

Was Autismus ist und was Autismus nicht ist

Auszüge aus dem Buch: Tustin, Frances (1986): *Autistische Barrieren bei Neurotikern*. Frankfurt/M. 1988.

Korrektur der Mißverständnisse

Die irrtümliche Annahme, daß *alle* autistischen Kinder als Säuglinge und Kleinkinder nicht geliebt wurden, hatte zur Folge, daß umweltbedingten Ursachen eine übertriebene Bedeutung beigemessen wurde. Des weiteren zog sie Versuche nach sich, den Autismus durch eine übertriebene Nachgiebigkeit zu heilen. Die Vorstellung, daß das autistische Kind als Baby nicht geliebt worden sei, wurde erstmals von Leo Kanner vertreten, der die Mütter solcher Kinder als „kalt“ und „intellektuell“ charakterisiert hat. Zudem war auch Dibs, das autistische Kind, das Virginia Axline (1966, 1971) beschrieb, offenkundig ungeliebt und unerwünscht gewesen. Dies trifft jedoch nicht auf *jedes* autistische Kind zu. All die autistischen Kinder beispielsweise, mit denen ich selbst gearbeitet habe, hatten Mütter, die nach der Geburt des Babys unter Depressionen litten – aber sie hatten sich das Baby gewünscht und haben es geliebt, auch wenn ihre Aufmerksamkeit infolge der Depression vermutlich vieles zu wünschen übrig ließ.

Helen Baker, eine Kinderpsychologin, die in einer australischen Klinik für Kinder und Jugendliche arbeitet, schreibt über die angebliche Lieblosigkeit der Mütter autistischer Kinder:

Als Kinderpsychologin arbeite ich seit 12 Jahren mit autistischen Kindern und ihren Eltern, und ich habe keinerlei Zusammenhang zwischen der Erkrankung und einer Liebesunfähigkeit der Eltern festgestellt. Vielmehr haben im Gegenteil einige der fürsorglichsten Eltern, die ich je kennengelernt habe, autistische Kinder. (Brief vom 6. April 1988)

Mir scheint, daß eine breite Vielfalt von Anlage-Umwelt-Interaktionen den Autismus hervorrufen kann. Ich vermute außerdem, daß genetischen Faktoren *in manchen Fällen* ein größeres Gewicht beizumessen ist als den Umweltfaktoren. Es bleibt zweifellos noch einiges an Arbeit zu tun, damit die Diagnostizierung und Erkennung dieser Kinder auf eine zuverlässigere Grundlage gestellt werden kann.

Ich selbst hatte immer den Eindruck, daß Colin Trevarthens Autismushypothese, die sich auf seine Säuglingsbeobachtungen stützt, mit meiner eigenen, aus meiner klinischen Arbeit mit Kindern hergeleiteten These in Einklang steht. Victoria Hamilton, die Trevarthen in Los

Angeles kennenlernte und seine Vorlesungen hörte, schickte mir eine Zusammenfassung seiner Sichtweise. Ihre Formulierungen sind so prägnant, daß ich sie hier zitieren möchte. Sie schreibt:

Trevarthen akzeptiert Kanners deskriptive Diagnose, lehnt aber die Hypothese der „Eisschrank“-Mutter ab. Er hält den Autismus für eine Dysfunktion oder Störung der emotionalen Austauschprozesse zwischen Mutter und Baby, die ihren Umgang miteinander regulieren. [...] Grundsätzlich geht er offenbar davon aus, daß Babys mit dieser hochkomplexen emotionalen Ausrüstung geboren werden, deren Funktion darin besteht, zu kommunizieren und den Kontakt zu anderen Menschen zu regulieren. Diese Ausrüstung ist sehr komplex und fragil und in hohem Maß störungsanfällig.

