

# Das Affolter-Konzept

in der Förderung von Menschen mit einer schweren und mehrfachen Behinderung

**Die taktil-kinästhetische Wahrnehmung als Wurzelerfahrung**

**Helga Schlichting**

Eine aktive und tätige Auseinandersetzung mit der Umwelt ist für die Aufnahme, Verarbeitung und Speicherung von Informationen am effektivsten. So ist in der Pädagogik allgemein bekannt, dass am besten gelernt wird, wenn damit eine Aktivität des Lernenden verbunden ist. Informationen, die gelesen werden, bleiben nur zu 10% im Gedächtnis und solche, die gehört bzw. gesehen werden zu etwa 50%. Die Rate des Behaltens ist mit 90% am größten, wenn man sich praktisch mit einem Gegenstand auseinandergesetzt hat (*Herrmann 2006, 88*). Auch für Affolter ist die tätige Auseinandersetzung mit der Umwelt Grundlage für alle weiteren Wahrnehmungs- und Lernprozesse. Affolter spricht von sog. Spürinformationen, die Menschen bei der Kontaktaufnahme mit ihrer Umwelt aufnehmen (*Affolter 1992, 19*). Der Spürsinn besteht:

1. aus dem Tastsinn (Oberflächensensibilität, taktile Informationen)
2. aus den Informationen von Muskeln, Gelenken und Sehnen (Tiefensensibilität, kinästhetische Informationen).

Beide Sinne sind untrennbar miteinander verbunden, deshalb spricht man auch vom taktil-kinästhetischen System. Die Rezeptoren der Haut liefern Informationen über

Temperatur, Berührung und Druck. Die Sinneszellen in den Muskeln und Gelenken informieren über die Stellung des Körpers im Raum und über deren Bewegung. Dies geschieht in enger Verbindung mit dem Vestibulärsystem (*Sell-Krude 2006, 190f.*). Das taktil-kinästhetische System wird als Körpernahsinn bezeichnet. Bezüglich der anderen Sinnessysteme wie Hören und Sehen (Körper-Fernsinne) hat das taktil-kinästhetische System die Funktion einer Basis, Affolter beschreibt es als „Wurzel“, die immer wieder aufgesucht werden muss, wenn neue oder weiterentwickelte Fähig- und Fertigkeiten erworben werden sollen (*Affolter 1992, 168; Sell-Krude 2006, 190*).

In Affolters Wahrnehmungsmodell verläuft die kindliche Entwicklung hierarchisch in verschiedenen aufeinanderfolgenden Stufen. Zunächst nimmt der junge Säugling überwiegend taktil-kinästhetische Informationen über seine Umwelt auf. Er bewegt sich ungezielt mit seinem Körper und trifft dabei zufällig auf Widerstände, z. B. die Begrenzung des Bettchens oder die ihn umfassenden Arme der Mutter, bei deren Kontakt er Spürinformationen erhält. Der Säugling bemerkt den Reiz und hält inne. Später sucht er diese Widerstände bewusst auf. Das Greifen von Gegenständen erfolgt zunächst zufällig und

ohne visuelle Kontrolle. Das Kind berührt ein Spielzeug und umfasst es. Ebenso verhält es sich mit visuellen und auditiven Reizen, auch diese werden bemerkt und das Baby kann für einen längeren Zeitraum bei diesen verweilen. Affolter bezeichnet diese Phase als *modale* Entwicklungsstufe. Sie dauert etwa bis zum vierten Lebensmonat an (Affolter 1992, 36ff.; Sell-Krude 2006, 192). In der sog. *intermodalen* Entwicklungsstufe (4. bis ca. 12. Lebensmonat) gelingt es dem Säugling immer besser, unterschiedliche Informationen zu verknüpfen. So kann er jetzt unter Augenkontrolle ein Spielzeug ergreifen. Mit ca. sieben Monaten kann ein Kind bewusst Gegenstände loslassen (ebd.). In der *serialen* Entwicklungsstufe (ab ca. 12. Lebensmonat) gelingt es dem Kind, unterschiedliche Reize in zeitlichen und räumlichen Repräsentationen zu integrieren und sie zu bedeutungsvollen Ganzheiten zu verknüpfen (Sell-Krude ebd.).

