

Festhalte-Therapie bei Personen mit autistischem Verhalten im Heim für geistig Behinderte

Winfried Mall

Inhalt:

1. Einleitung
2. Zur Fragestellung
3. Begründung der Festhalte-Therapie im Heim
4. Verschiedene Durchführungsmodelle
5. Einbezug der Eltern
6. Konsequenzen für den pädagogischen Alltag
7. Bisherige Erfahrungen
8. Realistische Erwartungen

1. Einleitung

Im Grunde genommen ist der Zeitpunkt für diesen Erfahrungsbericht noch durchaus verfrüht. Nach weniger als einem Jahr der praktischen Erprobung ist es nur möglich, über vorläufige Erfahrungen mit der Festhalte-Therapie im Heim zu berichten, ohne abgerundete Erkenntnisse vorlegen zu können.

Andererseits ist ein großes Interesse in anderen Institutionen festzustellen, etwas über die Festhalte-Therapie im Heim zu erfahren, was angesichts der noch immer vorherrschenden Ratlosigkeit im Umgang mit Personen, die autistisches Verhalten zeigen, verständlich ist.

So will dieser Bericht in erster Linie anregen, in anderen Institutionen ebenfalls Erfahrungen zu sammeln, die dann zu gegebener Zeit zusammengetragen werden könnten. Wie dem Leser im folgenden deutlich wird, sind noch eine Reihe Fragen offen, die über all den Aussagen des Berichtes nicht übersehen werden sollten.

2. Zur Fragestellung

Entwickelt in der ambulanten Arbeit mit jüngeren autistischen Kindern, die bei ihrer Familie leben, ist die Festhalte-Therapie in Darstellung und Begründung ganz auf die Situation der Mutter zugeschnitten, die ihr eigenes Kind vom Autismus befreit (Tinbergen 1981). Nach skeptischen Reaktionen der Fachwelt (Kehrer 1981) liegen inzwischen positive Erfahrungsberichte aus dem ambulanten Bereich vor (Prekop 1982, Antons-Brandt 1982).

Nun trifft die Festhalte-Therapie im Heim auf andere Bedingungen:

- Die Klienten sind im Durchschnitt älter, von ihrer Behinderung schwerer betroffen und häufiger mehrfach behindert (mit organischem Hirnschaden oder anderen Behinderungsformen) sowie mit oft schwereren Verhaltensproblemen als im ambulanten Bereich (Mall 1982).
- Das soziale Umfeld im Heim ist für den Klienten die Wohngruppe mit 8 bis 12 Bewohnern und im Durchschnitt 5 Betreuern, die während des Tages und der Woche infolge Schichtdienst wechseln sowie während des Jahres durch Ausscheiden, Neueintritt oder Versetzung.
- Die Betreuung erfolgt auf professioneller Grundlage, d.h. mit fachlicher Ausbildung, in Zeit und Engagement begrenzt.

— Konstante Beratung und Supervision ist oft leichter zugänglich als im ambulanten Bereich.

Damit stellen sich bezüglich der Festhalte-Therapie folgende Fragen:

- Läßt sich dieser Ansatz überhaupt auf den Heimrahmen übertragen?
- Wie läßt er sich im Heimrahmen inhaltlich begründen?
- Welche Faktoren schränken die Wirksamkeit der Therapie ein, welche könnten sie evtl. sogar fördern?
- Welche Erwartungen an die Wirksamkeit sind realistisch?
- Welche Risiken müssen beachtet werden?

3. Begründung der Festhalte-Therapie im Heim

Um die Festhalte-Therapie in der Heimsituation einsichtig zu machen, empfiehlt es sich, die Betrachtungsweise von Tinbergen und Welch zu verlassen, die vor allem auf die Entstehungssituation der autistischen Störung bezogen ist. Ohne ihrer Interpretation zu widersprechen, scheint mir eine Konzentration auf die gegenwärtige Situation des Klienten sinnvoller, darauf, was ihm hier und jetzt fehlt und wie ich ihm hier und jetzt helfen kann. So wird die Gefahr vermieden, mit dem Bezug auf die „absolute“ Bindung der frühkindlichen Mutter-Kind-Beziehung ein im Heim unerreichbares Ideal zu postulieren, was Resignation provozieren muß.

(1) Der Heimbewohner mit autistischem Verhalten hat panische Angst vor der Umwelt, insbesondere vor der fremd-

strukturierten Begegnung mit Menschen, die er nicht entsprechend seinen fixierten Schemata gestalten kann.

(2) Um die Angst zu vermeiden, entwickelt der Klient seine Symptome: Kontaktverweigerung, Stereotypien, zwanghafte Verhaltensweisen, Selbststimulation usw.

(3) Durch die Vermeidung fremdstrukturierter Auseinandersetzung mit der Umwelt (der „Akkommodation“ im Sinne Piagets) verhindert der Klient das Lernen von neuem Verhalten, was wiederum seine Angst vergrößert.

(4) Entsprechend dem Entwicklungsstand seiner Fähigkeiten, sich mit der Umwelt produktiv auseinanderzusetzen (sensomotorische Wahrnehmungsentwicklung), die meist der eines Säuglings von etwa 3 bis 6 Monaten entspricht, kann der Klient neues Verhalten nur über die vermittelnde Beziehung zu Menschen lernen, wobei das Ideal sicher die „absolute“ Bindung der Mutter-Kind-Beziehung ist (Prekop 1980).

(5) Auch Orientierung, Geborgenheit, Sicherheit erfährt ein Kind in diesem Alter nur über Menschen, nicht wie der autistische Klient, über zwanghaftes Beharren auf Gleichförmigkeit, Stereotypien oder mechanische Fixierung (viele Autisten sind sehr begierig, fixiert zu werden, wenn sie es einmal erlebt haben).

(6) In der Festhalte-Therapie kann ich dem Klienten eben diese Erfahrung vermitteln, nämlich

- daß er sich bei einem anderen Menschen beruhigen kann.
- daß ein anderer Mensch ihm Sicherheit, Orientierung und Geborgenheit

geben kann, wozu die überlegene Stärke des anderen Voraussetzung ist.

- daß er die Angst vor Menschen aushalten und überwinden kann.
- daß der andere „an ihm festhält“, selbst wenn er ihn schlägt, beißt, anspuckt oder beschimpft.
- daß es schließlich schön sein kann, wenn man bei einem anderen Menschen ist und der einen festhält.

