

# Therapiegruppe für funktionell geistig behinderte Personen mit autistischem Syndrom in einem Heim für geistig Behinderte Konzeptentwurf

---

Verfasser:

Winfried Mall  
Hangweide 13  
7053 Kernen i.R.

Die Arbeit wird vorgelegt zur Teilnahme am Förderpreis 1985  
des Landesverbandes der Lebenshilfe für geistig Behinderte Nordrhein-Westfalen e.V.  
zum Themenbereich I: Förderung schwerbehinderter Kinder, Jugendlicher und Erwachsener  
zur grundlegenden Behandlung eines Problems der Geistigbehindertenarbeit

## Gliederung

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1     | Vorbemerkung .....   | 3  |
| 2     | Begründung der Notwendigkeit.....                                | 3  |
| 2.1   | Problemstellung .....  | 3  |
| 2.2   | Erfahrungen aus der bisherigen, ambulanten Arbeit .....          | 4  |
| 3     | Die Klienten.....  | 4  |
| 3.1.1 | Diagnostische Aussagen.....                                      | 4  |
| 3.2   | Verhaltensprobleme .....   | 5  |
| 4     | Pädagogische und therapeutische Ansätze der Therapiegruppe ..... | 6  |
| 4.1   | Grundsätzliche Ziele .....                                       | 6  |
| 4.2   | Theoretischer Ansatz.....  | 6  |
| 4.2.1 | Milieutherapie.....  | 6  |
| 4.2.2 | Erklärungsmodell für Autismus.....                               | 6  |
| 4.2.3 | Wahrnehmungspsychologischer Ansatz .....                         | 7  |
| 4.3   | Gestaltungsprinzipien.....                                       | 7  |
| 4.4   | Therapieansätze .....  | 8  |
| 4.4.1 | Festhalte-Therapie .....   | 8  |
| 4.4.2 | Gestalttherapeutische Körperarbeit.....                          | 9  |
| 4.4.3 | Basale Kommunikation.....  | 9  |
| 4.4.4 | Rhythmisch-musikalische Erziehung.....                           | 9  |
| 4.4.5 | Ästhetische Erziehung.....                                       | 9  |
| 4.4.6 | Aufbau der sensomotorischen Entwicklung.....                     | 9  |
| 4.4.7 | Einbezug lerntheoretischer Prinzipien .....                      | 10 |
| 5     | Strukturmerkmale der Therapiegruppe.....                         | 10 |
| 5.1   | Zusammensetzung der Gruppe .....                                 | 10 |
| 5.2   | Personal.....  | 10 |
| 5.3   | Räumlichkeiten.....  | 10 |
| 5.4   | Material .....   | 11 |
| 6     | Therapieverlaufsplanung .....                                    | 11 |
| 6.1   | Aufnahme .....   | 11 |
| 6.2   | Phasen der Therapie .....  | 12 |
| 6.2.1 | Beobachtungs- und Eingewöhnungsphase.....                        | 12 |
| 6.2.2 | Therapiephase.....   | 12 |
| 6.2.3 | Therapieabschluss.....   | 12 |
| 6.3   | Re-Integration ins Heim.....                                     | 12 |
| 7     | Literaturangaben .....   | 13 |

# 1 Vorbemerkung

Diese Darstellung beruht auf der Auswertung einer ca. 5-jährigen, ambulanten<sup>1</sup> Therapie- und Beratungstätigkeit mit den beschriebenen Klienten im Heim für geistig Behinderte. Hieraus beziehen die Aussagen ihre Begründung, jedoch auch ihre Grenzen: Der relativ genauen Vorstellung über das Klientel und die zugrundeliegende Problematik des autistischen Syndroms stehen lediglich hypothetische Entwürfe für die stationäre<sup>2</sup> therapeutische Arbeit gegenüber, da entsprechende Erfahrungen noch nicht existieren.

Insofern wird eine derartige Therapiegruppe zugleich notwendig ein Forschungsprojekt sein, das sich jedoch weniger am Rahmen der empirisch-analytischen, „wissenschaftlich-exakten“ Sozialforschung als am Konzept der Handlungsforschung (KAUTTER u.a., 1983) orientiert mit ihrer zyklischen Struktur, in der Erfahrungen des Problemlöseprozesses in eine Reflexion der Ziele und Vorgehensweisen und ihrer Modifikation münden. Ihr zentrales Erkenntnisverfahren ist die Hermeneutik, das Sinnverstehen, wobei versucht wird, das Forschungsobjekt zu erkennen und zu verstehen, ohne seine Komplexität willkürlich zu beschneiden. Somit wäre das Ziel der Forschung die Gewinnung von Orientierungshilfen für ähnliche Problemfelder, nicht die Gewinnung „objektiver Daten“.

Entsprechend versucht diese Darstellung, vor allem wo es um die konkrete Gestaltung der geplanten Gruppe geht, Gesichtspunkte aufzuzeigen, die zum jetzigen Zeitpunkt plausibel erscheinen und einen Anfang ermöglichen können. Im Verlauf der Arbeit wird es nötig sein, das ursprüngliche Konzept permanent zu überdenken und es, wenn nötig, zu verändern, auf der Grundlage des Diskurses unter den Mitarbeitern und der beobachteten Verhaltensänderungen der Klienten, unter Einbezug der übrigen Instanzen des Heimes.

## 2 Begründung der Notwendigkeit

### 2.1 Problemstellung

Immer wieder werden Heimbewohner, deren allgemeines Funktionsniveau einer deutlichen geistigen Behinderung entspricht, auffällig bis an die Grenze dessen, was in der gegebenen Heimstruktur verantwortlich ertragen werden kann. Oft reichen die auffälligen Verhaltensweisen bis zur unmittelbaren Gefährdung von sich oder anderen Heimbewohnern und Mitarbeitern. Häufig bleibt unter dem Druck der Situation keine andere Lösung als die Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus, auch wenn jedem Beteiligten klar ist, dass der Bewohner nicht zum typischen Klientel einer solchen Institution gehört. Es gibt meist keine andere Möglichkeit.

Oft gehörten die betroffenen Bewohner schon in frühen Jahren zu den „schwierigen“ Kindern im Heim. einer wusste so recht, was sinnvoll mit ihnen anzufangen wäre. Da jedoch allein schon von der Körperkraft her noch keine akute Gefährdung gegeben war, „zog“ man diese Kinder mit „durch“ und behielt sie im Heim. Spätestens aber in der Pubertät wuchsen die Probleme, wobei oft die Entdeckung, selbst stärker zu sein als die Erzieher, eine wichtige Rolle zu spielen schien.

