeinsam mit
anderen Raith, rororo
- Förderung autistischer Kinder
(Bremer Projekt)
- Gestützte Kommunikation (FC) bei Men-
schen mit schweren Kommunikationsbe-
einträchtigungen (Behindertenhilfe Bay-
ern) (Bayrisches Staatsministerium für
Arbeit, Sozialordnung, Familie, Frauen
und Gesundheit)
- High-functioning-Autismus und das
Asperger-Syndrom
- Ich bin besonders!
Joan Matthews - James Williams TRIAS
- Ich könnte verschwinden, wenn du mich
berührst
O. Williams, Hoffmann und Campe
- Integrierte Arbeitsbegleitung von Menschen
mit Autismus – Bericht der Arbeitstagung
- Pädagogische Förderung von Kindern u.
Jugendlichen mit Autismus
(Tagungsbericht) ISBN 3-926050-18-7
- Sprachtherapie bei autistischen Kindern
Bundesverband Hilfe für das autistische
Kind
- Soziale Rehabilitation autistischer Men-
schen-Möglichkeiten und Grenzen –
Tagungsbericht
- Strategien der Entwicklungsförderung
Schopler/Reichler, Modernes Lernen,
Dortmund
- Tony M. Callahan, Bastei-Lübbe

Kontakte

Anschrift:

Hilfe für das autistische Kind
Regionalverband
Mülheim-Duisburg e.V.
Geschäftsstelle
Mellinghofer Str. 328
45475 Mülheim
Telefon: (02 08) 75 55 33
Fax: (02 08) 75 45 81
E-mail:
info@autismus-muelheim.de

Internet:

<http://www.autismus-muelheim.de>

Autismus - Therapie - Zentren in:

45475 Mülheim, Mellinghofer Str. 328
(02 08) 75 55 33

47166 Duisburg, Kantstr. 80

46467 Wesel, Birkenstr. 19

Ansprechpartnerin:

Frau Baden (Geschäftsführung,
Leitung)
Sekretariat: Frau Schieschke

Zeit des Angebotes:

nach Absprache; Beratung nach
Bedarf; 1 Therapiestunde: Dauer
60 Minuten

Zugangsvoraussetzung:

Telefonische oder persönliche An-
meldung

Wartezeit:

bei Erstkontakt keine;
Aufnahme der Therapie nach Kos-
tenzusage

Kosten:

Krankenkassen oder Sozialämter
(Mitgliedschaft im Verein er-
wünscht)

Wegbeschreibung

Mit dem Auto

Autobahn A 40 Abfahrt Mülheim-
Dümpten

Mellinghofer Str. Richtung Ober-
hausen

Linke Fahrspur, an Fußgängeram-
pel links

Vor Hotel „Dümptener Hof“ links auf
kleinen Parkplatz

Große Straße an Ampel überque-
ren, dann Haus Nr. 328

Mit öffentlichen Verkehrsmitteln:

Mülheim-Hbf

Straßenbahn Linie 102 (Richtung
Möllhofstr.)

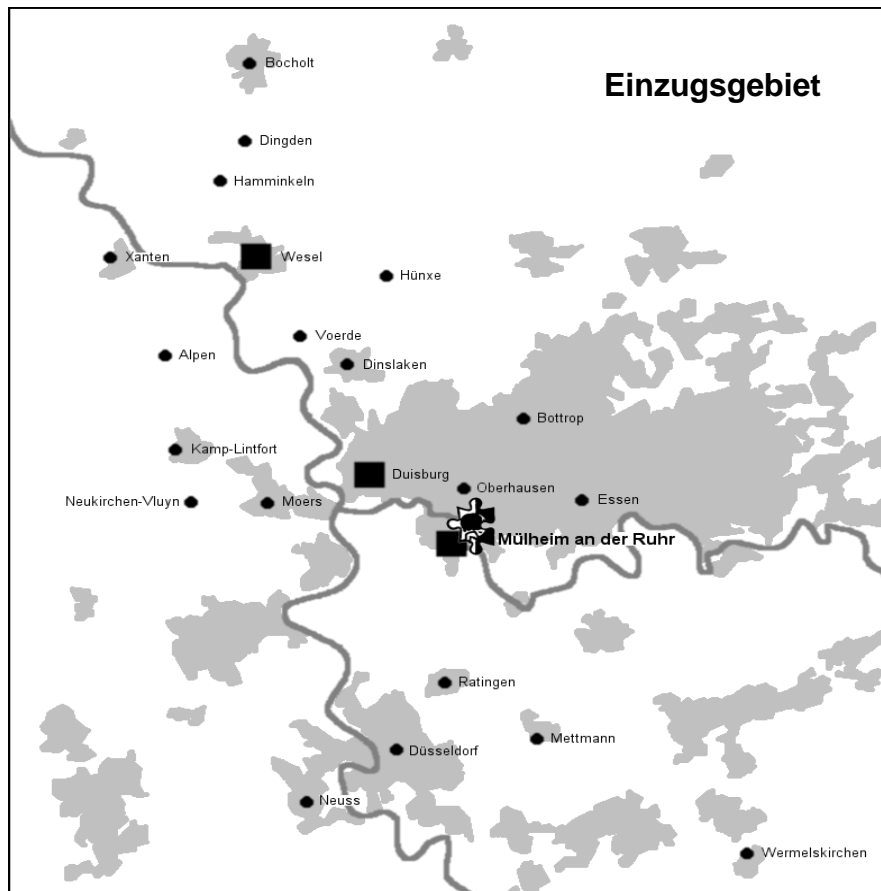
Bis Station: Auf dem Bruch
Zurück bis zur großen Kreuzung

