



MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Synchronisation in der Musiktherapie. Die Begegnung in der
musikalischen Zeit

verfasst von | submitted by

Elisabeth Kalcher BA BA BA

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien | Vienna, 2024

Studienkennzahl lt. Studienblatt | Degree
programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 836

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Musikwissenschaft

Betreut von | Supervisor:

Mag. Dr. Dr. Andrea Korenjak Bakk.

Vorwort

Im Rahmen eines Seminars zu Musiktherapie in historischen und ethnomusikologischen Kontexten wurde ich zum ersten Mal mit dem Konzept der Synchronizität konfrontiert, das mich seither stets faszinierte. Synchronizität ist nicht nur für Menschen mit Autismus oder im Rahmen von Musiktherapie relevant, sondern jeder Mensch erlebt in seinem Alltag synchrone Momente mit anderen Menschen. Sie ist die Grundlage von Kontakt, von Gemeinsamkeit und Beziehung. Wenn wir beispielsweise gleichzeitig mit einer anderen Person dasselbe sagen oder dieselbe Bewegung ausführen, sind das offensichtliche Momente der Synchronisation, die die meisten Menschen auch als positiv wahrnehmen. Synchronisation ist zumeist aber viel subtilerer Natur und wird gar nicht richtig als eigenständiges Moment wahrgenommen. Sie bedeutet Übereinstimmung und Gemeinsamkeit. Sie stellt eine Basis für das soziale Netz dar, in dem wir uns befinden, sie steuert Blickkontakt, Dialog, Berührungen, sie macht gelungene Beziehungen überhaupt erst möglich.

Daher ist Synchronizität als Konzept einerseits für Menschen mit Autismus und andererseits für Musik und Musiktherapie relevant. Autistische Menschen haben oft Schwierigkeiten, sich in ihrem sozialen Umfeld zurechtzufinden und nachhaltige Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen. Gemeinsam erlebte oder gespielte Musik hingegen lebt von Synchronizität, von einem gemeinsamen Rhythmus, einem gemeinsamen Verständnis von Affekt, Impuls und Dynamik. Wenn Synchronizität als Konzept anwendbar gemacht und synchrone Momente quasi hervorgerufen werden könnten, dann könnte dies Menschen mit Autismus vielleicht helfen, in Gemeinsamkeit und eine direkte Beziehung mit anderen zu finden. Kann das funktionieren? Im Rahmen des Konzepts für Kinder mit Autismus der deutschen Musiktherapeutin Karin Schumacher wird unter anderem das versucht, nämlich Synchronizität als Anbahnung von Kontakt zum Kind zu erkennen und zu nutzen. Aber wie funktioniert das genau? Kann Musik tatsächlich einfach so Beziehung schaffen? Mit diesen Fragen war das Thema für meine Masterarbeit sozusagen geboren.

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen bedanken, die mich beim Verfassen dieser Arbeit unterstützt haben. Allen voran gilt mein Dank meiner Betreuerin Frau Mag. DDr. Andrea Korenjak, Bakk., die mich immer mit einem offenen Ohr und vielen hilfreichen Ratschlägen begleitet hat. Außerdem möchte ich mich bei allen Umfrageteilnehmer:innen für ihre Zeit und die Bereitschaft bedanken, ihre Expertise mit mir zu teilen. Abschließend bedanke ich mich bei meiner Familie und meinen Freunden und Freundinnen, die mir mit viel Geduld und ermunternden Worten entgegengekommen sind.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
2. Autismus-Spektrum-Störungen	8
2.1. Symptomatik	13
2.1.1. Sozialverhalten	13
2.1.2. Stereotypien und repetitive Verhaltensmuster	16
2.1.3. Weitere Auffälligkeiten	17
2.2. Diagnostikkriterien	19
2.2.1. DSM-5	20
2.2.2. ICD-10 und ICD-11	22
2.2.3. Diagnosestellung und -instrumente	25
2.3. Komorbiditäten und Differenzialdiagnosen	27
2.4. Epidemiologie	29
2.5. Ätiologie	31
2.5.1. Biologische Ebene	32
2.5.2. Kognitive Ebene	36
2.6. Therapiemöglichkeiten	43
3. Musiktherapie für Autismus	45
3.1. Indikation für Autismus-Spektrum-Störungen	48
3.2. Therapieziele und Evidenzbasierung	51
3.3. Musiktherapeutische Bewertungsskalen und Diagnoseinstrumente	56
4. Karin Schumachers Therapiekonzept	58
4.1. Musiktherapeutische Improvisation	59
4.2. Entwicklungspsychologischer Ansatz	62
4.2.1. Das auftauchende Selbst	65
4.2.2. Das Kernselbst	67
4.2.3. Das (inter-)subjektive Selbst	71
4.2.4. Integration des Selbstentwicklungskonzepts bei Schumacher	73
4.3. Methodisches Vorgehen	78
4.4. Das EBQ-Instrument	82
5. Synchronizität/Synchronisation	88
5.1. Synchronisation bei Schumacher	89
5.2. Weitere Konzeptualisierungen	94
6. Filmanalyse relevanter Fallbeispiele	96

6.1. Analysekriterien	98
6.2. Auswertung	100
6.2.1. Florian	101
6.2.2. Tanja	107
6.2.3. Marian	114
6.2.4. Steven	115
6.2.5. Fritz	119
6.3. Interpretation	121
7. Expert:innenbefragung zur Musik in der Musiktherapie	124
7.1. Erhebungsmethode	125
7.1.1. Auswahl der befragten Personen	125
7.1.2. Interviewleitfaden	127
7.2. Auswertungsmethode	127
7.3. Auswertung	128
8. Fazit	136
Anhang	141
A. Quellenverzeichnis	141
B. Interviewtranskripte	152
Interview mit Birgit Geher am 19.04.2024	152
Interview mit Katharina Zeinler am 17.05.2024	159
C. Fragebögen	166
Person A (Online-Umfrage)	166
Person B (Online-Umfrage)	166
Agnes Burghardt-Distl (Online-Umfrage)	167
Nina Edtinger (Online-Umfrage)	167
Agnes Kolar-Borsky (Antwort per E-Mail)	167
Alena Pichler (Antwort per E-Mail)	168
Maria Riemer (Antwort per E-Mail)	169
D. Abstracts	171

1. Einleitung

In den letzten Jahrzehnten hat Musiktherapie als eigenständige Therapieform einen enormen Aufschwung erlebt. Nicht nur das Angebot sondern auch die Forschungslage haben sich dadurch stark verbessert, auch wenn die vorhandene Literatur eher mehr Fragen aufwirft und Klärungsbedarf schafft als sie oft zu beantworten vermag. Es gibt eine Fülle an Indikationen, bei denen Musiktherapie als Intervention eingesetzt werden kann und in der vorliegenden Arbeit sollen Autismus-Spektrum-Störungen bei Kindern als eine davon näher beleuchtet werden. Menschen mit Autismus wird oftmals eine besondere Begabung oder ein spezieller Zugang zu Musik nachgesagt. Zudem haben verschiedene musiktherapeutische Ansätze als Intervention bei Kindern mit Autismus bereits seit den 1960er-Jahren Tradition. Gerade Synchronisation ist eine vielversprechende Methode im Zuge von Musiktherapie, um Kontakt herzustellen. Synchrone Momente bestimmen allerlei alltägliche Situationen wie auch den Therapieverlauf, und gerade für soziale Interaktion ist Synchronizität notwendig. Kommunikation, Körpersprache und Bewegungen müssen sich für eine gelungene Interaktion dem Gegenüber anpassen. Synchrone Momente, wenn man beispielsweise gleichzeitig und mit der gleichen Intensität zu sprechen beginnt oder dieselbe Bewegung ausführt, werden oft als sehr positiv wahrgenommen. Vor allem im Säuglingsalter gibt es bei normalentwickelten Kindern viele Gelegenheiten für synchrone Momente mit Bezugspersonen, beispielsweise beim Singen, bei Sprach- oder Körperspielen, sowie auch bei alltäglichen Handlungen wie beim Stillen oder Wickeln (Honisch et al. 2021: 1). Gerade das musikalische Spiel, und damit Musiktherapie, bietet sich aufgrund der Möglichkeit, durch musikalische Ausdrucksmöglichkeiten mit Parametern wie Lautstärke, Intensität, Dynamik, Klangfarbe oder Tonhöhe übereinzustimmen, dazu an, ein Umfeld zu gestalten, das synchrone Momente mit autistischen Kindern fördert.

Gleichsam wie Musiktherapie immer mehr Aufmerksamkeit bekommen, sind auch Autismus-Spektrum-Störungen in den letzten Jahren vor allem ins mediale Rampenlicht gerückt. *Rain Man*, *Miracle Run* oder *The Good Doctor* sind nur ein paar Beispiele von Filmen und Serien, die Menschen darstellen, die mit dieser tiefgreifenden Entwicklungsstörung leben. Diese stetig zunehmende mediale Präsenz, nicht nur auf der Leinwand sondern auch in den sozialen Medien, hat dazu geführt, dass Autismus ein recht geläufiger Begriff geworden ist und dass generell ein Bild besteht, in dem autistische Menschen in sozialen Belangen eher unbeholfen und unselbstständig sind, während sie in einem speziellen Nischengebiet aufgrund ihres zielstrebigsten und unerschütterlichen Interesses absolut brillieren. Diese Gewichtung von Inselbegabungen in der generellen Auffassung von Autismus-Spektrum-Störungen scheint im Vergleich mit der Forschungsliteratur übertrieben, das grundsätzlich gezeichnete Bild jedoch nicht:

„[On-screen] representations of autism are not, on the whole, inaccurate. Rather, they fit the diagnostic criteria almost too closely, resulting in a series of archetypal at best, stereotypic at worst, depictions of autism in the mainstream media“ (Fletcher-Watson / Happé 2019: 143).

In Kontrast zu diesem sehr einheitlichen Bild ist Autismus allerdings eine Beeinträchtigung mit einem sehr heterogenen Symptombild. So wie sich die mediale Aufmerksamkeit verstärkt auf Autismus gerichtet hat, so wurde auch das Forschungsinteresse immer größer. Während im Jahr 1988 insgesamt etwa 200 Publikationen zum Thema veröffentlicht wurden, liegt diese Zahl im Jahr 2017 bereits bei über 4000 Publikationen (Fletcher-Watson / Happé 2019: 154). Forschungsgegenstand sind dabei unter anderem die Symptomatik, mögliche Ursachen, Diagnostikmethoden und -tools sowie ihre Validität, Anwendung und Auswirkungen von vor allem verhaltenstherapeutische Interventionen. Es gibt aber noch kaum einheitliche, sinnvoll quantitativ auswertbare Forschung zu Musiktherapie bei Autismus-Spektrum-Störungen, und damit auch noch keine evidenzbasierte Grundlage. Vieles der Literatur, die Musiktherapie für Autismus behandelt, dreht sich um praxisbezogene Ansätze und ihre Erläuterung. Allerdings sind nicht nur die Darstellungen, sondern schon die Ansätze und Methoden an sich nur schwer miteinander vergleichbar. So wird in der Forschung bisher nur selten das Ideal von Untersuchung erreicht, bei dem bestehende Interventionen von verschiedenen Therapeut:innen und Forscher:innen in einem wissenschaftlich angemessenen und generalisierbaren Rahmen geprüft werden.

Das Forschungsfeld rund um Autismus teilt sich immer weiter auf und versucht mittlerweile nicht mehr unbedingt, die Beeinträchtigung als Ganzes zu betrachten, sondern nur einzelne Aspekte davon. Das erlaubt teilweise eine tiefergehende Untersuchung, erschwert aber die Vergleichbarkeit und Generalisierbarkeit. Gleichzeitig zeigt sich so, dass Forschung zu Autismus ein sehr weites Feld ist, das gerade bei den Anknüpfungspunkten zu einzelnen Therapieformen wie beispielsweise Musiktherapie einen weiten Raum eröffnet, um mehr in die Tiefe zu forschen.

In dieser Arbeit werden die Begriffe Autismus und Autismus-Spektrum-Störung synonym verwendet. Im folgenden Kapitel werden die Begrifflichkeiten inhaltlich noch näher beleuchtet, doch an dieser Stelle sei der Begriff der „Störung“ angesprochen. Nicht nur Autismus hat in den letzten Jahren an Aufmerksamkeit gewonnen, sondern auch viele andere mentale und psychologische Störungen, Beeinträchtigungen und Krankheiten. Es wird immer mehr ersichtlich, dass die Verschiedenartigkeit der einzelnen menschlichen Körper auch die mentalen Zustände der Personen mit umfasst. Damit wird auch klarer, dass das Konzept des normalen Menschen ein viel breiteres Spektrum an Erscheinungsformen aufweist, als für lange Zeit

angenommen wurde. Die Dichotomie von „gesund“ versus „krank“ oder „normal“ versus „gestört“ hat begonnen, aufzuweichen, sodass vieles von dem, was in der Theorie als Störung bezeichnet wird, im Alltag einfach nur einen Aspekt des Menschseins darstellt, vor allem auch in einer bestimmten Umwelt. Dennoch ist es gerade für die theoretischen Grundlagen vonnöten, diese Dichotomie bis zu einem bestimmten Punkt zu reproduzieren, da es ansonsten schwierig ist, Unterschiede und Eigenheiten darzustellen und an gewissen Ausprägungen festzumachen. Dabei ist das Bewusstsein wichtig, dass der Hintergrund der „normalen Entwicklung“, vor den die Erläuterungen zu Autismus gestellt werden, auch nur ein Konstrukt ist, ein Stereotyp, der die vielen verschiedenen möglichen, in der Realität gelebten Ausprägungen nicht abbildet.

Unterschiede müssen nicht automatisch Defizite sein, und mancherorts wird die Betrachtung von Autismus als eine Art von Störung oder Beeinträchtigung strikt abgelehnt: „Today, we do not characterise autism in terms of deficit or impairments, but as a pattern of differences which present advantages and disadvantages in relation to neurotypical social norms and expectations“ (Fletcher-Watson / Happé 2019: 84). Selbst die Bezeichnung des Autismus-Spektrums entsprang der Emanzipation autistischer Menschen in den USA, die sich selbst als auf dem Autismus-Spektrum aber nicht als „gestört“ beschreiben. Das Autismus-Spektrum und Autismus-Spektrum-Störungen sind in diesem Sinn nicht ident. Das eine beschreibt die Existenz autistischer Menschen in ihrer Ganzheit und akzeptiert diese, das andere fokussiert das Augenmerk auf die Einschränkungen, mit denen autistische Menschen in der Gesellschaft leben müssen und beschreibt Autismus als Beeinträchtigung (Theunissen / Paetz 2015: 41).

In der Literatur gehen die Meinungen zu dieser Sichtweise auseinander, was gerade in englischsprachigen Publikationen deutlich wird. Auf der einen Seite wird von *autism spectrum disorders* gesprochen, auf der anderen wird für die Verwendung von *autism spectrum conditions* argumentiert. Tatsache ist, dass eine Autismus-Spektrum-Störung für viele der Betroffenen eine Art Einschränkung darstellt, was bedeutet, dass sie gewisse Formen von Unterstützung benötigen. Menschen mit Autismus sind, mit all ihren Symptomen und ihrer Angewiesenheit auf Unterstützung, vollwertige Mitglieder unserer Gesellschaft und verdienen es, als solche angesehen und behandelt zu werden. Das inkludiert auch jede passende Form der Unterstützung, die ihnen zuteilwerden kann und soll. In diesem Sinne sehe ich es daher positiv, wenn Autismus erforscht wird, um ihn als Beeinträchtigung besser zu verstehen und navigieren zu können. Einerseits ist das konstruktiv in Bezug auf das Symptombereich generell, sodass allgemein auf einer institutionalisierenden Ebene sinnvolle Entscheidungen getroffen werden können. Andererseits profitiert auch jede Person mit der Diagnose Autismus, da so dieser spezifische Mensch die Chance bekommt, adäquat unterstützt zu werden.

Ziel dieser Arbeit ist es, Einschätzungen und Erfahrungen mit Musiktherapie bei Autismus-Spektrum-Störungen zu beleuchten, speziell mit dem Schwerpunkt Synchronisation als zentraler Aspekt der Musiktherapie für autistische Kinder nach Karin Schumacher. Zusätzlich dazu stehen die Einschätzungen und Betrachtungen von Musiktherapeut:innen selbst. Darauf stützend spannt die Arbeit ihren Bogen von der theoretischen Erläuterung von Autismus als diagnostizierbare Beeinträchtigung, über die Indikation Musiktherapie für autistische Kinder bis hin zur Synchronisation im entwicklungspsychologischen Ansatz von Karin Schumacher. Daraus ergeben sich folgende Forschungsfragen: Welche Anknüpfungspunkte bietet die Symptomatik von Autismus-Spektrum-Störungen für die Indikation Musiktherapie? Welche Musik beziehungsweise musikbezogenen Elemente werden eingesetzt und welche Funktionen erfüllen sie? Welche Bedeutung hat Synchronisation für Autismus und für Musiktherapie als Intervention? Wie äußern sich synchrone Momente und wie können sie gefördert werden? Die Beantwortung dieser Fragen soll mittels des Studiums und der Analyse relevanter Literatur, einer Filmanalyse von Therapieausschnitten von Karin Schumachers Musiktherapie, sowie qualitativer Inhaltsanalyse von halbstrukturierten, narrativen Expert:inneninterviews und Fragebögen erfolgen.

Die weitere Arbeit ist wie folgt strukturiert: Kapitel 2 behandelt Autismus-Spektrum-Störungen inklusive ihrer Symptomatik und Diagnosekriterien, der differenzialdiagnostischen Betrachtung, Epidemiologie, Ätiologie und generellen Therapieansätzen. In Kapitel 3 wird Musiktherapie als Intervention für Autismus beleuchtet, ihre Indikation, Einsatzbereiche und bislang durchgeführte Metaanalysen zur Wirkung. In Kapitel 4 wird der entwicklungspsychologische Ansatz von Karin Schumacher, und in Kapitel 5 das Konzept der Synchronisation erläutert. Kapitel 6 umfasst die Filmanalyse von Ausschnitten von Therapieeinheiten die von Karin Schumacher durchgeführt wurden. In Kapitel 7 werden die methodischen und theoretischen Überlegungen zu den Experteninterviews dargelegt sowie die Ergebnisse der Inhaltsanalyse präsentiert, bevor die Arbeit ihren Abschluss findet.

2. Autismus-Spektrum-Störungen

In den aktuellen anerkannten Klassifikationssystemen werden die Bezeichnungen Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) auf Deutsch sowie *autism spectrum disorder* (ASD) auf Englisch verwendet. Der Begriff Autismus gilt als Synonym. Es handelt sich dabei um eine tiefgreifende Entwicklungsstörung und wird als *neurodevelopmental disorder* klassifiziert. Das bedeutet, dass die Symptomatik bereits in der frühen Kindheit einsetzt und so die Entwicklung des Kindes in einem stetigen Verlauf gehemmt wird (Frese 2022: 7). Aufgrund der Ähnlichkeiten der Krankheiten zählen zu den unter Autismus-Spektrum-Störungen gefassten

Entwicklungsstörungen auch noch intellektuelle Beeinträchtigungen, Kommunikationsstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen, Lernstörungen und motorische Störungen (Kamp-Becker / Bölte 2021: 16-17).

Der Begriff Autismus wurde bereits 1911 von Eugen Bleuler, einem Schweizer Psychiater, aus den griechischen Worten *autos* (Selbst) und *ismos* (Zustand) geformt. Bleuler befasste sich mit Schizophrenie und intendierte, mit dieser Wortschöpfung die Hinwendung ausschließlich zu sich selbst und der eigenen Gedankenwelt als Aspekt der Kontaktstörung bei Schizophrenie zu beschreiben, die es den Betroffenen unmöglich macht, ihr Verhalten der Umwelt anzupassen (Freitag et al. 2017: 1; Frese 2022: 7; Leuchte 2015: 36; Spitzer 2022: 294).

Die russische Kinderpsychiaterin Grunja E. Ssucharewa beschrieb als erste die Symptomatik dessen, was heutzutage mit dem Begriff Autismus verbunden wird, allerdings nannte sie es stattdessen schizoide Psychopathie (Frese 2022: 7). Die ersten Beschreibungen der Symptomatik, die bereits damals mit dem Begriff des Autismus in Verbindung gebracht wurde, wurden in den 1940er-Jahren von zwei Ärzten unabhängig voneinander veröffentlicht. Leo Kanner und Hans Asperger beschrieben dabei Kinder, die keinerlei Bedürfnis nach Kommunikation und Interaktion mit anderen Menschen zeigten und Eigenheiten in der Sprachentwicklung aufwiesen (Frese 2022: 7; Spitzer 2022: 294).

Leo Kanner, der anfangs in Deutschland als Arzt tätig war und später in die USA emigrierte, wo er begann, kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen aufzubauen, veröffentlichte 1943 den Aufsatz „Autistic Disturbances of Affective Conduct“. Darin beschrieb er elf Kinder, drei Mädchen und acht Jungen, die das grundlegende Symptomenfeld von Autismus zum Ausdruck brachten. Er erklärt, das grundlegende Problem sei „the children’s *inability to relate themselves* in the ordinary way to other people and situations from the beginning of life“ (Kanner 1943: 242, Hervorhebung im Original).

Hans Asperger reichte 1943 seine Habilitation *Die „Autistischen Psychopathen“ im Kindesalter* an der Universität Wien ein und beschrieb darin vier Jungen, die in der Symptomatik den von Kanner beschriebenen Kindern stark ähnelten. Er beschreibt die Beeinträchtigung grundsätzlich wie folgt: „[Bei] dem ‚Autistischen‘ [sind] diese Beziehungen [zur Umwelt] schwer gestört, eingeengt. Der Autistische ist nur ‚er selbst‘ (daher das Wort *autos*), nicht ein lebendiger Teil eines größeren Organismus, von diesem ständig beeinflusst und ständig auf diesen wirkend“ (Asperger 1943: 17-18).

Beide unterscheiden Autismus von Schizophrenie dadurch, dass bei Autismus kein Verfall oder Verlauf zu beobachten ist, der Zustand bleibt über das Leben hinweg stabil oder verbessert sich bei greifender Therapie und funktionierender Eingliederung in ein soziales System,

wohingegen die Entwicklung bei Schizophrenie zuerst normal verläuft und die Betroffenen erst zu einem späteren Zeitpunkt in ihrem Leben Rückschritte machen und sich zunehmend von ihrer Umwelt zurückziehen (Asperger 1943: 45, 113; Kanner 1943: 242). Der größte Unterschied in den Beschreibungen der beiden Ärzte ist der Sprachgebrauch der Kinder. Während Kanner schreibt, dass die Kinder, wenn sie denn überhaupt sprechen können, Sprache ohne Bedeutung oder Zweck anwenden, beschreibt Asperger, dass die beobachteten Kinder Sprache viel besser beherrschen als es ihrem Alter entspräche. Allerdings setzten sie sie hauptsächlich für ihre eigenen Absichten ein und nicht für generelle kommunikative Zwecke (Asperger 1943: 32, 51, 65, 77, 85; Kanner 1943: 243, 248-249).

In beiden Aufsätzen wird von auffälligen Stereotypen der Kinder berichtet. Kanner beschreibt dabei das Bedürfnis der Kinder, dass Routinen und Muster gleich bleiben, sei es ihr Tagesablauf, die Anordnung von Möbeln oder Spielzeug, oder bestimmte Sätze oder Phrasen, die nicht als sprachliche Kommunikation zu fungieren scheinen, sondern als starres Kennzeichen für eine bestimmte Situation (Kanner 1943: 244-245). Dadurch wird die Interaktion mit anderen sowie das spontane eigene Handeln der Kinder eingeschränkt: „The child’s behavior is governed by an ‚anxiously obsessive desire for the maintenance of sameness‘“ (Kanner 1943: 245). Asperger hält fest, dass genau diese Eigenheit einen möglichen Weg der sozialen Integration darstellt:

[S]ie müssen die kleinen Beschäftigungen des Tages wie eine Schulaufgabe lernen und systematisch abwickeln. Bei manchen Kindern [...] erreichte man dadurch eine fast reibungslose Einordnung, dass man einen genauen Stundenplan feststellte, in dem man vom Auftreten zu einer bestimmten Zeit angefangen, alle Beschäftigungen und Pflichten des Tages genau aufgezählt waren. [...] An dieses ‚objektive Gesetz‘ fühlten sich die Kinder fest gebunden (Asperger 1943: 64).

Daneben werden auch stereotype, gleichbleibende Bewegungsmuster angesprochen, die Asperger wie folgt charakterisiert: „Auch an Gesten, also Ausdrucksbewegungen, die sich nicht auf dem Gesicht abspielen, sind sie arm, obwohl sie oft reich an Bewegung sind – das sind dann aber Bewegungstereotypen, die keinen Ausdruckswert haben“ (Asperger 1943: 84). Gerade am so starken Festhalten an diesen Mustern und den Gefühlsausbrüchen der Kinder, wenn sie sich ändern, wird deutlich, dass diese Kinder überhaupt nicht gefühlsarm sind. Es handle sich nicht um Gefühlsarmut, sondern „es ist vielmehr ein qualitatives Anderssein, eine Disharmonie an Gefühl, an Gemüt, oft voll überraschender Widersprüche, wodurch diese Kinder charakterisiert sind, wodurch ihre Anpassungsstörung verursacht wird“ (Asperger 1943: 106).

Beide Ärzte sind sich auch darüber einig, dass es den beschriebenen Kindern nicht an Intelligenz mangelt. Beide stellen fest, dass die Kinder an den zur damaligen Zeit altersgemäß vorgesehenen Intelligenztests zwar teilweise scheitern, dass es aber nicht an ihrem Verständnis

oder dem geistigen Potential liege, sondern an der Machart der Tests, die das vorhandene Potential einfach nicht zugänglich mache:

[T]he astounding vocabulary of the speaking children, the excellent memory for the events of several years before, the phenomenal rote memory for poems and names, and the precise recollection of complex patterns and sequences, bespeak good intelligence in the sense in which this word is commonly used. Binet or similar testing could not be carried out because of limited accessibility (Kanner 1943: 247-248).

Auch Asperger erklärt, dass es schwierig sei, das Wissen und die Fähigkeiten der Kinder tatsächlich zu erschließen:

[D]ie aktive und die passive Aufmerksamkeit sind in beträchtlichem Masse [sic] gestört, ihr Wissen ist nur sehr schwer reproduzierbar – und doch haben sie, was man oft nur durch Zufall erfährt, ein ungewöhnlich reiches inneres Erleben, ein gutes logisches Denken und eine besonders gute Abstraktionsfähigkeit (Asperger 1943: 43-44).

Es liege dabei vor allem an der Umgebung, beispielsweise der Lernsituation in der Schule, dass die Kinder die geforderten Leistungen nicht erbringen können (Asperger 1943: 95).

Gleichsam stimmen die beiden Ärzte überein, dass es sich bei Autismus um eine, zumindest teilweise, erblich bedingte Beeinträchtigung handelt. Kanner stellte fest, dass die Eltern der vorgestellten Kinder zumeist hochgradig intelligent waren, jedoch, ähnlich wie ihre Kinder, einen auffälligen Hang zur Zwanghaftigkeit hegten. Daraus schließt er: „We must, then, assume that these children have come into the world with innate inability to form the usual, biologically provided affective contact with people, just as other children come into the world with innate physical or intellectual handicaps“ (Kanner 1943: 250). Asperger erklärt ebenso, dass in der Verwandtschaft jedes Kindes, sofern es möglich war, mehr darüber zu erfahren, ähnliche Eigenschaften und Verhaltensmuster festzustellen waren: „Oft fanden sich nur einzelne autistische Eigenheiten, oft aber das voll ausgeprägte Bild des Autistischen Psychopathen, von den charakteristischen Ausdruckserscheinungen [...] bis zu den – hier freilich auf einer anderen Ebene sich abspielenden ‚Einordnungsschwierigkeiten‘“ (Asperger 1943: 108).

Die Beschreibungen von Kanner und Asperger boten eine solide Grundlage für die Anfänge der Forschung, und die Darstellungen haben teilweise auch heute noch Gültigkeit. Autismus als Begriff fand jedoch erst 1967 Eingang in das europäische Klassifikationssystem (ICD-8) und 1968 in das amerikanische Klassifikationssystem psychischer Störungen (DSM-II). Die Diagnose wurde unter den „Typischen Psychosen im Kindesalter“ angeführt. Im DSM-III wird Autismus dann zu den „Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen“ gezählt, und im DSM-IV wurde auch das Asperger-Syndrom als eigenständiges aber verwandtes Syndrom eingeführt. Seit 2013 gibt es im DSM-V sowie seit 2022 im ICD-11, die in Kapitel 2.2. noch näher erläutert werden, die Unterteilung in verschiedene einzelne Ausprägungen nicht mehr, sondern sie werden alle unter dem Begriff der „Autismus-Spektrum-Störungen“ geführt. So vergrößerte sich

im Lauf der Zeit auch die Reichweite der Diagnose (Fletcher-Watson / Happé 2019: 37; Freitag et al. 2017: 1-2).

Diese klassifikationstechnischen Veränderungen wurden unter anderem auch von Psychiaterin Lorna Wing und klinischer Psychologin Judith Gould vorangetrieben. 1979 veröffentlichten sie einen wegweisenden Aufsatz, in dem sie feststellten, dass Autismus ein viel größeres Symptombereich umspannt als die der von Kanner und Asperger beschriebenen Kinder (Wing / Gould 1979). Um bei der Vielzahl an Klassifikations- und Benennungsversuchen der Symptome und Syndrome Klarheit zu schaffen, schlugen die Autorinnen auf Basis einer epidemiologischen Studie mit 914 Kindern vor, die für Autismus relevanten Merkmale in drei Kategorien einzuteilen: Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion, Beeinträchtigungen der Kommunikation und Sprachentwicklung, sowie stereotype und repetitive Handlungen (Wing / Gould 1979: 26). In weiterer Folge betonte Wing in ihrem 1996 erschienenen Buch *The Autistic Spectrum*, dass die Diagnose Autismus eine große Variabilität der Symptomatik von Mensch zu Mensch beinhaltet. Nicht nur ist jede betroffene Person auf andere Weise mit einer anderen Gewichtung der drei Kategorien der Beeinträchtigung konfrontiert, sondern oft kommen auch noch andere Schwierigkeiten hinzu, die die Erscheinungsform der Beeinträchtigungen weiter beeinflussen (Wing 1996). Die von Wing propagierte Bezeichnung des Autismus-Spektrums hat sich schließlich durchgesetzt und wird nun auch in den medizinischen Klassifikationssystemen verwendet.

Wie bereits Kanner und Asperger in Abgrenzung zur Schizophrenie feststellten, ist bei Autismus kein stetiger Verfall im Verlauf des Lebens der Betroffenen feststellbar, sondern bei geeigneter Behandlung genau das Gegenteil. Daher gilt, je früher die richtige Diagnose gestellt und ein passender Therapieplan erstellt wird, desto positiver kann der Verlauf der Beeinträchtigung beeinflusst werden (Kamp-Becker / Bölte 2021: 50). Die Diagnose kann theoretisch gesehen bereits ab dem zwölften Lebensmonat gestellt werden, eine realistischere Einschätzung liegt eher nach dem zweiten Lebensjahr. Zumeist wird die Diagnose aber erst viel später gestellt, da der gesamte Prozess der Aufmerksamkeit und des Einsatzes der Bezugspersonen bedarf. Erst, wenn sie Auffälligkeiten in der Entwicklung des Kindes bemerken, werden die möglicherweise betroffenen Kinder in einer psychiatrischen Einrichtung vorgestellt. In den USA liegt das durchschnittliche Alter bei Diagnosestellung bei fünf bis sechs Jahren. Je mehr Defizite der Intelligenz, desto früher wird die Diagnose in der Regel gestellt (Kamp-Becker / Bölte 2021: 52).

2.1. Symptomatik

Wie bereits in der Einleitung skizziert zeigt das medial präsente Bild autistischer Menschen sie oft als sozial stümperhafte und ungeschickte Personen mit intensiven Nischeninteressen bis hin zu Inselbegabungen. In der Realität variiert die Symptomatik allerdings von Person zu Person und kann sich in ihrer Ausprägung erheblich unterscheiden (Kamp-Becker / Bölte 2021: 28; Kamp-Becker / Stroht / Stehr 2020: 458). Wie bereits Wing und Gould festgestellt hatten gibt es aber durchwegs auffällige Merkmale, die situationsübergreifend auftreten und daher zur Kernsymptomatik gezählt werden: die gestörte soziale Interaktion und wechselseitige Kommunikation sowie stereotypische und repetitive Verhaltensmuster oder Interessensfelder (APA 2018: 68; Freitag et al. 2017: 2; Kamp-Becker / Bölte 2021: 12-14). Während soziale Interaktion und Kommunikation in der Vergangenheit noch als zwei verschiedene Symptombereiche gehandelt wurden, sind sie in den aktuellen Versionen der Klassifikationssysteme zu einer Kategorie zusammengelegt worden. Dies wurde auf Basis der wissenschaftlichen Erkenntnis vollzogen, dass viele verhaltensbezogene Merkmale der sozialen Interaktion auch die Kommunikation betreffen und umgekehrt, und dass die beiden Domänen nicht zielführend voneinander abgegrenzt werden können (Kim / Lord 2013: 26; Sappok et al. 2010: 1334).

2.1.1. Sozialverhalten

Bereits bei Säuglingen können typische Symptome auffällig werden. Beispielsweise kann bei Säuglingen, die später mit Autismus diagnostiziert werden, auffallen, dass ihre Bewegungsabläufe beim Füttern oder Hochgehoben-werden nicht symmetrisch oder flüssig ablaufen (Rank 2020: 161-162). Kleinkinder nutzen Blickkontakt nicht für soziale Zwecke oder scheuen ihn gar zur Gänze, wodurch nur begrenzt die Möglichkeit besteht, Mimik als soziales Signal zu erlernen (APA 2018: 69; Freitag et al. 2017: 2; Kamp-Becker / Bölte 2021: 12; Rank 2020: 162). Es konnte mittels Eye-Tracking-Studien zum Blickverlauf nachgewiesen werden, dass autistische Kinder kaum mehr Interesse für menschliche Gesichter zeigen als beliebige andere Objekte, während sich normal entwickelnde Kinder Gesichtern schon sehr früh viel mehr Aufmerksamkeit widmen (Dziobek / Bölte 2011: 80; Fletcher-Watson / Happé 2019: 106-108; Kamp-Becker / Bölte 2021: 42-43). Das soziale Lächeln fehlt bei autistischen Kindern fast gänzlich. Generell bleibt das Erlernen von sozialer Gestik und Mimik eher aus, wie das Zeigen auf etwas, um Interesse zu bekunden oder Winken als Begrüßung oder zum Abschied (Freitag et al. 2017: 44). Dadurch fehlt auch die Ausreifung der Gesichtsmimik sowie das Erlernen der *joint attention*, bei der das Kind gemeinsam mit einer weiteren Person die geteilte Aufmerksamkeit auf etwas drittes lenkt, etwa indem es dem Zeig oder Blick einer Person folgt oder es

selbst auf etwas zeigt, sodass beide gemeinsam etwas drittes ansehen um sich dann darüber auszutauschen oder gemeinsam damit zu interagieren (APA 2018: 69; Fletcher-Watson / Happé 2019: 93; Kamp-Becker / Bölte 2021: 12, 43; Sinzig 2015: 676).

Das Ausbleiben dieser Entwicklung hin zur geteilten Aufmerksamkeit wird als eines der signifikantesten frühen Symptome gesehen, auch weil es ein sehr gut erforschtes Phänomen ist. Je weniger ein Kind versucht, die Aufmerksamkeit einer anderen Person zu bekommen und auf etwas drittes zu lenken, desto eher steigt die Wahrscheinlichkeit einer Autismus-Diagnose (Baron-Cohen / Allen / Gillberg 1992: 839; Kamp-Becker / Bölte 2021: 53). Dazu kommt, dass die geteilte Aufmerksamkeit eine der Grundvoraussetzungen für den Spracherwerb im Kleinkindalter zu sein scheint (Bender / Koller 2020: 5190). Autistische Kinder werfen in der Regel auch keinen rückversichernden Blick zu Bezugspersonen, beispielsweise in neuen und unbekannten Situationen, um vom Gesichtsausdruck der Bezugsperson schließen zu können, wie die Situation bewertet werden sollte (Kamp-Becker / Bölte 2021: 12-13; Rittmann 2017: 72-73).

Beeinträchtigungen im Sozialverhalten beginnen bereits damit, dass die frühkindliche Imitation und das damit verbundene Lernverhalten und die Beziehungsbildung nur sehr schwach ausgeprägt sind (Kamp-Becker / Bölte 2021: 43). Dies schlägt sich in weiterer Folge im sprachlichen Ausdruck, in der Mimik, sowie auch in der Gestik und der Körpersprache nieder. Symbolische oder empathische Gesten werden nicht gesetzt, bei ausbleibendem Blickkontakt auch keine Mimik gebraucht, und oftmals haben Kinder mit Autismus auch eine gestörte Sprachentwicklung, bei der sie beispielsweise mit zwölf Monaten noch nicht brabbeln und in weiterer Folge nicht beginnen, einzelnen Wörter zu sprechen oder zu imitieren. Diese Entwicklungen können von einem kompletten Ausbleiben von entstehenden Sprachfähigkeiten bis zu einer verzögerten Ausbildung reichen (APA 2018: 68; Kamp-Becker / Bölte 2021: 13-14, 53).