Ohne Zweifel nimmt die Zahl derart problematischer Heimbewohner zu und wird dies auch in Zukunft tun, sieht man die Aufnahmeanträge der letzten Zeit. So stellt sich die Aufgabe für das Heim, die strukturellen Bedingungen zu schaffen, um diesem Personenkreis einen angemessenen Lebensraum zu bieten und die schon so häufig wiederholte, fatale Entwicklung zu vermeiden.

Da jegliche Intervention in der akuten Situation, in der ein Heimbewohner sich oder andere gefährdet, symptomorientiert bleiben muss, ebenso sicher therapeutische Möglichkeiten beim Erwachsenen generell skeptischer einzuschätzen sind als beim Kind oder Jugendlichen, liegt es nahe, sich auf präventive Maßnahmen zu konzentrieren, die die Klienten schon möglichst früh und vor dem Auftreten massiver Probleme erreichen. Somit kommen zwei Leitfragen ins Spiel, deren Beantwortung eine präventive Strategie ermöglichen könnte:

---

<sup>1</sup> Bezieht sich auf die Arbeitsweise innerhalb des Heimes

<sup>2</sup> siehe Fußnote 1

- Wie sind die Kinder oder Jugendliche zu identifizieren, die erwarten lassen, dass sie einmal massive Probleme machen werden? – Frage der Diagnostik
- An welchen Punkten könnten sinnvollerweise welche Interventionen einsetzen, um das spätere Auftreten solcher Probleme zu vermeiden? – Frage der Therapie

## 2.2 Erfahrungen aus der bisherigen, ambulanten Arbeit

Die Arbeit der vergangenen Jahre hat schon mancherlei Erkenntnisse bezüglich dieser beiden Fragen erbracht. Vor allem in der Frage der Diagnostik scheinen bereits relativ umschriebene Antworten möglich, die darauf hinweisen, dass tatsächlich viele der betroffenen, erwachsenen Heimbewohner grundlegende Gemeinsamkeiten im Störungsbild zeigen, die sich auch bei potentiell „schwierigen“ Kindern und Jugendlichen finden lassen, auch wenn sie noch nicht einen so hohen Grad der Auffälligkeit erreicht haben.

Problematischer wird es mit der Frage nach therapeutischen Interventionsmöglichkeiten. Auch hier wurden zahlreiche Erfahrungen gemacht und einige modellhafte Ansätze ausgearbeitet. Andererseits wurde immer offensichtlicher, je präziser die diagnostische Analyse gelang, dass eine effektive, therapeutische Strategie sich nicht in Formen ambulanter Intervention erschöpfen kann, sondern notwendigerweise das gesamte Umfeld des Klienten erfassen muss.

Zusammengefasst hat die Entwicklung therapeutischer Ansätze für das betreffende Klientel den Stand erreicht, dass

- zwar relativ klar zu sein scheint, was mit den Klienten „los“ ist,
- auch einige Ansätze therapeutischer Möglichkeiten gesehen werden,
- jedoch nichts über deren tatsächliche Wirksamkeit gesagt werden kann, da sie im gegebenen Rahmen des Heimes und der Wohngruppen nicht umfassend eingesetzt werden können.

Um hier zu neuen Erkenntnissen zu gelangen, ist es nötig, die entwickelten Ansätze im überschaubaren und umfassend strukturierbaren Rahmen einer Therapiegruppe zu erproben und auszuwerten.

## 3 Die Klienten

### 3.1.1 Diagnostische Aussagen

Bei der diagnostischen Verhaltensanalyse der Klienten werden in den meisten Fällen neben den akuten Verhaltensproblemen und deren Bedingungsbeziehungen gravierende Lücken in der sensomotorischen Entwicklung (PIAGET 1959/1975) festgestellt, die mit ebensolchen Lücken in der sozialen und emotionalen Entwicklung korrespondieren (PREKOP 1980, II, S. 20). Die Ausfälle beziehen sich auf Entwicklungsphasen, die gesunde Kleinkinder schwerpunktmäßig in den ersten 12 bis 18 Monaten durchlaufen, und die die Fähigkeiten zur angemessenen und sinnvollen Verarbeitung von Umwelt- und Körperreizen betreffen. Diese Defizite der zentralen Reizverarbeitung gehen bei den Klienten in eins mit ebenso gravierenden Problemen, was die generelle Fähigkeit angeht, sich für Kontakte mit der fremdstrukturierten, sozialen und gegenständlichen Umwelt zu öffnen und solche Begegnung zu gestalten.

Neben allen lebensgeschichtlichen und medizinisch-diagnostischen Unterschieden zwischen den Klienten lässt sich übereinstimmend ein Großteil der beobachtbaren Verhaltensweisen, oft gerade die problematischsten, dem Syndrom „frühkindlicher Autismus“ zuordnen, wie es im Folgenden erläutert wird (vgl. PREKOP 1980, III, s. 29 f):

- Die Klienten zeigen entwicklungsmäßige Leistungsspitzen, die sich vom allgemeinen Funktionsniveau ihres Verhaltens, das oft einer deutlichen geistigen Behinderung entspricht, auffallend abheben und so den Eindruck einer höheren intellektuellen Potenz erwecken: z.B. auffallend gutes Verarbeitungsvermögen für sprachliche oder situative Informationen, zumindest in Teilbereichen; erstaunliche Gedächtnisleistungen für Musik, für Zahlen, für Personen, für Situationen, usw., die jedoch nicht sinnvoll nutzbar sind; hohe Leistungen in den bestehenden, schmalen Interessenbereichen.

