Transaktions-Analyse 4/89. S. 164-174

„Mama, hör auf MMMMMMM zu sagen.“ TA in der Behandlung autistischer Kinder

(„Mama Stop Doing MMMMMMM”: TA in the Treatment of Autistic Children)

Julia Bala

Die Ursprünge der Verwirrung

Vier Jahrzehnte, nachdem *Kanner* zum ersten Mal die „Autistische Störung des affektiven Kontakts” (1943) definierte, und nach zahlreichen Neudefinitionen, Neuinterpretationen, neu formulierten ätiologischen Hypothesen und wissenschaftlichen Untersuchungen reflektiert die neu erschienene Literatur noch immer die oft wiederholten Fragen: Was ist Autismus? Existiert Autismus als ein klar umrissenes Phänomen? Angesichts der Kontroversen, die sich jedes Jahr multiplizieren und die die Klassifikation, Definition, Ätiologie, Natur und Behandlung des Autismus beleuchten, kann es verwirrend sein zu entdecken, daß die zugrunde liegende Erklärung für die Behandlung des Autismus so weit variiert. Der Praktiker ist der Wahl oder vielmehr der Illusion der Wahl gegenübergestellt, entweder die Definition von Autismus als frühe affektive Störung zu akzeptieren *(Bettelheim* 1967, *Kanner 1973, Tustin 1977)* oder als Wahrnehmungsstörung *(Anfthony 1958, Kuglemass 1974, Ornitz* & *Ritvo* 1978) oder als Wahrnehmungs- Kognitionsstörung *(Hermelin* & *O'Connor* 1970) oder als kognitive Störung *(Rutter* 1978, 1985, *Wing* 1976). Oder ist Autismus eine Folge von frühem elterlichem Einfluß, eine organische Störung oder das Ergebnis des Zusammenspiels von beiden? Obwohl Studien in den letzten 20 Jahren mehr und mehr Beweise für eine Fehlfunktion in der Wahrnehmung und Kognition und für biologische Defizite, die vorgeburtlich oder im Neugeborenenalter erworben wurden, gefunden haben, sind die Ursachen des Autismus bis jetzt noch nicht voll erkannt, und die ätiologische Erklärung variiert gemäß der zugrunde liegenden Theorie. Gerade weil das Autistische Syndrom eine heterogene Gruppe von Bedingungen umfaßt, scheint es wahrscheinlich, daß mehr als eine Antwort erforderlich ist.

Da es keine definitiven Antworten gibt, sind Fragen über die Ursachen des Autismus oder was in der ursprünglichen Entwicklungssequenz gestört wurde, nicht besonders hilfreich für den

Praktiker. Die entscheidende Frage, die die Richtung der Behandlung anzeigen dürfte, ist: Was eignet sich – in Ermangelung von einer /mehreren zufriedenstellenden Erklärung/en – als die effizienteste Arbeitshypothese zur Behandlung?

Definition und eine Arbeitshypothese - Ein Schritt aus der Verwirrung

In diesem Aufsatz wird Autismus hypothetisch angegangen als verhaltensmäßig bestimmtes Syndrom, das benutzt wird, um eine heterogene Gruppe ätiologisch unterschiedlicher Voraussetzungen zu beschreiben. Unterteilungen des Autistischen Syndroms haben sich angeboten, aber sind bis letzt noch nicht fest gültig und übereinstimmend akzeptiert.

Der Terminus „Autismus" wird bei einem Kind als diagnostische Kategorie benutzt, wenn die folgenden charakteristischen Merkmale vor dem 13. Monat in Erscheinung getreten sind:

- Beeinträchtigung und Störung der sozialen, kognitiven und sprachlichen Entwicklung, die sich durch extreme Abgeschlossenheit und fehlende Zuneigung zu Menschen zeigt; gestörte sprachliche Muster, die nicht der kommunikativen Funktion dienen; Schwierigkeiten im Erkennen von sozialen Bezügen und Signalen; und gewöhnlich geringe intellektuelle Fähigkeiten mit ungewöhnlichen Mustern der kognitiven Fertigkeiten.
- Beharren auf Gleichförmigkeit, die sich durch stereotype Handlungen, Bewegungen und Sprache zeigt; Widerstand gegenüber Veränderung und extreme Rigidität im Aufrechterhalten eines ursprünglichen Verhaltens oder einer bestehenden Situation.

