

Autismus

Diagnostik, Therapie und Förderung

Schriftenreihe

Medizin für Menschen mit geistiger Behinderung, Bd. 2

herausgegeben von **Prof. Dr. med. Albert Diefenbacher**

Tanja Sappok
Linda Kienitz
Thomas Bergmann

Bethel-Verlag

Inhaltsverzeichnis

- 3| **Vorwort**
- 4| **Häufigkeit von Autismus bei geistiger Behinderung**
- 4| **Autismusdiagnostik im Berliner Behandlungszentrum**
- 6| Denk- und Wahrnehmungsbesonderheiten
- 6| Therapie- und Förderziele
- 7| **Autismustherapie – systematische, strukturierte
und verhaltenstherapeutische Ansätze**
- 9| **TEACCH: Strukturierung und Visualisierung**
- 15| **Musiktherapie bei Menschen mit Autismus**
- 16| **Empfehlungen zur Kommunikationsförderung**
- 17| **Krisen als Chance**
- 18| **Barrieren im Gesundheitssystem für Menschen
mit Autismus**
- 19| **Emotionale Entwicklungsstörungen**
- 22| **Zur Arbeit der Abteilung für Psychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik im KEH**
- 24| **Adressen und Literaturhinweise**

Liebe Leser- und NutzerInnen dieser Broschüre,

das Berliner Behandlungszentrum für erwachsene Menschen mit psychischer Erkrankung und geistiger Behinderung hatte im Jahr 2010 sein 10-jähriges Jubiläum gefeiert (www.keh-berlin.de/Presse&Publikationen im KEH Report; 10 Jahre BHZ).

Wir haben zusammen mit unseren Patienten sowie deren Angehörigen und Betreuern in dieser Zeit gemeinsam viel gelernt und einiges zusammen entwickelt, um die psychiatrisch-psychotherapeutische und medizinische Betreuung unserer Patienten zu verbessern.

Seit 2008 haben wir uns intensiv des Themas »Autismus bei Menschen mit geistiger Behinderung« angenommen. Die in diesem Zeitraum von uns entwickelten Materialien, aber auch Empfehlungen für den Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung und Autismus haben wir in der vorliegenden Broschüre erstmalig zusammengefasst.

Unsere Absicht ist es nun einen strukturierten Überblick darüber vorzulegen, mit welchen Methoden wir diagnostisch, therapeutisch und pädagogisch arbeiten. Auch die Gestaltung eines autismusfreundlichen Umfeldes sowie die alltägliche Begegnung im Umgang mit Menschen mit Autismus ist uns ein großes Anliegen. Schließlich haben wir darüber hinaus unser besonderes Augenmerk auf die emotionalen Bedürfnisse und emotionalen Entwicklungsprofile und -potentiale dieser Klientel gelegt. Die wissenschaftliche Entwicklung und praktische Integration solcher entwicklungspsychologischer Aspekte in unserer täglichen Arbeit kann der Interessierte unserer aktuellsten Publikation »Emotionale Entwicklungsstörungen bei Menschen mit Intelligenzminderung: Eine Fallkontrollstudie« entnehmen (Sappok et al. 2012). Dieser Zweig unserer Arbeit findet, ebenso wie unsere wissenschaftlichen Arbeiten zum Thema »Autismus bei Menschen mit geistiger Behinderung« in Kooperation mit renommierten deutschen und internationalen Forschergruppen aus den Niederlanden und den USA statt. Einen Überblick der Publikationen aus dem BHZ finden Sie im Literaturverzeichnis.

Wir betrachten diese Broschüre als Grundlage für die weitere Entwicklung unserer Arbeit im Behandlungszentrum. So sind wir sehr daran interessiert, dass Sie als Nutzer uns Rückmeldung darüber geben, was Ihnen in dieser Broschüre fehlt, oder auch was Ihnen nicht nachvollziehbar erscheint. Wir betrachten die Erstellung solchen Materials als gemeinsame Aufgabe von Professionellen, Betroffenen sowie Angehörigen und Betreuern!

Prof. Dr. med. Albert Diefenbacher MBA
Berlin im Juni 2012



Das Behandlungszentrum

Häufigkeit von Autismus bei geistiger Behinderung

Menschen mit Intelligenzminderung leiden häufig an einer zusätzlichen Autismusspektrumstörung. Zur Vermeidung von Fehlbehandlung und Optimierung der Therapie- und Förderplanung ist die sorgfältige Abklärung einer Autismusspektrumstörung erforderlich. Dadurch können langfristig Kompetenzen entwickelt, Lebensqualität erhöht, Problemverhalten reduziert und zusätzliche psychische Krankheiten verhindert werden.

Abbildung 1

Prävalenz = Häufigkeit

Jeder vierte Mensch mit Intelligenzminderung hat eine Autismusspektrumstörung



Autismusdiagnostik im Berliner Behandlungszentrum

Diagnose: Die Triade (Wing & Gould, 1979)

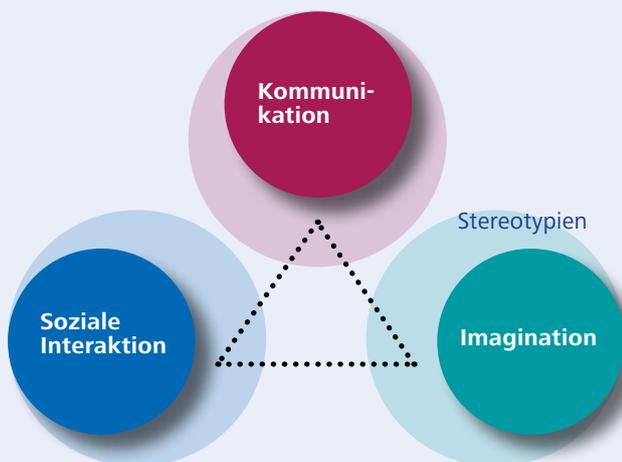


Abbildung 2: Diagnosekriterien

Autismus ist eine tiefgreifende Entwicklungsstörung, die zu Auffälligkeiten in der sozialen Kommunikation und Interaktion sowie stereotypen, ritualisierten Verhaltensweisen und eingeschränkten Interessen führt. Autismus ist eine lebenslang anhaltende Störung und kommt besonders häufig bei Menschen mit Intelligenzminderung vor (s. Abb. 1). Die klinische Diagnose basiert auf einer Summe von Verhaltensmerkmalen, deren Erfassung eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erfordert.

Der diagnostische Prozess ist zweistufig

1. Screeningphase

Bei Autismusverdacht erfolgt neben der ausführlichen Anamnese zunächst eine erste Sondierung mit Hilfe relativ unaufwendiger Untersuchungsinstrumente bzw. Fragebogen (Autismus-Screening). Hier legen wir auf eine multiperspektivische Beurteilung durch verschiedene Berufsgruppen wert.

- Beurteilung durch den behandelnden Arzt (ICD-10 Autismus-Checkliste)
- Beurteilung durch Pflegepersonal bzw. Betreuer (DIBAS: Diagnostischer Beobachtungsbogen für Autismus-Spektrumsstörung)
- Beurteilung durch Betreuer bzw. Eltern (FSK-aktuell: Fragebogen zur Sozialen Kommunikation)
- psychologischen Beurteilung durch Interview mit professionellem Betreuer (SEAS-M: Skala zur Erfassung von Autismusspektrumsstörungen bei Minderbegabten)
- sowie einer Beurteilung des Aggressivitätsniveaus (MOAS) und der Verhaltensauffälligkeiten (ABC-Bogen: Aberrant Behaviour Checklist).

In der daran anschließenden, interdisziplinären Fallbesprechung (behandelnde Ärzte/Krankenpflegepersonal, Autismus spezialisierte Ärzte/Psychologen /Musiktherapeuten /Heilerziehungspfleger) werden die erhobenen Befunde ausgewertet.

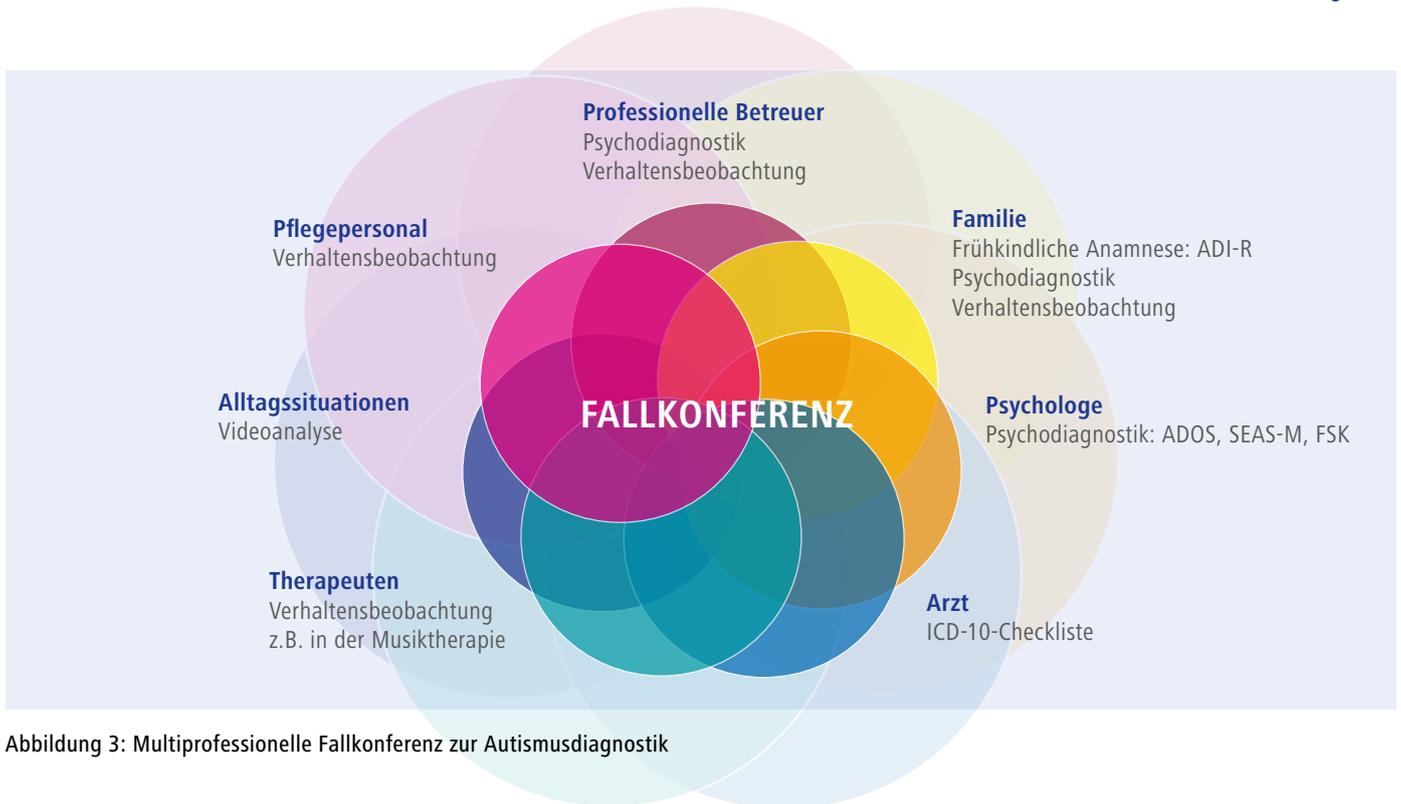


Abbildung 3: Multiprofessionelle Fallkonferenz zur Autismusdiagnostik

2. Diagnostikphase

Bei Bestätigung des Autismusverdachts wird zur Diagnosesicherung eine weiterführende psychologische Diagnostik vorgenommen. Diese umfasst den:

- ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised ausführliches Elterninterview über die frühkindliche Entwicklung),
- ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule: semi-strukturierte Spiel- und Interaktionssituation zur Erfassung von Kommunikation, sozialer Interaktion und Spielverhalten),
- sowie eine musiktherapeutische Diagnostik (MUSAD: Musik basierte Autismus Diagnostik; Bergmann et al., 2012)



Ggf. werden ergänzende anamnestische Angaben (u.a. Zeugnisse etc.) eingeholt. Sehr aufschlussreich sind auch Videoaufnahmen von typischen Alltagssituationen durch Angehörige, Wohngruppe oder Werkstatt bzw. bei stationären Patienten durch das Pflegeteam, die im Rahmen der diagnostischen Fallkonferenz bezüglich autistischer Merkmale analysiert werden. Je nach Bedarf wird von der Psychologin ein kognitives Leistungsprofil erstellt und/oder das emotionale Entwicklungsprofil bestimmt und/oder eine Förderdiagnostik (PEP-III, förderdiagnostisches Instrument für Jugendliche und Erwachsene mit Autismus) durchgeführt. Im Rahmen einer zweiten Fallkonferenz erfolgt die differentialdiagnostische Einordnung und Erarbeitung von Empfehlungen zum weiteren Vorgehen. Die Diagnose, die erhobenen Befunde und Therapieempfehlungen werden dem Helfersystem und den Angehörigen des Patienten im Rahmen einer Visite durch den behandelnden Arzt, die Psychologin und ggf. Heilerziehungspflegerin mitgeteilt. Es wurde Infomaterial zusammengestellt, um die Aufklärung und den Informationstransfer in das Lebensumfeld des Patienten zu erleichtern.

Therapeutisches Gespräch im Behandlungszentrum

Autismustherapie – systematische, strukturierte und verhaltenstherapeutische Ansätze

Wesentlich in der ganzheitlichen Therapie- und Förderplanung bei Menschen im Autismusspektrum ist die Berücksichtigung der autistischen Denk- und Wahrnehmungsweisen sowie die Gestaltung eines Autismus freundlichen Umfelds. Darüber hinaus sind auch das emotionale Entwicklungsniveau und die damit verbundenen affektiven und emotionalen Grundbedürfnisse zu berücksichtigen.

Umwelt

Das Lebensumfeld dem Menschen mit Autismus anpassen, wenn er sich aufgrund seiner Störung z. T. nicht der Umwelt anpassen kann.

Mensch mit Autismus

Nicht gegen, sondern mit dem Autismus arbeiten! Das heißt Ressourcen aufspüren und autistische Besonderheiten beachten.

Kernbereiche eines individuellen Förderplans sind

- 1 Aufklärung und Einbeziehung des Lebensumfelds
- 2 Systematisierte, strukturierte pädagogische und verhaltenstherapeutisch orientierte Ansätze
- 3 Körper-, affekt- und beziehungsorientierte Ansätze
- 4 Kompetenzaufbau
- 5 Anpassung der Umwelt
- 6 Nicht gegen, sondern mit dem Autismus arbeiten
- 7 Kontakt mit »peers« (z. B. Mitbewohner, Kollegen) ermöglichen
- 8 Strategien wählen, die dauerhaft angewendet werden können

Autismustherapie

Systematisierte, strukturierte, pädagogisch-verhaltenstherapeutische Ansätze

Umwelt

das Lebensumfeld anpassen,

- Struktur, Vorhersehbarkeit
- Reizreduktion
- Berücksichtigung der Denk- und Wahrnehmungsbesonderheiten
- Einbeziehung der Familie
- Teilnahme am gesellschaftlichen Leben

Mensch im Spektrum

Nicht gegen, sondern mit dem Autismus arbeiten

- Kommunikation (rez./expr.)
- Lebenspraktische Fertigkeiten
- Erholung/Freizeit
- Arbeit
- Soziale Kompetenz
- Beziehungsfähigkeit
- Kontakt mit Gleichrangigen

Strategien wählen, die dauerhaft angewandt werden können



Arbeiten mit Piktogrammen: Information und Kommunikation



Erstellung individueller Tagespläne



Selbstentscheiden durch Hilfestellungen



Bereiche farblich abgegrenzt markieren



Eigenverantwortung und Entscheidungsfähigkeit fördern
Markus Kekspan



Therapiegarten mit Schaukel
Tiefenstimulation



Unabhängigkeit fördern
Erklären/Visualisieren von Funktionen



Darstellung des Behandlungsangebotes
Information und Kommunikation

TEACCH

Im Erwachsenenbereich wird in Deutschland derzeit vor allem nach dem TEACCH Ansatz (**T**reatment and **E**ducation of **A**utistic and related **C**ommunication handi-capped CHildren) gearbeitet. Hierbei handelt es sich um ein vor rund 30 Jahren von Eric Schopler entwickeltes, integratives pädagogisches Rahmenkonzept auf lern-theoretischer Basis mit dem Ziel einer größtmöglichen Selbständigkeit und Lebensqualität. Dies wird durch den »Zwei-Wege-Ansatz« (individuelle Entwicklungsförderung und Anpassen der Umwelt durch Strukturierung und Visualisierung) erreicht. Auch wenn es problematisch ist, die Effektivität dieses umfassenden, sehr individuell angewandten Programms zu messen, zeigen vielversprechende Untersuchungen nicht nur bei Kindern, sondern auch bei Erwachsenen eine Wirksamkeit.

Strukturiertes Lernen

Die Mappe für »Strukturiertes Lernen nach dem TEACCH Konzept« (von Division TEACCH) kann als »Wegweiser« für Betreuende verstanden werden. Mit Hilfe der einzeln aufgelisteten Punkte aus den verschiedenen Bereichen möchte man u. a. die größtmögliche Selbständigkeit des Betroffenen erreichen und deren Zufriedenheit fördern, was wiederum zu einer höheren Lebensqualität beitragen kann. Die einzelnen Punkte gelten sicher nicht für jeden und sollten als Vorschläge angesehen werden. Dennoch hat die Bezugsperson des Betroffenen die Möglichkeit mittels dieser Mappe zu überprüfen, in wie weit bereits TEACCH Elemente implementiert werden konnten (Werkstatt, Wohnumfeld). Ebenso können daraus Förderziele für den Menschen mit Autismus abgeleitet werden.



Visualisierungshilfen zur Verbesserung alltagsrelevanter Fähigkeiten

Arbeit/lebenspraktische Fertigkeiten:

- Siehe Punkte: Tagesplan/Struktur, Kommunikation
- Interessen und Stärken herausfiltern und fest im Tagesplan verankern
- ggf. Handlungsabläufe in kleinsten Schritten erklären (Hand zum Griff heben, am Griff ziehen, Hand zur Dose führen, Dose mit der Hand greifen...)
- Eventuell mit Piktogrammen arbeiten, um Handlungsschritte zu verdeutlichen
- Abgrenzung und Visualisierung der Bereiche: Essen, Beschäftigung, Hygiene, schlafen usw.

Beispiele:

- Gestaltung eines Platzbereiches z. Bsp. durch farbige Unterlage, farbigen Stuhl
- Farbliche Markierungen: »Das ist mein Platz!«
- Markierungen mit Piktogrammen oder Schrift an Schränken, Regalen etc., damit sich Menschen mit Autismus zurechtfinden



Strukturierung von Raum



Arbeiten am TEACCH Tisch

Erholung/Freizeit

- Beschäftigung ist für Betroffene meist erträglicher als unstrukturierte Pausen!
- festen Platz schaffen, wo Freizeitgestaltung stattfinden kann
- Interessen und Stärken herausfiltern und fest mit im Tagesplan verankern

Ruhephasen

- fest im Tagesplan verankern
- festen Platz für Ruhephasen schaffen (Bett, Couch, Sessel)
- mit Sonderinteressen arbeiten (Hörbuch, CD...) und Handlungsabläufe strukturieren (erst CD wählen, dann hinsetzen...)

Soziale Kompetenz

- Rituale wie Begrüßung/ Verabschiedung üben
- in der Interaktion begleiten und unterstützen
- Methode verwenden, die der Betroffene erlernen kann, um Wünsche zu äußern (Piktogramme, Gegenstände, Gesten usw.)
- Kommunikation vormachen und vermitteln, dass der Betroffene durch Kommunikation etwas bewirken kann (z.B. Bedürfnisbefriedigung durch die Äußerung von Bedürfnissen)
- Aufgaben verteilen (Tisch decken, Müll rausbringen...)
- mit Lob und positiven Verstärkern arbeiten

Beziehungsfähigkeit

- an den Tätigkeiten/Interessen des Betroffenen anknüpfen, diese als Ausgangspunkt wählen, sich auf den Betroffenen einlassen
- »Spiegeln«, d.h. nachahmen ohne vorzuführen, dabei kleinste Variationen einbauen (guter Weg, um Kontakt herzustellen und Interaktions- und Beziehungsfähigkeit weiter zu entwickeln)
- Gestik verwenden, die der Betroffene erlernen kann, um Wünsche zu äußern (bei fehlender Sprache)
- Kommunikation vormachen
- In der Interaktion begleiten
- Kontakt und Interaktion dosieren, zeitlich begrenzen, da das für den Betroffenen sehr anstrengende Situationen sind
- Veränderungen ankündigen, ihn dabei begleiten
- emotionales Entwicklungsniveau und damit verbundene Bedürfnisse beachten



Strukturierung des Tages und Ankündigung von Ereignissen: Tagesplan mit Piktogrammen

Umwelt

Tagesplan/Struktur

Eine strukturierte Planung dient als Stütze und Pfad durch den Tag und ist sehr wichtig, um Ängsten/Panik vorzubeugen:

- der Tagesplan sollte Punkte beinhalten, die für den Betroffenen wichtig und interessant sind
- Motivation erhöhen
- Gestaltung individuell mit Piktogrammen, Fotos, Schrift, Farben
- Plan muss visuell klar und übersichtlich sein, individuell angepasst
- Erledigtes sollte abgedeckt oder abgenommen werden (Kasten für »erledigte Aufgaben«)



Verdeutlichung von Raumgrenzen und -funktionen im Flurbereich



Strukturierung von Zeit mit Piktogrammen und TimeTimer



Tagesstrukturierung und Vorbereitung auf Veränderung (Mitarbeiterwechsel)



Tast-, Klang- und Schnuppertafel

Vorstellung von Zeit

Menschen mit Autismus haben oft kein Zeitgefühl, können nichts anfangen mit »gleich, morgen, heute Abend, in einem Monat...«

- z.B. Einsatz eines »Time Timers« (Zeit-Vergeh-Uhr) in Verbindung mit Piktogrammen, Tagesplan...
- Rituale einführen, z.B. wenn Musik-CD zu Ende ist, ist auch die Pause beendet.

