

Burchard, Falk

Praktische Anwendung und theoretische Überlegungen zur Festhaltetherapie bei Kindern mit frühkindlichem autistischen Syndrom

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 33 (1984) 7, S. 282-290

urn:nbn:de:bsz-psydok-30644

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Praxis und Forschung

| | | | |
|---|-----|--|-----|
| <i>Bahr, J., Quistorp, S., Höger, Ch.</i> : Datenschutz und Forschung: Konflikte und Lösungen (Data-Protection and Research: Conflicts and Solutions) | 296 | <i>Kallenbach, K.</i> : Visuelle Wahrnehmungsleistungen bei körperbehinderten Jugendlichen ohne Cerebralschädigung (A Comparative Study of the Visual Perception of Physically Disabled Juveniles without Brain Injury) | 42 |
| <i>Biermann, G.</i> : Macht und Ohnmacht im Umgang mit Kindern (Power and Powerless in Dealing With Children) | 206 | <i>Kammerer, E., Grüneberg, B., Göbel, D.</i> : Stationäre kinderpsychiatrische Therapie im Elternurteil (Parental Satisfaction with the Inpatient Treatment of Children and Adolescents) | 141 |
| <i>Broke, B.</i> : Diagnose, Ätiologie und Therapie des Hyperkinese-Syndroms (Diagnosis, Etiology and Therapy in the Case of Hyperkinesis-Syndrome) | 222 | <i>Knoke, H.</i> : Familiäre Bedingungen bei Konzentrations- und Leistungsstörungen (Family Conditions and Disturbances of Concentration and Performance) | 234 |
| <i>Büttner, M.</i> : Diagnostik der intellektuellen Minderbegabung – Untersuchung über die Zuverlässigkeit von Testbefunden (Intelligence of Mentally Retarded Persons) | 123 | <i>Löchel, M.</i> : Das präsuizidale Syndrom bei Kindern und Jugendlichen (The "Presuicidal Syndrom" in Children and Adolescents) | 214 |
| <i>Burchard, F.</i> : Praktische Anwendung und theoretische Überlegungen zur Festhaltetherapie bei Kindern mit frühkindlichem autistischen Syndrom (Practice Of and Theoretical Consideration On Holding Therapy With Autists) | 282 | <i>Mangold, B., Rather, G., Schwaighofer, M.</i> : Psychotherapie bei Psychosen im Kindes- und Jugendalter (Psychotherapy on Psychoses in Childhood and Adolescents) | 18 |
| <i>Diepold, B.</i> : Depression bei Kindern – Psychoanalytische Betrachtung (Depression in Children – Psychoanalytic Consideration) | 55 | <i>Merkens, L.</i> : Modifikation des 'Frostig-Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung (FEW)' zur Anwendung bei Schwerstbehinderten (Modification of the 'Frostig Test for Development of Visual Perception' for Testing the Severely Handicapped) | 114 |
| <i>Frank, H.</i> : Die stationäre Aufnahme als Bedrohung des familiären Beziehungsmusters bei psychosomatisch erkrankten Kindern und Jugendlichen (Admission to Hospital as a Threat to Family Relation Pattern of the Psychosomatically Ill Child and Adolescent) | 94 | <i>Merz, J.</i> : Aggressionen von ein- bis zweijährigen Kindern aus der Sicht der Mütter (Aggressions in One-to Two-Year-Old Children from the Point of View of Their Mothers) | 192 |
| <i>Gehring, Th. M.</i> : Institution und Ökosystem – Aspekte kinderpsychiatrischer Problemlösungen (Institution and Ecosystem – Approaches to Problem-Solving in Child Psychiatry) | 172 | <i>Pelzer, G.</i> : Supervision in der Gruppe (Group Supervision) | 183 |
| <i>Gutezeit, G., Marake, J.</i> : Untersuchungen zur Wirksamkeit verschiedener Einflußgrößen auf die Selbstwahrnehmung bei Kindern und Jugendlichen (Studies of the Effects of Various Factors Upon the Self Perception of Children and Juveniles) | 133 | <i>Reich, G.</i> : Der Einfluß der Herkunftsfamilie auf die Tätigkeit von Therapeuten und Beratern (The Family of Origin's Influence on the Professional Activities of Therapists and Counselors) | 61 |
| <i>Hampe, H., Kunz, D.</i> : Integration und Fehlanpassung Drogenabhängiger nach der Behandlung in einer Therapeutischen Gemeinschaft (Adjustment and Maladjustment of Drug Addicts after Treatment in a Therapeutic Community) | 49 | <i>Reinhard, H. G.</i> : Geschwisterposition, Persönlichkeit und psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen (Birth Order, Personality, and Psychological Disorders in Children and Juveniles) | 178 |
| <i>Hartmann, H., Rohmann, U.</i> : Eine Zwei-System-Theorie der Informationsverarbeitung und ihre Bedeutung für das autistische Syndrom und andere Psychosen (A Two-System-Theory of Information Processing and Its Significance for The Autistic Syndrome and Other Psychoses) | 272 | <i>Reinhard, H. G.</i> : Streßbewältigung bei verhaltensgestörten Kindern (Coping Styles and Behaviour Disorders) | 258 |
| <i>Herzka, H. St.</i> : Kindheit wozu? – Einige Folgerungen aus ihrer Geschichte (Childhood – Where to? Some Conclusions Drawn from Its History) | 3 | <i>Rotthaus, W.</i> : Stärkung elterlicher Kompetenz bei stationärer Therapie von Kindern und Jugendlichen (Enhancing Parental Competence During Inpatient Treatment of Children and Adolescents) | 88 |
| <i>Höger, Ch., Quistorp, S., Bahr, J., Breull, A.</i> : Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen und kinderpsychiatrischen Polikliniken im Vergleich (A Comparison of the Attendance of Child Guidance Clinics and Outpatient Units of Child Psychiatric Hospitals) | 264 | <i>Schwabe-Höllein, M.</i> : Kinderdelinquenz – Eine empirische Untersuchung zum Einfluß von Risikofaktoren, elterlichem Erziehungsverhalten, Orientierung, Selbstkonzept und moralischem Urteil (Juvenile Delinquency) | 301 |
| <i>Jungjohann, E. E., Beck, B.</i> : Katamnestiche Ergebnisse einer Gesamtgruppe von Patienten eines regionalen kinderpsychiatrischen Behandlungszentrums (Results of a Follow-Up-Study of a Total Group of Patients of a Regional Child Psychiatric Therapeutic Service) | 148 | <i>Sohni, H.</i> : Analytisch orientierte Familientherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Grundlagen, Indikation, Ziele (Analytically Orientated Family Therapy in Child and Adolescent Psychiatry – Fundamentals, Indication, Goals) | 9 |
| | | <i>Thimm, D., Kreuzer, E.-M.</i> : Transsexualität im Jugendalter – Literaturübersicht (Transsexualism in Juveniles) | 70 |
| | | <i>Thimm, D., Kreuzer, E.-M.</i> : Transsexualität im Jugendalter – Ein Fallbericht (Transsexualism in Juveniles – A Case Report) | 97 |
| | | <i>Vogel, Ch.</i> : Multiple Tics und Autoaggressionen – Ein Fall sekundärer Neurotisierung bei postvaccinaler Enzephalopathie (Multiple Tics and Auto-Aggressive Tendencies. A Case Report of Secondary Neurosis by a Cerebral Dysfunction after Vaccination) | 188 |

Pädagogik und Jugendhilfe

| | |
|--|-----|
| <i>Goldbeck, L.</i> : Pflegeeltern im Rollenkonflikt – Aufgaben einer psychologischen Betreuung von Pflegefamilien (Foster Parents in Role Conflicts – Tasks for the Guidance of Foster Families) | 308 |
| <i>Hess, Th.</i> : Systemorientierte Schulpsychologie (System-oriented School Psychology) | 154 |
| <i>Krebs, E.</i> : Familienorientierung in der Heimerziehung – Die konzeptionelle Weiterentwicklung des therapeutisch-pädagogischen Jugendheimes „Haus Sommerberg“ in Rösrath (Family Orientation in Institutions for Disturbed Adolescents – The Conceptional Development of the Therapeutic-Pedagogic Institution „Haus Sommerberg“ in Rösrath near Cologne) | 28 |
| <i>Quenstedt, F.</i> : Neurotische Kinder in der Sonderschule – Therapeutische Einflüsse und Probleme (Neurotic Children in Special Schools – Therapeutic Influences and Problems) | 317 |
| <i>Wartenberg, G.</i> : Perspektivlosigkeit und demonstrative Lebensstil-Suche – Der junge Mensch im Spannungsfeld gesellschaftlicher Entwicklung (Lack of Prospects and the Demonstrative Search for a Life Style – Young People in the Conflicts of Societal Developments) | 82 |
| <i>Wolfram, W.-W.</i> : Im Vorfeld der Erziehungsberatung: Psychologischer Dienst für Kindertagesstätten (On the Perimeter of Child Guidance Clinics: Psychological Services for Kindergartens) | 239 |

Tagungsberichte

| | |
|---|-----|
| <i>Diepold, B., Rohse, H., Wegener, M.</i> : Anna Freud: Ihr Leben und Werk – 14./15. September 1984 in Hamburg | 322 |
| <i>Hoffmeyer, O.</i> : Bericht über das 3. Internationale Würzburger Symposium für Psychiatrie des Kindesalters am 28./29.10.1983 | 159 |
| <i>Weber, M.</i> : Bericht über die Tagung „Beratung im Umfeld von Jugendreligionen“ vom 3.–6. November 1983 in Lohmar | 34 |