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

4. Verschiedene Durchführungsmodelle

Zur konkreten Durchführung der Festhalte-Therapie im Heim hat die Praxis verschiedene Modelle ergeben, die sich je nach Einzelfall und seinen besonderen Umständen mit eigenen Vor- und Nachteilen anbieten:

- Durchführung durch einen gruppenfremden Therapeuten:
Vorteile: Die Therapie findet relativ regelmäßig statt (meist 4mal pro Woche). Die Bezugsperson in der Therapie ist stets die gleiche
Nachteile: Der Therapeut erscheint nicht im erzieherischen Alltag. Die Erfahrungen aus der Therapie können nicht unmittelbar in den Alltag einfließen. Den Bezugspersonen im Alltag

fehlen wiederum die Erfahrungen aus der Therapie.

- Durchführung durch einen Gruppen-erzieher:

Vorteile: Die Bezugsperson in der Therapie ist stets die gleiche und spielt auch im Alltag des Klienten eine Rolle.

Nachteile: Die Sitzungen können nur unregelmäßig und mit größeren Unterbrechungen (Dienstplan, freie Tage, Schule, Urlaub) stattfinden. Die Sonderbeziehung zu einem Erzieher fördert die Entfremdung zwischen dem Klienten und den übrigen Erziehern.

- Durchführung durch mehrere Gruppenerzieher:

Vorteile: Die Sitzungen können häufiger und regelmäßiger stattfinden. Die Bezugspersonen in der Therapie sind mit denen im Alltag identisch.

Nachteile: Der Klient muß sich in der Therapie wie im Alltag auf bis zu fünf Personen einstellen. Erzieherwechsel wirkt sich direkt auf den Therapieprozeß aus.

In jedem dieser Modelle kann Festhalte-Therapie positive Veränderungen beim Klienten bewirken. Das dritte Modell scheint mir am konsequentesten die Heimsituation zu berücksichtigen, indem möglichst alle Bezugspersonen beteiligt werden. Die anderen beiden Modelle lassen sich in der Anfangsphase einsetzen, um die Therapie in Gang zu bringen, ebenso, wenn keine andere Wahl bleibt. Ein puristisches Vorgehen, das jede Abweichung von einer Idealsituation — hier: der Mutter-Kind-Beziehung — zum Anlaß nimmt, erst gar nicht initiativ zu werden, scheint mir nach den Erfahrungen nicht gerechtfertigt.

Auf eine begleitende Supervision ist bei der Therapie nicht zu verzichten. Um der Aufgabe gerecht werden zu können, sollte der Supervisor

- die Therapiemethode des „erzwungenen Festhaltens“ und ihre theoretischen Hintergründe intensiv kennen, um den Therapieprozeß immer wieder damit vergleichen und entsprechend korrigieren zu können.
- den Klienten so gut kennen, daß er sich im geforderten Maß in ihn einfühlen und seine Bedürfnisse, Nöte und Fähigkeiten erkennen kann; dies um so mehr, als oft die Erzieher den Klienten noch nicht lange kennen und über Vorgeschichte, Eigenarten und sonstige Einzelheiten nicht viel wissen.
- zu den Mitarbeitern, die die Therapie durchführen, eine vertrauensvolle Beziehung herstellen, um sie nicht nur im äußeren Ablauf der Therapie, sondern vor allem auch bezüglich der emotionalen Prozesse begleiten zu können, die die Therapie bei ihnen wachruft.

Zu Beginn einer Therapie empfiehlt sich die Supervision jeder Einzelsitzung. Später kann meist die Häufigkeit reduziert werden. Im Verlauf wird es wichtig, die Motivation der beteiligten Erzieher immer neu zu fördern und Krisenzeiten (z.B. Erzieherwechsel, Besetzungsengpässe) zu überbrücken.

5. Einbezug der Eltern

Grundsätzlich halte ich es für wichtig, die Eltern nach Möglichkeit in die Therapie mit einzubeziehen. Selbst wenn sie sich nicht direkt beteiligen können, sollten sie über Beginn und Verlauf unterrichtet werden und die Bereitschaft spüren, sie an

den Veränderungen ihres Kindes teilhaben zu lassen. Nach den Erfahrungen ist es aber nicht leicht, diese Forderungen zu verwirklichen, vor allem, was die direkte Beteiligung der Eltern an der Therapie angeht:

- Oft scheidet dies an äußeren Bedingungen wie dem Anfahrtsweg.
- Die Eltern sind rein kräftemäßig nicht in der Lage, ihr erwachsenes Kind zu halten.
- Den Eltern fällt es schwer, den bisherigen Umgangsstil mit ihrem Kind total umzukehren.
- Die Eltern haben sich gerade nach vielen Kämpfen entschieden, ihr Kind ins Heim „loszulassen“, so daß die Forderung, sich beim Festhalten zu beteiligen, eine völlige Umkehrung des Entschlusses bedeuten würde.
- Die Eltern haben inzwischen ihr Leben so weit umorientiert, daß ein neues Verhältnis zu ihrem Kind nicht mehr zu integrieren wäre.
- Die Eltern sind emotional und körperlich so verbraucht, daß sie keine Reserven für einen Neubeginn haben.

Bisher ist es mir einmal gelungen, die Mutter eines Jugendlichen an der Therapie zu beteiligen. Allerdings kann sie ihn nicht gegen seinen vollen Widerstand halten, selbst wenn der Vater hilft, so daß es bei einem angedeuteten Festhalten, bei häufigerem Körperkontakt und verbessertem Verständnis für ihren Sohn bleibt.

6. Konsequenzen für den pädagogischen Alltag

Festhalte-Therapie kann ihre Wirkung nur entfalten, wenn das, was dabei ge-

schiebt, sich in den pädagogischen Alltag hinein fortsetzt. So scheint es mir nur konsequent, zu untersuchen, wieweit die Umgangsprinzipien der Festhalte-Therapie vor dem Hintergrund von Tinbergens Autismus-Modell auf die allgemeine pädagogische Praxis übertragbar sind:

- Das so oft unkritisch angewandte Prinzip, unerwünschtes Verhalten durch Ignorieren abbauen zu wollen, ist bei Personen mit autistischem Verhalten meist falsch, da der Bedeutung der Symptome nicht angemessen. Wenn z.B. mein Freund mit dem Kopf gegen die Wand rennt, schließe ich auf einen Zustand äußerster Verzweiflung und nehme ihn in die Arme oder versuche ihm sonst zu helfen. Tut ein Autist das gleiche, ist er genauso verzweifelt, und macht er es 100mal am Tag, spricht dies für den hohen Grad der Verzweiflung und für seine Unfähigkeit, sich anders zu äußern.
- Breche ich auf unerwünschtes Verhalten hin den Kontakt ab, verstärke ich den autistischen Rückzug. Oft ist keine andere Intervention möglich, als den Klienten zu isolieren. Dies ist aber eine Notmaßnahme, keine Therapie. Sinnvoll ist, auf Toben, Erregung, Aggressionen hin den Kontakt gerade nicht abzubrechen, sondern ihn zu intensivieren.
- Genaue Beobachtung zeigt, wie klar die Klienten ihr Bedürfnis nach Halt, nach „Festgehaltenwerden“ äußern: zwanghafte Verhaltensweisen, schematisierte Formen der Kontaktaufnahme, Versuche der Selbstfixierung durch Umschlingen der Hände mit Bändern usw., das aktive Verlangen nach mechanischer Fixierung, all dies kann als Ausdruck für den Wunsch nach Halt und Sicherheit gesehen werden, dessen Erfüllung jedoch aufgrund der bestehenden Ambivalenz nicht angemessen bei Menschen gesucht wird.
- So kann das „Festhalten“ im erweiterten Sinn geradezu zum pädagogischen Prinzip für die Arbeit mit den Klienten werden im Sinn von Halt und Sicherheit geben, Vertrauen ermöglichen, Geborgenheit vermitteln. Auch wenn es wohl kein felsenfestes Vertrauen mehr wird: Schon die Erfahrung der Möglichkeit von Vertrauen kann Entwicklung in Gang setzen.

7. Bisherige Erfahrungen

Seit Frühjahr 1982 setze ich die Festhalte-Therapie als umrissene Methode ein, nach Beratung und Anleitung durch Jirina Prekop, Stuttgart. Bisher wurden bei 12 Heimbewohnern Erfahrungen gesammelt, teils in eigener Arbeit, überwiegend über Anleitung der Gruppenerzieher. Es handelt sich um je 6 weibliche und männliche Kinder, Jugendliche und Erwachsene im Alter zwischen 10 und 24 Jahren. Teils blieben die Erfahrungen in der Erkenntnis stecken, daß die Therapie im vorgegebenen Rahmen nicht durchzuführen ist, teils umfassen sie nun schon acht Monate kontinuierlicher Arbeit.

Da hier nicht der Raum ist für einzelne Falldarstellungen, möchte ich einige der bisherigen Erfahrungen zusammenfassen:

- Gerade bei älteren Klienten (Jugendliche / Erwachsene) bleibt oft zunächst die direkte, körperliche Abwehr des Festgehaltenwerdens aus, in deren

Überwindung das wesentliche Element der Therapie liegt. (Die gleiche Beobachtung machte ich in der ersten Sitzung bei einer 29jährigen Frau, die von ihrer Mutter gehalten wurde.) Auch zwischendurch geht die Abwehr häufig wieder völlig zurück, ohne daß sie durch Zuwendung abgelöst würde. Mein Eindruck ist oft der, daß sich der Klient in sich zurücknimmt und abwartet, bis die Sache vorbei ist.

- Es gibt eine Reihe Möglichkeiten, um den Klienten „aus der Reserve zu locken“ und Abwehr auszulösen, indem ich die Situation strukturiere: z.B. auf Blickkontakt bestehen; den Kopf in mir zugewandter Stellung festhalten; die Augen zuhalten; den Klienten nach hinten oder zur Seite neigen, daß er sich an mir festhalten muß (von mir „abhängig“ wird); mit ihm auf einem Stuhl stehen; sich mit ihm im Kreis drehen usw.
- Wiederum bei älteren und kräftigeren Klienten ist es oft gerade für Gruppen-erzieher nicht möglich, einen ganzen Therapie-Zyklus (Festhalten — Abwehr — Erschöpfung und Aufgeben — Zuwendung und Trösten) in einer Sitzung durchzuhalten. Es scheint aber zu gehen, daß man den Zyklus unterbricht und in der nächsten Sitzung fortsetzt, wobei man wieder einige Schritte weiter vorn beginnt.

Es scheint hier weniger auf die körperliche Erschöpfung anzukommen als auf die „Einsicht“, sich des Festhaltens auf Dauer nicht erwehren zu können. In einem Fall zog sich auf diese Art ein Therapie-Zyklus über eine ganze Woche hin, kam dann aber doch zum En-

de, indem der Klient aufgab, zu weinen begann und sich trösten lassen konnte.

- So wird es nötig, Kriterien zu finden, wann eine Sitzung abgebrochen werden kann. Auf keinen Fall darf der Klient dabei den Eindruck gewinnen, durch seine Abwehr den Abbruch herbeigeführt und damit „gewonnen“ zu haben. Der Abbruch darf dann erfolgen, wenn der Klient seine Abwehr gerade unterbricht, evtl. sogar Ansätze von Zuwendung zeigt (z.B. kurz lächelt) und den Abbruch offensichtlich nicht erwartet.
- Eine Zeitdauer von 45 bis 90 Min. pro Sitzung hat sich als günstig erwiesen. Kürzer sollte eine Sitzung nur sein, wenn sie z.B. die Beruhigung bei einem Erregungsausbruch zum Ziel hat und diese eingetreten ist. Hin und wieder ist es von Nutzen, eine längere Zeit anzusetzen (2 bis 3 Stunden), um z.B. einen fälligen Durchbruch zu erzielen.
- Als ideale Häufigkeit der Sitzungen gebe ich stets einmal täglich an. Realistisch ist, auch bei bestem Willen der Mitarbeiter, eine Häufigkeit von 3- bis 4mal pro Woche.
- Die Art des Festhaltens muß der Körpergröße und -kraft der Beteiligten angepaßt werden. So ist es bei größeren Klienten oft besser, sich auf ihren Schoß zu setzen, evtl. auf ein dickes Kissen zwischen ihren Oberschenkeln. Das Festhalten kann auch im Stehen erfolgen, oder indem man auf dem Klienten liegt. Wichtig ist für den Klienten, die Überlegenheit des Partners möglichst eindeutig zu spüren.
- Es kann nötig sein, daß zusätzliche Personen beim Festhalten helfen, z.B.

indem sie Hände oder Beine des Klienten halten. Dabei muß klar sein, wer direkter Partner des Klienten ist, mit ihm spricht oder Blickkontakt aufnimmt. Die übrigen Helfer müssen sich zurückhalten, um nicht abzulenken. Es muß auch sicher sein, daß jedesmal mehrere dabeisein können.