Reizreduktion

- Menschen mit Autismus können Reize weniger gut »filtern«.
- Visuelle Abgrenzung des Umfeld durch Regale, Raumteiler o.a., um Umgebung zu strukturieren und Ablenkung und Reizüberflutung zu vermeiden.
- Lichtverhältnisse und Beleuchtung optimieren (z.B. Deckenfluter statt Neon, Jalousien)
- Lärmpegel reduzieren (z.B. durch raumakustische Maßnahmen wie Dämmung durch Teppich)
- für gute Belüftung sorgen
- Rückzugsmöglichkeiten bieten.

Basale Stimulation (sich spüren können)

- Feste Griffe oder Massagen (mit Igelball, Bürste...) werden meist gut akzeptiert und auch eingefordert (großflächige Berührung ist besser als punktuelle Berührung)
- Berührungen vorher ankündigen

Umgang mit stereotypen Verhalten

- nicht grundsätzlich verbieten
- kann für den Betroffenen Entspannung bedeuten
- unterbrechen, wenn der Betroffene einen sehr langen Zeitraum verharrt, sich darin »verliert«
- umlenken: z.B. durch Anbieten neuer Tätigkeiten oder anderer Reize



Rückzug ermöglichen

Checkliste für strukturiertes Lernen

Räumliche Struktur	Erklärung
1. Spezielle Bereiche für besondere Aktivitäten wie Gruppenarbeit Einzelarbeit, Freizeit und Tagespläne sind eindeutig definiert.	Dieser Punkt bezieht sich auf die allgemeine Gestaltung und Organisation der Räumlichkeiten. Sind die verschiedenen Bereiche eindeutig und visuell definiert? Achten sie auf räumliche Grenzen (z.B. werden Regale zur Begrenzung genutzt) und visuelle Zeichen (z.B. Klebestreifen auf dem Boden zur Abgrenzung eines Freizeitbereiches)?
2. Tägliche Aktivitäten finden in einem separierten Bereich statt.	Sind die täglichen Aktivitäten konsequent mit speziellen räumlichen Bereichen verbunden?
3. Materialien und Möbel sind in jedem Bereich so organisiert, dass die Grenzen klar sind.	Dieser Punkt bezieht sich speziell auf die räumlichen Grenzen. Auch wenn die Begrenzungen vorhanden sind, muss der Klient sie verstehen, damit die Struktur effektiv ist.
4. Materialien und Möbel sind so angeordnet, dass Ablenkendes für den Klienten reduziert ist.	Dieser Punkt befasst sich wieder mit der räumlichen Struktur, aber in diesem Fall geht es um die Frage der Ablenkbarkeit des Klienten (z.B. zu grelle Farben, bestimmte Muster, ungeordnete Gegenstände)
5. Materialien, Tagespläne, Kommunikationssysteme sind leicht für den Klienten zugänglich.	Dieser Punkt muss im Kontext dessen beurteilt werden, was für den Klienten erreichbar sein sollte. Zum Beispiel sollte eine Schere nicht für jeden zugänglich sein, aber der Betreuer sollte in der Lage sein, auf die Schere zugreifen zu können, um den angemessenen Umgang damit zu beaufsichtigen. Andererseits sollte der Tagesplan des Klienten immer für ihn zugänglich sein.
Visuelle Struktur	
1. Der Klient hat einen Tagesplan, der dem individuellen Level angepasst ist (z.B. Arbeit, Essen, Pause, Körperpflege).	Dieser Punkt bezieht sich auf das Vorhandensein eines individualisierten Tagesplans. Das individuelle Kommunikationsniveau (Objektebene, Piktogrammebene, Schriftebene) ist zu beachten.
2. Ein individualisiertes visuelles Aktivitätensystem ist für den Klienten vorhanden.	Aktivitätensysteme sollten von links nach rechts arrangiert sein und dem Klienten mitteilen, was zu tun ist, wie viel zu tun ist, wann er fertig ist und was als nächstes kommt.
3. Um die Unabhängigkeit des Klienten zu unterstützen gibt es visuelle Hilfen für bestimmte Aufgaben (z.B. Mahlzeit zubereiten, Kaffee kochen, Aufgabenmappe).	Dieser Punkt verweist spezifisch auf Anweisungen für spezielle Arbeitsaufgaben. Die Anweisungen sollten visuell eindeutig und die Materialien klar organisiert sein in der Form, so dass der Klient in der Lage ist, die Aufgabe unabhängig zu lösen
Assessment und Förderung	
1. Die Lernziele sind dem Alter des Klienten und dem allgemeinen Entwicklungsstand angepasst.	dieser Punkt bezieht sich auf die Förderziele und den Grad, inwieweit sie angemessen sind. Sowohl Lebensalter als auch Entwicklungsalter sollten berücksichtigt sein; das Entwicklungsalter ist jedoch wichtiger. Dieser Punkt reflektiert auch den Grad, inwieweit die Förderziele auf der Einschätzung des Klienten durch den Betreuer beruht.
2. Stärken und Schwächen sind in die Förderplanung integriert.	Bei diesem Punkt geht es um das Wissen des Betreuers über die Stärken und Schwächen des Klienten. Der Betreuer soll dieses Wissen anwenden, um Aktivitäten zu planen, bei denen die Stärken des Klienten genutzt werden, um Fähigkeiten aufzubauen.
3. Besondere Interessen/Stärken sind in die Förderaktivitäten integriert.	Dieser Punkt bezieht sich auf die Motivation des Klienten. Die Schlüsselfrage bei diesem Punkt ist, ob der Klient Bereitschaft zeigt, die geplanten Aktivitäten zu übernehmen oder nicht.
4. Funktioneller Hilfebedarf ist in die Förderplanung integriert.	Auch dieser Punkt befasst sich mit den Förderzielen für den Klienten. Die Betonung liegt in diesem Fall darauf, ob die Ziele relevant sind für den funktionellen Hilfebedarf oder nicht. Die Entwicklung von funktionalen Zielen sollte einem nützlichen Zweck dienen und anwendbar sein in verschiedenen Situationen. Ein Beispiel dafür wäre, dass man dem Klienten, der lesen kann, beibringt, wie man einen Busfahrplan liest, um seine Unabhängigkeit zu fördern.
5. Der Klient wird unterstützt, um die erworbenen Fähigkeiten in seinen Alltag zu übertragen.	Bei diesem Punkt geht es um den Einsatz des Betreuers, die Fähigkeiten zu generalisieren. Neue Fähigkeiten sollten in den verschiedensten Settings trainiert werden, und es sollte aktiv daran gearbeitet werden, Fähigkeiten und Fertigkeiten auch in anderen, neuen, ähnlichen Situationen anzuwenden.

Kommunikation	
1. Die Sprache der Bezugsperson ist angepasst (einfache Sprache, kurze Sätze, direkte Aufforderungen).	Dieser Punkt bezieht sich auf die rezeptive Sprachfähigkeit des Klienten. Wichtig ist hier, in welchem Ausmaß der Betreuer seine Sprache verändert, mit dem Ziel, dass der Klient ihn eindeutig versteht. Zum Beispiel gleicht der Mitarbeiter die Satzlänge, das Tempo der Sprache, den Grad der Komplexität, die Lautstärke oder den Ton an. Der Mitarbeiter sollte diese Punkte an die Fähigkeiten des Klienten angleichen, nicht nur eine globale Vereinfachung der Sprache vornehmen.
2. Verbale Kommunikation zum Klienten ist ergänzt durch visuelle Systeme wie Objekte, Bilder oder geschriebene Wörter.	Dieser Punkt bezieht sich auf die Unterstützung durch nonverbale Hilfen. Dies könnte der Gebrauch einer Tagesplankarte bedruckt mit dem Satz »Geh zum Tagesplan« sein. Ein anderes Beispiel wäre das Zeichen für »fertig« oder eine geschriebene Anweisung, wie eine Bastelaktivität vervollständigt werden soll.
3. Der Klient hat ein System für die expressive Kommunikation und wird ermuntert, es zu nutzen bzw. in seiner Kontaktfähigkeit gefördert.	Dieser Punkt bezieht sich auf die Ausdrucksfähigkeit des Klienten und den Grad, bis zu dem der Klient über ein expressives Kommunikationssystem verfügt und es nutzt. Ein solches Kommunikationssystem kann aus vollständigen Sätzen oder Bildern (Picture exchange, Objekten usw.) bestehen.
4. Kommunikationsziele sind in die tägliche Routine integriert.	Dieser Punkt fokussiert sich speziell darauf, ob regelmäßiges Kommunikationstraining stattfindet. Die Kommunikationsziele können formeller oder informeller Art sein.
Sozialverhalten/soziale Fähigkeiten	
1. Ziele und Strategien zur Förderung von sozialen und Freizeitfähigkeiten werden in der Planung erfasst.	Gibt es spezifische Ziele verbunden mit sozialen und/ oder Freizeitfähigkeiten? Diese Ziele können verbale oder traditionelle soziale Fähigkeiten beinhalten wie Hallo-Sagen, Hände schütteln, an der Reihe sein oder weniger offensichtliche Ziele wie Platz teilen, parallele Aktivitäten oder Teilen von Gegenständen/Spielmaterial mit anderen.
2. Freizeitaktivitäten werden gefördert, um die Unabhängigkeit bei der sinnvollen Gestaltung freier Zeit zu unterstützen.	Dieser Punkt befasst sich mit dem Ausmaß, in dem Freizeitfähigkeiten überhaupt vermittelt werden können, und mit der Weise der Vermittlung, die den Klienten befähigt, sie unabhängig nutzen zu können.
3. Das Training sozialer Fähigkeiten schließt Fähigkeiten ein, die genutzt werden können bei der Interaktion mit anderen Menschen.	Dieser Punkt befasst sich mit dem funktionalen Aspekt sozialer Fähigkeiten. Auch soziale Ziele sollten funktional sein. Ziel ist die direkte Übertragbarkeit erlernter Fähigkeiten in der Interaktion mit anderen.
Verhaltensmanagement	
1. Grenzen oder Regeln sind eindeutig für den Klienten.	Dieser Punkt bezieht sich darauf, in welchem Maß die Betreuer dem Klienten klar machen, was von ihm erwartet wird und wie er sich verhalten sollte. Die Betonung liegt darauf, ob der Klient diese Regeln versteht.
2. Auf problematisches und herausforderndes Verhalten des Klienten wird deutlich und einheitlich reagiert.	Hier geht es um den regelmäßigen Einsatz effektiver Strategien zum Umgang mit problematischem Verhalten. Erarbeiten Sie einen Krisenplan.
3. Wenn problematisches Verhalten auftritt, wird eine funktionale Analyse durchgeführt.	Der Fokus bei diesem Punkt liegt auf dem Verständnis des Mitarbeiters für die Gründe des Problemverhaltens und welche Strategien effektiv zum Abbau von Problemverhalten führen.
4. Positiv verstärkende Strategien werden gewählt.	Die meisten positiven Strategien beugen Verhaltensproblemen vor.
5. Pädagogische Konzepte und Krisenpläne werden regelmäßig überprüft und angepasst. Sie sind jedem bekannt und leicht zugänglich.	Dieser Punkt bezieht sich auf das Ausmaß der Dokumentation von Verhalten und Verhaltensprogrammen (z.B. Krisenplan) und einheitlichem Handeln im Team.
Zusammenarbeit mit der Familie	
1. Die Familie wird in die Förderplanung ihres Angehörigen einbezogen und gefragt, wie sie sich an Aktivitäten beteiligen will.	Die Eltern sollten kontinuierlich über die Ziele und Strategien informiert werden.
2. Mit der Familie erfolgt ein Austausch über den Umgang mit dem Klienten, über Regeln und Freiheiten und ggf. problematische Situationen.	Einheitliche Regeln, Strukturen und Umgangsformen in allen Lebensbereichen



