

Bis ins (hohe) Alter! Tagesbetreuung von Menschen mit Autismus¹

Heinz Becker

Zwei wahre Geschichten

„Theorien sind *Annäherungen*, um andere Menschen besser zu verstehen, *nicht absolute Wahrheiten*, auf die sich diese festlegen lassen. Entscheidend ist immer *die Person in ihrer Einmaligkeit*.“ (Pörtner 2005, S. 122)

Andreas Meier und Josef Bellmann¹ sind einmalig in ihrer Individualität, und doch ist ihr Leben beispielhaft für das anderer Menschen mit Autismus:

Andreas Meier

Andreas Meier wird 1969 geboren. Er ist zunächst ein ruhiges Baby. Früh fällt auf, dass er keinen Körperkontakt mag. Mit neun Monaten werden erste Probleme sichtbar. Er wird unruhig, zum Beispiel wenn das Licht oder die Musik an- oder ausgemacht wird. Bei derartigen Situationswechseln schreit er, schlägt heftig mit dem Kopf hin und her und beginnt bald auch, sich gegen den Kopf zu schlagen.

Die Sprachentwicklung verläuft zunächst normal, stagniert aber bald.

Die Mutter arbeitet, wie sie sagt, seit früher Kindheit „verhaltenstherapeutisch“ mit Andreas. Oft ist der kleine Andreas fixiert. Lange Zeit kommt er nur aus der Fixierung, wenn die Mutter mit ihm „arbeitet“. Er wird mit Zärtlichkeit oder Süßigkeiten belohnt, wenn er etwas richtig macht (zum Beispiel sich nicht schlägt oder Blickkontakt aufnimmt). Wenn er etwas falsch macht, wird er durch Missachtung „bestraft“.

Mehrmals muss der kleine Andreas ins Krankenhaus wegen schwerer selbst zugefügter Kopfverletzungen. Als er fünf Jahre alt ist, bekommt er die Diagnose „frühkindlicher Autismus“.

Die Eltern sind am Ende ihrer Kräfte. Schweren Herzens entschließen sie sich Anfang der 1970er Jahre, ihn in ein Heim zu geben. Aber sie finden keines, das den kleinen Jungen aufnehmen will. Ärzte bedrängen sie, ihn in eine Kinderpsychiatrie zu geben, aber das wollen die Eltern auf keinen Fall.

Schließlich, als Andreas sechs Jahre alt ist, findet sich in einem 100 km entfernten Ort ein Kinderheim, das bereit ist ihn aufzunehmen. Andreas trägt Arm-, Kopf- und Beinschutz. Sogleich beginnen die Kollegen im Heim eine „verhaltenstherapeutische Behandlung“, nach der die Schutzpolster zeitweilig abgenommen werden können.

Aus dem Heim wird berichtet, dass Andreas gerne mit strukturiertem Spielmaterial spielt. Er hat Freude an Bewegung und hört gerne Musik.

Mehrmals muss er mit schweren Kopfverletzungen ins Krankenhaus. Phasenweise zerreißt er Kleidung, ist auch aggressiv gegen andere, stellt das Sprechen ein. Als Andreas 14 Jahre alt ist, wird in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Osnabrück über mehrere Wochen eine sogenannte Festhaltetherapie an ihm durchgeführt. Als er zurückkommt, nimmt sein selbstverletzendes Verhalten stark zu, er ist Tag und Nacht im Bett fixiert.

In den folgenden Jahren geht es auf und ab: Mal kommt er langsam wieder aus der Fixierung heraus, dann ist er wieder wochenlang im Bett fixiert, schlägt sich massiv blutig. Es wird ihm unterstellt, dass er „sein autoaggressives Verhalten auch bewusst einsetzt, um zu provozieren“.

¹ Vortrag auf der 14. Bundestagung von autismus Deutschland 25.10.2014 in Dresden. Veröffentlicht in: Autismus deutschland (2014): Autismus in Forschung und Gesellschaft. Karlsruhe: von Loeper. S. 310-328

1987 teilt das Kinderheim den Eltern mit, dass Andreas Verbleib in der Einrichtung gegenüber der Gesamtgruppe nicht mehr zu rechtfertigen sei und sie sich kurzfristig um einen neuen Platz kümmern sollen. Es dauert zwei Jahre, bis die Eltern eine Einrichtung gefunden haben, die bereit ist Andreas aufzunehmen.

1989 zieht Andreas um in ein Wohnheim für Menschen mit geistiger Behinderung in Bremen und besucht täglich eine Tagesförderstätte. Er hat dort einen gut strukturierten Arbeitsplatz und feste, für ihn eingerichtete Plätze im Gruppenraum.

Im Laufe der Jahre benötigt er immer weniger Fixierung. Sein Befinden ist sehr unterschiedlich. Mal ist er lebensfroh, lacht viel und laut, bewegt sich gern, schaukelt sehr ausladend vergnügt mit dem Oberkörper im Stehen und Sitzen, rennt laut lachend und schaukelnd umher. Aber er ist auch oft auch oft verzweifelt, schlägt sich massiv, schreit und weint dabei.

Als 1995 im Wohnheim ein starker Mitarbeiter-Wechsel stattfindet, kommt es zu einem massiven Rückfall mit schwerem selbstverletzendem Verhalten. Ständig muss er von zwei Mitarbeitern, die ihm Sicherheit geben eng begleitet werden. Immer wieder versucht er, mit der Faust gegen seinen Kopf oder den Kopf gegen Kanten und Ecken zu schlagen. Oft bleibt er tagelang im Bett, weil er sich sofort schlägt, sobald die Fixierung gelöst wird.

Verschiedene Programme werden für ihn im Laufe der Jahre entwickelt. Mitarbeiter der Tagesförderstätte besuchen ihn regelmäßig im Wohnheim und arbeiten mit ihm, weil er nicht mehr kommen kann. Er bekommt eine Einzelbetreuung, die mit ihm kleine Ausflüge macht. Schließlich wird an das Wohnheim ein kleines Apartment angebaut, in dem er jetzt in zwei Zimmern lebt.

Im Laufe der folgenden Jahre macht Andreas Meier ein starker körperlicher Abbau zu schaffen. Er kann viele Sachen nicht mehr. Früher ist er gern und viel gerannt, jetzt sitzt er im Rollstuhl und kann nur mit Mühe ein paar Schritte gehen. Auch feinmotorisch hat er viele Fähigkeiten eingebüßt. Er ist sich dessen bewusst, dass er vieles nicht mehr kann, das verändert sein Wesen. Er hat viel an Lebensfreude verloren und lacht kaum noch.

Ein mehrwöchiger Aufenthalt im Krankenhaus wegen einer somatischen Erkrankung war für ihn furchtbar. Er hat sehr viel geschrien und war fast durchgehend fixiert, – besonders der Katheter hat ihn sehr beschäftigt.

Nach wie vor hat Andreas Meier einen vom Wohnheim organisierten regelmäßigen Ablauf, er geht mit seiner Einzelbetreuung einkaufen und Eis essen.

Das selbstverletzende Verhalten steht nicht mehr so im Vordergrund. An den Kopf schlägt er sich kaum noch, dafür fehlt ihm die Kraft. Er versucht, sich in die Hand zu beißen, an der er einen Handschuh trägt.