- Besser scheint mir oft der Einsatz mechanischer Hilfen. So bewährt sich ein breiter „Festhalte-Gürtel“, der beide Partner umschließt und damit die Arme des Festhaltenden entlastet. In einem Fall wäre die Therapie auch mit Hilfe mehrerer Personen undurchführbar geworden, hätten wir nicht die Hände des Klienten mit breiten Bändern um den Festhaltenden herum festgebunden, um sie bei nachlassender Abwehr wieder zu lösen. Vorteil mechanischer Hilfen scheint mir, daß der Klient weiterhin erlebt, von einer Person festgehalten zu werden, die seinen Kontakt fordert und keine Ablenkung zuläßt. Nachteilige Auswirkungen auf die Therapie ließen sich noch keine beobachten.
- Sehr fördernde Wirkung kann es haben, wenn man beim Festhalten die erlebten Gefühle des Klienten akzeptierend verbalisiert. Schon mehrere Male erlebte ich, wie dadurch die offene Äußerung von Gefühlen wie Trauer, Wut, Freude ermöglicht wurde, die Zugang bot für tröstende, verständnisvolle, teilnehmende Zuwendung.
- Festhalte-Therapie löst meist zunächst weder spektakuläre noch meßbare Veränderungen beim Klienten aus. Die Betreuer oder Eltern bemerken jedoch meist sehr rasch, daß sich etwas tut, zum Teil schon nach der ersten Sitzung. Häufig beschriebene Veränderungen sind: gesteigertes Interesse für die Erzieher; häufigere, spontane Aufnahme von Blickkontakt; verbesserte Umstellungsfähigkeit und Lenkbarkeit; Ansätze, aktiv körperliche Zuwendung zu geben (umarmen, streicheln); nicht-schematisierte, angemessene Gefühlsäußerungen wie Weinen, „echtes“ Lachen; verminderte Häufigkeit von Toben, Autoaggressionen usw.; Ansätze zu vermehrter Kontaktaufnahme zu Mitbewohnern; Ansätze zu angemessenem Umgang mit Gegenständen; höhere Motivation zur Beteiligung an Beschäftigungsangeboten.
- In manchen Fällen kann es ausreichend sein, das Festhalten nur zur Überwindung akuter Krisen einzusetzen, wie bei einem Mädchen, dessen autistische Symptomatik nicht so ausgeprägt ist. Gelang es ihr nicht, den Umgang mit den Erzieherinnen nach ihren Vorstellungen zu strukturieren, begann sie zu schreien und zu toben. Seit sie als Reaktion nicht nur isoliert, sondern öfter auch festgehalten wird, ist sie deutlich lenkbarer.
- In anderen Fällen, in denen eine konsequente Festhalte-Therapie nicht möglich ist, kann schon ein angedeutetes Festhalten Wirkung zeigen, wie z.B. die Hand des Klienten so lange zu halten, bis seine Abwehr kurz nachläßt. Schon dies kann vermehrtes Interesse an den Erziehern, häufigeren Blickkontakt und deutlichen Wunsch nach körperlicher Zuwendung auslösen.

- Den Erziehern macht die Rolle der Abwehr im Therapieprozeß die meisten Probleme, und auch ich muß mir immer wieder den Zusammenhang klarmachen: Es geht darum, die Angst des Klienten vor fremdstrukturierten Situationen in der Therapiesitzung zu aktualisieren, um ihn erleben zu lassen, daß diese Angst unnötig ist und er sie aufgeben kann. Am einsichtigsten ist dies, wenn die Angst akut geäußert wird, z.B. in einem Erregungsausbruch, und ich ihn dann festhalte und beruhige. Für einen kontinuierlichen Therapieverlauf jedoch muß das Festhalten auch unabhängig von akuter Angstäußerung durchgeführt werden. Dann wird die Angst in der Sitzung durch Strukturierung der Situation ins Erleben gebracht.
- Ganz offen zugestanden werden muß, daß die Festhalte-Therapie für alle Beteiligten eine harte, anstrengende Sache ist, die mehr als das übliche Engagement verlangt. Am ehesten sind die Mitarbeiter in den Fällen zu motivieren, die langfristig ebensoviel Einsatz an Körper- und Nervenkraft erfordern, die sich in die Festhalte-Therapie mit mehr Hoffnung auf Veränderung investieren läßt.
- Die Festhalte-Therapie läßt sich in einem Zusammenhang sehen mit anderen Interventionsmöglichkeiten beim selben Klientel, an deren Erprobung in unserem Heim gearbeitet wird: gestalttherapeutische Körperarbeit (Belems 1981) und Basale Kommunikation (Mall 1983). Dabei läßt sich eine Stufung in der Konsequenz feststellen, mit der von Klienten eine Veränderung gefordert wird, sowie parallel

dazu eine Stufung im Engagement der Beteiligten. Während Basale Kommunikation keine Veränderung des Klienten, sondern der Kommunikationsebene anstrebt, Festhalte-Therapie dem Klienten dagegen gar keine Wahl läßt, als sich zu verändern, nimmt die Körperarbeit eine Mittelstellung ein.

8. Realistische Erwartungen

Nach noch nicht einmal einem Jahr der praktischen Erprobung ist es noch bei weitem zu früh, um zu einer umfassenden Einschätzung der Möglichkeiten zu gelangen, die sich mit der Festhalte-Therapie auftun. Auch kann noch zu wenig gesagt werden, welche Risiken sich mit der Durchführung verbinden. Es scheinen sich jedoch mit der Festhalte-Therapie auch unter Heimbedingungen bei Personen mit autistischem Verhalten deutliche Verbesserungen erreichen zu lassen, mehr als bisher mit anderen Methoden möglich waren.

Wahrscheinlich ist andererseits wohl, daß die Prognose des Therapieverlaufs unter Heimbedingungen weniger optimistisch sein kann als die erfolgreichen Fälle, die aus der ambulanten Praxis von Frau Welch berichtet werden. Zu einer realistischen Einschätzung wird es jedoch noch einer längeren Zeit der Erprobung bedürfen, in der eine genaue und kritische Beobachtung nötig ist.

Besonderes Augenmerk sollte dabei auf folgende, noch offene Fragen gerichtet werden:

- Wie wirkt es sich langfristig auf die Entwicklung des Klienten aus, daß ihm eben keine wirklich gleichbleibende Bezugsperson angeboten werden kann?

- Wie wirkt sich ein Wechsel der beteiligten Erzieher auf den Therapieverlauf und die Entwicklung des Klienten aus?
- Wie läßt sich der unvermeidliche Wechsel so gestalten, daß die negativen Auswirkungen so gering wie möglich werden?
- Läßt sich die Therapie an einem Punkt abschließen, welches sind die Kriterien dafür, oder muß sie als begleitende Dauerintervention angesehen werden?
- Können die Gruppenerzieher ihr Engagement langfristig neben ihren sonstigen Aufgaben — und den Ansprüchen der übrigen Heimbewohner — aufrechterhalten?
- Wie läßt sich die Festhalte-Therapie mit anderen, aktuell entwickelten Interventionsmöglichkeiten (Körperarbeit, Basale Kommunikation) kombinieren?