Dann rechts, = Mellinghofer Str.,
Haus Nr. 328



hilfe für das autistische kind

Regionalverband Mülheim an der Ruhr – Duisburg e.V.



Sitz des Regionalverbandes



Autismus-Therapie-Zentren



In diesen Städten sind wir bereits tätig

Geschäftsstelle:

Hilfe für das autistische Kind
RV Mülheim-Duisburg e.V.
Mellinghofer Straße 328
45475 Mülheim

Tel.: (02 08) 75 55 33

Fax: (02 08) 75 45 81

Anschrift des Bundesverbandes

Bundesverband „Hilfe für das autistische Kind e.V.“

Bebelallee 141
22297 Hamburg
Telefon: 0 40 / 5 11 56 04 / 51 49 16 49 ● Fax: 0 40 / 5 11 08 13
Email: Autismus-BV-HAK@t-online.de
Internet: www.autismus.de

Anschriften der Landesverbände

LANDESVERBAND NORDRHEIN-WESTFALEN

c/o **Autismus-Landesverband NRW** Hilfe für das autistische Kind
Geschäftsstelle: Mellinghofer Straße 328, 45475 Mülheim an der Ruhr
Tel.: 02 08 / 75 55 33 oder 0 20 41 / 2 82 66, Fax: 02 08 / 75 45 81

LANDESVERBAND BAYERN

c/o Hilfe für das autistische Kind, **RV München e.V.**
Vorsitzende: Dr. Nicosia Nieß
Ostpreußenstraße 9c, 85386 Eching, Tel. und Fax: 0 89 / 3 19 38 52
Email: mail@autismus-muenchen.de
Internet: www.autismus-muenchen.de

LANDESVERBAND BRANDENBURG

Hilfe für das autistische Kind,
Vereinigung zur Förderung autistischer Menschen, **LV Brandenburg e.V.**
Vorsitzende: Frau Reinke
Ketriner Str. 32d, 14476 Fahrland/Potsdam

LANDESARBEITSGEMEINSCHAFT HESSEN

c/o Hilfe für das autistische Kind, **RV Nordhessen e.V.**
Vorsitzender: Reinhard Ritter
Simmershäuser Straße 101 a, 34125 Kassel
Tel.: 05 61 / 81 42 42, Fax: 05 61 / 3 34 35

LANDESVERBAND SCHLESWIG-HOLSTEIN

c/o Hilfe für das autistische Kind, **LV Schleswig-Holstein e.V.**
Vorsitzende: Rita Forbrig, Marienstraße 1 c, 24534 Neumünster
Tel.: 0 43 21 / 2 20 67, Fax: 0 43 21 / 2 20 26
Email: GForbrig@t-online.de

Anschriften von Regionalverbänden

BADEN-WÜRTEMBERG

1. Hilfe für das autistische Kind, **RV Nordbaden-Pfalz e.V.**

Vorsitzende: Ute Genser-Dittmann
Handschuhsheimer Landstraße 90, 69121 Heidelberg, Tel.: 0 62 21/48 05 55
Email: autist.Kind-Nordbaden-Pfalz@t-online.de
Internet: <http://nordbaden-pfalz.autismus.org>