Seine Sprache ist erheblich schlechter geworden, er ist kaum noch zu verstehen, spricht sehr wenig und verwaschen.

Andreas Meier ist jetzt 45 Jahre alt. Er sitzt im Rollstuhl, wirkt gebrechlich und schwach. Es hilft ihm, wenn nicht zu viele und immer die gleichen Mitarbeiter um ihn sind, denn sie sind konsequent und verlässlich. Allerdings ist dies im Wohnheim-Alltag schwer zu organisieren. Man versucht es so gut es geht mit Personenzentrierter Personaleinsatzplanung. Seine Eltern sind körperlich und psychisch am Ende ihrer Kräfte, sie besuchen ihn nur noch selten, auch das registriert er. Kürzlich sagte er einer langjährigen und ihm vertrauten Mitarbeiterin: „Johanna, das wird nicht mehr.“

Josef Bellmann

Josef Bellmann wurde 1937 geboren. Seine frühkindliche Entwicklung soll normal verlaufen sein. Er besucht die Volks- und dann die Oberschule, dort ist er ein Außenseiter. Nach dem Schulabgang arbeitet Josef Bellmann kurz in einer Gärtnerei. Wegen „auffällig bizarren Verhaltensweisen“ wird er 1956 in die Irrenanstalt eingewiesen. Die nächsten 32 Jahre lebt Josef Bellmann in der Anstalt.

Dort erhält er Elektroschocks, mindestens 60 „Behandlungen“ sind dokumentiert. Dies setzt sich in den folgenden Jahren fort, 1958 kommt die „Insulinkur“ als Behandlung dazu. In den Akten steht 1960: „Ohne dauernde pflegerische Kontrolle wäre B. hilflos, alleingelassen würde er durch sofortige Verwahrlosung gefährdet. Der Zustand ist weder mit ärztlichen noch mit pädagogischen Mitteln weiter beeinflussbar.“ Die Diagnose: Schizophrener Defektzustand bei geistiger Retardierung. Wegen Geistesschwäche wird Josef Bellmann entmündigt.

Jahrein jahraus geht er täglich um 18 Uhr ins Bett, morgens und abends bekommt er fertig geschmierte Brote, mittags einen gefüllten Teller Essen. Ansonsten döst er den Tag vor sich hin. Manchmal verlässt er die Station, auf dem Gelände darf er sich selbstständig bewegen. Wenn er auf der Station umherläuft, achtet er sorgsam darauf, dass er eine bestimmte Schrittfolge einhält und dabei nicht auf die Fugen der Bodenfliesen tritt. Gern steht er an bestimmten Plätzen, schaukelt ein wenig mit dem Oberkörper und blickt schräg nach oben. Oft steht er auch vor dem Dienstzimmer und wartet auf die nächste Zigarettenteilung. Er spricht kaum.

Aus seiner Akte 1980: „Kontaktaufnahme mit ihm ist nicht möglich, er lebt planlos in den Tag hinein, spricht nicht und versteht nichts.“

1988 wird die Klinik aufgelöst und Herr Bellmann zieht nach Bremen in ein kleines Wohnheim für Menschen mit geistiger Behinderung. Tagsüber besucht er eine Tagesförderstätte. Er ist jetzt 51 Jahre alt.

Die Möbel für sein eigenes Zimmer hat er selbst mit ausgesucht, lehnte aber jede weitere Ausstattung des Zimmers mit persönlichen Dingen ab.

Er kennt die Umgebung des Wohnheims von früher, geht dort oft allein umher und schildert, wie es früher hier ausgesehen habe. Er staunt über die vielen Hochhäuser. Wenn er angesprochen wird, antwortet er kurz, höflich und unverbindlich: „Möchten Sie mal einen Spaziergang machen?“ „Ja, das kann man mal machen.“

Er bleibt ein Einzelgänger, nimmt nicht an Gruppenaktivitäten teil. Sonntags geht er in die Kirche, aber auch nicht mit den anderen, sondern allein.

In der Tagesförderstätte arbeitet er in der Seidenmalerei, er bemalt langsam und präzise die Tücher. Ein Zivildienstleistender stellt 1993 zufällig fest, dass er gut englisch und spanisch spricht, viel über die Welt weiß und lesen und schreiben kann. Herr Bellmann hat sich sehr gern mit ihm unterhalten, aber nur mit ihm.

Nach wie vor hat er seine Rituale, er geht im Kreis um bestimmte Bäume herum. Wenn man ihn darauf hinweist, lächelt er. Er sagt nach wie vor nie „ich“, sondern „man“ oder ähnliches. Er spricht mehr, stets förmlich und höflich, hat einen gewählten Umgangston. Meist antwortet er auf Umwegen und mit Umschreibungen mit einer stets leisen und melodiosen Stimme.

So vergehen die Jahre. Herr Bellmann hat seine Struktur gefunden, an der er wenig ändert. Er spricht nur selten von sich aus und nie über sich, aber immer wieder finden sich Mitarbeiter mit denen er sich sehr gut unterhalten kann. Seine Arbeit scheint ihm wichtig zu sein, obwohl er sich für die fertigen Produkte und deren Verbleib nicht interessiert.

Eines Morgens im Oktober 2001, Herr Bellmann ist 64 Jahre alt, kommt er nicht in die Tagesförderstätte. Er ist im Wohnheim abends ins Bett gegangen und nicht wieder aufgewacht.

„Das autistische Kind ist nicht autistisch.“

Der alte Mensch mit Autismus auch nicht

Die „Verfasstheit menschlicher Natur“ ist „von Anfang an nicht nur körperlich sondern zugleich psychisch und sozial“. Sie beinhaltet den Aufbau „innerer Räume von Gedanken und Gefühlen[...], wie rudimentär diese zunächst auch immer sein mögen, Gedanken und

Gefühle, die auf sozialen Austausch, auf Bindung, Dialog, Kooperation, Sprache, Anteil an der Kultur zielen“ (Jantzen 2009, S. 8), auch bei schweren Störungen, auch bei Menschen mit Autismus, auch im hohen Alter. Unsere Erwartung von Beziehungslosigkeit und Kontaktangst trifft „schon für autistische Kinder nicht zu, erst recht nicht für autistische Jugendliche und Erwachsene. Im Gegenteil, viele von ihnen – nicht alle – haben große Kontaktbedürfnisse und suchen die Gemeinschaft, sind nur leider zu einem wechselseitigen sozialen Austausch nicht oder unzureichend in der Lage“ (Wendeler 1984, S. 114f).

Dem vielzitierten Satz von Georg Feuser „Das autistische Kind ist nicht autistisch.“ (Feuser 1980, S. 33) ist inzwischen zu ergänzen: Der alte Mensch mit Autismus auch nicht. Er ist in hohem Maße beziehungsfähig und braucht soziale Zugehörigkeit (vgl. Müller-Teusler 2008, S. 21).

