

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ (peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Rorschach

Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Ausgabe 04/2012

Die leibtherapeutische Arbeit mit einem autistischen Kind nach dem Verfahren der Integrativen Therapie *

*Dorothea Mateo***

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>).

** Dorothea Mateo, Oemkenstraße 128, 45892 Gelsenkirchen

INHALT

1. Einleitung	3
2. Theorie	7
2.1 Entwicklung des Verständnisses von Autismus	7
2.2 Symptomatologie des Frühkindlichen Autismus	9
2.3 Heutiges Verständnis von Autismus	13
2.3.1 Genetische Faktoren	14
2.3.2 Assoziierte körperliche Erkrankungen	15
2.3.3 Hirnschädigungen und Hirnfunktionsstörungen	15
2.3.4 Neuropsychologische Faktoren	15
3. Meine bisherigen methodischen Ansätze in der Therapie mit autistischen Kindern	18
3.1 Das TEACCH-Programm	18
3.2 Der entwicklungsorientierte Interventionsansatz der Bodenzeit	21
3.3 PECS – Picture Exchange Communication System	25
4. Bedeutung der Integrativen Therapie für die Arbeit mit autistischen Kindern	28
4.1 Leib-Subjekt als kreativer Leib	29
4.2 Konzept der Zwischenleiblichkeit	31
4.3 Konzept des Informierten Leibes	41
5. Resümee: Der leibtheoretische Ansatz als Grundlage für die Arbeit mit autistischen Kindern	52
6. Zusammenfassung/Summary	59
7. Literaturverzeichnis	60

1. Einleitung

Seit 1998 arbeite ich in einem Autismuszentrum. Im Grundberuf bin ich Erzieherin und Diplom-Heilpädagogin. Das Störungsbild Autismus hat mich schon während des Studiums interessiert und war auch Thema meiner Diplomarbeit. Als ich mich im Jahre 2004 für die Ausbildung für Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie am Fritz-Perls-Institut (FPI) entschied, stand für mich fest, dass ich mir nun auch eine andere Arbeitsstelle würde suchen müssen, da in meiner Vorstellung autistische Störungsbilder nicht zum Bereich psychotherapeutischer Arbeit gehörten. Dies bestätigten viele meiner KollegInnen und auch die LehrtherapeutInnen in der Ausbildungsgruppe und den Seminaren am FPI vermittelten mir zunächst, dass meine Arbeit mit autistischen Menschen nicht zum Aufgabengebiet psychotherapeutischer Bemühungen gehöre.

Die zwei Jahre in der Ausbildungsgruppe am FPI waren durchaus anregend und bereichernd. Ich fand aber keine Möglichkeit, die dort erarbeiteten Erkenntnisse und Fähigkeiten in meiner täglichen Arbeit mit autistischen Menschen umzusetzen. Dabei hatte ich gerade von der psychotherapeutischen Ausbildung erwartet, dass sie meine Unzufriedenheit mit den autismusspezifischen Konzepten überwinden helfen könne, da jene mir zu kurz zu greifen und das Erleben und die Beziehungsdynamik zwischen TherapeutIn und Kind, Jugendlicher oder Jugendlichem nicht genügend zu berücksichtigen schienen. Es stellte sich ein Gefühl der Enttäuschung ein – zumal es mir nicht leicht fiel, mich mit der neuen Qualifikation zu identifizieren, in die meine bisherigen beruflichen Erfahrungen scheinbar keinen Eingang finden konnten.

Meine Ratlosigkeit löste sich zunächst nur ganz allmählich in der vertieften Auseinandersetzung mit den Theorien und Modellen der Integrativen Therapie auf. Endgültig überwinden konnte ich sie schließlich durch viele supervisorische Gespräche mit Heinz Lüdde und Ilse Orth sowie in einem entscheidenden Gespräch mit Professor Hilarion Petzold. Endlich wurde klar, dass nicht – wie ich anfangs glaubte – die mir vertrauten autismusspezifischen Behandlungsformen und ein bisschen IT die Lösung für mein Dilemma waren. Vielmehr stellt die Integrative Therapie theoretische und methodische Grundlagen bereit, die es zulassen und sogar fordern, die autismusspezifischen Arbeitsweisen in ein übergreifendes, strikt psychotherapeutisches Modell zu integrieren.

Natürlich waren es das anthropologische Konzept des Menschen als „Leib-Seele-Geist-Einheit“ – insbesondere die höchst differenzierten leibtherapeutischen und entwicklungstheoretischen Konzepte der Integrativen Therapie –, die mir Möglichkeiten aufzeigten meine bisherige therapeutische Erfahrung mit den neuen Modellen und Theorien zu verbinden. Sie brachten mich auf den Weg zu einer vertieften, fundierten und wirksameren Arbeit mit autistischen Kindern und Jugendlichen. Mit diesem Prozess der Integration verschiedener professioneller Erfahrungen und der schulenübergreifenden Methoden-Integration – sozusagen am eigenen Leibe – beschäftigt sich die vorliegende Arbeit.

Einen zusätzlichen Beitrag zu diesem Prozess leistete die Arbeit an meinem zuvor verfassten Behandlungsjournal, welches den Therapieprozess mit dem vierjährigen Emanuel über einen Zeitraum von eineinhalb Jahren dokumentiert. Auf Emanuel trifft die Diagnose „Frühkindlicher Autismus und Intelligenzminderung“ zu. Emanuel kann sich verbal-sprachlich nicht äußern. Er hat nur geringe Möglichkeiten, diesen Mangel durch nonverbale Kommunikation (Mimik, Gestik) zu kompensieren. Auch sein emotionales Ausdrucksvermögen ist erheblich eingeschränkt und es kommt in der Begegnung mit ihm kaum zur reziproken Interaktion oder zu Ansätzen von zielgerichtetem Handeln. Diese Problematik zwang mich, mit ihm auf der Ebene basaler Interventionen im Bereich des Baby- und Kleinkind-Milieus zu arbeiten und führte zunächst wie von selbst zur Entdeckung körpersprachlichen Umgangs und leiborientierter Interventionen im Sinne des *intuitive parenting* und des *sensitive caregiving*. Aus meiner gleichzeitig andauernden Auseinandersetzung mit dem Problem der Theorie-Praxis-Verschränkung entstanden schließlich die Einsicht in die Reichweite und Vielfalt der Integrativen Therapiemethoden sowie die Erkenntnis, dass die Konzepte der Nachbeelterung, der Nachsozialisation, der Nachnahrung, des Gehalten-, des Getragen- und Berührtwerdens für die Arbeit mit autistischen Menschen unerlässlich sind. Diese am *Leib-Subjekt* orientierte und durch konkret leibliche Interventionen getragene therapeutische Arbeit haben mir im Umgang mit Emanuel zunehmend Souveränität und ganz neue Freude und Motivation gegeben.

Der Prozess der Herausbildung meiner neuen professionellen Identität ermutigte mich auch, meine bisherige Arbeit und die verwendeten Konzepte kritisch zu betrachten. Bei intensiver Beschäftigung mit der Fachliteratur zum „Autismusspektrum“, fiel mir auf, dass viele Theorien und Konzepte, die in den letzten Jahren veröffentlicht worden sind, von stark reduzierten lerntheoretischen Konzepten ausgehen. Auch die Leistungskataloge institutioneller Angebote für

autistische Menschen, die in den vergangenen Jahren gemacht wurden, sind in erster Linie auf Verhaltensprogramme reduziert. Eltern können für ihre Kinder die Veränderungen bestimmter Verhaltensweisen „einkaufen“. Unzufrieden war ich auch mit dem technokratischen Menschenbild, das diesen Institutskonzepten und der Fachliteratur zugrunde liegt und in dem beispielsweise Beziehungsgeschehen, Einfühlung, Korrespondenz oder Übertragung in der therapeutischen Arbeit überhaupt nicht thematisiert werden. Außerdem stellte ich fest, dass das Störungsbild Autismus innerhalb der Integrativen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie wenig bekannt ist und bislang kaum Berücksichtigung im theoretischen Diskurs gefunden hat. Aus meinen Erfahrungen in der therapeutischen Arbeit – vor allem in der Arbeit mit Emanuel – wird jedoch deutlich, dass die Behandlung bzw. Förderung von autistischen Menschen nur über ein psychotherapeutisches Vorgehen und auf Grundlage ganzheitlicher, leib- und subjektorientierter Konzepte sinnvoll ist – Konzepte, die die Integrative Therapie des *Leib-Subjekts* und *Der Leib als totales Sinnesorgan* bereitstellt.

Die Ausarbeitung des Behandlungsjournals erfüllte für mich mehrere Funktionen: Es ging zum einen um die Integration von autismusspezifischen, mehr übungsorientierten Verfahrensweisen und tiefenpsychologisch fundierten, psychotherapeutischen Theorien und Konzepten der Integrativen Therapie auf praxeologischer Ebene. Zum anderen führten die Reflexionen des therapeutischen Prozesses mit Emanuel mich zu einem vertieften Interesse an Psychotherapietheorien und zu einem neuen Verständnis der Theorie-Praxis-Verschränkung in therapeutischen Prozessen. Mein Ringen um die Justierung der therapeutischen Beziehung zu Emanuel und um ein ausreichendes Verständnis seiner bewussten und unbewussten Erlebnisweisen eröffneten mir neue Einsichten in das Zusammenspiel von Empathie, Intervention und begleitender Reflexion. Daraus ergaben sich für mich die Notwendigkeit und das Bedürfnis, der theoretischen Diskussion meiner Arbeit mehr Raum zu geben. Dies führte schließlich dazu, dass ich die Erkenntnisse und die gewonnenen Erfahrungen des Behandlungsjournals in meiner Graduiierungsarbeit erweiterte und vertiefte.

Bevor diese Arbeit die leibtherapeutischen und entwicklungstheoretischen Konzepte der Integrativen Therapie darstellt, beschreibt sie den Begriff Autismus in seiner geschichtlichen Entwicklung bis zum heutigen Zeitpunkt sowie die Symptomatologie des Frühkindlichen Autismus. Im Anschluss werden drei ausgewählte autismusspezifische Behandlungskonzepte ausgeführt, die für mich handlungsleitend waren, ehe ich die Konzepte der Integrativen Therapie kennenlernte. Die Graduiierungsarbeit wird durch ein Resümee abgerundet. Darin

wird noch einmal zusammenfassend dargestellt, dass bei einer so tiefgreifenden Störung wie dem Frühkindlichen Autismus eindimensionale Verfahren ihre Wirksamkeit verfehlen. Es zeigt nochmals, dass Entwicklungsförderung auch im heilpädagogischen Praxisfeld nur über die Ebene beziehungsorientierter, leiborientierter und verstehender psychotherapeutischer Vorgehensweisen erfolgreich sein kann

2. Theorie

2.1 Entwicklung des Verständnisses von Autismus

Der Begriff „Autismus“ ist im Grunde eine Wortschöpfung des Schweizer Psychiaters Eugen Bleuler, der dem griechischen Wortstamm eine lateinische Endung zufügte. Er führte den Terminus „Autismus“ erstmals im Jahre 1911 in die Fachliteratur ein und prägte auch den Begriff „autistisch“, womit er vor allem die starke Bezogenheit auf sich selbst meinte, die er bei schizophren Erkrankten beobachtet hatte (vgl. KEHRER 1995, 9 und JANETZKE 1993, 8).

1943 beschrieb der amerikanische Kinderpsychiater Leo Kanner ein Erscheinungsbild, das er als *early childhood autism* bezeichnete. Kanner veröffentlichte seinen Artikel unter dem Titel „Autistische Störungen des affektiven Kontakts“ und legte eine angeborene Unfähigkeit der Kinder zugrunde, einen affektiven Kontakt zu Menschen herzustellen, der normalerweise biologisch angelegt sei (vgl. FRITH 1992, 17ff). Außer dem Mangel an Kontakt schilderte er weiterhin die Unfähigkeit Beziehungen aufzunehmen, stereotype motorische Bewegungen (Manierismen) sowie Widerstände gegen Veränderungen und das Beharren auf Gleichförmigkeit. Auch in der Kommunikation und der Sprache nannte er Auffälligkeiten, beispielsweise die pronominale Umkehr und Echolalie. Seine Arbeit enthielt damit eine prägnante phänomenologische Beschreibung des frühkindlichen Autismus, aber Kanner ging von einigen Fehlannahmen aus. So nahm er etwa an, dass die von ihm beschriebenen Kinder nicht geistig behindert seien und ihr schlechtes Abschneiden in Leistungstests durch eine fehlende Motivation zu erklären sei. Später stellte sich jedoch heraus, dass die Kinder überwiegend ein Funktionsniveau im Bereich der geistigen Behinderung aufwiesen. Zwar ging Kanner zunächst davon aus, dass der von ihm beschriebene Autismus angeboren sei, jedoch wurde er zugleich beeinflusst von psycho-

analytischen Theorien, welche die psychiatrische Fachwelt insbesondere in den USA erobert hatte. Er vertrat nun die Ansicht, dass insbesondere eine emotional kalte Mutter die Störung begründe. Diese Auffassung erwies sich jedoch als unhaltbar und auch Kanner revidierte sie zugunsten einer genetischen Verursachung (vgl. WING 1996, 6 und POUSTKA ET AL. 2004, 5).

Hans Asperger – ein Wiener Kinderarzt und der Erstbeschreiber des nach ihm benannten Syndroms – veröffentlichte im Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten einen Artikel, in dem er eine ausführliche Darstellung von vier Jungen aufzeigte (vgl. ASPERGER 1944). Er fasste deren Symptomatik, die er zuvor nirgendwo beschrieben fand, unter dem Begriff „Autistische Psycho-pathie“ zusammen. Zum damaligen Zeitpunkt kannte Asperger die Schriften von Leo Kanner nicht. Erst später setzte er sich in „Problems of infantile autism“ mit dessen Arbeit und dem frühkindlichen Autismus auseinander (vgl. ASPERGER 1979, 45f.). Asperger stellte in diesem Artikel sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede der beiden Störungen heraus und war der Ansicht, dass es sich um zwei verschiedene Störungsbilder handeln müsse.

Als man in den siebziger Jahren feststellte, dass eine „emotionale Heilung“ nicht möglich war, wurde ein neuer Ansatz entwickelt, der Autismus als eine kognitive und sprachliche Behinderung beschrieb (vgl. WING 1996, 7f). Deshalb wurden die Konzepte der Behandlung nun verhaltenstherapeutisch ausgerichtet (vgl. LOVAAS 1977), während die Förderung der sozialen und emotionalen Entwicklungsbereiche hier kaum Beachtung fand. Wing und Gould prägten als Erste den Begriff der „Triade von Beeinträchtigungen“ (WING/GOULD 1979, 11ff), um Kinder mit Autismus zu beschreiben. Zu dieser Autismus Triade zählten die Verhaltensauffälligkeiten:

- » Beeinträchtigung der sozialen Interaktion,
- » Beeinträchtigung der sozialen Kommunikation,
- » eingeschränktes Interesse und repetitives, sich stereotyp wiederholendes Verhalten.

Heute zählen die autistischen Störungen in beiden derzeit gültigen Klassifikationssystemen (ICD-10 und DSM-IV) zu den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen. Der Begriff „tiefgreifend“ fasst eine Gruppe von Störungen zusammen, die „höchstwahrscheinlich biologische Ursachen haben, von Geburt an vorliegen oder in den ersten Lebensjahren auftreten und persistieren“ (POUSTKA ET AL. 2004, 8). Die Störungen betreffen viele Verhaltensbereiche und sind Folge einer devianten, nicht nur verzögerten Entwicklung. Zu den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen in ICD-10 (F 84) gehören:

- » frühkindlicher Autismus (F 84.0),
- » atypischer Autismus (F 84.1),
- » Rett-Syndrom (F 84.2),
- » desintegrative Störung des Kindesalters (F 84.3),
- » Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungstereotypien (F 84.4),
- » Asperger-Syndrom (F 84.5),
- » sonstige tiefgreifende Entwicklungsstörung (F 84.8),
- » nicht näher bezeichnete tiefgreifende Entwicklungsstörung (F 84.9).

Mit den Begriffen „autistische Störungen“ und „autistische Syndrome“ sind alle tiefgreifenden Entwicklungsstörungen gemeint, die in den beiden Klassifikationsschemata aufgeführt sind. Das *Autismus-Spektrum* (auch: *autistisches Kontinuum*) umfasst insbesondere den frühkindlichen Autismus, den atypischen Autismus und das Asperger-Syndrom. Diese Bezeichnung basiert auf der Auffassung, dass das autistische Kontinuum sich nicht qualitativ, sondern lediglich quantitativ unterscheidet, das heißt in Bezug auf den Schweregrad der Störung. Damit wird ein dimensionaler Ansatz vertreten, nach dem sich verschiedene autistische Störungen nicht in klar unterscheidbare Kategorien unterteilen lassen (vgl. POUSTKA ET AL. 2004, 12f und BERNARD-OPITZ 2005, 13f).

2.2 Symptomatologie des Frühkindlichen Autismus

Die Störung, die Kanner beschrieb, wird im ICD-10 als „frühkindlicher Autismus“ bezeichnet, im DSM-IV heißt sie „autistische Störung“ und in der Fachliteratur findet man auch die Bezeichnungen „Kanner-Syndrom“ oder „Kanner-Autismus“. Ich beschränke mich bei der Beschreibung der Symptomatologie auf den frühkindlichen Autismus, da diese Diagnose auf den Jungen zutrifft, den ich im Behandlungsjournal beschreiben werde.

Das klinische Vollbild des frühkindlichen Autismus entwickelt sich spätestens zwischen dem vierten und fünften Lebensjahr. Viele Symptome erreichen in dieser Phase auch den größten Schweregrad. Grundlegende Fähigkeiten, die in den ersten eineinhalb Lebensjahren eines Kindes normalerweise wie selbstverständlich erworben werden, können von autistischen Kindern nicht erreicht werden. So ist der Blickkontakt autistischer Kinder qualitativ verändert, da er in anderen situativen Kontexten auftritt. Beim Betrachten eines Gegenstandes beziehen sie ihr Gegenüber zum Beispiel nicht in die Objekterfahrung

ein, der Blickkontakt ist zeitlich nicht auf den Partner abgestimmt und wird oft nicht mit anderen kommunikativen Signalen verbunden (CORDES 1995, 62f).

Gesunde Kinder entwickeln bis zu einem Alter von 18 Monaten die Zeigegeste. Autistische Kinder dagegen zeigen anderen Personen seltener etwas und reagieren seltener auf zeigendes Verhalten ihrer Bezugspersonen. Diese gut zu beobachtende Geste ist sogar von den meisten diagnostischen Inventaren als Frühdiagnose aufgenommen worden (ADOS: RÜHL ET AL. 2003, 23 und CHAT: dt. Fassung von KUSCH/PETERMANN 2001 in: POUSTKA ET AL. 2004, 138).

Es konnte nicht empirisch nachgewiesen werden, dass autistische Kinder Körperkontakt ablehnen, aber sie suchen ihn nicht aktiv, dulden ihn sogar länger als gesunde Kinder. Auch ihre Emotionen bringen sie andersartig zum Ausdruck. Sie können sie ihre Gefühle nicht durch expressive Gesten wie Umarmen oder Küssen zum Ausdruck bringen und ihren emotionalen Vokalisationen sind eher idiosynkratisch, da sie nur von engen Bezugspersonen verstanden werden (vgl. CORDES 1995, 64). Autistische Kinder sind demnach sehr wohl in der Lage Affekte zu zeigen, aber ihren mimischen, lautlichen und gestischen Affektäußerungen ist nur schwer eine eindeutige kommunikative Information zu entnehmen. Ebenso haben autistische Kinder Schwierigkeiten im Erkennen von Emotionen. Sie nutzen eher die untere Gesichtsregion (Mund) als Informationsquelle und haben Schwierigkeiten verschiedene Modalitäten emotionaler Äußerungen zu integrieren, das heißt Vokalisationen, Gesten und die emotionsauslösenden Kontexte einander zuzuordnen (vgl. CORDES 1995, 65).