- In anderen Bereichen fallen Probleme der Reizverarbeitung auf, indem Reaktionen auf Sinnesreize nicht angemessen erfolgen (Phänomene scheinbarer Hyper- oder Hyposensibilität), dies oft in bestimmten Sinnesbereichen ausgeprägter als in anderen, auch abhängig von Stimmung, Situation, usw.
- Ebenso deutlich sind Probleme der Reizübertragung, d.h. der breiten Zusammenarbeit der verschiedenen Sinnesbereiche. Die Fähigkeit hierzu ist oft eingeschränkt auf wenige, schmalspurhafte Interessen und Situationen, ebenfalls häufig abhängig von Stimmung und anderen Faktoren. Hier scheinen auch die Wurzeln zu liegen für viele Überforderungsreaktionen.
- Insgesamt ziehen die Klienten in auffälliger Weise den Umgang mit sich selbst und mit Gegenständen der Auseinandersetzung mit Menschen vor. Obwohl viel dafür spricht, dass auch für sie die soziale Umwelt hoch bedeutungsvoll ist, kommt es in der Regel zu keiner wirklich sozialen Kontaktaufnahme zu den Bezugspersonen. Vielmehr werden andere Menschen – wenn überhaupt – rein funktional behandelt, an ihnen scheint nur ihre Fähigkeit zu interessieren, die eigenen Bedürfnisse – auch nach Zärtlichkeit – befriedigen zu können. Selbst wo Sprache vorhanden ist, hat sie keine wirklich kommunikative Funktion, sondern wird überwiegend zur Bedürfnisäußerung oder als formalisiertes Kontakt-Medium benutzt.
- Die eigene Aktivität wird ganz überwiegend in die Beschäftigung mit sich selbst und mit Gegenständen gelenkt, wobei sich das Repertoire oft auf sehr wenige, schmalspurhafte, rigide Verhaltensmuster beschränkt. Es kommt zu keiner produktiven Auseinandersetzung mit der Umwelt, wie sie in der Entwicklung des normalen Kindes beobachtet werden kann. Selbst wenn in einem Fall auch das Interesse mehr auf andere Menschen gelenkt wird, geschieht dies ebenfalls in frühkindlich-egozentrischer Weise, und es mangelt an Fähigkeiten, dieses Interesse in produktives, sozial akzeptables Verhalten umzusetzen.
- Insgesamt scheint für die Klienten die Unfähigkeit typisch, sich mit fremdstrukturierten Situationen auseinanderzusetzen. Von den beiden grundlegenden Funktionen der Intelligenz, die zur gelungenen Adaptation des Individuums an die Umwelt gehören (PIAGET 1959/1975, S. 410 ff), scheint lediglich die Fähigkeit der Assimilation entwickelt, die der Akkommodation jedoch fast vollständig auszufallen. Ein Großteil der eigenen Aktivität wird darauf verwendet, fremdstrukturierte Situationen zu vermeiden bzw. selbst zu strukturieren. Dabei scheint zum Teil weniger die letztendliche Struktur der Situation entscheidend, als die Tatsache, sie selbst strukturiert zu haben.
- Zahlreiche Verhaltensweisen der Klienten lassen sich verstehen als Konfliktverhaltensweisen im Sinn der Verhaltensforschung (TINBERGEN 1983, S. 48 ff). Entsprechendes Verhalten lässt sich bei Tieren und nichtbehinderten Menschen in Situationen internaler Konflikte zwischen unvereinbaren Verhaltensmustern beobachten. Das Auftreten solcher Verhaltensweisen bei den Klienten, oft in sehr fixierter und formalisierter Art, lässt auf das Vorhandensein massiver, motivationaler Konflikte schließen, die ebenso verfestigt sein dürften wie das beobachtbare Verhalten.

### 3.2 Verhaltensprobleme

Aus der beschriebenen Symptomatik wird verständlich, dass es im Zusammenleben mit den Klienten unter den üblichen Bedingungen der Wohngruppen zu massiven Problemen kommen muss, die sich letztendlich verstehen lassen als Resultat wechselseitiger Überforderung, nur allzu häufig in einen sich selbst verstärkenden Teufelskreis mündend: Weder kann der Klient die erforderliche Anpassung an unvermeidbare Veränderungen, an die für ihn verwirrende Reizvielfalt, oder an seine soziale Umwelt erbringen, noch kann von Mitbewohnern und Mitarbeitern unbegrenzte Toleranz für seine oft massiv störenden, zum Teil gefährlichen Verhaltensweisen erwartet werden.

Solche Problemverhaltensweisen sind zum Beispiel:

- Plötzliches Toben, Schreien, mit Angriffen auf andere, Zerstörung von Gegenständen, Selbstverletzungen; z. T. ohne beobachtbare, z. T. mit zwar deutlichen, jedoch für die Mitarbeiter nicht ohne weiteres verständlichen Vorzeichen.
- Zwanghafte Verhaltensweisen von verschieden hohem Störungsgrad.
- Mangelnde Beschäftigungsmöglichkeiten, vor allem in der Gruppensituation wegen fehlendem

Sozialverhalten.

- Störende, stereotype Verhaltensweisen.
- Permanente selbstverletzende Verhaltensweisen.
- Nächtliche Unruhe, z. T. verbunden mit Belästigung anderer.
- Schwieriges Verhalten bei Mahlzeiten.
- Probleme bei der Bewältigung von Veränderungen.

Schwierigkeiten für die Erzieher entstehen häufig dadurch, dass der angemessene pädagogische Umgang mit den Klienten und ihren schwierigen Verhaltensweisen mit dem Vorgehen kontrastiert, das bei den übrigen Gruppenmitgliedern angebracht ist. Zum einen wird eine hohe Flexibilität seitens der Erzieher vorausgesetzt, die ihr Verhalten jeweils an der Eigenart des Bewohners orientieren müssen. Zum andern stößt das Vorgehen der Erzieher oft auf Widerspruch der anderen Gruppenmitglieder, da auf ihr eigenes Fehlverhalten anders reagiert wird.

Dass mit einem derart differenzierten pädagogischen Vorgehen viele Mitarbeiter der Wohngruppen, vor allem solche ohne Ausbildung, überfordert sind, ist einsichtig, vor allem da das Angebot an Beratung bei weitem nicht ausreicht. Erschwert wird die Situation dadurch, dass oft der „schwierige“ Bewohner nahezu sämtliche pädagogische Energie der Mitarbeiter auf sich konzentriert, ebenso alle Planungen und Aktivitäten auf ihn Rücksicht nehmen müssen, so dass die Gestaltungsmöglichkeiten für den Alltag der übrigen Bewohner stark eingeschränkt werden.

## 4 Pädagogische und therapeutische Ansätze der Therapiegruppe

### 4.1 Grundsätzliche Ziele

Eine Therapiegruppe für die beschriebenen Klienten wird in zwei Zieldimensionen zu planen sein, deren zweite auf die erste aufbaut:

- Sie wird zum einen den Klienten eine Umwelt anbieten, die an deren Bedürfnissen und Möglichkeiten orientiert ist.

So werden die bisherigen Überforderungssituationen seitens der Klienten wie der Erzieher weitgehend vermieden, was insgesamt eine Beruhigung und Stabilisierung des Klientenverhaltens bewirken wird.

- Sie wird zum andern auf der Basis dieser angepassten Umwelt bestrebt sein, an den Entwicklungsdefiziten der Klienten zu arbeiten und Fortschritte in der Fähigkeit der Umweltbewältigung in Gang zu setzen.