Mit meiner eigenen Sichtweise stimmt dieser Ansatz weitgehend überein. Ich habe den Eindruck, daß die meisten Autismustheorien den angeborenen Dispositionen nicht genügend Bedeutung beimessen. Für die Aversion dieser Kinder gegen menschlichen Kontakt werden allzu viele „vernünftige“ Erklärungen angeboten – beispielsweise, daß sie sich von ihren Mütter *abgelehnt* gefühlt haben. Mit den klinischen Daten aber ist es weit besser zu vereinbaren, ihr Verhalten als absolut „vernunftlos“ zu verstehen, es als reaktiv im Sinne gewisser biologischer Prädispositionen zu begreifen, die allen Menschen zu eigen sind. Zweifellos wird der jeweilige Anteil von Umwelt- und genetischen Einflüssen von Fall zu Fall variieren; *die* entscheidende Rolle spielen aber angeborene psychobiologische Prädispositionen, die allen Menschen zu eigen sind.

Ein weiterer weitverbreiteter Irrtum, dessen Korrektur mir wichtig erscheint, besagt, daß *alle* autistischen Kinder Schädigungen des Gehirns aufweisen. Hier ist die gleiche Einschränkung notwendig, wie ich sie in bezug auf die These von der lieblosen Mutter vorgenommen habe: daß einige dieser Kinder tatsächlich hirnerkrankt sind, besagt keineswegs, daß jedes autistische Kind unter einer Hirnschädigung leidet.

Differentialdiagnose von Kindheitsautismus und Kindheitsschizophrenie

Da ich als Kinderpsychotherapeutin in privater Praxis arbeite und die Eltern meiner Patienten die Behandlung aus eigener Tasche zahlen, war es mir immer sehr wichtig, die Kinder, die von meiner Therapiemethode vermutlich profitieren werden, eindeutig zu identifizieren. Gleichmaßen großen Wert habe ich darauf gelegt, die Einsichten zu erläutern, die bei diesen Patienten zu progressiven Veränderungen geführt haben. Mir selbst fiel die Behandlung der

fest verkapselten Kinder leichter als die der schizophrenotypen Kinder mit der für sie charakteristischen diffusen und fragmentierten Identität.

Kinder des schizophrenen Typs

Im Falle der von Mahler (1968) beschriebenen prä-schizophrenen symbiotischen Psychose gleichen Mutter und Kind einem siamesischen Zwillingpaar oder den zwei Hälften eines Doppelhauses (dieses Bild fand eine Patientin von Daphne Nash Briggs für die pathologisch „symbiotische“ Situation). Meltzer (1975) hat von *adhäsiver Identifizierung* gesprochen. Sie läßt das Gewahrsein der körperlichen Getrenntheit verschwimmen und ist für das unsichere Identitätsgefühl solcher Kinder verantwortlich.

Ein weiter entwickelter schizophrener Modus, sich angsterregenden – inneren sowohl wie äußeren – Dingen zu entziehen, ist die Illusion, in den mütterlichen Körper und den Körper anderer Menschen einzubrechen und einzudringen. W. R. Bion (1962) hat uns gezeigt, daß es sich hierbei um eine Hypertrophierung normaler Vorgänge handelt, die Melanie Klein als *projektive Identifizierung* bezeichnete. Diesen Vorgängen liegt offenbar die angeborene Empathiefähigkeit zugrunde, und sie implizieren ein Gewahrsein der Getrenntheit. Die projektive Identifizierung vermittelt Kindern des schizophrenen Typs ein – wenngleich instabiles – Identitätsgefühl, das freilich von dem Identitätsgefühl anderer Menschen abhängig ist. Ich bezeichne diese Kinder als *verwirrt-verwickelt* [*confusional entangled*], weil zwischen ihrem eigenen Identitätsgefühl und ihrer Wahrnehmung des Identitätsgefühls anderer Menschen nicht unterschieden, sondern beides miteinander vermischt und verwechselt wird. Da aber ein schwaches Gewahrsein der Getrenntheit erhalten bleibt, ist eine psychische Entwicklung innerhalb gewisser Grenzen möglich. Sie verläuft unregelmäßig und bizarr und beschränkt sich auf einzelne Bereiche, die gelegentlich auch als „Inseln“ bezeichnet werden.