H.E. KEHRER: Kindlicher Autismus — eine Angstneurose?
in: Zeitschrift autismus, Heft 12/1981

W. MALL: Personen mit autistischem Verhalten im Heim für geistig Behinderte
in: Bundesverband Hilfe für das autistische Kind e.V. (Hrsg.): Die Zukunft des jugendlichen und erwachsenen Autisten, Tagungsbericht der 5. Bundestagung, Hamburg 1982

W. MALL: Basale Kommunikation — einen Weg zum anderen finden. Manuskript, Veröffentlichung geplant in Zeitschrift Geistige Behinderung, Heft 4/1983

J. PREKOP: Förderung der Wahrnehmung bei entwicklungsgestörten Kindern
in: Zeitschrift Geistige Behinderung, Hefte 2,3,4/1980

J. PREKOP: „Festhalten“ — Erste praktische Erfahrungen nach Tinbergen und Welch
in: Zeitschrift autismus, Heft 13/1982

E.A. u. N. TINBERGEN: Early Childhood Autism — An Ethological Approach
in: Fortschritte der Verhaltensforschung Heft 10, Berlin/Hamburg 1972

N. TINBERGEN: Eine wirksame Therapie für kindlichen Autismus
Kurzfassung des Vortrags auf der 31. Tagung der Nobelpreisträger, Lindau 1981

Literatur:

V. ANTONS-BRANDI: Elternerfahrungen bei der Therapie: Festhalten nach Tinbergen — Welch
in: Zeitschrift autismus, Heft 14/1982

T. BESEMS: Therapie mit geistig Behinderten
Prospekt des Instituts für Gestalttherapie und Gestaltpädagogik, Postbus 5, NL-5366 Megen, 1981

„Die Trauerweide weint immer mit leiser Stimme“*

Kreativität und geistige Behinderung

Gerd Grampp

Was ist Kreativität?

In dem Gedicht von Jane C., dessen Anfangszeile als Überschrift gewählt wurde, wird deutlich, daß sie — 31 Jahre alt mit Trisomie und IQ 54 — eine „Schöpferin“ ist, daß sie kreativ ist. In diesem künstlerischen Sinne wird der Begriff „Kreativität“ sehr oft gebraucht. Ein Künstler erschafft ein Kunstwerk, etwas Neues, noch nie Dagewesenes, er „kreiert“ ein Produkt. Das Produkt ist eine „Creation“, die z. B. ein „Modeschöpfer“ entworfen und so Realität hat werden lassen.

Der Begriff Kreativität steht für eine ganze Reihe anderer Begriffe wie Produktivität, Schöpferium, Phantasie, Imagination, Genialität, Hochbegabung, Originalität, Neuheit, Erfindungsreichtum, Entdeckung, Offenheit, Umstellungsfähigkeit, Flexibilität, Wendigkeit, Spontaneität u. a.

Aus der Aufzählung verwandter Begriffe kann abgeleitet werden, daß Kreativität ein „schillernder“ Begriff ist, der zunächst einmal beschrieben und definiert werden muß. Dabei können mehrere Gesichtspunkte berücksichtigt werden, nämlich das kreative Produkt, der kreative Prozeß, die kreative Persönlichkeit.

Das kreative Produkt: „Ein kreatives Produkt ist ein neues Produkt, das von einer Gruppe zu irgendeinem Zeitpunkt als brauchbar oder befriedigend angesehen

wird“ (Stein 1953). Andere Beschreibungsmerkmale sind ungewöhnlich, selten, wertvoll u.ä.

Der kreative Prozeß: Er ist das Wahrnehmen von Problemen, das Entwickeln und Prüfen von Lösungen und die Mitteilung dieser Lösungen.

Die kreative Persönlichkeit: Sie wird gekennzeichnet durch Abweichungen vom „Durchschnitt“ wie Unangepaßtheit, Orientierung an den persönlichen Bedürfnissen, sich selbst genügend u.ä.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, daß „kreative“, d.h. abweichende Persönlichkeiten Probleme entdecken und dafür neue Lösungen finden. Daraus läßt sich eine Definition ableiten, die tatsächlich nur auf wenige Menschen zutrifft. Schließlich hat nur einer den Motor erfunden, das Penicillin entdeckt, die Mona Lisa gemalt usw.

Es stellt sich also die Frage, ob alle, die nicht Künstler, Erfinder oder Entdecker sind, deshalb auch als un kreativ bezeichnet werden müssen. Williams (1967) und Guilford (1950) nehmen an, daß alle Menschen kreative Fähigkeiten — wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß — besitzen und diese auch alltäglich für die Lösung ihrer Probleme einsetzen. Auf diese „Alltagskreativität“ zielt auch ein Definitionsvorschlag von Mead (1949): Wenn ein Mensch etwas für sich Neues entdeckt oder herstellt, ist er kreativ. Diese Beschreibung der Kreativität legt es nahe, auch bei geistig behinderten Menschen

*Anfangszeile des Gedichts „Trauerweide“ von Jane C.
In: Sehweisen — Kunst geistig Behinderter

aus: Zeitschrift „Zur Orientierung“
Heft 4/84

Betr.: Das Leiden an Begriffen (Zur Orientierung, 1 + 2/ 1984)

Mit Erleichterung lese ich oben genannten Beitrag. Seit über vier Jahren lebe ich in einem Wohngebiet, 12 km von der Einrichtung mit einer 12er Gruppe. Wir haben uns als Teil der Bevölkerung eingebürgert und keiner der Gruppenmitglieder legt Wert auf eine besondere Bezeichnung.

Es liegt aber auf der Hand, daß für die in Anspruch genommenen Leistungen und deren Bewilligung eine Sonderstellung nötig ist. Mein Vorschlag zur Diskussion wäre, den Begriff mehr auf die positive Seite der Einrichtungen zu verlagern.

Optisch würde es so sehen

Evang. Einrichtung mit umfassender Hilfe

Evang. Einrichtung mit unterstützender Hilfe

Evang. Einrichtung mit begleitender Hilfe

Johann Fuchs,
Wohngruppenleiter,
8867 Oettingen

Festhalte-Therapie im Heim — ein Nachtrag (Zur Orientierung, 1/83)

1. Am Ende des Artikels „Festhalte-Therapie bei Personen mit autistischem Verhalten im Heim für geistig Behinderte“ (Heft 1/1983) waren einige Fragen angeführt, die vor dem Hintergrund weiterer Erfahrungen mit diesem Ansatz geklärt werden sollten. Hier möchte ich nun einige Antworten zur Diskussion stellen, nachdem ich den Therapieverlauf bei einigen Heimbewohnern über ca. 2 Jahre hinweg beobachten konnte.

Dies auch, um der Gefahr entgegenzuwirken, daß das Festhalten doch eher auf bloße Technik verkürzt wird. Dabei würde versäumt, das Beziehungsfeld, in dem es stattfindet, sorgsam genug abzuklären und fortlaufend miteinzubeziehen.