Weiterhin wurde nachgewiesen, dass autistische Kinder spät oder gar nicht die Fähigkeit erwerben, Laute und Gesten zu imitieren. Auch nach dem Sprachbeginn bleibt die Sprache bei fast allen Betroffenen auf irgendeine Weise deviant. Nicht wenige Individuen mit Autismus bleiben ein Leben lang stumm und kompensieren dieses Defizit nicht durch non-verbale Kommunikation. Bei sprechenden Betroffenen zeigen sich Auffälligkeiten der Sprache, zum Beispiel in Gestalt von Echolalie, der Verwendung repetitiver Worte und Sätze, veränderter Prosodie und eigentümlichem Gebrauch von Sprache. Sie zeigen eher Interesse, Objekte sensorisch zu erkunden oder an Teilen des Objektes zu hantieren. Autistische Menschen haben ein Bedürfnis nach Gleichförmigkeit der Umwelt und gewohnten Tagesabläufen. Häufig sind Interessen und Aktivitäten eingeschränkt und ungewöhnlich. Es kommen starke Bindungen an unbelebte Objekte und motorische Manierismen vor. Deshalb zählt zu den Frühwarnzeichen auch das fehlende einfache imaginative Spiel.

Diagnostische Kriterien für Frühkindlichen Autismus nach den Forschungskriterien der ICD-10 (F 84.0):

- 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 Spiel
- 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 Auffälligkeit der gegenseitigen sozialen Interaktion in mindestens zwei der folgenden Bereiche:
 - a. Unfähigkeit, Blickkontakt, Mimik, Körperhaltung und Gestik zur Regulation sozialer Interaktion 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 reichlicher Möglichkeiten)
 - c. Mangel an sozio-emotionaler Gegenseitigkeit, die sich in einer Beeinträchtigung oder devianten Reaktion auf die Emotionen anderer äußert; oder Mangel an Verhaltensmodulation entsprechen dem sozialen Kontext; oder nur labile Integration sozialen, emotionalen und kommunikativen Verhaltens
 - d. 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).
 - 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 den Kompensationsversuch durch Gestik oder Mimik als alternativer Modus der 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 von Sprache oder idiosynkratischer 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 inhaltlich oder im Kernpunkt nicht abnorme Interessen ungewöhnlicher Intensität und Begrenztheit handeln
 - b. offensichtliche zwanghafte Anhänglichkeit an spezifische, nichtfunktionale 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 nichtfunktionalen Elementen des Spielmaterials (z.B. ihr Geruch, die Oberflächenbeschaffenheit oder das von ihnen hervorgebrachte Geräusch oder ihre Vibration)
- C. Das klinische Bild kann nicht einer andern tiefgreifenden Entwicklungsstörung zugeordnet werden: einer spezifischen Entwicklungsstörung der rezeptiven Sprache (F 80.2) mit sekundären sozio-emotionalen Problemen, einer reaktiven Bindungsstörung (F 94.1), einer Bindungsstörung mit Enthemmung (F 94.2), einer Intelligenzminderung (F 70–F 79), mit einer emotionalen oder Verhaltensstörung, einer Schizophrenie (F 20) mit ungewöhnlich frühem Beginn oder einem Rett-Syndrom (F 84.2).

Quelle: WHO 2006, 179f

Die zentralen Merkmale des frühkindlichen Autismus treten in verschiedener Ausprägung auf. Es gibt beträchtliche Unterschiede in Hinblick auf die kognitiven Fähigkeiten innerhalb dieser Autismusgruppe. Sie reichen von sehr funktionsfähigen Individuen mit normaler Intelligenz bis zu solchen mit schwerer geistiger Behinderung. *High Functioning Autismus* ist ein inoffizieller Begriff für Menschen ohne geistige Behinderung (IQ > 70) oder mit mindestens durchschnittlicher Intelligenz (IQ > 85), auf die die Diagnose „Autismus“ ebenfalls zutrifft (vgl. POUSTKA ET AL. 2004, 11). Zudem liegen zumeist gute verbale Fähigkeiten vor, obwohl laut Diagnosekriterien eine Sprachentwicklungsverzögerung vorliegen muss.

Innerhalb des Therapieprozesses ist es wichtig, auch den Sekundärsymptomen Beachtung zu schenken. Hierunter fallen Verhaltensauffälligkeiten, die für eine autistische Störung als nicht diagnoserelevant gelten, die jedoch

auffallend häufig mit dem Erscheinungsbild des Autismus einhergehen. Sie bilden zumeist die Hauptprobleme im pädagogischen Alltag des häuslichen und sozialen Umfeldes. Hierunter zählen:

- » Schlafstörungen,
- » spezifische Vorlieben bzw. Aversionen bei der Nahrungsaufnahme,
- » starke Stimmungsschwankungen,
- » motorische Unruhe/Hyperaktivität,
- » Ängste/Phobien,
- » Wutausbrüche,
- » aggressives Verhalten,
- » selbstverletzendes Verhalten.

Die sensorischen Auffälligkeiten wirken sich auf das Alltagsleben der Betroffenen aus und bringen vielfältige Probleme mit sich. Wenn man die Behinderung verstehen und erfolgreiche Interventionsstrategien entwickeln möchte, muss man diese Vielfalt und Andersartigkeit von Wahrnehmungsverarbeitungen in das therapeutische Konzept einbeziehen. Ebenso verhält es sich mit den unterschiedlichen Denk- und Lernstilen von autistischen Personen. Sie lernen besser, wenn sie Informationen visuell aufnehmen können. Gleichzeitig fällt es ihnen schwer, ihre Aufmerksamkeit zu fokussieren beziehungsweise sich zu konzentrieren und sie haben einen ihnen eigenen Stil, Informationen aus der Umwelt aufzunehmen und zu verarbeiten.

2.3 Heutiges Verständnis von Autismus

Aufgrund von vielfältigen Forschungsbemühungen und Befunden wird heute eine biologische Pathogenese des frühkindlichen Autismus nicht mehr angezweifelt. Trotzdem kann noch kein schlüssiges Modell zur Ätiologie und Genese vorgelegt werden (vgl. POUSTKA ET AL. 2004, 22ff). Poustka macht an folgenden Hinweisen fest, dass es sich bei Autismus primär um eine biologische Störung handelt:

- » „Hohe Verhaltenskonkordanz bei eineiigen im Vergleich zu zweieiigen Zwillingen,
- » Erkrankungsrisiko für Geschwister etwa 50fach erhöht,
- » Häufung milder kognitiver und psychischer Probleme in Familien mit Autismusbelastung,
- » Früher Beginn der Störung,
- » Hohe Komorbidität mit geistiger Behinderung,

- » Hohe Rate neurologischer Auffälligkeiten (z.B. Epilepsie),
 - » Neuropsychologische Funktionsstörungen,
 - » Assoziation mit genetischen Erkrankungen,
 - » Keine kausale Beziehung der Störung zum Erziehungsverhalten und sozioökonomischen Status der Eltern,
 - » Deprivation erzeugt von Autismus unterscheidbarer Problematik.“
- (POUSTKA ET AL. 2004, 22)

Die bislang vorliegenden Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass folgende Faktoren beteiligt sind: genetische Faktoren, assoziierte körperliche Erkrankungen, Hirnschädigungen beziehungsweise Hirnfunktionsstörungen, biochemische Anomalien, neuropsychologische Defizite sowie die Wechselwirkungen dieser Faktoren (vgl. REMSCHMIDT/KAMP-BECKER 2006, 34ff).

2.3.1 Genetische Faktoren

Nach derzeitigem Forschungsstand hat insbesondere der frühkindliche Autismus eine starke genetische Grundlage. Hierfür sprechen die Ergebnisse von Familienuntersuchungen, Zwillingsstudien, zytogenetischen und molekular-genetischen Untersuchungen. Zwillingsstudien weisen beim Autismus auf die höchste Erbllichkeit hin, die es überhaupt im Vergleich zu irgendwelchen neuropsychiatrischen Erkrankungen gibt: Sie liegt bei 90 Prozent (POUSTKA 2008, 38). Bei eineiigen Zwillingen liegt die Wahrscheinlichkeit nicht bei 100 Prozent, wie es aufgrund desselben Codes zu erwarten wäre. Hier zeigt sich, dass es zwar eine klare erbliche Komponente gibt, es aber noch weiterer Faktoren bedarf, um Autismus auszulösen.

Aus den bisherigen Erkenntnissen aus Familien- und Zwillingsuntersuchungen sowie der Molekulargenetik geht hervor, dass verschiedene Gene an der Verursachung der autistischen Störung beteiligt sind. Die Zahl schwankt bei verschiedenen Autoren zwischen drei und 20 verschiedenen Genen (vgl. POUSTKA 2005, 50 und REMSCHMIDT/KAMP-BECKER 2006, 34). Die Befunde sind jedoch inkonsistent: Es sind nicht immer die gleichen Chromosomen betroffen und ständig werden neue benannt, so dass die genetische Aufklärung noch am Anfang steht.

2.3.2 Assoziierte körperliche Erkrankungen

Bei frühkindlichem Autismus wurden mittlerweile 40 verschiedene körperliche Erkrankungen benannt, die auffallend häufig gemeinsam auftreten (vgl. REMSCHMIDT/KAMP-BECKER 2006, 35ff): Epilepsie, tuberöse Sklerose, Neurofibromatose, fragiles X-Syndrom, unbehandelte Phenylketonurie. Es konnte jedoch noch nicht geklärt werden, wie der jeweilige Zusammenhang zwischen diesen Erkrankungen zu verstehen ist.

2.3.3 Hirnschädigungen und Hirnfunktionsstörungen

Es konnten neuroanatomische Auffälligkeiten nachgewiesen werden, beispielsweise ein vergrößerter Kopfumfang (vgl. POUSTKA 2005, 47), eine erhöhte Zelldichte mit gleichzeitig reduzierter Nervenzellgröße und ein Verlust an Purkinje-Zellen im Kleinhirn und Granulosazellen im neocerebellaren Kortex (vgl. POUSTKA ET AL. 2004, 33). Die Gehirnforschung geht mittlerweile jedoch neue Wege. Sie sucht nicht mehr nach Veränderungen bestimmter Teile im Gehirn, sondern versucht mit Hilfe bildgebender Verfahren aufzuspüren, welche Probleme es im Zusammenspiel verschiedener Gehirnareale gibt. Deshalb wird ein Modell unzureichender neuronaler Vernetzung diverser zerebraler Areale von vielen Forschern diskutiert (vgl. REMSCHMIDT/KAMP-BECKER 2006, 51ff). So konnte in Studien mit Hilfe von funktionellen Kernspintomographien nachgewiesen werden, dass Dysfunktionen des „Sozialen Gehirns“ (orbitofrontaler Kortex, Amygdala, Gyrus temporalis superior), Dysfunktionen der Spiegelneuronen und Dysfunktionen an der Basis des Hirnstamms (Formatio reticularis) mit Autismus assoziiert sind (vgl. POUSTKA 2004, 33 und vgl. POUSTKA 2005, 48).

Alle neurochemischen Studien sind bislang nicht genügend aussagekräftig und uneinheitlich und somit sehr umstritten. Diskutiert werden Veränderungen im Bereich der Serotoninkonzentration im Blut, des Dopamins, des Melatonins und des Testosterons (vgl. REMSCHMIDT/KAMP-BECKER 2006, 39ff).

2.3.4 Neuropsychologische Faktoren

In der Neuropsychologie des Autismus werden vor allem Besonderheiten der Intelligenzstruktur, Störungen der *Theory of Mind*, Exekutivfunktionen sowie schwache soziale Kohärenz als mögliche psychologische Korrelate autistischen

Verhaltens diskutiert. Wiederholt konnte bei Intelligenzdiagnostischen Untersuchungen festgestellt werden, dass Menschen mit Autismus ein relativ stabiles und charakteristisches Leistungsprofil in den Wechsler-Intelligenzskalen zeigen (vgl. POUSTKA ET AL. 2004, 29). Sie zeigen gute Fähigkeiten bei den Subskalen zur Messung visuell-räumlicher Fähigkeiten (Mosaiktest, Figurenlegen) und mechanischer Gedächtnisfunktionen (*rote memory*, Zahlennachsprechen). Dagegen zeigen sie bei den Subtests zur sozialen Kognition (allgemeines Verständnis, Bilderordnen) unterdurchschnittliche Leistungen.

Der psychologische Begriff *Theory of Mind* – kurz ToM – ist ein Begriff für ein breites Spektrum sozio-kognitiver Fähigkeiten, die zur erfolgreichen Bewältigung sozialer Interaktion notwendig sind. ToM beschreibt die Fähigkeit, anderen Menschen und sich selbst Gedanken, Überzeugungen, Wünsche und Absichten zuzuschreiben, diese bei anderen zu erkennen und zu verstehen, um ihr Verhalten einzuschätzen und um vorhersagen zu können, was sie als nächstes tun werden (vgl. ATTWOOD 2007, 143). Kardinalsymptome bei eingeschränkter ToM sind zum Beispiel Empathieschwäche, Verständnisschwäche für Metaphorik und soziale Situationen, Mentalisierungsschwäche und Mangel an phantasievollen Spiel.

„Exekutive Funktionen stellen Denkprozesse höherer Ordnung dar, die für die Verhaltensplanung, -steuerung und -kontrolle entscheidend sind“ (REMSCHMIDT/KAMP-BECKER 2006, 44). Damit wird eine Vielzahl von Vorgängen, die mit Planungsprozessen, Vorausschau und zielgerichtetem, problemorientiertem Handeln verbunden sind, beschrieben. Kardinalsymptome sind zum Beispiel Defizite im Vorausplanen, Defizite im zeitlichen Strukturieren, Mangel an Flexibilität und Initiierungsschwäche. Viele Verhaltensmerkmale von autistischen Menschen wie Veränderungsängste, spezifische Interessen, Impulsivität und fehlendes vorausschauendes Denken lassen sich durch eine Störung der exekutiven Funktionen erklären.

Zentrale Kohärenz wird definiert als natürliche Tendenz, vorhandene Stimuli global im Kontext zu verarbeiten, wobei Informationen zusammengefügt werden, um die höherwertige Bedeutung zu erfassen. Das heißt, dass Reize natürlicherweise stetig in ihrem Bezugssystem zu anderen Reizen und Informationen gesehen werden. Demnach sehen Menschen andere Menschen, Objekte und Situationen unwillkürlich kontextgebunden und im Sinne einer kohärenten Gestalt. Die Theorie der schwachen Zentralen Kohärenz wurde von Uta Frith in Deutschland 1992 (im Original in England 1989) formuliert und hat ihre Wurzeln in der Gestaltpsychologie und der kognitionspsychologischen Theorie der Feldabhängigkeit – Feldunabhängigkeit. Bei Menschen mit Autismus ist die zentrale

Kohärenz schwach ausgeprägt (vgl. FRITH 1992, 123ff und HAPPÉ 1999, 541ff) Dies bedeutet, dass sie weniger den Kontext und die Zusammenhänge von Gegenständen und Objekten betrachten, sondern ihre Wahrnehmung auf einzelne oder auch isolierte Details richten. Kardinalsymptome für dieses Phänomen sind bruchstückhafte Infoverarbeitung, Detailorientierung, Kontext- und Sinn- erfassungsschwäche.

Aus den Ausführungen kann man schließen, dass es nicht „die“ Therapie für autistischen Menschen geben kann. Biologische, psychologische, pädagogische, soziale, ökologische und kommunikative Interventionsformen müssen im Gesamttherapiekonzept Berücksichtigung finden.

3. Meine bisherigen methodischen Ansätze in der Therapie mit autistischen Kindern

Da die Integrative Therapie einem „multitheoretischen Diskurs“ (PETZOLD ET AL. 2006, 629) verpflichtet ist, ist das Einbeziehen anderer Theorien und Konzepte geradezu erwünscht. Die „Integrative Hermeneutische Spirale“ (PETZOLD ET AL. 2006,) ist das Wesen der Integrativen Therapie und bedeutet, dass ein „multitheoretisches Reflektieren“ in Verbindungen und Übergängen erforderlich ist, um der „Praxis der Angrenzungen“ (PETZOLD ET AL. 2006, 629f) als „differentielles offenes Gesamt im kreativen Wandel“ (PETZOLD ET AL. 2006, 630) gerecht zu werden. Im Sinne dieses Leitkonzeptes habe ich Referenztheorien ausgewählt, die „Multireferentialität“ beziehungsweise „Mehrperspektivität“ (PETZOLD ET AL. 2006, 631) innerhalb dieses konkreten Prozesses gewährleisten.

Im Prozess mit Emanuel hat mich das Wissen der verschiedenen Konzepte und Theorien der Integrativen Therapie sowohl in meiner praktischen Arbeit als auch in meinem Reflexionsprozess stets begleitet. Die Arbeit mit autistischen Kindern verlangt nach zusätzlichen Theorien und Konzepten, die speziell für diese entwickelt wurden. Diese autismusspezifischen Programmen berücksichtigen in besonderem Maße die Besonderheiten und Schwierigkeiten der sozialen und kommunikativen Fähigkeiten sowie die kognitiven Probleme. Auf praxeologischer Ebene werden daraus entsprechende Methoden abgeleitet.

3.1 Das TEACCH-Programm

Ein Behandlungsansatz für autistische Menschen ist das TEACCH-Programm. TEACCH steht für *Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children*. Dieses Programm ist in den sechziger Jahren von Eric Schopler an der Universität von North Carolina in Chapel Hill entwickelt worden.

Er ging von einer organischen Ursache für Autismus aus und wies mit seinem Forschungsteam nach, dass Kinder mit Autismus von einer klaren Strukturierung der Lern- und Fördersituation profitieren. Dies war die Grundsteinlegung des *structured teaching* (vgl. HÄUBLER 2005, 12). Von Anfang an wurden die Eltern der Kinder in das Forschungsprojekt aufgenommen und aktiv beteiligt. Sie sorgten auch später mit ihrem Engagement für weitreichende Entscheidungen: „1971 erging das Mandat des Staates North Carolina an die Universität von Chapel Hill, ein umfassendes Autismusprogramm aufzubauen, das Forschung und Praxis vereinigt“ (HÄUBLER 2005, 13). Von diesen Anfängen bis heute gibt es inzwischen neun TEACCH-Zentren, in deren Nähe sich jeweils ein Universitäts-campus befindet, so dass die Verschränkung von Praxis und Forschung gewahrt bleibt. Außerdem befinden sich im Einzugsbereich eines jeden TEACCH-Zentrums Schulklassen und andere pädagogische Einrichtungen für Autisten.

In seiner Dissertation aus dem Jahre 1966 wies Schopler nach, dass autistischen Menschen die Verarbeitung visueller Informationen besser gelingt als die Verarbeitung verbaler Informationen. Ihnen fällt die simultane Informationsverarbeitung leichter als die sequentielle, so dass diesen Menschen das gleichzeitige Sehen und Hören schwer fällt. Er beschreibt typische Probleme, die autistischem Verhalten zugrunde liegen: Schwierigkeiten im Umgang mit Veränderungen; kognitive Besonderheiten wie Verarbeitungsstil; unebenes Entwicklungsprofil; Generalisierungsprobleme; Aufmerksamkeit für Details; beeinträchtigte Abstraktionsfähigkeit. Daraus entwickelt er folgende Konsequenzen für den Umgang mit autistischen Menschen, die die Grundlagen für die pädagogisch-therapeutische Arbeit des Programms sind:

- » Erwerb fundierter Kenntnisse über Autismus,
- » umfassende formelle und informelle Diagnostik,
- » Schaffung von Sicherheit durch zuverlässige und vorhersehbare Ereignisse,
- » Orientierungshilfen durch Klärung von Erwartungen und eindeutige Instruktionen,
- » Strukturierung von Aufgaben und Tätigkeiten,
- » Motivierung durch Ausschöpfen und Nutzen der Spezialinteressen.