Kinder des autistischen Typs

Das Kind des schizophrenen Typs unterscheidet sich erheblich von dem erstarrten, verkapselten *autistischen* Kind, dessen psychische Entwicklung nahezu vollständig arretiert ist; allerdings gibt es einige autistische Kinder, die sich kognitiv auf einem sehr schmalen, engen Pfad weiterentwickeln, weil sie sich obsessiv für eine bestimmte Sache interessieren – beispielsweise für Spinnen oder Käfer, über die sie folgerichtig Unmengen an Information sammeln. Diese Kinder widmen sich mit großer Beharrlichkeit ihrem Spezialgebiet und haben

ihren Aufmerksamkeitsfokus derart verengt, daß ihnen fast die gesamte äußere Welt aus dem Blick geraten ist. Sie entwickeln sich körperlich weiter, doch ihre psychische Entwicklung ist nahezu gänzlich arretiert. Wenn bescheidene Fortschritte zu verzeichnen sind, wirken sie wie ineinandergestaucht, verbogen und verzerrt. Die Entwicklung verläuft nicht auf den verworrenen, verästelten Pfaden des schizophrenen Kindes, sondern auf einem überaus schmalen Irrweg.

Während die Mütter autistischer Kinder typischerweise über Eßhemmungen im Säuglingsalter klagen, heißt es von Kindern des schizophrenen Typs praktisch immer, daß sie als Säuglinge und Kleinkinder ungehemmte, „gierige Esser“ gewesen seien. So berichten die Mütter zum Beispiel: „Er machte den Eindruck, als könne er nie genug kriegen.“ Oder: „Er hätte endlos weitertrinken können.“ Dieses Verhalten unterscheidet sich von dem Eßverhalten eines normalen, gesunden hungrigen Babys, das sich satt trinkt, aufstößt und danach zumeist einschläft.

Im folgenden möchte ich das psychodynamische diagnostische Merkmal beschreiben, das meiner Erfahrung nach – sofern es für das gesamte Verhalten bestimmend wird – für autistische Kinder spezifisch ist. Die bewußte Wahrnehmung dieses zugrundeliegenden Merkmals hilft uns zu erkennen, wie sich die verwirrende Skala der disparaten äußeren Besonderheiten, die ich im ersten Abschnitt beschrieben habe, entwickelt. So gelangen wir zu einer einfachen Hypothese, die jene Komplexität verständlich macht.

Das dem kindlichen Autismus zugrunde liegende spezifische Merkmal

Das autismus-spezifische, grundlegende diagnostische Merkmal geht aus einer angeborenen Disposition hervor, die allen Menschen und anderen Lebewesen zu eigen ist – die Tendenz, vor angsterregenden Erfahrungen Schutz zu suchen. Normale Säuglinge und Kleinkinder flüchten sich in die Geborgenheit der Arme ihrer Mutter (oder einer anderen ihnen vertrauten Person) oder verstecken sich unter Mutters Rock. Das Kind des schizophrenen Typs bedient sich von Geburt an vorhandenen Form des Schutzes vor den Urängsten, indem es sich illusorisch in den Körper der Mutter einhüllt (projektive Identifizierung). Autistische Kinder hüllen sich in ihre eigenen Körperempfindungen ein, das heißt, sie erzeugen ihre Schutzhülle selbst. Das bedeutet, daß sie ihre Abhängigkeit von anderen Menschen im Unterschied zu den überaus abhängigen schizophrenen Kindern ignorieren.

Weil autistische Kinder im Grunde kein Selbstgefühl besitzen, kann man ihre äußere Hülle streng genommen nicht als „selbstgemacht“ bezeichnen. Deshalb spreche ich von der „auto-generierten Verkapselung“.