Typischerweise bleibt die übliche Verwendung von Kindersprache aus. Außerdem kann es zur Herausbildung von Echolalien kommen, bei denen Sätze, Phrasen, einzelne Wörter oder nur Silben oder Laute von ihrem ursprünglichen Kontext losgelöst wiederholt werden. Das kann entweder sofort passieren, sobald ein Kind etwas von einer anderen Person hört, oder aber mit einer Zeitverzögerung. Bei Kleinkindern ist eine Phase der Echolalie in einem ersten Schritt des Spracherwerbs normal, persistiert in der Regel aber nicht. Bei Kindern mit Autismus können Echolalien aber zu einem gewohnten Sprachmuster werden. Zudem werden gehäuft Neologismen gebildet, also neue Wörter kreiert, und es bleiben alterstypische Fragen aus, wobei solche Fragen, bei denen die Antwort bereits bekannt ist, repetitiv und teilweise situationsunabhängig wiederholt werden (Freitag et al. 2017: 49; Kamp-Becker / Bölte 2021: 13-14; Marom / Gilboa / Bodner 2018: 176; Riedel 2015: 109).

Sich selbst mit „ich“ zu referenzieren lernen Kinder mit Autismus meist erst sehr spät; eine pronomiale Umkehr, bei der sie in einfacher Imitation sich selbst als „du“ statt als „ich“ bezeichnen, tritt vermehrt auf. Sie reagieren auffällig oft nicht auf den Ruf ihres eigenen Namens, und auch zahlreiche grammatikalische Fehler sowie Neologismen sind häufig (Kamp-Becker / Bölte 2021: 15, 53). Der generelle Sprachgebrauch autistischer Personen kann genauso auffällig sein wie der Rest ihres Verhaltens und ist oft auch ein Resultat der verzögerten sprachlichen Entwicklung. Ihre Intonation, Sprachmelodie und Sprechrhythmus sind nicht an die Konventionen der Sprache oder des sozialen Kontexts angepasst und können monoton, abgehackt, mechanisch oder eigenartig betont sein. Ihre sprachlichen Fähigkeiten sind oft reduziert und können sich auf rein wörtliche Anwendungen beschränken, wobei nicht versucht wird, die sprachliche Beeinträchtigung durch Gestik oder Mimik zu kompensieren. Das wiederum kann die Wechselwirkung und Beziehungsbildung mit anderen Menschen negativ beeinflussen (Freitag et al. 2017: 2, 49; Kamp-Becker / Bölte 2021: 14; McPartland / Volkmar 2012: 408; Sappok et al 2010: 1334).

Allerdings gibt es auch solche Betroffene, gerade Menschen mit der Diagnose Asperger-Syndrom, die ausgeprägte sprachliche Fähigkeiten haben und in ihrem Ausdruck bis hin zu pedantisch wirken können. Dennoch setzen sie ihre sprachlichen Fertigkeiten nicht immer für soziale Zwecke und wechselseitige Kommunikation ein. Außerdem ist für sie nicht wörtlich gemeinte oder vom Kontext abhängige Sprache, wie beispielsweise Sarkasmus, Sprichwörter oder Metaphern, oft in der eigentlichen, übertragenen oder figurativen Bedeutung unverständlich (APA 2018: 68; Freitag et al. 2017: 3, 49, 94; Kamp-Becker / Bölte 2021: 14).

Obwohl es auch unter den Kindern mit Autismus eine nonverbale Gruppe gibt, ist dies, oder eine verzögerte sprachliche Entwicklung, kein sicheres Zeichen für eine Autismus-Diagnose. Wenn ein Kind mit fünf Jahren weniger als fünf Worte aktiv beherrscht, wird es als nicht verbal eingestuft. Oftmals haben diese Kinder auch mund- und feinmotorische Beeinträchtigungen, die sich anderweitig bemerkbar machen. Es handelt sich dabei aber um keine homogene Gruppe und somit nicht nur um autistische Kinder (Freitag et al. 2017: 32).

Im weiteren Verlauf ihres Lebens sind Menschen mit Autismus im Umgang mit anderen Personen und auch Gleichaltrigen oft nicht in der Lage, auf die Gefühle und Interessen der anderen einzugehen und teilen auch ihre eigenen Interessen und Hobbys nicht so mit ihnen, dass eine nachhaltige Beziehung entstehen kann. Interaktionen sind meist funktionaler Natur und ihre Reaktionen auf das Verhalten anderer können bis hin zu unangemessen ausfallen (APA 2018: 68-69; Freitag et al. 2017: 2; Kamp-Becker / Bölte 2021: 13). Es fällt ihnen oft schwer, reale soziale Kontexte zu erkennen. Das ist vor allem in Situationen wie dem kindlichen Rollen-

oder Symbolspiel auffällig, wo vieles an Einfühlvermögen und Selbstverständnis etabliert wird. Indem dabei Dingen, Handlungen, Umgebungen und Personen für das Spiel andere Identitäten zugeschrieben werden und die sozialen Kontexte nur imaginär sind und bestimmten willkürlichen Regeln unterliegen, scheint es für sie schier unmöglich zu sein, sich anzupassen und den Spielregeln entsprechend angemessen zu verhalten (APA 2018: 69; Kamp-Becker / Bölte 2021: 13-14, 46-47).

Spielen ist für Kinder mit Autismus auch deswegen eine Herausforderung, da viele Spiele Interaktion und damit geteilte Aufmerksamkeit sowie genug Freiraum für Kreativität und Fantasie im Denkprozess verlangen, was diesen Kindern tendenziell fehlt (Freitag et al. 2017: 3; Kamp-Becker / Bölte 2021: 14; Thompson / Shanahan / Gordon 2019: 109). Außerdem ist auffällig, dass sie oftmals Spielzeug zweckentfremden, sich nur Teilen davon widmen und nicht in typischer Weise damit spielen, auch wenn sie im Normalfall diesen Entwicklungsschritt bereits gemacht haben sollten. Das Spielen kann mechanisch und wenig abwechslungsreich wirken (Freitag et al. 2017: 49; Kamp-Becker / Bölte 2021: 14, 44). Kinder mit Autismus entwickeln ihr Spiel nicht dahingehend weiter, dass sie von sozial isoliertem Spiel, in dem sie sich selbst und das Spielzeug kennenlernen, zu sozial interaktivem Spiel wechseln, in dem sie lernen, andere als von sich selbst distinkt wahrzunehmen mit denen man zusammenarbeiten kann. Fantasiespiel wie beispielsweise Rollenspiele oder soziale Imitationsspiele bleiben aus, vor allem in einer Gruppe (APA 2018: 69; Freitag et al. 2017: 49; Kamp-Becker / Bölte 2021: 47-48; Rank 2020: 162; Thompson / Shanahan / Gordon 2019: 109). Durch die fehlende Eingliederung in soziale Gruppen und das spielerische Ausloten von Grenzen, gekoppelt mit der Schwierigkeit, Gefühle und Situationskontexte richtig einzuordnen, kann es Menschen mit Autismus auch schwerfallen, soziale Regeln zu beachten und dementsprechend zu handeln (Frese 2022: 9).

2.1.2. Stereotypien und repetitive Verhaltensmuster

Stereotypien sind ein weit verbreitetes Merkmal von Autismus-Spektrum-Störungen und werden unter anderem auch als imaginative Störungen bezeichnet (Frese 2022: 8). Sie können viele Aspekte des Lebens betreffen: Sprache, die Handhabung von Objekten, Verhaltensmuster in bestimmten Situationen, Gestik und körperliche Stimulation, repetitive und ungewöhnliche Bewegungen oder Routinen (APA 2018: 70; Frese 2022: 9; Kamp-Becker / Bölte 2021: 14-15). Was Stereotypien bei Autismus von anderen Krankheiten unterscheidet, ist das gezwungene Festhalten daran und der Drang, Umgebung und Abläufe so beizubehalten, wie sie sind (Kamp-Becker / Bölte 2021: 14-15; Sappok et al. 2010: 1334). Das zeigt sich unter anderem in rigiden Tagesabläufen, ritualisierten Sequenzen wie bei Begrüßungen oder beim Schlafengehen, oder

bei Widerstand gegenüber Neuem und negativen Reaktionen auf Veränderung, was tägliche Wege, Kleidung, Essen, Räumlichkeiten und vieles mehr umfassen kann. Symptomatische Stereotypen betreffen auch ungewöhnliche Bewegungen wie Hand- und Fingermanierismen, das spezifische Interesse an nicht funktionalen Teilen eines Objekts wie beispielsweise den Türen eines Spielzeugautos, sowie auch repetitive Sprache wie Echolalien (APA 2018: 70; Freitag et al. 2017: 3, 94; Kamp-Becker / Bölte 2021: 15; Kim / Lord 2013: 26-27; Sappok et al. 2010: 1334).

Diese Art der Rigidität kommt dabei auch bei Denkweisen und Einstellungen zum Tragen, genauso wie bei Interessensfeldern (APA 2018: 70; Kamp-Becker / Bölte 2021: 15). Sie sind zumeist hochgradig spezifisch und für andere Menschen kaum nachvollziehbar, beispielsweise kann es sich dabei um einzelne Tier- oder Gebäudearten, Fahrpläne oder hochspezialisierte Geräte handeln. Es kann sich aber auch um typische Interessen für die jeweilige Altersgruppe handeln, wie beispielsweise Filmfiguren. Selbst in solchen sind sie aber generell kaum dazu bereit, ihr Interesse tatsächlich mit anderen zu teilen, da sie unter anderem Monologe halten und auf etwaige Fragen oder Meinungsäußerungen gar nicht eingehen (Freitag et al. 2017: 94; Kamp-Becker / Bölte 2021: 15; Sappok et al. 2010: 1334-1335).

2.1.3. Weitere Auffälligkeiten

Es gibt auch Symptome, die nicht die bisher beschriebenen Domänen betreffen. So treten vermehrt Über- oder Unterempfindlichkeiten in einem oder mehreren Wahrnehmungskanälen auf, oder Betroffene können über eine bessere Wahrnehmung verfügen was die Unterscheidung von Tonhöhen, Gerüchen oder Berührungen betrifft. Während ihre Wahrnehmung von Details meistens geschärft ist, erleben Personen mit Autismus oft eine Unfähigkeit, das große Ganze dahinter zu erkennen und die Details zu einer Einheit zu integrieren. Ebenso scheint bei ihnen Synästhesie häufiger aufzutreten. Dabei handelt es sich um die Überlappung mehrerer Wahrnehmungskanäle, sodass ein Reiz bei der Wahrnehmung über einen Kanal gleichzeitig auch einen anderen Sinn aktiviert, ohne dass für diesen explizit ein Reiz wahrgenommen wurde. Bei zu vielen Reizen über einen oder mehrere dieser Kanäle können Betroffene häufig überfordert reagieren, beispielsweise wenn sie ihre Aufmerksamkeit schnell zwischen verschiedenen Stimuli hin- und herwechseln sollen oder wenn ihre Aufmerksamkeit durch irrelevante Stimuli abgelenkt wird (APA 2018: 70; Fan 2013: 284; Fletcher-Watson / Happé 2019: 38-39, 112; Sharma / Gonda / Tarazi 2018: 93).

Symptome können weiters beispielsweise eine verzögerte Sauberkeitsentwicklung sowie Schlafstörungen umfassen (Freitag et al. 2017: 50). Außerdem kommen bei autistischen

Menschen motorische wie auch Sinnesbeeinträchtigungen vor. Zum Beispiel kann eine Aversion zu bestimmten Materialien, Geschmäckern, Texturen oder Geräuschen bestehen. Die Entwicklung der motorischen Fähigkeiten kann verzögert verlaufen und unter anderem Koordination, Balancesinn oder die Körperhaltung beeinflussen (Kim / Lord 2013). Es gibt die Sichtweise, dass Autismus-Spektrum-Störungen auch als Bewegungsstörungen kategorisiert werden könnten, da die motorischen Auffälligkeiten und Beeinträchtigungen der Bewegung bereits vor den Problemen in sozialen Settings auftraten. Zumindest gibt es Vermutungen, dass die motorischen Beeinträchtigungen mit der abweichenden sozialen Entwicklung zusammenhängen (Jaber 2015: 341; Laqua / Bergmann 2019: 143; Nebel et al. 2016: 639).

Emotionen und Gefühle anderer Menschen wahrzunehmen fällt Menschen mit Autismus generell schwerer. Während normalentwickelte Kinder bereits mit drei Jahren beginnen, die primären Emotionen Überraschung, Traurigkeit, Furcht, Ekel, Freude und Ärger nicht nur zu erkennen, sondern auch kognitiv zu differenzieren, haben autistische Personen oft ihr Leben lang Schwierigkeiten damit, Emotionen zu differenzieren, gerade dann, wenn ihr Ausdruck nicht eindeutig ist. Das kann auch daran liegen, dass Gesichter eher in Teilen als in ihrem Gesamtausdruck wahrgenommen werden und so die soziale Wahrnehmung der emotionalen Mimik gehemmt ist (Domes et al. 2008: 255-256; Kamp-Becker / Bölte 2021: 44; Sommerauer 2015: 113). Wenn die Einschätzung der Emotionen anderer Menschen nicht gut funktioniert, dann kann sich darauf aufbauend auch die Fähigkeit zum Ausdruck von Empathie nicht ideal herausentwickeln. Dass auch der Kontext autistischen Menschen teilweise wenig Aufschluss über mögliche emotionale Reaktionen ihrer Mitmenschen gibt, beeinträchtigt diese Entwicklung weiter und kann zu unangemessenen oder ganz ausbleibenden Reaktionen auf die Gefühle und Interaktionsversuche anderer Personen oder zu unpassendem Verhalten in der jeweiligen sozialen Situation führen. Gerade im Kindesalter bleiben typische Reaktionen wie das Mitfreuen mit anderen oder das Trösten eher aus (Freitag et al. 2017: 2, 50; Kamp-Becker / Bölte 2021: 44-45).

Auch das Erkennen und Benennen der eigenen Gefühle sowie die eigene emotionale Regulation, die Verarbeitung und Integration von Gefühlen und den dadurch hervorgerufenen körperlichen Reaktionen, bildet sich bei autistischen Kindern oft zeitverzögert heraus und ist von fehlgeleiteten Bewältigungsstrategien geprägt. Diese treten vor allem dann auf, wenn Kinder einen Kontrollverlust erleben oder mit einer Situation überfordert sind und können von zunehmend rigiden Verhaltensweisen bis hin zu fremd- oder autoaggressivem Verhalten reichen. Es sind aber nicht nur negative Gefühlsregungen betroffen; autistische Personen haben oft auch

Probleme damit, positive Gefühle entsprechend zu erkennen, zu integrieren und auszudrücken (Fletcher-Watson / Happé 2019: 39; Freitag et al. 2017: 99; Kamp-Becker / Bölte 2021: 42).

So wird ersichtlich, dass das Symptombereich einer Autismus-Spektrum-Störung sehr weitläufig und heterogen sein kann. Die Symptomatik unterscheidet sich von Mensch zu Mensch und kann von stark eingeschränkten Personen mit einem niedrigen Funktionsniveau bis hin zu Personen mit eher leichten Beeinträchtigungen und hohem Funktionsniveau reichen. Die Symptome können sich aber unter Umständen im Verlauf der Beeinträchtigung und des Lebens verändern. Auch andere Krankheiten werden teilweise über diese Symptomatik diagnostiziert, worauf in Kapitel 2.3. noch näher eingegangen wird, allerdings zeigt sie sich bei Autismus bereits ab der frühen Kindheit und bleibt danach in der Ausprägungsintensität zumeist zeitlich stabil (Frese 2022: 8; Kamp-Becker / Stroht / Stehr 2020: 459; Theunissen 2015: 169).

2.2. Diagnostikkriterien

Da sich die Definitionen und das erforschte Symptombereich von Autismus über die Jahre hinweg veränderten, wurden folglich auch die Diagnostikkriterien immer weiter angepasst. Relevant für die klinische Diagnostik sind die zwei anerkannten Klassifikationssysteme DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders herausgegeben von der American Psychiatric Association) und ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation) (Kamp-Becker / Bölte 2021: 16, 104-105). In der jetzigen Fassung ist das DSM-5 seit 2013 gültig und stellt in den USA die verbindliche Grundlage für die Diagnose psychischer Störungen dar. Das ICD-11 ist seit Anfang 2022 gültig, wobei es bis zu fünf Jahre dauern könnte, bis der Übergang in der Anwendung vollständig vollzogen wurde, daher ist bisher immer noch das ICD-10 in Österreich in Verwendung (Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen 2021; Kamp-Becker / Bölte 2021: 16). Anhand der in diesen Klassifikationssystemen dargestellten Kriterien wird festgelegt, wie eine Autismus-Spektrum-Störung diagnostiziert wird, allerdings wird dadurch nicht beschrieben, was eine solche Störung in ihrer Essenz ist oder wodurch sie verursacht wird (Fletcher-Watson / Happé 202019: 9).

Generell sind für eine Autismus-Diagnose laut der vorliegenden Systeme Symptome aus zwei Bereichen vonnöten: Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion und Kommunikation sowie stereotype und repetitive Verhaltensweisen. Diese Symptome müssen bereits im frühen Kindesalter auffallen und können mit einer Intelligenzminderung einhergehen sowie mit Auffälligkeiten der Sinneswahrnehmung (Fletcher-Watson / Happé 2019: 32). Diese grundlegenden Kriterien basieren auf dem derzeitigen Stand der Forschung. Die

Klassifikationssysteme orientieren sich ausschließlich am Forschungsfortschritt und nicht an der gelebten Praxis von medizinischem Personal oder Betroffenen, um die Diagnosekriterien zu verbessern und so eine präzise und sichere Diagnosestellung zu ermöglichen (Frese 2022: 12). So wurden beispielsweise im Laufe der Zeit die beiden Domänen soziale Interaktion und Kommunikation zu einer zusammengefasst, da die Forschung zeigt, dass die beiden Bereiche sich nur schwer voneinander trennen lassen. Auf ähnliche Weise wurden die einzelnen Diagnosen wie frühkindlicher Autismus, Asperger-Syndrom und atypischer Autismus in den aktuellen Versionen der Systeme zu einer einzigen Diagnose der Autismus-Spektrum-Störung zusammengefasst, da aufgrund der heterogenen Symptomatik eine präzise Einteilung in die jeweiligen Subtypen nicht angemessen funktioniert und somit für die Betroffenen nachweislich keinen Mehrwert bringt (Fletcher-Watson / Happé 2019: 32-33, 40; Sharma / Gonda / Tarazi: 2018: 92).

Ein weiterer Grund für die vielen Veränderungen der Diagnosekriterien ist die Tatsache, dass Autismus über Symptome diagnostiziert wird und nicht über Ursachen der Beeinträchtigung. Wie noch in Kapitel 2.6. zur Ätiologie ausführlicher dargestellt wird, sind die Ursachen von Autismus bisher nicht eindeutig geklärt. Das bedeutet, dass bestimmte Verhaltensweisen, die für Autismus als typisch gelten, nicht präzise einer oder auch mehreren bestimmten Ursachen zugeschrieben werden können. Daher ist es wichtig, zu beachten, dass in jedem Fall einer Diagnose eine bestimmte Zusammenstellung an Verhaltensweisen begutachtet wird, um herauszufinden, ob es sich dabei um eine Autismus-Spektrum-Störung handeln könnte. Dabei gilt es auch zu beachten, dass sich nicht nur Diagnosekriterien im Lauf der Zeit ändern, sondern auch die gängige Ansicht dessen, was als unangemessenes Verhalten oder als Beeinträchtigung angesehen wird, was im Fall von Autismus ebenfalls Auswirkungen auf die Diagnosestellung haben kann.

Im Folgenden werden die Diagnostikkriterien der beiden aktuellen Klassifikationssysteme dargestellt. Im Fall des ICD-11 werden auch die Veränderungen von der vorhergehenden Version ICD-10 beschrieben. Im Anschluss daran werden grundlegende Prinzipien der Diagnosestellung sowie eine Auswahl an Diagnosetools vorgestellt.

2.2.1. DSM-5

Im DSM-5 wird Autismus erstmals als Spektrum-Störung klassifiziert und nicht mehr in mehrere, scheinbar eindeutig voneinander abtrennbare Untergruppen eingeteilt. „Erscheinungsformen der Störung können stark in Abhängigkeit mit der Schwere der autistischen Störung, dem Entwicklungsstand und dem chronologischen Alter variieren, daher der Begriff

Spektrum“ (APA 2018: 68, Hervorhebung im Original). In der Autismus-Spektrum-Störung sind nun die früheren Untergruppen enthalten, so wie der frühkindliche Autismus, High-Functioning Autismus, das Asperger-Syndrom, die Desintegrative Störung oder der Atypische Autismus. Das Rett-Syndrom wurde in früheren Versionen bei den Autismus-Störungen geführt, stellt aber aktuell keine eigene Subkategorie mehr dar, sondern nur eine mögliche zusätzliche genetische Erkrankung (APA 2018: 68; Freitag et al. 2017: 8; Kamp-Becker / Bölte 2021: 16).

In der aktuellen Version des DSM werden die Merkmale kurz wie folgt zusammengefasst:

Die Autismus-Spektrum-Störung ist durch anhaltende Defizite in der sozialen Kommunikation und Interaktion über viele verschiedene Kontexte hinweg charakterisiert. Diese umfassen Beeinträchtigungen in der sozialen Reziprozität, im nonverbalen Kommunikationsverhalten bei sozialen Interaktionen und auch Beeinträchtigungen in den Fähigkeiten zur Aufnahme und Aufrechterhaltung sowie im Verstehen von Beziehungen. Zusätzlich zu den sozialen Beeinträchtigungen in der sozialen Kommunikation ist die Autismus-Spektrum-Störung durch ein eingeschränktes, sich wiederholendes Muster von Verhaltensweisen, Interessen oder Aktivitäten gekennzeichnet. Weil sich die Symptome mit der Entwicklung verändern und durch kompensatorische Mechanismen verdeckt sein können, kann es vorkommen, dass die diagnostischen Kriterien nur aufgrund lebensgeschichtlich erhobener Informationen erfüllt sind. Das aktuelle Erscheinungsbild muss jedoch eine bedeutsame Beeinträchtigung verursachen (APA 2018: 40).

In dieser Beschreibung werden die beiden bereits geschilderten Schlüsselbereiche des Symptombereichs genannt, die Beeinträchtigung der sozialen Interaktion und Kommunikation sowie stereotyp, restriktive Verhaltensmuster. Außerdem wird hier deutlich gemacht, dass Betroffene oft Strategien anwenden, um sich möglichst an das Umfeld anzupassen, dass dies aber nicht bedeutet, dass die Beeinträchtigung nicht besteht.

In der deutschen Version des DSM-5 werden dieselben Codes wie im System des ICD-10 vergeben. Autismus-Spektrum-Störungen tragen demnach den Code F84.0. Die Diagnosekriterien werden grundsätzlich in fünf Kriterien von A bis E eingeteilt. Die Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion und Kommunikation fallen unter Kriterium A. Kriterium B umfasst die stereotypen, repetitiven und restriktiven Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten. Auch werden hier Auffälligkeiten der Sinneswahrnehmung als „Hyper- oder Hyporeaktivität auf sensorische Reize“ angeführt (APA 2018: 64). Kriterium C legt fest, dass die Symptome der Kriterien A und B bereits in der frühen Kindheit auftreten müssen, allerdings wird eingeräumt, dass sie sich „möglicherweise aber erst dann [manifestieren], wenn die sozialen Anforderungen die begrenzten Möglichkeiten überschreiten“ (APA 2018: 65). Kriterium D besagt, dass die vorliegenden Symptome eine klinisch relevante Beeinträchtigung im Alltagsleben darstellen müssen, und bei Kriterium E wird auf relevante Differenzialdiagnosen hingewiesen, die in Kapitel 2.3. dieser Arbeit beleuchtet werden (APA 2018: 65).

Um die individuellen Umstände jeder betroffenen Person diagnostisch abbilden zu können, kann die Diagnose Autismus-Spektrum-Störung um zusätzliche Codes erweitert werden, die anderweitig diagnostizierte Beeinträchtigungen spezifizieren (APA 2018: 40-41, 66). Ebenfalls in Kapitel 2.3. werden diese Komorbiditäten näher erläutert.

Zusätzlich dazu verlangt das DSM-5 auch danach, den Schweregrad der Symptome der Kriterien A und B zu ermitteln. Es stehen drei Schweregrade zur Auswahl, die von Grad 1 „Unterstützung Erforderlich“ über Grad 2 „Umfangreiche Unterstützung Erforderlich“ bis hin zu Grad 3 „Sehr Umfangreiche Unterstützung Erforderlich“ reichen. Dadurch soll die Diagnose weiter individualisierbar werden, und die Heterogenität des Erscheinungsbilds von Autismus wird so besser abgebildet. Es wird betont, dass nicht nur die Symptome an sich sondern auch der Schweregrad der Beeinträchtigungen sich je nach Kontext und zeitlichem Verlauf verändern kann (APA 2018: 66-67).

2.2.2. ICD-10 und ICD-11

Während das DSM in den USA als Diagnostikmanual gültig ist, ist das Klassifikationssystem ICD der Weltgesundheitsorganisation im deutschsprachigen Raum verbindlich (Frese 2022: 20). Die aktuelle Version ICD-11 trat 2022 in Kraft, allerdings stellt in Österreich immer noch die Vorgängerversion ICD-10 die Grundlage für die Diagnosestellung dar, da bisher keine vollständige oder offizielle Übersetzung des ICD-11 ins Deutsche vorliegt und somit der Übergang zur aktuellen Version noch nicht abgeschlossen werden konnte. In der Version ICD-10 von 1992, wobei die aktuelle Ausgabe in der 10. Auflage im Jahr 2015 erschien, werden die einzelnen Autismus-Diagnosen noch separat unter dem Überbegriff der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen mit dem Code F84 geführt, da es sich dabei um „überdauernde, schwere, vielfältige Bereiche umfassende und somit den gesamten Entwicklungsverlauf betreffende [Erkrankungen] handelt“ (Freitag et al. 2017: 4). In der Version ICD-11 werden diese separaten Diagnosen, in Anlehnung an die Klassifizierung des DSM, als individuelle Ausprägungen auf dem Autismus-Spektrum gehandhabt.

Unter den bei Code F84 angeführten tiefgreifenden Entwicklungsstörungen handelt es sich um eine „Gruppe von Störungen, die durch qualitative Beeinträchtigungen in gegenseitigen sozialen Interaktionen und Kommunikationsmustern sowie durch ein eingeschränktes, stereotypes, sich wiederholendes Repertoire von Interessen und Aktivitäten charakterisiert sind“ (Dilling / Mombour / Schmidt 2015: 343). Außerdem prägen diese Beeinträchtigungen das gesamte Leben der betroffenen Person und können in ihrer Ausprägung variieren, zudem sei die Entwicklung bereits in früher Kindheit, zumindest aber in den ersten fünf Lebensjahren auffällig.

Es sei auch häufig eine Intelligenzminderung zu beobachten, auf die die Verhaltensauffälligkeiten aber nicht zurückzuführen seien und die in diesem Klassifikationsmodell separat zu kodieren ist (Dilling / Mombour / Schmidt 2015: 343-344). Wohl in Anbetracht der Emanzipation des Konzepts des Autismus-Spektrums merken die Herausgeber an, dass „eine gewisse Uneinigkeit [herrscht] über die Unterteilung der Gesamtgruppe ‚tiefgreifende Entwicklungsstörungen‘“ (Dilling / Mombour / Schmidt 2015: 344).

Jene Diagnosen unter Code F84 umfassen den frühkindliche Autismus F84.0, den atypischen Autismus F84.1, sowie das Asperger-Syndrom F84.5. Ansonsten beinhaltet diese Kategorie auch das Rett-Syndrom F84.2, die andere desintegrative Störung des Kindesalters F84.3, die überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien F84.4, sonstige tiefgreifende Entwicklungsstörungen F84.8 und die tiefgreifende Entwicklungsstörung, nicht näher bezeichnet F84.9 (Dilling / Mombour / Schmidt 2015: 344-352).

Während der frühkindliche Autismus mit den geläufigen Merkmalen der Beeinträchtigungen in sozialer Interaktion, der Kommunikation sowie dem Auftreten stereotyper Verhaltensmuster bei einem Beginn der Symptomatik vor dem dritten Lebensjahr definiert wird, handelt es sich beim atypischen Autismus um dasselbe Set an Diagnosemerkmalen, wobei entweder nicht alle Merkmale erfüllt werden, oder die Auffälligkeiten erst nach dem dritten Lebensjahr auftreten. Diese Diagnose findet zumeist bei Personen Anwendung, die aufgrund ihrer starken Intelligenzminderung ein so niedriges Funktionsniveau haben, dass das abweichende Verhalten nicht eindeutig zugeordnet werden kann (Dilling / Mombour / Schmidt 2015: 344-347). Beim Asperger-Syndrom zeigen die Betroffenen ebenfalls charakteristische Symptome des frühkindlichen Autismus, allerdings gibt es bei ihnen keine Verzögerung oder Beeinträchtigung der sprachlichen und kognitiven Entwicklung. Zu Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion und Kommunikation sowie stereotypischer Verhaltensweisen kommen oft motorische Auffälligkeiten hinzu (Dilling / Mombour / Schmidt 2015: 351).

Die anderen genannten Subtypen der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen sind im ICD-11 nicht auf dem Autismus-Spektrum klassifiziert, werden im ICD-10 aber unter F84 codiert. Beim Rett-Syndrom handelt es sich um eine genetisch bedingte Entwicklungsstörung, die vorrangig bei Mädchen beobachtet wird. Sein Verlauf hat einen charakteristischen Beginn und kann an typischen Symptommustern erkannt werden. Dabei entwickeln sich die Kinder zunächst scheinbar normal, zwischen dem siebten und 24. Lebensmonat kommt es dann zu Rückschritten in der Entwicklung in Bezug auf das Kopfwachstum, Sprachgebrauch und motorische Fähigkeiten der Hände. Dabei bilden sich oft Stereotypien der Hände heraus, das Spielverhalten entwickelt sich nur verzögert, und die Betroffenen leiden typischerweise auch and

Hyperventilation. Im weiteren Verlauf kommt es oft zu Ataxie und Apraxie oder anderen motorischen Beeinträchtigungen, wobei immer eine Intelligenzminderung besteht (Dilling / Mombour / Schmidt 2015: 347-348).

Die andere desintegrative Störung des Kindesalters ist durch eine zweifelsfrei normale Entwicklung im Frühkindesalter geprägt, auf die nach mindestens zwei Lebensjahren eine Phase des rapiden Verlusts von Fähigkeiten folgt. Das umfasst sprachliche wie auch soziale und kommunikative Fähigkeiten, sowie anderweitiges Verhalten. Interesse an anderen Personen und der Umwelt nimmt ab und Stereotypen nehmen zu. Dieser Verfall kann manchmal auf neurologische Krankheiten zurückgeführt werden. Bei entsprechender Therapie und Förderung kann eine Verbesserung der Fähigkeiten beobachtet werden, allerdings bleibt oftmals eine kognitive Beeinträchtigung bestehen. Da die Symptome eher dem Autismus ähneln als einer eintretenden Intelligenzminderung, wird diese Störung unter F84 codiert (Dilling / Mombour / Schmidt 2015: 349).

Bei der überaktiven Störung ist die Definitionsfrage sehr schlecht und bezieht sich generell auf Kinder mit mittelgradiger oder schwerer Intelligenzminderung, die stereotype Verhaltensweisen an den Tag legen und auffallend hyperaktiv sind. Im weiteren Verlauf der Störung soll sich die Überaktivität zu verminderter Aktivität wandeln (Dilling / Mombour / Schmidt 2015: 350-351). Während zu den sonstigen tiefgreifenden Entwicklungsstörungen überhaupt keine Beschreibungen oder diagnostische Leitlinien vorliegen, wird bei der tiefgreifenden Entwicklungsstörung, nicht näher bezeichnet lediglich angemerkt, dass es sich um eine

diagnostische Restkategorie [handelt], die für Störungen zu verwenden ist, auf welche die allgemeine Beschreibung der tiefgreifenden Entwicklungsstörung zutrifft, bei denen jedoch ein Mangel an ausreichender Informationen oder widersprüchliche Befunde dazu führen, dass die Kriterien für die einzelnen F84-Kodierungen nicht erfüllt werden können (Dilling / Mombour / Schmidt 2015: 352).

Im ICD-11 wird die Autismus-Spektrum-Störung als Begriff eingeführt und unter den neuronalen Entwicklungsstörungen mit dem Code 6A02 klassifiziert. Dabei wird mit dem DSM-5 gleichgezogen, sodass die zuvor genannten Subtypen nicht mehr eigens angeführt und codiert werden. Als Diagnosemerkmale werden Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion und wechselseitigen Kommunikation geführt, stereotype Verhaltensmuster und Interessen, sowie ein Einsetzen der Symptomatik typischerweise in der frühen Kindheit. Ebenso wie im DSM-5 wird festgehalten, dass die Symptome das alltägliche Leben merklich beeinträchtigen müssen, allerdings wird auf die Erwähnung von möglicher Hyper- oder Hyporeaktivität auf sensorische Reize verzichtet. Das Rett-Syndrom wird explizit von der Diagnose ausgeschlossen. Es gibt mögliche Spezifizierungen der Codierung, diese beziehen sich auf die Entwicklung der Intelligenz und der Sprache. So handelt es sich beispielsweise beim Code 6A02.0 um eine

„Autismus-Spektrum-Störung ohne Störung der Intelligenzentwicklung, mit leichtgradiger oder keiner Beeinträchtigung der funktionellen Sprache“, und beim Code 6A02.5 um eine „Autismus-Spektrum-Störung mit Störung der Intelligenzentwicklung, Fehlen der funktionellen Sprache“. Unter 6A02.Y und 6A02.Z werden jeweils die „sonstige näher bezeichnete Autismus-Spektrum-Störung“ sowie die „Autismus-Spektrum-Störung, nicht näher bezeichnet“ angeführt, die auch in dieser Version keinerlei nähere Beschreibungen oder Definition beinhalten (WHO 2022).

Ein Kritikpunkt dieses neuen Systems ist, dass keine Mindestzahl der vorhandenen Symptome genannt wird, ab der die Diagnose gestellt werden kann. Außerdem werden die Symptome nur in einem Absatz und damit nicht ausreichend beschrieben (Kamp-Becker / Bölte 2021: 21; WHO 2022).

2.2.3 Diagnosestellung und -instrumente

Wie in den vorangegangenen Kapiteln beschrieben, basiert die Diagnosestellung für Autismus rein auf den auftretenden Symptomen. Einerseits bedeutet das, dass Kinder erst dann mit Verdacht auf Autismus in einer psychiatrischen Einrichtung vorgestellt werden, sobald ihr Verhalten auffällig und hinderlich wirkt, was oftmals zu einer relativ späten Diagnose führen kann. Noch vor zehn bis fünfzehn Jahren wurde Autismus bei Kindern erst im Alter von sechs bis neun Jahren gestellt, wobei eine valide Diagnose bereits im zweiten Lebensjahr gestellt werden kann. Aufgrund der Zunahme an Bekanntheit und Bewusstsein für Autismus, ist die Diagnosehäufigkeit seither allerdings gestiegen (Freitag et al. 2017: 20-21; Kim / Lord 2013: 32).

Andererseits ist eine Diagnosestellung ausschließlich auf Basis von Symptomen schwierig, weil es daher umso wichtiger ist, das Symptombereich richtig einzugrenzen und valide zu prüfen. Die genannten Symptome treffen nicht exklusiv nur auf Autismus-Spektrum-Störungen zu und treten häufig auch mit viel mehr Auffälligkeiten auf, die nicht direkt als autismspezifisch gelten. Daher ist es wichtig, geprüfte, valide und reliable Diagnosetools einzusetzen, und das Fachpersonal dahingehend auch passend zu schulen (Freitag et al. 2017: 21; Kamp-Becker / Bölte 2021: 50; Sharma / Gonda / Tarazi 2018: 93).

Der Prozess der Diagnosestellung ist komplex. Physiologische und neurologische Untersuchungen sind notwendig, da abgeklärt werden muss, ob andere Krankheiten oder Beeinträchtigungen vorliegen, die für die Symptome verantwortlich sein könnten (Freitag et al. 2017: 61-62; Kamp-Becker / Bölte 2021: 60). Weiters wird schon im DSM-5 betont, dass eine gesicherte Diagnose nur dann möglich ist, wenn mehrere Informationsquellen als Basis herangezogen werden. Neben klinischen Untersuchungen zählen dazu auch Befragungen der

Bezugspersonen, eventuell von Außenstehenden wie Betreuungspersonen oder Lehrpersonal, sowie auch Verhaltensbeobachtung in mehreren Settings, wie Zuhause und in einer Klinik, und Tests zur Einschätzung der sprachlichen und funktionellen Entwicklungsstufe des Kindes. Es geht dabei nicht nur darum, den Ist-Zustand so gut wie möglich zu erkennen, sondern möglichst auch den Verlauf der Beeinträchtigung zu erheben (APA 2018: 68; Fletcher-Watson / Happé 2019: 35; Kamp-Becker / Bölte 2021: 50-51, 57-58; Sappok et al. 2010: 1337; Sharma / Gonda / Tarazi 2018: 93).