(vgl. HÄUBLER 2000)

Mit dem Satz „Wir strukturieren ALLES, aber nur für den, der es braucht!“ wird der Kerngedanke der „Visuellen Strukturierung“ in den Fortbildungen zum TEACCH-Programm zum Ausdruck gebracht. Die Förderstrategien beinhalten neben deutlichen Strukturierungen den Einsatz visueller Hinweise, um den autistischen Menschen darin zu unterstützen, sich zurecht zu finden und sein

Verhalten selbständig zu organisieren. Grundsätzlich geht es darum, zusätzliche visuelle Hilfen einzusetzen, die das Sprach- und Situationsverständnis erleichtern, um auf diese Weise das Lernen und Handeln zu fördern. Strukturierungen für folgende Bereiche werden vorgenommen

- » physische Organisation der Umwelt: Raumaufteilung, visuelle Markierungen einzelner Bereiche, Reizabschirmung, Hinweise: Was gehört wohin?
- » zeitliche Strukturierung: Visualisierung der Abfolge von Aktivitäten: *Wer* oder *was* erwartet mich *wann*?
- » Darbietung des Materials: übersichtliche Organisation in Behältern, abgezählte Teile, Vollständigkeit der benötigten Materialien, visuelle Strukturierung der Arbeitsfläche, überschaubare Materialmenge
- » Routinen: von oben nach unten, von links nach rechts, Fertiges in den Korb, erst Arbeit – dann Freizeit, „Schau auf den Plan!“
- » Instruktionen: Schablonen und Vorlagen, Bildsequenzen, schriftliche Anleitungen, farbliche Kodierungen, Markierungen
- » Arbeitsorganisation: Systeme, die anzeigen: *Was* ist zu tun? – *Wie viel* ist zu tun? – In welcher *Reihenfolge*? – *Wann* muss es *fertig* sein? – Was kommt *danach*?

Das TEACCH-Programm hat seine Wurzeln in der Verhaltenstherapie, aber es hat sich weiterentwickelt und Erkenntnisse aus der kognitiven Psychologie und aus der Neuropsychologie einbezogen. Es ist wissenschaftlich fundiert und enthält sehr gute und brauchbare diagnostische Inventare (PEP-3, AAPEP, Kommunikationscurriculum). Es legt großen Wert auf soziale und kommunikative Fähigkeiten, auf die Selbständigkeit der Betroffenen, es geht von den Stärken und Ressourcen aus und ist offen für andere Methoden und Maßnahmen. Ein wichtiger Schwerpunkt im pädagogischen Konzept ist die Individualisierung der Förderung, sowohl in Hinblick auf die Inhalte als auch auf die Form. Dabei werden vor allem die Interessen, Vorlieben und Stärken eines jeden einzelnen Menschen in besonderer Weise berücksichtigt. Mögliche Störfaktoren wie Lichtreize oder auditive Reize werden möglichst ausgeblendet. Die Förderung findet in den sozialen Lebenswelten der betroffenen Menschen statt.

Das TEACCH-Modell ist nicht einfach auf deutsche Verhältnisse übertragbar. In Deutschland gibt es keine TEACCH-Zentren und nur sehr wenige pädagogische Einrichtungen, in denen alle Mitarbeiter eine Ausbildung genossen haben, die Inhalte und Prinzipien dieses speziellen pädagogisch-theapeutischen Ansatzes vermittelt. Deshalb habe ich für die Arbeit mit dem TEACCH-Modell meine eigene Umgangsweise entwickelt, um es bestmöglich in meine Arbeit zu

integrieren. Ich selbst entscheide in jedem Prozess ganz individuell, inwieweit ich mit Elementen aus dem TEACCH-Programm arbeite und zu welchem Zeitpunkt ich sie einsetze. In meinem Prozess mit Emanuel habe ich erst zu einem Zeitpunkt auf das TEACCH-Programm zurückgegriffen, als er von sich aus die Bereitschaft zeigte, sich funktional mit Gegenständen, Materialien und Spielzeugen zu beschäftigen. Ich selbst verstehe mich als Multiplikatorin meiner Konzepte – in diesem Fall des TEACCH-Programms – und versuche meine Strategien gegenüber Eltern und beteiligten Pädagogen transparent zu machen, zu begründen, individuell mögliche Erklärungen für die Verhaltensweisen des Kindes zu geben und zu einem *informed consent* (vgl. PETZOLD 2003, 417) zu gelangen. Hier vollzieht sich der interessante Vorgang, dass der *informed consent* nicht zwischen mir und dem Klienten, sondern zwischen mir und den relevanten Bezugspersonen entsteht. Dies ist eine Erweiterung des therapeutischen Feldes oder ein Sonderfall der Vernetzung.

Das TEACCH-Modell ist ein radikal phänomenologischer Ansatz. Die Pädagogen verbleiben auf der Ebene der Wahrnehmung und der sinnlich konkreten Erfahrung und ziehen ihre Schlüsse aus den Beobachtungen der ihnen anvertrauten autistischen Menschen. Ziel ist es, durch die Schaffung eines ich-syntonen Milieus, in dem möglichst viele Störungen und Irritationen ausgeblendet werden und möglichst viele Vorlieben, Stärken und Gewohnheiten bedient werden, Verhaltensauffälligkeiten zu reduzieren, das Arbeitsverhalten zu stärken beziehungsweise zu erhöhen und die Umgebung für die betroffenen Menschen insgesamt durchschaubarer zu machen. Genauer betrachtet erfolgt die Arbeit unter anderem nach Prinzipien der Gestalttheorie beziehungsweise der Gestaltwahrnehmung. Der Erfahrungsraum wird aktiv vor- und mitstrukturiert.

3.2 Der entwicklungsorientierte Interventionsansatz der Bodenzeit

Das von Stanley Greenspan entwickelte *Floor Time Program* (in der deutschen Übersetzung: Bodenzeit, vgl. GREENSPAN/WIEDER 2001) zielt in erster Linie auf die emotionale Entwicklung des Kindes, während andere Methoden meist die Förderung der kognitiven Entwicklung in den Vordergrund stellen. Gleichzeitig umfasst es die Anfänge der sozial-kommunikativen Fähigkeiten. Es wird sehr viel Wert auf die Befindlichkeit des Kindes gelegt. Störendes und dysfunktionales Verhalten des Kindes soll nicht durch „Drill“ zu modifizieren versucht werden.

Während der Therapie soll sich das Kind frei und entspannt fühlen, während ihm Handlungs- und Lernmöglichkeiten in „Zonen optimaler Proximität“ (WYGOTSKY zit. nach Gröschke 1997, 256) angeboten werden. Dazu hält das Programm Beobachtungsschemata bereit. Zunächst werden die sensorischen Besonderheiten des Kindes in den verschiedenen Wahrnehmungsbereichen überprüft. Danach wird eine Checkliste für eine Beobachtung der „sechs Wegmarken“ (GREENSPAN/WIEDER 2001, 123) angeboten. Sie teilt die sozial-kommunikativen Fähigkeiten in sechs Phasen ein, die aber so verstanden werden, „dass Kinder die emotionalen Wegmarken nicht in geordneter Abfolge, fein säuberlich eine nach der anderen, bewältigen“ (GREENSPAN/WIEDER 2001, 163). Weiterhin wird Eltern und Therapeuten geraten, ihre eigene Entwicklung und ihre eigenen Erfahrungen in den unterschiedlichen Wegmarken zu explorieren, um eigene Verhaltensweisen aufzuspüren, die das Explorationsverhalten des Kindes und die Unabhängigkeit einschränken. Gleichzeitig lässt sich feststellen, ob und inwieweit der Umgang mit eigenen Gefühlen sowie deren Ausdruck die Weiterentwicklung des Kindes behindern. Die ersten vier von sechs Wegmarken nach Greenspan sind:

„Erste Wegmarke: Selbstberuhigung und Interesse an der Welt

1. zeigt Interesse an unterschiedlichen Sinneseindrücken für mehr als drei Sekunden
2. bleibt ruhig und konzentriert für mehr als 2 Minuten
3. erholt sich mit Ihrer Hilfe innerhalb von 20 Minuten von Belastungen
4. zeigt Interesse an Ihnen (d.h. nicht nur an unbelebten Objekten)

Zweite Wegmarke: Vertrauensvolle Nähe

1. reagiert auf Ihre Annäherungsversuche (z.B. mit einem Lächeln, Stirnrunzeln, einer Handbewegung, Lautäußerung oder anderen zielgerichteten Verhaltensweisen)
2. reagiert auf Ihre Annäherungsversuche mit offenkundiger Freude
3. reagiert auf Ihre Annäherungsversuche mit Neugier und aktivem Interesse (indem es z.B. ihr Gesicht erforscht)
4. antizipiert einen Gegenstand, der ihm gezeigt und dann weggenommen wird (zeigt sein Interesse z.B. durch Lächeln oder Brabbeln)
5. wird ungehalten, wenn Sie während des Spiels für 30 Sekunden oder länger nicht reagieren
6. reagiert mit Protest und Wut auf Frustrationen
7. erholt sich mit Ihrer Hilfe innerhalb von 15 Minuten von Kümernissen

Dritte Wegmarke: Wechselseitige Kommunikation

1. reagiert auf ihre Gesten mit eigenen zielgerichteten Gesten (streckt z.B. die Arme nach Ihnen aus, wenn Sie die Arme ausstrecken, erwidert Lautäußerungen oder Blicke)
2. initiiert Interaktionen mit Ihnen (greift z.B. nach Ihrer Nase, Ihrem Haar oder einem Spielzeug; hebt die Arme, um hochgehoben zu werden)
3. zeigt folgende Emotionen:
 - » Nähe (erwidert z.B. eine Umarmung; streckt die Arme aus, um hochgenommen zu werden)
 - » Freude und Aufregung (lächelt z.B. glücklich, während es den Finger in Ihren Mund steckt oder während es ein Spielzeug aus Ihrem Mund nimmt und es in den eigenen steckt)
 - » Neugier (berührt und erforscht z.B. Ihr Haar)
 - » Protest oder Wut (schleudert z.B. Essen vom Tisch oder schreit, wenn ein gewünschtes Spielzeug nicht gebracht wird)
 - » Angst (wendet sich z.B. ab, schaut ängstlich oder weint, wenn sich ein Fremder zu schnell nähert)
4. Erholt sich innerhalb von 10 Minuten von Kümmernissen, wenn es in soziale Interaktionen verwickelt wird

Vierte Wegmarke: Komplexe Kommunikation

1. schließt zehn oder mehr Kommunikationskreise hintereinander (nimmt Sie z.B. an die Hand, führt Sie zum Kühlschrank, deutet darauf, brabbelt, antwortet auf Ihre Frage mit weiteren Lautäußerungen und Gesten und setzt gestischen Austausch fort, bis Sie die Tür öffnen und das Gewünschte herausholen)
2. ahmt Ihr Verhalten auf zielgerichtete Weise nach (setzt z.B. Papas Hut auf, stolziert damit durchs Haus und wartet auf Anerkennung)
3. schließt zehn oder mehr Kreise durch
 - » Laute oder Worte
 - » Mimik
 - » wechselseitiges Berühren und Anfassen
 - » Bewegung im Raum (z.B. Raufen)
 - » grobmotorische Aktivitäten (Laufen und Fangen, Klettern)
 - » raumübergreifende Kommunikation (kann z.B. von der anderen Seite des Zimmers zehn Kreise mit Ihnen schließen)

4. schließt drei oder mehr Kommunikationskreise hintereinander, während es folgendes empfindet:
 - » Nähe (setzt z.B. mimische Ausdrücke, Gesten und Lautäußerungen ein, wenn es umarmt, geküsst oder geknuddelt werden möchte, oder ahmt Sie nach, indem es z.B. in ein Spielzeugtelefon spricht, während Sie ein Telefonat führen)
 - » Freude und Aufregung (setzt Blicke und Lautäußerungen ein, um eine andere Person aufzufordern, sich mit ihm gemeinsam an etwas zu erfreuen; nimmt Anteil an „Witzen“ mit anderen Kindern oder Erwachsenen, indem es gemeinsam mit ihnen über dieselbe Sache lacht)
 - » Neugier (erforscht z.B. Unbekanntes auf eigene Faust; setzt raumgreifende Kommunikationsfähigkeit ein, um Nähe zu Ihnen herzustellen, während es eigenständig spielt oder Dinge erkundet)
 - » Wut (demonstriert seinen Ärger, indem es vorsätzlich haut, kneift, brüllt, mit den Fäusten hämmert, schreit oder sich auf den Boden wirft. Nutzt alternativ gelegentliche kalte oder wütende Blicke)
 - » Grenzsetzungen (versteht und reagiert auf Grenzen, die Sie ihm setzen, ob durch Worte – „Nein, laß das!“ – oder Gesten – mahnender Zeigefinger, böses Gesicht)
5. setzt Nachahmung ein, um Kummer zu bewältigen und sich davon zu erholen (schlägt z.B. auf den Boden oder brüllt zurück, wenn es angebrüllt wird)“
(GREENSPAN/WIEDER 2001, 124ff)

Nicht selten gelingen Vorschulkindern mit der Diagnose „Frühkindlicher Autismus“, die zu den ersten Therapiestunden in unsere Einrichtung kommen, lediglich Interaktionen in den ersten beiden Wegmarken.

Greenspans Konzept setzt die interaktiven Erfahrungen jedes Kindes in den Mittelpunkt seiner Entwicklung und zeigt auf, dass Kinder mit Beeinträchtigungen in ihren Kontakt- und Kommunikationsmöglichkeiten ein liebevolles, intersubjektives, aber auch forderndes Gegenüber benötigen, um Weiterentwicklung zu bewirken. Die hirnpfysiologischen Zusammenhänge werden zwar erwähnt, jedoch nicht näher ausgeführt und lediglich als neurologische Stärken und Schwächen des Kindes beschrieben. Die so genannten „Wegmarken“ sind empirisch nicht belegt und scheinen auch nicht wissenschaftlich fundiert zu sein.

Trotzdem ist dies das einzige mir bekannte Buch, das Eltern deutlich macht, wie wichtig die Qualität der Interaktion zwischen ihnen und ihren Kindern ist. Greenspan macht deutlich, dass die zentrale Komponente des elterlichen Verhaltens dabei die Selbstkongruenz ist, das heißt ihr Fühlen und Denken sollte

mit ihren Äußerungen, ihrer Gestik und Mimik übereinstimmen. Weiterhin führt er aus, dass Eltern die kindlichen Signale und Bedürfnisse richtig deuten müssen und in angemessener Stimulation und Zugewandtheit auf ihr Kind reagieren sollten, da dies außerordentliche Bedeutung für das Bindungsverhalten hat. Anhand zahlreicher Fallbeispiele kann Greenspan verdeutlichen, dass es nicht darauf ankommt, *was* Eltern tun, sondern *wie* sie es tun. Die große Problematik liegt darin, dass Eltern eines behinderten oder entwicklungsbeeinträchtigten Kindes in ihrer Traurigkeit emotional oft so gefangen sind, dass sie die Signale und Bedürfnisse ihres Kindes aufgrund ihrer eigenen Bedürftigkeit nicht lesen können. Ein solches Dilemma ist in der Regel nicht mit einem Buch zu lösen, es bedarf eines menschlichen Gegenübers, eines Gesprächs, tröstender Worte und Gesten oder einer Therapie.

Dieses Buch ist als Ratgeber für Eltern geschrieben. Ich verstehe und benutze es jedoch eher als Ideengeber für mich, als diagnostische Folie der einfachen Beschreibung. Seinen Wert erhält es durch den unerschöpflichen Reichtum an Einfällen für Spiele, interaktionsstiftenden Anregungen. Immer wieder hält es mir vor Augen, wie wichtig mein emotionales Empfinden und meine eigene Gestik, Mimik, Körperhaltung, meine Stimme und meine Worte sind, um eine Gefühlsansteckung beziehungsweise *affect attunement* (STERN zit. nach PETZOLD 2003, 536) zu erreichen.

3.3 PECS – Picture Exchange Communication System

Für nicht-sprechende Kinder mit Autismus sowie für Kinder mit anderen sozial-kommunikativen Defiziten, die kaum spontane Kommunikation zeigen, wurde in den USA PECS entwickelt (BONDY/FROST 1994). Grundidee ist die Trennung zweier Aspekte von Kommunikation, welche für Kinder mit Autismus problematisch sind: Die Annäherung an einen Kommunikationspartner und die lautsprachlichen Äußerungen. Man beginnt damit, die Annäherung an einen Gesprächspartner zu erlernen und baut dann – wenn möglich – das Sprechen auf. Das Grundprinzip besteht darin, eine Bildkarte gegen einen Gegenstand oder später gegen eine Aktion zu „tauschen“. Die Bildkarte stellt je nach Abstraktionsvermögen des Kindes den Gegenstand beziehungsweise die Aktion dar.

Um einen großen Anreiz zu schaffen, werden Vorlieben und Wünsche des Kindes eingesetzt. Da die Umsetzung unmittelbar erfolgt, ist der Reiz groß sich daran zu beteiligen. Durch das Bildmaterial und die Vorstrukturierung (zum

Beispiel sind der gewünschte Gegenstand und die passende Karte in unmittelbarer Nähe) wird die Kommunikationssituation in ihrer Komplexität erheblich reduziert. Anfangs ist es nicht notwendig, dass das Kind das Bild erkennt, erst in der dritten Phase geht es um Diskriminierung von Bildern. Damit es zu keinen Verhaltensunsicherheiten beim Kind kommt, wird mit zwei *Trainern* gearbeitet. Eine Person ist der Kommunikationspartner des Kindes und sitzt oder steht ihm gegenüber. Die andere Person ist der *physical prompter*, sie sitzt oder steht hinter dem Kind und begleitet wie ein „verlängerter Arm“ dessen Handlungen, so dass die Handlung für das Kind ohne Stocken oder Verwirrungen abläuft und es nicht zu Frustrationen kommt. Das Bildmaterial wird mit Klettband versehen und kann damit auf einem DIN-A5-Ordner befestigt werden. Später werden die Bilder im Ordner aufbewahrt.

Erkenntnistheoretisch basiert PECS auf behavioristischen Ansichten. Es gehört zum verhaltenstherapeutischen Programm *Applied Behavior Analysis* (ABA), das zurzeit in Deutschland bekannt wird. Bei der Anbahnung des Kommunikationssystems werden verhaltenstherapeutische Prinzipien angewandt, wobei das System genau festgelegten Phasen folgt. Die sechs Übungsphasen, die je nach Trainerschule unterschiedlich verlaufen. Ich beziehe mich auf meine eigene Fortbildung bei Julia Buchenau (Diplom-Psychologin und ABA-Trainerin).

- » Phase 1: Der physische Austausch
- » Phase 2: Erhöhung der Spontaneität
- » Phase 3: Unterscheidung zwischen zwei Bildern („Diskrimination“)
- » Phase 4: Satzstruktur
- » Phase 5: Antworten auf „Was möchtest du?“
- » Phase 6: Kommentieren von Ereignissen, Dingen etc.

Ich persönlich habe mit diesem Kommunikationssystem in meiner mehrjährigen Praxis gute Erfahrungen gemacht, obwohl mich die verhaltenstherapeutischen Prinzipien anfänglich abschreckten. Aber meine Klienten haben mir immer wieder gezeigt, dass es ihnen hilft. Da man von den momentanen, tatsächlichen Bedürfnissen des Kindes ausgeht, verstehen die meisten Kinder sehr schnell, dass sie im Austausch für die Karte das Gewünschte erhalten. Die Erzeugung und Vermittlung von Selbstwirksamkeit ist ein grundlegendes Prinzip dieser Methode. Weiterhin ist sie auch und vor allem durch die technizistische Einfachheit der Vorgabe sehr wirksam. Gleichzeitig birgt dies wiederum die

Gefahr, dass der Beziehungsaspekt und seine Elemente von affektiver Gestimmtheit beziehungsweise von affektiven Atmosphären nicht als Problem gesehen werden. Nach meiner Erfahrung ist es unbedingt notwendig, den Austausch der Karten durch Mimik zu unterstützen. Der hochgradig repetitive und restringierte Vorgang des bloßen Austauschs, der aus Gründen der Prägnanz-erhöhung gewollt ist, muss nach Abschluss der ersten Phase durch begleitende, wohlwollende Atmosphären und Ermutigungen in ein lustvolles Erlebnis verwandelt werden, damit das Kind auch Wiederholungslust entwickelt.