2. Übereinstimmende Beobachtung beim längerfristigen Einsatz der Festhalte-Therapie bei 5 Heimbewohnern war, daß nach anfänglichen, deutlichen Verbesserungen der Verlauf nach einiger Zeit stagnierte. Es kam zu keinen neuen Entwicklungsfortschritten, und auch die einzelnen Sitzungen entbehrten immer mehr der nötigen Dynamik. Man hatte das Gefühl, der Klient zieht sich in sich zurück und läßt sie Sache über sich ergehen.

Im Rahmen des Erklärungsmodells, das diesem Ansatz zugrunde liegt, möchte ich diese Erscheinung wie folgt interpretieren: wenn ich jemanden festhalte, gebe ich damit — wenn vielleicht auch unausgesprochen — die Zusage einer beständigen, dauerhaften, „absoluten“ Bindung. Festhalten ohne Bindungsangebot ist dann ein Versprechen, das nicht eingelöst wird. Im Heim jedoch läßt sich ein so absolutes Versprechen nur bruchstückhaft einlösen, wodurch die Wirksamkeit des Festhaltens begrenzt wird. Nur insoweit, als die beim Festhalten zugesagte Bindung im Alltag verwirklicht werden kann, ist der Klient bereit, sich für neue Entwicklung zu öffnen. Ist die Grenze erreicht, verliert auch das Festhalten an Wirkung.

3. Eine zweite Erfahrung bezieht sich auf die Belastung, die das Festhalten für die beteiligten Mitarbeiter bedeutet. Das bezieht sich längst nicht nur auf die körperliche Anstrengung, die damit verbunden

ist, sondern noch mehr auf die psychische Belastung. Das Festhalten verändert nicht nur den Klienten, es macht auch etwas mit mir, es verändert mich auch.

Verschärfend tritt hier nun das prinzipielle Dilemma der Heimbetreuung von Personen, die entwicklungsblockierende emotionale Störungen aus der frühen Kindheit aufweisen, in aller Deutlichkeit zutage — und zwar zugespitzt auf meine persönliche Beziehung zu dem Menschen, den ich festhalte. Ich verspreche ihm etwas, was ich als einzelner in meiner beruflichen Rolle nicht erfüllen kann.

Dadurch bin ich in ein Spannungsfeld gestellt zwischen die absoluten Ansprüche des andern — deren Berechtigung ich bejahe — und meine sehr begrenzten Möglichkeiten. Das auszuhalten und zu verarbeiten wird oft sehr schwer und kann die Grenze der eigenen Belastbarkeit überschreiten.

4. Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen schlage ich folgende Leitlinien für den Einsatz der Festhalte-Therapie im Heim vor:

- Als längerfristige Maßnahme soll die Festhalte-Therapie nur bei Personen mit autistischem Verhalten eingesetzt werden, deren Tragbarkeit im Heim wegen ihrer störenden Verhaltensweisen infrage gestellt ist. Als generelle Therapie für Bewohner mit autistischem Verhalten kann dieser Ansatz unter Heimbedingungen nicht empfohlen werden — es sei denn im Rahmen einer konsequent strukturierten, milieu-therapeutischen Gruppe.
- Eher bietet sich das Festhalten als Krisenintervention an, um einer akuten

Verschlechterung im Verhalten eines autistischen Bewohners zu begegnen, z. B. bei massiven autoaggressiven oder aggressiven Ausbrüchen. Wichtig ist dann aber, so lange festzuhalten, bis sich der Klient wirklich beruhigt hat, und nicht zu früh aufzuhören. Auch muß die Möglichkeit gesehen werden, daß der Bewohner nach solchen Erfahrungen das Festgehaltenwerden gezielt zu suchen beginnt.

- Bei längerfristigem Einsatz der Festhalte-Therapie sollen sich möglichst alle festen Mitarbeiter der Wohngruppe daran beteiligen, die sich frei dafür entschieden haben. So wird der einzelne entlastet, indem er die Verantwortung mit den andern teilen kann. Aber auch für den Bewohner entspricht dies seiner Realität, da er im Heim sich ja ohnehin stets auf mehrere Bezugspersonen einstellen muß. Meine Zielvorstellung ist, daß das Team der Gruppenerzieher für den Klienten das zu ersetzen versucht, was im familiären Rahmen die Eltern bedeuten.
- Das Festhalten soll auf jeden Fall nur von Gruppenerziehern übernommen werden, da sie die kontinuierlichen Beziehungspartner der Bewohner darstellen — und nicht von gruppenfremden Fachkräften, die keine erzieherische Alltagsbeziehung zu dem Klienten haben. In der Festhalte-Situation wird der Keim einer pädagogischen Beziehung gelegt, und Erziehung findet nun mal im Alltag statt. Denkwert wäre eventuell der Einbezug von Lehrkräften oder WfB-Mitarbeitern in die Therapie, soweit das von den Rahmenbedingungen her möglich ist —

aber auch hier nur zusätzlich zu den Gruppenerziehern.

- Unabdingbar unter Heimbedingungen ist die andauernde Begleitung jeder Festhalte-Therapie durch eine erfahrene Fachkraft. Diese Supervision soll auf jeden Fall die häufige Beobachtung von Festhalte-Sitzungen beinhalten, da dabei der Stand der Therapie sowie sich entwickelnde Fortschritte und Probleme in aller Genauigkeit zu sehen sind. Im Blickpunkt darf dabei nicht nur die Entwicklung des Klienten stehen; es müssen darüber hinaus auch die Mitarbeiter in ihrer psychischen Situation begleitet werden. Das wird sicher nur in Form häufiger und offener Gespräche zu leisten sein, die auf gegenseitigem Vertrauen ruhen.
- Sehr viel Aufmerksamkeit muß darauf gerichtet werden, wie die erzieherischen Prinzipien, die der Festhalte-Therapie zugrunde liegen, im Alltag des Klienten, seiner Wohngruppe und seiner Betreuer verwirklicht werden können:
- Der gesamte Alltag muß nach Möglichkeit „festhaltenden“ Charakter bekommen. So werden Situationen der Anforderung und des Gewährlassens klar durch die Gruppenerzieher strukturiert. Wie das im einzelnen geschieht — was je nach Verarbeitungsfähigkeit des Klienten durchaus variabel und auf keinen Fall stur zu sein braucht — scheint mir weniger wichtig, als daß es für den Klienten erlebbar geschieht.
- Der Klient muß somit eindeutig erleben können, daß die führende Rolle in der pädagogischen Beziehung auf sei-

ten der Menschen liegt, die ihn festhalten. Das trifft sein Bedürfnis nach Sicherheit und Orientierung — das sich so oft hinter einer ambivalenten Abwehr versteckt — besser als eine unreflektierte Entscheidungsfreiheit, die ihn in das Chaos oder den Rückzug führt. Das spricht nicht gegen jedes Angebot an Entscheidungsmöglichkeiten, aber die Mitarbeiter müssen verantworten, in welcher Situation und unter welchen Alternativen sich der Klient wirklich entscheiden kann (Parallelen zur Erziehung von Kindern im ersten Lebensjahr).

