

Hartmann, H.

## **Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie mit psychotischen Kindern**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 35 (1986) 7, S. 242-247*

urn:nbn:de:bsz-psydok-31797

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](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

## INHALT

### Aus Praxis und Forschung

<i>Bartoszyk, J., Nickel, H.:</i> Teilnahme von Vätern an Säuglingspflegekursen und ihr Betreuungsverhalten in den ersten Lebenswochen des Kindes (Father's Participation in Infant Caretaking Courses and Paternal Caretaking Behavior in the First Weeks of Life) . . . . .	254	<i>Reich, G., Bauers, B., Adam, D.:</i> Zur Familiendynamik von Scheidungen: Eine Untersuchung im mehrgenerationalen Kontext (The Family Dynamics of Divorce: an Investigation in the Multigenerational Context) . . .	42
<i>Bauers, B., Reich, G., Adam, D.:</i> Scheidungsfamilien: Die Situation der Kinder und die familientherapeutische Behandlung (The Situation of the Children and the Family Therapy in Families of Divorce) . . . . .	90	<i>Rossel, E., Steffens, W., König, R.:</i> Entwickeln adipöse Kinder eine geringere Leistungsmotivation? (Do Obese Children Develop a Low Need for Achievement?) . . . . .	164
<i>Biermann, G., Kos-Robes, M.:</i> Die Zeichentest-Batterie (The Drawing Test Battery) . . . . .	214	<i>Sarimski, K.:</i> Untersuchungen zur Entwicklung der sensorimotorischen Intelligenz bei gesunden und behinderten Kindern (Studies of Sensorimotor Development in Normal and Retarded Children) . . . . .	16
<i>Boehnke, K.:</i> Probleme der Intelligenzmessung bei Kindern mit dem HAWIK-R (Problems of the Measurement of Intelligence in Children by Means of the HAWIK-R) . . . . .	34	<i>Schechter, D.E.:</i> Bemerkungen zur Entwicklung der Kreativität (Notes on the Development of Creativity) . . .	21
<i>Dittmann, R.W., Kröning-Hammer, A.:</i> Interkulturelle Konflikte bei 10-18jährigen Mädchen türkischer Herkunft (Intercultural Conflicts in 10 to 18 Years Old Girls of Turkish Origin) . . . . .	170	<i>Schütze, Y.:</i> Der Verlauf der Geschwisterbeziehung während der ersten beiden Jahre (The Course of Sibling Relationship During the First Two Years) . . . . .	130
<i>Fischer, G.:</i> Die Beziehung des Kindes zur gegenständlichen und personalen Welt (The Child's Object-Directed and Interpersonal Relations) . . . . .	2	<i>Streeck-Fischer, A.:</i> „Rahmensetzende“ und „bündnisbildende“ therapeutische Funktionen in der klinischen Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen („Guiding“ and „Alliance Forming“ Therapeutic Functions in Clinical Psychotherapy with Children and Adolescents) . . . . .	50
<i>Göres, H.G., Göting, S.:</i> Überleitung einer Therapiegruppe mit Jugendlichen in eine Selbsthilfegruppe (Transfer of a Therapy-group for Adolescents into a Self-help-group) . . . . .	177	<i>Süssenbacher, G.:</i> Hilfreicher Dialog als strukturelles Problem: Zur Übereinstimmung von Metapher und Affekt – Erörterung am Beispiel einer Märchen-Kurztherapie von Enkopresis (Helpful Dialogue as Structural Problems: About Correspondence of Metaphor with Affection – Discussion on the Illustration of a Fairy-Tale-Brief-Treatment of Encopresis) . . . . .	137
<i>Gruen, A., Prekop, J.:</i> Das Festhalten und die Problematik der Bindung im Autismus: Theoretische Betrachtungen (Holding and Attachment in Autism: Theoretical Considerations) . . . . .	248	<i>Wiesse, J.:</i> Über die Angst in der Psychotherapie von Jugendlichen (Anxiety in the Psychotherapy of Adolescents) . . . . .	87
<i>Gutezeit, G., Marake, J., Wagner, J.:</i> Zum Einfluß des Körperidealbildes auf die Selbsteinschätzung des realen Körperbildes im Kindes- und Jugendalter (The Influence of Ideal Body Images on the Assessment of Real Body Image in Children and Juveniles) . . . . .	207	<i>Wirsching, M.:</i> Krankheit und Familie – Zur Entwicklung einer beziehungs-dynamischen Sicht in der Psychosomatik (Illness and the Family – Towards a System's Perspective in Psychosomatic Medicine) . . . . .	118
<i>Hartmann, H.:</i> Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie mit psychotischen Kindern (Attention-Interaction-Therapy with Psychotic Children) . . . . .	242		
<i>Hobrücker, B.:</i> Eine Verlaufsanalyse heilpädagogischer Probleme in kinderpsychiatrischen Langzeitbehandlungen (A Process Analysis of Problems in Special Education during Residential Child Psychiatric Treatment) . . . . .	82	<b>Pädagogik und Jugendhilfe</b>	
<i>Klosinski, G.:</i> Die Bedeutung des Vaters für die Entwicklung delinquenten Verhaltens (The Significance of the Father for the Development of delinquent Behavior) . . .	123	<i>Bourgeon, M.:</i> Beratungsarbeit mit Familien von Verfolgten aus der NS-Zeit (Experiences in Counseling with Families of Victims of the Holocaust) . . . . .	222
<i>Knölker, U.:</i> Psychotherapie bei Colitis ulcerosa in der Adoleszenz (About Psychotherapy of Colitis ulcerosa in Adolescence) . . . . .	8	<i>Hartmann, K.:</i> Das Problem der Intervention in der Rehabilitation (The Problem of Intervention in Rehabilitation) . . . . .	146
<i>Krampen, G.:</i> Zur Verarbeitung schlechter Noten bei Schülern (Stress and Coping with Grades in Schols) . .	200	<i>Hoffmeyer, O., Hils, J.:</i> Offene Spielgruppe in der Jugendpsychiatrie (Open Playgroups in Adolescent Psychiatry) . . . . .	261
<i>Ossowsky, G.:</i> Zur Anorexia nervosa im Kindes- und Jugendalter – Behandlungsplan und Katamnese (In Addition to Anorexia Nervosa in Early Adolescence – Treatment and Catamnestic Investigation) . . . . .	56	<i>Hubbertz, K.P.:</i> Prävention in ländlichen Erziehungsberatungsstellen (Prevention in Rural Welfarecentres for Familycounseling) . . . . .	96
		<i>Hüffner, U., Mayr, T.:</i> Integrative Körpertherapie – eine Integrationshilfe bei der gemeinsamen Förderung behinderter und nichtbehinderter Kinder im Kindergarten? (Integrative Body Therapy – Can it Support Integration in Joint Furthering of Handicapped and Non-Handicapped Children in Kindergarten?) . . . . .	184