Neurologische Fehlfunktion und geistige Retardierung können mit dem Autismus verbunden sein oder auch nicht, wenngleich ungefähr 75 % der autistischen Kinder leicht, mäßig oder schwer retardiert sind *(Levinson & Osterweil, 1984; Rutter 1978,1985).*

Die psychische Gesamtentwicklung des autistischen Kindes ist sowohl gestört wie gehemmt. Schwierigkeiten bei der Aufnahme, der Organisation, dem Behalten und Auswerten von Stimuli und Informationen aus der Umwelt scheinen das autistische Kind (primär oder sekundär) davon abzuhalten, sensorisch-affektive Erfahrungen, die für die Entwicklung notwendig sind, zu erwerben. Das Kind scheint unfähig zu sein, die Eltern als Gestalter (organizers) für die psychische Entwicklung zu nutzen.

Der elterliche Einfluß ist mehr im Ergebnis als in der Ätiologie des Autismus bestimmend. Die Eltern-Kind-Beziehung zeigt, wenn sie als zirkulär gesehen wird, die Abhängigkeit und Gegenseitigkeit im Aufrechterhalten problematischer Verhaltensmuster. Die

üblichen Elternreaktionen auf ein Kind, das nicht antwortet und nicht erreichbar ist, sind Angst, Depression und Verwirrung über ihr Alltagsverhalten in der Erziehung des Kindes. Folglich leiden beide, Kind und Eltern unter dem gegenseitig hervorgerufenen Zuwendungsmangel.

Eine Behandlung, die auf Erziehung und Therapie basiert, kann in dieser Auseinandersetzung folgende Fragen entwickeln:

- Wie tritt die Störung des Kindes augenblicklich in Erscheinung, oder wie wird sie aufrechterhalten?
- Was sind die hauptsachlichen Entwicklungshindernisse?
- Wie wird das gegenwärtige nichtfunktionale Verhalten durch die Interaktion des Kindes mit anderen aufrechterhalten?
- Wie beeinträchtigen Verhalten und Interaktion die Entwicklung?

Ein Behandlungsplan muß eigens für jedes Kind entworfen werden, der entsprechend einer detaillierten Einschätzung der Entwicklung, dem Verhalten und Interaktionsmustern und den folgenden Hauptzielen ausgerichtet ist:

- Aufbau von Kontakt, Zuwendung und Bindung mit dem Kind,
- Entwicklung des Körperschemas und der Wahrnehmung des Selbst als getrennt von den anderen,
- Förderung der kognitiven, sprachlichen und sozialen Entwicklung,
- Veränderung und Umformung von nichtfunktionalen Verhaltensmustern in funktionale, Änderung nicht-zielgerichteten Verhaltens, potentiell schädigenden Verhaltens, oder Verhaltens, das die Entwicklung beeinträchtigt, Veränderung von Interaktionsmustern, die Symptome verstärken oder die Entwicklung des Kindes beeinträchtigen,
- Beratung und psychotherapeutische Arbeit mit der Familie.

Dieser grundlegende Rahmen wurde zwischen 1979-83 in Belgrad, Jugoslawien, als Basis zur Erziehung und therapeutischen Behandlung von autistischen Kindern im Konzept einer Tagesschule entwickelt.

Als Alternative zur stationären Behandlung wurde dies in der Sondergrundschule „Anton Skala" angewendet, wo zusätzlich zu Klassen mit leicht retardierten Schülern eine Abteilung für autistische Kinder eröffnet wurde. Dieser mehrdimensionale Zugang, um autistische Kinder zu behandeln, kombiniert Sonderpädagogik, Verhaltensmodifikation, modifizierte Psychotherapie und Sprachtherapie ebenso wie Unterweisung und Psychotherapie mit den Eltern.