Heute ist die Auffassung einer solch hierarchisch aufeinanderfolgenden Entwicklung der Wahrnehmung, wie Affolter sie beschreibt, nicht mehr haltbar. Moderne Forschungen zeigen, dass Säuglinge schon während der ersten drei Lebensmonate Wahrnehmungen verschiedener Sinnessysteme in Verbindung bringen können (Ackermann 2001, 65).

Hervorzuheben ist allerdings die Erkenntnis Affolters, dass die taktil-kinästhetische Wahrnehmung von elementarer Bedeutung für die Wahrnehmungsentwicklung des Kindes ist (ebd. 74).

### **Das Affolter-Konzept und Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen**

Ursprünglich wurde das Konzept von F. Affolter für Kinder mit einer sog. Wahrnehmungsstörung entwickelt. Die betroffenen Kinder sollten mit Hilfe des Konzepts taktil-kinästhetische Erfahrungen, „Wurzelerfahrungen“, nachholen und damit Probleme in anderen Wahrnehmungsbereichen kompensieren (Affolter 1992, 182f.). Heute wird das Konzept häufig in der ergotherapeutischen Praxis mit sog. entwicklungsverzögerten Kindern eingesetzt. Eine große Bedeutung hat das Konzept in der Rehabilitation von Menschen mit erworbenen Schädel-Hirn-Verlet-

zungen. Betroffene sollen damit vorhandene Fähigkeiten der Alltagsbewältigung wieder erlangen. In der heilpädagogischen Praxis wird es bei Menschen mit einer geistigen und mehrfachen Behinderung, bei Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung und bei hyperaktiven Kindern und Jugendlichen eingesetzt.

Eine schwere bzw. mehrfache Behinderung ist fast immer mit Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit verbunden. Betroffene Menschen können ihre Position oft selbst nicht oder wenig verändern, sie können häufig nicht oder nur mit großer Mühe nach einem gewünschten Gegenstand greifen oder ihr Gesicht einer Person zuwenden, um mit ihr Kontakt aufzunehmen. Dadurch bleibt den Betroffenen nicht nur ihre Umgebung, sondern häufig auch ihr Körper fremd. Zusätzliche Sinnesbeeinträchtigung erschweren eine Umwelterkundung noch mehr, weil perzeptorische und motorische Erfahrungen nur begrenzt integriert werden können. Dadurch sind Menschen mit einer mehrfachen Behinderung in ihrer Wahrnehmungsentwicklung stark beeinträchtigt. Ein wichtiges Förderziel besteht deshalb darin, den Betroffenen entsprechende Erfahrungen mit ihrer Umwelt und mit sich selbst zu verschaffen. Eine Möglichkeit dazu bietet das Konzept von Affolter. Menschen mit einer schweren bzw. mehrfachen Behinderung bekommen so die Möglichkeit, sich erkundend und handelnd mit sich selbst, mit ihrer unmittelbaren Umgebung und den entsprechenden Gegenständen auseinanderzusetzen.

### **Wahrnehmen und Lernen im Alltag**

Menschen lernen dann besonders gut, wenn Lernen an ihre Alltagswelt anknüpft und sie erleben, dass Gelerntes für diesen Alltag bedeutsam ist und nutzbringend eingesetzt werden kann (Hüther 2006, 80).