3. Bedeutung der Integrativen Therapie für die Arbeit mit autistischen Kindern

Meine Arbeit mit autistischen Kindern und Jugendlichen und natürlich insbesondere die Erfahrungen mit Emanuel haben mir deutlich gemacht, dass erfolgreiche heilpädagogische und psychotherapeutische Arbeit nur über leibbezogene Interventionen, das heißt über konkrete Einbeziehung des Körpererlebens und der leiblichen Beziehung zwischen mir und dem Kind Erfolge zeitigen kann. Körperkontakt, Berührung, die Erfahrung des Gehalten-, Getragen- und Geschütztwerdens, Körpersprache und zwischenleibliche Kommunikation gehören für den Menschen zu den existentiellen sozialen Erfahrungen, die überhaupt erst den Aufbau einer leiblichen Identität und einer Persönlichkeit ermöglichen. An autistischen Menschen wurde immer wieder beschrieben, wie eigentümlich fremd und unzulänglich ihr Körper in Interaktion und Kommunikation bleibt. Deshalb und weil Leiblichkeit auch in der Alltagskommunikation weitgehend ausgeblendet, wenn nicht gar verpönt und verdrängt wird, aber auch weil Leiblichkeit bis heute in den psychotherapeutischen Verfahren weitgehend unterbelichtet bleibt, brauchen wir strikt leiborientierte, körpertherapeutisch und leibtheoretisch fundierte Konzepte therapeutischen Handelns. „Wenn man bedenkt, dass die Ausbildung der neuronalen Bahnen in den ersten Lebensmonaten weitgehend abgeschlossen wird, und das nicht allein aufgrund endogener Reifungsprozesse sondern auch in Abhängigkeit von externer Stimulierung, kann man die Bedeutung des ‚Körperdialogs‘ gar nicht hoch genug einschätzen“ (PETZOLD 1992, 26).

Die Konzepte der Integrativen Therapie, wie sie von Petzold und seinen Mitarbeitern seit den siebziger Jahren entwickelt wurden, bieten nach meiner Einschätzung und Erfahrung als einziges therapeutisches Verfahren ausreichend differenzierte und dezidiert leibtheoretisch begründete Konzepte, mit denen sich der „frühkindliche Autismus“ – auch als „tiefgreifende Entwicklungsstörung“

beschrieben – konsequent und erfolgreich körpertherapeutisch behandeln lässt. Das schließt nicht aus, dass ich in meiner Arbeit mit Emanuel auch andere körpertherapeutisch orientierte Verfahren angewendet habe, die stärker übungszentriert ausgelegt sind. In der Integrativen Therapie ist es aber vor allem der komplexe Leibbegriff, der ein ganzheitliches Vorgehen und damit auch eine enorme Variabilität und Flexibilität in den Interventionen, den Zugängen zum Kind ermöglicht.

3.1 Leib-Subjekt als kreativer Leib

Grundlage der leibtheoretischen Fundierung der Integrativen Therapie ist das anthropologische Konzept des „*Leib-Subjekt als kreativer Leib*“ (PETZOLD 1988, 190ff), das erweitert auch als anthropologische Grundposition beziehungsweise -axiom formuliert wird: „Der Mensch ist eine Leib-Seele-Geist-Einheit im sozialen und ökologischen Kontext und Kontinuum.“ In dem oben genannten Aufsatz hat Petzold bereits alle wesentlichen Aspekte der Leiblichkeit des Menschen benannt und konzeptualisiert, die in den folgenden Jahren durch intensive Forschungs- und Theoriarbeiten sowie durch reichhaltige Erfahrungen aus der therapeutischen Arbeit immer mehr ergänzt und schließlich zu einem konsistenten Konzept der Leiblichkeit verfeinert wurden.

Aus der Sicht der Integrativen Therapie ist der Körper des Menschen das Ergebnis evolutionärer Kreativität. Dies zeigt sich auf ontogenetischer Ebene auch darin, dass der Körper sich allmählich im Vollzug eigenleiblicher Wahrnehmungen aufbaut. Insofern ist der Mensch bereits hier *schöpferischer Mensch*. Er ist es insbesondere auch auf der Ebene seiner Sinnesleistungen, die Ursprung und Ausgangspunkte für die handwerklichen und künstlerischen Fähigkeiten des Menschen sind. Aus der Sicht der Integrativen Therapie wird der Leib auch als das „totale Sinnesorgan“ bezeichnet, weil die leibhaften Wahrnehmungen, die Handlungen und Erkenntnisse des Menschen sämtlich ihren Anfang in den Sinnesleistungen des Leibes haben. Zugleich ist der Leib Gedächtnis und Bewusstsein und ohne diese Vermögen wären weder Erfahrung und Erfahrungserkenntnis/Lernen, noch die Entwicklung von Persönlichkeit möglich. Identität und Individualität sind also grundsätzlich leibgegründet.

In der Entwicklung des Menschen (Ontogenese/Sozialisation) entstehen zunächst intrauterin durch Speicherung propriozeptiver Wahrnehmungen und eigenleiblichen Spürens die Vorläufer des *Leib-Selbst*. Später entstehen durch

exterozeptive Wahrnehmung und durch weitere Differenzierung der Wahrnehmungsspeicherung die Vermögen des propriozeptiven, des atmosphärischen, des ikonischen, des szenischen und des verbalen Gedächtnisses. Die gespeicherten Informationen – Propriozepte und Exterozepte – bilden das Grundmaterial des Leibes. Es stammt aus leiblicher Erfahrung, aus Stimulations- sowie Interaktionserfahrungen. Daher sprechen wir an dieser Stelle auch vom „Informationsleib“ (PETZOLD 1996, 192). „Der informierte Leib ist ohne Wahrnehmung und Gedächtnis, das Wahrgenommene und die Reaktion auf das Wahrgenommene speichert, archiviert, nicht möglich“ (PETZOLD 1996, 192). Bei optimaler Stimulation entfaltet der Leib seine „somatische Kreativität“ und es bilden sich die leiblichen Vermögen aus in Formen des:

- » perceptiven Leibes – memorativen Leibes
- » expressiven Leibes – reflexiven Leibes.

Aus pathogenetischer Sicht haben wir hier erste Anhaltspunkte für eine „Krankheitslehre“, wenn wir uns klar machen, dass es Störungen der jeweiligen Leibesvermögen geben kann. Wir sprechen dann von:

- » *Anästhesierung* des perceptiven Leibes
- » *Inhibierung, Mutilation, Amputation* des expressiven Leibes
- » *Amnesierung* des memorativen Leibes
- » *Verblendung* des reflexiven Leibes.

Zusammenfassend wird deutlich, dass „Leib“ nicht nur den Organismus mit all seinen physiologischen Prozessen meint, sondern darüber hinaus die Gesamtheit aller sensorischen, motorischen, emotionalen, volitiven, kognitiven und sozial-kommunikativen Schemata, die ein Mensch im Kontakt mit anderen Menschen und seiner dinglichen Umwelt ausbildet (vgl. PETZOLD 2003, 1053). Jeder Mensch ist eingebettet (*embedded*) in Kontext und Kontinuum. Gleichzeitig verleibt er alle auf ihn einströmenden Informationen wie in einem Archiv in seinem Leib beziehungsweise seinem Leibgedächtnis (*incarniert, embodied information*). Aber der Mensch ist auch ein Handelnder und lebt als „Leibsubjekt“ in „Zwischenleiblichkeit“, die die Matrix seiner gesamten Persönlichkeitsentwicklung ist. Dieser komplexe Leibbegriff des Integrativen Ansatzes ermöglicht und verlangt eine multitheoretische Begründung, das heißt die Zusammenführung leibtheoretischer, entwicklungstheoretischer, wahrnehmungstheoretischer und neurowissenschaftlicher Konzepte.

Die aus diesen theoretischen Grundlagen von Petzold entwickelten Kernkonzepte der Integrativen Therapie sind von herausragender Bedeutung für die Arbeit mit autistischen Kindern, deren Leibfunktionen, Wahrnehmungs-

verarbeitung, Symbolisierungsvermögen, Erlebnisdynamik sowie Beziehungsfähigkeiten und -möglichkeiten gestört sind. Zu nennen sind in diesem Kontext das „biopsychosoziale Modell des emergierenden Selbst im Kontext und Kontinuum“, das „Korrespondenzmodell“, das „Konzept einer mehrperspektivischen Hermeneutik leiblicher Erfahrung und nicht-sprachlichen Ausdrucks“ und das Konzept des „Informierten Leibes“. In einer solch umfassenden Leibtheorie, die von einem Menschenbild in Subjekthaftigkeit, Sinnhaftigkeit und Zwischenleiblichkeit ausgeht, kann ich mich als Heilpädagogin verstehen und finde mich in meiner professionellen Identität bestärkt und erweitert. Für autistische Kinder bedeutet dies, dass ich mich auf ihre Art der Kontaktaufnahme und der Kommunikation einlassen kann statt ihre Anpassung zu fordern. Ich kann so „die Kinder lesen“ (PETZOLD 1995, 572).

Im Rahmen dieser Arbeit ist es nicht möglich, die komplexen Konzepte der Integrativen Therapie und insbesondere die enorme Reichweite des Leibkonzepts für alle Heilberufe und therapeutischen Verfahren, für die Sozialwissenschaften und Hermeneutik ausreichend zu beschreiben – ebenso wenig die erkenntnistheoretischen und philosophischen Konsequenzen, die daraus folgen. Daher werde ich im Folgenden einige ausgewählte Konzepte skizziert darstellen und ihre Bedeutung für meine Arbeit mit Emanuel erläutern.

3.2 Konzept der Zwischenleiblichkeit

Eine zentrale Bedeutung hat das Konzept der Zwischenleiblichkeit, das die Gesamtheit des Wahrnehmungs-/Interaktionsgeschehens in der intersubjektiven Beziehung zweier oder mehrerer Leibsubjekte (VGL. PETZOLD 2003, 229) beschreibt. Im Konzept der Zwischenleiblichkeit verbinden sich Leibtheorie und Hermeneutik. Aus hermeneutischer Perspektive geht es hier vor allem um das Erfassen der vorsprachlichen, nonverbalen, emotionalen, körpersprachlichen, mimischen und gestischen sowie lautlichen Anteile der Kommunikation zwischen TherapeutIn und Kind (vgl. PETZOLD 2003, 141ff).

In der Arbeit mit Emanuel beschränkte sich unsere Kommunikation über große Teile der Anfangsphase fast ausschließlich auf diese körpersprachliche Interaktion. Autistische Kinder können oft einzelne Entwicklungsschritte nur sehr fragmentarisch ausbilden und erreichen sehr oft – wie auch Emanuel – nicht einmal die Möglichkeiten eines gesunden, einjährigen Kindes. Meist sind fehlende Sprache und eine starke Einschränkung der Symbolisierungs- sowie der Kontakt-

und Beziehungsfähigkeit die Folgen. Daher sind zunächst auch auf der Ebene der Körpersprache „normale“ Verständigung und Kontakt kaum möglich. Mit Emanuel bewegte ich mich daher zuerst ganz im Bereich leibnaher Arbeit, die den „Leib als totales Sinnesorgan“ versteht und sich auf der Ebene des so genannten Mutter-Kind-Dialogs beziehungsweise in Form einer „intuitiven elterlichen Didaktik“ (PAPOUSEK/PAPOUSEK 1995, 132) vollzieht. Dennoch blieben Schwierigkeiten nicht aus, die teilweise gänzlich veränderten, begrenzten und manchmal fremdartigen Verhaltens- und Ausdrucksweisen sowie das Kontakt- und Beziehungsverhalten von Emanuel zu verstehen.

In *Konzepte zu einer mehrperspektivischen Hermeneutik leiblicher Erfahrung und nichtsprachlichen Ausdrucks in der ‚Integrativen Therapie‘* schreibt Petzold: „Integrative Hermeneutik ist nicht sprachzentriert, sondern leibzentriert, interaktiv, psychodramatisch. Wahrgenommen, erfasst, verstanden und erklärt werden muss hier, in der Therapie als Ort der Hermeneutik, eigenleiblich Gespürtes, Atmosphärisches, Szenisches, Ikonisches, Aktionales, Gesprochenes, Gedachtes, Phantasiertes, Gestaltetes, so, wie es sich im Fluss des Erlebens zeigt. Dieses phänomenale Material gehört überwiegend dem Reich des sinnhaft-leiblich Wahrnehmbaren zu [...]“ (PETZOLD 1988a, 142). Weiter heißt es dort: „Es wird eine Hermeneutik des Sichtbaren und Spürbaren notwendig [...]. Sie muss den Sinn der ‚reinen Geste‘, den Gehalt einer Bewegung, den Ausdruckswert einer Haltung, die Tiefe eines Blickes zu erfassen vermögen [...]“ (PETZOLD 1988a, 142). Die Hermeneutik der Integrativen Therapie zielt auf die nonverbale Dimension, das Präverbale. „Sie geht dem leiblichen Sinn nach, dringt in das Schweigen der reinen Geste ein“ (PETZOLD 1988a, 145). Sie ist „nicht nur ein Sehen im optischen Sinne, sondern ein *percipi* als synaesthetische Wahrnehmung [...] - ist Ziel integrativer hermeneutischer Erfahrung und Praxis, wie wir sie als leiborientierte Therapeuten verstehen“ (PETZOLD 1988, 146).

Diese subtilen Beschreibungen des Leib-Dialoges in der therapeutischen Situation machen deutlich, wie anspruchsvoll die professionelle Handhabung des zwischenleiblichen Geschehens in der Therapie ist. Petzold macht an dieser Stelle auch deutlich, wie sehr der Verstehensprozess in der Therapie von Form und Qualität der Beziehung zwischen Kind und TherapeutIn abhängt. Dazu heißt es: „Die Hermeneutik leib-, ausdrucks- und handlungsorientierter Therapie ist ein Eintauchen in die primordiale Bezogenheit des Lebens, [...] ein lebendiges Sich-in-Beziehung-Setzen, durch ein Be-greifen des Materials, eine Auseinandersetzung mit ihm, ein Ko-respondieren“ (PETZOLD 1988a, 159f).

Über den Vorgang der leiblichen Kommunikation schreibt Petzold: „Die Wahrnehmung selbst ist in der Polyästhesie [...] schöpferisch, kokreativ [...]. Das ‚totale Sinnesorgan des Leibes‘ wird als solches interpretiert [...]“ (PETZOLD 1988a, 156). Es gibt also schon auf der Ebene der Wahrnehmung, der sinnlichen Erfahrung, der Empfindungen und der Emotionen ein Verstehen. Dies bedeutet nach meiner Ansicht eine erhebliche Erweiterung der Konzepte von Persönlichkeit, von Empathie und von Übertragung, die wir im theoretischen Diskurs üblicherweise einsetzen.

Die fundamentale Leiborientierung der Integrativen Therapie spiegelt sich in der Persönlichkeitstheorie dergestalt wider, dass Persönlichkeit immer vom Leib her als lebendiges Ganzes und immer in Entwicklung befindlich gefasst wird. Wir unterscheiden in der Persönlichkeit drei Dimensionen, nämlich *Leib-Selbst*, *Ich* und *Identität*, wobei alle drei Dimensionen zusammengefasst das *Leib-Subjekt* ausmachen. Diese drei Persönlichkeitsdimensionen haben allesamt ihre Vorläufer. Wir sprechen daher von archaischem Leib-Selbst, archaischem Ich und archaischer Identität. Petzold hat basierend auf Erkenntnissen aus der Säuglingsforschung und unter Berücksichtigung ökologischer, phänomenologischer und sozialpsychologischer Forschungen für die Integrative Therapie ein Konzept zur lebenslangen Entwicklung ausgearbeitet, das mir auch in der Arbeit mit Emanuel hilfreich war. Es heißt dazu: „Erfahrungswelten – und der Welt-Begriff beinhaltet konsequent ökologische und soziale Bezogenheit – entstehen über die gesamte Lebensspanne hin, wirken auf die Persönlichkeit und prägen sie bis ins hohe Alter (THOMAE 1983, 1989). In der Frühentwicklung bringen sie jedoch im *interplay* mit dem Organismus und seinen genetisch vorgegebenen Reifungspotentialen Strukturen von Persönlichkeit und letztlich die Persönlichkeit hervor“ (PETZOLD 2003, 529).

Petzold definiert in diesem Modell verschiedene Erfahrungswelten, die das leibhafte und sinnhafte Selbst- und Welterleben des Menschen auf den jeweiligen Stufen seiner Entwicklung beschreiben. Insbesondere die Ausführungen der pränatalen und der frühkindlichen Entwicklungsphasen erlangten für mich in der Arbeit mit Emanuel Bedeutung, weil sie zum einen meine Einfühlung in das Erleben des Kindes stützen und mir zum anderen bewusst wurde, wie gegenwärtig in Emanuels Verhalten seine frühen Erfahrungen des intrauterinen und des Säuglingslebens sind. Es faszinierte mich, in seinen rätselhaft oder bizarr erscheinenden Verhaltensweisen, Abkömmlinge archaischer Muster erkennen zu können. Freilich hatte ich damit auch einen diagnostischen Schlüssel, um zu erkennen, auf welcher Ebene des Erlebens er sich befindet. Darüber hinaus gab

es für mich zwischen diesem Konzept und dem des Informierten Leibes mannigfaltige Verbindungen. Ich möchte daher diese „Erfahrungswelten“ hier vorstellen:

- » „Der Körper als ‚organismisches Selbst‘ – die ‚Welt sensumotorischer Erfahrung und organischer Perzeptivität‘ (0 -6 Monate pränatal)...
- » Der Leib als ‚archaisches Leib-Selbst‘ – die ‚Welt der affektiven Erfahrung und eigenleiblichen Selbstempfindung‘ (6. Gestationsmonat bis 3. Monat postnatal)...
- » ‚Das archaische Ich‘ – die ‚Welt interpersonaler Erfahrungen und intrapersonaler Daseinsgewissheit‘ (3. bis 7. Monat)...
- » ‚Das subjektive Leib-Selbst‘ – die ‚Welt der intrapersonalen Erfahrung‘, das Entstehen von Selbstgefühl und Selbstgewissheit (8. bis 12. Monat)...
- » ‚Archaische Identität, reifendes Ich und verbales bzw. symbolisches Leib-Selbst‘ – die ‚Welt der Sprachentwicklung und Spracherfahrung‘, die Entstehung des Selbstwertgefühls (12. bis 18. Monat)...
- » ‚Reifes Selbst mit reifem Ich und reifer Identität‘ – die ‚Welt der Identitäts-erfahrung‘, das Entstehen von reflexiver Selbsterkenntnis und Rollenhandeln (18. Monat bis 4 Jahre)...
- » ‚Involutives Selbst‘ – die ‚Welt der Involutionserfahrung‘ “
(PETZOLD 2003, 529ff)

Somit handelt es sich hier um eine Verschränkung des Leibkonzepts, des Entwicklungs- und Persönlichkeitskonzepts, des Hermeneutikkonzepts, des Beziehungskonzepts (Korrespondenzmodell) und des Wahrnehmungs-/Interaktionskonzepts der Integrativen Therapie. Als Teilkonzept dieser von Petzold entwickelten umfassenden Hermeneutik des Leibes waren für meine Arbeit weiterhin das Konzept des *intuitive parenting* und das Konzept des *sensitive caregiving* von Bedeutung (vgl. PETZOLD/VAN BEEK/VAN DER HOEK 1995, 491ff).

Im Folgenden referiere ich einige wesentliche Punkte des Konzepts intimer emotionaler Kommunikation und Interaktion. Petzold zeigt darin, wie sich in den spezifischen Interaktionsformen des *intuitive parenting* und des *sensitive caregiving* Wahrnehmung, Bewegung und Emotion der Dialogpartner fortwährend verschränken und wie sich im organismischen, leiblichen Wechselspiel (Mutualität) aus den *perception-action-cycles* des Säuglings die Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungsspiralen des Kleinkindes entwickeln.