Ehrungen

| | |
|---|-----|
| Hans Robert Ietzner – 60 Jahre | 105 |
| Ingeborg Jochmus zum 65. Geburtstag | 244 |
| Friedrich Specht zum 60. Geburtstag | 322 |
| Johann Zauner – 65 Jahre | 323 |

Literaturberichte (Buchbesprechungen)

| | |
|--|-----|
| <i>Aulagnier, P.</i> : L'apprenti-historien et le maître-sorder. Du discours identifiant au discours délirant | 325 |
| <i>Awiszus-Schneider, H., Meuser, D.</i> : Psychotherapeutische Behandlung von Lernbehinderten und Heimkindern | 36 |

| | |
|--|-----|
| <i>Beland, H., Eickhoff, F.-W., Loch, W., Richter, H.-E., Meistermann-Seegeer, E., Scheunert, G.</i> (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse | 251 |
| <i>Breuer, C.</i> : Anorexia nervosa – Überlegungen zum Krankheitsbild, zur Entstehung und zur Therapie, unter Berücksichtigung familiärer Bedingungen | 292 |
| <i>Corsini, R. J., Wenninger, G.</i> (Hrsg.): Handbuch der Psychotherapie | 105 |
| <i>Davidson, G. C., Neale, J. M.</i> : Klinische Psychologie – Ein Lehrbuch | 325 |
| <i>Drewermann, E., Neuhaus, I.</i> : Scheeweissen und Rosenrot. Grimms Märchen tiefenpsychologisch gedeutet | 75 |
| <i>Faust, V., Hole, G.</i> (Hrsg.): Psychiatrie und Massenmedien | 165 |
| <i>Friedrich, M. H.</i> : Adoleszentenpsychosen, pathologische und psychopathologische Kriterien | 77 |
| <i>Hackenberg, W.</i> : Die psycho-soziale Situation von Geschwistern behinderter Kinder | 163 |
| <i>Herzka, H. St.</i> (Hrsg.): Konflikte im Alltag | 165 |
| <i>Hoyler-Herrmann, A., Walter, J.</i> (Hrsg.): Sexualpädagogische Arbeitshilfen für geistigbehinderte Erwachsene | 324 |
| <i>Kast, V.</i> : Familienkonflikte im Märchen – Beiträge zur Jungschen Psychologie | 199 |
| <i>Lipinski, Ch. G., Müller-Breckwoldt, H., Rudnitzki, G.</i> (Hrsg.): Behinderte Kinder im Heim | 199 |
| <i>Loch, W.</i> (Hrsg.): Krankheitslehre der Psychoanalyse | 292 |
| <i>Maker, C. J.</i> : Curriculum Development for the Gifted | 36 |
| <i>Maker, C. J.</i> : Teaching Models in Education of the Gifted | 36 |
| <i>Minuchin, S., Fishman, H. Ch.</i> : Praxis der strukturellen Familientherapie, Strategien und Techniken | 161 |
| <i>Nielsen, J., Sillesen, J.</i> : Das Turner-Syndrom. Beobachtungen an 115 dänischen Mädchen geboren zwischen 1955 und 1966 | 107 |
| <i>Paeslack, V.</i> (Hrsg.): Sexualität und körperliche Behinderung | 200 |
| <i>Petermann, U.</i> : Training mit sozial unsicheren Kindern | 37 |
| <i>Postman, N.</i> : Das Verschwinden der Kindheit | 76 |
| <i>Probst, H.</i> : Zur Diagnostik und Didaktik der Oberbegriffsbildung | 38 |
| <i>Reimer, M.</i> : Verhaltensänderungen in der Familie. Home-treatment in der Kinderpsychiatrie | 107 |
| <i>Rett, A.</i> : Mongolismus. Biologische, erzieherische und soziale Aspekte | 162 |
| <i>Reukauf, W.</i> : Kinderpsychotherapien. Schulbildung-Schulstreit-Integration | 164 |
| <i>Richter, E.</i> : So lernen Kinder sprechen | 325 |
| <i>Schuschke, W.</i> : Rechtsfragen in Beratungsdiensten | 201 |
| <i>Sperling, E., Massing, A., Reich, G., Georgi, H., Wöbbe-Mönks, E.</i> : Die Mehrgenerationen-Familientherapie | 198 |
| <i>Stockenius, M., Barbuceanu, G.</i> : Schwachsinn unklarer Genese | 245 |
| <i>Tscheulin, D.</i> (Hrsg.): Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie: zur Diskussion um eine differentielle Gesprächspsychotherapie | 198 |
| <i>Walter, J.</i> (Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung | 324 |
| <i>Zlotowicz, M.</i> : Warum haben Kinder Angst | 291 |

Mitteilungen: 39, 78, 108, 167, 202, 253, 293, 326

Praktische Anwendung und theoretische Überlegungen zur Festhaltetherapie bei Kindern mit frühkindlichem autistischen Syndrom

Von Falk Burchard

Zusammenfassung

Die Durchführung, Geschichte, bisher veröffentlichte Erklärungsansätze und erste statistische Daten der Festhaltetherapie (HT) bei Autisten werden referiert, Probleme, die in diesem Zusammenhang auftreten können, diskutiert. Es wird versucht, einen integrierenden Ansatz zu finden, unter dem die neuen, durch die HT bekanntwerdenden Befunde erklärt werden können.

Es geht letztlich um die Frage, inwieweit autistische Syndrome affektiv oder kognitiv verursacht sind, wobei eine enge Wechselwirkung affektiver und kognitiver Komponenten anzunehmen ist. Es wird versucht, herauszuarbeiten, in welcher Weise in frühester Kindheit und später affektiver und kognitiver Bereich zusammenwirken.

Besonderes Augenmerk wird auf die primäre Bedeutung der körperlichen Selbstwahrnehmung, auf die Entstehung von affektiven Bindungen und auf den Aspekt der Entwicklung gelegt.

1. Einleitung

Die Haltetherapie ist ein Therapieansatz, der bisher in der Bundesrepublik hauptsächlich bei autistischen Kindern angewendet wird, recht umstritten ist, aber z.T. große Erfolge aufzuweisen hat. Der englische Verhaltensforscher *Tinbergen* (1983), hat wieder Fluß in die Autismusdiskussion gebracht. Er geht, wie *Kanner*, *Bettelheim* und andere aus den 50er und 60er Jahren davon aus, daß Autismus keine kognitive Störung, sondern daß die Ursache im emotional-sozialen Bereich der kindlichen Verhaltenssteuerung zu suchen ist, wobei das Kind in einer Ambivalenzsituation zwischen dem Wunsch nach Kontakt und seiner Fluchtten- denz gefangen ist. Im Gegensatz zu den psychoanalytisch orientierten Erklärungsansätzen der Vergangenheit berücksichtigt *Tinbergen* hauptsächlich den ethologischen Aspekt des Verhaltens und schließt teilweise von Tierbeobachtungen auf den Menschen. Als therapeutische Möglichkeit propagiert er die Festhaltetherapie (HT). Hierbei wird die Mutter angeleitet, ihr Kind zunächst trotz seines Widerstandes an ihrem Körper festzuhalten, und es, sobald es protestiert, zu trösten und ihm ihre Liebe zu zeigen. In der Folge entspannt sich das Kind gewöhnlich und nimmt einen positiven Kontakt zu seiner Mutter auf, da es, so *Tinbergen*, aus seiner Ambivalenzsituation herausgekommen sei.

Jirina Prekop hat sich im Rahmen eines pädiatrischen Zentrums in der Bundesrepublik seit ca. 2 1/2 Jahren praktisch für diese Therapiemethode eingesetzt und sie mit autistischen Kindern aus der ganzen Bundesrepublik begonnen. Etwa gleichlange arbeitet man auch an der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Münster modifiziert mit der Haltetherapie. Im Rahmen

einer größeren heilpädagogischen Einrichtung hat *Mall* diese Therapieform eingesetzt. *Zaslow* arbeitet schon seit ca. 15 Jahren in den USA mit der Haltetherapie.

2. Die Festhaltetherapie in der Bundesrepublik Deutschland

2.1 Praxis der Festhaltetherapie (HT)

Prekop macht sich zunächst zusammen mit allen Familienmitgliedern ein Bild über die Gesamtsituation des Kindes, um hieraus auf die individuelle Aetiologie des Autismus und die Indikation zu schließen. Dann führt sie die Mutter in die erste Haltetherapiesitzung ein. Später sieht sie die Kinder in größeren Abständen, steht für Beratung zur Verfügung, bietet Haltesitzungen in Gruppen und regt Selbsthilfegruppen der Eltern an.

Während der HT hält die Mutter ihr Kind in den Armen und zeigt ihm durch Streicheln und begütigendes Zureden ihre positive Zuwendung. Auch wenn das Kind sich wehrt, schreit, beißt, kneift oder tritt, läßt die Mutter nicht nach, ihr Kind zu trösten, allenfalls reagiert sie mit einem kurzen „nein, das tut weh“ auf besonders schmerzhaft Aggressionen ihres Kindes. Es darf keine Aggressivität bei der Mutter entstehen, weil sie dann ihr Kind nicht mehr trösten und ihm ihre Liebe zeigen könnte.¹ Nach einer Zeit des Kampfes beruhigt sich das Kind zunehmend und beginnt z.B. mit der Mutter ganz anders zu reden als vorher, schaut ihr Gesicht an oder sendet andere Zeichen der Umweltzugewandtheit aus. Wichtig ist es jetzt, dem Kind die positive Erfahrung dieser Kontaktsituation zu vermitteln und diese Erfahrung in dem Kind zu festigen. Die Mutter muß die Sitzung beenden, solange das Kind noch Gefallen daran findet.