In diesem Modell sind die Zugangsweisen von Therapie und Erziehung miteinander verflochten. Aufeinander folgende Kurzzeit-

ziele und die Auswahl der Interventionen werden in wöchentlichen Teambesprechungen, bei denen Sonderschullehrer, Psychologen, ein Psychiater, ein Sprachtherapeut und Erzieherinnen zugegen sind, geplant und bewertet. Diese beiden Pläne, Entwicklungs- und Behandlungsplan, sind in das Tagungsprogramm eingebunden. Einzel- oder Gruppentherapie mit dem Kind oder der Familie ist nur ein Teil des Gesamtansatzes, und die Psychotherapie mit den Kindern ist dem Schweregrad der autistischen Störung, dem Intelligenzlevel und der Spachentwicklung angepaßt.

In der folgenden Fallstudie sind die Therapiephasen mit TA als Erklärungsrahmen veranschaulicht. Der Fall deckt einen 3 1/2jährigen Behandlungszeitraum ab mit zweimal wöchentlicher Einzel- und einmal wöchentlicher Gruppentherapie während der ersten 6 Monate und danach einmal wöchentlicher Einzeltherapie.

Für dieses Papier werden Ausschnitte aus dem gesamten Erziehungs- und Therapieprozeß herausgenommen und zusammengesetzt. Genauso wurden gemäß umfassender Überlegungen Daten zur Entwicklung, Fakten über die Dynamik in der Familie und Therapie mit der Familie hier weggelassen.

Veranschaulichung der aufeinanderfolgenden Entwicklungsphasen in der Therapie

Beschreibung des Kindes: Voja war bei der Geburt fast erstickt. Wegen seiner gesundheitlichen Problematik verbrachte er in den ersten Jahren seines Lebens mehr Zeit im Krankenhaus als zu Hause. Seit *früher* Kindheit vermied V. Kontakt und war von Objekten mehr angezogen als von Menschen. Seine Mutter beschrieb ihn als isoliertes, zurückgezogenes, ängstliches Kind. Als er vier Jahre alt war, verstärkten sich wiederholende Verhaltensmuster und Hyperaktivität, verbunden mit geringem Entwicklungsfortschritt und nichtkommunikativem Gebrauch der Sprache. Diagnostiziert als Fall von frühkindlichem Autismus wurde er immer wieder einzeln in verschiedenen Tageskliniken psychotherapeutisch behandelt.

V. war 8 Jahre, als er in unsere Sonderschule kam. Zu diesem Zeitpunkt vermied er Kontakt, hauptsächlich indem er weglief und sich von anderen durch ständiges In-Bewegung-Sein zurückzog. Er strukturierte seine Zeit durch Drehen eines Fadenstockes in seinen Händen und mit Herumlaufen im Raum. Wenn der Faden weggenommen wurde, reagierte er mit einem heftigen Wutausbruch. Die meisten seiner Stimulationen bekam er durch seine Bewegungen.

Während der ersten 6 Monate in unserer Schule sprach er nicht, weigerte sich zu essen und die Toilette zu benutzen. Gelegentlich flüsterte er ein oder zwei Worte zu sich selbst. Fr reagierte mit großer Angst auf alles Neue – Objekte, Personen, Wege. Seine intellektuelle Leistung wurde an der unteren Grenze von leichter Behinderung verbunden mit einer Entwicklungsstörung eingeschätzt.

Strukturdiagnosezum Zeitpunkt des Schuleintritts:

Die Arbeit mit V. basierte auf folgenden Annahmen: Frühe Formen der Ich-Zustände sind entwicklungsmäßige Vorläufer von späteren. Wenn die Entwicklung gestört und disharmonisch ist, existie-

ren verschiedene unvollendete Entwicklungsstadien (undifferenzierte Strukturen) nebeneinander. Die Grenzen zwischen den Ich-Zuständen sind nicht klar und gut herausgebildet; Fragmente von verschiedenen Entwicklungsstadien sind deutlich sichtbar und miteinander vermischt. Das Ziel der Therapie ist, die Entwicklung der Ich-Zustände zu begünstigen und die existierenden Fehlfunktionen zu korrigieren.

Abbildung 1 zeigt, wie die Grenzen zwischen Kind und Außenwelt, wie auch die internen Grenzen kaum gefestigt sind. Das frühe ER_1 herrscht vor in der Form von sekundären Zirkulärreaktionen (Sensumotorische Phase), aber ohne Assimilation und Akkomodation *(Piaget* 1961). Obwohl einige weitere entwickelte ER-Funktionen vorhanden sind, sind sie schlecht entwickelt, bruchstückhaft und nichtfunktional. Die Sprache dient nicht der Kommunikation, die Handlungen sind ohne Zielgerichtetheit, und das Überprüfen von Realität ist gering.