Angestrebtes, pragmatisches Ziel dabei ist, dass der Klient nach Verlassen der Therapiegruppe besser mit den Anforderungen einer üblichen Wohngruppe zurechtkommt als vor Eintritt in die Therapiegruppe.

### 4.2 Theoretischer Ansatz

#### 4.2.1 Milieuthherapie

Vor dem Hintergrund des Entwicklungsniveaus, auf dem die Therapie der Klienten ansetzen muss, und das dem 1. Lebensjahr eines nichtbehinderten Kindes entspricht, wird deutlich, dass die Therapie nicht aus vereinzelt, unzusammenhängenden Maßnahmen bestehen kann.

Die Gestaltung der Therapiegruppe folgt somit einem milieuthérapeutischen Ansatz, in dem alle Elemente der therapeutischen Umwelt - von der Möblierung der Räume über den Tagesablauf bis zum Erziehverhalten konsequent im Hinblick auf ihren therapeutischen Sinn geplant und daraufhin überprüft werden, wie weit sie sich in das als hilfreich erkannte Erklärungs- und Behandlungskonzept einfügen.

#### 4.2.2 Erklärungsmodell für Autismus

Einen Ausgangspunkt für dieses Konzept bieten die Erklärungshypothesen zur Entwicklung autistischen Verhaltens von TINBERGEN (1983, S. 106 ff), sowie die damit verbundene therapeutische Strategie des „forced holding“ (TINBERGEN 1983, S. 174 ff; WELCH, in TINBERGEN 1983, S. 322

ff), Festhalte-Therapie. Dies deshalb, weil zum einen TINBERGENs Hypothesen neben ihrer Stichhaltigkeit offen sind für die Integration anderer, aussagekräftiger Erklärungsmodelle autistischen Verhaltens, wie das wahrnehmungs- oder das tiefenpsychologische Modell; zum andern, weil nach allen bisherigen Erfahrungen die Strategie des „forced holding“ mit ihren Implikationen für das gesamte pädagogische Vorgehen in der Tat am effektivsten ist, um Verhaltensänderungen bei Autisten auszulösen.

Kurz zusammengefasst geht TINBERGEN von folgenden Hypothesen aus:

- Eine bisher zu wenig beachtete Rolle im Entwicklungsprozess des Menschen spielt die Phase des „bonding“, die aufbauend auf vorgeburtlichen Erfahrungen unmittelbar nach der Geburt beginnt und, wenn sie missglückt, später nur mit Mühe nachgeholt werden kann. Ziel des „bonding“ ist die Bildung der engen Mutter-Kind-Dyade (SPITZ), über die allein das Kind Beziehungen zur Umwelt und zu seinem eigenen Körper aufbauen kann. Das „bonding“ vollzieht sich im engen Körperkontakt, im Stillen und insbesondere im Getragen Werden (der Mensch als „Tragling“; HASSENSTEIN 1970).
- Ausgangspunkt für die Entwicklung autistischen Verhaltens ist das Missglücken des „bonding“, wofür sehr unterschiedliche Gründe verantwortlich sein können. Es lassen sich eine ganze Reihe „autismogener“ Faktoren beschreiben (TINBERGEN 1983, S. 121 ff), angefangen von ungünstigen vorgeburtlichen Einwirkungen bis hin zu frühkindlichen Trennungserlebnissen, auch in Verbindung mit entsprechenden, genetisch verankerten Reaktionsbereitschaften, die vermutet werden. Dass auch hirnrorganische Schädigungen, sensorische oder motorische Behinderungen als in diesem Zusammenhang belastende Faktoren gesehen werden können, ist naheliegend.
- Konsequenz des ausgebliebenen „bonding“ ist die Entstehung eines grundlegenden, bleibenden Motivationskonflikts, in dem dem vitalen Bedürfnis nach Kontaktaufnahme eine noch stärkere „Ur-Angst“ gegenübersteht.
- Ein Großteil des symptomatischen Verhaltens autistischer Personen lässt sich als Ausdruck dieses Grundkonfliktes, als Konfliktverhalten verstehen, wie bereits oben erwähnt.
- Soll eine Verbesserung der Symptomatik erreicht werden, ist die Wiederaufnahme der Phase des „bonding“ Voraussetzung. Mittel dazu ist die Strategie des „forced holding“, indem dem Klienten die Aufgabe seiner Angst und die Herstellung von Vertrauen ermöglicht wird.

#### 4.2.3 Wahrnehmungspsychologischer Ansatz

Mit TINBERGENs Erklärungsmodell stehen die wahrnehmungspsychologischen Erkenntnisse in Einklang, nämlich dass autistisches Verhalten meist einhergeht mit typischen Ausfällen der sensorischen Intelligenz, deren Aufbau nur auf der Basis einer intensiven Auseinandersetzung mit der Umwelt und dem eigenen Körper möglich ist. So bestehen meist Schwächen oder völlige Lücken, was die enge Verknüpfung der Sinnesbereiche untereinander und mit der Motorik angeht, wodurch die Fähigkeit zur angemessenen Reizverarbeitung wesentlich eingeschränkt wird (PHEKOP 1980, III, S. 27 ff; AFFOLTER 1977, S. 211).

Typisch sind auch Probleme bezüglich der Fähigkeit, mit vorgegebenen Strukturen und Zusammenhängen zeitlicher, räumlicher oder ursächlicher Art umzugehen, Handlungsreihen zu erkennen, zu planen und durchzuführen, sowie zielgerichtetes Handeln zu entwickeln, abgesehen von schmalspurhaften Spitzenleistungen. Hierzu wäre die funktionierende, intermodale Reizverarbeitung nötig. Nicht erreicht wird in der Regel die Fähigkeit zu Symboldenken, der Umgang mit der Realität losgelöst von der unmittelbaren, sensomotorischen Erfahrung.

### 4.3 Gestaltungsprinzipien

Vor dem Hintergrund dieser Erklärungsversuche autistischen Verhaltens sind folgende Gestaltungsprinzipien zu sehen, die in der Therapiegruppe Beachtung finden:

- Mittelpunkt der therapeutischen Strategie stellt der Aufbau von Beziehung dar, verstanden in einem umfassenden Sinn, die Erfahrung anderer Menschen, der dinglichen Umwelt und von sich selbst einschließend.