2. Verein zur Förderung von autistisch Behinderten e.V., **RV Stuttgart**

Vorsitzende: Frau Braun-Habscheid
Ostlandstraße 3, 73760 Ost-Fildern, Tel.: 07 11 / 3 40 05 01
Email: autismus-stuttgart@gmx.de

3. Hilfe für das autistische Kind, **RV Südbaden e.V.**

Vorsitzender: Markus Sitsch Am Eichberg 4, 79286 Glottertal,
Tel.: 07684/9447, Fax: 07684/909373
Email: Markus.Bitsch@t-online.de
Internet: <http://www.autismus-freiburg.de>

4. Hilfe für das autistische Kind, **RV Nördliches Baden-Württemberg e.V.**

Vorsitzender: Jürgen Greiner, Postfach 2953, 76016 Eppingen,
Tel.: 0 72 62 /89 49, Fax: 0 72 62 /91 22 29
Email: HAK-RV-NBW@web.de
Internet: <http://www.autismus-news.de>

BAYERN

1. Hilfe für das autistische Kind, **RV Mittelfranken e.V.**

Vorsitzender: Armin Deierling, Sudetenstraße 22, 91448 Emskirchen
Tel.: 091 04/86 08 53, Fax: 091 04/8 62 35,
Email: armin@iis.fhg.de

2. Hilfe für das autistische Kind, **RV München e.V.**

Vorsitzende: Dr. Nicosia Nieß, Ostpreussenstraße 9c, 85386 Eching,
Tel. und Fax: 089/3193852
Email: mail@autismus-muenchen.de
Internet: www.autismus-muenchen.de

3. Hilfe für das autistische Kind

Vereinigung zur Förderung autistischer Menschen, **RV Regensburg e.V.**

Tel.: 09471/90792, Fax: 09471/95 4114
Email: oliver-esther@t-online.de

4. Hilfe für das autistische Kind, **RV Schwaben e.V.**

Sonnenhalde 3, 88138 Sigmarszell, Tel. und Fax: 0 83 89/98 31 41

5. Hilfe für das autistische Kind, Verein zur Förderung autistischer Menschen,

RV Unterfranken e.V. Vorsitzende: Renate May, Unterdorfstr. 29, 97282 Retzstadt,

Tel.: 0 93 64/48 67, Fax: 0 93 64/81 22 21 Email: autismus-ufr@web.de
Internet: <http://www.autismus.de/einrichtungen/frm-einrichtungen.htm>

BERLIN

Hilfe für das autistische Kind, **RV Berlin e.V.**

Vorsitzende: Theresia Brandenburg

Geschäftsstelle: Güntzelstraße 17/18, 10717 Berlin, Tel.: 030/86471 90

Email: Autismus-Ambulanz.Berlin@t-online.de

BRANDENBURG

1. Hilfe für das autistische Kind,

Vereinigung zur Förderung autistischer Menschen, **LV Brandenburg e.V.**

Vorsitzende: Frau Reinke, Ketriner Str. 32d, 14476 Fahrland/Potsdam

BREMEN

1. Hilfe für das autistische Kind, **RV Bremen e.V.** Vorsitzender: Hermann Cordes

Bütower Str. 19, 28717 Bremen, Tel.: 0421/631687, Fax: 0421/6207031

HAMBURG

1. Verein zur Förderung autistischer Kinder e.V., **RV Hamburg** Vorsitzende: Erika Groener

Otto-Burrmeister-Ring 41, 22309 Hamburg, Tel.: 0 40/6 31 94 60

HESSEN

1. Hilfe für das autistische Kind

Vereinigung zur Förderung autistischer Menschen, **RV Nordhessen e.V.**

Vorsitzender: Reinhard Ritter, Simmershäuser Straße 101 a 34125 Kassel,

Tel.: 05 61 /81 42 42, Fax: 05 61 / 3 34 35

2. Hilfe für das autistische Kind, **RV Rhein-Main e.V.** Vorsitzende: Irmtraud Wendeler

Geschäftsstelle: Alt Rödelheim 13, 60489 Frankfurt Tel.: 069/7894661, Fax: 069/7895906

MECKLENBURG-VORPOMMERN

1. Hilfe für das autistische Kind, Vereinigung zur Förderung autistischer Menschen, **RV Mecklenburg-Vorpommern e.V.** Einsteinstraße 2, 17036 Neubrandenburg