Die Aufgabe, alte Menschen mit Autismus zu begleiten und zu betreuen, stellt neue Anforderungen an das Hilfesystem und an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter: „Alte Menschen blicken auf viele Jahrzehnte der Lebenserfahrung zurück, die sie geprägt haben. Das Verständnis für den alten Menschen kann nur unter Berücksichtigung dieser geschichtlichen und persönlichen Erfahrungen gelingen“ (Trebert 2008, S. 17). Um uns der Frage zu nähern, wie ein Mensch mit Autismus gelebt hat, brauchen wir

1. Wissen über das Wesen von Autismus,
2. Wissen um den gesellschaftlichen Umgang mit Autisten und die Ansichten über Autismus zu bestimmten Zeiten und
3. Wissen um sozialgeschichtliche Zusammenhänge, darüber, wie Menschen früher gelebt haben.

Die Geschichte der Erforschung des Autismus ist auch die Geschichte des Umgangs mit Menschen mit Autismus. So war bis in die 1970er Jahre die Ansicht verbreitet, Schizophrenie und frühkindlicher Autismus seien die gleiche Krankheit. Autisten wurden als geistig behinderte Menschen angesehen. Dann wurde es wieder eine „Modediagnose“. Jeder Lehrer wollte auch so einen „geheimnisvollen Fremdling“ in der Klasse haben. Gleichzeitig wurden sie dämonisiert: „Wenn man einem Kind zuschauen muß, daß sich unentwegt in die eigene Hand beißt, das wie hypnotisiert einen Aschenbecher rotieren läßt, das stundenlang ein Staubkorn anstarrt oder wie ein verwundetes Tier aufschreit, sobald sich ihm jemand nähert, das stundenlang mit den Händen sein Gesicht beklatscht oder das sich mit seinem eigenen Kot den Körper beschmiert – und all dies mit einem leeren Blick in den Augen –, da kann man es mit der Angst zu tun bekommen. Das ist das autistische Kind“ (Delacato 1975, S. 9).

Autisten wurden mit Festhaltetherapie „zwangsbeglückt“ (Dalferth 1988, S. 216) und mussten erleben, wie versucht wurde, ihre psychische Struktur zu zerstören (vgl. Feuser 1988), ein Spuk, der immer noch nicht vollständig vorbei ist.

Zurzeit steigt die Zahl der Menschen, bei denen Autismus diagnostiziert wird, stark an. Inzwischen liegt die Prävalenzrate in Deutschland über der von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung (vgl. Theunissen 2013, S. 18). Ob dies an einer „Abkehr von bislang eng gestrickten diagnostischen Kriterien“ (ebd.) oder an gestiegenen Anforderungen im sozialen Bereich, an Flexibilität und Belastbarkeit liegt (vgl. Böke 2008, S. 266), ist nicht eindeutig zu klären.

Aspekte

Menschen mit Autismus sind sehr verschieden, und diese Verschiedenheit nimmt mit steigendem Alter noch zu. Wie das Leben dann gestaltet wird, hängt von vielen Faktoren ab: von der Ausprägung des Autismus, vom personellen und räumlichen Umfeld, von der

Erziehung und den Lebensentwürfen, die Menschen mit Autismus haben. Manche Menschen konnten sich eine „Nische im Leben erkämpfen“ (Schuster 2011, S. 1), in der sie glücklich sind, andere hadern, kämpfen gegen ihre Beschränkungen an und wünschen sich ein Leben ohne Autismus.

Symptomverlauf

Die „typischen“ Symptome von Autismus werden mit zunehmendem Alter schwächer. Schon mit dem Jugend- und Erwachsenenalter wird „das Ausmaß der motorischen Stereotypen geringer“ (Wendeler 1984, S. 73), die sprachlichen nehmen eher zu (ebd, S. 77).

Einbußen der kognitiven Fähigkeiten betreffen die „Geschwindigkeit, mit der Informationen verarbeitet werden, die Gedächtnisleistung, die Wahrnehmung, die Umstellungsfähigkeit, die Bewältigung neuartiger kognitiver Probleme und die Psychomotorik. Die erfahrungsbedingte Intelligenz zeigt Gewinne durch im Lebenslauf erworbene Fach- und Daseinskompetenzen“ (Ding-Greiner, Kruse 2010, S. 21). Dazu gehören die Regeln und Vorgehensweisen der sozialen Kommunikation, die von Autisten langsamer und mühsamer erlernt werden müssen. Sie können erst im höheren Alter angewendet werden. Dadurch scheint das Interesse an sozialen Beziehungen stärker zu werden.

Die Fixierungen auf Aufrechterhaltung einer räumlichen Ordnung und eines Zeitablaufs nehmen ab: „Die Starrheit löst sich etwas, die ‚Ordnungsliebe‘ bleibt“ (Wendeler 1984, S. 80).

Meist treten zusätzlich zur Autismusdiagnose Symptome anderer psychischer Störungen auf: „Ein weiterer Punkt, der in den Studien über Erwachsene mit AS / HFA Beachtung findet, ist die Komorbidität. Am häufigsten wird von Angst und Depressionen berichtet, aber auch von Störungen im schizophrenen Bereich“ (Gomolla 2002, S. 20).

So scheinen sich im Symptomverlauf allmähliche Veränderungen zu zeigen, die aber nicht linear verlaufen sondern von Krisen unterbrochen werden können und je nach Lebenslauf und Erscheinungsbild des Autismus sehr unterschiedlich erscheinen.

Alter

„Alter ist das Ergebnis eines biologischen, psychologischen und sozialen Prozesses und daher mehr als nur die Folge vieler durchlebter Jahre. Wie, wo, mit wem und unter welchen Umständen das Leben verbracht wurde, ist daher mindestens so bedeutsam, wie Dispositionen, die sich aus der biologischen Ausstattung einzelner Personen ergeben“ (Wacker 2005, S. 27, vgl. auch Ding-Greiner, Kruse 2010, S. 21).

Über das Altern von Menschen mit Autismus lassen sich keine allgemeingültigen Aussagen treffen, weil sie eine sehr heterogene Gruppe bilden, die sich vielleicht mehr voneinander unterscheidet als Nicht-Autisten voneinander.

Ihre Biographien sind verschieden und unterscheiden sich von den Lebensgeschichten nicht behinderter alter Menschen. Sie sind in der Regel von einem jahrzehntelangen Aufenthalt in Sondereinrichtungen geprägt, die nicht den heutigen Standards entsprechen.

Die gesellschaftliche Sozialisation wurde i. d. R. spätestens im jungen Erwachsenenalter in großen Sondereinrichtungen außerhalb der „normalen“ Gesellschaft fortgesetzt. Die gesellschaftlich üblichen psychosozialen Entwicklungsprozesse haben zum Teil nicht stattgefunden. „Wenn sie am Bildungssystem teilnehmen konnten, dann in Sonderschulen. Wenn sie am Arbeitsleben beteiligt waren, dann im Sonderarbeitsmarkt der Werkstätten für behinderte Menschen. Damit blieben ihnen wichtige lebenspraktische und soziale Erfahrungen verschlossen“ (Wacker 2005, S. 31).

Gesundheit – Krankheit

Über den Gesundheitszustand von Menschen mit Behinderung im Alter gibt es widersprüchliche Aussagen, was angesichts der Heterogenität der Gruppe nicht verwundert.