Schon die „in der Kommutilität, der motorischen Mitbewegung des Föten im mütterlichen Leibe begonnene Interaktion bestimmt den Menschen sein Leben lang.“ (PETZOLD 1995, 504). Petzold definiert: „Interaktion ist der strukturierte,

wechselseitige Vollzug offenen Verhaltens in Kontext und Kontinuum, welcher in Repräsentationen – sie sind Basis der Strukturiertheit – gründet und sie zugleich begründet“ (PETZOLD 1995, 504). Repräsentationen sind gewissermaßen die Niederschläge, Archivierungen der Interaktionserfahrungen, sozusagen das Resultat vollzogener Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungsspiralen. Sie sind keineswegs nur gespeicherte Abbilder von Interaktionsszenen, sondern wirken selbst strukturierend auf die Herausbildung des Leibsobjekts im Sinne einer „Sozialisation als Formung (manchmal Zurichtung) des Leibes“ (PETZOLD 1995, 558). Petzold definiert den Repräsentationsbegriff folgendermaßen: „[...] es sind keineswegs nur die sozialen Interaktionen, die [...] als Beziehungen internalisiert werden [...], sondern es werden ‚Beziehungen in Kontexten‘ internalisiert: der Stoff des Kinderbettchens, die Situation der Einschlafdialoge mit den Eltern im Kontext, die ‚mikroökologischen Szenen‘ also [...]“ (PETZOLD 1995, 504).

Die Stimme der Mutter, der mütterliche Geruch, die Wärme ihres Körpers beispielsweise sind fördernde Stimulantien für die Aktivierung und Entwicklung des Säuglings. Es entstehen Interaktionen wie das *vocal tennis*, prosodischer Austausch von Lauten (vgl. UZGIRIS/HUNT zit. nach PETZOLD 2003, 536), *gazing dialogues* (VGL. PETZOLD 2003, 594) und durch Gesichtsmimik (vgl. PETZOLD 2003, 536). Diese *social affordances* gehen vom eigenen Körper aus, weil er wahrgenommen und benannt werden kann. Darüber hinaus kommt hier jedoch den Emotionen im Ansatz der Integrativen Therapie besondere Bedeutung zu:

- » Gefühle motivieren Wahrnehmungs- und Handlungsprozesse.
- » Gefühle spielen bei Bewertungsprozessen eine große Rolle.
- » Gefühle stellen differenzierte Wahrnehmungsinformationen bereit.

Auf diesem Wege kommt es zum Beispiel zwischen Mutter und Kind zu abgestimmten Handlungsweisen. Wir nennen diesen Vorgang *affect attunement* (vgl. PETZOLD 1995, 536).

In diesen bisher skizzierten Grundformen des Mutter-Kind-Dialogs, der zugleich der Bildungsprozess des Leibsobjekts ist, spielen auch der Transport, die Speicherung und die Verarbeitung von Informationen eine große Rolle, womit wir uns dem Konzept des Informierten Leibes nähern. Petzold schreibt hierzu: „In den kommunikativ/interaktiven Prozessen der Sozialisation wirkt [...] beständig ‚transmaterielle Information‘ auf den Leib des Menschen und formt ihn offenbar auch in seiner biologisch-organismischen Materialität“ (PETZOLD 1995, 557). Unter transmaterieller Information verstehen wir „freigesetzte“, aus dem Materiellen emergierende Information, zum Beispiel in Form kultureller

Dokumente beziehungsweise all dessen, was wir mit den Begriffen Geist, Sinn und Bedeutung beschreiben. Bei Petzold heißt es weiter: „Erziehung hat spezifisch dieses Ziel, Werte, Normen, Regeln – Produkte kollektiver Emergenz also – zum Kind hin zu transportieren und damit seine Leiblichkeit zu beeinflussen“ (PETZOLD 1995, 558). Mit Rekurs auf die Leibtheorie der Integrativen Therapie können wir mit Petzold weiter formulieren: Der Leib hat transmaterielle Dimensionen. Im leibhaftigen Lernen kommt es zu einer „Durchtränkung“ des Materiellen mit Transmateriellem; zum Beispiel im „benannten Leib“, das heißt wenn ich meinen Fuß „Fuß“, meine Hand „Hand“ nenne. Merleau-Ponty spricht hier von einer Verschränkung materieller und transmaterieller Wirklichkeit. Die Bedeutung dieser Phänomene, die die Rätselhaftigkeit der Interaktion zwischen Geist und Materie, das Wunder der Menschwerdung beschreiben, drückt sich auch darin aus, dass Petzold hier mehrfach zu neuen, exakteren und reizvollen Beschreibungen ansetzt.

„Der Leib wurde mit transmaterieller Information imprägniert, gesättigt und damit zum ‚informierten Leib‘, [...] zum ‚personalen System‘, das eine ‚Innenperspektive‘ und damit eine ‚Innen-Außenperspektive‘ ermöglicht. Die Prozesse von Kommunikation/Interaktion [...] sind Prozesse des Austauschs von Informationen aber auch Prozesse der ‚Imprägnierung des Leibes‘ mit transmaterieller Information – von Säuglingszeiten an. Hier geschieht das, was Merleau-Ponty (1966, 1969) als *incarnation* bezeichnet hat. Hier wächst Persönlichkeit aus materieller und transmaterieller Realität im *dialogue tonique* [...], in leibhaftiger Interaktion, in welcher sich eine schon ausgebildete Persönlichkeit (die der Mutter/des Vaters) an eine andere, wachsende (die des Kindes) in Prozessen zwischenleiblicher, ‚wechselseitiger Empathie‘ und Kommunikation vermittelt. Wir sprechen deshalb auch von *Ko-Inkarnation*“ (PETZOLD 1995, 559f).

An dieser Stelle möchte ich einige Ausführungen zur Funktion des *intuitive parenting* machen, die auch für meine Arbeit mit Emanuel unmittelbar relevant waren. Das *intuitive parenting* leistet:

1. adäquate Bedingungen für die Erwachsenen-Baby-Interaktion herzustellen;
2. adäquate Stimulierung bereitzustellen;
3. die integrativen Prozesse des Säuglings zu unterstützen.

Supportive und stimulierende Aktionen beim *intuitive parenting* sind:

1. Erhöhung der Stimmlage;
2. Gebrauch einfacher, sich wiederholender Laute;

3. Abgehen von der Erwachsenenprosodie zu repetitiven, melodischen Mustern einer Babyprosodie;
4. Die Adaption dieser Prosodie an die Interaktion mit dem Kind, um Imitationsvorlagen zu bieten;
5. Imitation der Laute des Babys mit begleitender imitierender Mimik, um den Kommunikationsprozess zu fördern;
6. Modulation verbaler Kommunikation mit begleitender, emotional getönter Expression von spielerischer, freudiger Charakteristik was zu wechselseitiger Bekräftigung intrinsischer Motivation führt.

Wichtig ist hier, dass diese Muster des *intuitive parenting* beim Menschen eine intersubjektive und identifikatorische Qualität haben – Nennung des Namens, Kosenamen. Wir sprechen daher auch vom Bereich der „primordialen Inter-subjektivität“ und von „unterstellter Identität“ (PETZOLD 1995, 567ff).

Diese Muster früher Mutter-Kind-Interaktion differenzieren sich im Laufe des ersten Jahres immer mehr aus und sind bald nur noch für spezifische emotionale und intime Situationen reserviert. Im zweiten bis vierten Lebensjahr erhält die Mutter-Kind- beziehungsweise Eltern-Kind-Interaktion schließlich die Form des *sensitive caregiving*:

1. Einstimmen auf die emotionale Lage des Kindes;
2. Austausch mimischer und vokal affektiver Botschaften;
3. differenzierende Benennung von Gefühlen und inneren Zuständen mit affektiver Intonation in altersspezifischer, kindgerechter Weise;
4. Umstimmen von Affekten des Unwohlseins, der Irritation, des Schmerzes in Richtung positiver Gefühlslagen;
5. Fördern von Kommunikationsvielfalt in komplexeren sozialen Situationen;
6. Vermittlung von Sicherheit, Reduktion von Fremdheitsgefühlen durch Gewährleisten von schützenden Insel-Erfahrungen;
7. Bereitstellen von stimulierenden Angeboten durch Spiel, Experimentieren, Wahrnehmungs-, Erfahrungs- und Erlebnismöglichkeiten „mit allen Sinnen“ (MerleauPonty);
8. Hilfen bei der kognitiven Strukturierung von Situationen;
9. Ermöglichen empathischer Verhaltensweisen von Seiten des Kindes zum Erwachsenen im Sinne mutueiler Empathie;
10. Aushandeln von Grenzen in der Kommunikation, damit der *potential space* (Winnicott) zugleich Freiraum und Struktur, Explorationsmöglichkeiten und Sicherheit bietet.

(vgl. PETZOLD 1995, 588ff)

An dieser Stelle möchte ich einige Erfahrungen aus meiner eigenen therapeutischen Arbeit mit Emanuel hinsichtlich der beiden Konzepte, *intuitive parenting* und *sensitive caregiving* in die theoretische Diskussion einfügen. Denn erst an der konkreten Erfahrung aus dem Praxisfeld lassen sich Reichweite und Brauchbarkeit von Theorien messen.

Mir ist in meiner heilpädagogischen Arbeit aufgefallen, dass auch autistische Menschen ihre Wahrnehmungen interpretieren, auch wenn ihre Interpretation, nicht auf dem üblichen symbolischen Weg (Sprache, Mimik, Gestik) erkennbar und außerdem nicht direkt kommunizierbar ist. Sie reagieren nicht nur auf Reize, die sie überfordern, sondern sie nehmen offenbar auch atmosphärisch, ikonografisch und szenisch wahr. Ich beobachte zum Beispiel, dass Emanuel sich in verschiedenen Räumen unterschiedlich verhält. Wenn wir den Raum wechseln mussten, war oft plötzlich alles verloren, was ich mit ihm erarbeitet hatte, so dass ich mit ihm neu beginnen musste. Zuerst betrachtete ich das als Überforderungszeichen. Dann aber verstand ich: der Raum, die Umgebung haben für ihn durchaus auch *Affordance*-Charakter. Sein verändertes Verhalten darf hier nicht primär als Störanfälligkeit betrachtet werden, sondern als spezifische Wahrnehmungs-Antwort (Interpretation) auf die Umgebung. Ich habe allmählich gelernt zu fühlen und zu verstehen, dass seine Verhaltensänderungen nicht allein aus Angst und Verunsicherung aufgrund der Ortsveränderung resultieren. Vielmehr nimmt Emanuel höchst individuell und außerordentlich sensibel atmosphärisch wahr und bewertet beziehungsweise interpretiert Atmosphären, wobei diese Bewertung auch eine ästhetische Qualität hat. All dies kommt vor allem in Situationen zum Ausdruck, in denen Emanuel anderen oder fremden Menschen begegnet. Ich beobachte dabei, wie er ohne eigentlichen Blickkontakt und ohne spürbares Interesse für den anderen Menschen – offenbar wie aus den Augenwinkeln oder eben atmosphärisch, leiblich – dessen Art der Annäherung, dessen Stimmung und Verfasstheit aufnimmt und darauf mit eigener Gestimmtheit antwortet. Er interpretiert, ob sich ihm jemand offen und freundlich oder ängstlich und ablehnend begegnet – auch dann, wenn sein Gegenüber sich äußerlich bemüht, Gelassenheit zu zeigen. Emanuels Verhalten hat hier nicht selten den Charakter einer unheimlichen Einfühlungskraft. Konkret gesprochen antwortet er auf atmosphärische Störungen (großer leerer Raum, ängstliche Annäherung) mit Unruhe, Rückzug, Äußerungen des Unbehagens und auch Aggression. Hat man Emanuel „zu lesen gelernt“, zeigt er jedoch gleichzeitig vielfältige mimische und gestische Zeichen und Varianten des leiblichen Ausdrucks. Bemerkenswert ist ebenso seine Anpassungsbereitschaft

und -fähigkeit, wenn man seine Interpretationen aufnimmt und ihnen nachgeht. Man könnte also sagen, dass bei ihm der Wahrnehmungs-Interpretations-Interaktions-Handlungs-Zirkel funktioniert, allerdings auf einem niederen Niveau beziehungsweise mit einem speziellen Code. Er braucht dabei Unterstützung und die Bereiche Interaktion und Handlung bleiben immer unzureichend ausgeprägt. Es besteht eine Art Hiatus zwischen Wahrnehmung-Interpretation und Interaktion-Handlung. Diesen Zwischenraum fülle ich gewissermaßen durch meine Funktion als „Katalysator“ aus. Das eigenartige Nebeneinander, die Gleichzeitigkeit von Überforderung und kreativer Übersensibilität bei Emanuel stellt eine große Anforderung an den empathischen und verstehenden Umgang mit dem Kind. Ich muss ihn bis in die subtilsten Nuancen seines Wahrnehmungserlebens begleiten, ihn führen (auch leiblich), spiegeln, doppeln, sein Schatten sein.

Der sehr leibnahe Umgang mit ihm führt auch zu der Frage, wie lange ich mit dem heranwachsenden Jungen – er ist inzwischen Schulkind – auf der Ebene des *intuitive parenting* arbeiten kann, ohne das pädagogische Ziel der Selbständigkeit zu gefährden, also ohne Emanuel zu sehr auf infantilen Entwicklungsplateaus oder in regressiven Haltungen zu fixieren. Nach den Grundlinien der Integrativen Humantherapie steht für mich außer Frage, dass für alle Menschen – erst recht in therapeutischen Kontexten – leibliche Zuwendung, Berührung, Wärme und Zärtlichkeit eine auf allen Entwicklungsstufen und in allen Lebensspannen basale Grundlage für Gedeihen und persönliches Wachstum sind und dass es vielen Menschen in unserer Gesellschaft an dieser Unterstützung fehlt. Aber Entwicklung schließt auch Differenzierung im Sinne wachsender Selbstorganisation, Erweiterung der Kommunikations- und Handlungsmöglichkeiten Autonomie und Souveränität ein, so dass ich natürlich einen Weg finden muss, um beispielsweise höhere Anforderungen an Emanuel stellen zu können.

In Emanuels Entwicklung und im Prozess der therapeutischen Begleitung gestaltet sich gerade der Übergang vom *intuitive parenting* zum *sensitive caregiving* problematisch, unter anderem weil die erwarteten Entwicklungsschritte von Emanuel nicht oder nur unvollkommen vollzogen werden und weil seine Wahrnehmungsverarbeitung und seine Kommunikationsfähigkeiten störanfällig beziehungsweise auf einem bescheidenen Niveau bleiben. Mit Blick auf die zehn Punkte zur Funktion des *sensitive caregiving* (s.o.) lässt sich das folgendermaßen beschreiben:

Zu Punkt 4: Das Umstimmen von Affekten ist bei Emanuel grundsätzlich möglich, verlangt aber jedes Mal eine neue, situationsspezifische Einstimmung

auf ihn. Ritualisierung zieht keinen Transfereffekt in wiederholt ähnlichen Situationen nach sich, sondern führt häufig wieder auf die Kleinkindstufe. Emotionales Lernen vollzieht sich bei Emanuel also nur sehr langsam.

Zu Punkt 5: Das Fördern von Kommunikationsvielfalt ist bei Emanuel nur sehr eingeschränkt möglich. Dies resultiert zum einen aus seiner geringen Fähigkeit zu imitieren, zum anderen aus seiner extremen Störanfälligkeit gegenüber veränderten Kontexten und komplexen sozialen Situationen. Imitation kommt vor allem in Ess- und Trinksituationen vor. Er hat keine Zeigegeste entwickelt, holt sich sein Spielzeug selbst. Für Emanuel scheint jede neue Situation immer einmalig und unwiederholbar zu sein. Er erscheint wie gefangen in seinem jeweils augenblicklichen Wollen, seinen Absichten und Motivationen im Hier und Jetzt. Dadurch entstehen bei ihm sehr schnell Frustrationen, mit denen er überhaupt nicht umgehen kann. Ein Beispiel: Wir kommen zu einer verschlossenen Tür. Im Raum dahinter, den er als unseren Therapieraum kennt, wollen wir spielen. Emanuel gerät sofort außer sich, wirft sich auf den Boden, tobt. Er kann nicht die antizipatorische Vorstellung entwickeln, dass wir den Schlüssel holen müssen, um dann spielen zu können, obwohl er den Vorgang des Aufschließens kennt. Er braucht extrem viele Wiederholungen, um Handlungsabläufe und Situationen antizipieren zu können. Das repetitierende Einüben von Handlungsabläufen gerät aber immer wieder in Dissonanz zu den Stereotypen und Manierismen, die sich in seinem Verhalten finden. Er braucht einfach strukturierte Situationen, Übergänge zu anderen Situationen (Situationswechsel) kann er kaum leisten.

Zu Punkt 6: In Hinblick auf die Vermittlung von Sicherheit und die Reduktion von Fremdheitsgefühlen sind Emanuels Gemütsverfassung, seine Stimmungen sehr schwer einzuschätzen. Das *affect attunement*, die emotionale Abstimmung zwischen ihm und mir ist immer nur partiell möglich und glückt oft nur unverstanden, weil es nur eine sehr eingeschränkte Reziprozität gibt, seine affektiven Antworten nur schwer zu lesen sind oder er starken Stimmungsschwankungen ausgesetzt ist. Man muss Emanuel immer höchst spezifische Angebote machen, ihm spezielle Schutzinseln schaffen, damit er eine neue Situation überhaupt als schützendes Angebot wahrnimmt und sich nicht zum Selbstschutz in seine Stereotypen flüchtet. Das Auflösen der Stereotypen sind immer wieder prekäre Augenblicke, die höchst individuelle Abstimmung verlangen. Das heißt natürlich auch, dass es bei Emanuel kaum Transfer von in Therapiesituationen Erlerntem in Alltagssituationen (Kindergarten, Schule) gibt; er kann Erfahrungen nicht generalisieren. Im therapeutischen Setting ist allerdings eine Weiterentwicklung im Sinne von Verhaltensstabilisierung möglich. Während

Emanuel es zum Beispiel in der Schule nicht schafft im Stuhlkreis sitzen zu bleiben, kann er in der Therapie bei seinen TEACCH-Aufgaben zehn bis fünfzehn Minuten am Tisch sitzen. Er braucht dazu aber die leibliche Präsenz einer vertrauten Person. Es bedarf der „Magie der Zwischenleiblichkeit“, um ihn zu einem realitätsgerechteren Verhalten zu führen. Und es ist für mich zurzeit nicht abzusehen, ob oder wann Emanuel auf diese Unterstützung verzichten kann.