SI (Sensorische Integration)

Schaukel: Tiefenstimulation und Entspannungsmöglichkeit

Berücksichtigung der Denk- und Wahrnehmungsbesonderheiten:

- oft besseres Sprachverständnis als verbaler oder non-verbaler Ausdruck
- Probleme bei der Handlungsplanung und Organisation (eingeschränkte Selbständigkeit)
- eingeschränkte Abstraktionsfähigkeit
- eingeschränkte Empathiefähigkeit (keine Ich-Du-Differenzierung, fehlendes Verständnis für Gefühle und Absichten anderer)
- ausgeprägte Detailwahrnehmung bei Schwächen im Erkennen von Zusammenhängen
- sensorische Vorlieben (z.B. Lichtreflexe) aber auch Überempfindlichkeiten (z.B. bestimmte Töne)
- Hitze-, Kälte- oder Schmerzunempfindlichkeit
- Abhängigkeit von Routinen und Ritualen, Angst bei Veränderungen

Einbeziehung der Familie

- interdisziplinäres Vorgehen unter Einbeziehung aller wesentlichen Bezugspersonen inkl. der Familienangehörigen

Teilnahme am gesellschaftlichen Leben

- interdisziplinäre Zusammenarbeit des Umfeldes unter Berücksichtigung der Besonderheiten bei Menschen mit Autismus

Auch bei Menschen mit Autismus sollte das Erlernen sowie Förderung der Selbständigkeit und die Eigenbestimmung im Rahmen der Möglichkeiten im Vordergrund stehen.

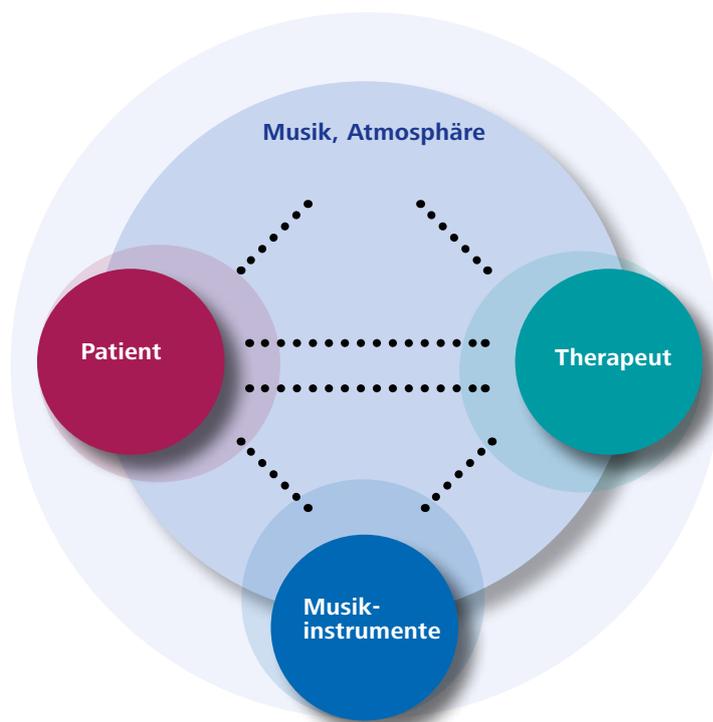
Empfehlungen zur Kommunikationsförderung

1. Berücksichtigung der autistischen Wahrnehmungs- und Denkbesonderheiten (keine offenen Fragen stellen, keine Beurteilungen einfordern, eingeschränkte Auswahl bieten, konkret bleiben, wenige, einfache Worte wählen, Ironie und bildhafte Sprache (z.B. Sprichwörter) vermeiden, Zeit geben, visuelle Hilfen nutzen, Situationszusammenhang herstellen)
2. vom Autisten selbstständig gewählte Abstraktionsebene für Kommunikation feststellen und daran anknüpfen (z.B. Objektebene: die Schuhe werden gebracht für »Spazierengehen«)
3. bei nicht oder eingeschränkt verbalisierungsfähigen Menschen alternative Kommunikationsmethoden nutzen (z.B. Objekte, Bilder, Symbole, PECS – Picture Exchange Communication System, unterstützte Kommunikation, etc.)
4. allgemeinverständliche Kommunikationsformen wählen, um Verständigung mit dem gesamten Umfeld zu ermöglichen und eine größtmögliche Selbständigkeit zu gewährleisten («Spezialsprache» nicht fördern)
5. Bedeutung und Sinn von Kommunikation vermitteln (mit positiven Inhalten starten, selber machen lassen, Hilfestellung reduzieren, Erfolge schaffen! – Motivation erhöhen)
6. einfache und direkte Sprache verwenden. Kommunikative Missverständnisse durch wortwörtliches Verstehen, z.B. bei Redewendungen (»in die Luft gehen« =wütend sein/wegfliegen) oder Ironie meiden
7. Kommunikationskiste, -brett oder -bilder einführen
8. Kommunikationsmittel sollten transportabel sein (Karten, Objekte)
9. Kommunikation vormachen (z.B. Begrüßung, Verabschiedung)
10. ggf. Kommunikationstraining in der Gruppe: Redner markieren, Redezeit begrenzen, sich auf Vorredner beziehen



Musiktherapie bei Menschen mit Autismus

Musikalische Fähigkeiten sind unabhängig vom Intelligenzniveau und vom Entwicklungsalter. Viele Menschen mit Autismus zeigen eine musikalische Vorliebe und Begabung, die einhergeht mit sozialen und kommunikativen Einschränkungen. Als nonverbales Verfahren bietet sich Musiktherapie besonders bei nicht-sprechenden Menschen an, ermöglicht aber auch bei sprechenden Menschen aufgrund der emotionalen, sensorischen und beziehungsstiftenden Qualität viele Potenziale zur Behandlung autistischer Kernsymptome. In der aktiven Musiktherapie wird auf leicht spielbaren Instrumenten gemeinsam musiziert. Dies schließt nicht aus, dass der Therapeut für den Patienten spielt und sich so auf ihn bezieht oder Musik gemeinsam gehört wird. Neuere Untersuchungen zeigen, dass die musikalische Gefühls- wahrnehmung bei Menschen mit Autismus, im Gegen- satz zu anderen Bereichen, nicht beeinträchtigt ist.



Die Abbildung zeigt die vielfältigen Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung im musikalischen Zusammenhang. Da ist einerseits die Beziehung zwischen den Spielern, dann die jeweilige Beziehung zum Instrument und schließlich die Beziehung zur Musik selbst, die die Beteiligten quasi einhüllt. Dies ermöglicht vielfältige interaktive »Spielarten«, wodurch auch ein Kontakt zu sehr irri- tablen Menschen auf dem Niveau ihrer Beziehungsfähig- keit aufgebaut werden kann. Davon ausgehend kann im weiteren der »Spielraum« erweitert werden. Im Behan- lungszentrum findet die Musiktherapie für Menschen mit Autismus vorrangig im Einzelsetting statt, wobei die Bezugspersonen (Betreuer, Eltern, Pädagogen) eingela- den sind, beobachtend teilzunehmen. Das Nachgespräch bietet die Möglichkeit sich auszutauschen, Förderpoten- ziale zu erörtern, Probleme und Alternativen im Umgang zu besprechen. So kann einiges von dem, was in der Musiktherapie passiert und erlebt wird, vielleicht auch in den Alltag des Betreffenden finden. Denn dort, im Kon- takt mit Mitbewohnern, Betreuern, Pädagogen, Familie werden die eigentlichen prägenden Beziehungserfah- rungen gemacht, die eine Weiterentwicklung fördern.

Krisen als Chance

Ursachen für Krisen

- Veränderungen im Lebensumfeld (Betreuerwechsel, Umgestaltung des Wohn- bzw. Arbeitsumfelds usw.)
- Kommunikative Missverständnisse
- Entwicklungs- und Reifungsphasen (z.B. Adoleszenz)
- Entwicklung neuer körperlicher oder psychischer Krankheiten
- Reizüberflutung (Overload): zu viele Reize gleichzeitig oder für den Mensch mit Autismus unangenehm empfundene Reize (z.B. leichte Berührung, hochfrequente Geräusche, Lichtreflexe, Menschenmengen)
- Überforderung durch zu hohe oder inadäquate Anforderungen sowie Unterforderung durch mangelnde Förderung, Stimulation oder Tagesstrukturierung mit Autismus

Eine Analyse der Ursachen ist die Basis für ein weiteres gemeinsames Vorgehen (z.B. Erstellung eines Krisenplans, Änderung der Förderplanung, Anpassung der Umgebung usw.).