Familientherapie

*Austermann, W., Reinhard, H. G.:* Ein Fürsorgegutachten als systematisch-familientherapeutische Intervention (An Expert in Child Welfare as a Systemic-Family Therapeutic Intervention) . . . . . 302

*Buchholz, M. B.:* Schachspieler, Gast vom fremden Stern, Kapitän auf dem großen Fluß, Freud und Bateson – Zur Kontroverse zwischen Psychoanalyse und Systemtheorie (Chessplayer, Guest from a distant Star, the Great River's Captain, Freud and Bateson – A Contribution to the Controversy between Psychoanalysis and Systemic Theory) . . . . . 274

*Heekerens, H. P.:* Zehn Jahre Familientherapie in Erziehungsberatungsstellen – Entwicklung und Fehlentwicklung (Ten Years Family Therapy in Child Guidance) . . . . . 294

*Müssig, R.:* Familientypologie – Ein holistisches Klassifikationsschema auf der Basis von Gestaltwahrnehmung, Humantheologie, Systemtheorie und Psychoanalyse (Family Typology – A Holistic Classification Scheme Based on Gestalt Conception, Human Ehtology, System Theory und Psychoanalytical Theory) . . . . . 283

*Rückert-Emden-Jonasch, I. u. a.:* Familientherapeuten erleben ihre Herkunftsfamilie (Family Therapists Experience Their Families of Origin) . . . . . 305

Tagungsberichte

Bericht über den 11. Internationalen Kongreß der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions . . . . . 312

Ehrungen

Hedwig Wallis zum 65. Geburtstag . . . . . 150

Buchbesprechungen

*Armstrong, L.:* Kiss Daddy Good Night. Aussprache über Inzest . . . . . 151

*Baumann, U. (Hrsg.):* Psychotherapie: Makro/Mikroperspektive . . . . . 155

*Beland, H. u. a. (Hrsg.):* Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 16 . . . . . 27

*Belz, H., Muthmann, Ch.:* Trainingskurse mit Randgruppen . . . . . 26

*Berger, E., Friedrich, H. M., Schuch, B.:* Verhaltensbeurteilung bei Kindern und Jugendlichen . . . . . 104

*Bettelheim, B.:* So können sie nicht leben . . . . . 25

*Biber, B.:* Early Education and Psychological Development . . . . . 156

*Bleidick, U. (Hrsg.):* Theorie der Behindertenpädagogik . . . . . 106

*Boczkowski, K.:* Geschlechtsanomalien des Menschen . . . . . 266

*Bös, K., Mechling, H.:* Bilder-Angst-Test für Bewegungssituationen . . . . . 106

*Brainerd, Ch. J., Pressley, M. (Hrsg.):* Basic Processes in Memory Development. Progress in Cognitive Development Research . . . . . 111

*Brakhoff, J. (Hrsg.):* Eßstörungen – ambulante und stationäre Behandlung . . . . . 108

*Brand, M.:* Erziehungsberatung im Spannungsfeld von Familie und Schule . . . . . 157

*Brandstädter, J., Gräser, H. (Hrsg.):* Entwicklungsberatung unter dem Aspekt der Lebensspanne . . . . . 192

*Briel, R., Mörsberger, H.:* Kinder brauchen Horte . . . . . 75

*Bruder-Bezzel, A., Bruder, K. J.:* Jugend: Psychologie einer Kultur . . . . . 153

*Brunner, E. J.:* Grundlagen der Familientherapie. Systematische Theorie und Methodologie . . . . . 268

*Bundschuh, K.:* Dimensionen der Förderdiagnostik bei Kindern mit Lern-, Verhaltens- und Entwicklungsproblemen . . . . . 231

*Burkhardt, H., Krech, R.:* Aggression und geistige Behinderung . . . . . 76

*Dietrich, G.:* Erziehungsvorstellungen von Eltern . . . . . 234

*Eberlein, G.:* Autogenes Training für Kinder . . . . . 318

*Eggers, Ch. (Hrsg.):* Emotionalität und Motivation im Kindes- und Jugendalter . . . . . 156

*Eichseder, W.:* Unkonzentriert – Hilfen für hyperaktive Kinder und ihre Eltern . . . . . 73

*Eiser, Ch.:* The Psychology of Childhood Illness . . . . . 318

*Fleischer-Peter, A., Scholz, U.:* Psychologie und Psychosomatik in der Kieferorthopädie . . . . . 320

*Freinet, E.:* Erziehung ohne Zwang . . . . . 25

*Frey, D., Irle, M. (Hrsg.):* Motivations- und Informationsverarbeitungstheorien . . . . . 267

*Fromm, E.:* Psychoanalyse und Religion . . . . . 155

*Fthenakis, W. E.:* Väter (Bd. I und II) . . . . . 315

*Fuchs, M.:* Funktionelle Entspannung in der Kinderpsychotherapie . . . . . 72

*Füssenich, I., Gläß, B.:* Dysgrammatismus . . . . . 191

*Göppner, H. J.:* Hilfe durch Kommunikation in Erziehung, Therapie, Beratung . . . . . 103

*Haubl, R., Peltzer, U.:* Veränderung und Sozialisation . . . . . 158

*Heil, G.:* Erziehung zur Sinnfindungshaltung – eine Antwort der Lernbehindertenpädagogik . . . . . 26

*Hennig, C., Knödler, U.:* Problemschüler – Problemfamilien . . . . . 232

*Jüttemann, G. (Hrsg.):* Die Geschichtlichkeit des Seelischen . . . . . 319

*Krähenbühl, V. u. a.:* Stieffamilien. Struktur – Entwicklung – Therapie . . . . . 267

*Kleine-Moritz, G.:* Der gegenwärtige Stand des Rechts-Links-Problems . . . . . 265

*Klicpera, Ch.:* Leistungsprofile von Kindern mit spezifischen Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten . . . . . 316

*Krech, D. u. a.:* Grundlagen der Psychologie (Bd. I-VIII) . . . . . 104

*Langenmayr, A., Prümel, U.:* Analyse biographischer Daten von Multiple Sklerose-Kranken . . . . . 92

*Liepman, D., Stiksrud, A. (Hrsg.):* Entwicklungsaufgaben und Bewältigungsprobleme in der Adoleszenz . . . . . 234