Bevor standardisierte Diagnostiktools zum Einsatz kommen, können Screening-Instrumente in einer frühen Phase des Diagnoseprozesses verwendet werden, um einen möglichen Verdacht auf das Vorliegen einer Entwicklungsstörung zu bestätigen und in weiterer Folge spezifischere Untersuchungen einzuleiten (Freitag et al. 2017: 118; Kamp-Becker / Bölte 2021: 56). Zu diesen Instrumenten zählen unter anderem der „Fragebogen zur sozialen Kommunikation“ (Bölte / Poustka 2006) oder die „Marburger Beurteilungsskala zum Asperger-Syndrom“, bei der es sich um einen Fragebogen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene von 6 bis 24 Jahren handelt (Remschmidt / Kamp-Becker 2006).

Zwei der Standard-Diagnostikverfahren, die häufig zur Diagnose von Autismus und zu meist in Kombination verwendet werden, sind das „Diagnostische Interview für Autismus, Revidiert“ (ADI-R; Bölte et al. 2006) und die „Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen, überarbeitete und ergänzte Version 2“ (ADOS-2; Poustka et al. 2015). Bei ADI-R handelt es sich um einen halbstrukturierten Fragebogen zur Krankengeschichte des zu untersuchenden Kindes, der als Interview mit den wichtigsten Bezugspersonen des Kindes ausgefüllt wird. Er kann bei Kindern ab dem Alter von zwei Jahren angewendet werden. Dabei werden die frühe Entwicklung des Kindes, seine Sprach- und kommunikativen Fähigkeiten, deren Entwicklung und etwaiger Fähigkeitsverlust, sowie seine wechselseitige soziale Interaktion, das Spielverhalten und mögliche stereotypische Verhaltensmuster oder Interessenfelder erfragt. Anhand der insgesamt 93 Items, die im Laufe des Interviews beschrieben werden sollten, kann dann auf Basis eines Algorithmus, der den Diagnosekriterien der Klassifikationssysteme entspricht, eingeschätzt werden, ob und wie stark eine Autismus-Spektrum-Störung vorliegt (Fletcher-Watson / Happé 2019: 35; Freitag et al. 2017: 121-122; Kamp-Becker / Bölte 2021: 58-59; Sharma / Gonda / Tarazi 2018: 94).

ADOS-2 ist ein Instrument zur standardisierten Verhaltensbeobachtung. Es gliedert sich in insgesamt fünf Module, um eine adäquate Beobachtungssituation für jede zu untersuchende Person je nach Alter und Sprachlevel herstellen zu können. Die Module orientieren sich demnach an den sprachlichen, kognitiven und sozial-interaktiven Fähigkeiten der Person, sowie an

ihrem Alter. In der zweiten Version des Tools wurde daher auch ein Modul für Kleinkinder etabliert, das ab dem zwölften Lebensmonat eingesetzt werden kann. Als halbstrukturiertes, standardisiertes Verfahren wird dabei das Verhalten des Kindes oder der erwachsenen Person untersucht. Es werden Situationen geschaffen, die signifikante Verhaltensweisen bei der zu untersuchenden Person hervorrufen sollen. So werden das Spielverhalten, kommunikative Fähigkeiten, Interaktion mit anderen und Kreativität in Hinsicht auf die Diagnosekriterien geprüft. Je nach Modul werden demnach Gespräche geführt oder Spiele und andere Aktivitäten angeboten. Jedes Item der Beobachtungsskala bekommt einen Wert einer festgelegten Punkteskala, und aus diesen gesammelten Werten wird dann der Vergleichswert für die Diagnosestellung ermittelt. Dabei sind Training und Supervision bei ADOS-2 wie auch bei ADI-R von großer Bedeutung, da trotz der Standardisierung des Verfahrens die Erfahrung und der Ausbildungsgrad der durchführenden Personen das Ergebnis beeinflussen kann (Freitag et al. 2017: 55, 122; Kamp-Becker / Bölte 2021: 59-60).

Zudem wird häufig eine weitere Skala der Verhaltensbeobachtung zur Sicherung der Diagnose eingesetzt, die „Childhood Autism Rating Scale“ (CARS; Schopler / Reichler / Renner 1986) beziehungsweise die zweite Version CARS2 (Schopler et al. 2010). Sie kann ab einem Alter von etwa zwei Jahren angewendet werden und soll helfen, die Abgrenzung zwischen einer Autismus-Diagnose und anderen Entwicklungsstörungen klarer festzustellen (Freitag et al. 2017: 55; Sharma / Gonda / Tarazi 2018: 93).

2.3. Komorbiditäten und Differenzialdiagnosen

Wenn eine Autismus-Spektrum-Störung vorliegt, dann treten bei etwa der Hälfte aller Betroffenen auch weitere psychische oder physische Erkrankungen auf, die eigens diagnostiziert werden und somit eigene Behandlungsmaßnahmen erfordern. So kann auch der Krankheitsverlauf der Autismus-Spektrum-Störung nachhaltig beeinflusst werden. Die Diagnose solcher sogenannten Komorbiditäten hat daher große Bedeutung (Freitag et al. 2017: 2, 12, 60; Kamp-Becker / Bölte 2022: 22-24).

Um sichere Diagnosen für Komorbiditäten stellen zu können, ist eine sorgfältige differenzialdiagnostische Abklärung notwendig. Das bedeutet, dass bereits für die Begründung der grundlegenden Autismus-Diagnose umfassende Untersuchungen der betroffenen Person notwendig sind, um festzustellen, ob die Symptome von Autismus oder einer anderen Krankheit herrühren. Genauso muss auch bei der Annahme des Vorliegens von Komorbiditäten abgeklärt werden, ob die Symptome nicht doch ausschließlich von der Autismus-Spektrum-Störung oder gar ausschließlich von einer anderen Krankheit hervorgerufen werden. Es muss festgestellt

werden, welche Diagnose am ehesten den Symptomen zugrunde liegen könnte. Generell gibt es viele Überlappungen der Symptome bei verschiedenen Erkrankungen, und es ist nicht immer möglich, sie eindeutig zuzuordnen. So sollten beispielsweise Depressionen oder Angststörungen von autistischen Personen nicht als einfache Begleiterscheinung des Autismus abgetan werden, auch wenn davon auszugehen ist, dass bei Intelligenz und erhöhter Selbstwahrnehmung das Risiko dahingehend steigt, da die Betroffenen sich ihres Andersseins eher bewusst sind und möglicherweise Ausgrenzungserfahrungen direkter wahrnehmen. Andersherum müssen Autismus-ähnliche Symptome wie der Rückzug von Interaktionen oder das ängstliche Festhalten an Strukturen und Routinen nicht von einer Autismus-Spektrum-Störung herkommen, sondern entspringen beispielsweise einer depressiven Episode. Gleichmaßen muss selektives Essverhalten nicht von einer Essstörung herrühren, sondern kann der Symptomatik des Autismus entsprechen, indem die kleine Zahl der akzeptierten Lebensmittel aufgrund deren Bekanntheit, der Textur, der Darreichungsform oder der dafür verwendeten Utensilien gewählt wird (APA 2018: 71; Fletcher-Watson / Happé 2019: 39; Freitag et al. 2017: 11, 60; Kamp-Becker / Bölte 2022: 23, 65; Kim / Lord 2013: 31-32; Sharma / Gonda / Tarazi 2018: 94-95).

Bei Autismus ist die Rate der komorbid vorliegenden Erkrankungen relativ hoch. Damit ist nicht nur das Symptombereich der Autismus-Spektrum-Störung in sich heterogen und von Person zu Person verschieden, sondern die insgesamt Konstellation der Diagnosen und Symptome bringt noch mehr Verschiedenartigkeit, die einerseits mehr Beeinträchtigung der betroffenen Person aber auch mit einem komplexeren Therapieplan verbunden sein kann (Sharma / Gonda / Tarazi 2018:94). Gerade weitere Entwicklungsstörungen treten gehäuft gemeinsam mit Autismus auf, allen voran intellektuelle Beeinträchtigungen und Störungen der Sprachentwicklung. Aufgrund der Prävalenz sind sie als fixe Codierungen im ICD-11 bereits enthalten, wobei bis zu 50% der Betroffenen auch eine intellektuelle Beeinträchtigung haben (APA 2018: 39; Freitag et al. 2017: 2, 15; WHO 2022).

Dennoch ist es wichtig, zu unterscheiden, ob die intellektuelle Beeinträchtigung oder die Sprachentwicklungsstörung komorbid mit der Autismus-Spektrum-Störung vorliegen oder nicht. So können das nonverbale Verhalten bei sozialer Interaktion oder für Autismus charakteristische Merkmale wie das Fehlen der Wechselseitigkeit bei Kommunikation und stereotype Verhaltensmuster Hinweise darauf geben, ob die Diagnose Autismus zusätzlich gerechtfertigt ist. Beispielsweise zeigen auch Menschen mit einer Intelligenzminderung aber ohne Autismus Fähigkeiten bezüglich *joint attention* (Freitag et al. 2017: 11-12; Kamp-Becker / Bölte 2022: 20, 63).

Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen (ADHS) liegen häufig komorbid mit Autismus vor. Die Überlappung der Symptome reicht von Aufmerksamkeitsdefiziten über Impulsivität bis hin zur Hyperaktivität. Es handelt sich dabei aber auch um eine wichtige Differenzialdiagnose. Gemäß des DSM-4 war es nicht zulässig, Autismus und ADHS als komorbid zu diagnostizieren, allerdings hat sich diese Ansicht aufgrund der aktuellen Forschungslage dazu geändert. Bei der differenzialdiagnostischen Abklärung muss geprüft werden, ob Betroffene die Fähigkeiten haben, wechselseitige Kommunikation aufrechtzuerhalten und auf die Gefühle anderer einzugehen, und ob sie stereotype Verhaltensmuster an den Tag legen (Freitag et al. 2017: 10-13; Riedel 2015: 103; Sharma / Gonda / Tarazi 2018: 94). Auch werden häufig Auffälligkeiten wie (auto-)aggressives Verhalten als komorbid bei einer Autismus-Spektrum-Störung sowie auch ADHS genannt, Tendenz steigend mit abnehmendem IQ und mit depressiven Symptomen (APA 2018: 40-41; Freitag et al 2017: 13; Kamp-Becker / Bölte 2022: 23).

Es gibt auch mehrere neuronale und genetische Erkrankungen, die bei Menschen mit Autismus öfter diagnostiziert werden als in der Restbevölkerung. Dazu zählen unter anderem Epilepsie, das Tourette-Syndrom und andere Tic-Störungen, oder das Fragile-X-Syndrom. Auch Stoffwechselerkrankungen, motorische Koordinationsstörungen, Ess- und Schlafstörungen treten gehäuft auf (Freitag et al. 2017: 13-14, 60; Frese 2022: 13; Kamp-Becker / Bölte 2022: 22, 29, 61; Noterdaeme 2015: 232-234; Sharma / Gonda / Tarazi 2018: 95).

2.4. Epidemiologie

Die Epidemiologie beschäftigt sich vor allem mit der Häufigkeit von Krankheiten in der Bevölkerung und ihren verschiedenen Gruppen, sowie mit ihren möglichen Risikofaktoren und Ursachen (BMSGPK o. J.). Die Häufigkeit einer Krankheit in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe wird durch die Prävalenzzahl angegeben. Für Autismus ist diese Zahl im Verlauf der letzten zwanzig Jahre stetig angestiegen und wird derzeit auf 0,6-0,7% geschätzt (Fletcher-Watson / Happé 2019: 37; Kamp-Becker / Bölte 2021: 26; Sharma / Gonda / Tarazi 2018: 92). Anderen Schätzungen zufolge könnte die Prävalenzzahl sogar bei bis zu 1% liegen, was bedeutet, dass von 10.000 Personen 100 eine Diagnose für eine Autismus-Spektrum-Störung bekommen (APA 2018: 71; Bergmann / Geretsegger 2017: 133; van Elst / Biscaldi / Riedel 2014: 50).

Ob diese Schätzungen der Realität entsprechen und tatsächlich eine Zunahme an Fällen abbilden, wird in der Literatur viel diskutiert. Erklärungsansätze für den stetigen Anstieg umfassen unter anderem die steigende Bekanntheit von Autismus-Spektrum-Störungen und dem zunehmenden Interesse der Öffentlichkeit, sowie die Erweiterung der Diagnosemerkmale und die damit verbesserten und sensibleren Diagnoseinstrumente (APA 2018: 71; Freitag et al. 2017:

14; Kamp-Becker / Bölte 2021: 26; van Elst / Biscaldi / Riedel 2014: 50). Es werden mit den verbesserten Diagnosetools nun auch mehr Menschen mit nur leichter oder gar keiner Intelligenzminderung diagnostiziert. Außerdem unterscheiden sich die Prävalenzzahlen der unterschiedlichen Altersgruppen nicht signifikant, was vermuten lässt, dass viele Betroffene erst im Erwachsenenalter eine Diagnose erhalten (Freitag et al. 2017: 14-15; van Elst / Biscaldi / Riedel 2014: 50).

Außerdem könnten die steigenden Zahlen auch auf Umweltfaktoren zurückzuführen sein. Wenn Autismus unter anderem auch durch bestimmte Umweltfaktoren ausgelöst wird, wie im Folgekapitel näher erläutert, so können Prävalenzzahlen sich auch aufgrund veränderter und unter Umständen zeitlich begrenzter äußerer Bedingungen verändern. Darunter fallen nicht nur Giftstoffe wie beispielsweise Pestizide, sondern auch Viren, Medikamente sowie das soziale Umfeld. Da sich diese Bedingungen ständig ändern, können die Einflüsse der einzelnen Faktoren wie auch ihr Zusammenspiel nur schwierig erforscht werden (Lyall / Schmidt / Hertz-Picciotto 2013: 203).

Die Prävalenzzahlen unterscheiden sich nicht wirklich nach kulturellem, ethnischem oder sozioökonomischen Hintergrund innerhalb einer Bevölkerung, allerdings schwanken die Zahlen auf globaler Ebene stark von 0,3-1,2%. Woran diese Schwankungen genau liegen kann mit dem derzeitigen Stand der Forschung nicht erklärt werden, allerdings liegt die Vermutung nahe, dass es an den verschiedenen Diagnostikmethoden und vor allem an den unterschiedlich entwickelten Gesundheitssystemen liegt (Fletcher-Watson / Happé 2019: 37; Freitag et al. 2017: 15; Sharma / Gonda / Tarazi 2018: 92).

Allerdings werden große Unterschiede bei den Geschlechtern verzeichnet. Jungen und Männer werden häufiger diagnostiziert als Mädchen und Frauen, und das mit Verhältnissen bis zu 5:1 (APA 2018: 74; Freitag et al. 2017: 15; Kamp-Becker / Bölte 2022: 26-27; Sharma / Gonda / Tarazi 2018: 92). Es gibt mehrere Erklärungsansätze, wie dieser Unterschied zustande kommen kann. Beispielsweise wird darin eine genetische Ursache von Autismus auf dem X-Chromosom oder ein Zusammenhang mit Sexualhormonen während der Schwangerschaft vermutet (Auyeung / Baron-Cohen 2013: 216; Kasten 2006: 196). Andererseits wird angezweifelt, dass dieser Unterschied der Realität entspricht. Gerade, weil komorbide intellektuelle Beeinträchtigungen bei weiblichen Betroffenen häufiger diagnostiziert werden, wird vermutet, dass Mädchen und Frauen bei keiner oder kaum auffälligen Intelligenzminderung oder Sprachentwicklungsstörung bessere Anpassungsstrategien entwickeln und daher weniger Auffälligkeiten bei der sozialen Interaktion zeigen (APA 2018: 74; Freitag et al. 2017: 15). Es kann auch sein, dass Mädchen und Frauen mit einer Autismus-Spektrum-Störung teilweise andere Symptome

zeigen als Jungen und Männer. Da sich die Forschung und damit auch die Diagnosekriterien auf die Vielzahl der männlichen Betroffenen fokussiert und diesen männlichen Überhang weiterhin reproduziert, kann es sein, dass die Symptome der weiblichen Betroffenen mit den derzeitigen Diagnosetools nicht entsprechend erfasst werden können (Fletcher-Watson Happé 2019: 42-43; Freitag et al. 2017: 15).

Zwillingsstudien zeigen, dass Autismus eine genetische Komponente hat, diese aber nicht der einzige Faktor ist. Wenn von einem Paar eineiiger Zwillinge ein Kind Autismus hat, dann liegt die Wahrscheinlichkeit, dass der andere Zwilling ebenfalls Autismus hat, bei bis zu 95%. Handelt es sich um zweieiige Zwillinge, dann fällt die Wahrscheinlichkeit auf bis zu 30%. Wenn zwei eineiige Zwillinge beide eine Autismus-Diagnose bekommen, dann sind zumeist aber die Symptome unterschiedlich ausgeprägt, was die Heterogenität von Autismus-Spektrum-Störungen nur unterstreicht. Die Wahrscheinlichkeit, dass anderweitige Geschwister von Kindern mit Autismus ebenfalls Autismus haben, liegt zwischen 10 und 20%, laut manchen Angaben sogar bei bis zu 25% (Freitag et al. 2017: 18; Kim / Lord 2013: 25-26; Marshall / Lionel / Scherer 2013: 146; Sharma / Gonda / Tarazi 2018: 92).

2.5. Ätiologie

Die Ätiologie beschäftigt sich mit den Ursachen von Krankheiten, die körpereigen oder auf Umweltfaktoren zurückzuführen sein können (Schubert /Bethke 1987: 1-3). Es ist davon auszugehen, dass es sich bei Autismus um eine Erkrankung des zentralen Nervensystems handelt, die verschiedene Ursachen haben kann. Um Autismus zu beschreiben und zu erklären, können generell drei Ebenen herangezogen werden: die Verhaltensebene, die biologische Ebene, und die kognitive Ebene. Während die Diagnostik sich derzeit ausschließlich auf die Verhaltensebene beschränkt, ist die Ätiologie viel mehr an den anderen beiden Ebenen interessiert. Dennoch ist die Verhaltensebene für die Ätiologie nicht irrelevant. Die große Heterogenität der Verhaltensmuster wird durch viele verschiedene Faktoren beeinflusst, beispielsweise durch die sprachlichen Fähigkeiten der betroffenen Person, ihren IQ, und nicht zuletzt durch die Unterstützung in ihrem Umfeld. Diese Verhaltensmuster auf die jeweiligen ätiologischen Aspekte zurückzuführen ist jedoch äußerst komplex und meistens nicht zielführend. Es handelt sich nicht nur um ein heterogenes Symptombild, sondern auch um eine heterogene Ätiologie, und es ist bisher nicht klar, ob dieselben ätiologischen Ursachen, wenn auch in verschiedenen Konstellationen, überhaupt für alle bekannten Phänotypen von Autismus-Spektrum-Störungen verantwortlich sein können (Betancur / Coleman 2013: 113; Fletcher-Watson / Happé 2019: 3; Freitag et al 2017: 18; Kamp-Becker / Bölte 2021: 31-32; Kim / Lord 2013: 27).

Im Folgenden wird in Form von zwei Kapiteln, die sich auf die zwei für die Ätiologie relevanten Erklärungsebenen beziehen, auf erforschte und bekannte ätiologische Faktoren und Erklärungsmodelle eingegangen. Auf der biologischen Ebene ist vor allem die Genforschung maßgeblich, die aufzeigt, wie vielfältig die genetische Basis für Autismus ist. Zu dieser Ebene zählen aber unter anderem auch andere Erkrankungen, die die Entstehung von Autismus begünstigen, sowie Risikofaktoren, die während der Schwangerschaft oder der frühkindlichen Entwicklung Einfluss auf die betroffene Person nehmen können. Die kognitive Ebene befasst sich mit neuropsychologischen Konzepten, die Erklärungen für die typische Symptomatik sowie generelle Verhaltensweisen autistischer Personen zu liefern versuchen.

2.5.1. Biologische Ebene

Dass die genetische Disposition eine tragende Rolle für Autismus spielt, konnte in Zwillingsstudien gezeigt werden. Bei eineiigen Zwillingen liegt die Konkordanzrate, die angibt, inwieweit bestimmte genetische Merkmale übereinstimmen, bei bis zu 95%. Die vererbten Gene sind also nicht absolut deterministisch, allerdings gilt Autismus als eine der Beeinträchtigungen mit dem stärksten Zusammenhang zur erblichen Disposition. Dafür sprechen auch Familienstudien, in denen die Familienmitglieder von Betroffenen auf Verhaltensweisen untersucht werden. Oftmals finden sich in solchen Familienstrukturen Menschen mit Auffälligkeiten im Sinne des autistischen Symptombereichs, die jedoch nicht alle Diagnostikkriterien erfüllen. Es wird daher davon ausgegangen, dass zumindest ähnliche genetische Faktoren für die typischen Verhaltensmuster auf diagnostizierter sowie auch auf subklinischer Ebene verantwortlich sind. Allerdings ist nicht ganz klar, auf welche Weise die Vererbung funktioniert (Fletcher-Watson / Happé 2019: 41; Frese 2022: 11; Kamp-Becker / Bölte 2021: 33, 37; Marshall / Lionel / Scherer 2013: 146; Sharma / Gonda / Tarazi 2018: 92; Wetsel / Moy / Jiang 2013: 364).

Genetische Ursachen können Chromosomenveränderungen wie die Mikrodeletion oder -duplikation, Neumutationen oder bestimmte Genvarianten, die bei Autismus gehäuft gefunden werden, umfassen. Sie können neben der Struktur eines einzelnen Chromosoms auch die Sequenz der DNA beeinflussen (Betancur / Coleman 2013: 113-114; Kamp-Becker / Bölte 2021: 33, 36; Spitzer 2022: 303). Es werden immer mehr einzelne Gene gefunden, die in Zusammenhang mit Autismus stehen oder stehen können. Da es sich dabei aber um eine Vielzahl handelt, die in den wenigsten Fällen singulär für das Auftreten der Störung verantwortlich sind, wird eher nach größeren Konstellationen von Genvarianten gesucht. Außerdem scheint es sinnvoller zu sein, nach Genvarianten zu forschen, die nur eine der Symptombereiche beeinflussen, anstatt zu erwarten, dass alle Verhaltensmuster auf nur einige wenige Gene zurückzuführen sind.

Autismus bildet daher keine genetische Einheit, sondern es handelt sich dabei um Verhaltensmuster, die durch viele Defekte, Varianten und Veränderungen einzelner Gene oder ganzer Sequenzen bedingt sind (Betancur / Coleman 2013: 114; Fletcher-Watson / Happé 2019: 53-54; Kamp-Becker / Bölte 2021: 34; Wetsel / Moy / Jiang 2013: 365). Interessant ist dabei auch, dass genetische Überlappungen für verschiedene Diagnosegruppen gefunden wurden, darunter auch Autismus-Spektrum-Störungen. Autismus kann seinen Ursprung also in denselben Genen haben wie ADHS oder Schizophrenie, aber auch die bipolare Störung und die unipolare Depression fallen in diese Überlappung (Brunner 2017: 41; Spitzer 2022: 303).

Ein wichtiger Faktor ist hierbei auch die Epigenetik. Es ist bisher noch relativ unklar, inwiefern relevante Gene einander beeinflussen und welche Rolle Umweltfaktoren für die Aktivierung der Genvarianten spielen, allerdings zeichnet sich mittlerweile ab, dass diese Einflüsse eine größere Rolle spielen als bisher angenommen. Epigenetische Faktoren können daher dazu führen, dass die genetische Konstitution einer betroffenen Person sich im Laufe ihres Lebens ändert, und damit auch die Manifestierung der Autismus-Spektrum-Störung sich mit verändert (Brunner 2017: 15; Fletcher-Watson / Happé 2019: 54; Lyall / Schmidt / Hertz-Picciotto 2013: 203).

Es gibt einige genetisch oder chromosomal bedingte Krankheiten, die das Auftreten von autistischen Symptomen begünstigen und bei einigen signifikanten Genvarianten Überlappungen mit Autismus zeigen. Beispielsweise haben etwa 10% von Kindern mit Autismus auch Down-Syndrom oder das Fragile-X-Syndrom, daneben spielen auch das Rett-Syndrom, das Klinefelter-Syndrom, das XYY-Syndrom und das XXYY-Syndrom eine Rolle. Weitere Gendefekte, die für Autismus eine Rolle spielen, sind die tuberöse Sklerose und die Neurofibromatose. Außerdem leidet etwa ein Drittel der Menschen mit Autismus ebenfalls an Epilepsie, was somit deutlich häufiger bei autistischen Personen als in der Normalbevölkerung vorkommt (Adams / LeSalle 2013: 421-422; Altgassen 2015: 218-221; Betancur / Coleman 2013: 114, 121-123; Brown / Cohen 2013: 410; Kamp-Becker / Bölte 2021: 37; Kwok / Mellios / Sur 2013: 450; Sharma / Gonda / Tarazi 2018: 92; Spitzer 2022: 295).

Es gibt Hinweise darauf, dass Auffälligkeiten des Immunsystems eine Rolle für Autismus spielen können. Das betrifft einerseits das Immunsystem und die Immunreaktion der schwangeren Mutter, sowie die Autoimmunreaktion des betroffenen Kindes selbst. Die verzögerte Ausbildung des Neuroimmunsystems sowie die Beeinträchtigung der Immunabwehr könnten einerseits die Entstehung einer Autismus-Spektrum-Störung begünstigen, allerdings kann sie auch als Effekt von zuvor aufgetretenen Verletzungen oder Krankheiten entstehen, die ursächlich mehr mit der Autismus-Spektrum-Störung zu tun haben könnten (Eloi Akintude /

Heuer / van de Water 2013: 233, 242). Es wurden Autoantikörper bei Müttern von Kindern mit Autismus gefunden, die als Immunreaktion der Mutter in einem Schwangerschaftsstadium, in dem die Blut-Hirn-Schranke des Fötus noch nicht fertig ausgebildet ist, in das Kind eintreten und dort die Entwicklung des fötalen Gehirns stören können (Bauman / Amaral 2013: 386).

Häufig werden Veränderungen der Hirnstruktur und Beeinträchtigungen der Hirnaktivität als mögliche Ursachen für Autismus angeführt. Grundsätzlich wurde beobachtet, dass das Hirnvolumen von Kindern und Erwachsenen mit Autismus überdurchschnittlich groß ist (Krämer / Gawronski / Vogeley 2016: 582; Sappok et al. 2010: 1336). Außerdem entstand die Theorie der *disconnectivity disorder*, bei der die neuronale Vernetzung im Gehirn auf funktionaler sowie struktureller Ebene nicht ausreichend vorliegen soll (Kamp-Becker / Bölte 2021: 38; Roberts / Berman / Verma 2013: 275). Dabei sollen die langen, kortikalen und subkortikalen Verbindungen im Bereich der Hirnrinde weniger gut entwickelt sein, die durch überentwickelte kürzere, örtlich wirksame Verbindungen kompensiert werden, wodurch die typische Aufmerksamkeit für Details bei Unfähigkeit für die Erfassung des großen Ganzen entstehen soll (Fletcher-Watson / Happé 2019: 56; Sharma / Gonda / Tarazi 2018: 93).

Vor allem die Amygdala zeigt Auffälligkeiten bei vielen Entwicklungsstörungen. Sie liegt zwischen den beiden Temporallappen und ist Teil des limbischen Systems. Sie ist unter anderem für die Erkennung von und Reaktion auf Gefahren verantwortlich, indem sie die kortikal wahrgenommenen Reize verarbeitet, und ist auch für die Entstehung und Verarbeitung von Emotionen sowie für die Emotionserkennung von Relevanz. Sie spielt damit für die soziale Interaktion eine tragende Rolle. Bei Störungen in diesem System kann es zu Auffälligkeiten im Verhalten kommen. Menschen mit Verletzungen der Amygdala zeigen eine größere Unfähigkeit, die Emotionen anderer Menschen zu erkennen und Theory of Mind-Aufgaben zu lösen, die für Autismus eine Rolle spielen und im folgenden Kapitel noch näher erklärt werden. Personen mit Autismus zeigen bei der Emotionserkennung in bildgebenden Verfahren eine abweichende Aktivität der Amygdala (Morgan / Wu Nordahl / Schumann 2013: 297, 301; Schaller 2015: 27).

Anomalien zur Sprachverarbeitung werden unter anderem auf eine Unterfunktion des Hirnstamms zurückgeführt. Außerdem können Betroffene dem Verlauf von Tonhöhen schlechter folgen, obwohl Begabungen wie das absolute Gehör bei autistischen Menschen weiter verbreitet sind als unter der Restbevölkerung. Das deutet darauf hin, dass Betroffene Probleme damit haben könnten, Prosodie von Sprache zu folgen und sie zu verarbeiten (Kiese-Himmel 2021: 162; Sharma / Gonda / Tarazi 2018: 93).

Probleme der Bewegungsabläufe werden auf Fehlentwicklungen im Kleinhirn und den Basalganglien zurückgeführt, die bereits im Embryo erkennbar sind, und weswegen Autismus unter anderem auch als Bewegungsstörung angesehen werden kann. Auf diese Fehlentwicklungen können sich auch Beeinträchtigungen in Bezug auf automatisierte Handlungen sowie die Wahrnehmung von Zeit und Rhythmus zurückführen lassen (Laqua / Bergmann 2019: 143-144).

Ein Erklärungsansatz für die Beeinträchtigung der sozialen Interaktion und die Entwicklungsverzögerung ist die Fehlfunktion der Spiegelneuronen, die sich im Frontallappen der Hirnrinde befinden und dann aktiviert werden, wenn eine Handlung beobachtet wird, so, als würde die beobachtende Person sie selbst ausführen. Es wird davon ausgegangen, dass Spiegelneuronen beim Menschen nicht nur bei körperlichen Handlungen, sondern auch bei emotionalen Ausdrücken aktiviert werden und so ein Teil des Systems sind, das für Empathie verantwortlich ist. Auch wenn diese Erklärung noch nicht zur Gänze belegt werden kann, werden Spiegelneuronen als wichtiger Faktor für Mitgefühl und Gefühlserkennung, sowie für die grundsätzliche Imitations- und Lernfähigkeit angesehen. Eine Fehlfunktion dieses Systems soll daher zu den typischen Merkmalen von Autismus in der sozialen und kommunikativen Domäne führen (Bölte 2011: 595; Brunner 2017: 90; Dziobek / Bölte 2011: 83; Fletcher-Watson / Happé 2019: 59; Gowen / Stanley / Miall 2008: 1061; Krippel / Karim 2011: 846; Xavier et al. 2016: 421).

Dennoch bleibt fraglich, ob und inwieweit Veränderungen der Hirnstruktur ursächlich für Autismus-Spektrum-Störungen und die Ausprägung der Symptome sind. Neuroplastizität ist das Konzept, dass das Gehirn von dem, was wir tun und der Umwelt, der wir ausgesetzt sind, geformt wird. Es ist daher nicht klar, ob es sich bei den gefundenen Veränderungen um Ursache oder Wirkung handelt (Fletcher-Watson / Happé 2019: 56).

Neben den möglichen körpereigenen Ursachen spielen auch Umweltfaktoren eine Rolle für das Auftreten von Autismus. Beispielsweise steigt das Risiko für Autismus mit dem Alter beider Elternteile, bei Frühgeburten vor der 37. Schwangerschaftswoche, bei Geburtskomplikationen mit verringerter Blutzirkulation oder Sauerstoffzufuhr, und bei einem Geburtsgewicht unter 2.500 Gramm. Wenn Mütter während der Schwangerschaft eine Infektion durchmachen und ihr Immunsystem aktiviert wird, kann das wie weiter oben beschrieben zur Übertragung von Autoantikörpern führen. Auch die Einnahme von Psychopharmaka während der Schwangerschaft kann das Risiko erhöhen, besonders von Antiepileptika die Valproinsäure enthalten. Allerdings haben weder Impfstoffe noch Tabak- oder Alkoholkonsum während der Schwangerschaft Auswirkungen auf das Auftreten von Autismus (Fletcher-Watson / Happé 2019: 57-58; Freitag et al. 2017: 18-19; Kamp-Becker / Bölte 2021: 36; Lyall / Schmidt / Hertz-Picciotto

2013: 204-205; Rank 2020: 163; Sandin et al. 2013: 198-199; Sharma / Gonda / Tarazi 2018: 92-93).

2.5.2. Kognitive Ebene

Ein kognitives Modell, das oft als Grundlage für Autismus verstanden wird, ist das Konzept der Theory of Mind (ToM). Grundsätzlich geht es dabei um die Beziehungsfähigkeit und intuitiv zugängliche Empathie einer Person, also die Fähigkeit, „sich in andere hineinzuversetzen, um deren Wahrnehmung, Gedanken und Absichten zu verstehen“ (Förstl 2007: 4). Neurobiologische Erklärungsansätze der Theory of Mind beziehen sich oft auf die Amygdala, die für die Gefahrenerkennung zuständig ist und damit die Aufmerksamkeit lenkt, sowie auf die Spiegelneuronen, die für Imitation und Empathie eine Rolle spielen sollen (Bölte 2011: 595; Förstl 2007: 8; Meyer-Lindenberg 2007: 60; Sharma / Gonda / Tarazi 2018: 93).

Um zu testen, ob Personen sich in andere Menschen hineinversetzen können und deren mentale Zustände nachvollziehen sowie ihnen solche zuschreiben können, werden oftmals *false belief*-Aufgaben eingesetzt. Für diese Mentalisierungsaufgaben wird das Konzept falscher Überzeugungen genutzt, da ansonsten das Wissen um die Realität oder die eigenen Annahmen die Aufgaben lösen könnten. Es gibt mehrere Grade an *false belief*-Aufgaben (*first order*, *second order* etc.); je höher der Grad, desto komplexer wird das System der Mentalisierung und desto schwieriger ist es, die Gedankengänge und den Perspektivenwechsel nachzuvollziehen (Dziobek / Bölte 2011: 80; Fletcher-Watson / Happé 2019: 85; Krippel / Karim 2011: 843; Sodian 2007: 44). Gerade für Kinder werden recht einfache, leicht verständliche und nachvollziehbare Geschichten der *first order* konstruiert, um zu testen, ob sie den Perspektivenwechsel von sich zu einer anderen Person mitvollziehen können:

Eine Geschichtenfigur (Maxi) legt Schokolade an einen Ort A (Schränk). Die Geschichtenfigur verlässt die Szene (geht auf den Spielplatz). In ihrer Abwesenheit transferiert eine zweite Geschichtenfigur (die Mutter) die Schokolade von Ort A nach Ort B (die Schublade). Sie verlässt dann die Szene. Maxi kommt zurück. Wo wird er die Schokolade suchen? (Sodian 2007: 44)

Bis Kinder etwa vier Jahre alt sind und einen gut etablierten Entwicklungsschritt im Sinne der Theory of Mind geschafft haben, antworten sie falsch und nennen die Schublade, da sie die richtige Information kennen und noch nicht nachvollziehen können, warum Maxi wegen seiner falschen Überzeugung das nicht wissen kann. Sie können die Situation nicht von einer Perspektive aus bewerten, die nicht ihre eigene ist, und daher den mentalen Zustand von Maxi nicht nachvollziehen (Sodian 2007: 44-45).

Im Vergleich zu Personen desselben Entwicklungsstands oder Personen mit Lernschwächen, schneiden auch Personen mit Autismus bei *false belief*-Aufgaben generell schlechter ab.

Je komplexer die Aufgaben und das zugrundeliegende Konzept der Theory of Mind, desto weniger können autistische Menschen diese lösen (Dose 2007: 297; Fletcher-Watson / Happé: 2019: 85; Sodian 2007: 49). Lügen und Täuschungen gehören zu Theory of Mind-Konzepten zweiter Ordnung, ebenso wie Ironie und Sprachwitz. Genau diese stellen für viele Menschen mit Autismus Probleme dar, da sie nicht in der Lage sind, die nicht-wörtliche Bedeutung von Sprache zu erfassen. Das Konzept der Theory of Mind wird oft als Erklärungsansatz herangezogen, sodass dies aufgrund der mangelnden Fähigkeit zur Mentalisierung und Einnahme anderer Perspektiven passieren könnte (Fletcher-Watson / Happé 2019: 70; Sodian 2007: 49-50). Diese Beeinträchtigungen sind auch mögliche Erklärungsansätze, warum es für autistische Kinder so schwierig ist, beispielsweise an Rollen-, Fantasie- oder So-tun-als-ob-Spielen teilzunehmen (Dose 2007: 297; Fletcher-Watson / Happé 2019: 70; Thompson / Shanahan / Gordon 2019: 109).

Wichtig ist, dass es sich bei Theory of Mind grundsätzlich nicht um ein Denkmuster oder -modell handelt. Die Gefühlslage und mentalen Zustände anderer zu interpretieren bedarf im Normalfall keines aktiven Nachdenkens, sondern ist eine eher instinktive, implizite Annahme, die man in ihren Grundzügen weder steuern noch aussetzen kann (Kamp-Becker / Bölte 2021: 40). Die Herausbildung der Theory of Mind oder von Intersubjektivität, bei der das eigene subjektive Denken und Handeln von dem anderer Personen unterschieden werden kann, basiert zu einem Großteil auf Imitation bereits in frühen Entwicklungsstadien. Gerade im Kindesalter bekommt motorische Imitation einen spielerischen Charakter, indem Kinder sich im Spiel abwechseln und verschiedene Rollen und Perspektiven annehmen. Die Unfähigkeit oder das Ausbleiben dieser Entwicklung fällt genau in das Symptombereich von Autismus (Koehne et al. 2016: 8; Xavier et al. 2016: 420-423). In Anlehnung an dieses Konzept geht eine Annahme davon aus, dass seltene Inselbegabungen autistischer Menschen durch die freigesetzten Ressourcen entstehen können, die sonst durch die Anforderungen der Theory of Mind in Anspruch genommen werden (Förstl 2007: 4).