Menschen mit geistiger Behinderung hätten eine „normale“ Lebenserwartung, seien nicht öfter krank als andere Menschen. Andere Autoren betonen, dass die Lebenserwartung geringer als in der Normalbevölkerung sei (vgl. Ding-Greiner, Kruse 2010, S. 14). Die Lebenserwartung chronisch psychisch Kranker soll um etwa 20 % niedriger sein (ebd., S. 31, vgl. auch Bänzinger, Abderhalden 2012, S. 531).

Menschen mit Autismus werden im Alter den gleichen altersspezifischen Veränderungen unterliegen wie andere Menschen auch: Bluthochdruck, Diabetes, Herz-Kreislaufstörungen, Gelenkverschleiß, entzündliche Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen und Malignome. Das Seh- und Hörvermögen verschlechtert sich. Häufig tritt Medikamentenabhängigkeit als „besonders ‚stille‘ Form der Abhängigkeit“ auf: bei 10 % der über 70jährigen Männer und 14 % der Frauen (Trebert 2008, S. 137). Die „großzügige“ Verabreichung besonders von Psychopharmaka bei Alterspatienten dürfte bei Menschen mit Autismus verstärkt zu finden sein.

Zudem sind sie durch Langzeit-Nebenwirkungen der oft lebenslangen Einnahme von Medikamenten beeinträchtigt. Ihr bisheriges Leben ist vielfach geprägt durch erhöhte Unfallgefahr, mangelhafte Ernährung, Stress, also allgemein durch eine ungesunde Lebensweise.

Dazu kommt eine nicht ausreichende medizinische Versorgung. „Sehr auffällig ist, daß manche autistische Menschen nichts über körperliche Beschwerden oder Schmerzen mitteilen“ (Wendeler 1984, S. 54). Die Schmerzempfindlichkeit kann durch Medikamente verändert sein und der Ausdruck von Beschwerden ist verändert. Bei unverständenen oder zeitverzögerten Kommunikationsmöglichkeiten und nicht ausgebildetem Körper selbstbild ist es schwer, Auskunft über das Befinden zu geben: „Mein Körper ist mir fremd. Ich fühle manchmal nicht, wo ich anfangen und aufhören“ (Zöller 2011, S. 22).

Probleme werden nicht erkannt und das Verhalten wird dem Autismus zugeschrieben. In der Literatur finden sich hierzu ebenso erschreckende wie beeindruckende Beispiele (z. B. Wildner 1983, Wendeler 1984, S. 55). Bei Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind, werden 57,3 % der somatischen Erkrankungen nicht erkannt (vgl. Ding-Greiner, Kruse 2010, S. 35f), bei Menschen mit Autismus wird die Zahl noch höher sein. Unerkannte und verschleppte Erkrankungen gelten als häufige Todesursache bei Menschen mit Autismus. Wenn es zu medizinischen Behandlungen kommt, kann es Probleme geben, Krankheits- und Behandlungseinsicht zu erkennen: Dietmar Zöller möchte „festlegen, dass man mir Spritzen geben und Blut abnehmen darf, wenn ich mich dagegen wehre. Meine Abwehr ist eine Abwehr gegen Berührungen, die ich nicht aushalten kann. Ich wehre mich aber nicht gegen notwendige medizinische Interventionen. Was Außenstehende für meinen Willen halten könnten, ist nicht mein Wille“ (Zöller 2006, S. 92).

Die ungesunde Lebensweise bedingt eine erhöhte Anfälligkeit für Krankheiten.

Alterserkrankungen können weitreichende Folgen haben, z. B. wenn beruhigende motorische Stereotypen aufgrund von Arthrose nur noch unter Schmerzen durchgeführt werden können. Mühsam aufgebaute Ordnungen der Welt geraten aus den Fugen, weil das Hör- und Sehvermögen nachlässt.

Andererseits können Autisten auch in ihrem Leben gelernt haben, sich gegen vielfältige Barrieren durchzusetzen und Strategien der Bewältigung und Resilienz zu entwickeln (vgl. Ding-Greiner, Kruse 2010, S. 18).

Förderung bis ins hohe Alter?

Menschen mit Autismus mussten ihr ganzes Leben lang mühsam Dinge lernen, die für andere Menschen ganz selbstverständlich sind (vgl. Preißmann 2011, S. 28). Das bedarf der

Begleitung, man kann es auch Förderung nennen. Aber brauchen sie auch im Alter noch Förderung?

Die erste Frage ist die, was man eigentlich will. Geht es um „Heilung“, Unterdrückung der Symptome, oder darum, dem Menschen ein würdiges Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen, so wie er ist?

Autismus ist eine „menschensmögliche und menschliche Lebensform“ (Feuser 2005, S. 11). Das kann aber nicht dazu führen, die Menschen ihrem Schicksal zu überlassen, so wie sie sind. Sie sind eben nicht nur „kulturell“ benachteiligt, ihre Probleme stellen einen komplexen Zusammenhang biologischer, sozialer und gesellschaftlicher Determinanten dar (vgl. Böke 2008, S. 275).

Die Erkenntnis, dass das „autistische“ Verhalten sinnvoll und sogar lebenswichtig ist, darf nicht dazu führen, dem gegenüber gleichgültig zu werden. Das Verhalten, was uns als „autistisch“ gegenübertritt, ist nicht eine Auswahl aus vielfältigen alternativen Handlungsmöglichkeiten, es ist also nicht gewollt, sondern stellt nur das äußere Kennzeichen einer alternativlosen Situation dar, in der Kindheit wie im Alter. Aber: „Zu befinden, jemand müsste noch dieses oder jenes lernen, erreichen oder verarbeiten, steht Betreuenden nicht zu“ (Pörtner 2005, S. 49). Wir bewegen uns hier auf einem schmalen Grat zwischen Fremdbestimmung, Selbstbestimmung und Selbstüberlassung, auf dem allgemeine Rezepte und Handlungsanweisungen eher schädlich sind.

Lebenslagen

Wohnen

Alte Menschen mit Autismus haben in ihrem Leben in verschiedensten Wohnformen gelebt. Manche haben lange bei den Eltern gewohnt, viele mussten in Irrenanstalten, Psychiatrien oder moderneren Sondereinrichtungen leben.

Wo sie im Alter am besten leben, ist ganz klar nur mit der Aussage „Wo sie möchten“ zu beantworten. Ansonsten kann der Wohnort nur bezogen auf die konkrete Person und ihre Lebenssituation gefunden werden. Auch der von der UN-BRK formulierte Anspruch, „gleichberechtigt die Möglichkeit zu haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben“ (Art. 19 a) ist auf die Person und ihre Geschichte zu beziehen.

Ambulant begleiteten inklusiven Wohnraum außerhalb von traditionellen Heimstrukturen zu organisieren und zu gestalten, ist eine der wesentlichen Herausforderungen an das heutige Hilfesystem. Für jüngere Menschen mit Autismus ist das auch gut vorstellbar. Bei älteren ist ein behutsames Herangehen an „Ambulantisierung“ erforderlich.