*Marx, H.:* Aufmerksamkeitsverhalten und Leseschwierigkeiten . . . . . 104

*Mehringer, A.:* Verlassene Kinder . . . . . 73

*Meyer, W. U.:* Das Konzept der eigenen Begabung . . . . . 28

<i>Morgan, S. R.</i> : Children in Crisis. A Team Approach in the Schools . . . . .	71	<i>Schulte, F. J., Spranger, J.</i> (Hrsg.): Lehrbuch der Kinderheilkunde . . . . .	317
<i>Musselwhite, C. R.</i> : Adaptive Play for special Needs Children . . . . .	317	<i>Schwabe-Höllein, M.</i> : Hintergrundanalysen zur Kinderkriminalität . . . . .	230
<i>Nickolai, W. u. a.</i> : Sozialpädagogik im Jugendstrafvollzug . . . . .	229	<i>Shepherd, M.</i> (Hrsg.): Psychiater über Psychiatrie . . . .	319
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Psychiatrie des Pubertätsalters . . . .	108	<i>Solnit, A. J. u. a.</i> (Hrsg.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 39) . . . . .	110
<i>Oswald, G., Müllensiefen, D.</i> : Psycho-soziale Familienberatung . . . . .	190	<i>Spreen, O. u. a.</i> (Hrsg.): Human-Developmental Neuropsychology . . . . .	27
<i>Páramo-Ortega, R.</i> : Das Unbehagen an der Kultur . . . .	109	<i>Stein, A., Stein, H.</i> : Kreativität. Psychoanalytische und philosophische Aspekte . . . . .	233
<i>Perrez, M. u. a.</i> : Erziehungspsychologische Beratung und Intervention . . . . .	229	<i>Textor, M. E.</i> : Integrative Familientherapie . . . . .	317
<i>Petermann, F.</i> : Psychologie des Vertrauens . . . . .	266	<i>Thommen, B.</i> : Alltagspsychologie von Lehrern über verhaltensauffällige Schüler . . . . .	191
<i>Petermann, U.</i> : Kinder und Jugendliche besser verstehen .	102	<i>Tobler, R., Grond, J.</i> (Hrsg.): Früherkennung und Früherziehung behinderter Kinder . . . . .	103
<i>Quitmann, H.</i> : Humanistische Psychologie . . . . .	108	<i>Wiedl, K. H.</i> (Hrsg.): Rehabilitationspsychologie: Grundlagen, Aufgabenfelder, Entwicklungsperspektiven . . .	314
<i>Rahn, H.</i> : Talente finden – Talente fördern . . . . .	74	<i>Wiegand, B.</i> : Ich habe mich nicht gemalt, weil ich nicht zur Familie gehöre – eine Kindertherapie . . . . .	193
<i>Remschmidt, H., Schmidt, M. H.</i> (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis (Bd. II) . . . . .	235	<i>Ylvisaker, M.</i> (Hrsg.): Head Injury Rehabilitation: Children and Adolescents . . . . .	110
<i>Remschmidt, H., Schmidt, M. H.</i> (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis (Bd. III) . . . . .	268		
<i>Remschmidt, H., Schmidt, M. H.</i> (Hrsg.): Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie . . . . .	320	<b>Autoren der Hefte:</b> 24, 64, 102, 150, 189, 228, 265, 314	
<i>Riedl, I.</i> : Tabu im Märchen . . . . .	265	<b>Diskussion/Leserbriefe:</b> 24, 64	
<i>Rotthaus, W.</i> (Hrsg.): Psychotherapie mit Jugendlichen .	232	<b>Tagungskalender:</b> 29, 77, 112, 159, 193, 236, 269, 321	
<i>Rudnick, M.</i> : Behinderte im Nationalsozialismus . . . .	235	<b>Mitteilungen:</b> 30, 78, 112, 160, 194, 237, 270, 322	
<i>Rudolf, G. A., Tölle, R.</i> (Hrsg.): Prävention in der Psychiatrie . . . . .	111		
<i>Sedlmayr-Länger, E.</i> : Klassifikation von Klinischen Ängsten . . . . .	105		
<i>Scherer, K. R. u. a.</i> : Die Streßreaktion – Physiologie und Verhalten . . . . .	231		
<i>Schmidt, H. D., Schneeweiß, B.</i> (Hrsg.): Schritt um Schritt. Die Entwicklung des Kindes bis ins 7. Lebensjahr . . .	316		

Aus dem Westfälischen Landeskrankenhaus in der Haard – Fachkrankenhaus für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Leiter: Prof. Dr. E. Machetanz), dem Fachbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie der Rheinischen Landesklinik Viersen (Abt.-Ärzte: Dr. Rotthaus, S. Bley, Dr. Hartmann) und dem Institut für Autismusforschung Münster e. V. (Vorsitzender: Prof. Dr. H. E. Kehler)

## **Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie mit psychotischen Kindern**

Von H. Hartmann

### **Zusammenfassung**

Die Arbeit beschreibt die „Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie“. Diese Therapie hat das Ziel, Interaktionen mit psychotischen und kommunikationsgestörten Menschen in Gang zu bringen und den Austausch mit ihnen zu verbessern. Dazu werden bekannte Therapieelemente, wie das Spiegeln der Verhaltensweisen des Gegenübers oder neue Elemente, wie das Unterbrechen und Warten und der Wechsel der Sprachebenen, benutzt. Der Therapeut läßt sich dabei von den Aufmerksamkeitsreaktionen des Patienten leiten. So lassen sich erstmals symmetrische Interaktionen in Gang bringen und längerfristig Besserungen und Entwicklungsbeschleunigungen bei autistischen Kindern und solchen mit verwandten Störungen erreichen. Das zeigen Katamnestiche Beobachtungen und eine kontrollierte Einzelfalluntersuchung. Die theoretische Basis für die therapeutischen Interaktionen bildet die „Zwei-System-Theorie“. Diese Theorie beschreibt modellhaft die Steuerung der Abstimmung zwischen Wahrnehmungs- und Handlungs-Gedächtnis-Prozessen durch die sich während der Verarbeitung verändernde „Neuheits-Bekanntheits-Relation“ von Informationsmaterial bzw. Botschaften des Gegenüber. Es wird angenommen, daß symmetrische Interaktionen in besonderem Maße geeignet sind, diese Steuerungsprozesse zu stabilisieren und zu verbessern. Eine Beeinträchtigung dieser hypothetischen Steuerungsprozesse wird als wesentlich für die Entwicklung psychotischer Symptomatik angesehen.

### **1 Einleitung**

In dieser Arbeit soll eine neue Therapieform vorgestellt werden, die der Kommunikation mit psychotischen, insbesondere autistischen Kindern und Jugendlichen neue Möglichkeiten eröffnet hat. Der Therapie liegt ein informationstheoretisch-kybernetisches Störungsmodell zugrunde (Hartmann und Rohmann 1984 a, b). Als Ort der Störung wird die Stelle angesehen, an der die automatische und die willkürliche Steuerung der Verknüpfung

von Wahrnehmungsinhalten mit Gedächtnisinhalten und Handlungsprogrammen geschieht. Jedes Gelingen einer Interaktion zwischen Personen hat nach dieser Vorstellung ein Gelingen dieser Steuerprozesse zur Voraussetzung und ein besseres Gelingen künftiger Steuerprozesse zur Folge. Anders ausgedrückt bedeutet das: Jede gelungene Interaktion oder Kommunikation mit einem psychotischen Patienten hat, relativ unabhängig vom Inhalt, einen therapeutischen Effekt. Die Interaktionsregeln der Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie (AIT) beantworten deshalb nicht die Frage was oder worüber soll ich mich mit dem psychotischen Gegenüber austauschen, sondern auf welche Weise und mit welchen Mitteln kann ich mit ihm kommunizieren.