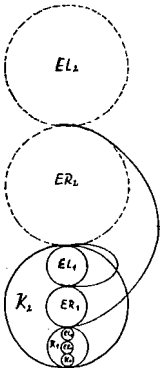

Abb. 1: Entwicklungsdiagnose der Ich-Zustände

Legende: Die Außenlinien heben die entwicklungsmäßige Verbindung zwischen den Ich-Zuständen hervor. (ER_1 und ER_2 in Abb. 1,2,3 und EL_1 und EL_2 in Abb. 4) Entsprechend der verzögerten und disharmonischen Entwicklung bei autistischen Kindern erscheinen die Ich-Zustände zur selben Zeit in verschiedenen Reifestadien und sollten demgemäß behandelt werden.

Die Realität des Kindes ist begrenzt auf ein kontrollierbares Minimum und wird durch Stereotypien gestaltet. Jede Einführung von weiterer Realität wird als Bedrohung erlebt, und die Antwort darauf ist große Angst. Die Anpassungen sind minimal und die ELl-Struktur scheint bruchstückhaft entwickelt. Verstärkungen (strokes) von außen werden abgelehnt, und die Stimulation wird hauptsachlich durch selbsthervorgerufene kinästhetische Bewegungen erreicht. Furcht ist vorherrschend und als einziges entwikkeltes Gefühl wahrnehmbar.

Aufbau der Zuneigung und der Kind-Ich-Zustände (K_1 und K_2): Während der ersten 6 Monate von V.s Behandlung war das Ziel, sein Körperschema und seine Sinnesempfindungen am Körper zu entwickeln und seine Wahrnehmung als Selbst – getrennt von der Außenwelt – zu fördern. Außenreize und interne Reize wurden schrittweise getrennt. Die Zuwendung wurde zuerst auf der körperlichen und emotionalen Ebene bei der Erziehung und Pflege von V. gegeben und später auf der verbalen Ebene in der Äußerung seiner internen Sprache.

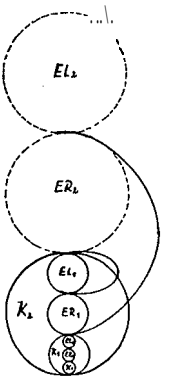

Abb. 2: Die Entwicklung von Kl und K2

Nachdem mit dem Aufbau von körperlichem und emotionalem Kontakt begonnen war, wurden verschiedene Körperempfindungen (taktil, propriozeptiv, kinästhetisch) angeboten, um das grundlegende Körperschema auszubilden. V.s stereotype Aktivitäten wurden akzeptiert und benutzt, um Kontakt aufzubauen und um seine eingeschränkte Wahrnehmung der Umgebung zu erweitern.

Zum Beispiel würde der Therapeut ein Stück Faden mit V. drehen, dann ihn durch verschiedenfarbige Bänder und stetig kürzere Langen ersetzen. Zuerst wurden nur die Objekte der stereotypen Aktivitäten variiert, später wurden die Aktivitäten selbst schrittweise in Funktionen umgewandelt.

Nach 6 Monaten, als V.s Flüstern mit sich selbst zunahm, wurde es auf Kassette aufgenommen, und der Therapeut ließ V. sich selbst hören. Das Flüstern wurde lauter und wurde in eine Sing-Sequenz von elementarer Qualität mit geringer Artikulation umgewandelt. Dann, mit zunehmender Verständlichkeit, wurde der Inhalt wiederholt wie z.B. „ . ..sollte. sollte, ein Auto gekauft werden und fuhr, fuhr.... fuhr Opa (bedeutungsloses Wort) . . . sie schliefen und gehen wieder...“ (engl. Originaltext: „ . ..ought. ought, bought a car and drooooooo roooooooo roo drove grandpa -meaningless word- . ..they slept and go again.....”)

Die Therapeutin entwickelte diese Äußerungen durch Wiederholen des Bandes (Kassette), dann ersetzte sie das Gerät durch sich selbst, und schließlich formte sie diese Monologe in Bruchstücke eines ersten Dialogs. Die ersten Transaktionen wurden durch Wiederholen eines Teils seiner Sprache begonnen und dann durch Fragen nach mehr Einzelheiten erweitert.