Heime für Menschen mit geistiger Behinderung, in denen Autisten häufig leben, sind oft nicht die geeignete Einrichtung. Müller-Teusler (2009) fordert „spezielle kleine Lebensorte“ mit maximal 40 Plätzen, die auf Menschen mit Autismus spezialisiert sind: „Lebensorte, an denen diese Menschen verstanden werden, Mitarbeiter, die sich ganz besonders auf diese Personen einlassen, Institutionen, die den besonderen Bedürfnissen mit ihren Rahmenbedingungen Rechnung tragen“ (ebd., S. 7).

An diesem Gedanken seien Zweifel erlaubt. Der Grundgedanke, dass Autismus anders sei als andere Behinderungen (vgl. ebd., S. 16) sollte nicht dazu verleiten, für diese vermeintlich andere Gruppe von Menschen eine andere Art von Sondereinrichtung zu schaffen, sondern zu überlegen, wie ein Gemeinwesen gestaltet werden kann, in dem auch Menschen mit Autismus leben können. Hier gibt es Anregungen aus der Gemeindepsychiatrie und aus der Integrations- bzw. Inklusionsdebatte. Klaus Dörner (2010) formuliert den Anspruch: „Leben und Sterben wo ich hingehöre.“ Dieser Gedanke führt dann eben nicht zu der institutionell gedachten

Frage nach der Struktur des zukünftigen Heimes, sondern zu der Frage: „Wo gehört dieser Mensch hin, wo will er hingehören?“ und zu der zukünftigen Anforderung, in diesem Sozialraum ein Hilfesystem zu gestalten. Wertvolle Hilfsmittel hierbei bieten die Methoden der Persönlichen Zukunftsplanung (vgl. Doose 2013).

Wichtiger als die Frage, wo Menschen wohnen ist jedoch die, was dort geschieht. Menschen mit Autismus sind nicht autistisch, nicht zurückgezogen oder abgekapselt von dieser Welt. Sie stehen immer in Austauschprozessen mit ihrer Umwelt, bauen Beziehungen zu ihrer Umwelt auf und entwickeln diese weiter (vgl. Feuser 1980). Auch alte Menschen mit Autismus brauchen vertraute und zuverlässige soziale Kontakte. Die Eltern als „die natürlichen und wichtigsten Bezugspersonen“ (Müller-Teusler 2008, S. 18), gehen verloren. Sie können ihr erwachsenes Kind nicht mehr betreuen, brauchen selber Unterstützung, schließlich werden sie vor ihren Kindern sterben (vgl. Klauß 2008, S. 48). Kontinuierliche und stabile Bezugsbegleitungen sind wichtig und müssen organisiert werden. Bei einem angenommenen oder festgestellten Bedürfnis nach Ruhe bei alten Menschen mit Autismus sind im Alltag Ruhepausen und Ruhezeiten vorzusehen. Ruhe darf aber nicht zu Einsamkeit werden.

Für alte Menschen mit geistiger Behinderung beschreiben Ding-Greiner und Kruse (vgl. 2010, S. 29ff) Grundbedürfnisse, die auch für alte Menschen mit Autismus angepasst werden können:

1. Bedürfnis nach Gesundheit und Wohlbefinden
2. Bedürfnis nach Sicherheit, Geborgenheit und Kontinuität von Lebensgewohnheiten, von Bezugspersonen und der Umgebung
3. Das Bedürfnis nach einem ruhigeren Lebensrhythmus
4. Das Bedürfnis nach Aktivität
5. Das Bedürfnis nach individueller Zuwendung und Betreuung

Veränderte Lebenssituationen müssen sensibel auf die jeweilige Person und ihre Geschichte angepasst werden (z. B. bei zunehmender Pflegebedürftigkeit: Was heißt es für diese Person, wenn sie sich jetzt bei der Pflege am ganzen Körper berühren lassen muss?).

„Mitarbeiter sind Gast im Leben der Bewohner“ formuliert Stefan Müller-Teusler treffend (2008, S. 23) und verweist auf eine grundsätzliche Anforderung an das Selbstverständnis von professionellen Helfern. Wertvolle Hilfestellungen zur Gestaltung des Alltags leistet diesbezüglich das Personenzentrierte Konzept (s. u.)

Arbeitswelt – Freizeitgestaltung

Fast alle Menschen machen sich ab einem gewissen Alter über den Übergang in den Ruhestand Gedanken. Bei Menschen mit Behinderung stellen sich die gleichen Fragen. Nur: nicht-behinderte Menschen beginnen ein paar Jahre vorher, sich konkrete Gedanken zu machen, Vorhaben zu überlegen. Bei Menschen mit Behinderung kommt das Ausscheiden aus der Arbeitswelt oft plötzlich, sie haben keine Chance oder keine Möglichkeit, sich vorzubereiten. Diese erhebliche Umstellung ist für den autistischen Menschen „kaum vernünftig zu bewältigen, zumal es wahrscheinlich schwierig ist, Ersatzbeschäftigungen auf einer anderen Ebene zu organisieren“ (Zöllner 2006, S. 110). Damit ist schon die Aufgabe an das Hilfesystem benannt. Wenn der Zugang zur Arbeitswelt in Werkstatt oder Tagesstätte nicht mehr zur Verfügung steht, müssen schon im Vorfeld alternative Strukturen angeboten werden, die die Funktion der Arbeitstätigkeit übernehmen können. Auch dies ist im Einzelfall zu betrachten: Ist das für die Person wichtige an der Arbeit die Tages- und Wochenstruktur, ist es die Tätigkeit selber, sind es die sozialen Kontakte zu den Arbeitskollegen? Das ist zu

erkunden und idealerweise können bereits vor dem „Ruhestand“ parallel zur Arbeit Angebote vorgehalten werden, die dann die Arbeitstätigkeit ablösen.

Anregungen und Gedanken aus der Praxis

Das Personzentrierte Konzept

Um alten Menschen mit Autismus ein zeitgemäßes Angebot machen zu können, ist es wichtig, von der Institutionsorientierung zur personbezogenen Unterstützung zu kommen. Dazu braucht es eine Basis, ein Menschenbild, ein Konzept. Davon gibt es viele, aber nur wenige befassen sich damit, was in den normalisierten, integrierten, inkludierten und ambulantiserten Einrichtungen passiert, wenn die Tür zu ist: Wie die Beziehung zwischen Klient und Betreuer ganz konkret im Alltag gestaltet wird.

Das leistet das Personzentrierte Konzept. „Personzentriert arbeiten heißt, andere Menschen in ihrer ganz persönlichen Eigenart ernstnehmen, versuchen ihre Ausdrucksweise zu verstehen und sie dabei zu unterstützen, *eigene Wege zu finden, um – innerhalb ihrer begrenzten Möglichkeiten – angemessen mit der Realität umzugehen*“ (Pörtner 2008, S. 20).

Das Konzept wurde von der Schweizer Psychotherapeutin Marlis Pörtner auf der Grundlage des Menschenbildes von Carl Rogers ausgearbeitet (vgl. Pörtner 2003, 2005, 2008). Es bietet zwei Gruppen von „Tools“ an, es beruht auf „Handlungsgrundlagen“ und hat „Richtlinien für den Alltag“, die ganz konkret auf die Praxis bezogen und differenziert nach Person und Situation angewendet werden können.