### **2 Definition der AIT**

Die AIT ist eine Basis-Therapie, d.h. ihr Ziel ist die Veränderung einer hypothetischen Basis-Störung. Sie zielt deshalb nicht auf die Veränderung eines einzelnen Symptoms, sondern auf die Veränderung einer Gruppe von Symptomen, die das jeweilige psychotische Krankheitsbild definieren oder mit ihm in Zusammenhang stehen. Die AIT benutzt spezielle verbale und/oder nicht-verbale Mittel, um Kommunikation zu ermöglichen, aufrechtzuerhalten und zu verbessern. Dazu handelt der Therapeut entsprechend einer Gruppe von Interaktionsregeln, die ermöglichen, eine Interaktion in Gang zu bringen, d.h. einen Interaktionskreis zu schließen oder die Unterbrechung von Interaktionen zu benutzen, um sie auf einem komplexeren Niveau zu provozieren. Auch ein Wechsel der „Sprachebenen“ kann für die Erhöhung (oder zeitweilige Reduzierung) der Komplexität der Interaktion eingesetzt werden. Höhere Komplexität, also ein größerer Informationswert ist dann gegeben, wenn die Anzahl der gleichzeitig übermittelten Zeichen (Benutzung mehrerer Kommunikationskanäle) und/oder die Anzahl der nacheinander verwendeten unterschiedlichen Zeichen (besonders die Worte unserer Sprache) erhöht ist.

Vandenhoeck & Ruprecht (1986)

Aufgabe der AIT ist es, ein formales Gleichgewicht der wechselseitig ausgetauschten Informationen zu erreichen. Dazu ist es notwendig, daß der Therapeut die Komplexität seiner Information an das Ausmaß der Komplexität der Information des Patienten angleicht. Das Verhalten des Therapeuten und des Patienten sollen aufeinander bezogen, die Interaktion symmetrisch sein, die Steuerung der Interaktion wechselseitig.

Für die Anwendung der einzelnen, z.T. gegensätzlichen Interaktionsregeln der AIT und die Generierung weiterer Interaktionsregeln gibt es übergeordnete Meta-Regeln:

- Meta-Regel A: Durch Beobachtung und Befragung feststellen, welche Interaktionen mit Dingen oder Personen spontan begonnen werden.
- Meta-Regel B: Die einzelnen Interaktionsregeln bzw. Interaktionsangebote durch Ausprobieren auf allen Sinneskanälen daraufhin prüfen, bei welchem Interaktionsangebot eine Aufmerksamkeitsreaktion wie z.B. Lächeln, Blickkontakt oder Lautäußerung erfolgen.
- Meta-Regel C: Die Reihenfolge der Anwendung der unterschiedlichen Interaktionsformen und -regeln soll mit denen auf dem niedrigsten Interaktionsniveau beginnen (ohne Wort-Sprache) und das aktuelle Erregungsniveau des Patienten berücksichtigen (bei hoher Erregung Maßnahmen zur Reduzierung, bei niedrigem Erregungsniveau Maßnahmen zur Aktivierung).
- Meta-Regel D: Einbeziehung von Bezugspersonen in den therapeutischen Umgang mit dem Patienten mit dem Ziel, die Interaktionsmuster zwischen Patient und Bezugspersonen zu verändern. Dazu gehört, das Spektrum der Kommunikationsmittel im Umgang mit dem Patienten für die Bezugspersonen zu verbreitern.
- Meta-Regel E: Erweiterung der kommunikativen Möglichkeiten zwischen Patient, Bezugspersonen und Therapeut durch Beobachten und Aufgreifen neuer Verhaltensweisen und Ideen vom Patienten, den Bezugspersonen oder dem Therapeut mit dem Ziel, neue, individuell abgestimmte Interaktionsmuster für den Patienten aufzubauen.
- Meta-Regel F: Kommunikation geht vor Übung (Forderung) - Übungssituationen immer erst nach Aufbau einer kommunikativen Basis.

### 3 Beschreibungen und Begründungen der Interaktionsregeln

#### *Spiegeln:*

Imitieren und Begleiten aller Verhaltensweisen und Äußerungsweisen (außer Sprache in Mehrwortsätzen). Damit wird ein Interaktionsmuster vom Therapeuten geschaffen, dem sich der Patient nicht entziehen kann. Informationstheoretisch gesehen wird im Extremfall des „spiegelbildlichen Spiegels“ Interaktion begonnen und aufrechterhalten, bei der kein Informationsaustausch mehr stattfindet. Das ermöglicht aber auch das Informationsangebot in der Interaktion immer wieder zu reduzieren. Durch Variation der gespiegelten Elemente kann die Komplexität, aber auch der Betonung der Unter-

schiedlichkeit zwischen „Sender“ und „Empfänger“ kann durch Spiegeln auf einer verfremdenden Ebene (z.B. Musik) erreicht werden.

#### *Warten:*

Warten bis der Partner von sich aus den Interaktionskreis schließt, d.h. eine Aufmerksamkeitsreaktion in Richtung auf den Therapeuten zeigt. Warten heißt, daß der Therapeut nach dem Unterbrechen von Interaktionen durch den Partner diesem Gelegenheit gibt, an derselben Stelle fortzufahren, an der der Interaktionsfaden bzw. Handlungsfilm gerissen war. Das Unterbrechen kann auch vom Therapeuten initiiert werden, wenn die Interaktionshandlungen oder kommunikativen Äußerungen des Patienten für den Therapeuten nicht mehr verständlich sind oder unter das vorangegangene Komplexitätsniveau der Kommunikation gefallen sind.

#### *Einschalten in den Umgang mit Dingen und späteres Unterbrechen:*

Einschalten in nicht-personen-bezogene Aktionen. Der Therapeut macht sich zum Zwischenglied einer primär nichtsozialen Verhaltenskette. Diese Kette kann er solange unterbrechen, bis eine Aufmerksamkeitsreaktion stattgefunden hat oder ein komplexeres Kommunikationsmuster benutzt wurde. Das Einschalten macht aus einer Handlung eine Interaktion und die Unterbrechung erfordert eine Auseinandersetzung mit der neuen Situation und der unterbrechenden Person.

#### *Anregen zu nichtsozialen Aktionen:*

Ausprobieren von nichtsozialen Reiz-Situationen auf allen Sinneskanälen, die das Interesse des Patienten wecken könnten. Das können auch durch den Therapeuten verursachte Bewegungen (Schaukeln des Patienten) sein, die anfangs als isolierter Reiz und nicht als Interaktion behandelt werden. Das hat den Zweck, die Informationsverarbeitung des Patienten auf Dinge in der Umwelt zu richten, die später in Interaktionen eingebaut werden können.