In den ersten Sitzungen ist der Widerstand am stärksten, später „gewöhnt“ sich das Kind zunehmend an das Halten. Dann kommt es darauf an, durch die subtileren Kontaktbarrieren des Kindes hindurchzustoßen, die das Kind anstelle der offensichtlichen Kontaktabwehr aufbaut (*Hemminger*, 1983). Es arrangiert sich mit der Situation, wenn die Mutter nicht darauf achtet, das Kind nicht in eine Scheinanpassung und Scheinentspannung verfallen zu lassen. Der Muskeltonus verrät dann noch die innere Spannung. Einige Kinder erfinden auch Ablenkungsmanöver gegen das Halten, denen nicht nachgegeben werden soll. Das Festhalten darf nicht zu einem stereotypen Schema werden, weil sich das Kind dann ungünstig mit der HT arrangieren würde, und ihre Wirk-

¹ Diese Forderung ist besonders problematisch, da weder der Therapeut, noch die Mutter selbst sich über ihre unbewußten Gefühle im klaren sind, d.h. es bedarf hier zunächst einer grundsätzlichen Klärung. Es erscheint kaum denkbar, daß nicht auch Aggressionen entstehen, wenn eine Mutter von ihrem Kind vier Stunden lang malträtiert wird.

samkeit eingeschränkt wäre. Zwischen Trost und Schmusen existiert ein entscheidender Unterschied. Erst Trost vermittelt Sicherheit. Jede Mutter muß ihre eigene natürliche Art finden, ihr Kind zu trösten und in einen wirklichen zwischenmenschlichen Kontakt zu kommen. „Ich werde Dich so lange halten, bis Du keine Angst mehr hast“, nennt Prekop als Zitat einen Satzes, den die Mutter ihrem Kind während der Haltesitzung immer wieder sagen kann; denn eigentlich ist es ja die Angst, die das Kind daran hindert, sich positiv in die Welt zu stellen, auch wenn in der akuten Haltesituation die Aggression nach außen dominiert. Im Gegensatz hierzu setzen Rohmann/Hartmann Trost nur als gezielte Verstärkung ein.

Innerhalb der Haltetherapie wird der Widerstand des Kindes provoziert (*Prekop*), damit sich im Konflikt zwischen Widerstand und dem Wunsch nach Nähe und Zuwendung beim Kind die Erfahrung festigt, daß es ja eigentlich die Beziehung möchte. Hartmann/Rohmann provozieren den Widerstand des Kindes nicht. Im Gegensatz zu Rohmann/Hartmann, die nur begrenzte Zeit lang halten (30–45 Min.), um die Kinder nicht zu überlasten, spricht sich *Prekop* dagegen aus, das Halten abbrechen, bevor das Kind die „wirkliche“ Entspannung erreicht hat. Dies kann zunächst bis zu vier Stunden (!) dauern, später im Normalfall ca. 30 Min. (Häufigkeit der HT ca. einmal pro Tag, besonders bei Anlässen von Unglücklichkeit oder Zwanghaftigkeit beim Kind, später nach Bedarf, nicht mehr unbedingt täglich.)

Im Heimbereich wendet Mall (1983) das Verfahren der Festhaltetherapie vorwiegend bei Kriseninterventionen nach aggressiven Ausbrüchen an. Bei einer Anwendung als konsequente Therapie seien die Mitarbeiter überfordert. Das Festhalten habe nur soweit Erfolg, als es sich im Alltag in Bindung, Beziehung und Erziehung fortsetzt. Mall hält eine enge Supervision der Mitarbeiter für unabdingbar.

Zaslow (1969, 1975, 1982) (USA) „hält“ im Gegensatz zu *Prekop* selbst und führt die Mutter eventuell später in die Praxis des Haltens ein. Die Position des Haltens ist primär die liegende.² Wenn der Widerstand nachläßt, fordert der Therapeut u.U. das Kind auf, Blickkontakt aufzunehmen, im Sinne einer Auseinandersetzung mit der Realität.

Stärker noch als *Prekop* sieht Zaslow den Aspekt der Kontrolle über das Kind im Vordergrund und das Freisetzen von Aggressionen durch Provokation im Rahmen der HT. Wenn das Kind sich dem Therapeuten endlich untergeordnet hat, nimmt der Therapeut seine Provokationen und den körperlichen Druck sofort zurück, steigert aber wieder, sobald der Widerstand des Kindes wieder ansteigt. Im Falle von kräftigeren Jugendlichen arbeiten zwei Therapeuten zusammen, von denen jedoch nur einer Bezugsperson ist.

2.2 Zielrichtung der Festhaltetherapie (HT)

Die Festhaltetherapie hat vor allem Erfolge beim alltäglichen Verhalten zu verzeichnen. Die Kinder sind weniger

zwanghaft, emotional ausgeglichener, lernbereiter und ihrer Umwelt gegenüber zugewandter. Sekundär zeigen sich auch Fortschritte im Lernbereich je nach individuellen Möglichkeiten. Festhalten wird als Basistherapie verstanden (*Prekop*, 1983, 1984), die es autistischen Kindern ermöglicht, lernbereiter zu werden (*Rohmann/Hartmann*, 1984)³. Andere Therapie- und Förderformen können vielfach effektiver als vorher eingesetzt werden.

2.3 Begründungen für die Festhaltetherapie (HT)

Es existieren viele Vermutungen zu den Wirkmechanismen der HT, die ich im folgenden kurz darstellen möchte. Im Gegensatz zu seinen psychiatrischen Landsleuten (*Wing, Rutter, Hermelin, O'Connor, Frith*), die im Autismus im wesentlichen eine kognitive Störung der Wahrnehmungsverarbeitung und neuerdings auch des sprachlich sozialen Lernens sehen, sieht *Tinbergen* Autismus als motivationalen Konflikt einer Ambivalenzsituation zwischen dem Bedürfnis nach Anbindung und dem Vermeiden-Wollen des Kontaktes. Nach *Tinbergen* existieren zwei gegensätzliche biologisch fixierte Verhaltenssysteme, das der Annäherung und das der Flucht, wobei bei Autisten die Aktivität des Fluchtsystems dominiert, da sie meist in Angst leben. *Prekop* meint, die Stufe des intentionalen Handelns sei den Autisten durch ihre Angst versperrt. Es entstehe durch die HT eine desensibilisierende, spannungslösende Konditionierung dem Kontakt gegenüber. In der HT werde das kindliche sensorische Input (*Prekop*, 1982) durch die mütterliche Stimulation inhibiert und geordnet. Durch einen konsequenten Erziehungsstil, der mit der HT Hand in Hand gehen soll, und durch die HT selbst, verändere sich das Interaktionsmuster zwischen Mutter und Kind. Die Mütter machen die Erfahrung, in der Beziehung zu ihrem Kind doch etwas bewirken zu können. Grenzen sind eine wesentliche Grundlage für das Gefühl der Sicherheit. Die HT ist mit ihrem liebevollen Hindern am autistischen Verhalten eine Alternative zum Nichtbeachten, das ja häufig im Rahmen der VT angewendet wird und bietet ein positives Alternativangebot zur autistischen Abkapselung (*Prekop*). Die Haltetherapie fordere vom Kind, sich an die Umwelt zu akkomodieren, komme dabei jedoch dem primären Unvermögen zur Selbststeuerung entgegen, und führe zu einem vertrauenden Annehmen der Außensteuerung, meint Mall (1983), wobei der primäre Egozentrismus abgebaut werde.

Das von *Tinbergen* der Festhaltetherapie zugrunde gelegte Prinzip der Korrektur einer früh verursachten emotionalen Störung wird von *Rohmann/Hartmann* (1984) bezweifelt. Die Autoren sehen das wirksame Prinzip darin, daß die Kinder gezwungen werden, sich mit der für sie schwierigen Situation erfolgreich auseinanderzusetzen. Hierbei stützt man sich auf die Annahme zweier informationsverarbeitender Systeme, die für eine erfolgreiche Integration des Bewußtseins miteinander koordiniert arbeiten müssen, was bei Autisten sonst nicht gegeben sei (*Hartmann/Rohmann* 1984, in diesem Heft).

² *Prekop* läßt den Müttern bei der Wahl der Position die Entscheidung, nur der Blickkontakt soll in der betreffenden Stellung möglich sein, *Rohmann/Hartmann* schlagen die sitzende Position des Kindes auf dem Schoß der Mutter (Angesicht zu Angesicht) vor.

³ Sämtliche Empfehlungen basaler Stimulation lassen sich innerhalb der HT anwenden und verstärken den Effekt (*Prekop*, 1983).

Im Gegensatz zu *Tinbergen*, der die Aggression weitgehend als Angstzeichen wertet, ordnet *Zaslow*, eigentlicher „Erfinder“ der HT in Amerika um 1969, die Aggression grundsätzlich anders ein. *Zaslow* sieht die Mutter-Kind-Beziehung als Fließgleichgewicht, als sensomotorische affektiv-kognitive Balance zwischen positiver Beziehung, Stimulation der Passivität, Ausdruck der Entstehung aggressiver Autonomie und Kontrolle der kindlichen Aggressionen. Wenn die kindlichen Aggressionen nicht von der Mutter gesteuert werden, könne ein Kind zu einer verfrühten aggressiven oder negativistischen Autonomie kommen. In der autistischen Interaktion zwischen Mutter und Kind sieht *Zaslow* ein durch negativ-affektive und negativ-orientierende Erwidern gekennzeichnetes, geschlossenes System (siehe auch *Tinbergens* „downward spiral“, *Tinbergen*, 1983). Negativistisches Verhalten dem menschlichen Kontakt gegenüber sieht *Zaslow* als Vorläufer von negativistischen kognitiven Wahrnehmungsstilen an, wobei sich das autistische Kind Orientierung bei anderen Umweltgegebenheiten sucht als bei seinen Sozialpartnern. Als frühe Fehl-konditionierung nimmt *Zaslow* an, daß der kleine Säugling den Kontakt mit der Mutter nicht mit Streßreduktion assoziiert.