Tel. 03 95 / 7 07 27 99, Fax: 03 95 / 7 07 28 13

NIEDERSACHSEN

1. Hilfe für das autistische Kind, **RV Göttingen e.V.**

Vorsitzende: Renate Zeuner, Kampweg 3, 37133 Friedland, Tel.: 0 55 0414 02

2. Verein zur Förderung autistischer Kinder e.V., **RV Hannover**

Vorsitzende: Adelheid Moritz Geschäftsstelle: Bemeroder Straße 8, 30559 Hannover

Tel.: 0511 /52 0701, Fax: 05 11/51 70 99

Email: thz-hannover@t-online.de Internet: www.thz-autismus.de

3. Hilfe für das autistische Kind, **RV Nord-West e.V.**

Vorsitzende: Tanja Jastrzebski, Tannenkampstraße 1 g, 26160 Wehnen Tel.: 04 41 /69 14 83

4. Hilfe für das autistische Kind, **RV Osnabrück e.V.** Vorsitzende: Margit Trentmann

Obere Martinstraße 11, 49078 Osnabrück, Tel. und Fax: 05 41 /4 86 61

5. Hilfe für das autistische Kind, **RV Weser-Ems e.V.**

Hüttenstraße 4 a, 49716 Meppen, Tel.: 0 5931/24 72, Fax: 0 59 31/92 96 82

Email: Autismus-Meppen@t-online.de Internet: www.autismus-weser-ems.de

6. Hilfe für das autistische Kind", Vereinigung zur Förderung autistischer Menschen,

RV Wolfsburg und Urngebung e.V. Vorsitzende: Bärbel Kruse

Holbeinstraße 4, 38442 Wolfsburg, Tel.: 0 53 62/43 53 Email: Gloodt1@t-online.de

NORDRHEIN-WESTFALEN

1. Hilfe für das autistische Kind, **RV Dortmund und Umgebung e.V.**

Vorsitzender: Eckard Wunsch, Deininghauser Straße 30 c, 44357 Dortmund
Tel.: 02 31/37 53 30, Fax: 02 31/3753 20

2. Hilfe für das autistische Kind, **RV Düsseldorf-Bergischer Kreis e.V.**, HILDAK

Am Diek 62, 42277 Wuppertal
Tel.: 02 02 / 7 69 87 90, Fax: 02 02 / 7 69 87 91

3. Hilfe für das autistische Kind, **RV Köln/Bonn e.V.** Vorsitzende:

Annette Brockmann Geschäftsstelle: Boltens Sternstraße 16, Haus P 1, 50735 Köln
Tel.: 0221/767072, Fax: 0221/767038 Email: autismus-koeln@t-online.de

4. Hilfe für das autistische Kind, **RV Linker Niederrhein e.V.**

Neustraße 13, 47929 Grefrath, Tel.: 021 58/91 00 1 1, Fax: 91 00 12
Email: verein@autismus-online.de Internet: <http://www.autismus-online.de>,
außerhalb der Geschäftszeiten: Tel.: 021 62/76 71

5. Hilfe für das autistische Kind, **RV Mülheim a.d. Ruhr-Duisburg e.V.**

Geschäftsstelle: Mellinghofer Straße 328, 45475 Mülheim an der Ruhr
Tel.: 02 08/755533 oder 02041/2 82 66, Fax: 02 08/754581
Email: info@autismus-muelheim.de Internet: <http://www.autismus-muelheim.de>

6. Hilfe für das autistische Kind, **RV Münster und Münsterland e.V.**

Vorsitzende: Bärbel Wiethaus-Thrän Hafeweg 6-8, 48155 Münster,
Tel.: 0251/276396, Fax: 0251/276396

7. Hilfe für das autistische Kind, **RV Ostwestfalen-Lippe**

Geschäftsstelle: Bleichstraße 185, 33607 Bielefeld Tel.: 0521/322011, Fax: 0521/322049
Email: info@autismus-owl.de

8. Hilfe für das autistische Kind, **RV Siegen und Umgebung e.V.**

Vorsitzende: Johanna Arnold, Im Unteren Buden 15, 57250 Netphen,
Tel. und Fax: 02738/4276