#### *Indirektes Angebot interessanter Aktions- oder Interaktionsmuster:*

Durchführen von Aktionen, die für den Patienten interessant sein könnten, ohne daß er dabei beachtet wird. Das können auch Interaktionen zwischen Therapeut und Bezugsperson sein. Dabei gilt es einmal, die Neugier zu wecken (Aktivierung der Wahrnehmungsfunktion) und es dem Patienten zu überlassen, seinen Weg der Annäherung und Teilnahme und den richtigen Zeitpunkt dafür zu finden (Aktivierung der übergeordneten Steuerungsfunktion und Verknüpfung mit der Gedächtnis-Handlungsfunktion).

#### *Beschleunigen oder Verlangsamen von Aktionen und Interaktionen:*

Verändern des Rhythmus von Aktions- und Interaktionsabläufen, um diese auf den aktuellen Rhythmus der Informationsverarbeitung des Patienten einzustimmen.

#### *Variation der räumlichen Distanz zum Patienten:*

Ausprobieren, in welcher Entfernung vom Patienten dieser am ehesten eine Aufmerksamkeitsreaktion zeigt. Das kann sowohl in größerer und auch in kleinerer Entfernung, als den üblichen Distanzen der Fall sein. Langsames Entfernen kann eine Form der Einleitung von „Warten“ sein. Neben anderen Aspekten bedeutet Nähe eine Verkleinerung des Wahrnehmungsfeldes und eine geringere Trennung der Sender- und Empfängerposition.

#### *Variation der Sprach-Ebenen:*

Verbreiterung des Spektrums der Kommunikationsmittel in Richtung auf Körper- bzw. Gestensprache und affektiv getönte Laute („Urlaute“) in spiegelnd variierender Weise. Bei diesen Sprachformen entsprechen sich Wahrnehmungs- und Bedeutungsgestalt direkt. Dadurch ist die Komplexität der „internen Interaktionen“ mit Gedächtnis- und Handlungsfunktionen geringer. Demgegenüber sind es bei der Symbolsprache gelernte Verknüpfungen zwischen Wahrnehmungsinhalt und Sprach-Symbol, wobei für diese Lernprozesse funktionierende „vorsprachliche Interaktionsmuster“ wahrscheinlich wesentliche Voraussetzung sind. Plötzliche Wechsel innerhalb einer laufenden Interaktion von der Laut- und Gestenebene zur Wort-Sprache können die Benutzung der Symbol-Sprache beim Patienten auslösen und Erregungszustände (Wahrnehmungs- und Affektebene) reduzieren.

#### *Gesprochene Sprache als Mittel der Interaktionssteuerung:*

Gesprochene Symbolsprache kann als direktes Mittel der Interaktionssteuerung („sag, schau, gib, warte“ usw.) eingesetzt werden, wobei jedoch die Gefahr der Blockierung von Selbststeuerungsprozessen besteht und sich asymmetrische Interaktionsversuche aufschaukeln können. Eine Anknüpfung an den aktuellen Informationsverarbeitungsfluß des Gegenübers ermöglicht z.B. plötzliches Schweigen (wenn die Sprache und die Sprachinhalte des Partners nicht mehr auf die des Therapeuten bezogen sind) oder die Ankündigung: „Ich werde solange warten, bis Du wieder verständlich sprichst.“ Eine Möglichkeit aus nichtkommunikativen oder negativistischen Aktionen des Patienten eine Interaktion herzustellen ist, ihn zu seinen laufenden Aktionen aufzufordern (paradoxe Intervention) oder in normaler Sprache oder auch singend seine Aktionen zu beschreiben (Spiegeln auf verfremdeter Ebene). Wenn Interaktion auf sprachlicher Ebene möglich geworden ist, können interaktionssteuernde Regeln vermittelt werden, an die durch Gesten (bei fehlender Anwendung dieser Regeln in entsprechenden Situationen) erinnert wird. Das kann zur Verbesserung oder zum Aufbau innerer Sprache beitragen. Um bestimmte sprachliche Interaktionsmuster zu zeigen und dazu anzuregen, kann es notwendig sein, mit einer weiteren Person Modell-Interaktionen zu demonstrieren.

#### **4 Beispiele für die Anwendung der Interaktionsregeln der AIT**

Während die vorangegangenen definierenden Beschreibungen eine mehr formale Sprache benutzen, soll in diesem Abschnitt eine mehr bildhafte oder bilderbogenartige Beschreibungssprache benutzt werden (auch wissenschaftliche Arbeiten brauchen Wechsel der Sprachebenen, um den Kommunikationspartner zu erreichen).

Wenn ich ein regungslos-autistisches Kind vor mir habe, nehme ich seine Stellung ein, beobachte seinen Atemrhythmus und beginne den Rhythmus meiner Atmung auf den des Kindes einzustimmen. Sobald mich das Kind kurz angeschaut hat, beginne ich, den Atemrhythmus und/oder meine Haltung etwas zu verändern. Einen Patienten, der unruhig hin- und herläuft, kann ich begleiten und wie er mit der Hand an der Wand entlangstreifen und sein hastiges Atmen mitmachen. Auf plötzliches Schreien kann ich mit leiserem Schreien und verzögertem Schrei-Tempo antworten und so Verständnis und Beruhigen signalisieren. Zu einem späteren Zeitpunkt oder auch, wenn meine Interaktionsangebote nicht beantwortet werden konnten, werde ich zum Rhythmus des Atmens oder Umhergehens des Patienten summen oder trommeln oder auf der Melodika begleiten. Dabei überlege ich, wie ich an seine momentanen Impulse anknüpfen kann, wobei der Ernst der Situation oder das Lustigsein von meinem Gegenüber bestimmt werden.

Ganz anders verhalte ich mich, wenn ich auf die Aufmerksamkeit meines Patienten warte. Es ist besonders bei autistischen Kindern nur dann erfolgversprechend, wenn ich vorher eine Interaktion in Gang gebracht habe. Viele autistische Kinder mögen es, geschaukelt oder gedreht zu werden. Wenn ich ein Kind auf dem Arm schaukele, und es lacht vor sich hin, ohne mich anzuschauen, kann ich dieses Schaukeln unterbrechen und solange warten, bis das Kind mich angeschaut hat. Oft kommt es vor, daß die Kinder in dieser Situation dann immer häufiger Blickkontakt aufnehmen. Warten kann auch bedeuten, in Gegenwart eines ziellos-unruhigen autistischen Kindes reglos und stumm aus dem Fenster zu sehen, um dann erstaunt zu registrieren, daß dieses Kind ruhiger wird und beginnt, sich mit Spielzeug zu beschäftigen. Im Gespräch mit einem intelligenten autistischen Jugendlichen werde ich warten weiterzusprechen, wenn dieser beginnt, unaufmerksam und unverständlich zu werden. Im Umgang mit einem katatonen Jugendlichen, dem ich gesagt habe, daß ich seine Bewegungen imitieren werde, werde ich solange warten, bis er eine Bewegung gezeigt hat, die ich nachahmen kann.

Schon diese wenigen Beispiele zeigen, wie flexibel die Anwendung der Interaktionsregeln der AIT gehandhabt werden muß und wie diese Regeln miteinander verflochten sind.