Die Schlüsselannahme der z-Prozeß-Therapie, wie *Zaslow* die HT nennt, liegt darin, daß Individuen, die unter den verschiedenen Graden von Protest, Schmerz und Ablehnung leiden, den sie aber nicht mehr ausdrücken können, in ein Stadium des aktiven Protestes gebracht werden, um emotionale Bindungen auszubilden. Er weist auf Befunde von *Lorenz* hin, nach denen bei aggressiven Tieren viel stärkere Bindungen zwischen Muttertier und Kindtier bestünden als bei friedlicheren Rassen. Der Streß-Entspannungszyklus wird als „Basiseinheit des Wohlbefindens“ angesehen, wobei je intensiver der anfängliche Streß ist, um so größer auch die Entspannung am Ende der Sequenz sei.

2.4 Vorläufige Indikationen für die Haltetherapie (*Prekop*, 1984)

- a) Autistische Verhaltensweisen, autistisches Syndrom
- b) Kinder mit Autoaggressionen (*Rohmann/Hartmann*)
- c) Neurotische Störungen wie z.B. „autokratische“ Kinder, oder Kinder mit einer im Zentrum stehenden frühkindlichen Bindungsproblematik
- d) Zwangsneurosen und Phobien
- e) Adaptionsstörungen bei angenommenen und adoptierten Kindern
- f) Kleinkinder nach längeren Krankenhausaufenthalten bei Vertrauensverlust

2.5 Vorläufige Kontraindikationen für die Haltetherapie (*Prekop*)

- a) Falls das Kind von der Mutter abgelehnt wird, sollte die HT nicht durchgeführt werden.⁴

⁴ Eine ablehnende Haltung kann sich auch aufgrund der geistigen Behinderung ergeben. Über die Möglichkeit, daß sich infolge der HT zwar die autistische Problematik vermindert, die geistige Behinderung als Folge des Hirnschadens jedoch bestehen bleibt, müssen die

- b) Die Mutter zeigt Unbehagen gegenüber dem Körperkontakt.
- c) Ein unter Umständen begrenzender Faktor ist die Fähigkeit der Mutter, den Streß der HT auszuhalten, in differenzierter Weise eine neue Beziehung zu dem Kind aufzunehmen, sich konsequent und eindeutig zu verhalten, und Lernangebote systematisch zu strukturieren. Erst eine Hilfe bei der Persönlichkeitsbildung, Reifung und Erziehungsberatung für die Eltern wären die Voraussetzungen für das Einleiten der HT.
- d) Die familiäre Dynamik ist nachhaltig gestört. Hier ist zumindest eine gute familientherapeutische Begleitung indiziert. Ebenfalls bei einer zu erwartenden Geschwisterproblematik größeren Ausmaßes ist Vorsicht geboten.
- e) Bei verwöhnten Kindern, die von ihren Müttern schon vorher überbehütet und überstimuliert wurden, kann die HT sich als pathologieverstärkend auswirken (Overprotection als verdeckte Ablehnung des Kindes).
- f) Die körperliche Überlegenheit des Kindes bildet eine relative Kontraindikation, die jedoch zum Teil durch Helfer (Vater oder Geschwister) und/oder Hilfsmittel beeinflusst werden kann.

3. Erste Ergebnisse der Festhaltetherapie (HT)

3.1 *Prekop* (1984)

104 Autisten wurden innerhalb von 28 Monaten mittels der Haltetherapie durch ihre Mütter „gehalten“ (96 Kinder, 6 Jugendliche, 2 Erwachsene, davon 49 Autistisches Syndrom, 26 autistische Psychopathie (*Asperger*), 29 frühkindlicher Hirnschaden mit autistischen Zügen).

Ergebnis der Elternbefragung:

- 13 Kinder (12,5%) zwischen 1;6 und 7;6 Jahren – volles Verschwinden der autistischen Symptome, das Festhalten konnte weitgehend beendet werden,
- 19 Kinder (18,3%) – bis heute sehr vielversprechende Änderungen. Das Festhalten wird weiter durchgeführt.
- 72 Kinder (69,2%) – geringere oder keine deutlichen Besserungen. Bei sechs Kindern gab es nach anfänglicher Besserung Rückfälle in autistisches Verhalten, die jedoch teilweise durch erneutes Halten reversibel waren.

Ein Viertel der Kinder reagierte in der ersten Zeit mit einer Beunruhigung im täglichen Verhalten und Anstieg der Aggressionsbereitschaft. 64,3% der Kinder zeigen deutliche Verbesserungen bei den Items ‚Interessierter und zugänglicher für Kontakt‘, ‚Interessierter an anderen Gegenständen und Tätigkeiten‘, ‚Bereiter für Blickkontakt‘, nur bei 13,3% der Kinder blieben bei diesen Items Erfolge ganz aus. Bei den Items ‚Veränderungsangst‘, ‚Weniger empfindlich gegen bestimmte Reize‘, und ‚Unabhängiger von stereotypen Bewegungen‘ sind immer noch 43,3% der Kinder sehr deutlich verbessert, bei 33,3% hingegen gibt es überhaupt

Eltern vor dem Einleiten der HT aufgeklärt werden. Sollten die Eltern nicht in der Lage sein, das Problem der Behinderung anzunehmen, würde die HT nicht den gewünschten Erfolg bringen.

keine Änderung. Die Items ‚Produktiver im Spiel und Handeln‘ und ‚Verbesserung der Nachahmung‘ enthalten einen wesentlichen Intelligenzanteil. Hier gibt es erwartungsgemäß wesentliche Unterschiede bei den einzelnen Autismustypen, die in den vorher genannten Fällen nicht in dem Maß erkennbar waren.

3.2 Rohmann/Hartmann (1984)

Die Eltern von 11 Kindern im Alter von vier bis sieben Jahren wurden vor Beginn der HT und nach einer Therapie-dauer von einem Monat nach 73 Items befragt.

Ergebnisse: Bei allen Kindern wurden positive Veränderungen festgestellt. Zusammenfassend kann gesagt werden, daß das Interesse an der Umwelt, der aktive Sprachgebrauch, die Wahrnehmung des Anderen als Person, affektive Labilität, Kontaktbereitschaft, und manche Stereotypen sich bei fast allen Kindern positiv verändert haben. Sprachverständnis, Vorliebe für bestimmte Geräusche, Körperjaktionen waren relativ ‚therapiesistent‘. Nahezu alle Kinder zeigten unmittelbar nach der HT eine gesteigerte Lern- und Kontaktbereitschaft.

Die Forschungen zur HT haben gerade erst begonnen. Ob eine eindeutige und monomodale Klärung des Wirkprinzips überhaupt methodisch möglich ist, erscheint wegen der vielen Einflußvariablen zweifelhaft.

3.3 Eigene Erfahrungen mit Festhalten

a) Ich wurde vor etwa zwei Jahren auf die HT aufmerksam, als ein von mir im Heim lange betreuter 14-jähriger Junge von den Eltern plötzlich aus dem Heim herausgenommen wurde, weil die Eltern entschlossen waren, diese neue Chance mit ihrem Kind zu nutzen. Gerade dieses Kind war im Umgang extrem schwierig gewesen, hatte praktisch Tag und Nacht eine Bezugsperson in seiner Nähe gebraucht, und die Eltern hatten ihn im Alter von sieben Jahren unter dramatischen Umständen des Zusammenbruchs innerhalb der Familie ins Heim geben müssen. Diagnostiziert wurde er mehrfach als klassischer Kanner-scher Autist ohne aktive Sprache und mit wenig Sprachverständnis. Die Eltern waren von der HT so begeistert, daß ich einerseits skeptisch, andererseits jedoch auch sehr neugierig auf die Veränderungen war, die sich bei B. einstellen würden. Das Ergebnis war folgendes: Die starke Unruhe, Getriebenheit, Traurigkeit, Schlaflosigkeit und Autoaggression machten einer stärkeren Ausgeglichenheit und zunächst einer größeren Bereitschaft zu Aggressionen nach außen Platz. Seine Handlungsfähigkeit, kleine Aufträge auszuführen, wie auch sein Sprachverständnis wuchsen, und die Eltern fühlten sich dem Jungen gegenüber wieder gewachsen. Probleme gab es bei der Sexualität des heute 15-jährigen und der wachsenden körperlichen Kraft des Jungen, so daß die Eltern das Halten vor kurzem einstellen, was bisher keine negativen Auswirkungen hatte. Deutlicher sichtbar wurde bei B. eine geistige Behinderung als Folge eines frühkindlichen Hirnschadens.