Der Alltag von Menschen ist mit bestimmten Personen, Räumlichkeiten und sich täglich wiederholenden Handlungen verbunden. Affolter spricht von sog. Alltagsgeschehnissen. Diese begleiten Menschen in ihrer gesamten Entwicklung (Affolter 1992, 85, 247, 263). Zunächst erlebt das Kleinkind, wie Alltagshandlungen an ihm vollzogen werden, es

beobachtet diese im Familienalltag bei anderen und es vollführt nach und nach Teilhandlungen selbst. Alltagsgeschehnisse beinhalten viele verschiedene Spürinformationen. Es wird mit Gegenständen hantiert, die schwer, leicht, weich, hart, flüssig oder fest sind, die sich öffnen, schließen oder zusammen fügen lassen usw. Weil diese Geschehnisse im Alltag regelmäßig vorkommen, werden sie zwangsläufig immer wieder geübt. Die Durchführung von Alltagshandlungen ist bedeutungsvoll, weil dadurch zumeist Grundbedürfnisse befriedigt werden. Deshalb wirken sie besonders motivierend (Sell-Krude 2006, 191).

Den Alltag als Ausgangspunkt für Lernen anzunehmen, fordern auch die Sonderpädagogen Breitinger (1998) und Praschak (1990). Breitinger (1998) legt für Kinder und Jugendliche mit schweren Behinderungen einen Entwurf zur „alltagsnahen Förderung“ vor. Er fordert, dass Unterrichtsinhalte und Ziele vom tatsächlichen bzw. möglichen Alltag der Betroffenen abzuleiten sind. Zu diesem Alltag zählt er immer wiederkehrende Handlungen im Tagesablauf, bestimmte Örtlichkeiten, Materialien, Gegenstände, Bezugspersonen, aber auch aktuelle individuelle Befindlichkeiten. Breitinger (1998, 190) kritisiert, dass in der Schulpraxis oft nach „sinnvollen“ Aufgaben und Materialien für Kinder und Jugendliche mit schwersten Behinderungen gesucht wird und Lehrer sich „im Suchen erschöpfen“, weil sie eingeengt sind auf die Bereiche des Lernens im herkömmlichen Sinn, wie z.B. das Erlernen von Sprache bzw. der Kulturtechniken oder die Verbesserung der Handmotorik. Von hier aus wird dann eine „Machbarkeit“ verbesserter Leistungen suggeriert, die dann frustrierend erlebt wird, wenn Entwicklungen stagnieren oder rückläufig sind. Breitinger (ebd., 148) fordert, sich dem Alltag dieser Schüler zuzuwenden, die diese in der Gegenwart täglich durchleben. Diesen gilt es zu entdecken, verstehbar zu machen und sinnvoll zu gestalten. Ein wesentliches Unterrichtsziel kann dabei ein „Sich Wohlfühlen“ sein. Als Beispiele alltagsnaher Förderung nennt er die „Versinnlichung im Jahresablauf“ in Form eines Erfahrbarmachens der Jahreszeiten und die Ausgestaltung von „Pflegehandlungen mit Sinn“ (ebd., 207ff.).

Einen ähnlichen Alltagsbezug stellt Praschak (2004, 247) in seinem Konzept der „Kooperativen Pädagogik“ her. Es geht ihm um eine aktive Beteiligung von Menschen mit schwersten Behinderungen an deren alltäglichen Besorgungen. Förderung sollte nicht in isolierten sonderpädagogischen, therapeutischen bzw. pflegerischen Arbeitsbereichen stattfinden, sondern immer verknüpft werden mit den wiederkehrenden „lebensbedeutsamen Alltagshandlungen“ (Jetter 1984 in Praschak 1990, 217). Hiermit sind alltägliche Verrichtungen, wie das Einnehmen der Mahlzeiten, das An- und Ausziehen, die Körperpflege, das Baden u.a., also im Wesentlichen Pflegetätigkeiten, gemeint. An diesen soll der Betreffende in der Ausübung seiner „Handlungspläne“, wie z.B. Saugen, Greifen und Sehen, unterstützt und beteiligt werden (ebd.).