## 5 Ergebnisse

Bei der Darstellung müssen 3 Dinge berücksichtigt werden. Einmal die Unterscheidung zwischen momentanem Erfolg bei der Anbahnung oder Verbesserung einer aktuellen Kommunikation, dann die Stabilität dieses neuen Interaktions-Musters über einen längeren Zeitraum und zum anderen die Verbesserung in Bereichen, die nicht direkt Teil der therapeutischen Interaktionen waren. Die letztgenannten Verbesserungen müssen gefordert werden, wenn von einer Basis-Therapie gesprochen wird („Fortschritt ist Fortschritt, der weiteren Fortschritt ermöglicht“). Eine erste Anwendung der Interaktionsregeln „unterbrechen“, „warten“ und „imitieren“ (von Lauten der Kinder) wurde in Kombination mit Verhaltenstherapie in den Jahren 1980 – 82 bei der ambulanten Behandlung von Kindern mit einem frühkindlichen Autismus oder einer atypischen massiven Entwicklungsstörung überprüft. 20 Kinder wurden jeweils mehrmals in Abständen von 6 Wochen mit unterschiedlicher Gesamthäufigkeit vorgestellt. Die Interaktionsmuster zwischen Kind und Eltern wurden mit einer von den Eltern gewünschten Zielrichtung verändert. Die Veränderungen innerhalb von 6 Wochen wurden registriert. Bei mehr als der Hälfte der Kinder wurden in mehr als 50% der 6wöchigen Vorstellungen Veränderungen in der gewünschten Richtung von den Eltern angegeben oder mit Hilfe einer Strichliste dokumentiert. Alle Kinder, die mehr als 6mal vorgestellt wurden, zeigten eine signifikant häufigere Generalisierung von erwünschten Verhaltensweisen auf Situationen außerhalb der therapeutischen Interaktions-Situation.

Seit März 1985 werden in dreiwöchigen Mutter-Kind-Intensivtherapien Kinder mit frühkindlichem Autismus und verwandten Störungen therapiert. Dabei wurden die Kinder entweder nur mit der AIT oder in Kombination mit der modifizierten Festhaltetherapie oder der verwandten körperzentrierten Interaktion behandelt (Rohmann, Hartmann 1985 a, b). Für eine erste Therapiekontrolle wurden 23 Bereiche definiert, für die Veränderungseinschätzungen durch Therapeut und Mutter vorgenommen wurden (Verbesserung, keine Änderung, Verschlechterung). 1 bis 5 Monate nach der Entlassung (im Mittel 3,3 Monate) wurden die Eltern telefonisch erneut nach Änderungen in den 23 Bereichen gefragt. Die 23 Bereiche betreffen das Kontaktverhalten, die Sprache, die Selbständigkeit, aggressives, autoaggressives und negativistisches Verhalten, Zwänge und Stereotypen, die Bevorzugung der Nahsinne und das Spielverhalten. Von 21 Patienten wurden 10 nur mit der AIT und 11 mit der AIT in Kombination mit der modifizierten Festhaltetherapie (MFT) oder der körperzentrierten Interaktion (KI) behandelt. Die Abbildung 1 gibt jeweils das Mittel der Anzahl von Bereichen wieder, in denen Veränderungen angegeben worden waren.

Unter den 21 Patienten waren 10 mit einem frühkindlichen Autismus (meist verbunden mit einer geistigen Behinderung), 9 Patienten mit einer atypischen massiven Entwicklungsstörung, 1 Patient mit einer Residualform

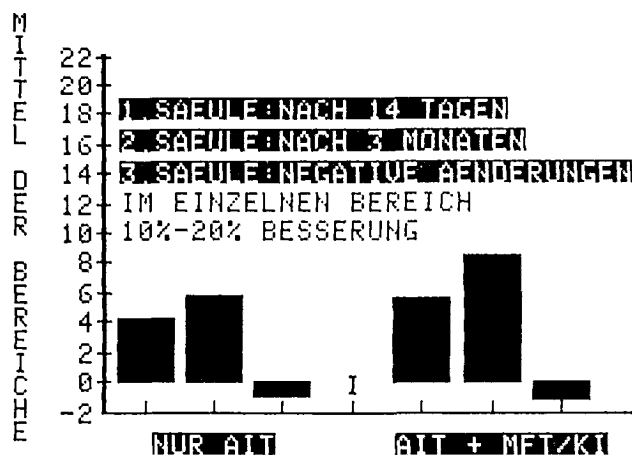


Abb. 1: Therapieerfolg aus 23 Bereichen

eines frühkindlichen Autismus und ein Junge mit einer schizophrenen Störung (paranoide Verlaufsform). Bei dem letztgenannten Jungen hatte die Erkrankung im 6. Lebensjahr nach dem Schuleintritt begonnen und unter der Behandlung mit Haldol nur eine leichte Besserung gezeigt. Im 8. Lebensjahr wurde der Patient mit seiner Mutter aufgenommen. Nach der Rückkehr nach Hause (am Ende einer 14tägigen stationären Behandlung) schätzte der Vater, der nicht an der Therapie teilgenommen hatte, die Besserung seines Sohnes auf 30% (Abnahme von Schreien und Aggressionen, verbesserte Lern- und Spielfähigkeit). 6 Monate nach der Entlassung schätzte der Vater die Besserung auf 50%. Die bisherige Darstellung kann noch nicht als ein streng kontrollierter Nachweis der Wirksamkeit der AIT gelten. Das folgende Beispiel zeigt den Einfluß der AIT auf die Häufigkeit von Stereotypen (Klopfen, Wedeln) bei einem 10jährigen Mädchen mit einer atypischen massiven Entwicklungsstörung und einer geistigen Behinderung. Die Abbildung 2 gibt die Häufigkeiten der Stereotypen wieder, die jeweils an 2 fünfzehnminütigen Beobachtungen pro Wochentag gezählt wurden. Die Kurve stellt den Häufigkeitsverlauf für die pro Woche addierten Registrierungen dar. In den ersten 3 Wochen erfolgte keine spezifische Therapie (base-line).