- Je mehr die Gruppenerzieher die pädagogische Beziehung führend gestalten, um so nötiger wird es für sie, ihr Verhalten genau zu reflektieren, in Frage zu stellen und weiterzuentwickeln. Dazu wird es viele und regelmäßige Gespräche brauchen, und zwar über längere Zeit, da sich ja auch der Klient verändert und so immer neue Schritte nötig werden.
- Die Gefahr, daß daraus ein autoritärer und unterdrückender Erziehungsstil erwachsen könnte, beugt nach meiner Einschätzung die konkrete Erfahrung des Festhaltens vor. Sie fordert mich als Bezugsperson derart, daß ich mich ihr nur in wirklich liebevollem Engagement dem Klienten gegenüber auf Dauer aussetzen kann.

Die Festhalte-Therapie wird nur so viel Erfolg haben, wie weit sie sich im Alltag fortsetzt in Bindung, Beziehung, Erziehung.

- Eine Therapie-Sitzung sollte nach Möglichkeit nicht vor dem entspannten „happy-end“ abgebrochen wer-

den. Statt dessen sollte die Bezugsperson doch in jedem Fall versuchen, bis zu einem harmonischen Ende der Sitzung zu kommen, an dem der Klient das Zusammensein ohne Abwehr genießt, auch wenn dies die Geduld vor allem des begleitenden Supervisors auf die Probe stellt.

Scheint es unmöglich, zu einem schönen, harmonischen Ende der Sitzung zu gelangen — sei es dadurch, daß gar keine offene Abwehr gezeigt wird, sei es, daß sie nach kurzer Zeit wieder erlischt, aber statt von Zuwendung von Apathie abgelöst wird — dann ist zu prüfen, ob das Geschehen beim Festhalten in Widerspruch steht zu der Alltagsbeziehung zwischen dem Klienten und dem, der ihn festhält. Es läßt sich annehmen, daß je dichter und engagierter die Alltagsbeziehung der beiden, um so prompter und stärker die Abwehr, aber auch um so eindeutiger die folgende Zuwendung ist.

- Läßt sich im Verlauf der Therapie beobachten, daß die Dynamik innerhalb der Festhalte-Sitzungen immer stärker zurückgeht, und bleiben parallel dazu neue Entwicklungsschritte im Alltag aus, so ist anzunehmen, daß unter den gegebenen Verhältnissen die Grenzen erreicht sind. In diesem Fall sollte überlegt werden, mit den regelmäßigen Sitzungen auszusetzen. Die Möglichkeit bleibt, in künftigen Krisenzeiten des Klienten wieder auf das Festhalten zurückzugreifen.

Nach wie vor stehe ich zu der Einschätzung, daß die Festhalte-Therapie keinem Klienten, bei dem ich den Verlauf beobachten konnte, geschadet hat, sondern

daß bei allen — wenn zum Teil auch recht geringe — positive Veränderungen zu beobachten waren. So sollen obige Hinweise weniger vor dem Einsatz des Festhaltens abschrecken, sondern helfen, seine Möglichkeiten und Grenzen unter Heimbedingungen genauer abzustecken, und zu weitreichende Erwartungen zurückzunehmen, bevor sie in Resignation umschlagen.

5. Die Diskussion um das Festhalten als Therapie — gerade im Heim — ist sicher noch lange nicht am Ende. Das ist gut so, ja, sie sollte noch lebendiger und vor allem konkreter sein. Das steht vor der Erfahrung, daß meist diejenigen diesen Ansatz am besten verstehen und ihn als Hilfe erleben, die selbst in einer engagierten und lebendigen Beziehung zu einem Menschen mit autistischem Verhalten stehen und unmittelbar unter den Begrenzungen dieser Beziehung leiden. Dagegen tun sich therapeutische und andere übergeordnete Fachkräfte oft schwer, das Festhalten mit ihren bisherigen psychologischen und pädagogischen Konzepten in Einklang zu bringen. Das kann jedoch mit einemmal unwichtig werden, wenn sie selbst konkret erleben, wie über das Festhalten die schmerzlichen Grenzen einer autistisch geprägten Beziehung gesprengt und völlig neue, weitere Horizonte eröffnet werden.

6. Ohne die hervorragende Bedeutung praktischer Erfahrung schmälern zu wollen, will ich doch allen, die sich mit diesem Ansatz beschäftigen, die Auseinandersetzung mit der bisherigen Literatur empfehlen. Das gilt vor allem für das Werk von N. & E.A. Tinbergen: ‚Autistic‘ Children — new hope for a cure; London: George Allen & Unwin, 1983, das in Kür-

ze auch in Deutsch erscheinen soll. Für die praktische Anwendung besonders relevant ist der darin enthaltene Beitrag von M. Welch.

Weitere erschienene Aufsätze in chronologischer Ordnung:

H.E. Kehrer: Kindlicher Autismus — eine Angstneurose? Zeitschrift „autismus“ Heft 12, Oktober 1981 (Hrsg.: Bundesverband „Hilfe für das autistische Kind e. V.“, Hamburg)

J. Prekop: „Festhalten“ — Erste praktische Erfahrungen nach Tinbergen und Welch; Zeitschrift „autismus“ Heft 13, Mai 1982

V. Antons-Brandi: Elternerfahrungen bei der Therapie: Festhalten nach Tinbergen und Welch; Zeitschrift „autismus“ Heft 14, November 1982

J. Prekop: Anleitung der Therapie durch das Festhalten nach Welch/Tinbergen; Zeitschrift „autismus“ Heft 15, Mai 1983

L. Gleuwitz: Die zweite Geburt der kleinen Eva; Zeitschrift „Eltern“, Heft Mai

1983 (mit Farbbildern von Nomi Baumgartl)

G. Steiner: Erfahrungen mit der Tinbergen-Welch-Methode des „Haltens“; ebenda (Bericht eines Vaters)

J. Prekop: Das Festhalten als Therapie bei Kindern mit Autismus-Syndrom. Anwendung der Therapie durch das „Festhalten“ nach Welch/Tinbergen. Teil 1; Zeitschrift „Frühförderung interdisziplinär“ 2. Jhg, Heft 2/1983 (erscheint im Ernst Reinhardt Verlag, München)

G. Müller-Trimbush u. J. Prekop: Das Festhalten als Therapie bei Kindern mit Autismus-Syndrom, Anwendung der Therapie durch das „Festhalten“ nach Welch Tinbergen. Teil 2 (mit Fotos); Zeitschrift „Frühförderung interdisziplinär“ 2. Jhg., Heft 3/1983

U.H. Rohmann, H. Hartmann, H.E. Kehrer: Erste Ergebnisse einer modifizierten Form der Festhaltetherapie; Zeitschrift „autismus“ Heft 17, Mai 1984

Winfried Mall,
Hangweide 13,
7053 Kernen

Arbeitsergebnis des Kurses 36/84 der Fortbildungsdozentur Süd:
"Autismus" - Festhalten als Therapie, 15.-17.10.84 in Heidelberg;
Referenten: G.Emminger, G.Grampp, J.Kane, W.Mall, J.Prekop.