Förderung der Entwicklung der Erwachsenen Ich-Zustände (ERZ und ER2): Da V.'s ER-Zustand von der Entwicklung her gehemmt, bruchstückhaft und disharmonisch erschien, war das Ziel seit Beginn und während der nächsten zwei Jahre, die Kommunikation und Motorik zu fördern. Indirekt wurde die weitere Entwicklung durch das Ausschließen von Verhaltensmustern und Interaktionen, die die Entwicklung beeinträchtigten, unterstützt. In diesem Prozeß wurden Verhaltensmodifikationen und paradoxe Interventionen oft benutzt.

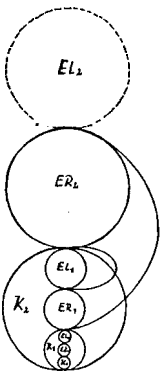

Abb. 3: Entwicklung von ER_1 und ER_2

Um die Grenzen zwischen ER_1 und K_1 und ER_2 und K_2 zu festigen, wurde die Entwicklung von V.'s Fähigkeiten, Realität zu erfahren und zu festigen, unterstützt durch andauernde Konfrontation und durch Schaffen von „als-ob"-Situationen, in denen die Trennung von Realität und Fantasie, Denken und Fühlen möglich wurde.

Förderung der Entwicklung der Eltern-Ich-Zustände (EL_1 und EL_2:) Im dritten Jahr seit Beginn der letzten Therapiephase wurde V. fähig, über seine inneren Erlebnisse (er benützte Personalpronomen) zu sprechen, Seine Ängste, vernichtet zu werden, standen im Vordergrund, was sich in seinem Glauben, daß er von Tieren, Dingen oder Menschen gefressen werden und in der Dunkelheit oder der Toilette verschwinden könnte, zeigte.

„Als ich auf einer Lampe stand, kam der Wolf und fraß meinen Bauch... dann verschwand V. und es gab keinen V. mehr."

Durch schrittweises Trennen von Fantasie und Realität überwand V. seine generalisierte Angst, daß Tiere und Menschen ihn verschlingen würden, und seine Ängste richteten sich mehr auf seine Mutter, die er als gespalten wahrnahm. Er sprach von zwei Müttern: „Als meine zwei Mütter ins Krankenhaus gingen...." / „Welche zwei Mütter"? „Meine gute und meine böse Mutter"..

Die Entwicklung des frühen Eltern-Ichs setzte sich mit der Integration von guten und schlechten Dingen fort *(Klein* 1957), EL_1 – und EL_1 + *(Moiso* 1985). Das Ziel war, die gespaltene EL_1-Struktur in eine zu verwandeln, die manchmal „gut" und manchmal „böse" ist (siehe Abb. 4) Die Einschätzung dieses Prozesses wurde anhand von V.'s Zeichnungen bestimmt. Als nächster Therapieschritt wurden die Entwicklung der EL_2-Struktur und die Differenzierung der nährenden und kritischen Teile geplant.

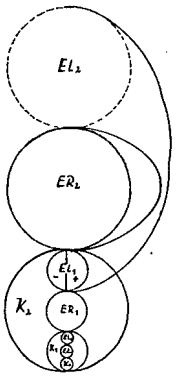

Abb. 4: Entwicklung von El_1 und EL_2

Abgrenzung der Angst von Ärger und Akzeptierung des Ärgers als OK und nichtdestruktiv: Nach der Verschmelzung seiner als geteilt wahrgenommenen Mütter, sprach V. mehr über seine Mutter, die manchmal gut und manchmal gefährlich ist. Noch hatte er Angst vor der „gefährlichen" Mutter, Wenn sie „mmmmmmm" zu ihm sagte. Die folgende Therapiesequenz zeigt den Teil einer Sitzung, die mit Spieltherapie begann. Die Szene, die von V. aufgebaut wurde, war das gemeinsame Abendessen.