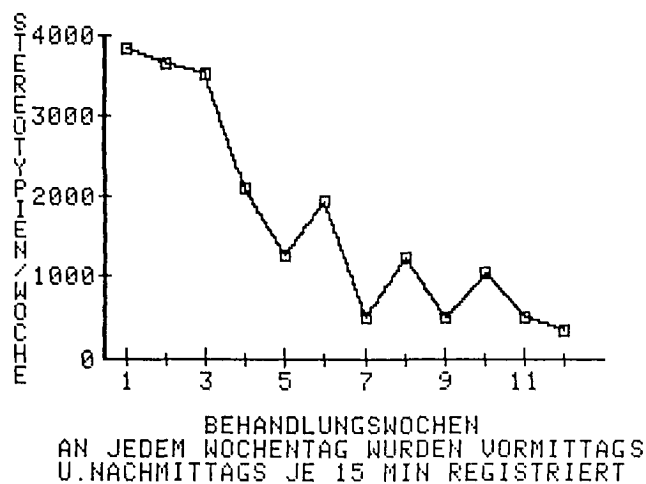


Abb. 2: Häufigkeit von Stereotypen bei einer 10jährigen Patientin



6 Diskussion

Die beschriebenen therapeutischen Interaktionen und ihre Wirkungen sind teilweise vergleichbar mit den Erfahrungen anderer Autoren, die einzelne Elemente der Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie benutzt haben. Schon *Asperger* (1964) hat erfolgreich autistische Kinder „gespiegelt“ und begleitet. *Tiegerman/Primavera* (1981) imitierten unter experimentellen Bedingungen diese Kinder bei ihrem Umgang mit Spielzeug. Es zeigte sich über mehrere Wochen hinweg eine Zunahme von Häufigkeit und Dauer des Blickkontaktes. Das Ausmaß der Zunahme war größer, wenn nicht nur das gleiche Spielzeug benutzt, sondern auch die gleichen Bewegungen damit ausgeführt wurden. *Mall* (1984) benutzt im Umgang mit geistigbehinderten oder autistischen Jugendlichen und Erwachsenen innerhalb seiner „basalen Kommunikation“ das Spiegeln des Atemrhythmus, des Ausdruckverhaltens und des gemeinsamen Bewegens. Ob auch Schreien oder aggressive Verhaltensweisen, also Abwehrreaktionen, gespiegelt werden und ob das Warten im Umgang mit den autistischen Jugendlichen benutzt wird, geht aus der Veröffentlichung nicht hervor. *Wurst* und Mitarbeiter (1984) demonstrierten anhand einer Falldarstellung die Bedeutung der Veränderung von Interaktionsmustern innerhalb einer verhaltenstherapeutisch orientierten Mutter-Kind-Therapie. Seit vielen Jahren hat *Scharfetter* (1979) positive Erfahrungen mit dem Spiegeln des Atemrhythmus erregter Patienten mit schizophrener Störung gemacht. Er betont die Notwendigkeit der Kommunikation mit Hilfe des Körpers, um kognitive und körperliche Prozesse wieder ins Gleichgewicht zu bringen.

Zur Interpretation sollen 2 Konzepte oder Betrachtungsweisen herangezogen werden. Die eine Betrachtungsweise beschreibt modellhaft die Steuerung von Informationsverarbeitungsprozessen und deren Beziehung zu Interaktionsabläufen und die andere Sichtweise betrifft ethologisch-entwicklungspsychologische Untersuchungen der Interaktionsmuster zwischen Eltern und ihren Säuglingen.

Bei psychotischen Störungen, wie dem frühkindlichen Autismus, wird als Basis-Defekt eine Insuffizienz einer Steuerungsfunktion angenommen, die für die Abstimmung von Wahrnehmungsprozessen auf der einen und Speicherungs- und Handlungsprozessen auf der anderen Seite verantwortlich ist. Ähnliche Vorstellungen haben u.a. *Frith* (1983) für den frühkindlichen Autismus und *Kukla* (1980) für die schizophrene Störung als Störungsmodell beschrieben. Unsere Modellvorstellung enthält zusätzlich spezifische Aussagen über diese Steuerungsfunktion. Entsprechend der „Zwei-System-Theorie“ (*Hartmann Rohmann*, 1984 a, b) stehen die Funktionen der Wahrnehmung und die der Speicherung und/oder Handlung in einer Beziehung der gegenseitigen Bahnung und Hemmung. Eine zusätzliche wichtige Aussage ist die, daß das Wechselspiel und das Gleichgewicht zwischen den beiden Funktionen durch die Neuheits-Bekanntheits-Relation des Informationsmaterials und durch die Veränderung dieser Relation während des Ver-

arbeitungsprozesses gesteuert wird. Durch die Vorstellung der gegenseitigen Bahnung und Hemmung von Wahrnehmungs-Neuheits-Prozessen und Speicherungs-Handlungs-Bekanntheits-Prozessen lassen sich psychotische Phänomene als Enthemmungs- und als desintegrative Entkoppelungszustände interpretieren. Besondere Leistungen in Einzelbereichen, wie sie für erwachsene psychotische Menschen und für autistische Kinder und Jugendliche beschrieben wurden, können so als Enthemmung der sonst durch Steuerung stärker miteinander gekoppelten Funktionsbereiche verstanden werden. Im Zusammenhang mit den Wahrnehmungsfunktionen werden solche Eigenschaften gesehen wie Öffnung nach außen, unvoreingenommenes Suchen, Erweitern von Kategorien und Klassen, Analogienbilden und anderes mehr. Mit den Speicherungs-Handlungs-Funktionen werden solche Eigenschaften in Verbindung gebracht, wie Informationseinengung, Verkleinerung von Kategorien und Klassen, Auswahl von Handlungsprogrammen, zeitlich-logisches Strukturieren u.a. Bei jedem informationsverarbeitenden Prozeß, insbesondere bei jedem kommunikativen Prozeß, müssen nach der Modellvorstellung bei beiden Kommunikationspartnern die inneren Systeme informationsangemessen gesteuert und abgestimmt werden, um den Partner verstehen und um sich für den Partner verständlich ausdrücken zu können. Andererseits kann jede gelungene Kommunikation als ein symmetrischer Informationsaustausch zwischen den beiden kommunizierenden Personen und als eine gelungene „innere Kommunikation“ zwischen Wahrnehmungs-Neuheits-Prozessen und Handlungs-Bekanntheits-Prozessen innerhalb beider Personen angesehen werden.

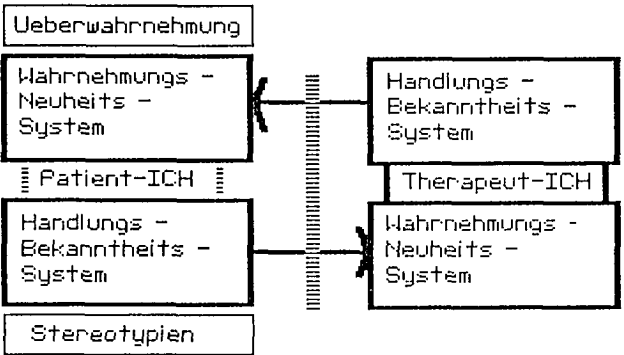


Abb. 3: Angriffsort der Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie

Mit Symmetrie wird hier nicht die Beziehungs-Struktur im Sinne von *Watzlawick* und Mitarbeitern (1974) gemeint, sondern die „Sender-Zeichen und Zeichen-Empfänger-Relation“ betrachtet. Während *Watzlawick* und seine Mitarbeiter die systemische Betrachtungsweise auf die Kommunikation zwischen Personen unter dem Aspekt der Beziehung dieser Personen anwenden, wird in dieser Arbeit die systemische Betrachtungsweise auf den Bereich der internen Informationsverarbeitung oder der „inneren Kommunikation“ erweitert und die „Basisstörung“ in der erkrankten Person und nicht in seiner Familie lokalisiert. Auch aufgrund eigener familienthera-