- b) Bei einem von mir seit zwei Jahren behandelten 14-jährigen autistisch-hospitalisierten Jungen, der in einem Heim mit Schichtdienst lebt, riet ich vor etwa einem Jahr den Betreuern, ihn, besonders wenn er emotionelle Verunsicherung zeigt, entweder ins Bett zu legen und ihn dort zu halten, oder ihn bei verunsichernden Gelegenheiten fest in den Arm zu nehmen. Auch in der Therapie halte ich ihn gelegentlich fest, überlasse das aber in der Hauptsache den Betreuern. Bei P. spielte der Widerstand keine so ausgedehnte Rolle, denn er zeigte bald selbst das Bedürfnis nach körperlicher Nähe und Gehalten-Werden. P. hat innerhalb des letzten Jahres auch im Lernbereich beachtliche Fortschritte gemacht. Das Halten hat hier die Funktion des Geborgenheit-Gebens und der Reizreduktion.
- c) Bei einem 2^{1/2}-jährigen Jungen, der letztlich nicht als autistisches Kind zu bezeichnen war, aber Tendenzen in diese Richtung hatte, habe ich das Halten der Mutter demonstriert und ihr dann empfohlen, ihr Kind selbst zu halten, und Kontakt zu ihm aufzunehmen, wenn es emotionale Erregung zeigte. Es lag eine symbiotische Konstellation (*Mahler*) vor. Wenn M. etwas nicht bekommen sollte, was er haben wollte, verletzte er sich u.U. stark, indem er z.B. mit dem Kopf gegen Wände lief. Hier dauerte das Halten bis zur Beruhigung des Kindes, nachdem sich sein Schreien zunächst steigerte, auch beim ersten Mal nicht länger als 10–15 Minuten, und nachher war er ausgeglichener und zum Kontakt bereit. Der Erfolg dieser Therapie, die allerdings nicht allein im Halten bestand, sondern eine Veränderung der Familienverhältnisse insgesamt einschloß, war frappierend. Aus dem schwer sprachretardierten, mutistischen, gehemmten, ängstlichen und kontaktscheuen Kind wurde innerhalb eines Jahres (die Therapie selbst dauerte als Intensivmaßnahme nur vier Monate) ein in seiner Entwicklung fast normales Kind, das fröhlich mit anderen Kindern spielt, spricht und einen fast normalen Kontakt zu seiner Mutter hat. Das Halten hatte hier stark die Funktion des Eingrenzens und der Kontaktaufnahme.

4. Anmerkungen zur Haltetherapie

4.1 Stephan Becker

Becker als Psychoanalytiker und Therapeut autistischer Kinder hat eher Schwierigkeiten mit der HT, weil der psychoanalytische Ansatz die Fremdstrukturierung von Situationen weitgehend ablehnt, und es Ziel einer Kinderbehandlung ist, dem Kind in Freiheit einen Weg zu weisen. Nach Beckers Meinung muß man das Halten, wenn man es schon anwendet, innerhalb des biographischen Zusammenhanges und des Beziehungsgefüges des Kindes sehen, wobei die Bedeutung des Haltens unterschiedlich sein kann. Unbewußten Anteilen muß Rechnung getragen werden. Im übrigen ist die Funktion des Haltens in der Psychoanalyse seit langem bekannt. Es besteht die Befürchtung, daß mit der HT im Einzelfall pathologisierende Entwicklungen verstärkt werden könnten.

4.2 Georg Feuser

Feuser (Sonderpädagoge) hält es nicht für gerechtfertigt, wenn die HT derartig ausufernd angewendet wird, wie es zur Zeit geschehe. Ihm sind die Wirkmechanismen noch nicht klar, und er meint, daß diese vor einer größeren Anwendung geklärt werden müßten. In einem Referat (Feuser, 1983) stellte er die HT als sehr problematisch dar, besonders hinsichtlich der Frage, ob mit der HT nicht das Kind in Wirklichkeit vergewaltigt werde. Feuser möchte das Selbstbestimmungsprinzip als pädagogische Grundlage aufrecht erhalten sehen.

4.3 Eigene Überlegungen

Bei der Vorbereitung dieser Arbeit habe ich mit vielen Menschen gesprochen, denen ich für ihre Hinweise danken möchte. Ich möchte hier eine Stellungnahme versuchen, auch auf die Gefahr hin, daß einige Aspekte von mir überbewertet gesehen, andere vielleicht zu kurz kommen werden.

Die innere Haltung der Eltern muß der äußeren Durchführung der HT entsprechen, da es im gegenteiligen Fall zu einer klassischen double bind-Situation kommen würde. Es kommt durch das Halten auf jeden Fall zu einer grundlegenden Veränderung in der Beziehung zwischen Kind und Eltern. Die Erwartungen, die an die HT von Eltern zur Zeit gestellt werden, können dazu führen, daß sie die Therapie enttäuscht abbrechen, weil die geistige Beeinträchtigung ihres Kindes nicht in dem Maß beeinflußt wurde, wie sie dies erwartet hatten. Die Eltern müssen vor Beginn der HT wissen, ob sie ihr Kind wirklich lieb haben, auch wenn es geistig behindert ist. Es wäre bedenklich, wenn die HT von Eltern nur dazu benutzt würde, ihr Kind „normal“ zu machen. Meiner Ansicht nach beinhaltet das Halten das Eingehen einer großen, das normale Maß vielleicht übersteigenden Verpflichtung der Mutter ihrem Kind gegenüber. Verhängnisvoll wäre es, wenn innerhalb eines Elternhauses das Halten „mal ausprobiert“ wird, um zu sehen, wie es denn wohl wirkt, oder als emotionslose Technik angewendet würde. Dem Kind würden zunächst Hoffnungen auf eine Verbesserung seiner Situation durch Stabilisierung einer Beziehung gemacht, seine Abwehrmechanismen genommen, und diese Hoffnungen dann wieder zerstört. Es wäre verständlich, wenn sich ein Kind nach einem solchen Vorgang sogar noch weiter als vorher in seine autistischen Verhaltensweisen zurückziehen würde. Auch in Zeiten, in denen es dem Kind trotz HT nicht so gut geht, darf das Kind nicht plötzlich Ablehnung erfahren. Das Halten und ‚zu seinem Kind emotional Stehen‘ sollte gewissermaßen zur Lebensform werden.

Die Mütter müßten in die Lage kommen, ihr Kind wirklich verstehen zu lernen, und innerhalb dieses neuen Bildes ihres Kindes seine Reaktionen und seine psychische Situation beurteilen lernen. Hierzu sollte ein Therapeut, der am besten auch familientherapeutische Kenntnisse hat, die Durchführung der HT zumindest bis zum Einstellen eines neuen Gleichgewichtes beratend oder auch einzeltherapeutisch begleiten. Eine Gefahr sehe ich auch in dem Freisetzen von unkontrollierbaren Erregungszuständen besonders bei

hirngeschädigten Kindern. Es muß darauf geachtet werden, daß die Eltern eines autistischen Kindes auch in der Lage sind, derartige Zustände und Entwicklungen abzufangen. Es ist wohl vom Einzelfall abhängig, wie dicht die therapeutische Betreuung ausfallen muß. Vor dem Beginn der Halte-therapie muß abgeschätzt werden, ob die Eltern die Bedingungen für eine erfolgreiche Durchführung des Haltens überhaupt erfüllen können.

Ein häufig genannter Einwand gegen die HT ist, daß mit der HT die Problematik des Autisten wieder auf die Mutter-Kind-Beziehung verschoben wird, d.h. sich die alte längst ausgestandene Schuldfrage mit allen ihren negativen Konsequenzen erneut stellt. Dies scheint sich in der Praxis nicht zu bewahrheiten. Die Mütter empfinden eher Erleichterung darüber, wieder als handelnder Partner mit dem Kind umgehen zu können mit dem Gefühl, nicht mehr verdrängen zu müssen und Schuld zu haben (Prekop, 1983). Die Schuldproblematik war ja früher so gravierend, da die Mütter nichts an der Beziehung zu ihrem Kind ändern konnten. Diese Schwierigkeit wird mit der Haltetherapie aufgehoben, woraus sich auch die Euphorie mancher Eltern erklärt. Die Fähigkeit mit einem autistischen Kind pädagogisch optimal umzugehen, ist von „gewöhnlichen Menschen“, wie es die Eltern ja nun einmal sind, nicht zu erwarten. Die Möglichkeit zur systemischen Betrachtungsweise zeigt, daß zu einer zwischenmenschlichen Situation immer mehrere Partner und ein großes Umfeld, möglicherweise bis in die Vergangenheit hinein, gehören.

Der Vater sollte die HT unterstützen, sei es direkt in der Haltesitzung, oder indem er die Mutter psychisch stützt, die Belastung der HT durchzustehen. Besonders ungünstig wäre es, wenn die Mutter in einen Zuwendungskonflikt zwischen Vater und Kind käme. Alle Mitglieder der Familie müssen das Halten des einen Kindes, das ja ohnehin schon stark im Mittelpunkt steht, unterstützen.

Im Heimbereich sind zum Teil starke Abhängigkeitsbeziehungen einzelner Kinder von bestimmten Bezugsbetreuern zu beobachten, wobei die Kinder in Gegenwart der betreffenden Betreuer sehr gut integriert schienen, jedoch z.B. an freien Tagen dieser Betreuer völlig aus dem Gleichgewicht kamen. Möglicherweise ergeben sich derartige Beziehungsstrukturen auch im Rahmen der HT. Hat das Kind eine gewisse Sicherheit im Zusammenhang mit seiner Mutter erreicht, sollte langsam versucht werden, die Selbststeuerung beim Kind zu fördern, indem selbstintendiertes Verhalten verstärkt, eigene Aktivitäten des Kindes unterstützt und in enger Orientierung an den Bedürfnissen des Kindes damit begonnen wird, eine Ablösung aus der entstandenen Abhängigkeit von der Mutter zu erreichen. Es wird individuell sehr verschieden sein, wie lange das Kind dazu braucht, um eigene steuernde Strukturen aufzubauen. Hier sind aber wohl durchaus wesentliche Erfolge zu erzielen, wenn die Ablösung von der Mutter in das Konzept der HT einbezogen und von begleitenden Therapeuten supervidiert wird. Es darf im täglichen Leben mit einem autistischen Kind auch nicht die Folge der Haltetherapie sein, daß Eltern beginnen, jede eigene Initiative des Kindes als Stereotypie zu verurteilen und vermeiden zu wollen. Nach Roedler (1983) lernt das autistische Kind, indem es von seinem zunächst rigiden und

stereotypen System ausgehend expandiert und langsam einen größeren Freiheitsgrad gewinnt.