3.3 Konzept des Informierten Leibes

Innerhalb meiner Betrachtungen zu Theorien der Integrativen Therapie will ich nun in kurzer Form das Konzept des Informierten Leibes darstellen. Es ist von besonderer Bedeutung, weil es eines der fortgeschrittensten Theoriestücke in der Ausarbeitung des Leibkonzepts der Integrativen Therapie von H. G. Petzold darstellt. In ihm sind gemäß dem multitheoretischen Ansatz der Integrativen Therapie zahlreiche relevante Konzepte für den Gegenstand des Leibsubjekts aus verschiedenen Theorie und Wissenschaftsbereichen konsistent integriert. Im Konzept des Informierten Leibes sind es vor allem die neurowissenschaftliche und die neurobiologische Begründung des Leibes, die diese theoretische Integration leiten. Dabei gelingt eine erstaunliche und weitreichende Verbindung mit sozialwissenschaftlichen und kulturalistischen Theorien vom Menschen. Ich beziehe mich bei meiner folgenden Darstellung vorwiegend auf die Schrift *Der „informierte Leib“ – „embodied and embedded“ – Leibgedächtnis und performative Synchronisation* aus dem Jahr 2002 (vgl. PETZOLD 2003, 1051ff)

In der Theorie des Informierten Leibes geht es um die wissenschaftliche Begründung des Vorgangs der „Verschränkung, Durchdringung von transmaterieller und materieller Realität“ (PETZOLD 2003, 853ff), deren Resultat der Informierte Leib ist. Der Informierte Leib nimmt in der eigenleiblichen Wahrnehmung, in der Wahrnehmung des anderen (Zwischenleiblichkeit, zwischenleibliche Erfahrung) und der Wahrnehmung der Dingwelt (*environment*, Kontext) Informationen auf, verarbeitet und speichert sie. Dabei verändert er sich selbst und wird geformt, so dass es zu einer „Imprägnierung“ des materiellen Leibes durch Informationen, zu einer Strukturbildung im Vorgang der Verschränkung von materieller und transmaterieller Realität kommt, die gleichzeitig Herausbildung des Leibsubjekts, der Persönlichkeit mit ihren Dimensionen des Leib-Selbst, des Ich und der Identität bedeutet. Durchdringung und Verschränkung von transmaterieller und materieller Realität beschreibt

demnach auch den Vorgang der sozialen Formung des Leibes und überwindet damit die Dichotomie von Geist und Materie. Daher werden hier die mentalen Konzepte von Geist, Seele, Gefühlen und Gedanken, als Emergenzen, als aus der spezifisch organisierten, interagierenden Materie hervorgehende Vermögen betrachtet. Sie werden nicht verstanden als antagonistische geistige Entitäten, die sich mit dem Materiellen unversöhnlich gegenüberstehen. Aus diesem Grunde diskutiert Petzold das Konzept des informierten Leibes nicht nur auf der Ebene bloßer Interaktion und symbolischer Kommunikation, sondern auf neurowissenschaftlicher, neurobiologischer und molekular-biologischer Ebene. Die entsprechenden Forschungen zeigen nämlich, dass die so genannten seelischen und geistigen Vorgänge beim Menschen von komplexen und subtilen Vorgängen und Abläufen auf physiologischer, hormonell-humoraler, zellulärer, neuronaler, genetischer und molekularer Ebene begleitet, getragen, fundiert, erzeugt, gezeitigt, geformt und beantwortet werden (vgl. Petzold 2003, 1068). Beispielhaft sind folgende Phänomene:

Neuroplastizität: „Komplexe Aktivierungen in neuronalen Netzwerken schaffen komplexe Repräsentationen [...] durch parallel distribuierte Prozesse, die Lernen zur Folge haben: d.h. Veränderungen der Stärke der synaptischen Verbindungen [...], was – höchst therapierrelevant – das Entstehen bzw. die Veränderung von ‚kortikalen Landkarten‘ zur Folge hat. Über die Lebensspanne bleibt diese ‚Neuroplastizität‘ erhalten und gebunden an soziale Erfahrungen“ (PETZOLD 2003, 1053).

Genexpression – Genregulation: „Die Genregulation spielt u.a. eine wichtige Rolle bei der Merkmalsausprägung im Verlauf der Embryonalentwicklung bei Anpassungsleistungen der Zelle des Organismus an veränderte Bedingungen, wie sie bei Belastungen, Gewalt- und Traumaerfahrungen und im Gesundheits- und Krankheitsgeschehen auftreten. Forschungen zum Schmerzgedächtnis zeigen, dass Gewalterfahrungen zu dysfunktionalen Genregulationen führen. Die [...] neurobiologische Forschung zu Depressionen hat überzeugende Evidenzen, dass für bestimmte Menschen belastende lebensgeschichtliche Erfahrungen zu dysfunktionalen Lerneffekten in den neuronalen Netzwerken führen, die Erholung/Regeneration und das Zur-Wirkung-Kommen von ‚Schutzfaktoren‘, z.B. zwischenmenschlicher Zuwendung – ein besonders starker *protective factor* – verhindern“ (PETZOLD 2003, 1070; vgl. auch: Genregulation in sensiblen Phasen: PETZOLD 2003, 1073).

Neurotransmitter/Lernen: „Lernen [...] bedeutet immer auch Gedächtnisleistung, ist ein differentielles Geschehen, das mit unterschiedlichen cerebralen

Prozessen und Strukturen verbunden ist (Salmon et al. 1995). Dabei ‚lernt‘ nicht nur der ‚Organismus‘, die sich beeinflussenden, aktivierten Neuronen, wie schon Donald Hebb (1949/1988, 50) zeigte, sondern natürlich auch der Mensch, in dessen Organismus, dessen Hippocampus etwa, Langzeitpotenzierungen (*LTP, Long Term Potentiation*) der synaptischen Erregungsübertragung erfolgen (Eichenbaum 1939). Es ‚lernen‘ die Synapsen, indem sich etwa bei entsprechenden ‚auffordernden‘ Innen- und Außenreizkonstellationen (*external and internal affordances*) – ich habe Gibsons Konzept auf die somatische Innenwelt ausgedehnt – die Transmitterproduktion und die Rezeptorenzahl und -ansprechbarkeit im glutaminergen Prozess umreguliert. (Baudry, Davis 1991, 1994). Derartige Up- und Down-Regulationsprozesse [...] finden sich natürlich nicht nur beim wichtigsten exzitatorischen Neurotransmitter Glutamat, der eine herausragende Rolle (Dingledine et al. 1999) bei der Mehrzahl der mentalen Vorgänge spielt. Unter mentalen Vorgängen verstehe ich die perzeptiven, kognitiven, emotionalen, volitiven Prozesse im ZNS, die jeweils mit gesamtorganismischen Prozessen einhergehen (Damasio 1995) [...]. Forschungen zum Verhalten dopaminergener Neuronen zeigen in eindrucksvoller Weise, wie bedeutsam das Verstehen der neurophysiologischen Prozesse für ein Konzept des Lernens ist – auch des sozial als dysfunktional bewerteten Lernens, etwa bei Suchtmittelabhängigkeiten oder der Spielsucht. So kommt es in Verstärkungsprozessen durch Belohnung (nicht bei negativer Verstärkung, d.h. Bestrafung) zu erhöhter Dopaminausschüttung, allerdings nicht als Response auf eine bestimmte Belohnung, sondern die dopaminergen Neurone feuern, wenn ein Unterschied zwischen erwarteter und eingetretener Belohnung festgestellt wird. Das ist Lernen. Und das hat eine einleuchtende Logik., denn wenn der Organismus/das Cerebrum in operantem Konditionieren gelernt hat, einen bestimmten Stimulus mit Belohnung/Dopaminausschüttung (die gesucht wird) und Bestrafung (die vermieden wird) zu koppeln, woraus sich eine Erwartung in diesen Stimulus habitualisiert – bei ‚Bravsein und Aufessen‘ kann das Kind mit Mutters Lächeln/Belohnung rechnen – tritt eine Gewöhnung ein. Kommt es dann zu einer anderen Antwort als die erwartete, sozusagen als ‚Überraschungseffekt‘ – ‚so, du hast nun genug gegessen, du musst nicht alles aufessen‘ verbunden mit ‚großem Lächeln‘ – erfolgt auf die Feststellung dieser Novität als Differenz zum Bekannten/Gewohnten eine erhöhte Dopaminausschüttung im frontalen Cortex (Waelti et al. 2001). Es sind persönliche und gemeinschaftliche Erfahrungen des Gelingens, das Erleben des **Siegens** [...], aber auch die Erfahrung des **Überwindens** (Petzold 2001m), wenn man durch große Gefahr hindurch gegangen ist, in Situationen der Unterdrückung und Bedrohung letztlich doch ‚obsiegt‘ hat, ein

Trauma überwinden konnte, die durch die in derartigen Erfahrungen zur Wirkung kommenden dopaminergen Bekräftigungen und die exhilerierende Wirkung der gleichzeitig intensivierten Endorphinausschüttungen Lernen fördern“ (PETZOLD 2003, 1077f).

Wir müssen also davon ausgehen, dass der Leib als Informierter Leib und damit auch auf der Ebene seiner materiellen Dimension enorme Elastizität, Plastizität, Reagibilität, Responsibilität und Sensibilität besitzt und dass alles, was wir unsere Wahrnehmung, unser Erleben nennen, auch in unserem „biologischen Inneren“ seine Auswirkungen hat und Spuren hinterlässt.

Diese Komplexität und Sensibilität des Lebendigen muss uns dazu veranlassen, den Leib ins Zentrum unseres Selbstverständnisses zu stellen und insbesondere als TherapeutInnen zu verstehen, dass nur eine leiborientierte, leibtheoretisch fundierte Therapie der Komplexität des Menschen als Leibsubjekt gerecht werden kann. Wir haben daraus auch Anlass, dem Leib – freilich auch unserem eigenen – mit Ehrfurcht und Zärtlichkeit zu begegnen, etwa wie Victor von Weizsäcker einmal sinngemäß formuliert hat: „Betrachte eine einzelne menschliche Zelle und dich blickt Menschliches an.“ Folgerichtig stellt Petzold zu Anfang die Bedeutung der Körpertherapien als fundamentale Auseinandersetzung des Menschen mit seiner Leiblichkeit heraus. Er zeigt jedoch zugleich, dass diese Auseinandersetzung nicht allein auf der Ebene naturwissenschaftlicher Fragestellungen geführt werden darf. Zu berücksichtigen sind auch „komplexe soziale Repräsentationen – auch ‚kollektiv-mentale Repräsentationen‘ genannt [...] und komplexe persönliche Repräsentationen – auch ‚subjektiv-mentale Repräsentationen‘ genannt“ (PETZOLD 2003, S.1052f).

Soziale Repräsentationen sind kollektive mentale Muster des Fühlens, Denkens und Handelns, die sich in Gesprächs- und Handlungsgemeinschaften der Menschen ausbilden. Sie führen Menschen in sozialen Welten mit ihren „intermentalalen Wirklichkeiten“ (Vygotsky zit. nach Petzold 2003, 1052) zusammen und werden dort wiederum kollektiv ausgebildet. Die Wechselwirkungen und Vermittlungsprozesse zwischen persönlichen und sozialen Repräsentanzen – auch bei deren Entstehung – definiert Petzold wie folgt: Persönliche Repräsentationen „sind die für einen Menschen charakteristischen, lebensgeschichtlich in Enkulturation bzw. Sozialisation erworbenen, d.h. emotional bewerteten (*valuation*), kognitiv eingeschätzten (*appraisal*) und dann verkörperten Bilder und Aufzeichnungen über die Welt. Es sind eingeleibte, erlebniserfüllte ‚mentale Filme‘, ‚serielle Hologramme‘ über ‚mich-Selbst‘, über die ‚Anderen‘, über ‚Ich-Selbst-mit-Anderen-in-der-Welt‘, die die Persönlichkeit des

Subjekts bestimmen, seine intramentale Welt ausmachen. Es handelt sich um die ‚subjektiven Theorien‘, mit ihren kognitiven, emotionalen, volitiven Aspekten, die sich in Prozessen ‚komplexen Lernens‘ über die gesamte Lebensspanne hin verändern und von den ‚kollektiv-mentalen Repräsentationen‘ (vom Intermentalen der Primärgruppe, des sozialen Umfeldes, der Kultur) nachhaltig imprägniert sind und dem Menschen als Lebens-/Überlebenswissen, Kompetenzen für ein konsistentes Handeln in seinen Lebenslagen, d.h. für Performanzen zur Verfügung stehen (Petzold 2000h)“(PETZOLD 2003, 1053).

Wenn wir also den Leib oder das Leib-Subjekt gemäß dem Konzept des Informierten Leibes und nach dem ganzheitlichen Erkenntnisparadigma der Integrativen Therapie verstehen wollen, besteht die Herausforderung darin, das Leibsubjekt auf drei Ebenen zu bestimmen: aus der Theorie der sozialen Repräsentationen, aus der Theorie der persönlichen Repräsentationen und aus der Theorie der Bio- beziehungsweise Neuroinformation. Zu dieser komplexen Konnektivierung verschiedener Theoriekonzepte schreibt Petzold: „Der ‚informierte Leib‘ wird durch die kollektiven, über die Lebensspanne hin (Preuss, Lausitz 1987, 2002; Baur, Miethling 1991) in sozialisationsvermittelten mentalen Repräsentationen aber auch durch Strategien der Selbstsozialisation (Featherstone et al.1991; Zinnecker 2000) imprägniert, denn Menschen sind in Sozialisationsprozessen ‚produktiv die Realität verarbeitende Subjekte‘. Das Soziale erweist sich damit zugleich als ein Verleiblichtes, denn es ist in ‚Fleisch und Blut‘ übergegangen. Der Begriff ‚mental‘ ist deshalb nicht als ‚Konstrukt der Vergeistigung‘, sondern im Gegenteil als Konstrukt zu sehen, in dem Geist ‚verleiblicht‘ gedacht wird und der die in Prozessen ‚**komplexen Lernens**‘ (Sieper, Petzold 2002) erfolgte und lebenslang erfolgende ‚Inkorporierung erlebter Welt‘ umfasst: als mentale Bilder, die in jedem Moment ihre leibliche Basis mit sich führen, bei deren Aufkommen oder Vorstellung auch die damit verbundenen Gefühle, Willensimpulse und Physiologien aufgerufen werden, z.B. beim Gedanken an einen Konflikt, das Gefühl des Ärgers, die Aufwallungen des Zornes, die Zornesröte. Dann folgt der Willensentschluss zu handeln, etwas zu tun, die Aktion – ein Hologramm des Erlebens und der Performanz“ (PETZOLD 2003, 1052f).

Zur Verbindung, zur Konnektivierung der Theorien heißt es weiter: „Die Theorie der komplexen ‚**kollektiv-mentalen** bzw. **sozialen Repräsentationen**‘ muß immer mit der der ‚**subjektiv-mentalen** bzw. **persönlichen Repräsentationen**‘ verbunden betrachtet werden und vice versa, denn bei fehlender und unzureichender Passung liegen hier erhebliche Konfliktpotentiale

zu übergeordneten, die ‚Kultur‘ bestimmenden sozialen Repräsentationen‘ hin bzw. zu anderen Menschen mit anderen ‚social worlds‘ hin, was gerade in der Psychotherapie und Körpertherapie zwischen Vertretern verschiedener Schulen, aber auch zwischen Therapeutin und Patientin zum Tragen kommen kann. Für die Leibtherapie ist eine solche ‚kulturalistische‘, soziologische bzw. sozialpsychologische und sozialökologische Perspektiven einbeziehende Sicht (Petzold, van Beek, van der Hoek 1994) von größter Bedeutung, unterstreicht sie doch, dass der menschliche Körper mit seinem Fühlen, Wollen, Denken (Bethien et al. 2000) stets auch ‚social body‘, ‚cultural body‘ ist, geformt durch *Sozialisations- und Enkulturationsprozesse* (Hurrelmann 1995) und bei aller biologischen und neurophysiologischen Orientierung die Dimension des Sozialen nicht vergessen werden darf, die bis in die biologische Grundlage des Leibes durchgreift: der Leib ist nämlich in der Tat verkörpertes Subjekt, eingebettet in die Lebenswelt, ***embodied and embedded***“ (PETZOLD 2003, 1053).

Diese Rückbindung ans Subjekt, diese komplexe, ganzheitliche, durch und durch humanistische Sichtweise des Menschen in seiner Leiblichkeit – wie sie sich schon ganz früh in der Theorie der Integrativen Therapie finden lässt (vgl. Kapitel 2.5.1) – ist im heilpädagogische Praxisfeld unerlässlich und von großer Tragweite. Zu Recht nennt Petzold daher die Verfahren der Integrativen Therapie auch „Integrative Humantherapie“ (PETZOLD 2003, 1062).

Zum Abschluss des theoretischen Teils dieser Arbeit möchte ich noch einige Teilkonzepte der Theorie des Informierten Leibes ansprechen und deren Bedeutung für die praxeologischen Ebene – meine Arbeit mit Emanuel – aufzeigen. Diese Konzepte spielen eine Rolle für mein tieferes Verständnis der Vorgänge bei leibtherapeutischen Interventionen und waren außerdem hilfreich für die diagnostische und prognostische Einschätzung des Therapieprozesses beziehungsweise der Entwicklung Emanuels.

Synchronisierung, Imitation, Empathie – Spiegelneuronen in der Leib- und Bewegungstherapie

Im Schlussteil der Theorie des Informierten Leibes zeigt Petzold, dass in den leibtherapeutischen Konzepten der Integrativen Therapie schon früh die Einsichten von biologischer und neurowissenschaftlicher Forschung intuitiv erfasst und umgesetzt wurden. „Synchronisation ist ein biologisches Grundphänomen. Neurone feuern im Gleichtakt, um ihre Aktivität zu koordinieren (Steward, Strogatz 1994). Menschengruppen klatschen oder skandieren synchronisiert“ (PETZOLD 2003, 1082). Es gibt also eine funktionelle und sinnhaft/sinnhafte

Durchgängigkeit von der molekularen zur neuronalen, zur neuophysiologisch-muskulären, zur subjektiven Leib-Erlebnis-Handlungs-Ebene. Dieses Zusammenspiel begründet die Evidenz und die Reichweite leibtherapeutischer Konzepte.

„Unsere Behandlungstechnik des ‚*coemoting*‘, des Mitvollziehens von Emotionsmimik, -gestik, -atmung [...], der ‚*covolition*‘, der Synchronisierung des Wollens und der Zielintentionen im leibtherapeutischen Prozess wird auf jeden Fall durch diese Entdeckungen gestützt. Und in vielen ‚unspezifischen‘ therapeutischen Aktivitäten kommen Synchronisierungen zum Tragen [...], denn ganz ohne Frage gibt es auch in den körper- und bewegungsorientierten Therapieverfahren *unspezifische* und *spezifische* Wirkfaktoren. Von denen stimmen einige mit denen von der Psychotherapieforschung herausgearbeiteten Faktoren überein (z.B. ‚Passung‘ zwischen Therapeutin und Patientin/gute therapeutische Beziehung, Akzeptanz und Wertschätzung. Das ist alles ohne die Beteiligung von Spiegelneuronen nicht möglich“ (PETZOLD 2003, 1082). Petzold beschreibt an dieser Stelle vier Ansätze, die von ihm und seinen Mitarbeitern speziell für die Nutzung von Leib- und Bewegungsphänomenen entwickelt wurden:

MPI, Movement Produced Information: „Wir fokussieren auf die im ‚eigenleiblichen Spüren‘ im leiblichen ‚Selbsterleben‘ wahrgenommene Koordination...“ (PETZOLD 2003, 1080) – Lernen im gemeinsamen Bewegungsvollzug. „Bewegung (Haltung, Gestik, Mimik ‚im Vollzug‘) informiert das Gehirn und wirkt. Lächeln z.B. erhöht den Endorphinlevel und regt das dopaminerge System an, was wir durch *Bottom-up-Techniken* des *emotings* und Affekttraining nutzen: from muscle to mind (dieses Buch S. 642 ff)“ (PETZOLD 2003, 1080) [...] „– insbesondere durch vestibuläre-, emotionale Modulierung [...] durch postural-mimisch-respiratorische Einstellung von Emotionsmustern etwa in der Therapie von Depressionen...“ (PETZOLD 2003, 1083)

MIM, Mentally Imagined Motor-Actions: „Gleichermaßen verwenden wir auch mentale Ansätze, **Top-down-Techniken** der Imagination, Bilder und Vorstellungen, die Gefühle und Leiblichkeit beeinflussen...“ (PETZOLD 2003, 1081).

IMC, Interactional Movement Coordination: Hier geht es um die „Nutzung evolutionsbiologisch disponierter Nähemuster und Geborgenheitsreaktionen (dialogue tonique, intuitive parenting, sensitive caregiving). Nutzung psychophysiologischer Synchronisationstendenzen bei Mitbewegungen (Schmidt, Carello, Turvey 1990), etwa in der ‚up regulation‘ von apathischen, abgestumpften Patienten (numbing reaction) oder der ‚down regulation‘ von

übererregten Patienten (hyperarousal reaction) in der Traumatherapie; Spiegelung in der Face-to-face-Kommunikation, Bewegungs- bzw. Tanztherapie in Paarkonstellationen, gemeinsames Singen, rhythmisierte Narrationen usw.“ (PETZOLD 2003, 1083).