Personzentriert Arbeiten mit Autisten heißt:

- sie in ihrer persönlichen Eigenart als Autisten ernst zu nehmen,
- sie zu unterstützen, eigene Wege zu finden, ihrem Autismus angemessen mit der Realität umgehen zu können,
- mit den von Autismus betroffenen Personen Probleme zu lösen, nicht für sie,
- ihnen Selbstverantwortung zutrauen,
- ihre Ressourcen wahrzunehmen und, wenn sie es möchten, zu fördern,
- nicht interpretieren, sondern „zu versuchen, sich möglichst genau in ihr Erleben und in ihre Welt zu versetzen.“ (Pörtner 2005, S. 31)

Durch Personzentriertes Arbeiten vermieden wird „der unglaubliche Verschleiß an Zeit und Energie durch ebenso unnötige wie destruktive Machtkämpfe, wenn Mitarbeitende auf Biegen und Brechen irgendwelche Vorstellungen durchsetzen wollen, die sie gut finden, die aber bei den Bewohnern nicht ankommen“ (Pörtner 2008, S. 115f). Dies kann die für Menschen mit Autismus möglicherweise widersinnige Idee sein, die Mahlzeiten gemeinsam in der Gruppe einzunehmen, den Tagesrhythmus, bestimmte Ordnungsregeln (Was ist ein aufgeräumtes Zimmer?) oder das Entwickeln von Spezialinteressen betreffen.

Dabei bedeutet Personzentriertes Arbeiten nicht, „eine Person losgelöst von ihrem Umfeld zu sehen, und vor allem nicht, die Person zum Problem zu machen [...] Jede Problematik wird mitbestimmt durch soziale, institutionelle und zwischenmenschliche Aspekte, die miteinbezogen und hinterfragt werden müssen“ (Pörtner 2005, S. 38).

Die Erinnerungen

Für die Identität bedeutsam sind Erinnerungen an das bisher gelebte Leben, der Austausch mit anderen darüber und die Gedanken an Vergangenes. Dafür können Fotos, Briefe, Tagebücher und Erinnerungsstücke an Situationen oder Personen gesammelt werden. Bei Menschen mit Autismus, die derartige Sammlungen nicht anlegen können, ist es schon in jungen Jahren Aufgabe der Betreuenden, dies stellvertretend oder begleitend zu tun und dafür zu sorgen,

„dass Menschen mit Autismus Erinnerungen bewahren können. Das erfordert aber eine Begleitung bei vielen Erlebnissen und eine Unterstützung bei der Verarbeitung des Erlebten“ (Zöllner 2006, S. 16).

Je nach Möglichkeiten der Person können Fotobücher, Bilder, Texte oder Realgegenstände gesammelt werden und der Person begleitet zur Verfügung gestellt werden (vgl. Klauß 2008, S. 52). So kann die Vergangenheit strukturiert werden. „An ein Chaos kann man sich nur ungenau erinnern. Erlebtes muss also geordnet werden, wenn es einmal der Erinnerung zugänglich sein soll“ (Zöllner 2006, S. 23).

Aber Menschen mit Autismus, die jetzt alt sind, haben oft viele negative Erinnerungen an ihre Kindheit. Ebenso wie viele andere ältere Menschen mit Behinderungen haben auch sie eine lange Geschichte der qualvollen „Therapien“ hinter sich. So berichtet Wing 1973 von über 500 Autisten, bei denen Elektroschocktherapie angewendet wurde, „um die biologische Reifung zu stimulieren [...] und die Angst aus der Erstarrung zu lösen [...] Von den Kindern, die Elektroschocks erhielten, waren 120 noch nicht 7 Jahre alt“ (Feuser 1982, S. 90).

Jeder Mensch hat das Recht auf informationelle Selbstbestimmung und das Recht auf Geheimnisse und Verdrängung. Es ist das Recht, selbst ausgewählte Details aus seinem Leben nicht mitzuteilen und zu teilen, auch wenn andere das interessant fänden. „Welche Erinnerungen für einen Menschen Bedeutung haben, welche Ereignisse seines Lebens für ihn *jetzt* wichtig sind, kann nicht von außen beurteilt werden“ (Pörtner 2005, S. 48).

Bei der „Dokumentation“ von Erinnerungen ist zu beachten, dass es in einer Form geschieht, die es der Person weitgehend ermöglicht, später bestimmte Details aus der Biografie zu löschen, sei es, um sie vor anderen zu verheimlichen, sei es um selbst zu vergessen. Im Alter kann Vergessen „zur Ressource werden auf einer Wegstrecke, auf der es auch darum geht, Ballast abzuwerfen“ (Pörtner 2005, S. 8).

Die vertrauten Situationen

Für das Gefühl von Sicherheit ist Kontinuität wichtig. „Dieser Aspekt spielt im Leben autistischer Menschen oftmals eine zentrale Rolle und verweist auf potenzielle Ängste, die entstehen können, wenn sich Betroffene in veränderten oder unbekanntem Situationen zurecht finden müssen. Routine und ein vorab festgelegter Ablaufplan mit eingebauten alternativen Lösungswegen können ein Gefühl von Sicherheit, Vertrautheit und Vorhersehbarkeit bieten“ (Theunissen 2013, S. 23).

Christine Preißmann schreibt: „Man versucht, Rücksicht auf mich zu nehmen, mich frühzeitig über geplante Veränderungen zu informieren und mir durch ausführliche Erklärungen meine Angst zu nehmen. Ich freue mich darüber und bin sehr dankbar dafür. Mit nur geringem Aufwand kann man auf diese Weise eine Menge für mich tun“ (Preißmann 2011, S. 27). Stabile Dienstpläne oder Personenzentrierte Personaleinsatzplanung mit festen Bezugsbetreuern ist eine Voraussetzung für die Kontinuität, die Menschen mit Autismus ein Leben im Alter erleichtern kann.

Der Erwachsenenstatus

Otto Speck fordert 1982 ein Verständnis von geistiger Behinderung, das „nicht nur ein ‚Kindbleiben‘ kennt, sondern das dem Erwachsensein eine eigene Qualität zuspricht“ (Speck 1982, S. 11). Heinz Wieland schreibt 1987 über Menschen mit geistiger Behinderung: „Ihnen wird in allen wichtigen Aspekten der soziale Status eines Erwachsenen vorenthalten. Häufig sind auch ihre Sozialisierungserfahrungen und ihre Lebensbedingungen nicht förderlich für die Übernahme von Erwachsenenrollen“ (Wieland 1987, S. 30). Und 25 Jahre später der gleiche Autor: „Ein erwachsener Mensch mit einer Behinderung muss seine Biographie mit zusätzlichem Aufwand gestalten. Eine vor allem bei geistiger Behinderung kaum zu überschätzende Hürde ist wohl die immer noch anzutreffende Verweigerung des

Erwachsenenstatus“ (Wieland 2012, S. 107). Offensichtlich hat sich diesbezüglich in den letzten 25 Jahren trotz allem Getöse um Inklusion und Normalisierung nicht viel getan. Schon im jungen Erwachsenenalter wird der Grundstein gelegt, ob eine Person eine Identität als erwachsener Mensch gewinnt. Schrecker (2008) titelte in der Lebenshilfe-Zeitung über die paternalistische Unsitte, Menschen mit Behinderung zu Duzen treffend: „Deppen werden geduzt“.