Auch der sexuelle Aspekt kann zu Komplikationen führen. Einerseits kann das Kind das Halten als sexuell anregend empfinden und damit die Eltern in eine Konfliktfrage bringen, andererseits können aber auch die Eltern von sich aus, z. B. bei schon etwas älteren Kindern, gewisse Bedenken haben. Wie im Einzelfall mit dieser möglichen Problematik umgegangen wird, kann nur die konkrete Situation zeigen.

Da *Prekop* und die Mitarbeiter der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie Münster ja nicht alle Autisten der Bundesrepublik behandeln können und ein unkontrolliertes Ausufern der HT nicht wünschenswert erscheint, meine ich, daß dieser Therapieansatz in seiner klassischen und harten Form von der Ausbildung der Therapeuten und der Durchführung her institutionalisiert und damit stärker kontrolliert werden sollte, wobei Vorbehalte für die Indikationsstellung im Einzelfall sehr sorgfältig zu prüfen sind.

Die HT ist jedoch ein Therapieansatz, der über die Vermittlung von einzelnen Fähigkeiten hinaus das ganze Gefüge der Beziehungen des autistischen Kindes tangiert und durchaus positiv beeinflussen kann. Abzulehnen ist allerdings das Halten als ausschließlich verhaltenstherapeutisches Konzept. Alle Folgen der positiven Entwicklung basieren auf der emotionalen Beziehung, dies sollte man nicht aus den Augen verlieren, wenn man die Wirkungen der HT aus verhaltensbiologischer Sicht analysiert.

5. Versuch einer Wertung des Wirkprinzips – Fragen des kindlichen Autismus

Bisher wurden im streng wissenschaftlichen Rahmen kaum Konsequenzen daraus gezogen, daß es sich beim frühkindlichen Autismus um eine Entwicklungsstörung (*Specht*, 1984) handelt, obwohl im psychoanalytischen Bereich wesentlich weitergehende Konzepte existieren. *Rutter* (1980) hat zwar kürzlich ein sehr reichhaltiges Buch (*Scientific foundations of developmental Psychiatry*) herausgegeben, das aber immer noch wenig integriert, sondern Erkenntnisse eher aneinanderreihet. Die Defektorientiertheit und die bessere Verifizierbarkeit kognitiver Leistungen gegenüber affektiven und interaktiven Komponenten des Verhaltens verhinderte über lange Zeit ein Sich-Einlassen auf die Frage einer möglichen affektiven Verursachung des frühkindlichen Autismus, so daß heute der kognitive, neurologisch bestimmte Ansatz in der Autismusforschung dominiert. Ein System phänomenologisch bestimmter diagnostischer Einheiten und das Forschen nur auf dieser Ebene kann eine multidisziplinäre, systemisch-funktionell integrierende Gesamtsicht nicht ersetzen.

5.1 Autismus, geistige Behinderung und Hirnschädigung

Rödler (1983) möchte die Diagnose des Autismus auf die *Kannerschen* Kerncharakteristika des Vermeidungsverhaltens dem Kontakt gegenüber und der Veränderungsangst, die er als Kehrseite derselben Sache ansieht, begrenzt sehen. An die Stelle von zwischenmenschlichem Kontakt und fortschreitendem Aufbau von Erfahrungen tritt bei autistischen

Menschen reizabschirmende Aktivität, die mit erhöhter vegetativer Erregung (Angst?) verbunden ist (*Frankel*, 1984; *Koots*, 1981). Das Vermeidungsverhalten des Autisten ist primär motivational bedingt und weniger ein Erkenntnisproblem (s.a. *Nissen* in *Harbauer*, et al., 1976). Dabei ist eingeschlossen, daß aus kognitiven Mängeln resultierende schlechte Erfahrungen bei dem Versuch, ein kohärentes Wahrnehmungssystem und Weltbild aufzubauen, oder eine ständige Reizüberflutung bei hoher Reizempfindlichkeit zu Unlust führen und damit Vermeidungsverhalten auslösen können.

Die Gruppe der Autisten ist sehr heterogen, es können die unterschiedlichsten pathogenetischen Faktoren im Einzelfall eine Rolle spielen. Das autistische Verhalten kann die verschiedensten Ursachen haben und temporär sein (*Rödler*, 1983). Es gibt besonders bei geistig Behinderten jegliche Art und Ausprägung autistischer Symptome. Auch im Bereich normaler Intelligenz finden sich jedoch Kinder mit autistischen Entwicklungsphasen und Verhaltensweisen. Autistisches Verhalten ist also nicht von erkennbarer organischer Schädigung abhängig, obwohl es häufiger im Zusammenhang mit Hirnschädigungen auftritt als bei gesunden Kindern.

5.2 Autismus als individuelle Reaktion

Für die individuelle Pathogenese eines autistischen Syndroms lassen sich in der Kindheit meist Umstände eruieren, die als psychogene oder auch somatogene Noxen mit dem Autismus in Zusammenhang gebracht werden können. Jedoch verarbeiten beispielsweise hospitalisierte Kinder ihre schwerwiegende Deprivation ganz anders, als Autisten ihre Umwelt verarbeiten; sie bilden trotzdem Fähigkeiten zu Konzeptbildung und Lernen aus und erscheinen mit ihrer Bereitschaft zur leichten Kontaktaufnahme bindungsschwach. Dennoch haben sie – wenn auch häufig nicht sehr tiefe – Bindungen an ihre Umwelt. Dies zeigt, daß die Reaktion des Kindes auf seine Gesamtsituation einen wesentlichen Faktor bei der Entstehung von Störungen darstellt.

Ciampi (1982) stellte kürzlich sein Konzept der „Affektlogik“ vor. Er bringt die affektive und kognitive Entwicklung in einen sich gegenseitig bedingenden Zusammenhang und stellt klar, daß jede kognitive Anpassung auch im frühkindlichen Entwicklungsabschnitt motiviert sein muß. In den letzten Jahren hatte man eher diskutiert, in welcher Weise kognitive Teilleistungsschwächen sich auf den Affektbereich auswirken (*Berger*, 1976; *Lempp*, 1979; *Milz*, 1980). *Ciampi* geht nicht von einfachen kausalen Überlegungen aus, sondern betrachtet menschliche Entwicklung als System von Wechselwirkungen.

5.3 Entwicklung psychischer Strukturen, Bindung und Autismus

Die Entwicklungsaktivitäten des Säuglings streben dem Aufbau von Struktur und damit einem kohärenten Wahrnehmungs- und Aktionssystem zu, das auf den verschiedensten Altersstufen als labiles Gleichgewicht arbeitet⁵. Inva-

⁵ Die Psychose stellt beispielsweise eine Störung dieses Gleichgewichtes dar.

rianzen, also das verlässliche wiederholte Zusammentreffen mehrerer wahrgenommener Elemente sind der primäre Schlüssel zur Konstanz (Piaget, 1976). Diese Invarianzen werden affektiv höchst positiv bewertet und dienen der Orientierung (Papousek, 1983).

Die Komplexität und Stimmigkeit des aufgebauten Wahrnehmungssystems beim Kind hängt von verschiedenen Faktoren ab. Die vom Kind aufgewandte Energie, aus Fehlern immer wieder neu zu lernen (Akkommodation), organische Begrenzungen der Integrationsfähigkeit von Reizen, allgemeine Erregbarkeit (Hirnschäden), genetisch mitbedingte, in der Entwicklung entstandene Charakteristika der Informationsverarbeitung und auch die angebotenen Reize selbst sind sicherlich einige der entscheidenden Faktoren hierbei. Dazu ist eine wesentliche Voraussetzung für eine normale Entwicklung ein nur qualitativ zu beschreibender Bezug zur menschlichen Umwelt, also zunächst meist der Mutter. Die Mutter bietet dem Kind wesentliche Orientierung bei seiner Einordnung in die Welt. Dies wurde in der letzten Zeit besonders von Papousek nachgewiesen (Papousek, 1982, 1983; Mahler, 1980). Aus der zunächst bestehenden völligen Verschmelzung des Kindes mit seiner Umwelt, in der das Kind nur seine vegetative Befindlichkeit als „kognitive Struktur“ zur Verfügung hat, differenzieren sich Teile der Mutter als unabhängig wahrgenommene, an die jeweilige Befindlichkeit assoziierte positive und negative Teile, werden allmählich wieder zusammengefügt, und es entsteht das erste vom Kind unabhängig erlebte, überwiegend positiv bewertete, jedoch mit ihm in noch vielfältiger Weise verbundene „Objekt“ Mutter (Mahler, 1980).