T: (Therapeut)...und sie aßen zu Abend und V. ging schlafen, und Mutter kam zu V.
V: (lacht)
T: Was sagte die Mutter, als sie zu V. kam?
V: mmmmmmmmm
T: Und wenn Mutter„ mmmmm"sagt, ist sie....
V: (unterbricht) Gefährlich.
T: Wie ist sie für V. gefährlich?
V: Sie ist gefährlich, wenn sie „mmmmm"sagt.

T: Wie ist sie gefährlich, wenn sie „mmmmmm" sagt?
V: Sie ist gefährlich, ich habe Angst.
T: Was könnte die Mutter tun, wenn sie gefährlich ist? Wenn sie „mmmmm" sagt"?
V: (Nach einer kurzen Pause)...und es war Tag.
T: Am Tag hast du Angst vor deiner Mutter?
V: Ich habe keine.
T: Dann hast du Angst, wenn es Nacht ist.... (er nickt)... Und wenn du im Bett liegst ... Nun, leg dich hier hin (setzt ihn in den Sessel, der in früheren Sitzungen als Bett benutzt wurde). Ich bin nun die Mutter und du sagst mir, was du denkst, wenn ich komme und „mmmmmm" sage.

(Während der T. spricht, lacht V. Immer noch lachend, „legt" er sich nieder, aber zieht sich zusammen, bewegt sich an den Rand des Sessels, gegenüber dem T., macht Wegstoß-Bewegungen und schaut ängstlich, obwohl er noch ein wenig lächelt.)

T: (lehnt sich näher zu ihm) mmmmmmm
V: (Stößt den T.) Mama, hör auf mmmmm zu machen.
T: mmmmm
V: (lauter) Hör auf zu mir „mmmmm" zu machen.
T: mmmmmm
V: Hörst du jetzt wohl auf „mmmmm" zu machen, wenn ich auf dich ärgerlich bin, Mama?
T: Du ärgerst dich über mich, V.
V: Über Mutter...
T: (Steht auf, weg vom Sessel) Wenn ich mmmmm sage, als Mutter, wovor hast du Angst?
V: Ich habe Angst... ich möchte gern manchmal glücklich, manchmal ärgerlich sein.
T: . . ..und...manchmal ärgerlich über Mutter... Wenn Mutter „mmmmm" sagt, sag ihr, daß dich das ärgert. Du schläfst jetzt... sie kommt jetzt und sagt „mmmm" (beugt sich über ihn).
(V. macht eine Bewegung wie wegstoßen)
Was mochtest du jetzt tun?
V: (Stößt den T.) Geh weg Mama.
T: mmmmmm
V: Geh weg!
T: mmmmmm
V: Geh weg, Mama (stößt den T. mit Gewalt)
T: (geht weg, steht auf) V., nun bist du die Mutter und ich bin V. Wenn du „mmmmmm" sagst, zeig, was die Mutter sonst noch tut, wenn du Angst hast.
(T. liegt im Sessel, gibt vor zu schlafen)
V: (lacht, kommt näher, beugt sich über den T., berührt fast ihren Hals) mmmmmmm
T: Geh weg, Mama! Geh weg! Ich habe Angst vor dir.
V: (geht weg, lacht)
T: (steht vom Sessel auf)
V: (Nimmt einen Plastikwürfel) Ich nehme einen Würfel und ich werde Mutter mit dem Würfel bewerfen.
(wirft den Würfel gegen den leeren Stuhl)
T: (setzt eine Puppe in den Sessel) Während du die Mutter bewirfst, sag ihr, warum du auf sie ärgerlich bist.
V: Ich bin ärgerlich, weil (schaut auf die Puppe) du mmmmm zu mir sagst.
T: Mochtest du mit Mutter einen Vertrag machen, daß sie nicht „mmmmmm" zu dir sagt?
V: Du, sag nie mehr „mmmmmm" zu mir!
T: Nun bist du die Mutter und antwortest V. (V. nimmt die Puppe, setzt sich in den Stuhl). Nun bist du die Mutter. Was wurde die Mutter sagen?

V: Mama will V. streicheln (ER nimmt einen weißen Spielzeugkasten, der ihn gewöhnlich während der Spieltherapie darstellt, in die Hände.) So etwa: Mama sagt, daß sie nie mehr „mmmmmm" sagt. (Liebkost den Hasen, küßt ihn, legt ihn auf sein Gesicht, als ob der Hase ihn küssen würde.)