EIP, Evoked Internalized Personalities: Gemeint ist die „Nutzung internalisierter Persönlichkeitszüge stützender Mitmenschen (significant caring others) der Lebensgeschichte oder Gegenwart als ‚innere Beistände‘, die allerdings so konkret wie möglich in Mimik und Gestik leiblich evoziert werden. Eine spezifische Körperhaltung wird eingenommen, eine besondere Miene wird aufgesetzt, um Stimmungen und emotionale Lagen zu verändern“ (PETZOLD 2003, 1083).

Petzold macht an dieser Stelle auch darauf aufmerksam, dass mit Blick auf die psychologischen Parameter die Forschung in der Körperpsychotherapie noch am Anfang steht und dass zum Beispiel die tiefenpsychologischen Konzepte „weder eine wirkliche Anschlussfähigkeit zu den Neuro- und Biowissenschaften, noch zu den klinisch relevanten sozialpsychologischen Theorieständen Anschluss haben [...]“ (PETZOLD 2004, 1084). Die Diskussion des Konzepts des Informierten Leibes auf der praxeologischen Ebene führt Petzold fort, indem er wichtige Ebenen für die Arbeit mit leiblich/zwischenleiblichen Synchronisierungen in der Integrativen Therapie aufzeigt, auf denen sich solche Synchronisierung ereignet. Die entsprechenden Interventionen in der Therapie entfalten ihre Wirkung auf der übungs-, erlebnis- und konfliktzentrierten Ebene:

- » „auf der *neuromotorischen* Ebene – eine Gruppe, laufender wandernder, spielender, arbeitender Menschen synchronisiert sich in ihren bewegungs- und Handlungsabläufen und wird in diesem Geschehen unterstützt;
- » auf der *emotionalen* Ebene – eine Gruppe lachender, trauernder, zorniger Leute befindet sich aufgrund emotionaler Affektion, durch *coemoting* in einer gemeinsamen Stimmung bzw. Gefühlslage, die eine Feinabstimmung oder Umstimmung erfordert;
- » auf der *volitiven* Ebene – eine Gruppe oder Mannschaft in einem Spiel, einem Wettkampf will gewinnen und synchronisiert alle Willenskräfte, um dieses Ziel zu erreichen; sie wird dabei gefördert. All das ist möglich, weil die Spiegelneuronen die Intentionalitäten der Einzelsubjekte erschließen (Rizzolatti, Fogass, Gallese 2000);
- » auf der *kognitiven* Ebene – Gruppen von Menschen bilden eine gemeinsame Weltsicht, gemeinsame Werte aus (*social worlds*, Petzold 2000h) und kommen zu einer grundsätzlichen Übereinstimmung ihres Denkens“ (PETZOLD 2003, 1084).

Im Schlussteil der hier referierten theoretischen Schrift zeigt Petzold auf, wie aus dieser ungeheuren Vielfalt von molekularen Reaktionen, neuronalen Vernetzungen, physiologischen Reaktionen, Bewegungsantworten, emotionalen Einstimmungen, mimisch gestischen Synchronisationen und wechselseitiger Empathie das Wunderwerk des Leibsubjekts sich entwickelt und erhält, als subjektiv erlebte Leiblichkeit, als *embodied and embedded* erlebtes Selbst, als Selbstgewissheit und Identität in zwischenleiblicher Verbundenheit mit anderen.

„Die Körpertherapeuten betonen die Wichtigkeit eines subjektiv erlebten ‚Körperschemas‘. Aus integrativtherapeutischer Sicht indes ist eine Theorie des ‚*body-mind of a human subjekt embedded in context/continuum*‘ als eine leibbasierte (Berlucchi, Aglioti 1997) umfassende ‚METAERFAHRUNG SEINER SELBST IN KONTEXT/KONTINUUM‘ (Petzold 2002b) angesagt“ (PETZOLD 2003, 1086f). Hinsichtlich der Persönlichkeitsentwicklung kommt folgenden Vorgängen Bedeutung zu:

Innere Polyloge: Das Großhirn des Hominiden vom Sapienstyp ist „nur zu 10–20% mit der Verarbeitung von Außeninput beschäftigt ist. Ansonsten beschäftigt sich ‚das System. [...] hauptsächlich mit sich selbst: 80–90% der Verbindungen sind dem inneren Monolog [ich würde mit guten Gründen formulieren ‚Polylog‘, H.P.] gewidmet. Dies ist ein erster und starker Hinweis dafür, dass im Gehirn Prozesse ablaufen, die vorwiegend auf internen Wechselwirkungen beruhen und nicht erst dann einsetzen, wenn von außen Reize einwirken [...]. Bedeutsamer wird mit zunehmender Entfernung von den Sinnesorganen selbstgenerierte Aktivität, welche von den Sinnessignalen lediglich moduliert wird‘ (Singer 2002, 103)“ (PETZOLD 2003, 1088).

Überschreitung des Dialogs – Entstehung von Polylogen: „[...] die *Emergenz* immer komplexerer kortikaler Leistungen ist von den POLYLOGEN zwischen einzelnen Mitgliedern der Spezies Mensch bestimmt. Sie ermöglichen dann Simulationsleistungen, die *synchronisiertes* Handeln unterstützen, aber auch ein ‚mind-reading‘, ein empathisches Erfassen des Anderen ermöglichen (Callese, Goldman 1998). Sie förderten aber auch die *cortico-corticalen* Polyloge zwischen den verschiedenen Hirnarealen, die unterschiedlichste Informationen verbinden: Geruch, Geschmack, ertastete Oberflächenstruktur, Temperatur, Gewicht, Farbe, zum ‚Gesamtperzept‘ etwa eines Apfels als einer *Synchronisations- und Syntheseleistung* – oder komplexer noch, sie ermöglichen das Erfassen einer Gesprächssituation, ja die antizipierende Vorwegnahme des Gesprächsverlaufs [...]“ (PETZOLD 2003, 1088).

Metaerfahrung seiner selbst: „Sie ist einerseits als selbstempathisch *erlebter* und bewerteter Prozess zu sehen (eine limbisch-emotionale ‚valuation‘ des Selbst-Erlebens im Kontext/Kontinuum) sowie als selbstreflexiv *verstandener* und eingeschätzter Prozess (ein präfrontal-kognitiver ‚appraisal‘ des erlebten Selbst als spatiotemporal eingebettetem). Dieser Prozess gründet in dem, was im Integrativen Ansatz als ‚REFLEXIVES LEIB-SUBJEKT‘ bezeichnet wird, und konstituiert es auch zugleich. [...] Andererseits ist die METAERFAHRUNG SEINER SELBST [...] an das empathische Erfaßtwerden durch Andere (die frühen ‚care giver‘ z.B.) gebunden, durch die eine wachsende ‚Sensibilität für sich selbst‘ und eine sich beständig vertiefende Selbstempathie möglich wird, aber auch die Fähigkeit zur Fremdempathie, des Herstellens von Umweltpassungen wächst“ (PETZOLD 2003, 1087).

Abschließend seien noch einige Reflexionen zu den zuletzt beschriebenen Konzepten und deren Bedeutung für meine Arbeit mit Emanuel angefügt. Mir sind in der Arbeit mit Emanuel eine Reihe von Fehlfunktionen, Störanfälligkeiten und Schwierigkeiten im Bereich der Integrationsleistungen bei der Wahrnehmungsverarbeitung aufgefallen, die sich jetzt im Lichte des Konzepts der Synchronisierung noch wesentlich genauer beschreiben und teilweise auch gezielter angehen lassen. So ist zum Beispiel auf der Ebene der *Interactional Movement Coordination* zu beobachten, dass Emanuel höchst individuelle Nähe- und Geborgenheitsmuster ausgebildet hat, die es erst in teilweise anstrengenden *trial-and-error*-Sequenzen aufzuspüren beziehungsweise durch anhaltendes *coemotimg* oder *affective attunement* zu festigen gilt, die Emanuel aber oft nicht bleibend internalisiert – mangelnde Ausbildung von *Repräsentationen* – und damit nicht wieder abrufen kann. Es kommt hierbei auch immer noch häufig zu Reizüberlastungsphänomenen, zu *hyperarousals*, die gelegentlich zu einer Art Zusammenbruch führen und verlangen, dass ich mit Emanuel wieder ganz auf die Ebene des *intuitive parenting* zurückgehe. Es bleibt in solchen Situationen für mich offen, ob mir spezifische Interventionen fehlen oder ob ich hier mit einer unzureichenden *neuronalen Synchronisierung* oder mangelnder Ausbildung *innerer Polyloge* zu rechnen habe. Ich muss im Vertrauen auf die *Elastizität* des menschlichen Organismus, auf seine *evolutionäre Kreativität*, *Neuroplastizität* und seine *Spiegelneuronen* einen neuen Weg für den *empathischen Zugang* und für fördernde *Stimulation* bei Emanuel suchen. Solche Zugänge sind erstaunlicherweise auch immer wieder möglich, wenn es mir gelingt, mich auf der *Mikroebene* körpersprachlicher Kommunikation *atmosphärischen Verstehens* und direkten Körperkontakts auf Emanuel einzulassen. Ich spüre dann etwas von der

„eigenwilligen Leiblichkeit“ des autistischen Kindes, die zwischen reicher, aber zuweilen bizarrer Subjekthaftigkeit und von biologischen Kräften gesteuerter Leibhaftigkeit changiert. Es wird hier für mich natürlich auch spürbar, dass wir nicht aus eigenem Willen leben, sondern dass „es uns lebt“ – was jedem Pubertierenden in seiner Entwicklungsphase deutlich wird – und dass „bewusstes Leben“ immer Resultat eines „Aneignungs- und Integrationsprozesses“ ist.

Hinsichtlich der so genannten „Eigenwilligkeit“ Emanuels und mit Bezug auf die Konzepte des *Körperschemas*, des *Körperbildes* und der *Metaerfahrung seiner selbst* gibt es zum Beispiel die Erfahrung, dass Emanuel besonders stark auf seine Füße bezogen ist. Er bietet sie häufig zum Anfang unserer Begegnungen und zur Eröffnung der Kommunikation an. Er verlässt damit natürlich die „normale“ Kommunikationsebene: Hand reichen, lächeln. Und obwohl der Spiel- und Arbeitsdialog mit ihm vielfältig verläuft, behält diese Kommunikation immer noch einen stark privatsprachlichen Charakter. Es bleibt für mich derzeit offen, wie weit und wie ausreichend der Junge in der Lage ist, *selbstempatisch erlebte und bewertete Prozesse* zu vollziehen und *reflexives Leibsubjekt* zu werden. Freilich sind all diese Elemente und Qualitäten bei Emanuel vorhanden, denn der Mensch ist auf jeder Stufe seiner Entwicklung *Leibsubjekt* im vollen Sinne. Es wird weiter darum gehen, mit Emanuel zusammen die spezifischen *Kompetenzen und Performanzen* aufzuspüren und zu entwickeln und ihm einen Platz bei, mit und unter anderen Menschen zu schaffen.

5. Resümee: Der leibtherapeutische Ansatz als Grundlage für die Arbeit mit autistischen Kindern

Nicht ohne Grund zählen die autistischen Störungen im ICD-10 und im DSM IV zu den „Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen“. Autistische Kinder sind in ihrem Symbolisierungsvermögen, in ihren verbalen und nonverbalen Ausdrucksmöglichkeiten, in ihrer Erlebnisdynamik und in ihrer Wahrnehmungsverarbeitung erheblich eingeschränkt. Daraus ergibt sich eine massive Einschränkung auch in ihren Beziehungsfähigkeiten und -möglichkeiten. Für Außenstehende wirken daher die Reaktions-, Verhaltens- und Handlungsweisen autistischer Menschen fremdartig, irritierend und störend. Sie können das Verhalten nicht einordnen, den sozialen Sinn der Signale nicht verstehen und finden nur erswert einen verstehenden Zugang zum autistischen Kind beziehungsweise zu von Autismus betroffenen Menschen.

Wir haben im Zuge der vorliegenden Arbeit gesehen, dass die „autistische Störung“ quasi einen Zusammenbruch der basalen Kommunikations- und Ausdrucksmöglichkeiten des Kindes bedeuten kann und auf massive Schädigung oder Defizienz des frühen Mutter-Kind-Dialogs hindeutet. Wenn aber schon die organismische Resonanz, die reflektorischen Schemata, die zwischenleibliche Spontaneität (affektive Ansteckung, Bewegungsantwort, lautliche und mimisch-gestische Imitation) möglicherweise bis in das neuronale Spiegelungsgeschehen hinein beeinträchtigt sind, dann ist es für die Bezugspersonen und für die Therapeutin/den Therapeuten zunächst außerordentlich schwer, einen Schlüssel für den Zugang zum Kind zu finden und seinen Äußerungen einen sozialen Sinn abzugewinnen. Es besteht sogar die Gefahr, dass aus mangelnder Reziprozität die Empathiebereitschaft der Therapeutin/des Therapeuten erlahmt und sich Resignation einstellt, was natürlich einem Beziehungsabbruch mit dem Kind gleichkäme. Wir kennen diese Schwierigkeiten in verschärfter Form zum Beispiel aus der Arbeit mit komatösen oder aphallischen Patienten.

Es bestehen also schon am Anfang der therapeutischen Begegnung mit autistischen Kindern erhebliche Schwierigkeiten überhaupt mit ihnen in Kontakt zu kommen – vom Aufbau einer therapeutischen Beziehung ganz zu schweigen. In meiner mittlerweile zwölfjährigen Tätigkeit habe ich nachhaltig erfahren, wie die Beziehung zum Kind immer wieder abrisst und von Neuem aufgebaut werden musste. Es bedarf nämlich offenbar auch bei mir als Therapeutin einer wesentlich längeren und intensiveren Phase des Umgangs mit dem Kind. Erst dann kommt es zu einer angemessenen Verinnerlichung und Identifikation, zu einem positiven inneren Bild, das als heuristisches Konzept, als Leitfaden und emotionaler Boden für meine prozessdiagnostische und entwicklungsorientierte Arbeit mit dem Kind dienen kann. Hier sei noch einmal an meine spontane „Verliebtheit“ in Emanuel erinnert. Sie bewährte sich zwar als Durchhalteparole, war gleichzeitig aber auch aus der Not geboren und konnte meine therapeutische Ratlosigkeit nur notdürftig kompensieren. Sie führte mich beispielsweise nicht wie von selbst auf den Weg des Leibdialoges beziehungsweise zu einer verständigen und sinnlich konkreten leiblichen Interaktion.

Zwar war mir von Anfang an bewusst, dass autistische Kinder in der Regel massive Unterstützung brauchen und extrem hohe Anforderung an unsere Aufmerksamkeit sowie unsere Kontakt- und Beziehungsbereitschaft stellen. Zwar gelang es mir in der Arbeit mit autistischen Kindern bisher immer, Ansätze zu finden, die eine Kontaktaufnahme möglich machten. Aber erst die Kenntnis und das Verständnis der Konzepte der Zwischenleiblichkeit und der Leibtherapie im Verfahren der Integrativen Therapie haben mich auf den wirklich psychotherapeutischen Weg zu Emanuel gebracht.

Beeindruckende Erfahrungen in diesem Zusammenhang sind für mich zum einen die Ambivalenz von Verliebtheit und zum anderen das Verständnis dafür, dass Verliebtheit nicht unbedingt ein Heilmittel ist. Auf methodologischer Ebene bedeutet dies gleichzeitig die Einsicht, dass leiborientierte Interaktion und emotionale Kommunikation nicht einfach ein Hinlangen, Zupacken oder Anfassen bedeuten. Ich darf mich nicht einfach dem üblichen „Kuschel- und Kontaktbedürfnis“ überlassen. Vielmehr bedarf es spezifischer leibtherapeutischer Interventionen, die sich vom bloßen Hätscheln dadurch unterscheiden, dass sie prozesstheoretisch spezifisch gesetzt und von angemessener therapeutischer Reflexion begleitet sind. Das heißt auch, dass beispielsweise das *intuitive parenting*, das die jedem Menschen mögliche und in jedem angelegte, spontane, emotionale und pflegerische Zuwendung zum Kind beschreibt, aber keineswegs automatisch abrufbar ist. Im Umgang mit behinderten Menschen, mit

psychisch kranken Menschen und mit Fremdem erleben wir dies nur allzu oft. Nicht selten sind das „normale“ Einfühlungsvermögen und die im affektiven Repertoire des Menschen verankerte Hilfsbereitschaft durch gesellschaftliche Entfremdungs- und Verdrängungsprozesse verkümmert oder gehemmt.

Noch ein Wort zum Begriff der „Normalität“: Was wir unter „Normalität“ verstehen, ist immer eine gesellschaftliche Vorgabe und stets Ausdruck kultureller, politischer und moralischer Normen, die historisch entstanden und von gegebenen Herrschaftsverhältnissen abhängig sind. In einer leibfeindlichen Welt kann sich zwischenleibliche Kommunikation nur schwer entfalten. Die ungewöhnlichen, zum Teil bizarren Verhaltensweisen autistischer Kinder stellen unter solchen Umständen natürlich eine zusätzliche Erschwernis für den verstehenden, einfühlenden und leibbezogenen Umgang mit ihnen dar. Ausgehend davon gilt es zu verstehen, dass in vielen Fällen bei autistischen Kindern selbst die Mutterliebe versagt. Wir müssen sogar davon ausgehen, dass die frühkindliche Störung – wie auch andere Behinderungsformen – eine traumatisierende Wirkung für die Mutter hat. Unter diesen Umständen versagt natürlich auch das so genannte „normale“ Verhalten. In der Pädagogik kommt noch hinzu, dass sich Normalitätsannahmen und Professionalitätsanforderungen oft antagonistisch gegenüberstehen und sich handlungslähmend auswirken. Lebenspraktische Erfahrungen und wissenschaftliche Erkenntnisse können sich nur schwer lebendig durchdringen und befruchten. Es kommt vielmehr zur bornierten Behauptung von Normalitätskonzepten oder zur autoritären Durchsetzung ebenso bornierter Professionalität.

Die strukturelle Eigentümlichkeit gesellschaftlich bedingter Verhaltensweisen kennzeichnet auch die wissenschaftlichen Theorien und Konzepte. Auch sie enthalten kulturelle Überformungen und mithin auch die Deformationen oder ideologischen Verkürzungen und Zeichen der Entfremdung ihrer Zeit. Basierend auf dieser Einsicht ist mir im Verlaufe dieser Arbeit klar geworden, warum mich die Konzepte zur Arbeit mit autistischen Menschen – etwa das ABA- oder das TEACCH-Programm – in der Arbeit mit Emanuel nicht befriedigten. Die kognitivistische Zurichtung vieler dieser Verfahren zeigt sich unter anderem darin, dass die Beziehungsebene gar nicht thematisiert wird. Die Dimension der Leiblichkeit erscheint – wenn überhaupt – nur indirekt und auf der Ebene der Funktionalität, wo es meist um die so genannten Kulturtechniken geht.

Weder im ABA- noch im TEACCH-Programm werden die Begriffe „Therapeutische Beziehung“ oder „Menschenbild“ beschrieben. Vertreter dieser Fachrichtungen sind der Meinung, dass dies nicht nötig sei. Ein humanes Menschen-

bild und eine gute Beziehung zum Klienten seien selbstverständlich und bedürften keiner näheren Erläuterung. Beobachtet man jedoch die praktische Arbeit der beiden therapeutischen Ausrichtungen, wird schnell klar: Erfolge verzeichnen diejenigen KollegInnen, die leibtherapeutische Interventionen einsetzen, allerdings ohne diese explizit zu erwähnen oder sich dessen bewusst zu sein. Beide Programme fokussieren insbesondere den „lebenspraktischen Bereich“ und das „Alltagshandling“. Gerade hier ist für mein Verständnis Beziehungsarbeit im Sinne immer wieder zu überprüfender leiblicher und emotionaler Kommunikation und häufig auch ständiger Neufundierung von Beziehung (immerwährende Erneuerung der Kontakt- und Beziehungsangebote) unerlässlich. Denn nur auf Grundlage einer tragfähigen Beziehung können autistische Kinder sich überhaupt auf neue, ungewohnte Situationen, fremde Materialien und komplexere Aufgaben einlassen.