### Das Führen in Alltagsgeschehnissen

Beim Führen geht es Affolter darum, die für eine „normale“ Entwicklung der Wahrnehmung grundlegenden gespürten Interaktionserfahrungen zu vermitteln. In sog. „problemlösenden Alltagsgeschehnissen“ sollen sowohl taktil-kinästhetische Prozesse als auch intermodale und seriale Wahrnehmungsleistungen gefördert werden (Affolter 1992, 188ff.; Ackermann 2001, 55). Dabei sieht es Affolter nicht als Ziel an, Fertigkeiten zu trainieren, sondern Alltagsgeschehnisse mittels geführter Interaktion problemlösend zu bewältigen (Affolter ebd.). Der betroffene Mensch soll durch das Führen nach und nach angeregt werden, selbst Ideen, „Hypothesen“; darüber zu bilden, welcher Handlungsschritt als nächster zu bewältigen ist. Außerdem soll er motiviert werden, eine Tätigkeit bzw. Teilschritte (wieder) selbst zu übernehmen.

Als Methoden werden das Führen der Hände beim sog. *einfachen Führen* und das Führen des ganzen Körpers bzw. von Körperteilen beim sog. *pflegerischen Führen* eingesetzt. Affolter formuliert für das Führen folgende Prinzipien:

Die geführte Person soll sich in einer festen und stabilen Umwelt befinden, was durch eine feste Unterlage und durch eine seitliche Begrenzung erreicht werden kann. Dies wird als Prinzip der stabilen Referenz bezeichnet

(Affolter 1992, 221; Ackermann 2001, 58f.; Sell-Krude 2006, 196). Damit sich der Betroffene ganz auf die geführte Alltagshandlung konzentrieren kann, muss er sich immer wieder dieser Sicherheit und Stabilität vergewissern können. Indem der Führende den betreffenden Menschen auf dessen Unterlage hin und her bewegt, gibt er ihm die entsprechende Information über seine Position im Raum. Im Affolter-Konzept wird von der Wo?-Information gesprochen (Sell-Krude 2006, 195; Ott-Schindele 2001, 24f.). Das Prinzip der Eindeutigkeit beinhaltet die Vermittlung deutlicher Spür- und Widerstandserfahrungen bei der Auseinandersetzung mit der Umwelt. Die verschiedenen Teilschritte sollen mit maximaler Widerstandserfahrung deutlich hervorgehoben und voneinander abgegrenzt werden (Affolter 1992, 216f.). Während des Führens sollte nicht gesprochen werden, damit der Mensch seine Aufmerksamkeit ganz auf das Spüren richten kann (Affolter 1992, 262f.). Eine sprachliche Begleitung ist auch deshalb nicht gewollt, weil der Betroffene selbst eine Hypothese darüber bilden soll, was als nächstes geschehen könnte. Dies wird als Prinzip der sprachfreien Begleitung bezeichnet. Affolter empfiehlt das geführte Geschehen nach dem Führen zu besprechen bzw. mittels Bildern und Symbolen zu verdeutlichen. Das Prinzip des Wechsels fordert, dass die aktive Seite, beim einfachen Führen die linke und die rechte Hand, nach jedem Teilschritt gewechselt wird. Weiterhin sollte sich die Aufmerksamkeit des Menschen beim Führen im Wechsel auf das Alltagsgeschehen (Was?-Information) und auf die Position des Körpers (Wo?-Information) richten (Sell-Krude ebd.).

Geführt wird nur dann, wenn der betroffene Mensch die Tätigkeit nicht selbst ausführen kann (Ackermann 2001, 58).