Die Veränderungsangst bei autistischen Kindern demonstriert die Gespanntheit dieser Kinder (siehe auch Koots, 1980). Wolfensberger-Haessig (1982) stellt bei der Angstentstehung eine Kumulationstendenz fest. Es ist also an einen sich verstärkenden kreisenden Prozeß der Angstentstehung und Angststeigerung zu denken, wobei die Angst dann weitere expandierende Aktivitäten blockiert (Birbaumer, 1975). Gleichzeitig zu dem erhöhten Angstniveau besteht bei Autisten kaum Bindung, ein Mechanismus, der besonders auch durch den aktiven Teil des Bindungspartners (Trost, Schutz) normalerweise besonders der Angstreduktion dient (vgl. Rutter).

In der Veränderung, also in Weiterentwicklung und aktiver Anpassung, sieht der Autist die Bedrohung, einen mühsam aufrechterhaltenen Gleichgewichtszustand verlassen zu müssen, und er hat kein Vertrauen in die eigene Integrationsfähigkeit, wieder ein neues Gleichgewicht erreichen zu können. Die mühsame Form der Äquilibration (Piaget, 1976)⁶ von Hand, wie sie autistische Kinder zu praktizieren scheinen, entspricht der autistischen Säuglingsphase in der „die ständigen Bemühungen zur Homöostase zu gelangen im Mittelpunkt der Aktivitäten steht“ (Mahler, 1980).

Sicherheit und Orientierung bleiben bei Wahrnehmungs- bzw. Objektinkonstanzen auf der Strecke. Immer wieder

ragen nicht integrierbare Teile der Realität störend in eine mühsam und mit Angstspannung aufrechterhaltene labile Wahrnehmungssituation hinein, wodurch wiederum die Angst verstärkt wird. Der Rückgang der Ängstlichkeit und affektiven Labilität mit zunehmendem Alter läßt sich gut mit einer Abnahme dieses Hineinragens infolge rigider werdender Überselektivitätsprozesse (Frankel, 1984) erklären (Rödler, 1983), die als Schutzmechanismus arbeiten.

Daß nun die HT bei ihrem Angriff auf das Verteidigungssystem des autistischen Kindes dennoch eine Stabilisierung bewirkt, kann allein hieraus nicht erklärt werden. Hinzukommen muß das Überwiegen positiver Erfahrungen, wie es die neue Erfahrung der Beziehung und Bindung ist. Ambivalenz und damit Entscheidungs- und Handlungsunfähigkeit hört auf (Tinbergen, 1983).

5.4 Selbstkonzept

Feuser (1979) stellte dar, daß autistische Kinder, wenn sie mit Gegenständen manipulieren, weniger den Gegenstand wahrnehmen, sondern vielmehr ihre eigene, am Gegenstand ausgeübte Aktivität. Besonders deutlich vermeiden Autisten ja den Kontakt zu anderen Menschen, wenn das Kontaktangebot von diesen ausgeht; sie sind aber durchaus manchmal von sich aus zum Schmusen bereit. Hier kommt die Seinsweise des Autisten zum Ausdruck, der sich selbst nicht als geschlossene Einheit und die Umwelt als Verlängerung seines nicht zentrierten Selbst erlebt. Er kann demzufolge nicht wahrhaben, daß die ihn umgebende Welt auf ihn zugehend von sich aus aktiv ist und ihm gegenüber steht. Man sieht beim autistischen Kind korrespondierend zum schwachen emotionalen Kontakt zur Umwelt einen abgeschwächten Kontakt zum eigenen Selbst als körpergebundene zentrische Struktur (s.a. Neubauer, 1976; Berger, 1981).

Aus der Beobachtung autistischer Kinder wird deutlich, daß die Identifikation mit dem Körper und das Sich-Stützen auf die elementarsten Körpergrunderlebnisse des Selbst-Seins und der Geschlossenheit als ruhende Punkte der wahrnehmungsmäßigen Konstanz⁷ ungenügend geschieht, so daß Reize von autistischen Kindern vielfach nur als isoliert dastehend aufgenommen werden. Disjunktive, also unverbundene Wahrnehmungen (Feuser, 1979) und Störungen im intermodalen Transfer sind eine zwangsläufige Folge. Das fehlende Selbstkonzept und fehlende Konzepte der Realität machen es unmöglich, sich zielgerichtet und aktiv zu entwickeln, und zwingen die Kinder weiter in die Isolation hinein. Durch die HT kommt es zu einer starken Neubesetzung des Körpers und der Mutter als primäres Objekt.

5.5 Kognitive Störungen

Einige angloamerikanische Forscher (Wing, 1981; Howlin, 1981, 1982) schätzen zunehmend einen definierten

⁶ Piaget spricht von Äquilibrationsprozessen, die im Normalfall ständig zwischen Akkommodation und Assimilation geleistet werden müssen.

⁷ Räumlichkeit und Zeitlichkeit als kognitive Prinzipien und damit auch die Möglichkeiten von Dualität, Zentrierung, u. a., sind an die Wahrnehmung und Konzeptualisierung des eigenen Körpers in Raum und Zeit gebunden (König, 1971).

kognitiven Defekt, sprachlich-soziales Unvermögen als Ursache des Autismus ein, da bei wiederholten Untersuchungen vor und nach einer „befriedigenden“ Therapie und sozialen Einordnung bezüglich ihrer kognitiven Leistungen keine Strukturveränderungen nachzuweisen seien⁸.

Bei Autisten sind jedoch schon die grundlegendsten kommunikativen Prozesse der Gegenseitigkeit und infolgedessen die Sprachfunktion gestört (Martinius, 1982; s.a. Tager-Flusberg, 1981), die sich ja in Fortführung der vorsprachlichen dialogischen Kommunikation aufbaut. Es erscheint einleuchtend, daß bei einem fehlenden Selbstkonzept die Fähigkeit und das Bedürfnis nach Kommunikation gering sein müssen, da Kommunikation immer Partner voraussetzt. So zeigt sich bei sprechenden Autisten häufig ein Sprachentwicklungsknick als Ausdruck des Rückzuges⁹.

Rutter (1983) veröffentlichte kürzlich in Abwandlung früherer Konzepte die Meinung, daß möglicherweise eine Art „kognitives Defizit“ im sozialen und emotionalen Bereich ursächlich mitbeteiligt sein könnte, und nähert sich hierbei Nissens „Autismusfaktor“ (Harbauer et al., 1976), aber auch der Auffassung des Autismus als emotionaler Störung an. Das Umlernen autistischer Kinder in der HT widerspricht aber der These der Irreversibilität, und belegt eher einen Abspaltungsprozeß, der durch die HT integriert wird (Hemminger, 1983).

Meine Hypothese lautet folgendermaßen: Bei mangelnden Entwicklungsaktivitäten, also letztlich eher affektiv-motivational bedingt, können in früher Kindheit schwerwiegende irreversible kognitive Schädigungen ohne organische Defekte, aber auch auf dem Boden schon vorbestehender organischer Schädigungen entstehen. Auch noch in der früheren Kindheit läßt sich eine derartige Genese kognitiver, schwer reversibler Ausfälle denken. Interessant wird nun sein, wie langfristig und wie weit sich kognitive Defizite bei Autisten noch verändern können, wenn der affektive Block mittels der HT gelöst wurde.

6. Thesen zur Wirksamkeit der Festhaltetherapie

- a) Die Interaktion zwischen Kind und Umwelt wird nachhaltig verändert.
- b) In einem konditionierenden Desensibilisierungsprozeß entsteht eine größere Toleranz dem Kontakt gegenüber.
- c) Die frühkindliche Kommunikation zwischen Säugling und Mutter wird in der HT nachgeholt, der gestörte Bezug zur menschlichen Umgebung und zu sich selbst

⁸ Hier wird irreversibel mit kognitiv gleichgesetzt. Verständlich würde dieser Ansatz, wenn man kognitiv und strukturell bedingt synonym gebrauchen würde.

⁹ Wie Vygotsky und Luria herausarbeiteten, hat die Sprache selbst eine wesentliche Funktion im Bereich der Verhaltenssteuerung und Zielausrichtung des Verhaltens, die autistische Kinder kaum entwickeln, so daß sie durch ihr sprachliches Defizit zusätzlich, auch ihre Verhaltenskompetenz betreffend, beeinträchtigt sind. Autistische Kinder bevorzugen als Ordnungsmuster das visuell-räumliche System, das nach Luria als erstes System der praktischen Intelligenz aufgebaut wird (Martinius, 1982). Das sprachlich dominierte zweite System wird nur sehr unvollständig aufgebaut.

(vgl. Specht, 1963), wird wiederhergestellt. Die neue affektive Bindung vermittelt Sicherheit und Angstreduktion. Das Kind kommt also während der HT in eine Regression, kann „jeden Tag mal wieder ein Baby sein“ und darf sich von Tag zu Tag wieder der Vertrauenswürdigkeit der Umwelt versichern.