Prognose

Aufgrund meiner eigenen Erfahrungen mit autistischen Kindern, deren Mütter unter schweren postpartalen Depressionen gelitten hatten, betrachte ich die Ergebnisse der psychotherapeutischen Methode, die mit der *infantilen Übertragung* arbeitet, als ermutigend. Mit einer Ausnahme waren die vier autistischen Kinder, die ihre Behandlung vollständig durchgeführt haben (wir dürfen nicht vergessen, wie selten die Erkrankung ist), von Mildred Creak als Patienten mit frühkindlichem Autismus diagnostiziert worden. Mildred Creak war damals eine international anerkannte Kapazität auf dem Gebiet der Diagnostik aller Formen kindlicher Psychosen (vgl. Creak, 1967). Der einzige Patient, den sie nicht selbst untersucht hatte, war als Dreijähriger von Anni Bergman, Margaret Mahlers leitender Therapeutin, als Kanner-Syndrom-Kind diagnostiziert worden. Es steht demnach außer Frage, daß die vier Kinder, die ich erfolgreich behandelt habe, tatsächlich autistisch im strengen Wortsinn gewesen sind. (Ich habe darüber hinaus sechs weitere Kinder behandelt, die ausgeprägte autistische, aber auch symbiotische Schutzmodi einsetzten.) Die eindeutig autistischen Kinder, die allesamt in privater Praxis behandelt wurden, waren zu Beginn der Therapie weniger als sechs Jahre alt. Die ersten beiden autistischen Patienten kamen vier- oder fünfmal pro Woche zu mir; meine Erfahrungen mit ihnen haben mich veranlaßt, die beiden letzten Patienten nur zweimal wöchentlich zu behandeln. Sie alle entpuppten sich als intelligente Menschen mit ästhetischen Begabungen. Am Ende der Behandlung wirkten sie relativ normal und beschäftigten sich mit Dingen, die für Kinder ihres Alters typisch waren. Sie waren umgänglich, wenngleich ein wenig schüchtern und übersensibel. Einige von ihnen hatten leicht zwanghafte Züge. Von zweien der insgesamt vier Patienten habe ich später erfahren, daß sie die Universität besucht und sich normal entwickelt haben. Ich bin sicher, daß die Eltern der beiden anderen Kinder mich über Rückfälle informiert hätten.

Professor Giannotti und Dr. de Astis, Mitarbeiter einer psychotherapeutischen Abteilung der Universität Rom, die auf die Behandlung psychotischer Kinder unter fünf Jahren spezialisiert ist, führten 1985 eine vorläufige Untersuchung mit 30 psychotischen Kindern durch, um die Ergebnisse der von ihnen benutzten psychotherapeutischen Methode zu evaluieren. Ihre psychotherapeutische Technik hatte sich in der Anfangszeit des Bestehens der Abteilung an

meinem eigenen Ansatz orientiert, wurde jedoch im Laufe der Jahre modifiziert und um die wachsende Erfahrung der Mitarbeiter bereichert. (Auch ich selbst habe von meinem Kontakt zu dieser Abteilung profitiert.)

In der erwähnten vorläufigen Untersuchung wurde die Reduzierung der Pathologie anhand einer Vier-Punkte-Skala gemessen. Eine solche quantitative Evaluation ist im psychotherapeutischen Bereich normalerweise nicht machbar, war aber in diesem Fall durchführbar, weil die Kinder zu Beginn ihrer Behandlung praktisch zu nichts imstande waren. Natürlich hatten sie ihre Behandlung nicht alle zur gleichen Zeit aufgenommen. Manche waren schon seit längerem in Therapie, andere erst seit kurzer Zeit. Die längste Behandlungsdauer betrug fünf Jahre. Die Reduzierung der Pathologie wurde anhand folgender Kategorien gemessen: (1) soziale Beziehungen, (2) Stereotypien, (3) altersangemessene schulische Fähigkeiten und (4) Spielfähigkeit.

Die Ergebnisse der Untersuchung waren für die Mitarbeiter ermutigend, denn obwohl manche Kinder mit der Behandlung gerade erst begonnen hatten und andere mittendrin waren, betrug die durchschnittliche Reduktion der Pathologie zum Zeitpunkt der statistischen Erhebung 51,6% bei den autistischen Kindern und 54,0% bei den Kindern des schizophrenen Typs. Alle Kinder hatten sich weiterentwickelt; bei dem Kind, das als erstes ins Behandlungsprogramm aufgenommen worden war und das die Therapie zum Zeitpunkt der Studie als einziges abgeschlossen hatte, betrug die Reduktion der Pathologie 100%. Der durchschnittliche Prozentsatz wird zweifellos im Laufe der Behandlung ansteigen. Von den Mitarbeitern der Abteilung habe ich erfahren, daß sie mit den Fortschritten weiterhin zufrieden sind, aber keine statistischen Messungen mehr durchgeführt haben, weil sie aufgrund der Studie aus dem Jahre 1985 davon ausgehen, daß die von ihnen benutzten Behandlungsmethoden den Bedürfnissen der psychotischen Kinder auf ihrer Station in hinreichendem Maße gerecht werden.