peutischer Erfahrungen steht jedoch außer Zweifel, daß zwischen „inneren“ und „äußeren“ Systemen Wechselwirkungen bestehen, deren Betrachtung von außerordentlicher Bedeutung ist. Eigene Erfahrungen zeigten, daß paradoxe Handlungsaufforderungen bei negativistischen und zwanghaften Verhaltensweisen von geistigbehinderten Patienten mit minimalem Sprachverständnis zur Unterbrechung der unerwünschten Verhaltensweisen führten. Es fällt hier schwer, das komplexe Modell der therapeutischen Doppelbindung zur Erklärung heranzuziehen. Auf der Ebene der Informationsverarbeitung lautet die Interpretation: Die Aufforderung zur gezeigten Verhaltensweise ermöglicht ein Anknüpfen des Therapeuten an den momentan sich abspielenden Verarbeitungsinhalt des Patienten und damit eine Aktivierung seiner Wahrnehmungsfunktionen sowie eine kurzfristige Hemmung der unerwünschten Handlungsmuster.

In der Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie werden u.a. Interaktionsmuster benutzt, wie sie zwischen Säuglingen und ihren Eltern beobachtbar sind (wechselseitiges Imitieren). Dabei steuern die Eltern, ohne sich dessen bewußt zu sein, den Aufmerksamkeitsrhythmus und das Interaktionsverhalten des Kindes (*Papousek/Papousek* 1977). Wie die letztgenannten Autoren zeigten, können 4 Monate alte Säuglinge unabhängig von sozialer Interaktion lernen, durch bestimmte Kopfbewegungsmuster Lichtsignale einzuschalten. Sie entwickeln dabei eine „innere Motivation“. Ein Lernen am Erfolg ist aber innerhalb einer Eltern-Kind-Interaktion leichter zu ermöglichen als in einer unbelebten Umgebung. Die Steuerung affektiver Prozesse durch entsprechende Interaktionen wurde deutlich, als sich Mütter einmal mit und einmal ohne „Abschiedszeremoniell“ vom Kind trennten. Nach mehreren Trennungen ohne Zeremoniell reagierten die Säuglinge mit Abwendung und Unruhe, wenn die Mütter wieder erschienen. Die Beziehungen zwischen Mutter und Säugling erholten sich jedoch rasch. Inwieweit die Eltern autistischer Kinder verlernen, mit ihren Kindern symmetrische und befriedigende Interaktionen aufzubauen, weil sie von ihren Kindern keine angemessenen „Rückmeldungen“ bekommen, ist eine Frage von besonderer Wichtigkeit. Auch die Wirkungsweise des in der Verhaltenstherapie mit Erfolg eingesetzten „time-out“ kann möglicherweise mit einem informationstheoretisch-ethologischen Modell besser erklärt und noch erfolgreicher eingesetzt werden.

### Summary

#### *Attention-Interaction-Therapy with Psychotic Children*

This paper presents the „Attention-Interaction-Therapy“. The aim of the therapy is to start interactions with psychotic persons and those who show deficiencies in their ability to communicate and furthermore to improve the exchange of information with them. For this, well-known therapy elements are used, such as imitating the behavior of the counterpart or new elements, such as in-

terrupting and waiting or changing the speech level. Thereby the therapist is guided by the signals of attention of the patient. So for the first time symmetric interactions can be started and lasting improvements and accelerations in the development of autistic children and those with related diseases can be reached. This is shown by a follow-up-study and a controlled single-case-study. The theoretical basis for the therapeutical interactions is the „Two-System-Theorie“. This theory describes a model of control of coordination between perception and processes of storing and acting through the „Newness-Redundancy-Relation“ of information material or messages of the counterpart, which changes during the information processes. Symmetric interactions are considered to be especially useful to stabilize and improve these control processes. An impairment of these hypothetical control processes is regarded as fundamental for the development of psychotic disturbances.

### Literatur

- Asperger, H.* (1964): Diagnostische und heilpädagogische Probleme bei autistischen Kinder. Mschr. f. Kinderheilk., 112, 206-208. – *Frith, U.* (1984): Psychological abnormalities in early childhood psychoses. In: *Wing, J.* (Ed.): Handbook of Psychiatric, Vol IV. Cambridge Univ. Press – *Hartmann H./Rohmann, U. H.* (1984a): Eine Zwei-System-Theorie der Informationsverarbeitung und ihre Bedeutung für das autistische Syndrom und andere Psychosen. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat., 33, 272-281. – *Hartmann, H./Rohmann, U. H.* (1984b): Die Zwei-System-Theorie, ein neues Modell normaler und psychotischer Informationsverarbeitungsprozesse. In: *Rothschuh, K. E. u. Toellner, R.* (Ed.): Konzepte der Krankheitsentstehung. Münsterische Beiträge zur Geschichte und Theorie der Medizin Nr. 22, 83-106 Tecklenburg Burgverlag. – *Kukla, F.* (1980): Kognitive Störungen bei Schizophrenen – ihre experimental-psychologische Untersuchung u. Erklärung im Rahmen des Konzeptes kognitiver Informationsverarbeitung. Psychiat. Neurol. u. med. Psychol., 32, 385-398. – *Mall, E.* (1984): Basale Kommunikation – ein Weg zum andern. Geistige Behinderung, 1, 1-16. – *Papousek, H. zu. Papouek, M.* (1977): Die Entwicklung kognitiver Funktionen im Säuglingsalter. Kinderarzt, 8, 1071-1077, 1187-1190. – *Rohmann, u. H./Hartmann, H./Kehrer, H. E.* (1984): Erste Ergebnisse einer modifizierten Form der Festhaltetherapie Autismus, 17, 10-13. – *Rohmann, U. H.; Hartmann, H.* (1985): Modifizierte Festhaltetherapie (MFT) – eine Basistherapie zur Behandlung autistischer Kinder. Z. Kinder-Jugendpsychiat., 13, 182-198. – *Scharfetter, C.* (1979): Psychopathologie und Therapie der Schizophrenen. Vortrag anlässlich des Deutsch-Schweizer Treffens der Lehrerinnen und Lehrer in Psychiatrischer Krankenpflege Zürich, 2. Februar 1979. – *Tiegerman, E.; Primavera, L.* (1981): Object Manipulation: Interactional Strategy with Autistic Children. J. Autism Developm. Disord., 11, 427-438. – *Watzlawick, P.; Beavin, J. H.; Jackson, D. D.* (1974): Menschliche Kommunikation Bern: Huber. – *Wurst, E.; Feyrer u. Bartik, D.* (1984): Rooming-in als Therapiechance für ein sechsjähriges autistisches Mädchen Pädiatr. u. Pädol., 19, 393-399.

Anschr. d. Verf.: Dr. Hellmut Hartmann, Lüttelforst 101, 4056 Schwalmatal.