- d) Durch die vom Kind unabhängige und zum Teil gegen seine Abwehr gerichtete Aktion wird die Mutter als eigenaktiv erlebt und kann so vom Kind als Person erkannt werden. Korrespondierend entsteht im Kind ein inneres Selbstkonzept.
- e) Das gesteigerte Körpererleben und die stärkere Besetzung des Körpers durch die HT fördert das grundlegende Existenz-Vitalitätsgefühl und den Aufbau des Körperbildes, was auch zur Bildung des Selbstkonzeptes beiträgt. Das grundlegende Vitalitätsgefühl und das Gefühl der Geschlossenheit des eigenen Selbst ist Grundlage für die Bereitschaft zu expandierenden Entwicklungsaktivitäten, die durch die HT deblockiert werden.
- f) Die noch einmal aufgenommene Außensteuerung gibt dem Kind die Möglichkeit, seine Eigensteuerung, also sein Ich aufzubauen. Durch den Abbau von Egozentrismus und die Trennung der Außen- von der Innenwelt gewinnen die Wahrnehmungen einen Bezug zum Kind, so daß es nicht mehr den überwiegenden Anteil der Wahrnehmungen ausschließen muß.
- g) Wieweit sich eine Selbststeuerung und eine Rehabilitation im kognitiven Bereich noch als autonome Leistung des Kindes nach der Durchführung der HT einstellen kann und wieweit sich kognitive Schwächen noch werden ausgleichen lassen, hängt wohl von verschiedenen Bedingungen ab wie:
 - Zeitpunkt des Einsetzens der Therapie,
 - Zeitpunkt des Einsetzens der autistischen Störung und damit des Einstellens der Entwicklungsaktivitäten,
 - Grad der Rückzugsreaktion bei Einsetzen des Autismus,
 - Qualität und Stärke des neu aufgebauten Mutterbezuges,
 - Vorliegen von organisch bedingten Begrenzungen,
 - Fähigkeit und Bereitschaft der Umwelt, das Kind sich zur Selbständigkeit ablösen zu lassen.

Summary

Practice of and Theoretical Considerations on Holding Therapy with Autists

Implementation, history, attempts of explanations so far published, and first statistical data of holding therapy (HT) with autists are reported, problems which can occur in this context are discussed, and attempts are made to discover an integrating approach, under which the findings that have emerged through HT can be seen.

In the final analysis the point at issue is the extent to which autistic syndromes are caused affectively or cognitively, in this respect a reciprocal action of affective and cognitive components is postulated. Attempts are made to

establish in what way in earliest childhood, and also later, the affective interacts with the cognitive sector.

Particular attention is paid to the primary significance of physical perception, to the emergence of affective attachment, and to the development aspect.

Literatur

- Antons-Brandt, V. (1982): Elternerfahrungen bei der Therapie: Festhalten nach Tinbergen/Welch. In: *Autismus* 14. – Berger, E. (1976): Teilleistungsschwächen bei Kindern. Bern. – Berger, E. (1981): Entwicklungsneurologische Grundlagen des Ich-Bewußtseins. In: *Acta pädiopsychiatrica* 47, 5. – Birbaumer (1975): Psychophysiologie der Angst. – Bowlby, J. (1972): Bindung. München. – Burchard, F. (1979): Störungen des Willens in der ‚menschlichen Organisation‘ in bezug zu drei von mir betreuten mehr oder weniger „autistischen“ Kindern. Abschlußarbeit. – Burchard, F. (1982): Gedanken zum frühkindlichen Autismus unter dem Gesichtspunkt der Ich-Störung. Manuskript. – Ciompi, L. (1982): Affektlogik. – De Myer, M.K. (1981): Infantile autism reviewed, a decade of research. In: *Schizophrenia Bulletin* 7, 3. – Federn, P. (1956): Ich Psychologie und die Psychosen. – Feuser, G. (1979): Zur Gesamtsituation des autistischen Kindes. Dissertation. – Feuser, G. (1983): Autismus heute, Forderung an morgen. Referat, 29.10.1983 in Bremen (Sonderdruck Bundesverband Hilfe für das autistische Kind). Frankel, F. (1983): Stimulus O verselectivity in autistic and mentally retarded. In: *J. Child. Psychol.* 25, 1. – Harbauer, Lempp, Nissen, Strunck (1976): Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie (3. Aufl.). – Hartmann, H., Rohmann, U. (1984): Eine 2-System-Theorie der Informationsverarbeitung und ihre Bedeutung für das autistische Syndrom und andere Psychosen. In: *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr.* – Hemminger, H., Prekop, J. (1983): Antrag auf Gewährung einer Sachbeihilfe: Evaluative Untersuchung der HT des frühkindl. Autismus. – Howlin, P. (1982): Echolalic and spontaneous phrase speech in autistic children. In: *Journ. Child. Psychol. Psychiat.* 23, 3. – Howlin, P. (1981): The effectiveness of operant language training with autistic children. In: *Journal of Autism and developm.* 11, 1. – Klein, F. (1983): Heilpädagogik des Haltens bei autistischen Kindern im schulpflichtigen Alter unter besonderer Berücksichtigung der Befunde von Tinbergen und Zaslows (Referat, Bremen). – König, K. (1971): Sinnesentwicklung und Leibeserfahrung. Stuttgart. – Koots, J.P. (1981): Modulation of sensory intake in autistic children—cardiovascular and behavioral indices. In: *Journ. of the Americ. Acad. of child psychiatry* 20, 692–701. – Lempp, P. (1979): Teilleistungsstörungen im Kindesalter. Bern. – Luria, A.R. (1970): Die höheren kortikalen Funktionen. Berlin. – Mahler, M. (1980): Die psychische Geburt des Menschen. Frankfurt/M. – Mall, W. (1983): Festhaltetherapie bei Personen mit autistischem Verhalten im Heim für geistig Behinderte. In: *Zur Orientierung* 1/1983. – Martinus, J. (1982): Neue pathogenetische Modelle und therapeutische Aspekte des kindlichen Autismus. In: Nissen, G. (Hrsg.): *Psychiatrie des Säuglings- und frühen Kleinkindalters*. – Milz, I. (1980): Emotionale Störungen in ihren Beziehungen zu Teilleistungsschwächen, Dissertation. – Morris, D. (1971): Liebe geht durch die Haut. – Neisser (1979): Kognition und Wirklichkeit. Stuttgart. – Neubauer, W.F. (1976): Selbstkonzept und Identität im Kindes- und Jugendalter. München. – Örtter, R. (1968): Entwicklungspsychologie. – Papousek, M., Papousek, K. (1982): Die Rolle der sozialen Interaktionen in der psychischen Entwicklung. In: Nissen, G.: *Psychiatrie des Säuglings- und frühen Kleinkindalters*. – Papousek, M. (1983): Frühentwicklung des Sozialverhaltens und der Kommunikation. In: Remschmidt, H.: *Neuropsychologie des Kindesalters*. – Piaget, J. (1969): Das Erwachen der Intelligenz. Stuttgart. – Piaget, J. (1975): Aufbau der Wirklichkeit beim Kinde. Stuttgart. – Piaget, J. (1976): Äquilibration der kognitiven Strukturen. Stuttgart. – Precht, H.F.R. (1983): Kontinuität der neuralen Funktionen vom prä- zum postnatalen Leben. In: *Frühförderung interdisziplinär*. – Prekop, J. (1982): Frühkindlicher Autismus. In: *Öffentliches Gesundheitswesen* 44. – Prekop, J. (1982): „Festhalten“ erste praktische Erfahrungen nach Tinbergen/Welch. In: *Autismus* 13. – Prekop, J., Müller-Trimbush, G. (1983): Das Festhalten als Therapie bei Kindern mit Autismus-Syndrom. In: „Frühförderung interdisziplinär“ 2/3. – Prekop, J. (1983): Anleitung der Therapie durch das Festhalten nach Welch/Tinbergen. In: *Autismus* 15. – Prekop, J. (1984): Die Therapie durch das Festhalten. Die Begründung und die Anwendung bei autistischen Kindern. In: *Der Kinderarzt* 6–9. – Rödler, P. (1983): Diagnose Autismus. Frankfurt/M. – Rohmann, U., Hartmann, H., Kehrer, H.E. (1984): Erste Ergebnisse einer modifizierten Form der Festhaltetherapie. In: *Autismus* 17. – Rutter, M. (1980): Scientific foundations of developmental Psychiatry—Attachment and the development of social relationships. – Rutter, M. (1983): Cognitive deficits in the pathogenesis of autism. In: *Journ. child. psychol. psychiat.* 24, 4. – Specht, F. (1963): Gestörter Realitätsbezug am Beispiel des kindl. Autismus (Referat). – Specht, F. (1984): Entstehung, Erscheinungen und Verlaufsform autistischer Entwicklungsstörungen (Auszug aus Gutachten). – Spitz, R.A. (1961): Vom Säugling zum Kleinkind. – Spitz, R.A. (1960): Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. Stuttgart. – Tager-Flusberg, H. (1981): On the nature of linguistic functioning in Early Infantile Autism. In: *J. of Aut. and developm. disord.* 11. – Tinbergen, E.A., Tinbergen, N. (1983): Autistic children, new hope for a cure. London. – Tinbergen, N. (1971): Early childhood autism, an ethological approach. – Wolfensberger-Haessig, Ch. (1982): Angstfaktorenanalyse für das Säuglings- und frühe Klein-Kindalter. In: Nissen, G.: *Psychiatrie des Kleinkind-Säuglings-Alters*. – Wing, L. (1981): Language, Social and cognitive Impairments in Autism and severe mental retardation. In: *J. of Aut. and dev. Disord.* 11, 1. – Zaslows, R.W., Breger, L. (1969): A theory and treatment of autism. In: Breger, L. (ed.): *Clinical cognitive psychology*, 246–289. – Zaslows, R.W., Menta, M. (1975): The psychology of the Z-Process: Attachment and activity San Jose. – Zaslows, R.W. (1982): Der Medusa Komplex. Die Psychopathologie der menschlichen Aggression im Rahmen der Attachment-Theorie, widerspiegelt im Medusa Mythos, dem Autismus und der Schizophrenie. In: *Z. f. Klin. Psych. Psychother.* 30.

Anschr. d. Verf.: Falk Burchard, Esmarchstr. 53, 2000 Hamburg 50.