Kurz nach dieser letzten Sequenz wurde V.'s Therapie beendet, und die Behandlung wurde hauptsächlich mit Sonderpädagogik und Beschäftigungstherapie fortgesetzt.

Unsere Erfahrung mit autistischen Kindern zeigte, daß die Ergebnisse der pädagogisch-therapeutischen Behandlung und die Möglichkeiten, eine Variation des gezeigten Zugangs zu benutzen, abhängen von dem Grad der intellektuellen Fähigkeiten eines Kindes, der Sprachentwicklung und dem Grad der autistischen Störung. Denn Kinder, die unter dem Level einer leichten Retardierung liegen, haben wenig oder keine Sprachentwicklung und/oder werden auf der Skala des kindlichen Autismus als schwer gestört eingestuft. Die Behandlung endet wahrscheinlich mit der Vollendung der zweiten Therapiephase.

Julia Bala, M.Sc. GM, ist Klinische Psychologin und Psychotherapeutin, die mit autistischen und geistig behinderten Kindern und deren Familien in der Sonderschule „Anton Skala" in Belgrad, Jugoslawien, arbeitet.

Zusammenfassung

In Ermangelung einer umfassenden ätiologtschen Erklärung des Autismus wird eine Arbeitshypothese zur Behandlung modellhaft skizziert. Nach Diskussion eines altgemein üblichen Behandlungsplans für autistische Kinder im Rahmen einer Tages schule wird eine Erläuterung von Therapiephasen gegeben, in der Transaktions-Analyse als Erklärungssystem benutzt wird. Ein Therapieauschnitt wird gezeigt, um die Möglichkeiten, TA bei dieser speziellen Population anzuwenden, zu demonstrieren.

Summary

In the absence of a comprehensive etiological explanation of autism, a working hypothesis for treatment is outlmed as a model. After discussing a general treatment plan for autistic children in a day-school setting, an illustration of phases of therapy is given where TA is used as an explanatory framework. A segment of therapy with an autistic child is offered to demonstrate the possibilities of applymg TA with thts specific population.

Literatur

Anthony, J., An experimental approach to the diagnosis of the psychopathology of childhood autism. British Journal of Medical Psychology 1958,31,211-225

Bettelheim,B., The empty fortress: Infantile autism and the birth of the self. New York: Macmillan, 1967.

Division TEACH (Ed.), Childhood autism rating scale. Chapel Hill, University of North Carolina, 197l

Hermelin, B., & O'Connor, N., Psychological experiments with autistic children. Oxford: Pergamon *Press,* 1970

Kanner, L., Autistic disturbances of affective content. The Nervous Child, 1943, 2, 217-250

Kanner, L., Childhood psychoses: Initial studies and new insights. Washington: Winston, 1973

Klein, M., Envy and gratitude. London: Travistock Publications, 1957

Kuglemass, N., The autistic child. Springfield, IL: Thomas, 1974

Levison, B. & *Osterweil,* L,Autism: Myth or reality. Springfield, IL: Thomas, 1984

Moiso, C., Ego States and Transference. Transactional Analysis Journal 1985,15,194-201.

Ornitz, E. &Ritvo, E., Readings in autism. Guilford, CT: Special Leaming Corporation, 1978

Piaget, J., La psychologle de l'intelligence (The psychology of intelligence). Paris: Libr. Armand Colin, 1962; dt.: Psychologie der Intelligenz. 3. Auflage. Stuttgart: Raschler, 1974

Rutter,M., Diagnosis and definition in childhood autism. Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 1978,8:2,139-169

Rutter, M., The treatment of autistic children. Journal of Childhood Psychology and Psychiatry, 1985,26:2,193-214

Tustin, R., Autisme et Psychose de L'enfant (Autism and psychoses of the infant). Paris: Ed. du Seuil, 1977 (Original work published 1972)

Wing, L., Early childhood autism (2nd ed.). Oxford: Pergamon Press, 1976

Deutsche Übersetzung von Marianne Leuthner-Fischbach

Quellennachweis:
Der Abdruck erfolgt aus Transactional *Analysis Journal* 1986,16:4,234-239

Anschrift der Autorin:
Julia Bala
Milentija Papovica 52
11070 Belgrad
Jugoslawien