Allerdings ist Theory of Mind kein allumfassender Erklärungsansatz. Beispielsweise gibt es Bereiche der Zuschreibung mentaler Zustände, in denen die ToM als Erklärungsgrundlage nicht ausreicht. Speziell wenn es um das Erkennen von Emotionen geht, ist bisher nicht eindeutig geklärt, ob die Schwierigkeiten autistischer Personen, die Emotionen anderer zu erkennen, daran liegen, dass sie im Sinn der ToM die mentalen Zustände nicht nachvollziehen können, oder ob es an anderen Ursachen liegt, wie beispielsweise an einer generell anderen Art der Introspektion oder an Alexithymie, bei der bereits die Wahrnehmung der eigenen Emotionen erschwert ist. Andersherum haben Menschen ohne Autismus auch Schwierigkeiten dabei,

den emotionalen Ausdruck autistischer Menschen richtig zu deuten, auch wenn die Intensität als gleich ausdrucksstark eingeordnet wird. Dieser Aspekt könnte also nicht hauptsächlich an einem kognitiven Modell, sondern an einem grundlegenden Unterschied der Wahrnehmung und Verarbeitung von Emotionen liegen (Dziobek / Bölte 2011: 81-82; Fletcher-Watson / Happé 2019: 72, 111).

Es ist nicht außer Acht zu lassen, dass es durchaus autistische Personen gibt, die ToM-Aufgaben lösen können. Manche dieser Fälle erfolgen vielleicht über Tricks oder logisches Analysieren einer Situation: „[The test subject] had wanted to answer ‚box‘, where the ball really was, but remembered that when psychologists ask questions there are always tricks, so she said the opposite, ‚basket‘, thereby passing the test“ (Fletcher-Watson / Happé 2019: 88). Allerdings gibt es auch Hinweise darauf, dass Mentalisierung bei autistischen Personen durchaus vorhanden oder zumindest bis zu einem gewissen Grad erlernbar ist. So ist ToM dann nicht instinktiv und implizit, sondern Mentalisierung oder Perspektivenwechsel können als eine Art Methode der sozialen Kompetenz angewendet werden, gerade wenn die Personen über ein hohes Funktionsniveau verfügen und sie klare Anweisungen bekommen (Au-Yeung / Kaakinen / Benson 2014: 91-92; Dziobek / Bölte 2011: 80; Fletcher-Watson / Happé 2019: 87-88).

Autismus ist außerdem nicht der einzige Zustand, bei dem Mentalisierungsprozesse beeinträchtigt sein können. Bei Menschen, die eine normale Entwicklung durchgemacht haben, können beispielsweise ein Schlaganfall mit daraus resultierendem Hirnschaden oder Schizophrenie zu Problemen der ToM führen. Im frühen Entwicklungsstadium betrifft es nicht nur autistische Kinder, sondern alle Kinder bis etwa zum vierten Lebensjahr, sowie Kinder mit Lernschwächen und taube Kinder, deren Familie oder direkte Umgebung Zeichensprache nicht beherrscht. Da diese anderen Gruppen nicht dieselben Probleme in der sozialen Entwicklung und mit sozialen Anforderungen zeigen, kann es auch sein, dass Probleme der ToM beziehungsweise der Mentalisierung nicht die hauptsächliche Beeinträchtigung darstellen (Fletcher-Watson 2019: 91).

Möglicherweise können Mentalisierungsprozesse autistischer Personen einen Erklärungsansatz für stereotype Handlungen bieten. Immer gleichbleibende, bekannte Reize können helfen, mit Unsicherheiten und Ängsten umzugehen. Wenn eine Person also Schwierigkeiten hat, Gedankengänge und Gefühle anderer Menschen zu verstehen und soziale Interaktion unvorhersehbar und daher schwierig zu bewältigen ist, können stereotype Handlungen aufgrund der Vertrautheit und der Ablenkung helfen, diese Unsicherheiten abzuschwächen (Fletcher-Watson 2019: 74-75).

Das Konzept der Exekutivfunktionen wird ebenfalls als Erklärung für die kognitiven Prozesse autistischer Personen herangezogen, allerdings wird es im öffentlichen Diskurs vor allem mit schulischem, akademischem oder beruflichem Erfolg in Verbindung gebracht. Tatsächlich sind sie für weit mehr Aspekte des Lebens relevant, allerdings ist sich nicht einmal die Forschung einig über eine gängige Definition und die Abgrenzung des Felds (Baggetta / Alexander 2016: 10-11; Hunter / Sparrow 2012: 5-6). „Most explanations of EF [executive functioning] reflect some degree of self-regulation as applied to cognition, emotion, behavior, adaptive functioning, and even moral reasoning and choice” (Sparrow / Hunter 2012: 1). In dieser breit gefächerten Darstellung sind Exekutivfunktionen damit integrale Bestandteile des alltäglichen Lebens und können bei Defiziten eine erhebliche funktionelle Beeinträchtigung darstellen (Kamp-Becker / Bölte 2021: 39).

Grundsätzlich geht es dabei um Prozesse der Steuerung und Anpassung von Gedanken und Handlungen, beispielsweise in Form von Plänen, Prognosen, und Strategien zu Problemlösung. Das Grundgerüst für diese Prozesse besteht aus dem Arbeitsgedächtnis, der Aufmerksamkeitssteuerung, sowie der Emotions- und Verhaltensregulierung (Baggetta / Alexander 2016: 10; Dziobek / Bölte 2011: 83; Hunter / Edidin / Hinkle 2012: 19-24; Kamp-Becker / Bölte 2021: 39). Die Entwicklung der Exekutivfunktionen beginnt bereits im Kleinkindalter, unter anderem auf Basis von Imitation und der damit verbundenen kontinuierlichen Abstimmung und Koordination mit anderen und verändert sich im Verlauf des Erwachsenwerdens nicht immer linear. Es gibt auch einige Möglichkeiten, wie sich exekutive Dysfunktionen herausbilden können (Hunter / Edidin / Hinkle 2012: 37; Xavier et al 2016: 423). Dysfunktionale Aspekte, die bei Autismus festgestellt werden können, umfassen kognitive Inflexibilität und ein beeinträchtigtes Planungsvermögen. Diese treten vor allem in sozialen und kommunikativen Kontexten auf, was in Abgrenzung zu computergestützt durchgeführten Tests gezeigt wurde. Dadurch entsteht die Annahme, dass Beeinträchtigungen der Exekutivfunktionen bei Menschen mit Autismus dazu führen können, dass sie in sozialen Situationen den interaktiven Anforderungen wie Flexibilität und Selbstorganisation nicht adäquat nachkommen können. Allerdings tritt diese Beeinträchtigung nicht nur bei Autismus, sondern verstärkt auch bei Kindern mit ADHS auf (Fletcher-Watson / Happé 2019: 95; Kenworthy / Anthony / Yerys 2012: 101-102).

Nicht nur bei Tests zu Exekutivfunktionen wurden Unterschiede zwischen computergestützten und interaktiven Settings festgestellt. Bei Untersuchungen zu Mentalisierung und ToM wurde ein Zuschauereffekt beobachtet, bei dem der Unterschied zwischen Kindern mit und ohne Autismus im computergestützten Setting ohne das Beisein anderer Personen nicht mehr gegeben war. Es kann also sein, dass die Beeinträchtigung nicht in erster Linie von den nötigen

Fähigkeiten, eine Aufgabe zu lösen oder einer Anforderung gerecht zu werden, herrührt, sondern mit der sozialen Situation und der damit verbundenen Unsicherheit und Überforderung zusammenhängt (Fletcher-Watson / Happé 2019: 96-97).

Ein anderer Erklärungsansatz für Probleme mit Exekutivfunktionen vermutet eine erweiterte Wahrnehmungsfähigkeit bei Menschen mit Autismus, die zu größerem Ablenkungspotential führen kann. Bei diesem Konzept wird davon ausgegangen, dass eine Person sich besser konzentrieren kann und weniger abgelenkt ist, wenn sie ihre volle Aufmerksamkeit auf eine Aufgabe richtet, die eine hohe *perceptual load*, also Wahrnehmungsbelastung hat. Je einfacher die Aufgabe wird, desto schneller wird die Person von Reizen abgelenkt, die mit der Aufgabe selbst nichts zu tun haben. Wenn also Menschen mit Autismus von vornherein über eine größere Wahrnehmungsfähigkeit verfügen, wäre dies eine mögliche Erklärung dafür, warum sie von irrelevanten Reizen eher abgelenkt werden (Fletcher-Watson 2019: 76; Mottron 2015: 119).

Ein weiteres neuropsychologisches Konzept zur Erklärung des kognitiven Systems von Autismus ist das der zentralen Kohärenz. Es drückt aus, dass normalentwickelte Personen Konzepte und Dinge in ihrer Gesamtheit wahrnehmen oder es zumindest versuchen, wobei die Gesamtheit in der Regel mehr auszudrücken vermag als nur das Zusammentreffen der Einzelteile. Auf Basis dieser ganzheitlich orientierten Wahrnehmung wird Bedeutung generiert und interpretiert, wobei typischerweise den Details und den einzelnen Teilen des Ganzen eher weniger Beachtung geschenkt wird. Bei Personen mit Autismus soll die zentrale Kohärenz eher schwach ausgeprägt sein und der Fokus stattdessen auf der lokalen Wahrnehmung liegen, wodurch bestimmte Symptome von Autismus durchaus erklärt werden können. Dazu zählen beispielsweise das gesteigerte Interesse an Teilen von Objekten anstelle von den Objekten als Ganzes in ihrer ursprünglichen Funktion, das Ausblenden des Kontexts, der Aufschluss über Funktion oder Bedeutung geben könnte, oder die starke Ablehnung von selbst kleinen Veränderungen. Diese Symptomatik könnte darauf hindeuten, dass Menschen mit Autismus tendenziell Schwierigkeiten mit der Wahrnehmung von Gesamtheiten und kohärenten Gestalten mit dem zugehörigen Kontext haben. Veränderungen an Gegenständen oder Situationen werden eher nicht als Teil eines gleichbleibenden Ganzen, sondern als etwas gänzlich Neues wahrgenommen und Objekte und Handlungen nicht immer als Teil eines größeren Kontexts gesehen (Dziobek / Bölte 2011: 84; Fletcher-Watson / Happé 2019: 122-125; Happé / Frith 2006: 5-6; Mottron 2015: 119; Voegeley 2015: 317). Bereits Kanner beschrieb in seinem ersten Werk zu Autismus genau diese Wahrnehmungsweise autistischer Kinder:

The dread of change and incompleteness seems to be a major factor in the explanation of the monotonous repetitiousness and the resulting *limitation in the variety of spontaneous activity*. A situation, a performance, a sentence is not regarded as complete if it is not made up of the exact same elements that were present at the time the child was first confronted with it. If the slightest ingredient is altered or removed, the total situation is no longer the same and therefore is not accepted as such, or it is resented with impatience or even with a reaction of profound frustration (Kanner 1943: 246, Hervorhebung im Original).

So können soziale Situationen mit ihren vielen und veränderlichen Details schnell zur Überforderung werden, wobei Personen mit schwacher zentraler Kohärenz Schwierigkeiten haben, den Sinn der Situation zu erfassen und sich dementsprechend zu verhalten (Kamp-Becker / Bölte 2021: 41). Auch bietet schwache zentrale Kohärenz einen Erklärungsansatz für die Schwierigkeit autistischer Personen, Emotionen anderer Menschen richtig zu erkennen. Da sie sich eher an Details des Gesichtsausdrucks und einzelnen Gesichtspartien anstelle des gesamten Gesichts mitsamt des zugehörigen Kontexts orientieren, kann es passieren, dass Personen mit Autismus Gesichtern oder anderen Menschen oft die falschen Emotionen zuordnen (Kamp-Becker / Bölte 2021: 44).

Dennoch ist es wohl produktiver, schwache zentrale Kohärenz nicht als Defizit zu betrachten, sondern als eine mögliche Ausprägung auf einem Spektrum der zentralen Kohärenz. So wie jemand mit schwacher zentraler Kohärenz sich schwertut, das größere Ganze zu sehen, hat umgekehrt jemand mit starker zentraler Kohärenz eher Probleme damit, auf Details und Einzelheiten zu achten. Außerdem ist es für Menschen mit schwacher zentraler Kohärenz nicht unmöglich, Gesamtheiten wahrzunehmen, es ist oftmals nur mit mehr Mühe verbunden oder bedarf eines guten Grundes und eines gesteigerten Konzentrationsniveaus (Dziobek / Bölte 2011: 85; Fletcher-Watson / Happé 2019: 125; Happé / Frith 2006: 15).

Ein ähnliches Prinzip, das unter Verwendung der Gestalttheorie agiert, ist die Sicht von Autismus als Beeinträchtigung der Vordergrund-Hintergrund-Differenzierung. Laut dieses Modells soll die Informationsverarbeitung bei autistischen Personen so ablaufen, dass Wahrnehmungen nicht nach ihrer Relevanz für die vorliegende Situation gefiltert werden können, sondern dass alle Informationen und Reize immer in ihrer vollen Intensität auf die Person einströmen und verarbeitet werden müssen. Das äußert sich beispielsweise darin, dass die Berührung der Sitzgelegenheit, der Straßenlärm oder sogar das Rauschen des eigenen Bluts in den Ohren so sehr im Vordergrund stehen, dass andere, wichtige Reize nicht entsprechend verarbeitet werden können. Das Verhalten autistischer Personen sei demnach nur ein Versuch, mit der ständig anhaltenden Reiz- und Informationsflut umzugehen (Rickert-Bolg 2017: 16-18).

Ein weiterer Ansatz, um das Verhalten und die kognitive Verarbeitung autistischer Personen grundlegend zu erklären, ist die Hypothese der sozialen Orientierung oder Motivation.

Damit ist gemeint, dass als eines der ersten Anzeichen für Autismus das fehlende Interesse an sozialer Interaktion in allen Wahrnehmungskanälen angenommen wird. Während normalentwickelte Babys und Kleinkinder sich zuallererst an menschlichen Gesichtern und Stimmen orientieren, sollen autistische Kinder dieses Interesse nicht zeigen und ausdrücken und somit in weiterer Folge Chancen des sozialen und emotionalen Lernens und der Entwicklung verpassen. Daraus entsteht dann ein Teufelskreis, da das Kind durch die fehlende Entwicklung schnell überfordert ist und an sozialen Settings nicht unbeschwert teilhaben kann, sich in weiterer Folge noch mehr zurückzieht und dadurch weitere Entwicklungsschritte möglicherweise nicht durchmacht. Durch diese Beeinträchtigung der Entwicklung soll Autismus mit seinen typischen Symptomen entstehen (Fletcher-Watson / Happé 2019: 106; Sappok et al. 2013: 1).

Grundsätzlich gibt es die Tendenz autistischer Kinder und Erwachsener, sich nicht so sehr an Gesichtern, Stimmen und Blickkontakt zu orientieren wie Kinder und Menschen ohne Autismus. Allerdings gestalten sich Untersuchungen in dieser Hinsicht sehr schwierig, da die Kontrolle der Reize in Forschungssettings komplex ist. Es ist nicht immer nachvollziehbar, über welche Wahrnehmungskanäle die Aufmerksamkeit primär gesteuert wird, beispielsweise bei audiovisuellem Input. Genauso können aber Ergebnisse von Untersuchungen mit rein visuellen, statischen Reizen nicht so einfach auf tatsächliche soziale Situationen umgelegt werden, da diese sich viel komplexer gestalten. Das größte Problem ist die Frage danach, ob es sich tatsächlich um eine Beeinträchtigung der sozialen Interaktion und ein Fehlen der sozialen Motivation handelt, oder eher um eine Beeinträchtigung der Verarbeitung der dargebotenen Reize. Darüber hinaus ist diese Hypothese in vielen Fällen nicht haltbar, da Menschen mit Autismus durchaus Interesse an anderen Menschen haben und dieses ausdrücken, wenn auch nicht immer den sozialen Normen und dem gegebenen Kontext entsprechend. Auch die Bindung autistischer Kinder zu ihren Eltern und Bezugspersonen unterscheidet sich nicht fundamental von der anderer Kinder ohne Autismus (Fletcher-Watson 2019: 107-110).

Keines der genannten Konzepte kann die Ursache oder den Ausdruck von Autismus zufriedenstellend erklären. Die Modelle können nur Teile des Symptombereiches abdecken und stehen dabei noch relativ zusammenhangslos nebeneinander. Außerdem sind sie nicht spezifisch für Autismus, gleichzeitig betreffen sie nicht alle autistischen Personen, wobei auch noch nicht geklärt ist, warum das so ist und wie autistische Menschen an die Aufgaben der verschiedenen kognitiven Domänen herangehen. Die Untersuchung dieser Konzepte wird auch dadurch erschwert, dass die Theorien und Betrachtungsweisen zu Autismus immer weiter ausdifferenziert und in ihren Details betrachtet werden, ohne notwendigerweise in die größere Gesamtheit zurückgeführt werden zu können. Trotzdem wird mehr Forschung notwendig sein, um die

Konzepte weiter zu prüfen und Verständnis für die Weise der Informationsverarbeitung autistischer Personen zu schaffen sowie ihnen auf Basis dieser Erkenntnisse Unterstützung bieten zu können (Fletcher-Watson / Happé 2019: 96; Rickert-Bolg 2017:15).

2.6. Therapiemöglichkeiten

Um zu einer passenden Therapie für eine Person mit Autismus zu kommen, ist zuerst der Diagnoseprozess erforderlich. Wie bereits in Kapitel 2.2.3. dargestellt, muss dafür nicht nur das Symptombereich für Autismus selbst erhoben werden, sondern im Idealfall werden auch umfassende Untersuchungen zur differenzialdiagnostischen Abklärung durchgeführt. Mittels eigener Diagnoseinstrumenten, Verhaltensbeobachtung und Interviews mit Eltern und anderen Bezugs- und Lehrpersonen soll die individuelle Ausprägung des Autismus sowie möglicher Komorbiditäten festgestellt werden (Freitag et al. 2017: 22). Auf Basis dieser Diagnose kann dann eine Therapieform gewählt und Therapieziele mit einem geeigneten Interventionsplan festgelegt werden. Da sich die Beeinträchtigung selbst je nach Individuum unterscheidet, muss sich auch die gewählte Therapie mit den spezifischen Interventionen an der jeweiligen Ausprägung der betroffenen Person orientieren. Interventionen beschreiben dabei all jene Dinge, die als Maßnahmen eingesetzt werden und die betreffende Person nicht bereits regelmäßig ausübt (Bölte 2011: 590; Fletcher-Watson / Happé 2019: 138; Freitag et al. 2017: 65-66; Kamp-Becker / Bölte 2021: 73-76).

In der Regel umfassen Therapieziele die Förderung der sozialen Kompetenzen und der Emotionsregulierung, das Vermeiden von unangemessenem Verhalten, oder auch die Förderung alltäglicher Fertigkeiten und der Selbstständigkeit. Es geht darum, die Lebensqualität der betroffenen Person und ihres Umfelds zu verbessern. Gerade im Kindesalter ist die Vermittlung eines Gefühls der Sicherheit, eine für das Kind akzeptable soziale Nähe, sowie die Förderung der sprachlichen Entwicklung von Bedeutung, da Kinder mit geringeren sprachlichen Fertigkeiten oftmals auch größere Beeinträchtigungen in anderen Domänen zeigen (Freitag et al. 2017: 73; Kamp-Becker / Bölte 2021: 73-74; Kim / Lord 2013: 29; Rickert-Bolg 2017: 26).

Therapie für Autismus ist kein einheitlicher oder geschützter Begriff, und da die Ursachen noch nicht genau erkannt wurden, gibt es viele verschiedene Möglichkeiten, die Symptomatik zu behandeln, was das Angebot an unterschiedlichen Therapieformen beinahe unüberschaubar macht. Am häufigsten genannt und auch zu ihrer Wirksamkeit am besten untersucht sind Ansätze der Verhaltenstherapie (Frese 2022: 19-21). Auch der Dachverband Österreichische Autistenhilfe (ÖAH) sowie das Öffentliche Gesundheitsportal Österreichs, das vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK o. J.)

herausgegeben wird, empfehlen in erster Linie Verhaltenstherapie für Autismus-Spektrum-Störungen, idealerweise in Form von Frühförderprogrammen (BMSGPK o. J.; ÖAH o. J.).

Bei Ansätzen der Verhaltenstherapie werden Symptome von Autismus generell als Verhaltensdefizite angesehen, die mittels spezifischer Methoden verbessert werden sollen (Frese 2022: 21). Da es sich bei Verhaltenstherapie lediglich um einen Sammelbegriff für viele verschiedene Ansätze handelt, können diese Methoden beispielsweise lerntheoretisch, kognitiv oder körperorientiert ausgerichtet sein, oder es können Methoden der Stimuluskontrolle oder Konsequenzkontrolle oder welche zum Erlernen von Selbstkontrolle zum Einsatz kommen (Kamp-Becker / Bölte 2021: 80). Es gibt mehrere strukturierte Programme der Verhaltenstherapie, die mittlerweile gut untersucht sind und generell als wirksam gelten. Sie verfolgen in der Regel lern- oder entwicklungsorientierte Ansätze. Dazu gehören unter anderem die *Early Intensive Behavioral Interventions*, in deren Rahmen Kinder mit Autismus im Idealfall bereits im Kleinkindalter über mehrere Monate oder Jahre hinweg in ihrer häuslichen Umgebung unter Einbezug ihrer Bezugspersonen therapiert werden. Die Behandlung erfolgt im Hinblick auf *joint attention*, Spielfähigkeit und weiterführenden sozialen Kompetenzen, die für die Eingliederung in das schulische Umfeld nötig sind, therapiert werden (Kamp-Becker / Bölte 2021: 80-81).

Eine gut erforschte Methode ist *Applied Behavior Analysis* (ABA), die vor allem bei Kindern und Jugendlichen eingesetzt wird und auf operanter Konditionierung und behavioristischen Lernprinzipien beruht. Diese Methode wird hauptsächlich im häuslichen Umfeld bei noch sehr jungen Kindern, idealerweise im Vorschulalter, eingesetzt. Die Eltern werden bei dieser sehr zeitintensiven Therapie miteinbezogen. Durch Loben und Verstärkung bestimmten Verhaltens mit dem Lieblingsspielzeug, -aktivitäten oder -süßigkeiten, soll anfangs die Lernmotivation des Kindes gefördert werden, diese Verstärker werden mit der Zeit entfernt, sodass eine intrinsische Motivation entstehen kann. Aufforderungen oder *prompts*, beispielsweise in Form von Handzeichen, sollen dem Kind helfen, Aufgaben zu bewältigen. Diese Aufgaben werden in einzelne Teilabschnitte gegliedert und auch als solche trainiert, bis das Kind für die einzelnen Teile keine *prompts* mehr benötigt und sie zu einem flüssigen Ablauf zusammensetzen kann. Im gleichen Sinn soll dem Kind beigebracht werden, unerwünschtes Verhalten zu unterlassen, indem es nicht das Spielzeug oder die Süßigkeit bekommt oder eine anderweitig negative Konsequenz erfährt, wenn es das unerwünschte Verhalten an den Tag legt (Freitag et al. 2017: 28; Matzies-Köhler 2015a:19-20; Matzies-Köhler 2015b: 207-208; Sappok et al. 2010: 1342). Ein großer Kritikpunkt am behavioristischen Ansatz ist die Orientierung am rein beobachtbaren Verhalten. Der Versuch, zu verstehen, warum autistische Kinder so handeln wie

sie handeln, wird nicht nur ausgeklammert, sondern sogar als unnötig angesehen (Rickert-Bolg 2017: 15).

Weitere Ansätze neben Verhaltenstherapie sind beispielsweise Psychotherapie, wenn eine komorbide psychische Erkrankung festgestellt wird, Ergotherapie, die dabei helfen soll, ein möglichst eigenständiges Leben zu führen, oder auch Logopädie, um bei Sprachproblemen zu helfen. Außerdem gibt es auch mehrere kreative Methoden, wie zum Beispiel Musiktherapie, die im nächsten Kapitel eingehend behandelt wird (Freitag et al. 2017: 24, 38; Frese 2022: 28). Neben Einzeltherapie kann für autistische Menschen auch Gruppentherapie sinnvoll sein, bei der in einem sicheren Rahmen soziale Kompetenzen miteinander geübt werden können. Außerdem gibt es auch Angebote für Elterntraining, um Eltern und Bezugspersonen von autistischen Menschen Unterstützung zu bieten (Bölte 2011: 592-593; Freitag et al. 2017: 25; Kamp-Becker / Bölte 2021: 73-75). Medikamente für Autismus gibt es in der Form nicht, allerdings können einzelne Symptome und vor allem komorbid auftretende Erkrankungen medikamentös behandelt werden (Freitag et al. 2017: 35, 113; Krämer / Gawronski / Vogeley 2016: 582; Sappok et al. 2010: 1341).

Im großen Pool der Therapieangebote gibt es auch einige Maßnahmen, die eine vollständige Heilung oder zumindest schnelle Verbesserungen versprechen. Während man solchen Versprechungen grundsätzlich mit einer gesunden Portion Misstrauen begegnen sollte, ist es außerdem unerlässlich, auf die Sicherheit und das Wohlbefinden der zu therapierenden Person zu achten (Bölte 2011: 590; Kamp-Becker / Bölte 2021: 73-74).

3. Musiktherapie für Autismus

So wie es auch bei vielen anderen Therapieformen der Fall ist, handelt es sich bei Musiktherapie um einen Sammelbegriff, der viele verschiedene Ansätze und Settings in sich zusammenfasst. Der Österreichische Berufsverband der MusiktherapeutInnen (ÖBM) definiert Musiktherapie wie folgt:

Musiktherapie ist die bewusste und geplante Behandlung von Menschen insbesondere mit körperlichen, seelischen, intellektuellen und sozialen Störungen und Leidenszuständen. Ihr Ziel ist es, Symptome zu lindern oder zu beseitigen [und] behandlungsbedürftige Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern (ÖBMa o. J.).

In dieser Definition wird das Element der Musik nicht erwähnt und sie könnte für jegliche Art der Therapie stehen. Im Gegensatz dazu wird die Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft (DMtG) deutlicher:

Musiktherapie ist der gezielte Einsatz von Musik im Rahmen der therapeutischen Beziehung zur Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung seelischer, körperlicher und geistiger Gesundheit. Musiktherapie ist eine praxisorientierte Wissenschaftsdisziplin [...] [und] ist eine summarische

Bezeichnung für unterschiedliche musiktherapeutische Konzeptionen, die ihrem Wesen nach als psychotherapeutische zu charakterisieren sind (DMtG 2023).

Die aktuelle Auflage des *Lehrbuchs Musiktherapie* (2020) beginnt mit folgender Definition:

Musiktherapie ist die gezielte Verwendung des Mediums Musik oder seiner Elemente zu therapeutischen Zwecken. Sie ist immer in eine bewusst gestaltete therapeutische Beziehung eingebunden und verwendet nicht sprachliche und sprachliche Kommunikation sowie psychologische Mittel und Techniken. Musiktherapie wendet sich an Menschen mit Leidenszuständen, Verhaltensstörungen und Entwicklungsrückständen, um an der Wiederherstellung, Erhaltung oder Verbesserung von seelischer, geistiger und körperlicher Gesundheit mitzuwirken (Oberegelsbacher 2020: 18).

Dieser Definitionsansatz geht weiter als die der beiden nationalen Verbände und nennt neben dem Element Musik und dem Verwendungsbereich auch die therapeutische Beziehung sowie das gerade für Autismus-Spektrum-Störungen so zentrale Element der Kommunikation. Laut diesen Definitionen grenzt Musiktherapie sich in Anlehnung an Psychotherapie demnach von beispielsweise pharmakologischer Therapie ab und richtet den Fokus auf psychische und seelische Leiden.

Die Musik im Rahmen von Musiktherapie kann als funktionale Musik definiert werden, also Musik, die nicht im erster Linie ihrer selbst willen komponiert oder rezipiert wird, da sie für und wegen außermusikalischer Zwecke entsteht und genutzt wird. Sie kann auch der Sparte der künstlerischen Therapieformen zugeteilt werden, wobei sich das Attribut künstlerisch hier auf „von den Künsten ausgehend“ bezieht, und nicht auf ein Werturteil aufgrund jeglichen künstlerischen oder ästhetischen Gehalts. Weder Musik als Werk noch ein ästhetischer Ausdruck oder Anspruch spielen generell in der Musiktherapie eine zentrale, wenn überhaupt irgendeine Rolle (Tüpker 2017: 304, 309-310).

Musik erscheint dabei im Wesentlichen als ein an den Menschen [...] gebundenes Phänomen, welches als Widerspiegelung von Erfahrung, als Ausdruck, als kulturgebende und -schaffende Gestalt und Formenbildung sowie als aktualgenetisches Beziehungsgeschehen zwischen Menschen in Erscheinung tritt (Tüpker 2017: 304).

Vor allem steht Musik als Möglichkeit der Herstellung von Kontakt und Beziehung und Ausdruck dessen im Mittelpunkt, sowie die Möglichkeit, Affekte und Leiden auszudrücken, die von einer anderen Person wahrgenommen und mitvollzogen werden können (Tüpker 2017: 309-310). „Die dabei entstehenden ‚Werke‘ unterscheiden sich dadurch von den Kunstwerken im engeren oder üblichen Sinne, dass sie nicht für einen Dritten, ein Publikum, die Rezipienten und die Öffentlichkeit sind, sondern sich [sic] *in der Beziehung*, in der sie entstehen, genug sind“ (Tüpker 2017: 310, Hervorhebung im Original).

Es gibt viele verschiedene Ansätze der Musiktherapie, die in verschiedenen Settings stattfinden können. Ansätze können unter anderem tiefenpsychologisch, systemisch, verhaltenstherapeutisch oder entwicklungspsychologisch sein und dadurch bereits Methoden und Settings der tatsächlichen Interventionen beeinflussen. So wird auch zwischen rezeptiver und aktiver Musiktherapie unterschieden. Während bei der rezeptiven Form Musik passiv konsumiert

wird, beispielsweise indem Therapeut:innen für ihre Klient:innen musizieren, findet bei der aktiven Form auf irgendeine Weise aktives Musizieren und Singen statt, meist in Form von Improvisation, das die Interaktion der Klient:innen involviert. Es wird dabei von der betroffenen Person keinerlei musikalisches Können oder Vorwissen verlangt und es geht nicht um die Musik als Werk oder Endprodukt. Außerdem kann Musiktherapie im Einzel- oder Gruppensetting stattfinden. Während Einzelsettings ein sicheres Umfeld für Kontaktaufnahme und Ausdruck von Emotionen bieten kann, stehen in Gruppensettings interaktive und kommunikative Aspekte im Vordergrund (DMtG 2023; Oberegelsbacher 2020: 18-19; ÖBMa o. J.; Spahn / Bernatzky / Kreutz 2015: 20).

Die verwendeten Instrumente bei der aktiven Musiktherapie orientieren sich oftmals stark am Orff-Instrumentarium. Dabei handelt es sich um elementare Musikinstrumente, wobei das Attribut elementar sich darauf bezieht, dass jeder Mensch diese Instrumente ohne musikalisches Wissen spielen und sich damit nonverbal ausdrücken können soll. Zusätzlich werden oft auch Gitarren, Geigen oder das Klavier verwendet, oder auch außereuropäische Instrumente wie beispielsweise Gongs. Während so der nonverbale Ausdruck ermöglicht werden soll, ist die sprachliche Ebene je nach Anforderungen der Therapieziele dennoch zentral, da gerade die sprachliche Aufarbeitung einer Therapieeinheit deren Effekt in einigen Fällen stärken kann (DMtG 2023; Oberegelsbacher 2020: 18-19; Oberegelsbacher / Timmermann 2020: 98; ÖBMa o. J.).

Die zentrale Rolle in der Musiktherapie, wie in den meisten Arten von Psychotherapie generell und wie in der Definition im *Lehrbuch Musiktherapie* angemerkt, spielt die Beziehung zwischen Therapeut:in und Klient:in. Es ist die Aufgabe auf Therapeut:innenseite, ein sicheres und geschütztes Umfeld zu schaffen, in dem sich die betroffene Person frei bewegen und ausdrücken kann. Freiheit in diesem Kontext bedeutet nicht, tun und lassen zu können, was man gerade möchte, sondern sich frei von Ängsten und Voreingenommenheit auf die Beziehung und damit die Therapie einlassen zu können. Das umfasst einerseits das tatsächliche, reale Umfeld, also den Raum, in dem die Therapie stattfindet, andererseits aber auch die tatsächliche Rolle der Therapeut:innen, die sie in der Beziehung übernehmen. Der Erfolg der angewandten Methoden während der Therapie ruht wahrscheinlich zu einem großen Teil auf dem Fundament der therapeutischen Beziehung, in der die Therapeut:innen auf die kommunikativen, emotionalen und musikalischen Potentiale der Klient:innen eingehen und sich ihnen anpassen (Fawcett 2019: 230; Mössler et al. 2019: 2802-2804; Nugent 2019: 182; Tüpker 2017: 329; Weymann 2020: 28).

Die therapeutische Beziehung ist aber nicht die einzige, die bei Musiktherapie von Bedeutung ist. Musik kann als Medium für diese sehr offensichtliche Beziehung fungieren, allerdings entstehen in der Musiktherapie auch Beziehungen zwischen Klient:in und Musik selbst, einerseits im flüchtigen Zustand als reiner Klang oder Geräusch, andererseits auch im beständigen Zustand als Instrument und dem Umgang damit. Mit dem Einsatz der eigenen Stimme und damit dem Ausdruck, der einem selbst am nächsten ist, können Klient:innen auch eine Beziehung zu sich selbst aufbauen und diese in einem sicheren Rahmen erforschen (Fawcett 2019: 236).

3.1. Indikation für Autismus-Spektrum-Störungen

Die Indikation gibt an, ob eine bestimmte Therapieform in einem Krankheitsfall oder bei einer Beeinträchtigung sinnvoll oder nützlich und dadurch indiziert ist (Frohne-Hagemann / Smetana 2021: 266). Die Indikation der Musiktherapie bei Autismus basiert grundsätzlich auf verschiedenen Arten von Verständnis dessen, was Musik sein und leisten kann. Bereits Asperger verwendet in seiner Habilitation Beschreibungen mit musikalischen Assoziationen und Begriffe aus der Musik. Beispielsweise beschreibt er die unbeholfene bis unkoordinierte Art, wie die autistischen Jungen sich bewegten, als unrhythmisch: „Er kann niemals körperlich gelöst sein, schwingt in keinem Rhythmus mit, beherrscht seinen Körper nicht“ (Asperger 1942: 30). Einen anderen Jungen beschreibt er wie folgt: „[N]ie schwingt er wirklich im Rhythmus der Gruppe mit, nie erwächst die Bewegung wie selbstverständlich und unwillkürlich [...] aus der richtigen Koordination, der Gesamtmotorik“ (Asperger 1943: 62). Daher kann es also ein Ansatz sein, Kindern mit Autismus mithilfe von Musik dazu zu ermutigen und ihnen zu zeigen, wie sie den Rhythmus in und mit ihrem eigenen Körper und dann auch mit anderen finden können.

Es stellt sich dennoch die Frage, ob Musik bei Autismus unter den gängigen Gesichtspunkten angewendet werden kann, da nicht unbedingt klar ist, ob Menschen mit Autismus Musik in gleicher Weise wahrnehmen und verarbeiten und daher Musiktherapie die gleichen oder ähnliche Auswirkungen haben kann. Aufgrund verschiedener Forschungsansätze, die sich mit dieser Frage auseinandersetzen, ist anzunehmen, dass Menschen mit Autismus Affekte und Bewegungsverläufe in Musik ähnlich wahrnehmen wie normalentwickelte Menschen und auch ähnliche emotionale Reaktionen empfinden, wenngleich sie Musik möglicherweise kognitiv anders verarbeiten (Hernandez-Ruiz et al. 2022: 88-91, 111-112). Die Verbindung zwischen Musik und Autismus kann sich auch in autistischen Menschen mit musikalischen Inselbegabungen zeigen. Während das keine universelle Indikation für alle Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung sein kann und der medial oft angenommene Zusammenhang zwischen Autismus und (musikalischer) Hochbegabung klinisch und in der Forschung als nicht dermaßen

relevant gilt, gibt es doch unter autistischen Menschen einen größeren Anteil an Personen mit einem angeborenem absoluten Gehör, also der Fähigkeit, Tonhöhen ohne jeglichen Kontext exakt bestimmen zu können, als in der Restbevölkerung. Bei autistischen Kindern scheint auch das Melodie- und Tonhöhengedächtnis besser ausgeprägt zu sein als bei normalentwickelten Gleichaltrigen. Der Zugang zu Musik ist Menschen mit Autismus also grundsätzlich nicht verwehrt und kann daher in einem therapeutischen Setting überall dort genutzt werden, wo Musik zum Erreichen der Therapieziele zur Anwendung kommen kann (Bergmann 2015: 268-269; Bergmann / Geretsegger 2017: 134).