Umgang mit Krisen

- Ruhe bewahren!
- den Betroffenen, das Umfeld und sich selbst schützen
- gute Beobachtung und Dokumentation möglicher Ursachen und Auslöser
- Deeskalationsstrategie im Team entwickeln und im Team kommunizieren, »Krisenplan« für alle sichtbar aushängen
- einheitliches und konsequentes Handeln des Teams in der Einrichtung, Werkstatt....
- den Betroffenen aus der Situation nehmen (z.B. in sein Zimmer geleiten) und von Reizen abschirmen bzw. Rückzug anbieten und initiieren
- neue Reize anbieten, die beruhigend wirken (Musik, Singen, Geräusche, Lichtspiele...)
- klare Ansagen und Regeln formulieren, konsequentes Handeln aller
- »Bestrafung« vermeiden
- mit Lob und positiven Verstärkern arbeiten
- bei dauerhafter Belastung des Teams Supervision in Anspruch nehmen
- in der Krise keine Konflikt-Klärung anstreben – das kommt erst, wenn sich alle wieder beruhigt haben
- Kommunikationsniveau finden, in dem der Klient auch noch in der Krise erreichbar ist

Jede Krise ist eine Chance für die Weiterentwicklung



Barrieren im Gesundheitssystem für Menschen mit Autismus

Aufgrund der spezifischen Besonderheiten von Menschen mit Autismus ist der Zugang zu adäquaten medizinischen Versorgungsstrukturen erschwert.

Tabelle 4 fasst mögliche Barrieren im Gesundheitswesen zusammen, Tabelle 5 zeigt Lösungsmöglichkeiten auf.

Tabelle 4: Barrieren im Gesundheitssystem für Menschen im Autismusspektrum (Sappok & Dern 2011)

Terminvereinbarung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Schwierigkeiten zu telefonieren, Emails/Briefe blieben unbeantwortet
Wartesituationen	<ul style="list-style-type: none"> ■ körperliche Nähe zu anderen Wartepersonen unangenehm ■ Stress durch zeitliche und andere Unsicherheit (wie lange warten?) ■ sensorische Überstimulation durch visuelle Reize (Leuchstoffröhren, Reflektionen nicht entspiegelter Brillengläser), Geräusche oder Gerüche ■ Störgeräusche (Sirenen, Telefon, Lautstärkepegel, Hintergrundgeräusche, bestimmte Tonfrequenzen) können als unangenehm, schmerzhaft oder irritierend empfunden werden und erschöpfend wirken
Untersuchung	<ul style="list-style-type: none"> ■ insbesondere unangekündigte Berührung unangenehm ■ Zusammenhang, Ziel, Folgen, Anfang, Ende einer Untersuchung unklar
Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> ■ offene Fragen und Beurteilungen überfordern ■ Zeitmangel zum Antworten/Überlegen, Unverständnis für das Lesen mitgebrachter schriftlicher Notizen von gut sprechenden Personen ■ Schwierigkeit verbal und nonverbal zu kommunizieren ■ Mimik, Gestik und Prosodie u.U. eingeschränkt oder geben tatsächliches Befinden nicht wieder ■ Schwierigkeit, Sinneseindrücke, Empfindungen und Beobachtungen zum inneren Erleben in Sprache zu benennen und zu formulieren ■ idiosynkratische (eigentümliche) Sprache und Bilder ■ Verständnisschwierigkeiten, z.B. bei Diagnosemitteilungen oder ärztlichen Attesten (wortwörtliches Sprachverständnis) und Unwissen über die mit den medizinischen Diagnosen verbundenen Implikationen
Krankenhaus	<ul style="list-style-type: none"> ■ Stress durch Personalwechsel möglich ■ Schmerzempfinden reduziert oder Verhalten bei Schmerzen untypisch
Prosopagnosie als Symptom	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nichterkennen anderer Personen anhand ihres Gesichtes kann Verwirrung oder Unsicherheit auslösen
Anfahrt	<ul style="list-style-type: none"> ■ Schwierigkeiten und Angst vor sensorischer Überlastung bei der Anreise mit öffentlichen Verkehrsmittel

Tabelle 5: Empfehlungen zum Umgang mit Menschen im Autismusspektrum im Gesundheitswesen

Terminvereinbarung	<ul style="list-style-type: none"> ■ per Email oder FAX ermöglichen und respektieren
Wartesituationen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Randtermine vergeben ■ Wartezeit minimieren ■ separaten Warteraum anbieten oder Warten im Auto/draußen ermöglichen
Untersuchung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vertraute Bezugsperson dazu bitten (gibt Sicherheit, kann Missverständnisse aufklären, kann als »Übersetzer« dienen) ■ motorische Stereotypen (Zweck: Selbstregulation) als solche erkennen und tolerieren ■ Kontext/Sinn der Untersuchung explizit und vorher erklären (ggf. an Bild/Puppe/Bezugsperson) ■ körperliche Berührung meiden oder zumindest ankündigen ■ spezifische Phobien (Spritzen, Ärzte) berücksichtigen ■ Beginn, Dauer und Ende klar definieren ■ zwischen geschildertem, subjektivem Empfinden und objektiv zu beobachtendem Verhalten unterscheiden; z.B. können Schmerzen bestehen, diese sieht, hört oder merkt man aber nicht auf die »übliche« Weise
Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> ■ reduzierten oder fehlenden Blickkontakt akzeptieren (ermöglicht oft besseres Zuhören und Sprechen durch Reizminimierung) ■ ggf. schriftliche Kommunikation anbieten/zulassen ■ Gespräch strukturieren mit klarem Beginn und Ende ■ wichtige Ergebnisse schriftlich oder aufgenommen mitgeben; Patienten anbieten sich selbst Notizen zu machen; rückversichern, was der Patient verstanden hat ■ über Spezialinteressen sprechen (Gesprächsbeginn erleichtert; Möglichkeit, das Befinden der Person einzuschätzen) ■ offene Fragen vermeiden, Auswahl/Zeit für Rückfragen anbieten ■ Skalierungshilfen geben (z.B. von 1-10 für Schmerzen, Abstand von einer Wand zur anderen, Lineal) ■ wenige, einfache, genaue Worte wählen ■ konkret bleiben, Ironie, Redewendungen oder Witze vermeiden ■ Zeit für Antwort geben (z.B. mind. 10, bis zu 45 Sekunden) ■ visuelle Hilfen (Piktogramme, Objekte) nutzen
Krankenhaus Sensorik	<ul style="list-style-type: none"> ■ Personalwechsel meiden, Bezugsperson anbieten ■ enger Informationsaustausch mit ambulantem Hilfesystem, z.B. durch ein strukturiertes Assessment bei Aufnahme in die Klinik ■ vorsichtiger Umgang mit Licht (Neonlicht, Augenspiegel etc.), Farben und Gerüchen (Parfüm, Desinfektionsmittel) ■ reizarme Untersuchungssituation vorteilhaft ■ Vermeidung von Störgeräuschen vorteilhaft (Sirenen, Telefon, Lautstärkepegel, Hintergrundgeräusche, bestimmte Tonfrequenzen) ■ reduziertes Schmerzempfinden/untypische Reaktion auf Schmerzen berücksichtigen

Emotionale Entwicklungsstörungen

Bei Menschen mit Intelligenzminderung sind neben den kognitiven Fertigkeiten auch emotionale, soziale und körperliche Fähigkeiten beeinträchtigt. Auch wenn die kognitiven, sozialen, emotionalen und körperlichen Aspekte in ihrer Gesamtheit die Persönlichkeit bilden, werden sie im Gehirn über verschiedene neuronale Netzwerke gesteuert. Denken und Fühlen stehen zwar miteinander in Verbindung und beeinflussen sich gegenseitig, jedoch sind spezifisch miteinander verknüpfte Hirnregionen für bestimmte Fähigkeit hauptverantwortlich. Da also unterschiedliche Hirnregionen bzw. -systeme an höheren kognitiven bzw. emotionalen Funktionen beteiligt sind, können diese auch unterschiedlich stark gestört bzw. funktionsfähig sein. Das bedeutet, dass es unzulässig ist, vom Intelligenzquotienten auf eine bestimmte emotionale Entwicklungsstufe zu schließen. Insbesondere bei Menschen mit Intelligenzminderung und einer zusätzlichen Autismusspektrumstörung zeigen sich häufig besonders deutliche und gravierende Verzögerungen der emotionalen Entwicklung. Der Umgang mit und die Behandlung von Menschen mit Intelligenzminderung richten sich aktuell allerdings fast ausschließlich nach deren kognitiven Fähigkeiten. Bei deutlichen Diskrepanzen zwischen der kognitiven und emotionalen Entwicklungsstufe, können daraus Über- bzw. Unterforderungssituationen entstehen, die zu schweren Verhaltensstörungen oder gar zu psychischen Krankheiten wie z.B. Depressionen führen können.

Anton Dosen hat ein Phasenmodell der emotionalen Entwicklung erstellt:

- erste Adaption (0 – 6 Monate): Integration von sensorischen Stimuli und Strukturen
- erste Sozialisation (6 – 18 Monate): erste soziale Bindungen
- erste Individuation (18–36 Monate): Ich-Du Differenzierung, Objekt Konstanz
- erste Identifikation (3 – 7 Jahre): Ich-Bildung, Ich-Zentriertheit, Lernen aus Erfahrung
- Realitätsbewusstsein (7 – 12 Jahre): Ich-Differenzierung, moralisches Ich, logisches Denken

Der emotionale Entwicklungsstand kann mit dem von Dosen vorgeschlagenen Schema der emotionalen Entwicklung (SEO, Schema van Emotionele Ontwikkeling) bestimmt werden, das in den folgenden zehn Bereichen die erreichte Entwicklungsstufe misst:

- Umgang mit dem eigenen Körper
- Umgang mit anderen Personen
- Selbst-Fremd-Differenzierung
- Objektpermanenz und Trennungsangst
- Ängste
- Umgang mit Gleichrangigen
- Umgang mit Dingen
- verbale Kommunikation
- Affektdifferenzierung
- Aggressionsregulation

Bei Menschen mit Intelligenzminderung und Autismus ist neben der intellektuellen auch die emotionale Entwicklung häufig verzögert und inhomogen. Blockaden verschiedener emotionaler Entwicklungsstadien führen, wenn Diskrepanzen zum erreichten kognitiven Niveau vorliegen, u. U. zu charakteristischen Störungsbildern: Kontaktstörung, desintegrierte und desorganisierte Verhaltensstörung (Sappok et al. 2012; vgl. Tabellen 6–8). Durch die Berücksichtigung der affektiven Grundbedürfnisse kann es gelingen, eine Weiterentwicklung der Persönlichkeit anzustoßen, Problemverhalten zu reduzieren und die Entstehung zusätzlicher psychischer Erkrankungen zu vermeiden. In der psychiatrischen Behandlung von Menschen mit Intelligenzminderung sollte das biopsychosoziale Krankheitsmodell um die emotionale Entwicklungsdimension erweitert werden.