9. Hilfe für das autistische Kind, **RV Westliches Ruhrgebiet e.V.**

Otto-Krawehl-Str. 4, 46236 Bottrop, Tel.: 02041/6998-0, Fax: 02041/6998-21

RHEINLAND-PFALZ

1. Hilfe für das autistische Kind, **RV Nordbaden-Pfalz e.V.**

Vorsitzende: Ute Genser-Diftmann Handschuhsheimer Landstraße 90, 69121 Heidelberg,
Tel.: 0 62 21 /48 05 55 Email: autist.Kind-Nordbaden-Pfalz@t-online.de Internet:
<http://nordbaden-pfalz.autismus.org>

2. Hilfe für das autistische Kind, **RV Rhein-Nahe e.V.**

Vorsitzende: Brigitte Müller-Göttges, Dienheimer Berg 50
55545 Bad Kreuznach, Tel.: 06 71 / 3 46 22, Fax: 06 71 / 3 49 81

3. Hilfe für das autistische Kind, **RV Trier e.V.** Vorsitzender: Joachim Schad

Im Leiangarten 16, 54320 Waldrach, Tel.: 0 65 00/98 81 79, Fax: 0 65 00/13 54

SAARLAND

1 - Hilfe für das autistische Kind, **RV Saar e.V.**

Vorsitzender: Gerhard Weber, Hauptstraße 113, 66740 Saarlouis, Tel.: 0 68 31 / 6 82 25,
Fax: 0 68 31 / 6 93 38 Email: Autismus-Saar@t-online.de

SACHSEN

1 - Hilfe für das autistische Kind, Vereinigung zur Förderung autistischer Menschen,

RV Chemnitz e.V. Vorsitzender: Bernd Rost, Darwinweg 3a, 09247 Röhrsdorf Tel.:
03722/500918 ab 16 Uhr

2. Hilfe für das autistische Kind, **RV Dresden e.V.** Vorsitzender: Andreas Boeltzig

Max-Pechstein-Straße 24, 01728 Goppeln Tel.: 0351/2 81 58 80, Fax: 0351/311 5325

3. Hilfe für das autistische Kind, Vereinigung zur Förderung autistischer Menschen,

RV Leipzig e.V. Vorsitzender: Herr Jahn, Emilienstraße 16, 04107 Leipzig Tel.: 03 41/3 39 15
91

SACHSEN-ANHALT

1. Hilfe für das autistische Kind, **RV Magdeburg e.V.**

Vorsitzender: Frank Kohlmeyer, Pappelallee 2, 39106 Magdeburg

Tel.: 03 91/5 41 88 62, Fax: 03 91/5 41 88 60

Email: autismus-magdeburg@t-online.de Internet: www.autismus-magdeburg.de

SCHLESWIG-HOLSTEIN

1. Hilfe für das autistische Kind, **LV Schleswig-Holstein e.V.**

Vorsitzende: Rita Forbrig, Marienstraße 1 c, 24534 Neumünster

Tel.: 04321/22067, Fax: 04321/22026 Email: GForbrig@t-online.de

THÜRINGEN

1. Hilfe für das autistische Kind, Vereinigung zur Förderung autistischer Menschen,

RV Erfurt e.V. Vorsitzende: Eleria Rauchmaul, Friedrich-Engels-Str. 47/0508

99086 Erfurt, Tel.: 0361/7311316, AOL-Fax: 040 3603 784346

Email: ElenaRauchmaul@aol.com

2. Hilfe für das autistische Kind, Vereinigung zur Förderung autistischer Menschen,

RV Thüringen e.V. Vorsitzende: Birgit Hopfe, Lahnsteiner Straße 60, 07629 Hermsdorf

Tel. und Fax: 036601/44641

hilfe für das autistische kind



Vereinigung zur Förderung autistischer Menschen
Regionalverband Mülheim an der Ruhr - Duisburg e. V.

Geschäftsstelle und Autismus-Therapiezentrum:
Mellinghofer Straße 328 · 45475 Mülheim an der Ruhr
Telefon (02 08) 75 55 33 Telefax (02 08) 75 45 81

Email: info@autismus-muelheim.de

Internet:

<http://www.autismus-muelheim.de>



Mitglied des
Bundesverbandes /
Landesverbandes NRW



Korporatives Mitglied
der Arbeiterwohlfahrt

Bankverbindungen

Autismus-Therapiezentrum:

Kto.-Nr. 364 459 513 - Stadtparkasse Mülheim (BLZ 362 500 00)

Verein:

Kto.-Nr. 364 459 262 - Stadtparkasse Mülheim (BLZ 362 500 00)