Wenn wir feststellen, dass alte Menschen mit Autismus oft keine Identität von sich als alte Menschen haben, ist das dann kaum noch zu ändern. Aber warum legen wir bei jetzt jungen Menschen nach wie vor die Basis dafür, dass dies so bleibt?

Hinter der Anrede „Sie“ für erwachsene Menschen steht mehr als eine Formalität. Die eigene Identifikation als Erwachsener, die selbstbestimmte Möglichkeit, Nähe und Distanz zu Mitmenschen über die Wahl der Anrede „Du“ oder „Sie“ zu regeln, das alles wird Menschen durch sogenannte Fachkräfte verwehrt, wenn sie ein Leben lang geduzt werden.

Abschließend: eine (noch) nicht ganz wahre Geschichte

Peter Müller ist frühkindlicher Autist. Er ist 70 Jahre alt.

1944 geboren, ist er mit zwei Geschwistern ohne Vater aufgewachsen. Seine Mutter hat eine kleine Wohnung, sie muss die Familie ernähren und arbeiten. Die älteren Geschwister sind mit der Betreuung von Peter überfordert. Als er vier Jahre alt ist, kommt er in die Kinderableitung der Irrenanstalt, später in eine psychiatrische Anstalt für Erwachsene. Was er in seiner Kindheit und Jugend dort erlebt, können wir uns heute kaum noch vorstellen. Er besucht keine Schule, Gewalt in vielen Formen begleitet seinen Alltag. Jahrzehntlang lebt er unter Umständen, die in der Psychiatrie-Enquete als elend und menschenunwürdig bezeichnet werden (vgl. Finzen, Schädle-Deininger 1979, S. 51).

Er wird diversen zeitgemäßen Therapien unterzogen: Elektroschocks und Insulinschock-Therapie gegen seine „Wutanfälle“. Mal wurde Schizophrenie diagnostiziert, mal angeborener Schwachsinn vom Grad einer Debilität, mal Imbezillität mit Pfropfschizophrenie bei erregbarer Persönlichkeit, mal antisoziale Persönlichkeitsstörung, mal Sozialphobie. Noch 1980 schreibt der Arzt der Klinik: „M. kann nur unter ständiger Aufsicht und Pflege mit zeitweiliger Fixierung und hoher Dosierung von Beruhigungsmitteln innerhalb einer Wachstation leben.“

Mitte der 1980er Jahre setzt sich in Deutschland der Gedanke durch, dass Anstalten nicht förderlich für Menschen sind. Herr Müller wird „deinstitutionalisiert“ und kommt in ein Heim für Geistigbehinderte. Dort erhält er dann im Alter von 40 Jahren die Diagnose Frühkindlicher Autismus.

Viele Mitarbeiter probieren sich an ihm aus, jeder hat eine Idee, und wenn die nicht funktioniert, probiert der nächste Kollege etwas Neues.

Seine Betreuer haben versucht, ein paar Details aus seiner Vergangenheit zu erfahren. Sie wollen mit ihm in die Klinik fahren wo er jahrelang gelebt hat. Als sie auf das Gelände kommen, erinnert sich an den stechenden Schmerz der Elektroschocks und fängt fürchterlich an zu schreien.

Die Festhaltetherapie ist neu und modern. Weil Peter Müller inzwischen ein kräftiger Mann ist, wird er von mehreren Mitarbeitern in therapeutischer Absicht festgehalten, auch der Zivi muss schon mal mit anfassen. Bald schafft sich die Einrichtung einen Festhaltetherapiegurt an, damit es nicht so anstrengend für die Kollegen ist.

Herr Müller hat gelernt, sich anzupassen, oft gelingt ihm das jetzt. Er lernt, wo er hinschauen muss, damit die Mitarbeiter sich über das freuen, was sie Blickkontakt nennen und er nicht mehr festgehalten wird. Außerdem hat er in den vielen Jahren gelernt, sich in den Hierarchie- und Anforderungsstrukturen der Totalen Institutionen Anstalt und Heim zu bewegen.

Als er 50 Jahre alt ist, überlegen sich die Mitarbeiter, dass Selbstbestimmung gut ist. Herr Müller soll dies und das aus dem Tagesablauf selber entscheiden. Wichtige Strukturen

brechen ihm weg, er versteht es nicht. Das setzt sich fort, als er 65 Jahre alt ist und aus der Tagesförderstätte ausscheiden muss.

Im Laufe der Jahre lassen die körperlichen Kräfte nach, erste Beschwerden des Alters kommen. Herr Müller schaukelt gern mit dem Oberkörper, wenn er aufgeregt ist, das beruhigt ihn immer so schön, aber die Hüfte schmerzt ihm plötzlich dabei. Dann erregt er sich sehr und sein Herz rast, er fühlt sich sehr erschöpft.

Ein Arzt stellt Diabetes fest, seitdem bekommt er keine Süßigkeiten mehr, wenn er sich gut verhält. Auch das alles versteht Herr Müller nicht. Überhaupt hört er schlechter, aber das ist schön, weil der Krach auf der Wohngruppe ihn dann nicht mehr so aufregt.

Jetzt ist er 70 Jahre alt. Endlich wandelt es sich ein bisschen zu seinem Guten.

In der Einrichtung wird jetzt Personenzentriert gearbeitet. Herr Müller bekommt einen festen Bezugsbetreuer und ein paar feste Rahmenstrukturen. Manches wird ihm vorgegeben, anders kann er besser selbst entscheiden, z. B. wann er gebadet werden möchte. Das Abendessen darf er in seinem Zimmer einnehmen, wenn er es möchte, er kann aufstehen, wenn die anderen weg sind und dann in Ruhe frühstücken. Mit seiner Vergangenheit lassen die Betreuer Herrn Müller in Ruhe. In seinem Zimmer kann er sich mit seinen Sammlungen beschäftigen oder seine CDs hören. Er muss jetzt mehr Körperkontakt erdulden, aber man ist sehr behutsam bei der Körperpflege. Regelmäßig geht er mit seinem Bezugsbegleiter, der dank der Personenzentrierten Personaleinsatzplanung zuverlässig regelmäßig zu ihm kommt, Eis essen in seinem Lieblingscafé.

Und kürzlich hat die Einrichtung eine Persönliche Zukunftsplanung mit Herrn Müller durchgeführt. Sehr sensibel und gut überlegt wurde ein Unterstützernetzwerk zusammengestellt, aus dem jetzt noch ein Verwandter kommt, der Herrn Müller jede Woche einmal abholt und mit ihm in den Zoo geht.

Aus dem Heim ziehen einige Bewohner in eine eigene Wohnung, aber für Herrn Müller ist das zu spät. Er hat sich inzwischen im Heim eingerichtet und kann dort recht gut leben.

Manchmal ist er noch unruhig, wenn es unübersichtlich wird, aber das wird immer seltener.