Erweiterung des biopsychosozialen Krankheitsmodells um die 4. Dimension:

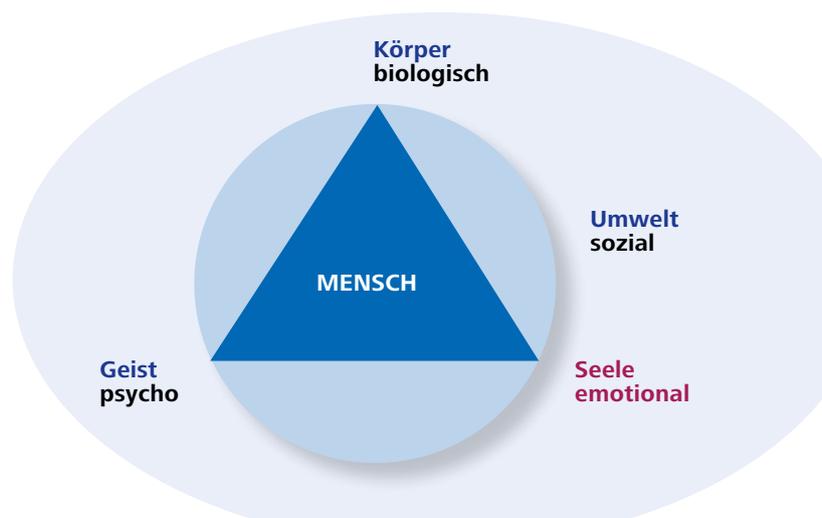


Tabelle 6: Verhaltensstörungen bei blockierter emotionaler Entwicklung in der Phase der Adaptation (0–6 Monate):

Kontaktstörung (vgl. Sappok et al. 2012)

Entwicklungsphase	Adaptation	
Emotionales Entwicklungsalter	0 bis 6 Monate	
Entwicklungsschritte	Integration von sensorischen Stimuli und Strukturen (Ort, Zeit und Menschen); Urvertrauen	
basale emotionale Bedürfnisse	Regulation der körperlichen Grundbedürfnisse, Koordination der verschiedenen Wahrnehmungsmodalitäten, Zuwendung, Sicherheit in Bezug auf Zeit, Raum und Menschen, Strukturierung von Raum und Zeit	
Störungsbild	Kontaktstörung	
Symptome	<ol style="list-style-type: none"> 1. oft Ablehnung von Körperkontakt 2. Desinteresse an der Umgebung und an (Spiel-) Materialien 3. stereotype Beschäftigung mit dem eigenen Körper 4. heftige Ängste oder plötzliche Wutausbrüche mit destruktiv und ungerichtet aggressivem Verhalten 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Selbstverletzendes Verhalten 6. Problemverhalten bei Umgebungsänderungen, Wunschversagen, Anforderungs-, Wartesituationen und körperlichen Beschwerden
Behandlungsziele	<ul style="list-style-type: none"> ■ Entspannung bei sozialem Kontakt ■ verschiedene Reize zu einem Ganzen integrieren 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sicherheit geben ■ sich selbst spüren lernen
pädagogisch-therapeutische Behandlungsansätze	<ul style="list-style-type: none"> ■ emotionale Bedürfnisbefriedigung eines Neugeborenen ■ körperorientierter, basaler Ansatz ■ Strukturierung der Umgebung und Abläufe (z.B. nach TEACCH*) ■ Sicherheit für die Umgebung vermitteln ■ Entspannungsübungen ■ Spiegeln ■ atmosphärisches Aufgreifen und klangliches Darstellen der Stimmung/Bewegungen, z.B. in der Musiktherapie ■ Stimulation propriozeptiver Sinne (Schaukeln, Sandweste, -säcke, -decken, -gewichte, Trampolin springen, Hängematte) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Stimulation durch taktile Reize (enge Kleidung, barfuss laufen, Igelball, Klopfen/festes Halten, Gürtel) ■ Befriedigung von körperlichen Grundbedürfnissen (Verdauung, Schmerzvermeidung, Hunger) ■ Snoezelen ■ basale Stimulation ■ Aromatherapie ■ Massage ■ Schaukeln, Wiegen
Psychiatrische Komorbiditäten	<ul style="list-style-type: none"> ■ Depression ■ Angststörung ■ Autismusspektrumstörung 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Katatone Schizophrenie ■ Tic Störung
Differentialdiagnosen	Autismusspektrumstörung, Hypakusis, Hospitalismus, PTBS, Deprivation	

*Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children

Tabelle 7: Verhaltensstörungen bei blockierter emotionaler Entwicklung in der Phase der Sozialisation (6–18 Monate):

Desintegrierte Verhaltensstörung

Entwicklungsphase	Sozialisation	
Emotionales Entwicklungsalter	6 bis 18 Monate	
Entwicklungsschritte	Soziale Bindungen, Bildung einer Vertrauensbasis, Protest bei Trennung, überwiegende Orientierung an Eltern/Betreuern, wenig Kontakt zu Altersgenossen, unsichere Objektpermanenz	
basale emotionale Bedürfnisse	Körperkontakt, Kontakt zu Bindungspersonen, soziale Stimuli, Handeln mit Objekten, Sicherheit in Bezug auf Menschen	
Störungsbild	Desintegrierte Verhaltensstörung	
Symptome	<ol style="list-style-type: none"> 1. konstante Bemühungen um körperlichen Kontakt oder Nähe zu einer bestimmten Bezugsperson 2. Aggression gegenüber dem Versorger 3. Panik, Wutausbruch oder Aggression bei Konfrontation mit Fremden bzw. Trennung von vertrauter Bezugsperson 4. zwanghafte, stereotype Beschäftigung mit Dingen 5. Sachaggressives Verhalten 6. Übersensible Reaktion auf Stress/Unruhe 7. Schlafstörungen 8. Affektive Labilität 	
Behandlungsziele	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bindungserfahrungen festigen ■ Auflösung individueller Ängste ■ Ablösung von bestimmten Bezugspersonen fördern 	

pädagogisch-therapeutische Behandlungsansätze	<ul style="list-style-type: none"> ■ emotionale Bedürfnisbefriedigung eines ca. Einjährigen ■ Entspannungsübungen ■ Schaukeln ■ Entwicklung tragfähiger, fester Bindungen zu ein bis zwei festen Bezugspersonen ■ Kuckuck/Versteck-Spiele zur Weiterentwicklung von Objektpermanenz ■ basale Sicherheit im Umgang mit der Umgebung ■ Erlernen des Umgangs mit der materiellen Welt ■ Arbeiten mit Übergangobjekten bei Situationswechsel ■ Bedürfnis nach Körperkontakt stillen (z.B. mithilfe großer Handpuppen, Berührung an Armen/Händen, Massage) ■ Unterstützung/Begleitung bei Situationsübergängen ■ einfachste Tokenpläne zur sofortigen positiven Verstärkung erwünschten Verhaltens ■ Ablöseprozess z.B. von der Mutter unterstützen ■ ruhige, reizarme, natürliche Umgebung ■ Training der sozialen Kompetenzen (Einführen einfacher sozialer Verhaltensregeln) ■ Reduktion der Grundanspannung durch körperliche Aktivitäten
Psychiatrische Komorbiditäten	<ul style="list-style-type: none"> ■ Angststörung ■ Depressionen ■ paranoid-halluzinatorische Schizophrenie
Differentialdiagnosen	<ul style="list-style-type: none"> ■ paranoid-halluzinatorische Schizophrenie, PTSD

Tabelle 8: Verhaltensstörungen bei blockierter emotionaler Entwicklung in der Phase der Individuation (18–36 Monate):
Desorganisierte Verhaltensstörung

Entwicklungsphase	Individuation
Emotionales Entwicklungsalter	18 bis 36 Monate
Entwicklungsschritte	Ich-Du-Differenzierung, Objekt Konstanz, Kommunikationsfähigkeit bei räumlichen Abstand, Persönlichkeitsaufbau
basale emotionale Bedürfnisse	Kontaktdistanz, Bestätigung der eigenen Autonomie, Belohnung durch soziales Verhalten
Störungsbild	Desorganisierte Verhaltensstörung
Symptome	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konstantes Bedürfnis nach Aufmerksamkeit, oft auf negative Weise 2. niedrige Frustrationstoleranz mit aggressiv-destruktivem Verhalten 3. Unruhe, Hypermobilität, chaotische Aktivität 4. Anhaltend quengeln oder fragen 5. Eigensinnigkeit, Trotz 6. Neugierde gegenüber der Umgebung 7. eingeschränkte Fähigkeit sich mit sich allein zu beschäftigen 8. bevorzugte Beschäftigung mit Bezugspersonen, weniger mit Gleichrangigen
Behandlungsziele	<ul style="list-style-type: none"> ■ Förderung von Individuation und Persönlichkeitsentwicklung ■ Unterstützung beim Aufbau einer Autonomie
Pädagogisch-therapeutische Behandlungsform	<ul style="list-style-type: none"> ■ bedürfnisgerechter Umgang (Balance zwischen Grenzsetzung einerseits und positiv-zugewandt und nachsichtiger Reaktion andererseits) ■ positive Bestätigung der eigenen Person ■ Selbstvertrauen/ Selbstwirksamkeitserwartung stärken ■ Aufmerksamkeit geben (unabhängig vom Verhalten) ■ deutliche Struktur geben (z.B. Tagesablauf, Umgangsregeln) ■ einheitliches, konsequentes Handeln der Bezugspersonen ■ fester Bezugsbetreuer ■ soziale Verhaltensregeln einführen (nicht schlagen, etc.) ■ Strukturierung von Aktivitäten (z.B. in Ergotherapie) ■ Verantwortung für bestimmte Bereiche übertragen (z.B. Tierpflege, best. Hausarbeiten) ■ regelmäßige Zuwendungszeiten, unabhängig vom Verhalten ■ positive Verstärkung erwünschten Verhaltens durch Tokenpläne ■ Gelegenheiten schaffen, sich auf positive Weise zu beweisen ■ chaotische Aktivität und unersättliches Bedürfnis nach Aufmerksamkeit eingrenzen ■ einfache Skills zum Spannungsabbau erlernen ■ regelmäßige körperliche Aktivitäten zum Stress-/Aggressionsabbau ■ Krisenplan erarbeiten (Frühsymptome, Krisen auslösende Situationen, eskalierende Maßnahmen zur Bewältigung) ■ Teamsupervision und Deeskalationstraining ■ 2 Milieu Prinzip zur Entlastung von Mitarbeitern
Psychiatrische Komorbiditäten	<ul style="list-style-type: none"> ■ Angststörung ■ Depression
Differentialdiagnosen	<ul style="list-style-type: none"> ■ ADHS, bipolar affektive Störung