- Der Klient erlebt in der Therapiegruppe eine Umwelt, die weitgehend seinen Möglichkeiten angepaßt ist. So wird die bestehende Angst reduziert, die Notwendigkeit fällt weg, die Umwelt in seinem Sinn strukturieren zu müssen: der Klient verhält sich so wenig wie möglich „autistisch“.
- Dazu gehört, dass der Klient den Tag über möglichst lückenlose Führung erlebt – was nicht heißen muss, dass pausenlos ein Erzieher neben ihm steht. Gefordert wird ein aufmerksames Bereitsein der Erzieher, was sehr viel an sorgfältiger Beobachtung mit einschließt. Die Führung kann jedoch auch – vor allem in Krisenzeiten – fast andauernden Körperkontakt erfordern.
- Die emotionale Atmosphäre für den Klienten orientiert sich an dessen tatsächlicher Bedürfnislage, die weitgehend der frühkindlichen Phase nahesteht – ohne in einen unangemessen infantilisierenden Umgangsstil zu verfallen. Auch hier ist genaue Beobachtung des Klienten und die Reflexion des eigenen Verhaltens nötig.
- Die Sicherheit einer permanent gleichbleibenden Bezugsperson, die eine mit professionellen Erziehern arbeitende Gruppe nicht bieten kann, wird nach Möglichkeit kompensiert durch engste Absprache und Zusammenarbeit der Mitarbeiter. Inwieweit jeder Mitarbeiter sich besonders um einen oder zwei bestimmte Klienten kümmern und so für diese engere Bezugsperson werden soll, muss die Praxis zeigen.
- Das Training von Einzelfertigkeiten und isolierten Verhaltensmerkmalen ist kein Schwerpunkt der Arbeit. Die Anforderungen an den Klienten, was Selbstbesorgung und Selbstkontrolle betrifft, orientieren sich am Ausmaß seiner Beziehungsfähigkeit und werden nur mit dieser gesteigert, im Vertrauen auf das gleichzeitig wachsende Bedürfnis nach Selbständigkeit.
- Großes Augenmerk wird auf die gezielte Verstärkung spontaner Entwicklungsansätze gerichtet, was Exploration, Spiel, Sozialverhalten und Selbständigkeit angeht.

#### 4.4 Therapieansätze

In die Gestaltung des therapeutischen Milieus werden verschiedene Behandlungs- und Förderansätze integriert, die sich alle am übergeordneten Ziel des Aufbaus von Beziehungsfähigkeit orientieren, und die im Folgenden kurz beschrieben werden. Der Einsatz von Methoden ist hierbei nicht isoliert und festgeschrieben zu sehen, da er nicht zu trennen ist von Persönlichkeit, Fähigkeiten und Interessen der eingesetzten Mitarbeiter.

##### 4.4.1 Festhalte-Therapie

Der Einsatz der Festhalte-Therapie losgelöst von der ursprünglich geforderten Mutter-Kind-Situation erfordert die Neubegründung des Vorgehens und die genaue Reflexion der Einsatzbedingungen bezogen auf die Heimsituation (MALL 1983). Aufgrund ihrer Chancen der wirklich kausalen Behandlung und ihrer wertvollen Implikationen für den pädagogischen Umgang mit den Klienten wird der Versuch ihres systematischen Einsatzes unter den Bedingungen der Therapiegruppe lohnend.

Indem in der Festhalte-Therapie der Klient von seiner Bezugsperson auch gegen seine Abwehr fremdstrukturierter Kontakte festgehalten wird, auch und gerade wenn er durch Aggressionen, Autoaggressionen, Schreien, usw. zeigt, dass er Probleme hat, kann er folgendes lernen:

- dass er sich bei einem anderen Menschen beruhigen kann.
- dass ein anderer Mensch ihm Sicherheit, Orientierung und Geborgenheit geben kann, wozu die überlegene Stärke des andern Voraussetzung ist.
- dass er die Angst vor Menschen aushalten und überwinden kann.
- dass der andere „an ihm festhält“, selbst wenn er ihn schlägt, beißt, anspuckt oder beschimpft.
- dass es schließlich schön sein kann, wenn man bei einem anderen Menschen ist und der einen festhält.

„All diese Erfahrungen in ihrer häufigen Wiederholung machen es dem Klienten mit autistischem Verhalten möglich, seine Abwehr fremdstrukturierter Umweltbegegnung allmählich aufzugeben und so offen zu werden für neues Verhalten gegenüber Personen und Gegenständen sowie für neue Lernangebote. Gleichzeitig nimmt die elementare Angst des Klienten ab, er fühlt sich wohler, braucht seine Symptome nicht mehr so sehr.“ (MALL 1983, S. 39 f)

Die Festhalte-Therapie lässt sich sowohl ins Form regelmäßiger Sitzungen einsetzen als auch als effektive Möglichkeit der Krisenintervention. Wie die Gewichte zwischen diesen beiden Formen verteilt werden, wird die Praxis und ihre Reflexion erweisen.

#### 4.4.2 Gestalttherapeutische Körperarbeit

Vorgestellt von dem niederländischen Gestalttherapeuten BESEMS, wird hier in dieser Methode von der Einheit von Körper und Seele, von Bewegung und innerem Erleben ausgegangen. Die Bewegungsweisen des Klienten – eckig, verspannt, gehemmt, schematisiert – entsprechen seiner Innenwelt und drücken diese aus. Sie zeigen auf, wo seine Möglichkeiten zur Erfahrung von sich selbst und seiner Umwelt blockiert sind.

Über die Erweiterung des verfügbaren Bewegungsspielraums, über die Führung zu neuen Bewegungen wird versucht, auch das innere Erleben in Bewegung zu versetzen und zu erweitern, im Miteinander von Therapeut und Klient.

#### 4.4.3 Basale Kommunikation

Bei dieser Vorgehensweise (MALL 1984) wird versucht, über „basale“, körpernahe, nonverbale Kommunikationsweisen in einen Kontakt zum Klienten zu kommen und Begegnung herzustellen, angelehnt an die primäre Kommunikationssituation zwischen Mutter und Säugling. Kommunikationsmittel sind vor allem der Atemrhythmus, dann Bewegung, Berührung, Vibration, Stimme.

Kommunikationsinhalte, die vermittelt werden, lassen sich in etwa so formulieren:

- „Ich spüre, wie es dir geht; ich bin nahe bei dir.“
- „Du kannst bei mir ruhig werden, dich entspannen.“
- „Ich bin gern mit dir zusammen, und du darfst auch gern bei mir sein.“

Durch das „Unterlaufen“ der üblichen, vorwiegend sprachlichen Kommunikation lassen sich viele der schematisierten Kontaktversuche des Klienten umgehen. Das behutsame, einfühlsame, zwar sehr nahe, aber doch wenig fordernde Vorgehen lässt massive Ängste oft gar nicht erst aufkommen bzw. hilft, sie zu besänftigen.