Herrn Müller gibt es nicht, er ist keine reale Person, aber sein fiktives Leben ist aus realen Versatzstücken des Lebens anderer Personen zusammengesetzt. Es kann so gewesen sein. Und so, wie es in dieser Geschichte für Herrn Müller geworden ist, ist es gut für ihn. Für andere kann es anders sein. Tagesbetreuung für alte Menschen mit Autismus ist individuell, Personenzentriert eben: „Keine zwei Personen sind gleich, auch nicht zwei mit der gleichen Behinderung [...] Dieser individuellen Verschiedenartigkeit entsprechen vielfältige und ganz unterschiedliche Möglichkeiten, das Leben zu bewältigen“ (Pörtner 2008, S. 27).

Literatur

Bänzinger, S.; Abderhalden, C.: Körperliche Gesundheitsrisiken von Menschen mit schweren psychischen Störungen. In: Pflegewissenschaft 10/12, 2012, S. 531-537

Böke, H.: Asperger: Die Geburt eines Syndroms – Prolegomenon zur Enthinderung autistischer Intelligenz. In: Behindertenpädagogik 47, 3, 2008, S. 260-282

Dalferth, M.: Festhalten im Heim – Zur Legitimation und Effektivität eines umstrittenen Verfahrens. In: Behindertenpädagogik 27, 2, 1988, S. 206-218

Delacato, C. H.: Der unheimliche Fremdling. Freiburg 1975

Ding-Greiner, C.; Kruse, A.: Betreuung und Pflege geistig behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen im Alter – Beiträge aus der Praxis. Stuttgart 2010

Dörner, K.: Leben und sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. Neumünster 2010

Doose, S.: „I want my dream!“ Persönliche Zukunftsplanung. Neu-Ulm 2013

Feuser, G.: Autistische Kinder – Gesamtsituation, Persönlichkeitsentwicklung, schulische Förderung. Oberbiel 1980

Feuser, G.: Die Kontroverse Psychiatrie – Behindertenpädagogik am Beispiel Autismus. In: Feuser, G.; Jantzen, W.: Jahrbuch für Psychopathologie und Psychotherapie II/1982. Köln 1982, S. 73-100

Feuser, G.: Aspekte einer Kritik des Verfahrens des ‚erzwungenen Haltens‘ (Festhaltetherapie) bei autistischen und anders behinderten Kindern und Jugendlichen. In: Behindertenpädagogik 27, 2, 1988, S. 115-155

Feuser, G.: Autismus: Eine menschenmögliche und menschliche Lebensform. Vortragsmanuskript, www.feuser.uni-bremen.de/texte/Autismus.pdf 2005 [zuletzt geprüft am 17.7.05]

Finzen, A.; Schädle-Deininger, H.: „Unter elenden menschenunwürdigen Umständen“ – Die Psychiatrie-Enquete. Rehburg-Loccum 1979

Gomolla, A.: Der Lebensverlauf von Menschen mit Asperger Syndrom / High-Functioning Autismus. Eine Interviewstudie mit Schwerpunkt auf dem Erwachsenenalter. Wissenschaftliche Arbeit zur Erlangung des Grades einer Diplom-Psychologin im Fachbereich Psychologie der Universität Konstanz, 2002. URL: <http://kops.ub.uni-konstanz.de/handle/urn:nbn:de:bsz:352-opus-9079> [zuletzt geprüft am 10.2.2014]

Jantzen, W.: Schwerste Behinderung als sinnvolles und systemhaftes Verhalten unter isolierenden Bedingungen. URL: www.basaglia.de/Artikel/Schwerste%20Behinderung%202009.pdf 2009, [zuletzt geprüft am 10.5.2014]. Gekürzt in: Teilhabe 49, 3, 2010, S. 102-109

Jantzen, W.: Autismus und Resonanz. In: Behinderte Menschen, 6/2013, S. 55-67

Klauß, T.: Wenn sich Menschen mit Autismus von ihren Familien ablösen. Über Chancen und Risiken eines ganz normalen Vorganges. In: Müller-Teusler, S. (Hrsg.): Autistische Menschen. Leben in stationärer Betreuung. Freiburg 2008, S. 31-55

Müller-Teusler, S.: Erst die Person, dann der Mitarbeiter, dann... In: Müller-Teusler, S. (Hrsg.): Autistische Menschen. Leben in stationärer Betreuung. Freiburg 2008, S. 17-29

Müller-Teusler, S.: Warum spezielle kleine Wohnheime? Lebensorte! 2009, URL: <http://w3.autismus.de/media/Warum%20spezielle%20kleine%20Wohnheime.pdf> [zuletzt geprüft am 6.5.2014]

Pörtner, M.: Brücken bauen. Stuttgart 2003

Pörtner, M.: Alt sein ist anders. Stuttgart 2005

Pörtner, M.: Ernstnehmen, zutrauen, verstehen. Stuttgart 2008

Preißmann, C.: Leben mit Autismus-Spektrum-Störung. In: Behinderte Menschen 6/2011, S. 25-31

Schrecker, T.: Deppen werden geduzt. Wer Teilhabe sagt, muss auch Sie sagen. In: Lebenshilfe-Zeitung Heft 2/2008

Schuster, N.: Leben mit Autismus – Bewältigungsmöglichkeiten für den Alltag. Vortrag auf dem 39. Martinsstift-Symposium Linz, 2011, URL: <http://www.diakoniewerk.at/de/symposion> [zuletzt geprüft am 3.2.2014]

Speck, O.: Erwachsenenbildung bei geistiger Behinderung – eine Grundlegung. In: Speck; O. (Hrsg.): Erwachsenenbildung bei geistiger Behinderung. Grundlagen, Entwürfe, Berichte. München 1982, S. 11-42

Theunissen, G.: Autismus – Tradition und Wandel. In: Behinderte Menschen 4/2013, S. 17-28

Trebert, M.: Psychiatrische Altenpflege. Weinheim 2008

Wacker, E.: „Lebenserwartung und Erwartung an das Leben“. Was Menschen mit Behinderung im Alter wünschen. In: Evangelisches Diakoniewerk Gallneukirchen: Herbstzeit. Lebensqualität für Menschen mit Behinderung im Alter. Vorträge 33. Martinstift-Symposium 2005. Gallneukirchen 2005, S. 25-48

- Wendeler, J.: Autistische Jugendliche und Erwachsene. Gespräche mit Eltern. Weinheim 1984
- Wieland, H.: Die vermeintliche Andersartigkeit alternder und alter Menschen mit geistiger Behinderung – Problematische Aspekte in der gegenwärtigen Diskussion. In: Wieland, H. (Hrsg.): Geistig behinderte Menschen im Alter. Heidelberg 1987, S. 13-41
- Wieland, H.: Erwachsensein und Alter. In: Beck, I.; Greving, H. (Hrsg.): Lebenslage und Lebensbewältigung. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik, Band 5. Stuttgart 2012, S. 105-114
- Wildner, K.: Mit Autismus zwischen Tod und Leben! Was Ärzte und Eltern in der Krisensituation zu bewältigen haben. In: Behindertenpädagogik 22, 3, 1983, S. 276-280
- Zöller, D. (Hrsg.): Autismus und Alter. Berlin 2006
- Zöller, D.: Wohnen im eigenen Körper mit Autismus-Spektrum-Störung. In: Behinderte Menschen 6/2011, S.22-24

¹ Die Namen sind frei erfunden, die Geschichten nicht.