### Das pflegerische Führen

Um Menschen mit sehr schweren geistigen und körperlichen Behinderungen in Alltagsgeschehnisse einzubeziehen, eignet sich die Methode des sog. pflegerischen Führens. Betroffenen werden dabei Spürinformationen über ihren Körper, dessen Grenzen zur Umwelt und über die Gegenstände ihrer

Umgebung verschafft. Ein erstes Ziel des pflegerischen Führens ist es, Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen mit wiederkehrenden Berührungen vertraut zu machen und ein Erschrecken bzw. Angst beim Kontakt mit der Umwelt zu vermeiden. Beim pflegerischen Führen werden die Handlungen so ausgeführt, dass es zu deutlichen spürbaren Veränderungen am Körper des Betroffenen kommt. Kleidungsstücke, Handtücher, Decken, Windeln usw. werden mit Druck, Zug und möglichst viel Reibung am Körper entlang bzw. zwischen Körper und Unterlage hindurch bewegt, im Affolter-Konzept nennt man dies „stopfen“ (Söll 2007, 3). Die Aufmerksamkeit des Menschen soll sich dadurch auf das Alltagsgeschehen richten und ihm ein elementares Verstehen der Handlungsabläufe ermöglichen. Damit der betroffene Mensch die Veränderungen an seinem Körper bzw. zwischen der Umwelt und seinem Körper gut spüren kann, ist das Prinzip der stabilen Referenz zu berücksichtigen. Dazu bedarf es einer festen Unterlage, einer großen Auflagefläche und möglichst noch einer stabilen Seite, z.B. eine Wand, ein Bettgitter oder ein Lagerungswürfel (Ott-Schindele 2005, 28).

Pflegerisches Führen ist in folgenden Alltagssituationen möglich:

- *Beim Anziehen bzw. Ausziehen* werden die Kleidungsstücke über den Körper „gestopft“, d.h. Textilien werden mit deutlichem Druck und mit fühlbarer Intensität am Körper entlang bewegt und möglichst auch zwischen Körper und Unterlage durch „gestopft“.
- *Beim Waschen* werden ein (rauer) Waschhandschuh und ein (raues) Handtuch benutzt und ebenfalls deutlich am Körper entlang bewegt bzw. zwischen dem Körper und der Auflagefläche durch „gestopft“.
- *Beim Lagern und Bewegen* werden betroffene Menschen nicht vom Bett oder der Liege aufgehoben, sondern gerutscht und geschoben, um ihnen möglichst viel Informationen über ihren Körper und ihre Unterlage bzw. deren Beziehungen zueinander zu vermitteln.



Abb. 1-3: Pflegerisches Führen beim Ausziehen einer Strumpfhose

### Beispiel

In der Situation wird das sichere und feste Aufliegen der Beine durch die Unterlage, das Handtuch und die seitliche Begrenzung durch einen Keil hergestellt. Für das Kind in der Abbildung sind Stabilität und Halt besonders wichtig, weil es von einer extremen Hypotonie der Muskulatur betroffen ist. Wenn das Kind in dieser Situation sehr viel Unsicherheit erlebt und nur mit dem Halten der Beine befasst ist, kann es keine weiteren Informationen aufnehmen. Mit deutlichen, klaren und festen Berührungen und Bewegungen wird die Strumpfhose am Bein und zwischen Bein und Unterlage durch „gestopft“. Diese sollen die Aufmerksamkeit auf das Alltagsgeschehnis richten und intensive Erfahrungen über die Handlung „Strumpfhose ausziehen“ vermitteln.

Durch die deutliche Durchführung der Alltagshandlung erhält der Betroffene Informationen über das Geschehnis („Was?“-Information). Damit die Person ihre Aufmerksamkeit halten kann, muss sie immer wieder Informationen über ihre Position im Raum erhalten. Sie muss erleben, dass ihr ihre Auflagefläche mit der Unterlage ausreichend Halt und Sicherheit bietet, dass sie am Rücken und an den Seiten Begrenzung erfährt und dass ihre Füße fest aufstehen. Die Frage nach dem „Wo?“ wird der betroffenen Person während des Führens immer wieder beantwortet, indem sie am Becken – der größten Auflagefläche des Körpers – so hin und her bewegt wird, dass sie ihre Position gut spüren kann. Nach der „Wo?“-Information erfolgt ein Seitenwechsel, d.h. die zu spürende Aktivität erfolgt nun auf der anderen Körperseite.