#### 4.4.4 Rhythmisch-musikalische Erziehung

Wie auch die Basale Kommunikation in sehr fundamentaler Weise tragen Angebote rhythmisch-musikalischer Erziehung (KRIMM 1974) dazu bei, Orientierungs- und Strukturierungshilfen zu geben. Die Vorgehensweise wird dabei individuell auf den einzelnen Klienten abgestimmt und erfolgt daher überwiegend in der Einzelsituation. Denkbar ist auch der Einsatz in kleinen Gruppen, wobei jeder Klient von einem Mitarbeiter zusätzlich begleitet und geführt wird. Konkrete Erfahrungen bestehen auf diesem Gebiet bisher weniger, lassen sich aber im Rahmen der Therapiegruppe sicher gut nachholen.

#### 4.4.5 Ästhetische Erziehung

Wie Erfahrungen vor allem aus der anthroposophischen Heilpädagogik zeigen, kann die Gestaltung von Material im weitesten Sinn – z.B. Ton, Holz, Farbe, auch Klänge, Sprache – viel dazu beitragen, Entwicklungen vor allem im emotionalen und sozialen Bereich zu fördern, indem innere Spannungen in kreative Tätigkeit umgesetzt wird. Auch hier sind noch Erfahrungen zu machen.

#### 4.4.6 Aufbau der sensomotorischen Entwicklung

Wie bereits oben näher erläutert, zeigen die meisten Klienten typische Ausfälle in der Koordination verschiedener Sinnesbereiche untereinander und mit der Motorik (intermodale Reizverarbeitung), wie auch im Umgang mit Zusammenhängen und Handlungsserien (seriale Wahrnehmung) und im zielgerichteten Handeln (intentionale Wahrnehmung).

Gemäß den Erfahrungen des Wahrnehmungstrainings (PREKOP 1980) durchzieht der Aufbau dieser Entwicklungslücken als durchgängiges Prinzip das pädagogische Handeln. Die fehlenden Verarbeitungsleistungen werden gemäß individuell festzulegender Schwerpunkte in den passenden Situationen des Alltags angesprochen und geübt. Beabsichtigt wird, das spontane, intuitive Lernen des Klienten in Gang zu setzen, was eng mit der erreichten emotionalen Offenheit für neue Erfahrungen

zusammenhängt. Hier ist intensive Schulung und Anleitung der Mitarbeiter Voraussetzung.

#### 4.4.7 Einbezug lerntheoretischer Prinzipien

Gezieltes, pädagogisches Handeln gewinnt viel durch eine lerntheoretisch fundierte Reflexion der ablaufenden Prozesse. Insofern haben die Erkenntnisse von Lerntheorie und Verhaltenstherapie einen wichtigen Stellenwert. Es gilt, unerwünschte Verstärkungsprozesse zu erkennen, sowie erwünschte in Gang zu setzen.

Allerdings zielt der Einbezug lerntheoretischer Prinzipien primär auf die Reflexion des pädagogischen Handelns. Ein strikt verhaltenstherapeutisches Vorgehen im „klassischen“ Sinn nach schematisierten Verstärkungsplänen wird aller Erfahrung nach den Bedürfnissen der Klienten nicht gerecht.

## 5 Strukturmerkmale der Therapiegruppe

### 5.1 Zusammensetzung der Gruppe

Die Therapiegruppe weist 6 bis maximal 8 Plätze auf, die mit Heimbewohnern mit autistischem Syndrom belegt werden. Angesichts der großen Bandbreite verschiedener Ausprägungsformen der Symptomatik wird auch innerhalb des Gesamtklientels eine relativ homogene Auswahl getroffen. Kriterien dabei sind vor allem der Grad der funktionellen geistigen Behinderung, die Schwere von zusätzlichen Behinderungen, der Grad spontaner Aktivität, aber auch das Alter.

Prinzipiell lässt sich für jede Altersgruppe des Klientels eine derartige Therapiegruppe vorstellen, ob man nun Kinder, Jugendliche oder Erwachsene herausgreift. Wie jedoch eingangs ausgeführt, werden in präventiver Absicht zunächst möglichst junge Klienten berücksichtigt.

Es scheint wenig dagegen zu sprechen, die Therapiegruppe mit männlichen und weiblichen Klienten zu belegen, wobei es zu beobachten bleibt, ob daraus ungünstige Entwicklungen resultieren können. Andererseits wäre es fragwürdig, die Aufnahme vom Geschlecht abhängig zu machen, solange keine Erfahrungen dagegen sprechen und es nicht mehrere Therapiegruppen in dieser Form gibt.

### 5.2 Personal

Die sehr anspruchsvolle und verantwortungsvolle Arbeit mit den Klienten der Therapiegruppe erfordert erfahrenes und engagiertes Personal mit hoher persönlicher Reife und großer Belastbarkeit. Aus diesem Grund arbeiten nur Leute mit abgeschlossener Ausbildung und Berufserfahrung in dieser Gruppe, die sich freiwillig für diese Aufgabe bereiterklärt haben. In Frage kommende Berufsgruppen sind in erster Linie Heilerziehungspfleger und Erzieher, wobei der Gruppenleiter eine heilpädagogische Ausbildung hat. Die Zahl der Gruppenerzieher ermöglicht durchgängigen Doppeldienst und beträgt folglich mindestens 5 Personen.

Der Gruppe fest zugeordnet ist mit voller Stundenzahl ein Heilpädagoge (Dipl. Soz. Päd.(FH)) und zumindest mit 20 Wochenstunden ein Diplom.-Psychologe. Nach Möglichkeit arbeitet darüber hinaus ein auf diesem Gebiet erfahrener Psychiater mit.

Der Heilpädagoge und der Psychologe teilen sich die Verantwortung für die inhaltliche, therapeutische Gestaltung der Gruppe. Entsprechend ihren fachspezifischen und persönlichen Schwerpunkten vertreten sie die verschiedenen therapeutischen Ansätze und bringen sie in die Arbeit ein, wobei sie schon in ihrer bisherigen Tätigkeit entsprechende Erfahrungen gesammelt haben.

Zu ihren Aufgaben gehört die Beratung, Anleitung und Supervision der Gruppenerzieher, die eigene Durchführung von Therapie- und Förderangeboten, sowie die therapiebegleitende Diagnostik und Dokumentation. Um diesen Aufgaben gerecht zu werden, sind sie zu einem gewissen Maß auch im Alltag der Gruppe präsent, ohne in den Dienstplan der Gruppenerzieher integriert zu sein.