Weiters kann Musiktherapie mit einem Fokus auf Vokaltechniken und Singen helfen, die stimmlichen Fähigkeiten zu fördern. Da Sprachentwicklungsstörungen bei Autismus häufig vorkommen, kann darunter auch die physische Entwicklung des Sprechapparats leiden. Kinder mit Autismus können daher in der Musiktherapie auf spielerische Art und Weise und ohne Fokus auf Sprachproduktion lernen, eine Verbindung zu ihrer eigenen Stimme und damit ihrem eigenen Ausdruck aufzubauen und sie zu kontrollieren (Warnock 2019: 277-278).

Musiktherapie kann auch sinnvoll sein, wenn es Schwierigkeiten mit der flüssigen, zeitlich synchronen Abfolge von Interaktionen oder der sozialen Reziprozität gibt. So können autistische Kinder Probleme mit *joint attention* oder dem Timing beim abwechselnden Sprechen oder im Fluss des gemeinsamen Handelns haben, oder ihre Gesten passen beim Erzählen einer Geschichte nicht zu dem, was sie sagen. Diese zeitlichen und andere Abweichungen treten scheinbar in ihrem Erlebnis und beim Reproduzieren von Musik nicht annähernd so häufig auf, was oft zum Schluss führt, dass die Probleme hauptsächlich in sozialen Settings vorkommen und mit der kommunikativen Komponente zusammenhängen. Wenn in der Musiktherapie Musik also als Mittel der Kommunikation in einem sozialen Setting eingebettet wird, kann das ein hilfreicher Ansatz sein. Gleichzeitig soll das aktive Musizieren die Aufmerksamkeit verbessern (Kamp-Becker / Bölte 2021: 87-88; Soorya / Carpenter / Warren 2013: 79-80; Wimpory / Gwilym 2019: 103-105).

Ein Weg der Kontaktaufnahme mittels Musik kann sein, die stereotypen Verhaltensweisen, die sich physisch beispielsweise als regelmäßiges Kopfnicken oder in anderen Bewegungsmustern oder als Lautieren und andere Geräusche ausdrücken, als rhythmische Grundlage für das Musizieren heranzuziehen. „The starting point is often mirroring and matching, offering a clear signal to the child that there is someone else in the room who is attending to them“ (Fawcett 2019: 232). Die Kontaktaufnahme muss aber nicht nur über die auditive Wahrnehmung erfolgen. In Orientierung am Kind und seinem Verhalten kann die Intensität einer Handlung auch an Musikinstrumenten imitiert werden, beispielsweise beim Ausholen zum Trommelspiel

(Fawcett 2019: 232-234). Diese Art der Kontaktaufnahme ist für Synchronizität und den Ansatz von Karin Schumacher von großer Bedeutung und wird daher in späteren Kapiteln ausführlicher behandelt.

Musik wird oft als Mittel zur nonverbalen Kommunikation verstanden und funktioniert als solche bei Menschen mit Autismus unter anderem, weil sie den Emotionsgehalt von musikalischen Passagen durchaus richtig zuordnen können und somit über ähnliche wenn nicht dieselben emotionalen Assoziationen mit Musik verbinden wie Menschen ohne Autismus (Whipple et al. 2015: 85, 107). So wie Musik also zur Kontaktaufnahme genutzt werden kann, kann sie aber auch einem Kind mit Autismus dazu dienen, zu lernen, sich selbst zu äußern und seiner inneren Welt Ausdruck zu verleihen, wenn auch nonverbal. Gerade bei geringen oder non-existenten Sprachfähigkeiten kann Musiktherapie daher hilfreich sein. „Musikalische Interventionen dienen dazu, ein nonverbales Angebot zu machen, das direkt emotional wirken und so für beide Beteiligten einen Sinn-Zusammenhang herstellen kann, ohne dass dieser verbal gedeutet und verstanden werden muss“ (Wahrmund 2017: 106). Neben dem Ausdruck der eigenen Gefühle kann Musiktherapie auch dabei helfen, sich der eigenen Gefühle überhaupt bewusst zu werden und sie zu verarbeiten (Kamp-Becker / Bölte 2021: 87-88; Pater / Spreen / van Yperen 2023: 30; Timmermann / Oberegelsbacher 2020: 24; ÖBMa o. J.).

Außerdem soll Musik auch einen Einfluss auf die Hirnstruktur und -aktivierung haben. Die Rezeption und die Produktion von Musik sind bei Menschen mit Autismus in einigen Fällen gegeben, und so kann die Aktivierung verschiedener Hirnareale, die mit Mentalisierung oder der Verarbeitung von Gefühlen in Verbindung gebracht werden, gemessen werden, wobei diese Areale in anderen Situationen im Vergleich zu Menschen ohne Autismus weniger oder gar nicht aktiviert werden (Sharma / Gonda / Tarazi 2018: 97-98).

Musiktherapieansätze für Autismus entstanden bereits in den 50er-Jahren, relativ früh als die Diagnose erst anfang, sich zu etablieren. Dabei entwickelten sich bereits einflussreiche Ansätze heraus, die auch heute noch, meist in angepasster und weiterentwickelter Form, praktiziert werden, obwohl sie zumeist nicht speziell nur bei Autismus, sondern bei Kinder mit Behinderungen allgemein angewandt wurden (Gold 2011: 105). Beispielsweise setzten schon Paul Nordoff und Clive Robbins in den 60ern Improvisation als Ausdrucks- und damit Kommunikationsmittel für Kinder mit Behinderungen ein. Als *music child* soll laut dieser Methode, erstmals veröffentlicht als *Therapy in Music for Handicapped Children* 1971, jeder Mensch musikalische Begabungen besitzen, auf Musik reagieren können sowie mittels Improvisation und der therapeutischen Anleitung zum Ausdruck seiner selbst und zur Weiterentwicklung fähig sein (Nordoff / Robbins 2004). Einen ähnlichen Ansatz vertrat Juliette Alvin, die Improvisation

als Ausdrucksmöglichkeit für behinderte und autistische Kinder sah, und die eine Basis für therapeutische Intervention bilden soll. Das Therapiekonzept, 1978 in *Music Therapy for The Autistic Child* veröffentlicht, umfasst unter anderem auch die Sinnesintegration durch die Auseinandersetzung mit Musik und der Wiedererkennung des Selbst und der eigenen Handlungen in ihr (Alvin 1978).

Die Musiktherapie nach Gertrude Orff verfolgt als eine der ersten im deutschsprachigen Raum einen entwicklungspsychologischen Ansatz, in dem die Entwicklung von Fähigkeiten und Persönlichkeit eines Kindes durch die Therapie gefördert werden soll. Dieser Ansatz, erstmals veröffentlicht 1974 in *Die Orff-Musiktherapie*, wurde aus dem von Carl Orff konzipierten Orff-Schulwerk heraus sowie in Anlehnung an das medizinische Feld der Sozialpädiatrie entwickelt und orientiert sich am Verständnis des Menschen als musisches Wesen, das als solches Musik, Tanz und Sprache als Ausdrucksmittel verwenden kann (Orff 1974). Karin Schumacher kam während ihres Studiums mit diesem Ansatz in Kontakt und wurde, wie in späteren Kapiteln deutlich wird, maßgeblich vom entwicklungspsychologischen Ansatz und dem elementaren Musikbegriff geprägt.

3.2. Therapieziele und Evidenzbasierung

Die Ziele einer Therapie bei einer Autismus-Spektrum-Störung können die Verbesserung in jeglichem bisher genannten Symptombereich oder die Milderung bis hin zur Eliminierung einzelner Symptome umfassen. Je nach Therapieart wird der Fokus auf andere Symptombereiche gelegt. Oftmals wird jedoch darauf abgezielt, unter anderem die sozialen, sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten, das Spielverhalten und den Umgang mit Objekten, Handlungskompetenzen für alltägliche Fähigkeiten, Blickkontakt, Emotionswahrnehmung und -regulierung, sowie die Motorik zu verbessern oder von Grund auf zu erlernen (Bölzle 2015: 150; Stolz 2015: 142).

Generelle Therapieziele, die mittels Musiktherapie erreicht werden können, umfassen beispielsweise die Verbesserung, Förderung oder Erarbeitung von Aufmerksamkeit und *joint attention*, des sozialen und kommunikativen Verhaltens, von Imitation und Strategien zur Problemlösung, der Kooperation und Beziehungsfähigkeit, der Wahrnehmung von Emotionen und des eigenen Körpers, der Grob- und Feinmotorik oder der exekutiven Fähigkeiten (Oberegelsbacher 2020: 19; Wahrmund 2017: 106; Poustka 2020: 284; Körber 2013: 84). Dabei fokussieren in der Praxis etwa 90% aller Ziele in der Musiktherapie auf soziale Kompetenzen (West / Silverman 2021: 122).

Bei Festlegung der Therapieziele ist es natürlich wichtig, sich an der tatsächlichen Symptomatik der betroffenen Person und den nötigen und sinnvollen Bedarf an Unterstützung und Verbesserung zu orientieren. Ziel soll nicht einfach eine blinde Anpassung an soziale und kulturelle Regeln und Normen sein, wobei aber das Vermeiden von unerwünschtem Verhalten, auch auf Basis der Konventionen und Regeln des sozialen Umfelds, dennoch sinnvoll sein kann. Ein zentraler Faktor ist ebenso die Setzung realistischer Ziele, die einerseits für die Person und andererseits mittels der gewählten Therapie erreichbar sind (Geretsegger / Bergmann 2017: 11; Plahl / Koch-Temming 2005: 151).

Wie im vorhergehenden Kapitel kurz dargestellt, ist die Geschichte der Musiktherapie für Autismus-Spektrum-Störungen bereits einige Jahrzehnte alt. Allerdings hat erst in ihrer jüngsten Vergangenheit der Drang hin zur Evidenzbasierung begonnen, die in der Medizin mittlerweile unerlässlich ist. Dabei sollen Ärzt:innen und Therapeut:innen wissenschaftlich fundierte Informationen zu den zur Verfügung stehenden Therapieformen bekommen, um ihre klinische Erfahrung zu erweitern und sinnvolle Entscheidungen für Patient:innen zu treffen. „The purpose of EBM [evidence-based medicine] and practice guidelines is to provide a stronger scientific foundation for clinical work, to achieve consistency, efficiency, effectiveness, quality, and safety in medical care“ (Timmermans / Mauck 2005: 19).

Vor noch etwa zehn Jahren stand man der Evidenzbasierung der Musiktherapie erfreut und hoffnungsvoll gegenüber, da die Anzahl der wissenschaftlichen Studien, gerade von *randomized controlled trials* (RCT), rasch zunahm und man darin das Potential zu evidenzbasierten Arbeitsweisen sah. Erste systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen schienen vielversprechend, auch wenn deren Umfang und Ergebnisse natürlich noch nicht mit tatsächlicher Evidenzbasierung vergleichbar waren (Dimitriadis / Smeijsters 2011: 109-110; Geretsegger / Bergmann 2017: 10-11; Soorya / Carpenter / Warren 2013: 80). Die seither erschienenen Reviews und Metaanalysen zeichnen jedoch ein ernüchterndes Bild. Sie zeigen, wenn überhaupt, nur geringe Effekte von Musiktherapie hinsichtlich der Förderung von sozialen, kommunikativen und sprachlichen Fähigkeiten bei Kindern sowie auch Erwachsenen mit Autismus-Spektrum-Störungen. Außerdem seien diese Fähigkeiten für Klient:innen nicht oder nur kaum generalisierbar, also aus dem Therapiesetting übertragbar in ihr alltägliches Leben. Die meisten dieser Analysen sind aber selbst nicht ideal konzipiert und ihre Ergebnisse daher nur bedingt von allgemeingültigem Nutzen (Freitag et al. 2017: 39; Kamp-Becker / Bölte 2021: 88; Stegemann / Schmidt 2015: 170).

2017 erschien eine erste, groß angelegte, randomisierte klinische Studie zur Wirksamkeit von Musiktherapie (Bieleninik et al. 2017). Dabei bekamen insgesamt 364 Kinder auf dem

Autismus-Spektrum im Alter von vier bis sechs Jahren in neun verschiedenen Ländern entweder Musiktherapie, oder nur die Art von Therapie, die im jeweiligen Land als Regelversorgung dient (Bieleninik et al. 2017: 526-528).

The Trial of Improvisational Music Therapy's Effectiveness for Children With Autism (TIME-A) was an assessor-blinded, international, multicenter (10 centers), parallel-group, pragmatic randomized clinical trial that compared improvisational music therapy [...] with standard care alone for improving social communicative skills in children with ASD (Bieleninik et al. 2017: 526).

Musiktherapie war dabei in keiner der untersuchten Gruppen die alleinige Intervention. Alle Kinder erhielten die jeweils vorgesehene Regelversorgung. Die Gruppe, die Musiktherapie erhielt, wurde randomisiert in zwei Untergruppen geteilt, wobei eine Gruppe einmal wöchentlich Musiktherapie zusätzlich zur Regelversorgung erhielt, und die andere Gruppe dreimal wöchentlich. Der Schweregrad der Symptomatik wurden mit den bereits in Kapitel 2.2.3 vorgestellten Tools ADOS und ADI-R zu Beginn der Studie, direkt nach der Laufzeit der Studie, sowie zwölf Monate nach Ende der Therapie evaluiert (Bieleninik et al. 2017: 526).

Das Ergebnis der Studie zeigt keinen signifikanten Unterschied in der Verbesserung der Symptomatik zwischen den einzelnen Gruppen und damit keine signifikant bessere Wirksamkeit von Musiktherapie im Gegensatz zur alleinigen Regelversorgung (Bieleninik et al. 2017: 532). Allerdings ist die allgemeine Aussagekraft der Studie auch kritisch zu sehen, da das Untersuchungsdesign sowie die Perspektive der Interpretation durchaus Fragen aufwerfen können. Dennoch hat unter anderem das Resultat dieser Studie dazu geführt, dass die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) 2021 in Deutschland in ihrer Leitlinie zu Therapie bei Autismus Musiktherapie aufgrund der schlechten Evidenzbasierung das stärkste Negativvotum gegeben hat (Bergmann 2021: 163).

Kritik an TIME-A umfasst beispielsweise gerade die Konsequenzen des groß angelegten Forschungsdesigns, wofür die Studie so gepriesen wird. Durch das große Design unter Einbeziehung von neun Ländern gibt es große Diskrepanzen in den Arten von Therapie, wobei nicht nur die Musiktherapie, sondern auch die Regelversorgung betroffen sind. Darüber hinaus werden Faktoren wie beispielsweise die eigentlichen musikalischen Interventionen oder die Beziehungen zwischen Therapeut:innen und Klient:innen nicht näher begutachtet oder berücksichtigt. Bestimmte musiktherapeutische Ansätze, beispielsweise im Sinne der Entwicklungspsychologie, zielen womöglich auch nicht in erster Linie auf die gesetzten Ziele der Studie ab. Außerdem ist das zeitliche Ausmaß der Musiktherapie im Vergleich zu beispielsweise Verhaltenstherapie ungleich geringer. Es unterscheiden sich nicht nur die Therapieansätze, sondern auch das Ausbildungslevel der Therapeut:innen. Ebenso sind nicht alle Gutachter:innen gleich gut im Umgang mit ADOS ausgebildet. Darüberhinaus wird die Verwendung von ADOS als

Grundlage für die Ergebnisse kritisiert, da es sich dabei um ein Diagnostiktool handelt und somit Verbesserung an der vorliegenden Symptomatik gemessen wird und Veränderungen während der Therapie oder der Lebensqualität nicht erhoben werden können (Bergmann 2018: 7; Crawford et al. 2017: 25; Pater / Spreen / van Yperen 2023: 30, 41; Turry 2018: 87-88). Nachfolgestudien, die anhand der Daten der TIME-A-Studie durchgeführt wurden, zeigen durchaus ein anderes Bild von Musiktherapie. Wenn beispielsweise die Zielsetzung nicht als Symptomreduktion, sondern als Förderung der Resilienz formuliert ist und die Daten danach ausgewertet werden, scheint Musiktherapie bei einer Teilgruppe der teilnehmenden Kinder durchaus Wirkung zu zeigen (Blauth / Oldfield 2022).

Es ist schwierig, Musiktherapie zu standardisieren oder dafür Maßnahmenprotokolle oder Therapiemanuale zu erstellen, wenn sie auf Improvisation und der therapeutischen Beziehung im jeweiligen Moment beruht. Auch hier spielt die Verschiedenheit der Ausbildung, der Erfahrung und dem persönlichen Hintergrund der einzelnen Therapeut:innen eine große Rolle, da selbst zentrale Begrifflichkeiten nicht immer gleich beschrieben, interpretiert und verwendet werden. Gerade für randomisierte und vor allem für groß angelegte Studien wie TIME-A wäre aber genau so ein standardisiertes Therapiemanual gemeinsam mit einem vergleichbaren Ausbildungs- und Wissensstand der Therapeut:innen und Gutachter:innen wünschenswert, sodass unter anderem auch die Musik und die verwendeten Interventionen erhoben und so vergleichbare und verlässliche Ergebnisse geliefert werden können (Freitag et al. 2017: 39; Turry 2018 87).

Dennoch sind die Ergebnisse der TIME-A-Studie gerade wegen des groß angelegten Forschungsdesigns mit einer großen Stichprobe und hochwertigen Kontrollgruppen und der präzisen Methodik in Hinblick auf die formulierten Ziele nicht außer Acht zu lassen. Gleichzeitig können auch kleinere Studien aussagekräftig sein. Eine positive Metaanalyse stellt der 2020 erschienene Bericht des Austrian Institute for Health Technology Assessment (AIHTA) dar (Gassner / Mayer-Ferbas 2020). Um die Wirksamkeit und Indikation von Musiktherapie zu erfassen und so eine Grundlage für ressourcenorientierte Entscheidungen der Gesundheitspolitik in Österreich zu schaffen, wurde das HTA mit der Erstellung des Berichts beauftragt. Da es sich dabei um ein unabhängiges Institut handelt, werden die Ergebnisse auch in Kreisen der musiktherapeutischen Forschung als wertvoll eingeschätzt (Gassner / Mayer-Ferbas 2020: 16; Wissenschaftlicher Beirat der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft 2021: 52).

In Bezug auf bereits bestehende Cochrane Reviews wurde die aktuelle Literatur in Hinblick auf die fünf Indikationsgebiete Autismus-Spektrum-Störungen, Demenz, Depression, Schlafstörungen und Schizophrenie ausgewertet (Gassner / Mayer-Ferbas 2020: 18). Zehn

angemessene Studien wurden gefunden, um die Erkenntnisse der Cochrane Reviews auf den neuesten Stand zu bringen, zwei davon fielen in den Bereich von Autismus. Einzig der Cochrane Review zu Schizophrenie konnte nicht erweitert werden, da keine neuere Studie mit ausreichender Qualität zur Verfügung stand (Gassner / Mayer-Ferbas 2020: 21, 27).

Die Analyse liefert in allen untersuchten Bereichen positive Ergebnisse. In Hinblick auf Autismus-Spektrum-Störungen zeigt Musiktherapie eine positive Wirkung auf die soziale Interaktion und Adaption, auf sozioemotionale Gegenseitigkeit, verbale Fähigkeiten, sowie auf das Familienleben (Gasser / Mayer-Ferbas 2020: 36-38). Generell ziehen die Autorinnen den folgenden Schluss hinsichtlich der Wirksamkeit von Musiktherapie: „Regarding the current evidence, MT [music therapy] is a safe and low-threshold method leading to improvements in terms of physical, psychological and social aspects [...] and can be seen as a stabilizing form of therapy“ (Gasser / Mayer-Ferbas 2020: 41).

Dieses Ergebnis ist zwar erfreulich, allerdings merken die Autorinnen an, dass es nicht notwendigerweise verlässlich ist. Die Forschungslage ist natürlich nicht auf die zehn Studien beschränkt, die für den Bericht herangezogen wurden, allerdings erfüllen nur diese zehn Studien die strengen Auswahlkriterien. Dabei spielen unter anderem die Vergleichbarkeit der Interventionen sowie die Qualität und Arten der Kontrollgruppen eine Rolle (Gasser / Mayer-Ferbas 2020: 35). „The findings reported in this update of Cochrane reviews need to be interpreted with caution, as no study of real high quality was found, and, therefore, these findings may not be reliable. [...] The MT interventions are described very heterogeneously in the different studies“ (Gasser / Mayer-Ferbas 2020: 39). Die Autorinnen formulieren zum Abschluss nicht nur die Forschungslage für den Bericht, sondern für die Musiktherapie allgemein sehr treffend: „High-quality research on long-term effects of MT as well as long-term follow-up assessments are needed“ (Gasser / Mayer-Ferbas 2020: 41).

Zusammenfassend ist zu sagen, dass es noch nicht genug stabile und reliable Ergebnisse gibt, um darauf eine tatsächliche Evidenzbasierung für Musiktherapie zu stützen. Gerade im Hinblick auf Psychotherapie allgemein gibt es aber auch Kritik am Konzept der Evidenzbasierung, deren Grundgedanke vermeintlich vor dem Hintergrund der Wettbewerbsorientierung der Pharma-Industrie verzerrt wurde. Ursprünglich war die Idee evidenzbasierter Medizin, Ärzt:innen wissenschaftliche Erkenntnisse nach Art der Forschungsmethode und des Forschungssettings und der Reliabilität sortiert zur Verfügung zu stellen, da die Fülle an Publikationen und deren schwankende Qualität als Einzelperson kaum mehr zu bewältigen war und ist. Unter anderem sind dieser Idee auch die Cochrane Reviews entsprungen, die sich als internationale und unabhängige Review-Instanz für medizinische Forschung etabliert haben (Kriz 2023: 34-35).

Neben dem allgegenwärtigen Problem der Finanzierung von Forschung sowie der generellen Tendenz hin zu bestimmten Fragestellungen hat die Orientierung an Evidenzbasierung allerdings vor allem zu einer methodischen Vereinheitlichung geführt: *Randomized controlled trials* sind der absolute Goldstandard geworden (Kriz 2023: 36). Um eine solche Studie durchzuführen sind allerdings klar definierbare Variablen und Faktoren, ein fixes Forschungsdesign und ein Programm oder ein Therapiemanual vonnöten. Wie bereits im Zuge der TIME-A-Studie klar wurde, sind diese Voraussetzungen gerade bei musiktherapeutischer Improvisation nicht immer eindeutig oder sinnvoll erfüllbar (Kriz 2023: 42-43).

Dennoch wird sich auch die musiktherapeutische Forschung an diesem Goldstandard orientieren und mehr Studien im Sinn der Evidenzbasierung vorlegen müssen. Allein schon deswegen, da die Gesundheitspolitik generell sich immer stärker an Evidenzbasierung orientiert und finanzielle Mittel dementsprechend zur Verfügung stellt. Dafür sind mehrere Studien mit vergleichbaren Settings, Ansätzen, Methoden und von beträchtlichen Größen notwendig. Neben Therapiemanualen und standardisierten Prozessen wäre aber auch eine Anpassung der Zielsetzungen wünschenswert, sodass die gemessenen Veränderungen sich nicht an der Schwere der Symptomatik und der Ausprägung von Autismus als Krankheit orientiert, sondern an den Fähigkeiten, den Beziehungen und der Lebensqualität der in die Untersuchung eingeschlossenen Betroffenen (Bergmann 2018: 7-8; Freitag et al. 2017: 39; Geretsegger / Bergmann 2017: 11-12; Tüpker 2017: 312-313).

3.3. Musiktherapeutische Bewertungsskalen und Diagnoseinstrumente

Musiktherapie gilt in erster Linie als Art der Behandlung, als eine Reihe an Interventionen, die im Fall einer Indikation eingesetzt werden können. Allerdings kann das musiktherapeutische Setting nicht nur für die Behandlung selbst genutzt werden, sondern auch, um Verhaltensbeobachtung im Rahmen der Diagnostik oder der therapeutischen Einschätzung durchzuführen. Gerade wegen der Möglichkeit zur nonverbalen Kommunikation kann Musik als Medium und damit ein musiktherapeutischer Ansatz als Grundlage für Bewertungsskalen und Diagnoseinstrumente herangezogen werden. Außerdem können weitere Symptombereiche, die spezifisch Autismus betreffen, mittels gemeinsamen Musizierens, Singens oder Tanzens beobachtet und evaluiert werden, wie beispielsweise die geteilte Aufmerksamkeit oder Reziprozität (Bergmann et al. 2016: 322).

Bewertungsskalen dienen vor allem der Planung und Evaluierung des therapeutischen Prozesses oder einzelner Aspekte davon. Schon Nordoff und Robbins entwickelten in den 60er-Jahren Skalen, um die Beziehung zwischen autistischen Kindern und dem oder der Therapeut:in

sowie ihre musikalische Kommunikation und Responsivität zu bewerten. Auf Basis dessen entwickelte John Carpeno ein Verfahren, um den musikalisch-emotionalen Ausdruck, die Kognition sowie Wahrnehmung und Regulation von autistischen Kindern einzuschätzen (Bergmann et al. 2016: 322; Bergmann / Geretsegger 2017: 134-135). Auch Karin Schumacher entwickelte eine Bewertungsskala für ein musiktherapeutisches Setting, das in Kapitel 4.2. näher erläutert wird.

Beim Einsatz des musiktherapeutischen Settings zur Diagnose wird generell überprüft, ob eine Autismus-Spektrum-Störung vorliegt und in welchem Maß sie ausgeprägt ist. Beispielsweise entwickelte Tony Wigram ein musiktherapeutisches Diagnosetool, einerseits um eine mögliche Autismus-Diagnose stellen zu können, andererseits um auch die Indikation von Musiktherapie zu prüfen. Amelia Oldfield entwickelte ihr Diagnosetool in Anlehnung an das bereits in Kapitel 2.2.3. vorgestellte Tool ADOS, um den Pool der möglichen Diagnostikinstrumente zu erweitern und so beispielsweise die Diagnosestellung in komplexen und nicht eindeutigen Fällen zu erleichtern. Zusätzlich gibt es auch Diagnosetools, um bestimmte Differenzialdiagnosen abgrenzen oder ausschließen zu können. Beispielsweise kann die Musikbasierte Skala zur Autismus Diagnostik (MUSAD; Bergmann et al. 2016) herangezogen werden, um abzuklären, ob eine Autismus-Spektrum-Störung bei Erwachsenen mit Intelligenzminderung vorliegt (Bergmann et al. 2016: 323; Bergmann 2018: 142-143; Bergmann / Geretsegger 2017: 136-138).

Die Schwierigkeit bei der Entwicklung spezifisch musiktherapeutischer Bewertungsskalen und vor allem Diagnosetools liegt darin, dass sie nicht notwendigerweise auf einen anderen Diagnose- oder Therapiekontext anwendbar sind. Andersherum kann es für die musiktherapeutische Praxis schwierig sein, sich an Tools zu orientieren, die nicht direkt auf einen musiktherapeutischen Kontext ausgelegt sind. Wie es beispielsweise in der TIME-A-Studie getan wurde, werden weitreichend eingesetzte Tools wie ADOS auch in der Forschung eingesetzt, um vergleichbare und verständliche Ergebnisse zu erhalten. So wird unter anderem Kommunikation zwischen verschiedenen Bereichen und Expert:innen ermöglicht. Allerdings kann es ein Problem sein, wenn diese Tools Veränderungen nicht auf einer Ebene erheben, auf der Musiktherapie zu wirken scheint. Daher ist es einerseits wichtig, dass Musiktherapeut:innen sich mit den vorhandenen und populären Tools auskennen, andererseits braucht es aber auch verlässliche und angemessene Tools, die spezifisch für den musiktherapeutischen Umgang mit Autismus entwickelt werden (West / Silverman 2021: 145-146). Wie es beispielsweise bei den Diagnosetools von Oldfield und Bergmann et al. der Fall ist, die sich an ADOS orientieren, macht es also durchaus Sinn, musiktherapeutische Diagnosetools in Anlehnung an etablierte

und weit verbreitete Tools zu entwickeln. Nicht nur kann so einfacher eine gemeinsame Kommunikationsbasis mit Therapeut:innen anderer Ansätze hergestellt werden, so kann darüberhinaus das musiktherapeutische Setting als ergänzende Methode verwendet werden um zusätzliche Informationen zu liefern oder Aspekte zugänglich machen, die mittels der herkömmlichen Tools nur schwierig greifbar sind (von Moreau 2020: 59).

4. Karin Schumachers Therapiekonzept

Karin Schumacher baut ihren Therapieansatz rund um Improvisation als Medium für die zwischenmenschliche Beziehung auf. Ihre Therapie dauert im Durchschnitt zwei bis sechs Jahre, um Kinder aus der von ihr so gesehene Kontaktstörung zu holen und ihnen zu helfen, nicht durchlaufene Entwicklungsschritte nachzuholen (Oberegelsbacher 2020: 148). Neben der Improvisation gibt es aber noch weitere essentielle Elemente ihres Ansatzes. Dabei spielen die therapeutische Beziehung, relevante Momente wie Synchronizität, sowie das entwicklungspsychologische Theoriegerüst wichtige Rollen. Im folgenden Kapitel wird das Element der Improvisation in der Musiktherapie behandelt, das nicht nur bei Schumacher Anwendung findet, sondern in vielen verschiedenen Ansätzen als zentrales Mittel für Interventionen benutzt wird. Weiters werden in den darauffolgenden Kapiteln die Grundlagen des entwicklungspsychologischen Ansatzes sowie das von Schumacher entwickelte Instrument zur Einschätzung der Beziehungsqualität näher beleuchtet, bevor Synchronizität als relevantes Moment der Musiktherapie herausgearbeitet wird. Zunächst werden aber die grundsätzlichen Anforderungen erläutert, die Schumacher an Therapeut:innen und damit auch an sich selbst stellt und die ein Fundament für die musiktherapeutische Arbeit bilden.

Insgesamt postuliert Schumacher fünf Voraussetzungen für die therapeutische Arbeit. Zuerst gilt es, „den ‚So-Zustand‘ des Kindes mit seinen autistischen Verhaltensweisen [zu] akzeptieren und die Fähigkeiten des Kindes [zu] erfassen“ (Schumacher 1994: 8). Der wenn auch so verständliche Ärger oder die Hoffnungslosigkeit über die Verweigerung des autistischen Kindes, in Beziehung zu treten, darf nicht die Haltung oder die Handlungen der Therapeut:innen bestimmen. „[A]ll die Symptome und Verhaltensweisen des Kindes [zeigen] [...] den im Sinne der Krankheit einzig logischen Ausweg, [...] den das Kind gehen muss“ (Schumacher 1994: 9). Mit dieser Einstellung scheint es einfacher und machbarer, das Kind und sein Verhalten zu akzeptieren und Wege zu finden, es genau dort, wo es gerade ist, anzutreffen und abzuholen (Schumacher 1994: 8-9).

Therapeut:innen sollen außerdem „mit einer ‚positiven Hypothese‘, d. h. einer kontakt-erwartenden Haltung an das Kind herantreten“ (Schumacher 1994: 8). Dabei wird davon

ausgegangen, dass das Kind in jedem Fall kommuniziert, auch wenn es Normen oder Erwartungen nicht entspricht. Mit einer kontakterwartenden Haltung erleichtert man es dem Kind, auch tatsächlich zu kommunizieren, allerdings sollte sie nicht in eine Forderung kippen (Schumacher 1994: 9-10). In weiterer Folge sollen Therapeut:innen „mit geschärfter Wahrnehmungs- und besonderer Resonanzbereitschaft die gegenseitige Ansprechbarkeit entdecken“ (Schumacher 1994: 8). Auch das fördert die Kontaktaufnahme und in weiterer Folge die sich entwickelnde Beziehung, besonders dann, wenn Therapeut:innen gezielt und stimmig auf visuelle, akustische oder auch taktile Reize und Äußerungen des Kindes reagieren (Schumacher 1994: 10). Außerdem hilft eine gute Wahrnehmungsfähigkeit ebenfalls dabei, „auf die Nähe-Distanz-Bedürfnisse des Kindes [zu] achten und diese mit der Hilfe bestimmter Techniken zu respektieren“ (Schumacher 1994: 8). Autistische Kinder brauchen emotionale wie auch körperliche Nähe, um sich ihrer selbst und ihrer Handlungen bewusst zu werden. Gleichzeitig ist dieses Bewusstsein etwas, wovor sie oft zurückschrecken und Distanz davon benötigen, die ihnen auch gewährt werden muss, damit sie sich nicht weiter zurückziehen und nachfolgende Kontaktangebote verweigern (Schumacher 1994: 11-12).

Letztlich soll es in der Therapie darum gehen, „mit musikalischen Fertigkeiten eine Spielform vom Kind ausgehend [zu] entwickeln“ (Schumacher 1994: 8). Sie soll dem Kind helfen, zu lernen, sich selbst auszudrücken. Therapeut:innen müssen daher absolut sicher im Spiel jeglicher Instrumente sein, die sie auch ihren Klient:innen anbieten, um sich ganz auf sie und ihre Bedürfnisse konzentrieren zu können und in der Lage zu sein, Stimmungen, Handlungen und Kontaktangebote musikalisch oder mit Bewegungen zu untermalen (Schumacher 1994: 12-13; Schumacher / Calvet 2007b: 32). Inwiefern Improvisation im therapeutischen Kontext verwendet wird und wie gemeinsam eine Spielform entwickelt werden kann, wird im folgenden Kapitel erläutert.

4.1. Musiktherapeutische Improvisation

„Improvisational music therapy (MT) is a client-led clinical intervention that uses the potential for social interaction and communication occurring through a collaborative process of music-making between the client and the therapist“ (Carpente et al. 2022: 44). Die Idee der Improvisation in der Musiktherapie ist, dass Klient:in und Therapeut:in gemeinsam und ohne von vorneherein festgelegten Plan musizieren. Es handelt sich dabei weder um Musik, die sich an einer bestimmten Ästhetik, einem Genre oder einem musikalischen Resultat orientiert, noch um eine Art der Musikvermittlung. Stattdessen geht es um die aktive Beteiligung und Gestaltung vonseiten der betroffenen Person, sei es in Form von Gesang oder Vokalisierungen, Spielen von

Instrumenten, oder Bewegung und Tanz, die ihre Stimmung, ihre Wahrnehmung der Umgebung, ihre Gefühlslage oder dergleichen ausdrückt. Therapeut:innen folgen dabei in erster Linie ihren Klient:innen, reagieren auf deren musikalischen Ausdruck, und können so mit ihnen in Kontakt treten, beispielsweise um zu kommunizieren und eine Beziehung aufzubauen, oder um ihnen zu helfen, sich selbst besser wahrzunehmen. Es gibt trotz der freien Improvisation die Möglichkeit, einer Struktur zu folgen, gerade wenn Klient:innen einen gestalterischen Rahmen und Ordnung brauchen, um sich sicher zu fühlen. Das kann Bekanntes aus Liedern oder Musikstücken, aber auch spezielle Themen oder die Erstellung von Spielregeln umfassen (Carpente et al. 2022: 55; Geretsegger et al. 2015: 260; Körber 2013: 87-88; Plahl / Koch-Temming 2005: 174-176; Timmermann 2020a: 67; Timmermann 2020b: 36; Weymann 2021: 253).

Improvisation gilt als ein hilfreiches Mittel für die Förderung sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und den emotionalen Ausdruck, gerade weil sie ein Wechselspiel an Hören und Gehört-werden, Agieren und Reagieren impliziert. Darüber hinaus kann sie auch für die Verbesserung der Selbstwahrnehmung, der Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit wirksam sein. Es handelt sich dabei um eine komplexe Anforderung an autistische Menschen, in der ihre Sinneswahrnehmung, Gefühlslage, Kognition und Koordination ineinandergreifen und zusammenspielen und so ein System für intrapsychische Prozesse und deren Ausdruck nach außen bilden. Aufgrund der Flexibilität und freien Gestaltungsmöglichkeit kann Improvisation gerade im Fall von Autismus gut funktionieren, da melodische, harmonische oder rhythmische Elemente beliebig oft wiederholt werden können, um der betroffenen Person Sicherheit und Struktur zu geben, gleichzeitig können die Wiederholungen jederzeit durchbrochen oder aufgelockert werden, sollten sie in unerwünschte Stereotypen übergehen (Carpente et al. 2022: 45; Geretsegger et al. 2015: 260-261; Körber 2013: 87-88; Mössler et al. 2019: 2796; Timmermann 2020b: 36; Weymann 2021: 254).

Das Instrumentarium für die musiktherapeutische Improvisation kann umfangreich sein und Klient:innen eine Vielzahl an Auswahlmöglichkeiten bieten. Neben gängigen Instrumenten wie dem Klavier oder einer Gitarre, auf denen Therapeut:innen beispielsweise konventionelle Lieder spielen können, finden sich in der Regel elementare Instrumente oder solche, die dem Orffschen Instrumentarium entnommen sind. Die Orffschen Musikinstrumente entstammen dem Orff-Schulwerk des Musikpädagogen Carl Orff. Das Attribut elementar bezieht sich hier nicht auf eine scheinbare Wertlosigkeit im Vergleich zu anderen Instrumenten, sondern auf die ungehinderte Spielbarkeit dieser Instrumente auch für solche Menschen, die keinerlei musikalische Vorkenntnisse mitbringen. Weiters macht sie vor allem die Eigenschaft aus, dass die Klangerzeugung gut beobachtbar und nachvollziehbar ist. Außerdem werden oft auch

Instrumente nicht-europäischer Kulturkreise verwendet, zum Beispiel Gongs, sowie auch Instrumente, die speziell in musiktherapeutischen Kontexten Bedeutung erlangt haben, wie beispielsweise das Monochord. Neben der Spielbarkeit und dem Klang der Instrumente können auch ihr Aussehen, die Bauweise und die Materialien für Klient:innen relevant sein (Carpente et al. 2022: 55; Decker-Voigt 2020: 49-50; Körber 2013: 86; Schumacher 1994: 12; Schumacher / Calvet 2007b: 31-32).