Zur Arbeit der Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im KEH

In den Konventionen der vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen wurden 4 zentrale Rechte formuliert:

- 1. Selbstbestimmung und Unabhängigkeit**
- 2. Umfassende gesellschaftliche Teilhabe**
- 3. Angemessener Lebensstandard**
- 4. Gesellschaftlicher Wertschätzung.**

Während im letzten Jahrhundert die Sorge für Menschen mit Behinderung zunächst aus Barmherzigkeit durch karitative Einrichtungen und später dann aus einer Fürsorgeverpflichtung des Staates erfolgte, besteht mittlerweile ein Rechtsanspruch dieser Menschen auf gesellschaftliche Integration und Wertschätzung, Selbstbestimmung und Unabhängigkeit. Dieser gesellschaftspolitische Ansatz wird auf medizinischer Ebene im integrativen Modell von Behinderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aufgegriffen, wobei Behinderung nicht nur als krankheitsbedingtes Problem einer einzelnen Person, sondern auch als gesellschaftlich verursachtes Problem betrachtet wird. Es wird versucht, eine Synthese zu erreichen, die eine kohärente Sicht der verschiedenen Perspektiven von Gesundheit auf biologisch-individueller und sozialer Ebene ermöglicht.

Als Konsequenz ergibt sich neben der fachgerechten medizinischen Behandlung der gesamtgesellschaftliche Auftrag, die Umwelt so zu gestalten, dass der Einzelne sich im Rahmen seiner Möglichkeiten entfalten kann und nicht durch äußere Rahmenbedingungen »behindert« wird (Stichwort »Barrierefreiheit«). Nach aktuellen Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) besteht je nach Entwicklungsgrad einer Gesellschaft bei 1-3 % der Bevölkerung eine Intelligenzminderung (IM), ausgehend von 1% sind in Deutschland etwa 800000 Menschen betroffen.

Das Behandlungszentrum – Gartenansicht



In diesem Zusammenhang ist auch das Diversity Concept von Bedeutung. Dabei geht man davon aus, dass Behinderung nicht nur ein Defizit, ein Verlust, sondern auch eine Form von menschlicher Verschiedenheit darstellt. Dies bedeutet, dass Behinderung nicht nur ein Problem, sondern durchaus auch eine Chance und Bereicherung für unsere Gesellschaft darstellt. Behinderung ist somit nicht nur eine Störung, sondern durchaus auch einen Teil unserer Gesellschaft, der einen Gewinn darstellt. Dieses nicht nur defizitorientierte Verständnis von Behinderung unter Berücksichtigung und Wertschätzung der Andersartigkeit führt zu einer Begegnung auf Augenhöhe. Dabei muss nicht nur der Mensch behandelt, betreut und gefördert werden, sondern es besteht auch eine gesellschaftliche Verpflichtung, das Umfeld der Menschen so zu gestalten, dass diese Menschen selbstbestimmt und möglichst unabhängig an unserem gesellschaftlichen Leben teilhaben können und dabei respektiert und anerkannt werden. Inklusion bedeutet dabei nicht, dass Menschen mit Behinderung in der medizinischen Regelversorgung mitlaufen müssen, sondern dass Spezialbereiche geschaffen werden, die ihnen dieselbe medizinische Versorgung gewährleisten wie sie jeder andere Menschen ohne Behinderung genießen und in Anspruch nehmen kann.

Auf der Basis der genannten Rechte von Menschen mit Behinderungen und dem integrativen Modell von Behinderung ergeben sich für uns folgende Leitlinien im Umgang mit unseren Patienten:

Leitlinien für das Behandlungszentrum für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung

Unser Menschenbild

Wir sind zutiefst von der unverlierbaren Würde jedes Menschen überzeugt. Jeder Mensch hat einmalige Gaben.

Unsere Arbeit

- Das Grundkonzept unseres Handelns ist primär an den Fähigkeiten des Patienten ausgerichtet.
- Wir arbeiten mit wissenschaftlichen fundierten Therapiekonzepten, die wir aufgrund der psychischen und körperlichen Krankheitsbilder unserer Patienten individuell ihren Fähigkeiten anpassen.
- Unser Umgang mit den Patienten ist wertschätzend und respektvoll. Daher sprechen wir verständlich und einfach mit unseren Patienten und erklären ihnen, was wir tun.
- Wir vermitteln den Angehörigen und Betreuern unsere therapeutischen Konzepte und beziehen sie aktiv in den Behandlungsprozess mit ein.
- Wir sind ein multiprofessionelles Team und arbeiten interdisziplinär.
- Wir achten im Umgang miteinander auf besondere Belastungssituationen und unterstützen uns gegenseitig, um Überforderungen zu vermeiden. Bei Schwierigkeiten sind wir bereit externe Hilfe an zu nehmen.
- Regelmäßige Supervisionen und die Bereitschaft zur Fortbildung und Evaluation der Qualität unserer Arbeit sind für uns unerlässlich.



Zum Thema Autismus

Wissenschaftliche Publikationen des »Berliner Behandlungszentrums für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung« des KEH zu Autismus

Bergmann, T., Sappok, T., Diefenbacher, A. & Dziobek, I. (2012) *Musikbasierte Autismusdiagnostik (MUSAD). Entwicklung eines Untersuchungsverfahrens für erwachsene Menschen mit Intelligenzminderung und Autismusverdacht.* In: *Musiktherapeutische Umschau* 33(2) 126–140

Bergmann, T., Dziobek, I., Reimer, S., Schumacher, K., Diefenbacher, A. & Sappok, T. (2011) *Jenseits des Dialogs – Beziehungsqualität in der Musiktherapie bei Menschen mit Autismus und Intelligenzminderung.* In: *Medizin für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung* 8(1):14-20

Kienitz, L., Diefenbacher, A. & Sappok, T. (2011) *Autismus spezifisches Basisassessment bei Krankenhauseinweisung: Optimierung des Übergangs.* In: *Medizin für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung* 8(1):7-13

Sappok, T., Bergmann, T., Kaiser, H. & Diefenbacher, A. (2010) *Autismus bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung.* In: *Der Nervenarzt* 11:1333-45

Sappok, T., Schade, C., Kaiser, H., Dosen, A. & Diefenbacher, A. (2011) *Die Bedeutung des emotionalen Entwicklungsniveaus bei der psychiatrischen Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung.* In: *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 79:1–8

Sappok, T., Diefenbacher, A., Bergmann, T., Zepperitz, S. & Dosen, A. (2012) *Emotionale Entwicklungsstörungen bei Menschen mit Intelligenzminderung: Eine Fallkontrollstudie.* In: *Psychiatrische Praxis* 39:1-11

Sappok, T., Dern, S. (2011) *Menschen mit Autismus: Barrierefreier Zugang zur Versorgung.* In: *Deutsches Ärzteblatt* 108 (44): 2326–8. Online: www.aerzteblatt.de/archiv/118249/Menschen-mit-Autismus-Barrierefreier-Zugang-zur-Versorgung

Lehmkuhl, Sinzig, Sappok, Diefenbacher (2011) *Kapitel 24: Intelligenzminderung.* In: *Psychische Erkrankungen*, Hrsg: Berger M, 4. Auflage, S: 811–28

Fachliteratur und Ratgeber

Aarons, M. & Gittens, T. (2010) *Das Handbuch des Autismus. Ein Ratgeber für Eltern und Fachleute.* (Betz Ratgeber) Weinheim: Beltz, Bölte (Hrsg.) (2010) *Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Interventionen, Perspektiven.* Bern: Verlag Hans Huber

Bölte, S. (Hrsg.) (2009) *Autismus.* Bern: Verlag Hans Huber

Dalferth, M. (1995) *Behinderte Menschen mit Autismussyndrom. Probleme der Perzeption und der Affektivität – Ein Beitrag zum Verständnis und zur Genese der Behinderung.* Heidelberg: Universitätsverlag Winter.

Gottesleben, E. (Hrsg.) (2004) *Strukturierung und Visualisierung als Unterstützung für autistische Menschen.* Bielefeld: Bethel-Verlag
Dieses sehr hilfreiche Buch wurde von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen einer Wohngruppe für autistische Menschen geschrieben und enthält eine Fülle konkreter Anregungen für die Praxis

Häußler, A., Happel, C., Tuckermann, A., Altgassen, M. & Adl-Amini, K. (2003) *SOKO Autismus: Gruppenangebote zur Förderung sozialer Kompetenzen bei Menschen mit Autismus.* Dortmund: Verlag modernes Lernen.

Häußler, A. (2005) *Der TEACCH-Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus: Einführung in Theorie und Praxis.* Dortmund: Verlag modernes Lernen.
Sehr gute Darstellung des TEACCH- Ansatzes in Theorie und Praxis

Lelord, G. & Rothenberger, A. (2000) *Dem Autismus auf der Spur.* Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Matzies, M. (2010) *Sozialtraining für Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS). Ein Praxisbuch.* Stuttgart: Kohlhammer.

Erfahrungsberichte und Romanliteratur zum Thema Autismus

Noterdaeme, M. & Enders, A. (Hrsg.) (2010): *Autismus-Spektrum-Störungen. Ein integratives Lehrbuch für die Praxis.* Stuttgart: Kohlhammer.

Preißmann, C. (2011) *Asperger – Leben in zwei Welten.* Trias Verlag.

Poustka, F., Bölte, S., Feineis-Matthews, S. & Schmötzer, G. (2004) *Ratgeber Autistische Störungen. (Bd. 5). Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher.* Göttingen: Hogrefe.

Poustka, F., Bölte, S. & Herbrecht, E. (2008). *KONTAKT- Frankfurter Kommunikations- und soziales Interaktions-Gruppentraining bei Autismus-Spektrum-Störungen.* Göttingen: Hogrefe.

Remschmidt, H. (2000) *Autismus – Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen.* München: Beck Verlag.