Die genannten Konzepte berücksichtigen weder die Stimmung des Kindes noch die atmosphärischen Bedingungen in angemessener Weise. Dabei wissen wir, dass autistische Menschen von einer andauernden inneren Spannung, von Ängsten und von Fremdheits- oder gar Verlorenheitsgefühlen bestimmt sind. Gerade deshalb sind sie in hohem Maße von Atmosphären abhängig. Diese atmosphärische Abhängigkeit macht im Übrigen auch die bekannte Hochsensibilität autistischer Menschen aus und ist sowohl als besondere Kreativität wie auch als Idiosynkrasie, das heißt als extreme Anfälligkeit für Störungen zu verstehen. Sie bringt es meiner Erfahrung nach mit sich, dass das autistische Kind auch wiederkehrende Szenen und sich wiederholende Handlungen oder Abläufe stets wie zum ersten Mal erlebt. Als Therapeutin muss ich hier also eine ganz spezifische Form von Vertrautheit und Sicherheit anbieten und herstellen.

Es wird daraus deutlich, dass der Umgang mit dem Fremden – als allgemeines kulturelles Problem wie auch als professionelles Problem – nicht nur durch unzureichendes Wissen, sondern auch durch psychische beziehungsweise psychosoziale Barrieren bedingt ist. Der rationalistische Zug der erwähnten Konzepte und ihr instrumenteller Zugang zum autistischen Menschen könnten daher auch einer Angstabwehr entspringen, als ein Schutz davor, mit den Ängsten des Patienten in Berührung zu kommen.

Aus dem bisher Gesagten lässt sich schließen, dass es eine gesellschaftliche Struktur der Leiblichkeit sowie eine erlernte Leiblichkeit gibt. Beide erwerben wir im Verlauf der primären, sekundären und tertiären Sozialisation. Beide sind gekennzeichnet durch das Miteinander und Gegeneinander individueller und gesellschaftlicher Entwürfe. Autistische Kinder brauchen eine ausgesprochen intensive

Unerstützung im Sinne von Nachbeelterung und Nachsozialisation, um ihre Entwicklungsdefizite zu überwinden, ihre Ängste zu verlieren und einen sicheren Lebensort in der Gesellschaft zu finden. Was aber ist zu tun, wenn die „normale“ Kommunikation und die „normale“ Empathie versagen? Wie können es Eltern, TherapeutInnen, ErzieherInnen und LehrerInnen auch dann schaffen, einen positiven und tragenden Kontakt herzustellen?

Die Antwort darauf ist der Leib. Wir müssen den Zugang zum Kind über den Leib und die Leiblichkeit finden wie sie in der Integrativen Therapie verstanden werden. Der Leib ist die Basis von Erleben und Selbsterleben. Wir müssen das organismische Wechselspiel zwischen Mutter und Kind wieder in Kraft setzen und sozusagen auf die Ebene der leiblichen Sozialisation zurückgehen. Der direkte leibliche Kontakt bleibt der vorrangige Faktor für die Entwicklung des behinderten Kindes. Durch emotionale und körperliche Nähe, durch Blickkontakte und durch emotionale Angleichung in der Mutter-Kind-Dyade werden innere Abläufe in Gang gesetzt, die sehr lernintensiv sind, indem die Leibfunktionen durch das Gegenüber verstärkt und gestärkt werden. Diese Prozesse laufen bei „normal“ entwickelten Kindern und ihren „gesunden“ Eltern ohne Komplikationen, fast automatisch und mehr oder weniger optimal ab. Da autistische Kinder nicht ausreichend über Mimik und Gestik erreichbar sind, ist ein direkter Kontakt zu ihrem Körper erst recht notwendig. Sie erlangen keine so bewusste Körpersouveränität und können Kontakt nur unter bestimmten Bedingungen erwidern oder halten.

Hier wird noch einmal deutlich, dass bei einem autistischen Kind, das wie Emanuel keine Sprache ausbilden konnte, insbesondere das Konzept der Zwischenleiblichkeit der Integrativen Therapie greift. Wenn „normale“ Kommunikation und Empathie versagen, gelingt ein Kontakt nur, indem man sich mit dem Anderen in den imaginären Raum des sinnhaft-leiblich Wahrnehmbaren begibt, sich einschwingt in den Erlebnisraum des nonverbalen Miteinanders. Die Aufgabe des Gegenübers – des *caregiver* – besteht darin, organismisch atmosphärisch zu erfassen, was in dem Kind vorgeht, was es bewegt, welche Bedingungen sein wahrnehmender, sein perzeptiver Leib benötigt, damit er Kontaktangebote lesen und selbst neue Interaktionen initiieren kann. Sehr oft benötigen autistische Kinder besondere auditive, visuelle, taktile, propriozeptive oder vestibuläre Stimuli, damit sie überhaupt die Aufmerksamkeit auf ihr Gegenüber richten können. Empfinden sie die Reize und Erfahrungen als angenehm, bringen sie dies in der Regel mit einem Lachen und positiven,

zugewandten Blicken – wenn auch oft kürzer als bei „normalen“ Kindern – zum Ausdruck.

Autistische Kinder reagieren auffällig häufig auf Berührungen in Körperbereichen, die bei gleichaltrigen Kindern nicht mehr eine bevorzugte Rolle in der leiblichen Kommunikation spielen. Bei Emanuel waren es zum Beispiel die Füße. Berührungen an den Füßen stellten für Emanuel zugespitzte pointierte Erfahrungen dar, die eine besondere Wachheit bei ihm hervorriefen und ihn in einen positiven Erregungszustand brachten, so dass bei ihm eine Aufmerksamkeit für Kontaktangebote entstehen konnte. Über diese Stimulierung konnte Emanuel sich fokussieren.

Für autistische Kinder ist es oft auch schwierig, eine Wiederholung einzufordern. An diesem Punkt greifen durchaus lerntheoretische beziehungsweise verhaltenstherapeutische Konzepte. Der Erlebnisraum des Zwischenleiblichen erschließt sich jedoch nur über ein Mitschwingen, ein Zulassen leiblicher Resonanzen und nur über einen intuitiven präverbalen Verstehensprozess leibhaft wahrgenommener Atmosphären und emotionaler Verfasstheit. Diese Erlebnis- und Beziehungsqualitäten sind weder mit kognitiven oder lerntheoretischen Konzepten noch mit phänomenologischen Beschreibungen zu erfassen.

Die Integrative Therapie bietet unter anderem durch die Theorie des *Informierten Leibes* die Möglichkeit, so auf die Besonderheiten des autistischen Kindes zu reagieren, dass es gelingt, sich in die zunächst fremd wirkenden Reaktions-, Verhaltens- und Handlungsweisen einzufühlen und zur Ebene mutuellem Empathie im Körperdialog vorzudringen. Dadurch entsteht eine extreme Nähe zum Kind (emotionale Adoption), woraus wiederum eine Verlebendigung des Interaktionsprozesses resultiert. Dieses „bei dem Kind und mit dem Kind Sein“ setzt bestimmte Qualitäten voraus, die nicht jeder, Pädagoge, Therapeut, *caregiver* mitbringt. Sie können jedoch erlernt werden, indem man sich auf die eine leibliche Ebene einlässt und dem leiblich Gespürten vertraut – allerdings nur über Selbsterfahrung am eigenen Leibe und durch die Ausbildung leibtherapeutischer Kompetenzen wie sie in der Integrativen Leibtherapie vermittelt werden.

Es darf aber auch bei allen therapeutischen Möglichkeiten des Leibkonzeptes der Integrativen Therapie eine kritische Sichtweise nicht fehlen. Die wissenschaftlichen, theoretischen und methodischen Konzepte geben die Möglichkeit, die Prozesse der Sozialisation und der Persönlichkeitsentwicklung bis ins Detail zu verstehen. Sie befähigen sogar dazu, sich in tiefgreifende Vorgänge evolutionärer Kreativität – Verschränkung und Wechselwirkung von

transmaterieller und materieller Realität – einzumischen, sie zu begleiten, zu begünstigen, zu initiieren (*intuitive parenting*). Trotzdem lassen sich mit diesem Verstehen und diesen Hilfestellungen viele tiefgreifende Störungen und Blockaden im Innern des Leibsubjekts und im kulturellen Kontext nicht überwinden. Die Begrenzung beginnt schon dann, wo ich mir zum Beispiel in meiner Enttäuschung über die geringe Reichweite meiner Bemühungen bei Emanuel die Illusion bildete, er müsse eigentlich ein Leben lang in Therapie bleiben. Es geht hier also auch darum anzuerkennen, dass durch die Einmaligkeit des Individuums, durch die fremde Macht der Krankheit und durch die gesellschaftlichen Realitäten Grenzen gesetzt sind, die wir mit therapeutischen Mitteln nicht immer überwinden können.

Nach meiner Überzeugung müssen wir aber daran festhalten, dass die von Wissenschaften und therapeutischen Theorien und Methoden erzeugten Erwartungen an das Verhalten der Menschen, an den Umgang der Menschen mit sich selbst im lebensweltlichen Kontext eine ständige Herausforderung im Sinne konkreter Utopien bleiben. Entscheidend ist, dass diese Wissenschaften und Theorien auf einem humanen Menschenbild gründen wie es die Integrative Therapie bereitstellt.

6. Zusammenfassung: Die leibtherapeutische Arbeit mit einem autistischen Kind nach dem Verfahren der Integrativen Therapie

Die vorliegende Arbeit veranschaulicht die Reichweite und die Möglichkeiten leibtheoretischer Konzepte der Integrativen Therapie in der Arbeit mit Kindern mit der Diagnose „Frühkindlicher Autismus“. Dabei werden insbesondere das Konzept der *Zwischenleiblichkeit*, die Konzepte des *intuitiv parenting* und des *sensitive caregiving* und das Konzept des *informierten Leibes* als Grundlage für therapeutische Interventionen betrachtet. Um die massiven Einschränkungen und Defizite in allen Entwicklungsbereichen autistischer Kinder zu verstehen, werden theoretische Grundlagen zur Autistischen Störung zuvor beschrieben.

Schlüsselwörter: Integrative Therapie, Frühkindlicher Autismus, leibtherapeutische Konzepte

Summary: The Body Work with an autistic child proceeded with the Integrative Therapy

This paper illustrates the range and possibilities of the body concepts of the Integrative Therapy in the work with children with the diagnosis “Infantile Autism”. Therefore, particularly the concept of the “Zwischenleiblichkeit”, the concepts of the “intuitive parenting” and the “sensitive caregiving” and the concept of the “informierten Leibes” will be considered as the basis for Therapeutic Intervention. First, theoretical principles of Autistic Disorder will be described in order to understand the enormous limitations and deficits of autistic children in all developmental domains.

Keywords: Integrative Therapy, Infantile Autism, body concept

7. Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A.* (1997): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Asperger, H.* (1944): Die „Autistischen Psychopathen“ im Kindesalter. In: *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 117, 76–136.
- Asperger, H.* (1979): Problems of infantile autism. In: *Communication. Members' magazine of the National Autistic Society* 13, 45–52.
- Attwood, T.* (2007): Ein ganzes Leben mit dem Asperger Syndrom. Stuttgart: Trias Verlag.
- Ayres, A. J.* (1984): Bausteine der kindlichen Entwicklung. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. 2. Auflage 1992.
- Bach, H.* (2006): Wer tauscht mit mir? – Kommunikationsförderung autistischer Menschen mit dem „Picture Exchange Communication System“. Stuttgart: ibidem-Verlag.
- Bernard-Opitz, V.* (2005): Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Cordes, R.* (1995): Soziale Interaktion autistischer Kinder. Videogestützte Analyse der Kommunikation zwischen Mutter und Kind. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- DeMeyer, M. K.* (1986): Familien mit autistischen Kindern. Probleme der Kinder und Sorgen der Eltern. Klinische Psychologie und Psychopathologie, Bd. 42. Stuttgart: Enke Verlag.
- Dodd, S.* (2007): Autismus. Was Betreuer und Eltern wissen müssen. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Doering, W., Doering, W.* (2001): Von der Sensorischen Integration zur Entwicklungsbegleitung. Dortmund: Borgmann Verlag.
- Fischer, E.* (1998): Wahrnehmungsförderung. Dortmund: Borgmann Verlag.
- Frith, U.* (1992): Autismus: Ein kognitionspsychologisches Puzzle. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Frost, A. L., Bondy, A. S.* (1994): PECS The Picture Exchange Communication System – Training Manual. Newark: Pyramid Educational Products Inc.

- Gauda, G.* (1995): Blickkontaktvermeidung in den ersten Lebensmonaten und Elternidentität – Ursachen, Folgen, Prävention. In: *Petzold, H.G.* (Hg.): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung. Bd. 2. Paderborn: Junfermann. 75–91.
- Greenspan, S. I., Wieder, S.* (2001): Mein Kind lernt anders. Ein Handbuch zur Begleitung förderbedürftiger Kinder. Düsseldorf: Walter.
- Gröschke, D.* (1997): Praxiskonzepte der Heilpädagogik: anthropologische, ethische und pragmatischen Dimensionen. München: Ernst Reinhardt. 2. neubearbeitete Auflage von 1989
- Häußler, A.* (2000): Therapeutisches Arbeiten nach dem TEACCH Modell, Skript eines Fortbildungsseminars für die Mitarbeiter des Autismuszentrums
- Häußler, A.* (2005): Der TEACCH Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus. Einführung in Theorie und Praxis. Dortmund: Borgmann Media.
- Happé, F.* (1999): Understanding asperger and deficits in autism. Why success is more interesting than failure. In: *Psychologist* 12, 540–546.
- Lovaas, I. O.* (1977): The Autistic Child. Language Development Through Behaviour Modification. Oxford: Irvington.
- Papousek, H., Papousek, M.* (1995): Vorsprachliche Kommunikation. Anfänge, Formen, Störungen und psychotherapeutische Ansätze. In: *Petzold, H. G.* (Hg.): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung. Bd. 2. Paderborn: Junfermann. 123–141.
- Petzold, H. G.* (1975, 1977): Thymopraktik als Methode Integrativer Therapie. In: *Petzold, H. G.* (1996): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Paderborn: Junfermann. 3. überarbeitete Auflage von 1988. 341-406
- Petzold, H. G.* (1988): Das Leibsubjekt als „kreativer Leib“ – zur „Anthropologie des schöpferischen Menschen“ und zur „askläpiadischen Therapeutik“ mit kreativen Medien. In: *Petzold, H. G.* (1996): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Paderborn: Junfermann. 3. überarbeitete Auflage 1996. 190–198.
- Petzold, H. G.* (1988a): Konzepte zu einer mehrperspektivischen Hermeneutik leiblicher Erfahrung und nichtsprachlichen Ausdrucks in der „Integrativen Therapie“. In: *Petzold, H. G.* (2003): Integrative Therapie. 3 Bände.

- Paderborn: Junfermann. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage von 1993. 141–179.
- Petzold, H. G.* (1990): Integrative Therapie in der Lebensspanne. In: *Petzold, H.G.* (1992): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke. Bd. II, 2: Klinische Theorie. Paderborn: Junfermann. 649–788.
- Petzold, H. G.* (1993): Frühe Schädigungen – späte Folgen? Psychotherapie und Babyforschung. Bd. 1. Paderborn: Junfermann. 2. Auflage 1997.
- Petzold, H. G.* (1995): Die Kraft liebevoller Blicke: Psychotherapie und Babyforschung. Bd. 2. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G.* (1995a): Integrative Therapie in der Lebensspanne. Zur entwicklungspsychologischen und gedächtnistheoretischen Fundierung aktiver und leibzentrierter Interventionen bei „frühen Schädigungen“ und „negativen Ereignisketten“ in unglücklichen Lebenskarrieren. In: *Petzold, H. G.* (1995): Die Kraft liebevoller Blicke: Psychotherapie und Babyforschung. Bd. 2. Paderborn: Junfermann. 325–490.
- Petzold, H. G., van Beek, Y., van der Hoek, A.-M.* (1995b): Grundlagen und Grundmuster „intimer emotionaler Kommunikation und Interaktion“ – „Intuitive Parenting“ und „Sensitive Caregiving“ von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: *Petzold, H. G.* (1995): Die Kraft liebevoller Blicke: Psychotherapie und Babyforschung. Bd. 2. Paderborn: Junfermann. 491–645.
- Petzold, H. G.* (1996): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Paderborn: Junfermann. 3. überarbeitete Auflage von 1988.
- Petzold, H. G.* (2002): Der „informierte Leib“ – „embodied and embedded“ – Leibgedächtnis und performative Synchronisationen. In: *Petzold, H. G.* (2003): Integrative Therapie. 3 Bände. Paderborn: Junfermann. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage von 1993. 1051–1092.
- Petzold, H. G.* (2003): Integrative Therapie. 3 Bände. Paderborn: Junfermann. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage von 1993.
- Petzold, H. G.* (2003a): Lebensgeschichten erzählen. Biographiearbeit, narrative Therapie, Identität. Paderborn: Junfermann.

- Petzold, H. G., Schay, P., Scheiblich, W.* (2004): Integrative Suchttherapie: Theorie, Methoden und Praxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Petzold, H. G., Schay, P., Scheiblich, W.* (2006): Integrative Suchtarbeit: Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J.* (2006): Erkenntniskritische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“. In: *Petzold, H. G., Schay, P., Scheiblich, W.* (2006): Integrative Suchtarbeit: Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 627–713.
- Poustka, F., Bölte, S., Feineis-Matthews, S., Schmötzer, G.* (2004): Autistische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Bd. 5. Göttingen: Hogrefe.
- Poustka, F.* (2005): Autismus: aus Forschung und Praxis. In: *autismus Deutschland e.V.* (Hg.): Autismus im Wandel – Übergänge sind Herausforderungen. Tagungsbericht der 11. Bundestagung, Leipzig.
- Poustka, F.* (2008): Neue Konzepte - zur Genetik autistischer Störungen. In: *autismus Deutschland e.V.* (Hg.): Autismus – der individuelle Weg. Tagungsbericht der 12. Bundestagung, Nürnberg.
- Remschmidt, H.* (2000): Autismus. Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen. München: C. H. Beck.
- Remschmidt, H., Kamp-Becker, I.* (2006): Asperger-Syndrom. Heidelberg: Springer Verlag.
- Rühl, D., Schmötzer G., Thies, G., Poustka, F.* (1995): Autismus. Diagnostisches Interview in Revision (ADI-R). Frankfurt: Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters: Eigendruck.
- Rühl, D., Bölte, S., Feineis-Matthews, S., Poustka, F.* (2004): Beobachtungsskala für Autistische Störungen (ADOS). Bern: Huber.
- Rutter, M.* (1978): Diagnosis and Definition of Childhood Autism. In: *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia* 8, 139–161.
- Schirmer, B.* (2006): Elternleitfaden Autismus. Stuttgart: Trias Verlag.

- WHO (Hg.) (2006): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. Bern: Huber. 4. überarbeitete Auflage von 1993.
- Wernet, M. C. (2003): Das Drama des geistig behinderten Menschen. Gedanken zur Entwicklung von Identität. In: *Petzold, H. G. (2003): Lebensgeschichten erzählen. Biographiearbeit, narrative Therapie, Identität.* Paderborn: Junfermann. 102–118.
- Wing, L. (1996): Die Geschichte der Theorien des Autismus. Eröffnungsvortrag anlässlich des 5. Internationalen Autismus-Kongress. Barcelona. In: *Autismus. Zeitschrift des Bundesverbandes „Hilfe für das autistische Kind“* 43/97, 4–9.
- Wing, L., Gould, J. (1979): Severe Impairments of Social Interactions and Associated Abnormalities in Children. Epidemiology and Classification. In: *Journal of Autism and Developmental Disorders* Vol. 9. No.1. 11–29.