Obwohl es eine Vielzahl an Studien zu musiktherapeutischer Improvisation und ihrer Effektivität gibt, gibt es so gut wie keine Studien, die sich mit einzelnen Methoden oder speziellen Interventionen der Improvisation selbst auseinandersetzen. Es ist daher nicht klar, welche der Elemente tatsächlich Verbesserung bringen, und schon gar nicht in welchen Anwendungsfällen. Diese Tatsache macht es noch schwieriger, musiktherapeutische Improvisation beispielsweise für Forschungszwecke oder für einheitliche Ausbildungen zu manualisieren (Carpente et al. 2022: 45). Eine erste Taxonomie der einzelnen Methoden, die im Zuge der Improvisation Anwendung finden, wurde 1987 vom Musiktherapeuten Kenneth Bruscia publiziert. In der Monografie *Improvisational Models of Music Therapy* (1987) vergleicht er nicht nur verschiedene musiktherapeutische Ansätze, sondern listet im Anschluss insgesamt 64 *clinical techniques* auf mit jeweils einer kurzen Beschreibung. Folgend werden exemplarisch einige dieser Einträge genannt:

Imitating: echoing or reproducing a client's response, after the response has been completed.

Synchronizing: doing what the client is doing at the same time.

Incorporating: using a musical motif or behavior of the client as a theme for one's own improvising or composing, and elaborating it.

Pacing: Matching the client's energy level (i.e., intensity and speed). [...]

Modelling: presenting or demonstrating something for the client to imitate or emulate.

Making Spaces: leaving spaces within the structure of one's own improvisation for the client to interject. [...]

Shaping: helping the client define the length of a phrase and give it an expressive shape. [...]

Bonding: developing a short piece or song based on the client's responses and using it as a theme for the relationship. [...]

Intervening: interrupting, de-stabilizing, or redirecting fixations, perseverations, or stereotypes of the client. [...]

Symbolizing: having the client use something musical (e.g., instrument, motif) to stand for or represent something else (e.g., event or person). [...]

Holding: as the client improvises, the therapist provides a musical background that resonates the client's feelings while containing them (Bruscia 1987: 535-536).

Neben den Definitionen der einzelnen Methoden spezifiziert Bruscia auch ihre einzelnen Anwendungsbereiche sowie ihre Ziele. Es bleibt aber dennoch offen, ob Musiktherapeut:innen alle dieselben Begrifflichkeiten verwenden und die einzelnen Interventionen gleich oder zumindest ähnlich klassifizieren. Außerdem fehlt die Forschungsbasis zu diesen Interventionen, einerseits zur Wirksamkeit der einzelnen Methoden, andererseits zur Wirksamkeit bestimmter Zusammenstellungen, sowie auch zur Effektivität in verschiedenen Anwendungsbereichen, wie

beispielsweis bei autistischen Personen mit oder ohne Intelligenzminderung. Manche dieser Methoden, beispielsweise Imitation, finden auch außerhalb musiktherapeutischer Ansätze Anwendung (Carpente et al 2022: 46-47).

Neben den einzelnen musikalischen Methoden spielen auch andere Techniken in der musiktherapeutischen Improvisation eine Rolle. Dabei geht es um die therapeutische Beziehung und deren musikalische Ausgestaltungen. Die Annahme, dass der therapeutischen Beziehung zentrale Bedeutung zukommt, scheint generell Akzeptanz zu finden, allerdings ist auch dazu die Forschungslage im Kontext der Musiktherapie nicht sonderlich ausgeprägt. Zentral sind laut Geretsegger et al. (2015) vor allem ein passendes musikalisches und emotionales *attunement* zwischen Therapeut:in und Klient:in, das die gemeinsame Wahrnehmung und die soziale Interaktion und Reziprozität fördert; das Aufrechterhalten und die musikalische Basis für den Interaktionsfluss, indem jedes Signal des Kindes als Kommunikationsangebot aufgefasst wird; die Verarbeitung und Wiederholung des musikalischen Materials der gemeinsamen Improvisationen, um ein stabiles und sicheres System zu schaffen, das in weiterer Folge auch kontrollierte Flexibilität zulässt; die Orientierung an der musikalischen Aktivität des Kindes, um auf die Veränderungen in seinem Verhalten, seiner Gefühlslage, seinen Interessen und seinem Fokus reagieren zu können; sowie die Freude am Musizieren, da eine positive Stimmungslage und gemeinsame Freude in der Regel soziale Interaktion fördern (Geretsegger et al. 2015: 270-275).

In Schumachers Ansatz muss die Improvisation und die Schaffung der Beziehung immer vom Kind ausgehend entstehen und entwickelt werden, da es aufgrund der fehlenden Imitations- und Anpassungsfähigkeit nicht die Möglichkeit hat, Angebote von außen sinnvoll zu verarbeiten und anzunehmen (Schumacher 1994: 2).

4.2. Entwicklungspsychologischer Ansatz

Für Schumacher ist die Ätiologie von Autismus nicht in einzelne Kategorien von Ursachen aufgegliedert:

Fest steht, daß es sich um eine sehr frühe, vielleicht sogar pränatale Störung handelt, die dem Kind zu einer Zeit widerfahren ist, in der Soma und Psyche so wenig voneinander differenziert waren, daß eine einseitige somatische oder psychogene ätiologische Betrachtungsweise gar nicht möglich ist (Schumacher 1994: 2).

Die Wahl ihres entwicklungspsychologischen Ansatzes ist daher pragmatischer Natur:

Solange es keine Gewißheit über den Ursprung der autistischen Störung gibt, sehe ich als Therapeutin das theoretische Erklärungsmodell für das beste an, das mir die Motivation erhält, mit einem Kind über Jahre zu arbeiten. [...] Einem so früh und schwer gestörten Kind kann nur durch kontinuierliche Beziehungen geholfen werden. [...] Da es sich beim frühkindlichen Autismus um eine sehr frühe Störung handelt, lassen sich die Sinnesentwicklung und die emotionale Entwicklung in keiner Weise voneinander trennen (Schumacher 1994: 5).

Da der Ursprung der Krankheit schon in so einem frühen Entwicklungsstadium eines Kindes liegt, ist bereits die pränatale Sinnesentwicklung für die Therapie relevant. Um einem autistischen Kind das Durchlaufen seiner Entwicklung zu ermöglichen, sollten mögliche Anknüpfungspunkte zur pränatalen Sinnesentwicklung gefunden und darauf aufgebaut werden (Schumacher 1994: 19).

Die Sinnesorgane entwickeln sich bereits in der Gebärmutter in einer bestimmten Reihenfolge, beginnend mit dem Tastsinn, speziell um die Mundregion. So könnte beispielsweise eine oft beobachtete Vorliebe autistischer Kinder zu Wasser sowie zur Erkundung von Gegenständen mit ihrem Mund erklärt werden. Auch die kinästhetische und propriozeptive Wahrnehmung, die für kognitive Fähigkeiten zentral sind, sowie das Gleichgewichtsorgan, das für die räumliche Orientierung von Bedeutung ist, entwickeln sich bereits früh in der Schwangerschaft (Schumacher 1994: 19-21). Der Hörsinn reift bereits während der Schwangerschaft vollständig aus und in späten Phasen können Reaktionen auf Gehörtes von außen beobachtet werden. Was der Fötus bereits früh gespürt hat, kann er im Lauf der Zeit auch hören: den Puls der Mutter, der gemeinsam mit ihrem wiegenden Gang einen ersten Rhythmus darstellt. Zuletzt wird der Sehsinn intrauterin ausgebildet (Schumacher 1994: 22-23). Sofern nicht eine organische Störung des Hörsinns vorliegt, beruht die Fähigkeit jedes Menschen, „Musik zu hören, zu empfinden und zu produzieren [...] auf [diesen] pränatalen Erfahrungen“ (Schumacher 1994: 149).

Postnatal ist es schließlich relevant, wie und vor allem wann die Sinne miteinander koordiniert werden. Eine erste Koordination der Sinne wird erst ab etwa einem Lebensmonat erkennbar, wenn Hören und Sehen abgestimmt werden, sodass das Kind den Blick auf etwas richtet, das es gehört hat. Für die Therapie ist es in weiterer Folge relevant, welche der Sinne nicht genügend Stimulation und daher Entwicklung und Reifung erfahren haben und in das gesamte Sinnsystem integriert wurden (Schumacher 1994: 23-25). „Für die Beziehungsfähigkeit des Kindes ist die *Integration der Wahrnehmungsbereiche* entscheidend“ (Schumacher 1994: 25, Hervorhebung im Original). Es geht also nicht nur um das Angebot von verschiedenen Reizen oder Begegnungen, sondern das Kind muss lernen, aktiv die jeweiligen Reize zu verarbeiten und sinnvoll auf sie zu reagieren (Schumacher 1994: 25).

Nach der Geburt verfügen Eltern in der Regel über ein großes Maß an Resonanzfähigkeit, was ihnen erlaubt, sich auf das Kind einzustimmen und mit ihm in Kontakt zu treten, vor allem über Blickkontakt und Imitation der Mimik, Gestik und Vokalisierung. „Die *Resonanzfähigkeit* [...] macht erst eine gegenseitige Ansprechbarkeit möglich“ (Schumacher 1994: 26-27, Hervorhebung im Original). Wenn ein Kind autistische Symptome zeigt, macht es das den Bezugspersonen ungleich schwerer, sich einzustimmen und in Kontakt zu treten und somit die

Entwicklung und Integration der Sinne und Fähigkeiten zu fördern. „Die gegenseitige Ansprechbarkeit kann nicht entdeckt werden“ (Schumacher 1994: 27). Das Kind wird aufgrund des fehlenden Kontakts nicht belohnt und entwickelt keine Motivation, den Kontakt zu suchen. Bezugspersonen wiederum ziehen sich ebenfalls zurück, da ihre Kontaktangebote abgelehnt werden. So kann das Kind einige Entwicklungsschritte nicht durchlaufen. Für Schumacher hat das Abholen des Kindes am jeweiligen Entwicklungsstand zentrale Bedeutung, denn nur dann kann es Reize sinnvoll wahrnehmen und verarbeiten, in Kontakt mit seiner Umwelt treten und Beziehungen zu anderen Menschen aufbauen (Schumacher 1994: 27-28).

Diese Beeinträchtigungen der Beziehung können sich in verschiedenen Entwicklungsstadien manifestieren. Schumachers Ansatz basiert dabei auf dem Konzept der Selbstentwicklung des Säuglingsforschers und Psychoanalytikers Daniel Stern. Gerade die Entwicklung des Selbst in der vorsprachlichen Zeit und die Symptome, die autistische Kinder an den Tag legen, weisen für Schumacher auf eine Störung der Selbstempfindung hin und leiten so das Therapiekonzept hin zu Interventionen, die die Selbstempfindung in ihren verschiedenen Phasen fördern. Außerdem soll auch die eigene Selbstempfindung der Therapeut:innen eine Rolle spielen, da jede Person anders ist und sich anders verhält und davon in der Therapie viel abhängt (Schumacher 2000: 15-16).

Die Empfindung im von Stern geprägten Begriff Selbstempfindung, im Original *sense of self* genannt, definiert er als „simple (non-self-reflexive) awareness [...] at the level of direct experience, not concept“ (Stern 1985: 7). Das Selbst, der Teil *of self* des Begriffs, wird definiert als „the organizing objective experience of whatever it is that will later be verbally referenced as the ‚self‘“ (Stern 1985: 7). Der Begriff Entwicklung meint in diesem theoretischen Gerüst „the progressive reorganizations in terms of larger organizing principles of development, or mental life“ (Stern 1985: 18). So wie das Kind also lernt, neue Fähigkeiten erlangt und neue Erfahrungen macht, werden diese in der Struktur des Selbst geordnet, was wiederum neue Ansichten und Wahrnehmungsweisen des eigenen Handelns und der eigenen Existenz sowie anderer Menschen schafft (Stern 1985: 26). Sterns theoretischem Konzept zufolge entwickeln sich drei Selbstempfindungen während der vorsprachlichen Zeit des Säuglings, also von der Geburt bis zum 15. Lebensmonat. Anders als in anderen psychoanalytischen Schemata lösen die Selbstempfindungen einander nicht ab, es handelt sich also nicht um Phasen, die der Säugling durchlebt und die beendet werden, sobald er zur nächsten kommt. Stattdessen bleibt jede Selbstempfindung erhalten und aktiv, auch wenn alle anderen ebenfalls bereits entwickelt wurden. Im Verlauf des Lebens werden sie immer weiter verfeinert (Stern 1985: 31-32). In der Originalversion postuliert Stern, die einzelnen Selbstempfindungen träten erst zutage, wenn die

vorhergehende, darunterliegende Selbstempfindung bereits entwickelt wurde. In der überarbeiteten Ausgabe merkt er allerdings an, dass es wahrscheinlicher ist, dass alle drei Empfindungen zugleich auftreten und von Anfang an zueinander in dynamischer Wechselwirkung stehen. Vielmehr sollten die einzelnen wie folgt dargestellten Empfindungen als Subkategorien der nonverbalen Selbstempfindung angesehen werden anstelle von nacheinander auftretenden Phänomenen (Stern 1985: 31-32; Stern 2010: IV-V).

4.2.1. Das auftauchende Selbst

Am Anfang steht laut Stern das auftauchende Selbst, eine Wahrnehmungs- und Organisationsstruktur der Umwelt und des eigenen Seins, die sich langsam und unscheinbar zu entwickeln beginnt. „*A sense of an emergent self is in the process of coming into being*“ (Stern 1985: 28, Hervorhebung im Original). Bis zum Alter von etwa zwei Monaten spricht Stern von einer präsozialen und präkognitiven Phase (Stern 1985: 37-38). In dieser Phase ist die Struktur des Selbst erst im Entstehen, was für den Säugling eine eigene Erfahrung darstellt. Zu dieser Zeit nimmt er nicht nur das Endprodukt der Entwicklung, sondern die Entwicklung der Organisationsstruktur selbst wahr und lernt so, Beziehungen zwischen seinen Wahrnehmungen und Eindrücke, beispielsweise seines eigenen Körpers, herzustellen und Regelmäßigkeiten zu erkennen (Stern 1985: 45-47). Diese Wahrnehmungen scheinen amodal zu sein, also nicht einem einzigen Wahrnehmungskanal zugeschrieben zu werden. Die wahrgenommene Information könnte als supramodale Form in die entstehende Organisationsstruktur eingebettet werden und dadurch über jeglichen Wahrnehmungskanal wiedererkannt werden (Stern 1985: 51). Beispiele für diese amodale Wahrnehmung sind, dass Säuglinge von zwei verschieden geformten Schnullern denjenigen länger ansehen, an dem sie zuvor, ohne ihn gesehen zu haben, genuckelt haben. Säuglinge können demzufolge von Berührung auf visuelle Form schließen (Stern 1985: 47-48). In anderen Experimenten wurde unter anderem gezeigt, dass Säuglinge eine Korrespondenz zwischen Helligkeit und Lautstärke wahrnehmen, oder dass sie erkennen, welcher Mund und welches Gesicht von mehreren dargebotenen Bildern die gesprochenen Silben produziert, die sie hören (Stern 1985: 48-50).

Infants appear to experience a world of perceptual unity, in which they can perceive amodal qualities in any modality from any form of human expressive behavior, represent these qualities abstractly, and then transpose them to other modalities. [...] These abstract representations that the infant experiences are not sights and sounds and touches and nameable objects, but rather shapes, intensities, and temporal patterns—the more ‘global’ qualities of experience (Stern 1985: 51).

Neben der amodalen Wahrnehmung sind für Stern während der ersten zwei Lebensmonate auch Vitalitätsaffekte von Relevanz, ein Versuch der Beschreibung der Qualität von Wahrnehmung bei der Interaktion mit anderen Menschen. Vitalitätsaffekte beziehen sich nicht auf

verschiedene Wahrnehmungskanäle oder diskrete Affektkategorien wie fröhlich, traurig, ängstlich oder wütend. Stattdessen eignen sich dynamische oder kinetische Bezeichnungen besser, wie beispielsweise „surging“, „fading away“, „fleeting“, „explosive“, „crescendo“, „decrescendo“, „bursting“, „drawn out“ (Stern 1985: 54). Vitalitätsaffekte können vor allem mit musikalischen Termini beschrieben werden. Allerdings gehen sie über die musikalische Domäne hinaus. „It is because of the vitality affects that music has such an impact on us“ (Dimitriadis / Smeijsters 2011: 112).

Diese „Formen des Fühlens“ begleiten den Säugling während all den Prozessen seines Lebens, bei denen sich seine Aufmerksamkeit, seine Motivation oder körperliche Prozesse wie das Hungergefühl verändern. „The different forms of feeling elicited by these vital processes impinge on the organism most of the time. We are never without their presence, whether or not we are conscious of them, while ‚regular‘ affects come and go“ (Stern 1965: 54). Vitalitätsaffekte rühren aber nicht nur von den eigenen Prozessen des Säuglings her, sondern sie sind auch immer in der Art des Verhältnisses zu anderen Personen präsent, beispielsweise in der Art der Bewegung wenn das Kind aufgehoben, liebkost oder gewaschen wird, oder wie sich Personen in seinem direkten Umfeld verhalten (Stern 1985: 54). Vitalitätsaffekte können mit kategorischen Affekten wie Wut, Fröhlichkeit oder Traurigkeit einhergehen, beispielsweise in einer Art Gefühlsrausch, sie sind aber auch in allen anderen Verhaltensweisen und Erfahrungen präsent. Sie beschreiben die Art, eine Form oder eine Kontur des Fühlens, nicht das Gefühlte oder seinen Inhalt selbst (Stern 1985: 56).

Various activation contours or vitality affects can be experienced not only during the performance of a categorical signal, such as an „explosive“ smile, but also in a behavior that has no inherent categorical affect signal value; for example, one can see someone get out of a chair „explosively.“ [...] The person could have gotten out of the chair with no specific category of affect but with a burst of determination (Stern 1985: 56).

Es ist anzunehmen, dass auch Vitalitätsaffekte in amodaler Form abstrahiert werden können, sodass verschiedene Verhaltensweisen oder Erfahrungen aufgrund desselben Vitalitätsaffekts in der Organisationsstruktur des Säuglings miteinander verbunden werden. So kann ein beruhigendes Sprachmuster einer Bezugsperson, am Anfang lauter und betonter und am Ende des Worts oder der Phrase abklingend, dieselbe Form haben wie streichende Berührungen am Rücken, die zuerst fester sind und dann immer leichter werden. So könnte das Kind die zwei sensorisch sehr unterschiedlichen Wahrnehmungen aufgrund desselben Vitalitätsaffekts miteinander verknüpfen, was in weiterer Folge dazu führen könnte, dass es Hand und Stimme nicht als zwei separate Entitäten wahrnimmt, sondern beide zu einem Ganzen, der einen spezifischen Bezugsperson, zusammenfügt. Amodale Wahrnehmung und Vitalitätsaffekte könnten also auch

ein möglicher Erklärungsansatz dafür sein, wie ein Säugling neben dem auftauchenden Selbst auch ein auftauchendes Anderes wahrnehmen kann (Stern 1985: 57-59).

4.2.2. Das Kernselbst

Ab etwa zwei Monaten beginnt das Verhältnis vom Säugling zu seiner sozialen Umwelt sich bemerkbar zu verändern. Dies schlägt sich in der Regel in viel mehr Blickkontakt, sozialen Lächeln und anderen sozialen Verhaltensweisen nieder, sowie in veränderten Aufmerksamkeits- und Bewegungsmustern (Stern 1985: 37). Das Kind scheint mehr integriert zu sein und eine Art Verständnis dafür zu haben, dass es selbst eine kohärente Entität ist und dass andere Menschen genauso kohärente Entitäten sind. Es hat die Fähigkeit entwickelt, seine Aktivität, Affekte und Kognition für einen längeren Zeitraum auf eine andere Person und die Beziehung zu ihr zu lenken (Stern 1985: 69). Stern bezeichnet diesen Abschnitt als die Empfindung des Kernselbst, die sich bis etwa zum siebten Lebensmonat etabliert. Dieses Kernselbst besteht aus vier zentralen Elementen der Selbstwahrnehmung und agiert in der Regel außerhalb des eigenen Bewusstseins. Die Elemente sind Urheberschaft, also die Kontrolle über eigene Handlungen und die Erwartung von Konsequenzen dieser Handlungen, Selbst-Kohärenz, die Wahrnehmung der eigenen Gesamtheit mit Abgrenzungen nach außen, Selbst-Affektivität, die Wahrnehmung innerer Affekte die mit anderen Prozessen der Selbstwahrnehmung einhergehen, und Selbst-Kontinuität, die Wahrnehmung der eigenen Geschichtlichkeit im Sinne der Herstellung eines Bezugs von zuvor Erlebtem auf den gegenwärtigen Moment und der Stabilität der eigenen Gesamtheit trotz Veränderungen. Diese integrierten vier Elemente ergeben die subjektive soziale Perspektive des Kindes und sind über den Verlauf des Lebens hinweg unveränderlich (Stern 1985: 70-72; Stern 2010: XII).

Um diese Empfindung des Kernselbst zu entwickeln, brauchen Säuglinge viele soziale Interaktionen. Um die vier unveränderlichen Größen dieser Empfindung zu finden und in ihre Organisationsstruktur und soziale Perspektive zu integrieren, bietet es sich an, Unveränderliches in sozialen Situationen filtern zu lernen. Vor allem Verhalten wie *baby talk* und *baby faces*, das Bezugspersonen bei Säuglingen oft an den Tag legen, sowie auch Körperspiele oder die Beruhigung eines schreienden oder weinenden Kindes können dabei helfen. Alle diese Verhaltensmuster sind von Wiederholungen geprägt; Worte, Sprachmelodien, Gesichtsausdrücke, Berührungen und Bewegungsmuster werden immer wieder wiederholt und mit veränderlichen Elementen ausgeschmückt. Auf diese Weise gewöhnt sich das Kind nicht an den Stimulus und wendet seine Aufmerksamkeit nicht aufgrund von Eintönigkeit ab. Gleichzeitig sind die

Abläufe aufgrund der unveränderlichen Elemente so ähnlich, dass der Säugling so die Situationen und Prozesse sozialen Verhaltens lernen und verinnerlichen kann (Stern 1985: 72-76).

A format in which each successive variation is both familiar [...] and novel [...] is ideally suited to teach infants to identify interpersonal invariants. They get to see a complex behavior and observe which parts of it, so to speak, can be deleted and which parts must remain for it to be the same (Stern 1985: 74).

Auf die gleiche Weise lernen Säuglinge, Unveränderliches in ihrem eigenen Selbst wahrzunehmen und ihre Organisationsstruktur danach auszurichten. Für das Element der Urheberschaft ist vor allem der eigene Wille, Handlungen auszuführen, maßgeblich. Selbst, wenn die Intention, Körperteile wie Arme oder Augen zu bewegen, uns nicht aktiv bewusst ist, ist die Empfindung des Willens doch immer gegeben, sodass wir unsere Handlungen uns selbst zuschreiben und sie auch dementsprechend steuern und koordinieren. Ein Experiment mit vier Monate alten, im Bereich der Hüfte verbundenen siamesischen Zwillingen, die nicht nur an den eigenen Fingern, sondern auch an denen des jeweils anderen Zwillings lutschten, konnte zeigen, dass beiden Kindern in Bezug auf ihre Körperwahrnehmung bewusst war, welche Finger gerade in ihrem Mund waren, und welche Bewegung nötig war, um wieder an den von der Versuchsleitung weggezogenen Fingern nuckeln zu können. Wenn der jeweils eigene Arm des Zwillings weggezogen wurde, war Widerstand im Arm zu spüren, war es aber der Arm des anderen Zwillings, dann hat das Kind den Kopf nach vorne bewegt. Dieses Ergebnis war auch gegeben, wenn beide Kinder gleichzeitig an den Fingern des jeweils anderen Zwillings lutschten (Stern 1985: 76-79). „The results indicated that each twin ‚knew‘ that one’s own mouth sucking a finger and one’s own finger being sucked do not make a coherent self. Two invariants are missing, volition (of the arm), [...] and predictable consequences“ (Stern 1985: 79).

Wille und zu erwartende Konsequenzen gehen Hand in Hand. Jede Handlung hat eine Konsequenz zur Folge: Wenn man die Augen schließt, wird es dunkel. Wenn man den Kopf oder die Augen bewegt, verändert sich das Blickfeld. Wenn man sich also der Urheberschaft der eigenen Handlungen bewusst ist, ist auch mit Konsequenzen dieser Handlungen zu rechnen. Auch propriozeptives Feedback ist dafür relevant. Wenn ein Kind seinen Arm heben will und er sich dann auch wirklich hebt, spürt es die sensorischen Konsequenzen im eigenen Körper und nimmt auch die propriozeptiven Konsequenzen im Raum wahr. Wenn der Arm stattdessen von einer anderen Person hochgehoben wird, fehlt der Wille des Kindes selbst, die Konsequenzen der Handlung spürt es aber trotzdem. So hilft dieser Mechanismus ebenfalls bei der Etablierung der eigenen Organisationsstruktur und bietet viele Lernmöglichkeiten, gerade wenn es sich um soziale Situationen handelt. Denn dann spüren Kinder nicht nur die Konsequenzen der

Handlungen anderer und lernen dadurch, sondern sobald ihre eigene Handlungen andere Personen betreffen, sind die Konsequenzen nicht mehr klar absehbar (Stern 1985: 79-81).

Selbst-Kohärenz kann aufgrund mehrerer Mechanismen als ordnungsgebendes Strukturelement funktionieren. Die bereits erwähnte amodale Wahrnehmung, bei der Stimuli nicht nur über einen Wahrnehmungskanal aufgenommen werden, sondern auf alle anderen Kanäle umgelegt werden können, scheint hierbei eine große Rolle zu spielen und eine Grundlage für die Empfindung der eigenen und Fremdkohärenz darzustellen. Beispielsweise drehen Säuglinge in der Regel von Geburt an ihren Kopf dorthin, wo sie ein Geräusch wahrnehmen. Der auditive Reiz wird mit einem visuellen verbunden und verstärkt. Das Verständnis dafür, dass verschiedene zusammengehörende Stimuli denselben örtlichen Ursprung haben müssen, scheint von Natur aus veranlagt zu sein und mit bestätigenden Erfahrungen gefestigt zu werden. Durch diese Wahrnehmung können Säuglinge die verschiedenen Ursprünge von Handlungen erkennen und lernen, dass das eigene Verhalten und die jeweiligen Konsequenzen einen anderen, eigenen Ursprung haben müssen als das Verhalten anderer Personen (Stern 1985: 82). Weiters zählen dazu die Einheitlichkeit von Bewegung, also die Wahrnehmung eines Objekts, und vielmehr einer Person, das sich als Gesamtheit bewegt. Auch Selbst- oder Intrasynchronizität, also die gleichzeitigen Bewegungen und daraus entstehenden Bewegungsmuster die eine in sich stimmige Gesamtheit an den Tag legt, werden im Sinne der Kohärenz wahrgenommen (Stern 1985: 83-84). Säuglinge können auch wahrnehmen, welche Zeitstrukturen zusammengehören, wenn ihnen visuelle Reize mit entweder synchronen oder asynchronen auditiven Reizen dargeboten werden, so wie sie auch die Kongruenz von Intensitätsmustern wahrnehmen, wenn beispielsweise bei einem Wutausbruch die Lautstärke und die Heftigkeit der Bewegungen einander entsprechen (Stern 1985: 85-86). Säuglinge erkennen auch Objekte als dieselben wieder, vor allem Gesichter, auch wenn sie anders präsentiert werden, beispielsweise das Profil von der Seite oder klein in der Ferne. Ebenso erkennen sie Gesichter in ihren verschiedenen emotionalen Konfigurationen wieder (Stern 1985: 87-88).

Im Fall von Selbst-Affektivität lernen Säuglinge verschiedene invariante Konstellationen der einzelnen Emotionen zu erkennen. Jeder Affekt drückt sich mittels dreier Elemente aus, dem propriozeptiven Feedback, dem Level von *arousal* und Aktivierung, und der Qualität des Fühlens. Die jeweilige Konstellation der einzelnen Affekte verändert sich kaum im Verlauf der Entwicklung eines Menschen und kann daher als invariante Größe wahrgenommen werden. Dies trifft nicht nur auf diskrete, kategoriale Emotionen zu, sondern auch auf Vitalitätsaffekte (Stern 1985: 89-90).

Selbst-Kontinuität bezieht sich vor allem auf das Erinnerungsvermögen, da Selbstempfindung und Kohärenz ohne zeitliche Kontinuität keine Organisationsstruktur darstellen können. Säuglinge haben gute Muskelerinnerung, also nicht sprachbasierte Erinnerung. Außerdem haben sie ein gutes Wiedererkennungsvermögen, das sogar bis in die Zeit vor ihrer Geburt zurückreicht. Beispielsweise erkannten Säuglinge, die intrauterin immer wieder von außen bestimmte akustische Reize zu hören bekamen, diese nach der Geburt wieder (Stern 1985: 91-92). Die Affekterinnerung scheint ebenso gut ausgeprägt und nicht auf einer verbalen Erinnerungsebene verankert zu sein, wahrscheinlich auch deswegen, weil jede Emotion anhand der drei oben genannten Elemente gut erkennbar ist und ein Leben lang beinahe unverändert bleibt, denn beispielsweise verwendet ein Säugling auch später im Erwachsenenleben dieselben Muskeln zum Lächeln (Stern 1985: 93-94).

Wie diese verschiedenen unveränderlichen Größen in eine Organisationsstruktur integriert werden, kann beispielsweise über das Gedächtnis und das Erinnerungsvermögen laufen. Wenn eine Episode, also der Ablauf einer Erfahrung, mehrmals erlebt und als Erinnerung abgespeichert wurde, können daraus die unveränderlichen Elemente abstrahiert werden. Es entsteht so keine tatsächliche, sondern eine generalisierte Erinnerung, die eine Erwartungshaltung für zukünftige Erfahrungen mit sich bringt (Stern 1985: 94-96). „It is, so to speak, averaged experience made prototypic“ (Stern 1985: 96). Diese generalisierten Erinnerungen sind in ihrer Form so wahrscheinlich nie passiert, sondern sie bestehen aus vielen einzelnen Erinnerungen. Es handelt sich mehr um eine abstrahierte Repräsentation deren voraussichtlicher Ablauf entweder erfüllt oder davon abgewichen wird. Bereits Kinder im Alter von zwei Jahren haben solche generalisierten Erinnerungen, was in diesem Alter nachweisbar ist da normalentwickelte Kinder über genügend Sprachfähigkeiten verfügen, um beispielsweise den typischen Ablauf einer Geburtstagsfeier zu erklären (Stern 1985: 97).

In Schumachers theoretischem Ansatz wird das Selbstentwicklungsmodell an dieser Stelle erweitert, indem die Empfindung des Kernselbst in zwei Schichten aufgeteilt wird. Die Schicht, die zuerst etabliert werden muss, ist die Schicht des Kernselbst in Gemeinschaft mit dem Anderen. In diesen Entwicklungsverlauf fällt vor allem die Entwicklung der Körperwahrnehmung, die nur mithilfe einer anderen Person vonstattengehen kann. Dafür wirkt die Bezugsperson affektregulierend indem sie sich auch in das Kind und seine Gefühlswelt einfühlt, und sie stellt eine Stütze dar, mithilfe derer das Kind bei sich selbst und seiner (Körper-)Wahrnehmung bleiben kann (Schumacher / Calvet 2021a: 141-142). Erst auf Basis dieser Fähigkeit der körperlichen Empfindung kann sich die Empfindung des Kernselbst als ein Gegenüber des Anderen entwickeln. Durch die Affektregulierung von außen ist das Kind nicht ständig selbst

damit beschäftigt, sich selbst zu regulieren, und kann so seine Umwelt erkunden. So können dann die von Stern postulierten unveränderten Größen wie Urheberschaft und Selbstkohärenz entdeckt und erfahren werden (Schumacher / Calvet 2021a: 142-143).

4.2.3. Das (inter-)subjektive Selbst

Zwischen dem siebten und neunten Lebensmonat spricht Stern von der Etablierung des subjektiven Selbst, da Säuglinge während dieser Phase zu verstehen lernen scheinen, dass sie subjektive Erfahrungen mit anderen teilen können, vor allem aufgrund dessen, dass Säugling und Bezugspersonen alle über ihre eigenen subjektiven Erfahrungen verfügen (Stern 1985: 124). Die Erlangung dieser Erkenntnis ist eine zentrale Grundlage der Herausbildung der Theory of Mind, die schon in Kapitel 2.5.2. erläutert wurde:

This discovery amounts to the acquisition of a „theory“ of separate minds. Only when infants can sense that others distinct from themselves can hold or entertain a mental state that is similar to the one they sense themselves to be holding is the sharing of subjective experience or intersubjectivity possible (Stern 1985: 124).

Mithilfe dieser Erkenntnis haben Säuglinge ihre Organisationsstruktur schließlich um eine neue subjektive Perspektive erweitert. Aber nicht nur das eigene Selbst, sondern auch das Andere wird um eine subjektive Perspektive erweitert, die sich nicht immer in äußerlich erkennbarem Verhalten manifestiert (Stern 1985: 125). Die Wahrnehmung des äußerlich erkennbaren Verhaltens bleibt bestehen, da die Empfindung des Kernselbst ebenso weiterhin bestehen bleibt. Allerdings macht sich die Fähigkeit der Intersubjektivität in der Wahrnehmung bemerkbar, da sie diese ebenfalls erweitert. Wird zum Beispiel ein aufgeregtes oder weinendes Kind beruhigt, nimmt es nicht mehr nur die empathische Reaktion der Bezugsperson wahr, sondern auch den Prozess der die Reaktion bedingt. So wird neben physischer auch psychische Intimität möglich (Stern 1985: 125-126).

Da Kinder sich zu diesem Zeitpunkt noch in der präverbalen Phase befinden, muss sich Intersubjektivität auf nonverbale Erfahrungen beziehen, die der Säugling teilen kann. Solche nonverbalen Erfahrungen umfassen geteilte Intentionen, geteilte affektive Zustände, sowie auch geteilte Aufmerksamkeit (Stern 1985: 128). Wie bereits in Kapitel 2.1. erklärt, ist die Unfähigkeit, die Aufmerksamkeit mit jemandem zu teilen und so auf etwas drittes zu lenken, eines der auffälligsten Symptome für Autismus. Bei sich normal entwickelnden Kindern ist die geteilte Aufmerksamkeit aber einer der besten Anhaltspunkte für die Ausbildung von Intersubjektivität und des subjektiven Selbst. Dafür ist es notwendig, dass das Kind lernt, zu verstehen, dass es nicht die ausgestreckte Hand der Bezugsperson weiter anschauen soll, sondern der Zeigerichtung folgen und so den Aufmerksamkeitsfokus der anderen Person übernehmen soll. Säuglinge

zeigen in der Regel diese Fähigkeit bereits mit neun Monaten. Zusätzlich dazu machen Säuglinge einen rückversichernden Blick zurück zur Bezugsperson, um sich zu versichern, dass sie ihre Aufmerksamkeit auf das richtige Ziel gelenkt haben. Damit wird klar, dass es sich nicht um ein reines Entdeckungsverfahren handelt, sondern dass Kinder sich instinktiv vergewissern, ob die geteilte Aufmerksamkeit auch tatsächlich zustande gekommen ist. Dieser Blick hin und her zwischen Ziel und Bezugsperson besteht auch, wenn das Kind von sich aus auf etwas zeigt, um die Aufmerksamkeit zu teilen (Stern 1985: 129-130).

These observations lead one to infer that by nine months infants have some sense that they can have a particular attentional focus, that mother can also have a particular attentional focus, that these two mental states can be similar or not, and that if they are not, they can be brought into alignment and shared. *Inter-attentionality* becomes a reality (Stern 1985: 130, Hervorhebung im Original).

Ebenso können auch Intentionen geteilt werden, was Stern Inter-Intentionalität nennt.

Nur, wenn zumindest unbewusst klar ist, dass eine anderen Person die eigenen Intentionen grundsätzlich verstehen kann, machen die Motivation und Intention, zu kommunizieren, überhaupt Sinn. Geteilte Intention, wenn ein Kind beispielsweise die Hand nach einem Spielzeug ausstreckt das eine andere Person hält, sein Blick zwischen dem Gesicht der Person und dem Spielzeug hin und her pendelt, und es fordernde Vokalisierungen macht, kann in Form von intentionaler Kommunikation als Vorstufe zur verbalen Kommunikation funktionieren (Stern 1985: 131).