Eine stabile Umwelt und deutliche Informationen können auch zu einer Tonussenkung bei betroffenen Menschen beitragen. Nach der Auffassung verschiedener Autoren (vgl. *Bienstein, Fröhlich 2004, 125f; Davies 1996, 100*) verstärken sich spastische Haltungen, wenn Menschen, die sich selbst nur sehr wenig bewegen können, keine ausreichenden sensorischen Informationen über ihren Körper erhalten und sich dadurch immer weni-

ger spüren. Ihnen fehlen die ständigen Rückmeldungen über Bewegung oder Reibung von Kleidung auf der Haut. Durch eine Erhöhung des Muskeltonus versucht sich der betreffende Mensch mehr zu spüren. Spastische Haltungen können deshalb als Suche nach Informationen über sich selbst gedeutet werden (Nydhall 2005, 37).

Das Spüren einer stabilen Umwelt und das deutliche Aufsuchen von Umweltinformationen, wie sie die Methode des pflegerischen Führens beschreibt, kann eine gute Möglichkeit sein, eine Spastik zu verringern (ebd. 36).

### Das einfache Führen

Das einfache Führen bezeichnet das Führen mit den Händen. Dabei ist wiederum eine stabile Umwelt eine wichtige Voraussetzung. Der Mensch muss sich in einer sicheren Sitzposition befinden, dazu gehört eine feste Sitzaufgabe, ein Aufstehen der Füße auf dem Boden, ein fester Tisch, auf dem die Arme gut abgelegt werden können und idealerweise noch eine feste Seitenbegrenzung. Das Führen erfolgt, indem die Bezugsperson hinter dem Betroffenen sitzt und dessen Hände möglichst mit allen Fingern deckungsgleich umfasst. Die Handlung wird nun gemeinsam mit der Person unter Beachtung der o.g. Prinzipien vollzogen. Die Hände bzw. die Hände mit den Gegenständen werden mit größtmöglicher Widerstandserfahrung auf der Unterlage oder am Körper des Betroffenen bewegt. Dabei wechselt die Aktivität der Hände. Zwischen den einzelnen Handlungsschritten wird eine Information („Wo?“) über die Position des Körpers gegeben, indem der Mensch mit kleinen Bewegungen am Becken auf seiner Sitzfläche hin- und hergeschoben wird (Sell-Krude 2006, 195ff.).

Das Ziel des einfachen Führens besteht einerseits darin, betroffenen Menschen Spürinformationen zu vermitteln. Andererseits geht es darum, Problemlösekompetenzen zu entwickeln und Menschen dazu zu befähigen, Alltagsandlungen (wieder) selbst auszuführen. Für viele Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen wird dies nicht zu verwirklichen sein. Förderziele können bei diesem Personenkreis auch „nur“ in

einem Erspüren und Erkunden der Umwelt oder in der Herausbildung eines einfachen Wenn-Dann-Verständnisses liegen. Für die Betroffenen kann es beim gemeinsamen Tun kleinster Handlungsschritte bleiben.

Typische Situationen für das einfache Führen sind Alltagshandlungen, wie

- das Essen und Trinken
- das Waschen und die Zahnpflege
- das Zubereiten von Essen, z.B. das Schälen einer Banane, das Schneiden einer Banane ...
- das Eingießen von Tee in eine Tasse ...



Abb. 4: Führen beim Essen mit dem Löffel

### Beispiel

Der junge Mann wird mit dem Löffel geführt. Dabei steht die aktive Beteiligung am Essen im Vordergrund. Der junge Mann hat einen schwachen Muskeltonus. Deshalb führt die Mitarbeiterin ihn nur mit einer Hand, weil sie ihre beiden Hände zum Stabilisieren der aktiven Hand benötigt. Als stabile Umwelt bieten sich dem jungen Mann der Rollstuhltisch, die Sitzfläche, die Rückenlehne und das Fußbrett des Rollstuhls. Günstiger wären ein stabiler höhenverstellbarer Tisch und evtl. noch eine seitliche Begrenzung.