Vorläufige Empfehlungen
zum Einsatz der Festhalte-Therapie im Heim

Wegen der bislang unzureichenden Erfahrung, ganz zu schweigen von der unzureichenden, wissenschaftlichen Erforschung, sollte die Festhalte-Therapie als noch zu erprobende Maßnahme betrachtet werden, sowohl was die Indikationsstellung, als auch was die Durchführung betrifft.

Vor allem im Heimbereich scheint eine besonders sorgfältige Vorbereitung, eine überlegte Entscheidung über den Einsatz und eine genaue Reflexion der Durchführung notwendig.

Aus diesem Grund sollen folgende Empfehlungen beachtet werden:

(1) Entscheidungsprozess

Am Entscheidungsprozess über den Einsatz der Festhalte-Therapie bei einem bestimmten Klienten sollen folgende Personen beteiligt werden:

- die Mitarbeiter der Wohngruppe,
- der zuständige Erziehungsleiter,
- der Mitarbeiter, der die Begleitung übernehmen soll,
- eine neutrale Person von außerhalb des Bereiches oder des Heimes, die Erfahrungen sowohl mit Heimbedingungen als auch mit der Festhalte-Therapie hat,
- gegebenenfalls sonstige Mitarbeiter in verantwortlicher Stellung.

Die Entscheidung soll einstimmig zustandekommen.

Vor der Entscheidung sollen folgende Fragen und Bedingungen geklärt werden:

- Welche Probleme führen zur Indikationsstellung?
- In welchen strukturellen Bedingungen stehen die Probleme?
- Was wurde bisher an Interventionen versucht, welche weiteren kommen infrage?
- Wer kann das Festhalten durchführen?
- Ist eine angemessene Begleitung sichergestellt?
- Ist eine entsprechende Einbettung der Therapie in den pädagogischen Alltag sichergestellt?
- Die Maßnahme soll genau vorbereitet, Möglichkeiten der Durchführung vorher im Rollenspiel erprobt werden.
- Die Möglichkeit zur kontinuierlichen Durchführung über längere Zeit muß soweit möglich garantiert sein.
- Die beteiligten Mitarbeiter müssen über den zu erwartenden zeitlichen, physischen und psychischen Aufwand informiert sein.
- Der Verlauf und Veränderungen im Vorgehen sollen dokumentiert werden.
- Medizinische Risiken bei der Durchführung müssen abgeklärt sein (Belastbarkeit, Anfallsrisiken, usw.).
- Die Information der Eltern, wenn möglich ihre Einbeziehung in die Therapie soll geklärt sein.

(2) Durchführende Personen

Das Festhalten führen in der Regel Erzieher/-innen der Wohngruppe durch. Sonstige Personen kommen nur infrage, wenn sie im Alltag des Klienten eine konstante Rolle spielen.

Das Festhalten soll von mindestens zwei Mitarbeitern übernommen werden. Die Mitarbeiter entscheiden sich freiwillig, sich an der Therapiedurchführung zu beteiligen. Zuvor müssen sie aufgeklärt werden, welcher zeitliche, körperliche und psychische Einsatz damit verbunden ist, und sich ausdrücklich, evtl. schriftlich, dazu bereiterklären.

Die Personen, die das Festhalten durchführen, sollen in seine theoretischen Hintergründe eingeführt werden und Gelegenheit zur praktischen Einübung in die Festhalte-Situation haben. Sie sollen die notwendigen medizinischen Maßnahmen beherrschen, die im Einzelfall erforderlich werden könnten.

(3) Begleitung

Keine Festhalte-Therapie darf ohne konstante Begleitung durch eine entsprechend qualifizierte Fachkraft stattfinden. Für die Begleitung sind folgende Bedingungen zu beachten:

- Der/die Begleiter/-in soll mehrjährige Erfahrung im Heim und im Umgang mit Personen mit autistischem Verhalten haben.
- Er/sie soll Erfahrungen haben in der Gesprächsführung in Beratungssituationen.
- Zwischen den Festhaltenden und dem Begleiter muß ein Vertrauensverhältnis bestehen; er soll in der Regel kein Vorgesetzter sein.
- Der Begleiter soll in angemessenen Abständen bei Festhalte-Sitzungen persönlich anwesend sein, in der Anfangsphase bei jeder Sitzung.
- Zwischen den Begleitern von Festhalte-Therapien in verschiedenen Einrichtungen soll ein Erfahrungsaustausch angebahnt werden.
- Für Teamkonflikte, die im Verlauf der Festhalte-Therapie ausgelöst werden können, soll ein weiterer Ansprechpartner, möglichst mit gesprächs- bzw. gruppentherapeutischer Erfahrung, verfügbar sein.

(4) Durchführung

Für die Durchführung der Therapie ist folgendes zu beachten:

- Eine Sitzung soll nur stattfinden, wenn ein zweiter Mitarbeiter die übrigen Gruppenmitglieder betreuen kann.
- Jede Sitzung soll möglichst bis zur Entspannungsphase durchgehalten werden. Entsprechend viel Zeit ist einzuplanen.
- Die festhaltende Person soll im Anschluß an eine Sitzung noch für eine gewisse Zeit für den Klienten verfügbar sein.
- Jede Sitzung und der gesamte Therapieverlauf soll in Protokollen und Zwischenberichten dokumentiert werden.
- Maßnahmen zur Dynamisierung des Prozesses (Hervorrufen von Widerstand) müssen mit dem Begleiter reflektiert werden. Bei mangelnder Dynamik ist in Erwägung zu ziehen, wie weit ein Widerspruch zwischen Therapie- und Alltagssituation zugrundeliegt.
- Parallel zur Festhalte-Therapie muß eine sorgfältige, fortlaufende Überprüfung und Reflexion des gesamten Erziehungsmilieus stattfinden, um die Therapie in den pädagogischen Alltag einzubetten.

Diese vorläufigen Empfehlungen sollen für ein Jahr in der Praxis erprobt und dann, soweit erforderlich, verändert oder ergänzt werden.