Geteilte affektive Zustände, auch Inter-Affektivität, können vor allem in rückversichernden Blicken beobachtet werden, die Kinder an den Tag legen, wenn Sie unsicher sind, wie sie sich in einer unbekannten Situation fühlen und verhalten sollen. Wenn Säuglinge beispielsweise auf einer unbekannten Rutsche hinunterrutschen sollen, sie dann einen rückversichernden Blick zur Bezugsperson machen und die Person sie anlächelt, rutschen sie in der Regel tatsächlich. Wenn die Person allerdings selbst einen unsicheren oder gar ängstlichen Gesichtsausdruck zeigt, drehen die Säuglinge um und beginnen möglicherweise auch zu weinen. Dem Säugling muss also zumindest unbewusst klar sein, dass die Bezugsperson einen eigenen affektiven Zustand hat, und dass dieser für den Säugling von Relevanz sein kann (Stern 1985: 131-132).

Andersherum ist es hingegen nicht so einfach, geteilte affektive Zustände zu beobachten. Wie kann ein Säugling wahrnehmen, dass eine andere Person seinen Gefühlszustand teilt und nicht nur sein Verhalten imitiert? Stern nennt dieses Phänomen *affect attunement*, also Affektabstimmung, wobei die Bezugsperson das Verhalten des Säuglings nicht mehr wie zuvor direkt oder mit Variationen imitiert, sondern mittels einer intermodalen Reaktion, also auf einer anderen Wahrnehmungsebene, denselben kategorialen oder viel öfter Vitalitätsaffekt ausdrückt. Wenn ein Kind beispielsweise freudig mit einem Spielzeug auf den Tisch schlägt, kann die

Bezugsperson diese Bewegung stimmlich mit Silben wie *ka-wumm* begleiten und ihnen denselben Vitalitätsaffekt der Bewegung des Kindes verleihen. Oder wenn das Kind mit einer Rassel spielt, kann die Bezugsperson ihren Kopf oder ihre Hände im selben Rhythmus mit derselben Intensität zu den vom Kind erzeugten Geräuschen bewegen. Die so entstehende Übereinstimmung ist damit nicht die Handlung der intermodalen Reaktion selbst, sondern ein Aspekt des Verhaltens, der den affektiven Zustand ausdrückt (Stern 1985: 138-142, 156-157). „Affect attunement, then, is the performance of behaviors that express the quality of feeling of a shared affect state without imitating the exact behavioral expression of the inner state“ (Stern 1985: 142). Affektabstimmung kann über sechs verschiedene intermodale Übereinstimmungen erfolgen: absolute Intensität, Intensitätskontur, Puls oder Beat, Rhythmus, Dauer und Gestalt (Stern 1985: 146). Diese Erkenntnis zeigt, dass Intensität, zeitliche Muster und Gestalt amodal wahrgenommen werden, also nicht nur über einen Sinn als Wahrnehmungskanal, und das bereits in früher Kindheit (Stern 1985: 153-154).

An attunement is a recasting, a restatement of a subjective state. It treats the subjective state as the referent and the overt behavior as one of several possible manifestations or expressions of the referent. [...] And thus attunement recasting behaviors [function] by way of nonverbal metaphor and analogue. If one imagines a developmental progression from imitation through analogue and metaphor to symbols, this period of the formation of the sense of a subjective self provides the experience [...] [that is] an essential step towards the use of symbols [in the form of language] (Stern 1985: 161).

Ab etwa 15 Lebensmonaten spricht Stern daher von der Entwicklung eines verbalen Selbst, im Zuge dessen die innere Organisationsstruktur nochmals bedeutend erweitert wird (Stern 1985: 162). Diese Selbstempfindung ist für Schumachers Theoriekonzept nicht von großer Relevanz, da die musiktherapeutischen Interventionen sich zum Großteil auf die präverbale Entwicklung beziehen. Dennoch ist ein Ziel von Musiktherapie, autistische Kinder nicht nur an den Beginn von Sprachentwicklung heranzuführen, sondern sie auch in dieser Entwicklung zu unterstützen. Allerdings ist selbst bei autistischen Kindern mit sprachlichen Fähigkeiten die präverbale Entwicklung oft beeinträchtigt und zumeist fehlt ihnen die nötige emotionale Reife und Regulierung, sodass Sprache nicht oder nicht vorrangig in ihrer kommunikativen und interaktiven Funktion verwendet wird, sondern als Ausdruck innerer Spannung und Angst oder als Stereotypie zum Einsatz. Der Fokus des Therapieansatzes liegt daher auf den bisher erläuterten Konzepten der Selbstentwicklung und das verbale Selbst wird an dieser Stelle nicht genauer erklärt (Schumacher 2014: 112).

4.2.4. Integration des Selbstentwicklungskonzepts bei Schumacher

Schumacher zieht mit Sterns Konzept nun für die Musiktherapie relevante Vergleiche mit dem Symptombild autistischer Kinder. In der Phase des auftauchenden Selbst postuliert Stern, dass

die amodale Wahrnehmung, Blickkontakt und eine soziale Haltung, sowie die Herausbildung Vitalitätsaffekten angeboren seien. Bei näherer Betrachtung des Symptombereichs zeigt sich, dass autistische Kinder diese Fähigkeiten nicht oder nicht vollständig besitzen. Dadurch kann die Entwicklung des Selbst in seinen verschiedenen Stadien nicht ohne Beeinträchtigungen ablaufen. „[Das Kind] sucht nicht so aktiv wie normale Kinder nach vielfältiger sensorischer Stimulierung, sondern schützt sich durch stereotype Handlungen. Es exploriert nicht die Umwelt, da es sichtlich zur Integration verschiedener Sinneseindrücke nicht fähig ist“ (Schumacher 2000: 22). Das Kind selbst sowie seine Umwelt ziehen sich voneinander zurück, das Kind lernt nicht, zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen und so seine Affekte zu regulieren (Schumacher 2000: 22-23). Die Unfähigkeit, multisensorische Stimuli zu integrieren, kann nicht nur als ein Aspekt von Autismus-Spektrum-Störungen angesehen werden, sondern als die Basis, auf der sich Beeinträchtigungen anderer Funktionen und ihre Symptome entwickeln (Sharma / Gonda / Tarazi 2018: 93).

Ohne die sinngebende Ordnungsstruktur des auftauchenden Selbst, mithilfe derer Reize verarbeitet und integriert werden können, muss die Vielzahl an Stimuli als beängstigendes Chaos wahrgenommen werden, das Ausbleiben der sinnvollen Verarbeitung gleichzeitig eine Art Leere stiften, die es wohl gilt, mit stereotypen Handlungen, die für das Kind verarbeitbar sind und keinen Platz für äußere Reize mit zugehörigem Chaos lassen, zu füllen (Schumacher 2000: 25-26). Ohne Blickkontakt gibt es nur wenig Kontaktmöglichkeiten zu anderen Menschen, und damit auch kaum Möglichkeiten, Imitation als Fähigkeit zu entwickeln. Etwas mit- oder nachzuvollziehen setzt voraus, dass man sich auf etwas außerhalb der eigenen Aufmerksamkeit beziehen kann. Dies scheint aber unmöglich, gerade wenn Reize von außen nicht sinnvoll verarbeitet werden können (Schumacher 2000: 26-27). Weiters kann sich so auch keine Affektregulierung herausbilden, was zu plötzlichen und heftigen Wutausbrüchen oder (selbst-)verletzendem Verhalten führen kann (Schumacher 2000: 27-28).

Zeigen Kinder Kontaktstörungen in diesen frühen Entwicklungsstadien, reagiert die Umwelt oftmals mit schierer Hilflosigkeit und Rückzug, sodass das Kind in seinem Zustand sich selbst überlassen bleibt. Schumacher betont, dass Therapeut:innen möglichst versuchen sollen, nicht auch in dieses Muster zu fallen, indem sie sich vom vorliegenden Verhalten des Kindes nicht zurückgewiesen oder ignoriert fühlen, sondern sich die tatsächliche Situation des Kindes in seiner Beeinträchtigung vor Augen führen und versuchen, ihm verarbeitbare Kontaktangebote zu machen. Dabei dürfen der Kontakt und die positive Veränderung des Kindes nicht gefordert und so mögliche Anzeichen von Stress und Überforderung des Kindes übersehen werden (Schumacher 2000: 29-33, 37). Um die Entwicklung der Empfindung des

auftauchenden Selbst zu fördern kann an seine Grundelemente angeknüpft werden. Um die modale Wahrnehmung der Kinder zu aktivieren soll ein koordiniertes Reizklima geschaffen werden, sodass die Verarbeitung der Reize einfacher wird. Musik als multisensorischer Reiz muss in diesem Verständnis daher nicht vorzugsweise über das Hören verstärkt wahrgenommen werden, es können auch die Vibrationen des Instruments, also die taktile Empfindung, oder die propriozeptive Wahrnehmung im Vordergrund stehen (Schumacher 2000: 34-35).

Erfassen wir [Therapeut:innen] den inneren Rhythmus des Kindes, der sich spür- und sichtbar äußert, und machen wir diesen durch ein Instrument oder die Stimme hörbar, so erlebt das Kind, wenn es diese Begleitung wahrnimmt, das Phänomen: „Ich höre, was ich spüre“ (Schumacher 2000: 36). Ein so koordiniertes Reizklima kann die amodale Wahrnehmung und so die intermodale Verknüpfung von Stimuli unterstützen. Der Rhythmus des Kindes kann beispielsweise seine stereotypen Handlungen umfassen, er kann sich aber auch auf seinen Affekt beziehen (Schumacher 2000: 36-37).

Bei der Entwicklung des Kernselbst stellt Schumacher zwischen den vier zentralen Elementen und Autismus den Zusammenhang über eine Beeinträchtigung der Körperempfindung autistischer Kinder her. Das macht sich besonders in ihrem Bedürfnis nach einer bestimmten Balance zwischen Nähe und Distanz bemerkbar, das es gilt, sensibel zu erkennen und zu respektieren. Wenn man den eigenen Körper nicht genügend wahrnimmt und ihn nicht als kontrollierbare Einheit versteht, kann sich die Wahrnehmung der Urheberschaft und der Selbstkohärenz nicht genügend entwickeln. Autistische Kinder scheuen entweder jeglichen Körperkontakt und lernen nicht, Handlungen und Geschehnisse selbst zu regulieren, oder sie lassen alles mit sich machen, so, als wären sie eine Marionette und gar nicht selbst in ihrem Körper. Auch die Ignoranz oder die übermäßige Aufmerksamkeit für bestimmte körperliche Vorgänge sowie das fehlende Raumgefühl spielen dabei eine Rolle (Schumacher 2000: 43-44).

Selbst-Affektivität kann bei einem Kind nicht entstehen, das äußere Reize nicht sinnvoll verarbeiten kann und sich daher von seiner Umwelt zurückzieht. Von der Überwältigung der Umwelt in eine Unterversorgung an Reizen zurückgezogen versucht das Kind, mithilfe seiner stereotypen Handlungen sich selbst ausreichend zu stimulieren. Damit tritt es nicht in Kontakt oder Beziehung mit anderen Menschen und lernt nicht, sich zuerst mithilfe anderer und in weiterer Folge selbst zu regulieren. Das bedeutet nicht, dass autistische Kinder keine Emotionen oder Gefühle hätten. Im Gegenteil, diese machen sich dann oft in heftigen Gefühlsausbrüchen bemerkbar, da die Affekte „quasi in ihrem Körper stecken [bleiben] und [...] nicht ausgetauscht [werden]“ (Schumacher 2000: 45).

Inwiefern autistische Kinder ihre eigene Kontinuität wahrnehmen und ihr episodisches Gedächtnis tatsächlich ausgeprägt ist, hängt wohl auch von ihren geistigen Fähigkeiten ab und

ist daher manchmal schwer einzuschätzen. Dennoch kann man beobachten, dass sie sich oft an Musik und Spiele, die ihnen gefallen haben, erinnern können und diese in folgenden Therapiestunden wieder erfahren möchten. Dabei kann es sein, dass diese Erlebnisse Eingang in ihre stereotype Organisation der Welt gefunden haben, und die Kinder deswegen an verschiedenen Themen festzuhalten versuchen. Es kann auch vorkommen, dass die Erinnerung erst durch die konkrete Wiederholung der tatsächlichen Situation wieder aufkommt (Schumacher 2000: 45-47).

Die spezielle Notwendigkeit, genau auf das Bedürfnis des Kindes nach Nähe und Distanz einzugehen, macht eine normale Kontaktaufnahme beinahe unmöglich. Schumacher warnt Therapeut:innen davor, sich bei zu viel Distanz zurückgewiesen, und sich bei zu viel Nähe, bei der das Kind aber nicht den anderen Menschen als solches wahrnimmt, sondern ihn scheinbar für seine eigenen Bedürfnisse funktionalisiert, ausgenutzt zu fühlen. Diese Phase scheint ein wichtiger Teil der Entwicklung zu sein, der nachgeholt werden muss, um die Scheu vor anderen Menschen und die Zurückgezogenheit vor zwischenmenschlicher Beziehung zu überwinden. Bei Kindern, die stattdessen scheinbar keine eigenen Entscheidungen treffen wollen oder können und alles mit sich machen lassen, gilt es, sie aus der Erwartungshaltung herauszuholen, andere Menschen übernehmen die (Entscheidungs-)Arbeit für sie (Schumacher 2000: 48-51).

Mithilfe von Musik und Improvisation kann es gelingen, autistischen Kindern die Urheberschaft ihrer Handlungen bewusst zu machen. Nur so erlangen sie eine Dialogfähigkeit und ein Verständnis für eigenständiges Handeln. Gleichzeitig kann Musik helfen, ein unnahbares Kind dennoch zu erreichen oder Distanz zu schaffen, indem Therapeut:innen sich in ihrem musikalischen Ausdruck auf sich selbst konzentrieren. Zusätzlich können autistische Kinder bei Körperspielen, wenn sie von jemand anders bewegt oder getragen werden, ihr eigenes Körpergefühl entdecken (Schumacher 2000: 54-55). „Ich spüre mich, ich habe einen eigenen, von der Umwelt abgegrenzten Körper, der meinen eigenen Impulsen gehorcht“, ist die entscheidende Erfahrung“ (Schumacher 2000: 55). Wenn Spielformen basierend auf Impulsen und Handlungen des Kindes entwickelt werden, lernt das Kind nicht nur, dass es selbst und sein Tun wichtig und wertvoll sind und dass es Urheberschaft für sein Handeln hat, sondern mithilfe von in sich abgeschlossenen Spielformen entsteht die Möglichkeit der Wiederholung, der Festigung des Erlebten im Gedächtnis, und so auch der Förderung des Erinnerungsvermögens (Schumacher 2000: 55-56).

Auf Basis des Kernselbst entwickeln sich das subjektive sowie auch das intersubjektive Selbst. Das Kind erkennt in seiner Wahrnehmungsstruktur, dass es nicht der Mittelpunkt ist und es andere, von ihm abgegrenzte Menschen mit ihren eigenen Affekten und Impulsen ist, die

man aber miteinander teilen kann (Schumacher 2000: 69-70). Die daraus resultierende psychische Intimität gilt als ein Grundbedürfnis, dessen Ausbleiben als traumatisch erlebt werden kann. Für autistische Kinder ist es allerdings äußerst schwierig, ihre subjektiven Erfahrungen mitzuteilen und so gemeinsam mit anderen Menschen zu erleben. Einerseits sind sie in ihrer Wahrnehmung und ihren Erfahrungen isoliert, gleichzeitig können sie ihr Erleben aber auch nicht vor anderen schützen. Sie sind in der Regel so mit ihren eigenen Bedürfnissen nach Regulierung in Form der stereotypen Handlungen beschäftigt, dass sie die Aufmerksamkeit kaum auf jemand anderes und noch weniger gemeinsam auf etwas drittes lenken können. Autistische Kinder haben nicht nur Probleme mit geteilter Aufmerksamkeit und gemeinsamen Intentionen und Handlungen, sondern vor allem auch mit Affektabstimmung. Wenn ihnen schon nicht bewusst zu sein scheint, dass sie für ihre eigenen Handlungen verantwortlich sind, können sie auch das Mitvollziehen ihrer Affekte durch andere Personen nicht als solches wahrnehmen (Schumacher 2000: 74-76). Gerade soziale Rückversicherung, den rückversichernden Blick zur Bezugsperson, scheinen autistische Kinder nicht zu kennen, und so bleiben sie mit ihren „Ängsten und Fragen an die Welt [sich] selbst überlassen“ (Schumacher 2000: 75).

Hier erinnert Schumacher, dass das Auffordern zum Mit- oder Nachmachen bei autistischen Kindern nicht funktionieren kann, und dass man nicht von Vorneherein mit ihnen gemeinsam im Sinn der geteilten Aufmerksamkeit und Intentionalität spielen kann. Therapeut:innen müssen sich auf die Unfähigkeiten des Kindes einlassen und so ihre eigenen Wünsche und Anregungen für sich behalten und akzeptieren, dass manche Kinder sich sehr wohl auf etwas beziehen und ihren Körper koordinieren können, allerdings bedeutet das nicht, dass sie sich auf andere Menschen, ihre Bedürfnisse und Wünsche und ihre Kontaktangebote einstellen können. Autistische Kinder scheinen nicht nachvollziehen zu können, wie Affekte bei anderen Menschen funktionieren könnten, vor allem wenn sie ihre eigenen nicht sinnvoll regulieren können (Schumacher 2000: 77-79).

Das Respektieren der Angst vor Inter-Affektivität ist nicht immer einfach, da man die große Sehnsucht des Kindes nach diesem Erlebnis spürt. Aber da das Erleben dieses Gefühls an das Kernproblem des autistischen Menschen rührt, müssen wir ihn mit viel Vorsicht an diese Erfahrung heranführen (Schumacher 2000: 79).

Um die Entwicklung des (inter-)subjektiven Selbst zu fördern, sobald das Kind Reize sinnvoll verarbeiten kann und seine eigene Körperlichkeit sowie die Abgrenzung zu anderen Menschen wahrnehmen kann, sollen Therapeut:innen nun nicht mehr nur den So-Zustand des Kindes akzeptieren, sondern ihnen als eigene Person und hör-, sicht- und spürbares Gegenüber entgegentreten, mit dem das Kind in Dialog kommen kann. Das Kind wird nicht mehr nur musikalisch gestützt und sein Tun begleitet, sondern die Musik zielt auf Interaktion und

Kommunikation ab. Instrumente werden in dieser Phase viel mehr als eigene Objekte wahrgenommen. Therapeut:innen müssen intermodal auf alle Äußerungen des Kindes reagieren, also beispielsweise musikalische Äußerungen des Kindes mit Bewegungen desselben Vitalitätsaffekts imitieren, sodass das Kind lernen kann, Affektabstimmung zu erkennen und zu verarbeiten. Sobald das Kind dies schafft und über soziale Rückversicherung zeigt, dass es die andere Person wahrnehmen und sich auf sie beziehen kann, können körperzentrierte Interventionen in den Hintergrund treten und Therapeut:innen mehr eigenständig spielen, um so Motive und Angebote vom Kind zu erweitern und zu umspielen und in tatsächlichen Dialog zu treten. So kann stärker von den Erwartungen des Kindes abgewichen werden, in Spielen die Rollen getauscht werden, oder eigene Frage-und-Antwort-Spiele entstehen. Dadurch entstehen ein gemeinsames, interaktives Spiel und Inter-Affektivität, auf deren Basis sich in weiterer Folge die Entwicklung hin zum Spracherwerb und dem verbalen Selbst vollziehen kann (Schumacher 2000: 80-82, 84-85).

4.3. Methodisches Vorgehen

Die grundlegenden Annahmen für Schumachers Therapie beruhen auf den Erkenntnissen von Sterns Selbstentwicklungskonzept. Ihre Arbeitshypothese postuliert sie wie folgt:

Grundlage für die Entwicklung der zwischenmenschlichen Beziehungsfähigkeit ist die Fähigkeit, die verschiedenen Sinnesindrücke zu koordinieren, zu integrieren und sinngebend zu verarbeiten. [...] Das autistische Kind leidet an einer Störung der Wahrnehmungssynthese [...] und ist deshalb beziehungsgestört. Die Kernsymptome: a. gestörter Blick, b. Stereotypien, c. Sprachstörung und d. die Unfähigkeit zu spielen, sind logische Folgeerscheinungen. [...] Denn ohne die Erfahrung einer zwischenmenschlichen Begegnung kann die Fähigkeit, sich auf jemanden und etwas zu beziehen, nicht entwickelt werden (Schumacher 1994: 1).

Die beeinträchtigte Wahrnehmung und deren Synthese umfasst dabei nicht nur Reize aus der Umwelt, sondern auch aus dem eigenen Körper. Eines der zentralen Ziele der Therapie ist es daher, das Kind in der Entwicklung seiner vollkommenen und sinnvollen Wahrnehmungssynthese zu unterstützen (Schumacher 1994: 1-3). Grundsätzlich ist der Verlauf der Therapie so aufgebaut, dass zuerst für das Kind gespielt und gesungen wird, um so Kontaktangebote zu schaffen. Musik ist in diesem Fall ein gutes Medium, da sie kein Mit- oder Nachmachen erfordert, um Beziehung herstellen zu können. So dienen die Bewegungen und Äußerungen des Kindes als Ausgangspunkt für die musikalische Begleitung durch die Therapeut:innen. Wenn das Kind es in weiterer Folge zulässt, dann spielen Therapeut:in und Klient:in gemeinsam. Das gemeinsame Spielen umfasst nicht nur das musikalische Spiel von Instrumenten, sondern auch Finger- und andere Bewegungsspiele. An diesem Punkt ist das Ziel, dass das Kind von sich aus aktiv das gemeinsame Spiel sucht, vor allem in Form von Musik- und Sprachspielen, und das nicht nur mit Therapeut:innen, sondern auch mit anderen Personen seines Umfelds

(Schumacher 1994: 101; Schumacher / Calvet-Kruppa 2005: 287). Dabei gilt es, Anknüpfungspunkte in der Entwicklung des Kindes zu finden. So können frühkindliche Bedürfnisse befriedigt und Entwicklungsschritte vollzogen werden, die das Kind davor nicht machen konnte. Oft kann dies als eine Art Rückschritt empfunden werden, ist aber notwendig, um dem Kind die Chance zu geben, seine weitere Entwicklung zu durchleben (Schumacher 1994: 2).

Um diese logische Entwicklung überhaupt starten zu können, wird zuerst der „So-Zustand“ des Kindes erfasst, um dort anknüpfen zu können. Gerade Bewegung eignet sich gut dafür, da so gut wie jeder Mensch und jedes Kind sich bewegt und Bewegungen oft mit dem inneren Zustand zusammenhängen. Über eine präzise Wahrnehmung des Kindes und seines Verhaltens können seine Stimmung, sein Entwicklungsstand, sowie etwaige Kontaktmöglichkeiten festgestellt werden. Dieser So-Zustand soll dem Kind dann bewusst gemacht werden. Indem seine Bewegungen, beispielsweise die im Raum oder Stereotypen, durch Musik und Imitation hörbar oder wenn möglich durch Berührung spürbar gemacht werden, kann dem Kind geholfen werden, sich selbst und gleichzeitig die Präsenz und die Aufmerksamkeit einer anderen Person wahrzunehmen. In erster Linie soll dem Kind jedoch vermittelt werden, dass es in seiner Existenz akzeptiert wird (Schumacher 1994: 101-102; Schumacher 2000: 35-36).

Das Mitvollziehen, Begleiten und Imitieren von Bewegung und Verhalten kann sich bei scheinbar inaktiven Kindern sogar nur auf die Atmung beziehen. So kann durch Musik, die sich auf das Kind bezieht, Resonanz geschaffen werden, gleichzeitig fördert ein so geschaffenes koordiniertes Reizklima die amodale Wahrnehmung und die intermodale Verknüpfung von Stimuli (Schumacher 1994: 102-103; Schumacher 2000: 36). Die multisensorische Stimulierung bezieht oft auch den Gleichgewichtssinn während Bewegungsspielen, Singen oder Knireitern mit ein, um so die Kontakt- und Beziehungsfähigkeit positiv zu beeinflussen (Schumacher 1994: 52-53, 152; Schumacher 2015: 201).

In Schumachers Ansatz werden Stereotypen des Kindes als Überlebensstrategie angesehen und dürfen nicht in erster Linie als störend empfunden werden. „[S]tereotypes Verhalten [ist] die bestmögliche Antwort des Kindes auf die Umwelt“ (Schumacher 1994: 103). Schon allein deswegen müssen sie respektiert werden. Gleichzeitig bieten sie eine gute Kontaktmöglichkeit, bei der die Stereotypie zuerst mitvollzogen, dann hörbar gemacht, und schließlich zu einem gemeinsamen Spiel weiterentwickelt wird. Wenn das Kind den Zusammenhang zwischen der eigenen Handlung und der musikalischen Begleitung herstellt, fördert dies nicht nur die amodale Wahrnehmung, sondern stellt Kontakt her und kann auch zur Wahrnehmung der eigenen Urheberschaft führen (Schumacher 1994: 103-105; Schumacher 2000: 37, 56-58). Die Realisation der eigenen Urheberschaft, so wie auch der erste Kontakt oder die erste

zwischenmenschliche Begegnung, können für das Kind beängstigend wirken, da es mit Reizen und Affekten zu tun hat, die es nicht kennt oder bisher tunlichst vermeiden wollte. Auch wenn das Kind diese Momente braucht und wieder erleben möchte, kann oft zuerst ein Rückzug beobachtet werden, bevor der Entwicklungsschritt sich zu festigen scheint. Erst wenn sie ein ausgeprägteres Gefühl für sich selbst, ihren Körper und ihr Tun haben, kann diese direkte Rückmeldung des Sich-selbst-Hörens verstärkend wirken (Schumacher 1994: 38-41, 140; Schumacher 2000: 57). Es handelt sich um eine Phase der „Ambivalenz zwischen Selbst-los bleiben und ein Selbst-Erleben aushalten lernen“ (Schumacher 2000: 57).

Vor allem wenn Kinder es zulassen, von außen bewegt zu werden und sie diese Bewegung gut verarbeiten können, nehmen ihre stereotypen Bewegungen in der Regel ab und sie zeigen ein ganz anderes, fokussiertes und ganzheitlicheres Wesen der Wahrnehmung. Beispielsweise mithilfe von Schaukel- und Wiegenliedern können so verschiedene Modi der Wahrnehmung ebenfalls miteinander verknüpft werden, da propriozeptive und akustische, manchmal auch visuelle und haptische Reize miteinander in Zusammenhang gebracht werden (Schumacher 1994: 60; Schumacher 2000: 59; Schumacher 2015: 201).

Kontakt kann durch das musikalische Mitvollziehen und Imitieren der Bewegung oder von stimmlichen oder musikalischen Äußerungen des Kindes zustande kommen. Darauf aufbauend wird eine Spielform, und damit eine Beziehung, entwickelt, die ein Reizklima schafft, das das Kind verarbeiten kann. Da es sich dabei um in sich geschlossene Formen mit Anfang und Ende handelt, können sie beliebig wiederholt werden, um ein Übungsfeld vor allem für das Erinnerungsvermögen zu schaffen, aber auch variiert werden, um die Entwicklung zu fördern und das Entstehen neuer Stereotypen zu verhindern. Vor allem die Eigeninitiative des Kindes wird gefordert und gefördert, wenn eine Spielform zu Ende ist und es um eine Wiederholung fragen muss. So müssen sie, wenn auch nur kurz, in Kontakt treten, um ihren Wunsch zu äußern (Schumacher 1994: 54, 68, 109; Schumacher 2000: 59, 63-64). Solche Spielformen können Schlaf-, Wiegen- oder Schaukellieder sein, die entweder in ihrer tradierten Form gesungen werden, oder für die ein neuer Text gedichtet wird, in dem das Verhalten des Kindes besungen wird. Dazu zählen auch Bewegungsspiele bei denen die Kinder getragen oder von den Therapeut:innen anderweitig bewegt werden, Klatsch- und Fingerspiele, sowie Kniereiter und andere Schoßlieder (Schumacher 1994: 110-131). Wichtig ist dabei nicht, um welche Spielform es sich handelt oder welche musikalischen Merkmale sie mitbringt, sondern sie muss vom Kind aus entwickelt werden und sich auf seinen momentanen Zustand und sein Verhalten beziehen, ihm Raum geben, und ihm zu verstehen zu geben, dass es gehört, gesehen und wahrgenommen wird, so wie es ist (Schumacher 1994: 139).

Dafür ist gerade die Herausbildung der Selbst-Affektivität von Bedeutung. Um dies zu fördern müssen Therapeut:innen sich auf das Kind einstellen und seine Gefühle und Stimmungen musikalisch genau treffen und in Form von Vitalitätsaffekten ausdrücken, sodass dem Kind bewusst gemacht werden kann, was es fühlt. So wird nicht nur die Wahrnehmung der eigenen Affekte geschaffen, sondern auch Sicherheit, dass dies sicher und aushaltbar ist und vor allem auch von der direkten Umwelt akzeptiert wird (Schumacher 2000: 62; Schumacher 2015: 201). „Negativ ist die Erfahrung, daß man einen eigenen Affekt nicht haben darf, daß man vom Anderen nicht verstanden, sondern übertönt, überspielt, scheinbar nicht wahrgenommen, nicht ‚für wahr‘ genommen wird. Resultat ist eine Verunsicherung der Selbst-Affektivität“ (Schumacher 2000: 62).

Für Schumacher relevant ist letztlich „immer die *eigene* Aktivität des Kindes. Nur seine *eigene* schöpferische Tätigkeit führt aus dem Autismus [...] heraus. Wir können nur die Bedingungen schaffen, die dem autistischen Kind helfen, die innere Motivation zu entwickeln, sich zu äußern und mitteilen zu wollen“ (Schumacher 1994: 152, Hervorhebungen im Original). Diese Bedingungen beinhalten eine Wachsamkeit für noch so kleine Impulse vom Kind, die aufgegriffen und bestätigt werden sollten. Nur, wenn der Ausdruck seines eigenen Selbst gewürdigt und wertgeschätzt wird, für so wichtig gehalten wird, dass es imitiert oder besungen wird, wird es die Motivation entwickeln, diesen Impuls und diesen Ausdruck zu wiederholen (Schumacher 1994: 49).

Kindern selbst das Instrumentalspiel anzubieten erfolgt erst, nachdem sie sich ein gewisses Maß an Gefühl für ihren eigenen Körper und Selbstwahrnehmung angeeignet haben (Schumacher 1994: 150).

Die [...] Erfahrung, Gefühle wahrzunehmen und auszuhalten, sie sogar mit anderen teilen zu können, werden durch die sich anbahnende Fähigkeit, selbst musikalisch tätig zu werden, ermöglicht. Musik ist das Medium, das das Gefühlsleben des Menschen ausdrücken und gestalten helfen kann (Schumacher / Calvet-Kruppa 2005: 287).

Musik fungiert dabei nicht mehr nur als Begleitung, um das Kind zu tragen oder zu stützen, sondern sie bekommt einen interaktiven, kommunikativen Charakter. Es entsteht ein wechselseitiger Blickkontakt, vor allem wenn das Kind beginnt, rückversichernde Blicke zu Therapeut:innen zu werfen, wenn es emotional unsicher ist. Musikalische Interventionen helfen dann dabei, interaktive Fähigkeiten zu etablieren und Affekte abzustimmen, indem Therapeut:innen intermodal reagieren und eine Übereinstimmung der (Vitalitäts-)Affekte bewirken. Sie spielen vermehrt eigenständig und bringen eigene Ideen in das gemeinsame Spiel ein, auf die das Kind immer öfter selbst reagiert und so Empathie und Vorstellungsvermögen entwickelt (Schumacher 2000: 80-81; Schumacher / Calvet-Kruppa 2005: 287).

Ein interaktives Spiel entsteht, sobald Rhythmen und Motive sowohl selbst erfunden wie auch vom anderen Spieler übernommen werden. [...] Erst wenn sich ein dynamisch flexibles, d.h. sich gegenseitig beeinflussendes Spiel ergibt, stellt sich das Gefühl von Inter-Affektivität ein (Schumacher 2000: 81).

4.4. Das EBQ-Instrument

Das Instrument zur Einschätzung der Beziehungsqualität (EBQ) entstand aus der Zusammenarbeit von Schumacher und der Entwicklungspsychologin Claudine Calvet, die ein Kodierungssystem für die Analyse der Beziehung zwischen Kindern mit Down-Syndrom und ihren Müttern erstellt hatte. Im Hinblick auf die spezifische Beeinträchtigung autistischer Kinder, Kontakt aufzunehmen und Beziehung herzustellen, und ihre besonderen Nähe-Distanz-Bedürfnissen, sowie mit dem Ziel, die Wirksamkeit von Musiktherapie zu evaluieren, entwickelten die beiden Einschätzungsskalen zur Erfassung der Beziehungsqualität. Als theoretische Grundlage dient dafür Sterns Konzept der Selbstempfindungsentwicklung sowie weitere Modelle für die emotionale Regulierung bei Säuglingen. Diese Basis umfasst die grundlegenden Entwicklungen des Selbstempfindens, die notwendig sind, um Beziehungen aufbauen und Intersubjektivität erfahren zu können, sowie den Umgang mit Reizen und Überstimulierung. Säuglinge und Kinder versuchen, wie jeder Mensch, bereits von Geburt an jederzeit eine innere Balance aufrechtzuerhalten. Wenn ein Reiz nicht integriert werden kann, gerät diese Balance in Ungleichgewicht, und das Kind sucht nach Regulierung, beispielsweise körperlich oder motorisch, indem es an seinen Fingern lutscht oder hin und her schaukelt. So nehmen die innere Anspannung und die gezeigten Stresszeichen zu, da gerade Säuglinge diese Spannung nicht alleine regulieren können und Hilfe von Bezugspersonen brauchen. Bis es zur Affektregulierung von außen kommt können Kinder ihre Aufmerksamkeit und Fähigkeit zur Intersubjektivität nicht kontrollieren oder koordinieren und sind damit nicht in der Lage, ihre Umwelt zu erkunden oder mit anderen Menschen in Kontakt zu treten und Beziehungen aufzubauen. Die Affektregulierung durch eine Bezugsperson ist nicht nur für die sozio-emotionale, sondern auch für die kognitive Entwicklung im Sinne der Theory of Mind bedeutend (Calvet / Schumacher 2021: 135-137; Reimer / Kupski 2021: 6; Schumacher 2000: 113-115; Schumacher / Calvet 2007a: 79-81; Schumacher / Calvet / Reimer 2018: 197-201; Schumacher / Calvet / Reimer 2024: 8-9, 19-21).

Die Beziehungen, die mittels des EBQ-Instruments erfasst und klassifiziert werden sollen, umfassen dabei die vom autistischen Kind zu anderen Menschen, im Kontext der Musiktherapie vorrangig zu Therapeut:innen, die Beziehung zu sich selbst auf stimmlicher und körperlicher Ebene, sowie auch die Beziehung zu Objekten, hier hauptsächlich Musikinstrumenten. Die Analyse basiert auf Videoaufzeichnungen von verschiedenen Therapieeinheiten, durch die

eine Mikroanalyse des Verhaltens möglich wird. Auf Basis derer können Verhaltensweisen bewertet und zueinander in Beziehung gestellt werden (Geretsegger 2017: 136; Schumacher 2000: 113-115; Schumacher / Calvet 2007a: 79; Schumacher / Calvet / Reimer 2024: 36).

Das EBQ-Instrument umfasst vier Ordinalskalen, wobei drei der Skalen sich auf das autistische Kind beziehen, die vierte auf die Therapeut:innen. Die Skalen orientieren sich in ihrem logischen Aufbau an der normalen Entwicklung nach Sterns Selbstempfindungskonzept. Sie können nicht nur jeweils einzeln Aufschlüsse über den Stand des Kindes in seiner sozio-emotionalen Entwicklung und das weitere methodische Vorgehen geben, sondern auch im Vergleich zueinander genutzt werden (Schumacher 2000: 115; Schumacher / Calvet 2007a: 81; Schumacher / Calvet / Reimer 2018: 199-201). So kann je nach erfasstem Modus auf der Skala die Wahl der Intervention erleichtert, aber vor allem können der Therapieerfolg und die Entwicklung bestimmter Fähigkeiten gemessen und ausgedrückt sowie der Ausblick der weiteren Therapie mit realistischen Zielen evaluiert werden. Das EBQ-Instrument kann daher in der Diagnostik sowie für die methodische Bewertung und Prognose des Therapieverlaufs hilfreich sein, sowie auch für die Forschung (Geretsegger 2017: 136; MacLean / Tillotson 2019: 212; Schumacher / Calvet 2007a: 88; Schumacher / Calvet / Reimer 2018: 208-209; Schumacher / Calvet / Reimer 2024: 65-66).