### Beispiel

Das Mädchen erkundet gemeinsam mit der Mitarbeiterin das Waschbecken, öffnet mit ihr gemeinsam den Wasserhahn und wäscht geföhrt die Hände. Das Kind hat einen sehr hohen Tonus, so dass die Mitarbeiterin ihre beiden Hände benötigt, um die aktive Seite zu führen. Stabilität erfährt das Kind durch die Begrenzung des Rollstuhls.



Abb. 5-6 Erkunden und Öffnen des Wasserhahns

Bei Menschen mit einer schweren bzw. mehrfachen Behinderung können beim einfachen Führen nicht alle Prinzipien eingehalten werden. Dies wurde schon in den Beispielen deutlich. Ein Führen von hinten ist häufig nicht möglich, weil viele der Betroffenen im Rollstuhl sitzen. Die beid- bzw. wechselseitige Aktivität der Hände kann oft nicht realisiert werden, weil Menschen mit einer schweren Behinderung schon bei einer Hand die gesamte Unterstützung des Führenden benötigen. Ein deckungsgleiches Führen mit den Händen ist bei Menschen mit einem hohen Tonus oder Kontrakturen in den Händen ebenfalls nicht möglich.

Auch das Prinzip der sprachfreien Begleitung kann für Menschen mit einer schweren und mehrfachen Behinderung ungeeignet sein. Es ist für die meisten ungewohnt, dass Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen während einer Tätigkeit nicht mit ihnen sprechen – das kann deshalb Verunsicherung und Angst auslösen. Widerstände beim Führen sind unbedingt zu respektieren. Wenn bei einem betroffenen Menschen das Führen zu einer Tonuserhöhung auf einer Seite führt, ist es günstiger die Aktivität auf die andere Hand zu beschränken.

Für manche Menschen mit einer schweren Spastik und Kontrakturen bzw. starken Verformungen der Hände wird ein einfaches Führen gar nicht möglich sein.

### Zusammenfassung

Das Führen nach Affolter bietet Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen vielfältige Möglichkeiten, Wahrnehmungseindrücke und Lernerfahrungen über sich und ihre Umgebung zu sammeln.

Mit Hilfe des Konzeptes kann es gelingen, Menschen mit schweren körperlichen Beeinträchtigungen eine tätige Auseinandersetzung mit ihrer Umwelt zu ermöglichen, zu der sie sonst nicht in der Lage wären.

Alltagssituationen sind betroffenen Menschen bekannt und vertraut und nehmen in ihrem Leben große Zeiträume ein. Da in diesen Situationen oft wesentliche Bedürfnisse befriedigt werden, sind sie bedeutsam und ihre Durchführung ist motivierend. Deshalb ist das Führen in Alltagsgeschehnissen, wie

es das Affolter-Konzept fordert, besonders geeignet für Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen.