Darüber hinaus sind sie für die Koordination der Arbeit mit anderen Bereichen des Heimes wie Ärztlicher Dienst, Sonderschule, WfB, Erziehungsleitung, und auch für die Gestaltung der Re-Integration der Klienten in eine Wohngruppe zuständig.

### 5.3 Räumlichkeiten

Inwieweit für die Klienten eher Einzel- oder Doppelzimmer vorzuziehen sind, wird die Praxis zeigen.

Jedoch besteht vom Raumangebot her die Möglichkeit, für die meisten Klienten ein Einzelzimmer verfügbar zu haben. Deshalb sind bei maximal 8 Klienten mindestens 6 Schlafräume vorhanden, die auch ermöglichen, sich tagsüber in sie zurück zu ziehen, was entsprechende Möblierung voraussetzt. Zumindest ein Raum wird eingerichtet, in dem ein Klient einen Erregungsausbruch abreagieren kann, ohne sich selbst, andere oder Material zu gefährden. Seine Tür hat ein Sichtfenster, das visuellen Kontakt ermöglicht, wenn es für einen Erzieher zu gefährlich ist, mit im Raum zu bleiben, sowie die Möglichkeit akustischer Verständigung über Mikrofon.

Neben dem allgemeinen Wohnraum gibt es noch einen Raum, in den sich ein Mitarbeiter mit einzelnen Klienten zurückziehen kann, z. B. zur Festhalte-Therapie oder zur Basalen Kommunikation. Für die meisten übrigen Therapieangebote, soweit sie nicht ohnehin in den erzieherischen Alltag zu integrieren sind, lassen sich die allgemein für das Heim verfügbaren Therapieräume nutzen (Werk-, Nass-, Rhythmikraum, Schwimmbad, Turnhalle, usw.).

Das übrige Raumangebot samt Möblierung unterscheidet sich nicht wesentlich von den allgemeinen Wohngruppen des Heimes.

## 5.4 Material

Spiel- und Beschäftigungsmaterial für die einzelnen Klienten wird nicht nach pauschalen Überlegungen, sondern nach therapeutischen Gesichtspunkten individuell entsprechend der Bedürfnisse und Interessen der Einzelnen ausgesucht. Dabei wird beachtet, dass das Niveau der spontanen Beschäftigung mit Material geprägt ist von der Abwehr fremdstrukturierter Situationen und dem Rückzug in schmalspurhafte Tätigkeitsformen und Stereotypen und häufig dem eines unter 1 Jahr alten Kindes entspricht.

Vorherzusehen ist der Bedarf an Material für den Einsatz der verschiedenen therapeutischen Methoden, hier vor allem der rhythmisch-musikalischen Erziehung, der ästhetischen Erziehung und der sensomotorischen Entwicklungsförderung. Auf detaillierte Materiallisten wird hier verzichtet.

# 6 Therapieverlaufsplanung

## 6.1 Aufnahme

Die Entscheidung über die Aufnahme eines Klienten liegt beim Mitarbeiterteam der Therapiegruppe, insbesondere beim mitarbeitenden Heilpädagogen, Psychologen und Psychiater, in Absprache mit den leitenden Instanzen des Heimes. Ausschlaggebend für die Aufnahme sind in erster Linie inhaltliche Gesichtspunkte, nämlich die Antwort auf folgende Fragen:

- Lässt sich das Verhalten des Klienten in den Symptomkomplex „autistisches Verhalten“ einordnen?
- Passt der Klient nach Ausprägungsform seines Verhaltens, nach Aktivitätsgrad, nach Alter, usw. zu den übrigen Klienten der Gruppe?
- Ist absehbar, dass der Klient sich unter den Bedingungen der Therapiegruppe günstig weiterentwickeln kann? (In diese Frage fließen vor allem bei späteren Neuaufnahmen die bis dahin gemachten Erfahrungen ein.)

Der Aufnahme voraus gehen Gespräche zwischen den Mitarbeitern der Therapiegruppe und denen der bisherigen Wohngruppe, sowie Verhaltensbeobachtungen des Klienten in seinen bisherigen Lebensbereichen. Falls sinnvoll und möglich, finden auch Gespräche mit den Eltern bzw. andern Bezugspersonen statt. Die dabei gewonnenen Erfahrungen werden zusammengetragen und im Team der Therapiegruppe ausgewertet im Hinblick auf die Fragen:

- Ist die Aufnahme des Klienten in die Therapiegruppe sinnvoll, d.h. ist zu erwarten, dass unter den gegenwärtigen Bedingungen der Therapiegruppe neue Entwicklungsschritte möglich werden?
- Welche Schwerpunkte für Therapie und Förderung lassen sich schon jetzt vorläufig festlegen? Welche Ziele können ins Auge gefasst werden?

## 6.2 Phasen der Therapie

### 6.2.1 Beobachtungs- und Eingewöhnungsphase

An die Aufnahme des Klienten schließt sich eine Beobachtungs- und Eingewöhnungsphase von ca. 1 Monat Dauer an. Der Klient hat die Möglichkeit, sich mit seiner neuen Umgebung vertraut zu machen, die übrigen Klienten und die Mitarbeiter können ihn kennenlernen. Mit dem Eintritt in die Gruppe setzt für den Klienten die lückenlose Führung als Umgangsprinzip ein. Das verlangt von den Mitarbeitern ein hohes Maß an Flexibilität, um zu erkennen, was vom Klienten erwartet werden kann, und wo man ihn überfordert.

Lückenlose Führung heißt vor allem zu Beginn nicht unbedingt ein hohes Maß an Forderungen, sondern kann gerade in dieser Zeit auch im geplanten und ausdrücklichen Verzicht auf Forderungen bestehen. Wichtig ist, dem Klienten überzeugend zu vermitteln, dass die Gestaltungskompetenz ganz eindeutig und explizit bei den Mitarbeitern liegt.

Diese Phase wird beendet durch die Auswertung der gemachten Erfahrungen, die in die Aufstellung eines Therapieplanes mündet. In ihm werden Entwicklungsstand und besondere Eigenheiten des Klienten, sowie Therapieziele und methodische Schwerpunkte festgelegt. Er dient als Grundlage für die folgende Arbeit, wird jedoch in deren Ablauf immer wieder überprüft und wenn nötig verändert.