Schumacher, K. & Calvet, C. (2008) *Synchronisation. Musiktherapie bei Kindern mit Autismus.* (DVD mit ausführlichem Booklet). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Vermeulen, P. (2002) *»Ich bin was Besonderes« Arbeitsmaterialien für Kinder und Jugendliche mit Autismus/ Asperger-Syndrom.* Dortmund: Verlag Modernes Lernen.

Vermeulen, P. (2009) *Das ist der Titel – Über autistisches Denken.* Bosch & Suykerbuyk Trainingszentrum B.V.

Weber, Claudia M. (1999) *Tanz- und Musiktherapie zur Behandlung autistischer Störungen.* Hogrefe.

Aspies e.V. (Hrsg.) (2010) *Risse im Universum (Reihe AUTISMUS 20).* Berlin: Weidler Verlag.

Brauns, A. (2002) *Buntschatten und Fledermäuse: Leben in einer anderen Welt.* Hamburg: Hoffmann und Campe.

Grandin, T. (1994) *Durch die gläserne Tür. Lebensbericht einer Autistin.* München: Dt. Taschenbuch-Verlag.

Grandin, T. (1997) *Ich bin die Anthropologin auf dem Mars: Mein Leben als Autistin.* München: Knauer Verlag.

Haddon, M. (2004) *Supergute Tage oder Die sonderbare Welt des Christopher Boone.* München: Blessing. *sehr unterhaltsamer Roman aus der Perspektive eines autistischen Jungen*

Prince-Hughes, D. (2005) *Heute singe ich mein Leben. Eine Autistin begreift sich und ihre Welt.* Berlin: Ullstein Taschenbuch Verlag.

Schäfer, S. (1996) *Sterne, Äpfel und rundes Glas: Mein Leben mit Autismus.* Stuttgart: Verlag Freies Geistesleben.

Schuster, N. (2007) *Ein guter Tag ist ein Tag mit Wirsing.* Berlin: Weidler Verlag.

Tammet, D. (2008) *Elf ist freundlich und Fünf ist laut: Ein genialer Autist erklärt seine Welt.* München: Heyne.

Williams, D. (1992) *Ich könnte verschwinden, wenn du mich berührst: Erinnerungen an eine autistische Kindheit.* München: Knauer Verlag.

Williams, D. (1994) *Wenn du mich liebst, bleibst du mir fern. Eine Autistin überwindet ihre Angst vor anderen Menschen.* Hamburg: Hoffmann und Campe.

Newport, M. & Newport, J. (2005) *Crazy in love: Ein autistisches Paar erzählt seine Geschichte.* München: Droemer/Knauer.

Spielfilmempfehlungen zum Thema Autismus

Rain Man
(1988, Drehbuch: Barry Morrow, Ronald Bass).
Mit Dustin Hoffman als Raymond Babbit

Snow Cake
(2005, Drehbuch: Angela Pell).
Mit Sigourney Weaver als Linda Freeman

Mozart und der Wal
(2005, Drehbuch: Ronald Bass).

Ben X
(2007, Drehbuch: Nic Balthazar).
Mit Greg Timmermans als Ben

Ihr Name ist Sabine
(2007, Drehbuch: Sabine Bonnaire, Catherine Cabrol).
Mit Sandrine Bonnaire als Sabine Bonnaire

Adam
(2009, Drehbuch: Max Mayer).
Mit Hugh Dancy als Adam Raki

Kontakt- und Webadressen

Für Inhalte der Internetadressen übernehmen wir keine Haftung.

Autismus Deutschland.

Vereinigung zur Förderung von Menschen mit Autismus, Landesverband Berlin e.V.
www.autismus-berlin.de

Datenbank mit Adressen von spezialisierten Einrichtungen und verschiedenen Institutionen
www.autismus.de

TEACCH in Deutschland – Autea GmbH

Gelsenkirchen
 Tel.: (0209) 700 46 79
 Fax: (0209) 700 45 83
www.autea.de

Onlineshops:

Hilfsmittel, Unterrichtsmaterialien
www.pro-aba.com
www.kleine-wege.de

Frühförderung in Deutschland

Adressverzeichnis beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung kostenlos erhältlich
 Tel: (01 80) 5 15 15 10
 Fax: (01 80) 5 15 15 11
www.bma.bund.de

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e. V.

Marburg
 Tel.: (64 21) 2 86 62 58
 Fax: (64 21) 2 86 89 75
www.dgkjp.de

Angebote mit Finanzierungsmöglichkeiten für Menschen, die noch in der Familie leben:

www.einzelfallhilfen.com
www.sozialtraining-autismus.de

Einrichtungen

Adressen von Einrichtungen in Deutschland
www.autismus.de/pages/adressen/einrichtungentherapiezentren.php

Bethel, Bielefeld

www.behindertenhilfe-bethel.de
www.prowerk-bethel.de

Autismus Deutschland, Berlin e.V.

www.autismus-berlin.de

DRK Kreisverband Fläming-Spreewald e. V.

www.drk-flaeming-spreewald.de

Evangelisches Jugend- und Fürsorgewerk

www.ejf.de

Neukirchener- Erziehungsverein,

Wohnstätte für Autisten

Börnestraße 30,
 13086 Berlin-Weißensee
 Tel.: 030 -92900210

Wohnen und Arbeiten in der Natur

Weidenhof

An der Wolsschlucht 1
 29456 Hitzacker
 Tel.: (058 62) 50 70
 Fax: (058 62) 50 72
www.weidenhof-autismus.de

Martinshof

Klein Bollensen 2
 29559 Wrestdt
 Tel.: (05825) 12 31
 Fax: (05825) 12 54

Kooperationsverbund Autismus

www.verbund-autismus.de

Verein Oberlinhaus Potsdam

Rudolf-Breitscheid-Straße 24
 14482 Potsdam
 e-mail: renate.frost@oberlinhaus.de

CJD Prignitz

Bäckerstr. 20
 19348 Perleberg
 e-mail: joerg.stricker@cjdprignitz.de

Samariteranstalten Fürstenwalde

August-Bebel-Straße 1–4
 15517 Fürstenwalde
 e-mail: s.rabe@samariteranstalten.de

Fortbildungen	Therapie, Förderung und Beratung	Selbsthilfegruppen
<p>Autea- Beratung und Fortbildung nach dem TEACCH Modell www.autea.de</p> <p>Autismus Deutschland www.autismus.de/pages/fba-fortbildung-autismus.php</p> <p>VIA Verbund für Integrative Angebote Berlin gemeinnützige GmbH Schönhauser Allee 175 10119 Berlin Tel.: (030) 44 35 47 76 Fax: (030) 44 35 47 49 www.via-qualifizierung.de/behindertenhilfe.0.html</p> <p>Kleine Wege – Verlag, Beratung und Weiterbildungsangebote www.kleine-wege.de</p> <p>Fortbildungen mit Frau Dr. Schirmer (Dipl. Pädagogin, Elternarbeit) www.autismus-in-berlin.de</p>	<p>AUTISMUT: Praxis für Menschen mit Autismus (Beratung, Diagnostik, Therapie & Fortbildung) Wollankstraße 119 13187 Berlin Tel: (030) 41 71 95 55 www.autismut.de</p> <p>AAC Zentrum (erweiterte und alternative Kommunikation) Lichtenberger Str. 32–33 10179 Berlin Tel: (030) 2 82 34 78 Öffnungszeiten: Montag von 12–15 Uhr oder telefon. Voranmeldung</p> <p>Institut für Kommunikations- und Sprachförderung (IKS) e.V. Freie Universität Berlin Habelschwerdter Allee 45 14195 Berlin e-mail: iks@zedat.fu-berlin.de</p> <p>Musiktherapie KunstMusikräume – Institut für Musik und Psychotherapie Hornstraße 7–8 10963 Berlin Tel: (030) 2 17 24 71</p> <p>Informationen zur Musiktherapie Musiktherapiezentrum der UdK, Berlin Frau Prof. Dr. Schumacher Mierendorffstraße 30 10589 Berlin Tel: (030) 31 85 25 51/35</p> <p>Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft (DMtG) www.musiktherapie.de</p> <p>Autismus spezifische Supervision Thomas Bergmann (Supervisor, HP Psych) Kuckhoffstraße 72 13156 Berlin, Tel.: (030) 47 48 05 31 www.supervision-bergmann.de</p>	<p>Aspies e.V. (Selbsthilfeorganisation von und für Menschen im Autismusspektrum) www.aspies.de</p> <p>Nachbarschaftstreffen (Angehörigentreffen für Eltern): Jeden 4. Donnerstag im Monat (außer Schulferien), 19 – 21 Uhr Strelitzer Straße 54, Berlin-Mitte Info: Frau Dr. Schirmer www.autismus-in-berlin.de</p> <p>Freizeitangebote</p> <p>Freizeitgruppe des Vereins »Hilfe für das autistische Kind e.V.« (besteht seit 7 Jahren, gemeinsam Kochen und andere Aktivitäten) Info: Frau Niggemeier Tel.: (030) 82 6 70 45</p> <p>Sonnenuhr e.V. — Werkstatt der Künste Schönhauser Allee 36–39 10435 Berlin Sozial-Service:(030) 44 04 90 47 www.sonnenuhr-berlin.de</p>



Deutsches Netz
Gesundheitsfördernder Krankenhäuser
und Gesundheitseinrichtungen gem. e.V.
Health Promoting Hospitals initiiert von der WHO

Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH

Abteilung Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Berliner Behandlungszentrum für Menschen mit psychischer Erkrankung
und geistiger Behinderung, Spezialambulanz

Herzbergstraße 79, 10365 Berlin
Telefon: (030) 5472 – 48 05
Telefax: (030) 5472 – 29 43
www.keh-berlin.de

Dr. Tanja Sappok

FÄ für Neurologie und Nervenheilkunde,
Zusatzbezeichnung Psychotherapie
Tel: (030) 54 72 – 49 50
t.sappok@keh-berlin.de

Linda Kienitz

Heilerziehungspflegerin
Tel: (030) 54 72 – 49 16
l.kienitz@keh-berlin.de

Thomas Bergmann

Dipl.-Musiktherapeut (DMtG)
Tel: (030) 54 72 – 49 51
t.bergmann@keh-berlin.de

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte bleiben der Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH, Berliner Behandlungszentrum für Menschen mit geistiger Behinderung, vorbehalten. Die Vervielfältigung und die Verbreitung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist nicht zulässig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechts.

Das Umschlagbild stammt von Eva Maria Kühne und entstand in der Kunsttherapie des BHZ.

© 2013 Bethel-Verlag, Bielefeld
Alle Rechte vorbehalten.

ISBN 978-3-935972-38-3

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.