## Literatur

- **ACKERMANN, H. (2001):** Das Konzept von Felicie Affolter und seine Bedeutung für die Geistigbehindertenpädagogik. Luzern: Edition SZH/SPC
- **AFFOLTER, F. (1992):** Wahrnehmung Wirklichkeit und Sprache. (6. Aufl.), Villingen-Schwenningen: Neckar
- **BREITINGER, M. (1998):** Alltag und schwere geistige Behinderung. Würzburg: ed. Bentheim
- **BIENSTEIN, CH., FRÖHLICH, A. (2004):** Basale Stimulation in der Pflege. 2. Aufl., Seelze-Velber: Kallmeyer
- **DAVIES, P. (1996):** Spastik und Kontrakturen, In: B. Lipp, W. Schlaegel (Hrsg.), „Wege von Anfang an“ Frührehabilitation schwerst hirngeschädigter Patienten, Villingen-Schwenningen: Neckar
- **HERRMANN, U. (2006):** Lernen findet im Gehirn statt. Die Herausforderungen der Pädagogik durch die Gehirnforschung. In: R. Caspary (Hrsg.) Lernen und Gehirn – Der Weg zu einer neuen Pädagogik, Freiburg: Herder, 85–99
- **HÜTHER, G. (2006):** Wie lernen Kinder? Voraussetzungen für gelingende Bildungsprozesse aus neurobiologischer Sicht. In: R. Caspary (Hrsg.) Lernen und Gehirn – Der Weg zu einer neuen Pädagogik, Freiburg: Herder, 70–85
- **NYDHAL, P. (2005):** Basale Stimulation in der Pflege. In: P. Nydhal (Hrsg.), Wachkoma: Betreuung, Pflege und Förderung eines Menschen im Wachkoma, München: Urban Fischer
- **OTT-SCHINDELE, R. (2005):** Das Affolter-Modell. In: P. Nydhal (Hrsg.), Wachkoma: Betreuung, Pflege und Förderung eines Menschen im Wachkoma, München: Urban Fischer
- **PRASCHAK, W. (2004B):** Das Konzept der Sensumotorischen Kooperation. In: A. Fröhlich, N. Heinen, W. Lamers (Hrsg.), Schwere Behinderung in Praxis und Theorie – ein Blick zurück nach vorn. Düsseldorf: selbstbestimmtes leben
- **PRASCHAK, W. (1990):** Sensumotorische Kooperation mit Schwerstbehinderten als Herausforderung für eine allgemeine Pädagogik. Inaugural-Dissertation an der Uni Bremen, In: M. Bönsch (Hrsg.), Schriftenreihe: Theorie und Praxis der Uni Hannover
- **SELL-KRUDE, S. (2006):** Affolter-Modell. In: Becker, H.; Steding-Albrecht, U. (Hrsg.), Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie. Stuttgart, New York: Thieme
- **SÖLL, J. (2007):** In kleinen Schritten zum Ziel – Affolter-Modell. In: Z. Die Schwester Der Pfleger 49. Jg. 06/07, Praxis 1–4

## Die Autorin



### Dr. phil. Helga Schlichting

Dipl. Lehrerin, Dipl. Soz.-Päd. (FH)

- geb. 1964 in Mühlhausen
- 1984-1989 Studium zur Dipl.- Lehrerin für Biologie und Chemie an der PH Erfurt/Mühlhausen
- 1993-1997 Studium zur Dipl.- Sozialpädagogin an der FH Merseburg (berufsbegleitend)
- 2001-2005 Studium zur ersten Staatsprüfung für das Lehramt an Förderschulen in den Fachrichtungen Pädagogik bei geistiger Behinderung und Pädagogik bei Beeinträchtigungen im Verhalten an der Universität Erfurt (berufsbegleitend)
- 1993-1996 Tätigkeit als Betreuerin in der Fördertagesstätte für erwachsene Menschen mit schwerer Behinderung der Mühlhäuser Werkstätten für Behinderte e.V.
- Seit 1997 Förderschullehrerin am Förderzentrum „Janusz Korczak“ in Weinbergen/ Höngeda der Mühlhäuser Werkstätten für Behinderte e.V. (derzeit mit halber Stelle)
- Seit 2007 Lehraufträge an den Universitäten Erfurt und Leipzig, an der PH Heidelberg und am THILLM (Thüringer Institut für Lehrerfortbildung, Lehrplanentwicklung und Medien) zu verschiedenen Themen der Pädagogik bei geistiger i.B. bei schwerer und mehrfacher Behinderung
- 2009 Promotion an der Erziehungswissenschaftlichen Fakultät der Universität Erfurt
- Seit 2010 wiss. Mitarbeiterin (mit halber Stelle) an der Universität Erfurt, Fachbereich Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung
- Seit 2011 Kursleiterin für „Basale Stimulation“