### 6.2.2 Therapiephase

Die Dauer der Therapiephase wird zunächst auf 2 Jahre festgelegt, wobei dies ein willkürliches Datum ist, da entsprechende Erfahrungen fehlen. Auch schon während dieser Zeit und vor allem gegen ihr Ende muss in mindestens halbjährlichen Abständen eine Reflexion der bisherigen Erfahrungen mit dem Klienten in Form eines Zwischenberichts stattfinden, was Ausgangspunkt für weitere prognostische Einschätzungen sein kann. Entsprechend der gewonnenen Erkenntnisse ist auch eine Verlängerung der Therapiedauer möglich.

### 6.2.3 Therapieabschluss

Pragmatisches Ziel der Therapie ist es – wie schon oben beschrieben – die Chancen des Klienten zu verbessern, ohne allzu große Probleme in einer der üblichen Wohngruppen des Heimes leben zu können. Nicht näher eingegangen wird hier auf die korrespondierenden Möglichkeiten, die allgemeine Wohnumwelt im Heim für die Klienten angepasster zu gestalten durch strukturelle Veränderungen, Schulung und Beratung der Erzieher, usw., wofür aus den Erfahrungen der Therapiegruppe möglicherweise wertvolle Einsichten zu gewinnen sind.

Die Therapiephase kann somit als beendet angesehen werden, wenn die Mitarbeiter zum Schluss kommen, dass

- entweder die Entwicklung des Klienten darauf schließen lässt, dass er künftig konfliktärmer in einer Wohngruppe leben kann;
- oder die bisherige Entwicklung keine weiteren Verbesserungen unter den Bedingungen der Therapiegruppe erwarten lässt.

Scheint die Wiedereingliederung in eine Heimgruppe erfolgversprechend, wird die Re-Integrationsphase eingeleitet. Andernfalls wird man nach alternativen Unterbringungsmöglichkeiten suchen. Hier lässt sich an die Einrichtung spezieller Dauerwohngruppen denken, die auf das Klientel eingerichtet sind, und für deren Gestaltung Erfahrungen aus der Therapiegruppe Anregungen geben können.

## 6.3 Re-Integration ins Heim

Erster Schritt zur Re-Integration ist die Suche nach einem geeigneten Platz in einer Wohngruppe, der die Kontaktaufnahme mit dem dortigen Erzieherteam folgt. Bevor der Klient in die neue Gruppe wechselt, lernen seine neuen Erzieher ihn in der Therapiegruppe kennen und werden über intensive Beratungsgespräche und direkte Anleitung in den Umgang mit ihm eingewiesen.

Inwieweit ein schrittweiser Wechsel des Klienten in die neue Gruppe sinnvoll ist – über stundenweise Besuche, die allmählich ausgedehnt werden – wird im Einzelfall entschieden werden müssen. Es wird

unter anderem davon abhängen, wie groß der dabei vom Klienten erlebte Unterschied zwischen beiden Gruppen ist, und welche Umstellungen er verkraftet. Um der Eindeutigkeit willen kann auch ein abrupter Wechsel besser sein, wenn der Klient die neuen Erzieher schon vorher kennengelernt hat und diese im Umgang mit ihm geübt sind.

Auf den vollzogenen Wechsel in die Wohngruppe werden individuell zu planende Beratungsangebote an die neuen Erzieher folgen, die nötigenfalls auch später wieder aufgegriffen werden können.

## 7 Literaturangaben

AFFOLTER, F.: Wahrnehmungsgestörte Kinder: Aspekte der Erfassung und Therapie; in: Pädiatrie und Pädologie, 12. Jg. 3/1977, S. 205-213

BESEMS, T.: Bewegungstherapie mit autoaggressiven, psychomotorisch gestörten Kindern – eine gestalttherapeutische Methode; in: Berufsverband Dt. Psychologen (Hrsg.): Psychologische Hilfen für Behinderte, Beiträge vom 11. BDP-Kongreß für angewandte Psychologie Heidelberg 81; Weinsberg 1982

HASSENSTEIN, B.: Tierjunges und Menschenkind im Blick der vergleichenden Verhaltensforschung; Schriftenreihe der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg Nr. 17; Stuttgart 1970

KJUJTER, H. u.a.: Ganzheit und Selbstgestaltung als zwei Leitgedanken eines Handlungsforschungsprojekts zur Frühförderung; in: Frühförderung interdisziplinär, 2.Jg., 1/1983, S. 6-19

KRINN-v.Fischer, C. (Hrsg.) : Musikalisch-rhythmische Erziehung; Freiburg 1974

MALL, W.: Festhalte-Therapie bei Personen mit autistischem Verhalten im Heim für geistig Behinderte; in: Zur Orientierung 1/1983, S. 38-46

MALL, w.: Basale Kommunikation – ein Weg zum andern. Zugang finden zu schwer geistig behinderten Menschen; in: Geistige Behinderung, 23. Jg., 1/1984 Einhefter)

PIÄET, J.: Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde; Stuttgart 1975 (Orig. Neuchâtel 1959)

PREKOP, J.: Förderung der Wahrnehmung bei entwicklungsgestörten Kindern; in: Geistige Behinderung, 19. Jg., 2/3/4/1980 (Einhefter)

SPITZ, R.A.: Vom Säugling zum Kleinkind; Stuttgart 1967

TINBERGEN, N.&E.A.: 'Autistic' Children – new hope for a cure; London 1983; deutsch: Autismus bei Kindern; Berlin/Hamburg 1984

# LEBENSILFE

für geistig Behinderte

Landesverband Nordrhein-Westfalen

Karl-Bosch-Straße 33 · 5000 Köln 30 · Telefon (02 21) 58 30 45



## URKUNDE

Förderpreis des Landesverbandes der LEBENSILFE für geistig Behinderte NW e.V.  
zur Unterstützung der Arbeit mit geistig Behinderten

Herrn Winfried Mall, Kernen,

---

wird als

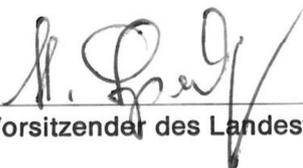
**Anerkennung**

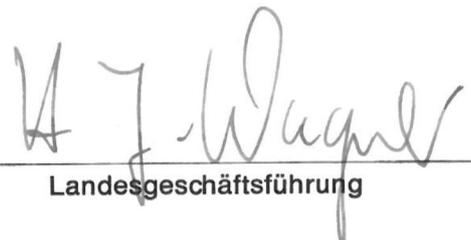
diese Urkunde verliehen.

Titel der Arbeit:

Therapiegruppe für funktionell geistig  
behinderte Personen mit autistischem  
Syndrom in einem Heim für geistig  
Behinderte  
Konzeptentwurf

Köln, den 21. September 1985

  
Vorsitzender des Landesverbandes

  
Landesgeschäftsführung