Die Ausprägungsstufen der Beziehungsqualität, also die Art und Weise der Entwicklung von Beziehung, werden als Modi der Ordinalskala ausgedrückt, welche nicht mit den verschiedenen Sinnesmodalitäten des Selbstempfindungskonzepts, ebenfalls als Modi bezeichnet, verwechselt werden dürfen. Jedem Modus der Bewertungsskalen werden bestimmte Eigenschaften zugeschrieben, anhand derer er zu erkennen ist. Die vier Skalen bestehen aus den jeweils gleichen sieben oder acht Modi. Sie bezeichnen dieselbe Entwicklungsstufe auf allen Skalen, unterscheiden sich aber je nach Fokus der Skala in ihren Eigenschaften (Schumacher 2000: 116-117; Schumacher / Calvet 2007a: 81). Die einzelnen Modi werden dabei nicht nur in ihrer Art oder Qualität unterschieden, sondern auch in quantitativen Belangen. Häufigkeit und Dauer von Verhaltensweisen sind ebenso relevant für die Einschätzung der Beziehungsqualität wie die Art des Verhaltens selbst (Schumacher 2000: 121). Neben den Ausprägungen auf der Skala zur Evaluierung von Videosequenzen stellt jeder Modus auch das innere Arbeitsmodell der Therapeut:innen während der Therapie dar, also die Erwartungshaltung, mit der sie an das Kind herantreten und auf Basis derer die Interventionen gewählt werden. Die Erwartungshaltung, also der Modus, muss feinfühlig und flink gewechselt werden können, um sich auf den jeweiligen Ausdruck und die Bedürfnisse des Kindes einzustellen und passende Interventionen zu wählen (Schumacher / Calvet-Kruppa 2005: 288).

Die drei kindbezogenen Skalen umfassen die instrumental-musikalische, die körperlich-emotionale und die vokal-präverbale Beziehungen des Kindes. Die vierte Skala dient der Einschätzung der Beziehungsqualität der Therapeut:innen mitsamt der angewandten Interventionen. Die Modi der vierten Skala können nicht nur mit denen der anderen Skalen verglichen werden, sondern stehen in direktem Zusammenhang mit ihnen und helfen, die Qualität der therapeutischen Beziehung einzuschätzen. Nur wenn Therapeut:innen die jeweiligen Entwicklungsstufen ihrer Klient:innen methodisch treffen, können Unter- wie auch Überstimulation vermieden werden und ein erfolgreicher Verlauf der Therapie vonstattengehen, sodass das Kind zwischenmenschliche Beziehung lernen und weitere Entwicklungsschritte machen kann (Geretsegger 2017: 136; Schumacher 2015: 201; Schumacher / Calvet / Reimer 2018: 198-199, 205; Schumacher / Calvet / Reimer 2021: 123-124).

Die Skala der instrumental-musikalischen Beziehungsqualität befasst sich mit dem Bezug zu Objekten, der Wahl und Behandlung von Musikinstrumenten, der Art des Spielens und der Nutzung und Gestaltung des (gemeinsamen) Spielraums. Die Skala der vokal-präverbalen Beziehungsqualität behandelt Einsatz und Ausdruck der Stimme, die Implikationen stimmlichen Einsatzes einerseits auf die intrapersonale Beziehung, also die Beziehung zur eigenen Stimme über die Körperlichkeit, und andererseits auf die interpersonale Beziehung zu anderen Menschen, sowie das präverbale Verhalten (Schumacher / Calvet 2007a: 81-83; Schumacher / Calvet / Reimer 2024: 43, 48). Die Skala der körperlich-emotionalen Beziehungsqualität umfasst Körperkontakt und andere körperliche Manifestationen von zwischenmenschlicher Beziehung, Blickkontakt und Affekte in der Bewegung, Haltung und Gestik. Sie ist besonders dann hilfreich und aufschlussreich, wenn das autistische Kind keinen oder nur kaum musikalischen oder stimmlichen Ausdruck zeigt. Die Skala der therapeutischen Beziehungsqualität ist fokussiert auf den Ausgangszustand des Kindes, auf den affektiven Zustand der Therapeut:innen und wie sie sich auf das Kind und seinen Zustand beziehen, Interventionsmethoden und deren Fokusse und musikalischen Parameter, sowie die Schaffung und Gestaltung von Spielraum (Schumacher / Calvet 2007a: 84-86; Schumacher / Calvet / Reimer 2021: 123; Schumacher / Calvet / Reimer 2024: 37, 54).

Modus 0 steht für Kontaktlosigkeit und bedeutet, dass das Kind nicht nach außen hin merkbar auf seine Umwelt und die angebotenen Reize reagiert. Instrumente werden genauso ignoriert wie die Therapeut:innen, ihre Funktion wird nicht erkannt, auch nicht wenn die Instrumente angespielt werden. Das Kind scheint sich in seinen Stereotypen verstecken zu wollen, eine Integration von Reizen kann nicht bemerkt werden. Es wird keine Sprachfähigkeit beobachtet und Laute oder Vokalisierungen des Kindes haben keine kommunikativen

Charakter. Blickkontakt kommt nicht zustande und der affektive Ausdruck des Kindes kann nicht oder nur schwer interpretiert werden. Interventionen sollen zu diesem Zeitpunkt eine beziehungsermöglichende Atmosphäre schaffen, Kontakt darf aber nicht erzwungen werden (Schumacher 2000: 116-118; Schumacher / Calvet 2007a: 83-87; Schumacher / Calvet / Reimer 2024: 37-38, 43, 48-49, 55-56).

Modus 1 steht für Kontakt-Reaktion und bedeutet, dass das Kind einen Reiz offensichtlich wahrnimmt, es aber unklar ist, ob daraus auch tatsächlich Kontakt entstehen kann oder wird. Wenn Kontakt entsteht, ist er sehr kurz, und in der Regel reagiert das Kind auf die Musik selbst und nicht auf den Menschen. Es nimmt Angebote, Instrumente selbst zu spielen, nicht an. Seine Wahrnehmung scheint nur über einen einzigen Wahrnehmungskanal zu funktionieren, wobei erste stimmliche Ausdrücke als Vitalitätsaffekte von innerer Bewegung gedeutet werden können. Das Kind kann kurzen, passiven Körperkontakt zulassen. Interventionen zielen auf die intermodale Verknüpfung von Reizen ab, vor allem auf das Hörbarbachen der zumeist stereotypen Bewegungen im Raum, und werden zumindest für kurze Zeit vom Kind registriert (Schumacher 2000: 116-119; Schumacher / Calvet 2007a: 83-87; Schumacher / Calvet / Reimer 2024: 38, 44, 49, 56-57).

Modus 2 steht für funktional-sensorischen Kontakt und bezeichnet das Verhalten eines Kindes, das Kontakt herstellt, um seine eigenen sensorischen Bedürfnisse zu stillen, ohne aber den anderen Menschen wahrzunehmen oder sich auf ihn zu beziehen. Es werden Stimuli über zumindest zwei Wahrnehmungskanäle koordiniert. Der körperliche Ausdruck und die Atmosphäre sind von innerer Spannung geprägt, die oft in (Auto-)Aggressionen mündet. Die Stimme dient mittels unkontrollierten Lauten und Vokalisierungen als Ausdruck der inneren Spannung oder von Bedürfnissen, aber in rein funktionalisierter und nicht kommunikativer Form. Dazu kommt das Explorieren von Instrumenten nicht in ihrer Funktion als Musikinstrument, sondern in ihrer Materialität, indem Kinder es ertasten, befühlen, daran lecken oder riechen. Instrumente können auch zu Spielzeug für stereotypisierte Handlungen werden oder Gefahr laufen, destruktiven Affekten zum Opfer zu fallen. Therapeut:innen sollen sich in diesem Modus funktionalisieren lassen und sich auf körperlichem, stimmlichem oder musikalischem Wege auf das Kind einstimmen und seine Affekte abstimmen (Schumacher 2000: 116-119; Schumacher / Calvet 2007a: 83-87; Schumacher / Calvet / Reimer 2024: 38-39, 44-45, 49-50, 57-58).

Modus 3 steht für Kontakt zu sich selbst und wird auch mit den Begriffen Selbsterleben und Selbstempfinden beschrieben. Das Kind wird sich seiner Urheberschaft bewusst, woraufhin Instrumente, die nun in ihrer Funktion als Musikinstrumente erkannt werden, und die eigene Stimme auf ihre musikalischen Eigenschaften und andere Ausdrucksmöglichkeiten hin

exploriert werden und so ein Spielraum geschaffen wird. Reize werden über die drei Wahrnehmungskanäle Hören, Sehen und Tasten koordiniert. Körperkontakt wird mit dem Ausgangspunkt der Selbst-Kohärenz und im Kontext der eigenen Urheberschaft initiiert und verarbeitet, um durch den Körper und die Selbstwirksamkeit des anderen die eigene Körperlichkeit und Selbstwirksamkeit zu erfahren und zu lernen. Die körperlichen, stimmlichen oder musikalischen Handlungen des Kindes werden von Therapeut:innen umspielt, begleitet und besungen, mit dem Ziel, dem Kind seine eigene Körperlichkeit, Urheberschaft und Ausdruck bewusst zu machen und deren Exploration zu unterstützen (Schumacher 2000: 117-119; Schumacher / Calvet 2007a: 83-87; Schumacher / Calvet / Reimer 2024: 39-40, 45, 50-51, 58-59).

Modus 4 steht für Kontakt zum Anderen und wird auch mit dem Begriff Intersubjektivität in Beziehung gesetzt. Er wird auch mit Ich-und-Du-Empfindung beschrieben. Das Kind ist sich seiner eigenen Empfindung und Urheberschaft bewusst und koordiniert Stimuli über mindestens drei Wahrnehmungskanäle. Instrumente werden ihrer Funktion nach erkannt und gespielt und Therapeut:in und Kind nähern sich spielend und stimmlich vor allem im Bereich der Tonhöhen aneinander an, auch wenn das Zusammenspiel noch nicht in allen anderen Aspekten funktioniert. Therapeut:innen werden als Menschen wahrgenommen und es kommt zu Momenten der sozialen Rückversicherung, der *joint attention* und der Ausprägung von gemeinsamen Interessen und Intentionen, die auch stimmlich oder musikalisch ausgedrückt und gehalten werden können, auch wenn zumeist noch kein tatsächlicher Dialog entsteht (Schumacher 2000: 120; Schumacher / Calvet 2007a: 83-87; Schumacher / Calvet / Reimer 2024: 40, 45-46, 51, 59-60).

Modus 5 steht für Beziehung zum Anderen und wird sowohl mit Interaktivität als auch mit Ich-und-Du-Bewusstsein beschrieben. Kinder nehmen andere Menschen als solche wahr und reagieren auf sie und können alle Stimuli koordinieren und integrieren. Sie treten dialogisch mit Therapeut:innen in Kontakt und können diesen Kontakt auch zu einem organischen Ende bringen. Therapeut:innen können sich selbst an diesem Punkt auch als separat vom Kind und in ihrem musikalischen Ausdruck als sein Gegenüber wahrnehmen. Im musikalischen Spiel finden Klient:innen und Therapeut:innen immer besser in ein gemeinsames Spiel und einen Dialog in dem auch die Therapeut:innen eigene Ideen einbringen können. Imitation und Frage-und-Antwort-Spiele werden häufiger, dauern länger an und enthalten mehr stimmlichen Ausdruck. Das Kind initiiert und genießt Körperkontakt und sucht regelmäßig Blickkontakt (Schumacher 2000: 120; Schumacher / Calvet 2007a: 83-87; Schumacher / Calvet / Reimer 2024: 40-41, 46, 51-52, 60-61).

Modus 6 steht für Begegnung und wird mit dem Begriff Interaffektivität in Zusammenhang gebracht. Die Beziehung zwischen Kind und Therapeut:in ist gefestigt und die beiden können miteinander Affekte teilen. Die Spielfähigkeit des Kindes wird immer ausgeprägter, indem es Assoziationen herstellen und Gefühlszustände spielerisch ausdrücken kann. Auch die Stimme wird spielerisch zum Ausdruck verschiedener Affekte benutzt, vor allem mithilfe von Nonsens-Silben, -Reimen oder -Liedern. Der Körper und Blickkontakt des Kindes unterstützt den affektiven Ausdruck. Therapeut:in und Kind arbeiten gemeinsam und spielerisch ein vom Kind eingebrachtes Thema und haben Freude am gemeinsamen Tanzen und Musizieren, wobei Rollentausch und neue Themen von Therapeut:innenseite aus eingeleitet werden können (Schumacher 2000: 121; Schumacher / Calvet 2007a: 83-87; Schumacher / Calvet / Reimer 2024: 41, 46-48, 61-62).

Werden Skalen mit insgesamt acht Modi verwendet, steht Modus 7 für den verbal-musikalischen Raum. Assoziationen des musikalischen Spiels oder des stimmlichen Einsatzes können in Form von Beschreibung oder Reflexion verbalisiert werden. Interventionen zielen dabei darauf ab, emotionale Erfahrungen mit der Sprache des Kindes zu verknüpfen, was durch sprachliche Reflexion, auch in Form von Liedern, und Introspektion unterstützt wird (Schumacher / Calvet 2007a: 83-88).

Die Bewertung und Einschätzung von Beziehungen, Interventionen, Therapieeinheiten oder -ausschnitten anhand der Skalen soll, mittels Videomitschnitt, vor allem von unabhängigen und ausgebildeten Dritten erfolgen, die bei der tatsächlichen Therapieeinheit nicht anwesend waren. Um sicherzustellen, dass die Skalen dafür auch geeignet sind und brauchbare Ergebnisse geliefert werden können, wurde die Interrater-Reliabilität getestet mit dem Ergebnis, dass dieselben Filmsequenzen von dazu speziell ausgebildeten Personen anhand der verschiedenen Skalen grundsätzlich gleich eingeschätzt werden (Schumacher / Calvet / Reimer 2018: 204-207; Schumacher / Calvet / Reimer 2021: 125; Schumacher / Calvet / Reimer 2024: 10-11).

Das Instrument wurde bisher auch für andere Anwendungsbereiche adaptiert, wie beispielsweise für Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, mit schwerer Mehrfachbehinderung oder mit Intelligenzminderung (Schumacher / Calvet / Reimer 2024: 11-12). Außerdem gibt es neuerdings auch den Ansatz, Modus 7 auf allen Skalen auszuklammern und stattdessen eine fünfte Sprachskala zu etablieren, die von Modus 0 mit keinen sprachlichen Äußerungen, über Modus 2 mit funktionalisierender Sprache oder Modus 3 mit bewussten Äußerungen bis hin zu Modus 6 mit Sprachspielen und sogar Modus 7 im Sinn der Reflexion reicht (Schumacher / Calvet / Reimer 2024: 77).

5. Synchronizität/Synchronisation

Synchronisation wurde bereits von Bruscia in seiner Klassifikation musiktherapeutischer Interventionsmethoden als Methode angeführt: „Synchronizing: doing what the client is doing at the same time“ (Bruscia 1987: 535). Diese hier sehr kurz beschriebene zeitliche Abstimmung, die sich auf die körperliche bis zur klanglichen Ebene beziehen kann, ist in weiterer Folge nicht in sich als alleinstehende Intervention zu betrachten, sondern wird auf verschiedene Weisen als grundlegendes Konzept für Musiktherapie oder zumindest als integraler Bestandteil des Konzepts verstanden, auf Basis dessen Entscheidungen zu Interventionen getroffen werden. In der Literatur zu Musiktherapie werden mehrere sogenannte relevante Momente diskutiert, die einerseits als intensives und hervorstechendes Phänomen erlebt werden, und die andererseits auch als wichtige Bestandteile oder Meilensteine im Rahmen der Therapie konzeptualisiert werden (Coomans 2018: 338). Zumeist haben diese Momente mit Veränderung oder Wendepunkten im therapeutischen Prozess zu tun und können nicht mittels Interventionen erzwungen werden, auch wenn die Interventionen und die grundlegende Haltung der Therapeut:innen solche Momente fördern sollen (Coomans 2018: 345-347). Synchronizität oder Synchronisation ist dabei nur ein Beispiel, wobei dafür die Begrifflichkeit nicht eindeutig definiert ist. Es gibt mehrere verschiedene Konzepte von Synchronizität in der Musiktherapie, die sich in vielen Fällen ähneln und überschneiden, sich aber dennoch auch zentral voneinander unterscheiden, beispielsweise im zugrundeliegenden theoretischen Modell oder der Zielgruppe der Therapie. Es gibt auch einige Studien zu Synchronizität die sich auf die Fähigkeit konzentrieren, zu nicht-sozialen Stimuli zu synchronisieren, sowie das Konzept von Interaktionssynchronisation, das sich rein auf die motorische Ebene als Abstimmung von Bewegungen und Verhalten bezieht und in dieser Form als nötige Vorstufe zu Kommunikation, Kooperation, Affektregulierung und Empathie gesehen wird. Gerade Menschen mit Autismus zeigen eine Präferenz und eine bessere Synchronisationsfähigkeit zu nicht-sozialen Stimuli sowie Beeinträchtigungen der motorischen Domäne. Im Rahmen der Musiktherapie für Autismus-Spektrum-Störungen und speziell in Schumachers Konzept ist aber die interpersonale Synchronizität von viel größerer Bedeutung, also die Synchronisation zu sozialen Reizen, als die Synchronisation zu nicht-sozialen Stimuli (Coomans 2018: 342-344; Honisch et al. 2021: 2; Laqua / Bergmann 2019: 147; Xavier et al. 2016: 421). Im Folgenden wird Synchronizität als Konzept im Rahmen von Schumachers Therapieansatz erläutert, und anschließend werden weitere Konzeptualisierungen im Rahmen von Musiktherapie für Autismus-Spektrum-Störungen vorgestellt.

5.1. Synchronisation bei Schumacher

Für Schumachers entwicklungspsychologisch fundierte Musiktherapie wird Synchronizität definiert als „Momente der genauen zeitlichen Übereinstimmung zweier Menschen im gemeinsamen musikalischen Spiel und deren affektive Auswirkung“ (Schumacher / Calvet 2007b: 27). Synchronizität ist aber nicht nur ein Phänomen der Musiktherapie oder der Musik, sondern tritt in jeglichem Kontext von sozialer Interaktion, Kontakt und Beziehung auf. Wenn zwei Menschen miteinander interagieren, synchronisieren sich beispielsweise ihre Bewegungen, oft auch ihr Ton oder andere Parameter ihrer Sprache. Bleiben diese synchronen Momente aus, ist die Interaktion nicht erfolgreich und die zwei Menschen stehen nicht in gutem und ausreichendem Kontakt zueinander. Solche Anpassungen hin zur körperlichen Synchronizität können auch zwischen Bezugspersonen und ihren nicht beeinträchtigten Säuglingen beobachtet werden. Später werden auch die stimmlichen Äußerungen aufeinander abgestimmt, sodass es zeitliche Synchronizitäten zwischen Kind und Bezugsperson gibt, die in der Regel als positiv wahrgenommen werden. Bei sich normal entwickelnden Säuglingen treten synchrone Momente am häufigsten zwischen dem dritten und sechsten Lebensmonat auf. Ihre Häufigkeit kann als Hinweis darauf dienen, ob Kind und Bezugsperson eine sichere Bindung nach der Bindungstheorie von Bowlby (1958) und Ainsworth (1969) entwickeln werden. Bei unsicherer Bindung bleiben synchrone Momente oft gänzlich aus, entweder weil die Bezugsperson es nicht schafft, rechtzeitig und adäquat auf Äußerungen des Kindes zu reagieren, oder weil das Kind die Reaktionen beispielsweise aufgrund einer Beeinträchtigung nicht wahrnehmen kann (Calvet / Schumacher 2021: 136; Honisch et al. 2021: 1; Schumacher / Calvet 2007b: 39-40; Schumacher / Calvet 2021b: 628-629).

Synchronizität und Affektabstimmung, bei der emotionale Zustände und Stimmungen miteinander geteilt werden, stehen in engem Zusammenhang. „Folgt man der Definition von Synchronisation, die eine zeitliche Übereinstimmung beschreibt, so meint Affektabstimmung eine darüber hinausgehende gefühlsmäßige, die sich vor allem in den Parametern Intensität und Dynamik ablesen lässt“ (Schumacher / Calvet 2007b: 41). Vor allem Blickkontakt spielt als Medium für interpersonale Synchronizität und Affektabstimmung eine tragende Rolle, wobei vorrangig der Austausch positiver Affekte motivierend wirkt. Gleichzeitig treten synchrone Momente immer häufiger auf, wenn der Säugling sich so weit entwickelt hat, um Blickkontakt als Reiz zu regulieren und ihn aufrechtzuerhalten können. Auf Basis dessen entwickeln sich dann weitere Fähigkeiten wie die geteilte Aufmerksamkeit, soziale Rückversicherung oder Empathie (Schumacher / Calvet 2007b: 42; Schumacher / Calvet / Reimer 2018: 200).

In Schumachers Musiktherapie werden synchrone Momente vor allem deswegen als relevant angesehen, weil sie emotionale Veränderung mit sich bringen (Schumacher 2007b: 43). „Durch synchrone Momente sind erste Kontaktreaktionen zu beobachten“ (Schumacher 2015: 201). Sie gelten in der Regel als positive Erfahrungen und wirken motivierend, sodass das Kind lernt, synchrone Momente und damit Kontakt und Beziehung zu suchen. Grundsätzlich werden, in Anlehnung an Sterns Konzept, zwei Arten von Synchronizität unterschieden: Intra-Synchronisation und Inter-Synchronisation. Bei Intra- oder auch Selbst-Synchronisation handelt es sich um die Synchronizität des eigenen Körpers und des eigenen Handelns. Erst, wenn diese Empfindung der Synchronizität als Selbst-Kohärenz gegeben ist, können auf Basis des Kernselbst Reize aus der Umwelt und Erfahrungen sinnvoll verarbeitet werden, weswegen diese Art der Synchronizität für das entwicklungspsychologische Therapiekonzept von großer Bedeutung ist (Schumacher / Calvet 2007b: 43; Schumacher / Calvet 2021b: 630; Stern 1985: 83-84).

[Dabei] sind die zeitlichen Strukturen im Körper einer Person aufeinander abgestimmt, das heißt Gesichtsausdruck (Mimik), Körper (Gliedermaßen, Rumpf) bewegen sich auf den Sekundenbruchteil in genauer Übereinstimmung. Sobald ein sprachlicher Ausdruck hinzukommt, ist auch dieser mit den Bewegungen des Körpers koordiniert (Schumacher / Calvet 2007b: 43).

Im Fall der Inter- oder auch Interaktions-Synchronisation stimmen die zeitlichen Strukturen von mindestens zwei Personen genau überein. Auf Basis dieser zeitlichen Übereinstimmung kann es vermehrt auch zu affektiven Übereinstimmungen kommen, die dann als inter-affektive Synchronisation bezeichnet wird und aufgrund übereinstimmender Lautstärke und Intensitätskontur zustande kommt (Schumacher / Calvet 2007b: 43-44; Schumacher / Calvet 2021b: 630). Die verschiedenen Arten der Synchronizität können sich auch unterschiedlich ausdrücken, beispielsweise körperlich, instrumental oder vokal. Gerade die Interaktions-Synchronisation funktioniert auch über mehrere Ausdrucksformen, die intermodal zusammenhängen können, beispielsweise indem eine Bewegung instrumental genau erfasst und mitvollzogen wird. Weiters werden auch diskrete und offensichtliche Synchronizitäten unterschieden, wobei diskret bedeutet, die Synchronizität tritt wie zufällig oder beiläufig auf und wird daher wahrscheinlich auch nicht so intensiv wahrgenommen. Offensichtliche Synchronizität dauert dagegen länger an und die dadurch entstandene emotionale Veränderung ist gut beobachtbar. In ihrer vollständigen Form ist sie von einem Einschwingungsvorgang, beispielsweise Einatmen, sowie einem Ausschwingungsvorgang, also einem eindeutigen Ende mit darauffolgender Pause, geprägt, die dazu genutzt werden kann, eine Wiederholung einzuleiten. Musikalische Parameter wie Rhythmus oder Intensität sowie der affektive Ausdruck stimmen längerfristig überein und etwaige *ritardandi* oder *accelerandi* werden gemeinsam vollzogen (Schumacher / Calvet 2007b: 44-45; Schumacher / Calvet 2021b: 630-631).

Im Kontext der Musiktherapie ereignen sich synchrone Momente vorrangig im Zuge von Improvisation (Schumacher / Calvet 2007b: 45). Eine Voraussetzung dafür ist der elementare Musikbegriff, der weniger ein Attribut für die entstandene Musik ist, sondern mehr für die Haltung und die musikalische Beziehungsfähigkeiten der Musiktherapeut:innen steht (Schumacher / Calvet 2007b: 29-30). Basierend auf dem Orffschen Musikbegriff beschreibt elementare Musik

ein methodisches Vorgehen, das die unterschiedlichen Ausdrucksbereiche des Menschen nicht getrennt behandelt. Begreift man Musik, Bewegung, Sprache und szenische Darstellung als Einheit, so ergibt sich ein fließender Übergang vom körperlichen zum stimmlichen oder instrumentalen Ausdruck (Schumacher / Calvet 2007b: 30).

Elementar bezieht sich für diesen Kontext auf etwas einfaches, schon allein deswegen, weil die Fähigkeiten und die Ausdrucksmöglichkeiten eines Säuglings im herkömmlichen Sinn nichts anderes sein können. Einfach bedeutet jedoch weder simpel noch wertlos. Therapeut:innen müssen sich musikalisch auf die Äußerungen des Kindes einstellen, passend darauf reagieren, und so Kontakt herstellen; es handelt sich dabei also um die von Schumacher geforderte kontakterwartende Haltung dem Kind gegenüber (Schumacher 1994: 8; Schumacher / Calvet 2007b: 30-31). Dies sei dann elementar, „wenn es dieselben [...] Laute, Tonfolgen, Motive, vor allem aber auch die Klangfarbe, das Timbre der kindlichen Äußerung mit seinen zeitlich noch nicht strukturierten und leicht wiederholbaren Rhythmen aufnimmt und einbindet“ (Schumacher / Calvet 2007b: 31).

Synchrone Momente helfen dabei, wichtige Entwicklungsschritte der frühen Kindheit nachzuholen. Darunter fallen unter anderem die Erfahrung der Affektabstimmung, die Integration mehrerer Umweltreize und Sinneseindrücke, die Wahrnehmung des eigenen Körpers, daraus folgend die eigene Urheberschaft, oder das Teilen von Intention, Wünschen, Interessen und Freude (Schumacher / Calvet 2007b: 46). Synchronizität ist dabei vor allem von einem Einschwingungsvorgang geprägt, der bei einer Beeinträchtigung der sozialen Interaktion und Beziehungsfähigkeit oftmals einfach fehlt. Kinder, denen die Erfahrung der Synchronisation und der Gemeinsamkeit fehlt, erleben solche Momente eher nur durch Zufall, besonders deswegen, weil sie nicht erzwungen werden können. Allerdings kann das musikalische Spiel oder die dadurch angegliche Atmung den Einschwingungsvorgang erleichtern, sodass bestimmte Interventionen das Eintreten synchroner Momente fördern können (Schumacher / Calvet 2007b: 46-47; Schumacher / Calvet 2021b: 631).

Eine mögliche Intervention ist das musikalische Spiel, das nicht auf die Herstellung von Kontakt aus ist, sondern eine Atmosphäre im Raum erzeugt, die das Kind „einhüllt“. So können beispielsweise die körperlichen Stereotypen, die von fehlender Intra-Synchronizität zeugen, oder der Gemütszustand der Therapeut:innen ausgedrückt werden, was dem Kind vermitteln soll,

dass es in seinem Zustand akzeptiert wird und keine Erwartungen zu erfüllen hat (Schumacher / Calvet 2007b: 47-48). Indem Therapeut:innen eine körperliche oder stimmliche Stereotypie mit dem Kind mitvollziehen, kann ebenfalls Synchronizität entstehen. Lassen Kinder gemeinsame Bewegungen wie beispielsweise eine Schaukelbewegung oder das Mitvollziehen von Vokalisierungen zu, können sie so in einem ersten Stadium selbst Kontakt und synchrone Momente von sich aus suchen, die in ihr stereotypes Verhalten eingebettet sind. Therapeut:innen können in diesem Fall die stimmlichen Ausdrücke des Kindes nicht nur mitvollziehen, sondern auch versuchen, sie auszufüllen oder ihnen einen Rahmen zu geben. Synchrone Momente im Sinn von zeitlicher Übereinstimmung oder Phasengleichheit können entstehen, wenn sich Atmung, Intensität, Timbre und Tonhöhe aneinander anpassen. Solche Arten von Synchronisation können für einen längeren Zeitraum anhalten und währenddessen mehrmals vom Kind ausgehende synchrone Momente entstehen. Ein gewisses Maß an Intra-Synchronizität muss bereits vorhanden sein, um diese Form an Inter-Synchronizität mitvollziehen und aushalten zu können (Schumacher / Calvet 2007b: 48-50; Schumacher / Calvet 2021b: 631). Auch wenn Kinder die Ausgestaltung der gemeinsamen Vokalisierungen noch nicht bis hin zu einer Spielform mitvollziehen können, kann doch deutlich werden, dass sie Freude an der Gemeinsamkeit empfinden und ein unbewusstes Bedürfnis für synchrone Momente entwickeln. So wird Wiederholung wichtig, was sich dann als schwierig gestaltet, wenn das Kind noch keinen Einschwingvorgang wie gezieltes Einatmen vor einer Lautierung entwickelt hat (Schumacher / Calvet 2007b: 52; Schumacher / Calvet 2021b: 632).

Weiters kann körperliche Bewegung direkt musikalisch ausgedrückt werden, anstatt die Stimmung als Atmosphäre einzufangen, um so ein Kontaktangebot zu schaffen. Bei fehlender Intra-Synchronizität des Kindes kann sich das als schwierig erweisen, da die Bewegungen oft unrhythmisch, unkoordiniert und damit nur schwer vorauszusagen sind. Entsteht trotzdem ein Moment der diskreten Synchronizität aufgrund des übereinstimmenden Vitalitätsaffekts, nimmt das Kind dies zumeist wahr und es ist ein Moment des gelungenen Kontakts, auch wenn das Kind nicht weiter darauf reagieren muss (Schumacher / Calvet 2007b: 48-49; Schumacher / Calvet 2021b: 631). Ist das Kind schon einen Entwicklungsschritt weiter und kann zwei Reize verschiedener Modalitäten miteinander verknüpfen und so verschiedene Wahrnehmungskanäle integrieren, kann das musikalische Mitvollziehen körperlicher Stereotypen zu einem intensiveren Kontakterlebnis führen. Entsteht ein synchroner Moment, beispielsweise durch die exakte Hörbarmachung einer Bewegung in Intensität und Rhythmus, und erkennt das Kind dies als den gleichen Ausdruck des eigenen Handelns auf einer anderen Wahrnehmungsebene, sucht es nach dem Ursprung der Musik und kann so den oder die Therapeut:in entdecken, was oftmals

einen ersten Blickkontakt mit sich bringt. Wird dieser als soziale Rückversicherung interpretiert, kann so eine beginnende Entwicklung der Inter-Subjektivität beobachtet werden (Schumacher / Calvet 2007b: 50-51).

Wenn im Zuge dieser Entwicklung die Erkenntnis noch nicht erlangt wurde, dass jeder Mensch ein subjektives Selbst und damit von allen anderen Menschen in seiner subjektiven Wahrnehmung getrennt ist, bringt das Bedürfnis nach Beziehung und Synchronizität eine Funktionalisierung der Therapeut:innen mit sich. Das macht sich in vom Kind geforderten Wiederholungen von Synchronizität deutlich, was zeigt, welche Auswirkungen Synchronizität auf das Kind haben kann. Wenn noch keine Inter-Subjektivität ausgebildet wurde, werden Wiederholungen vom Kind oft ohne Einschwingungsvorgang initiiert und Therapeut:innen so funktionalisiert, da sie ohne nötiges Zeichen in die Gemeinsamkeit finden sollen. Haben Kinder den nötigen Entwicklungsschritt hin zur Inter-Subjektivität gemacht, kann ein Einschwingungsvorgang ihrerseits für Synchronizität beobachtet werden. Sie nehmen Therapeut:innen als Gegenüber wahr und können so weitere Erfahrungen der eigenen Urheberschaft machen (Schumacher / Calvet 2007b: 51-53; Schumacher / Calvet 2021b: 631-632). So kann auch Affektabstimmung gelingen, sowie das Kind erfahren, dass sein Affekt und seine Handlung zusammenhängen. Die Gemeinsamkeit des geteilten Affekts kann noch weiter intensiviert werden, wenn das Kind Sprache grundsätzlich verstehen kann und Therapeut:innen sein Tun besingen. So kann Gemeinsamkeit auch auf einer mentalen Ebene entstehen und ein Gefühl des „gegenseitigen Verstehens“ aufkommen (Schumacher / Calvet 2007b: 54; Schumacher / Calvet 2021b: 631).

Grundsätzlich kann beobachtet werden, dass synchrone Momente sich positiv auf die Integration von Sinneswahrnehmungen, die Affektregulierung und die Wahrnehmung der Selbstwirksamkeit auswirken. Synchronizität verursacht Affekte, die das Kind zu regulieren lernen muss. Dafür ist eine andere Person nötig, die hilft, diese Veränderungen zu integrieren. Dies geschieht zumeist nicht sofort, da Kinder mit Autismus diese Art der psychischen Nähe oftmals nicht kennen oder nur kaum erfahren haben. So kann es passieren, dass sie sich nach anfänglicher Synchronizität und gelungenem Kontakt zurückziehen und andere, bewährte Wege suchen, wie Stereotypen, um mit den Reizen und Affekten umzugehen. Je weiter sie in der Entwicklung ihrer Selbstempfindung und der Koordinierung und Integration ihrer Sinneswahrnehmungen kommen, desto mehr wirken Affekte synchroner Momente beziehungsfördernd und werden integriert. Die Reaktion auf synchrone Momente ist also vom Entwicklungsstand des Kindes abhängig und kann mittels EBQ-Instrument einem Modus, also einem von außen beobachtbaren Entwicklungsstand, zugeordnet werden (Schumacher / Calvet 2007b: 57; Schumacher / Calvet 2021b: 632).

Bei Modus 1, Kontakt-Reaktion, nimmt das Kind die diskrete Synchronizität nur flüchtig wahr und zieht sich daraufhin entweder rasch zurück, um weiteren Kontakt zu vermeiden, oder es verhält sich so, als wäre gar nichts passiert. Bei Modus 2, funktional-sensorischem Kontakt, in dem die andere Person noch nicht als solche wahrgenommen werden kann, können synchrone Momente und die damit verbundenen Affekte zu (Auto-)Aggressionen führen, da das Kind nicht weiß, wie es sonst mit den Reizen und der emotionalen Veränderung umgehen soll. Bei Modus 3, Kontakt zu sich selbst, hat das Kind bereits Momente der Intra-Synchronizität erlebt. Auf Basis dessen können im weiteren Verlauf Momente der Inter-Synchronizität integriert werden (Schumacher / Calvet 2007b: 57-58).

In Modus 4, Kontakt zum Anderen, suchen Kinder am häufigsten nach synchronen Momenten. Während Synchronizität in den vorhergehenden Modi von Therapeut:innenseite ausgeht und sich auf das Kind fokussiert, kann in diesem Modus die Entwicklung von *joint attention* hin zur gemeinsamen Fokussierung eines Objekts beobachtet werden, die so einen geteilten affektiven Zustand entstehen lässt. So wird die andere Person häufig im Zuge synchroner Momente wahrgenommen, was die Grundlage für Inter-Subjektivität darstellt. In Modus 5, Beziehung zum Anderen, suchen Kinder nicht mehr so häufig aktiv Synchronizität als neue Erfahrung, da sie die dadurch entstandene emotionale Veränderung integrieren können. In diesem Modus kommt erstmals ein echter Austausch zustande, da nun dialogisches Spiel zum synchronen Spiel hinzukommt. Das Kind entwickelt die Erfahrung der Inter-Subjektivität. Modus 6, Begegnung und Interaffektivität, ist geprägt von offensichtlicher Freude synchroner Momente, die im gemeinsamen Spiel entstehen, sei es synchrones oder ein Wechselspiel. In Modus 7, dem verbal-musikalischem Raum, kann gut beobachtet werden, ob sich Tonfall und Körperhaltung im sprachlichen Austausch auf die Gesprächspartner:innen beziehen und so synchrone Momente entstehen. Um Sprache sinnvoll als kontakt- und beziehungsstiftendes Medium einsetzen zu können, muss Synchronizität im Verlauf der Entwicklung bereits erlebt und integriert worden sein (Schumacher / Calvet 2007b: 58-59).

5.2. Weitere Konzeptualisierungen

Eine sehr ähnliche Einstellung zum bisher beschriebenen Konzept Synchronizität verfolgt Plahl in ihrer Studie zu präverbaler Kommunikation im Rahmen von Musiktherapie. Synchronizität wird dabei als ein Charakteristikum sozialer Interaktion angesehen, das in Musiktherapie in Form von Resonanz jeglicher Ausdrücke und jeglichen Verhaltens des Kindes zutage tritt. Die Improvisation dient dabei nicht lediglich als Begleitung des Kindes, sondern als Feedback und

Hörbarmachen aller seiner inneren und äußeren Regungen. Das Kind wird so in seiner Selbstwahrnehmung, -regulierung und -wirksamkeit gefördert und gestärkt (Plahl 2007: 42).

In Folgestudien zu TIME-A, in der kleinere Datensamples der vorhergegangenen Studie anhand anderer Kriterien und mit einer neuen Perspektive ausgewertet wurden, sehen Mössler und Kolleg:innen Synchronizität und synchrone Momente eingebettet in affektive und musikalische Abstimmung, die während der Musiktherapie erreicht werden soll, um die Emotionsregulierung sowie die Integration von Umweltreizen zu fördern. Synchrone Momente fungieren dabei nicht als hervorstechende relevante Momente, sondern es sind der generelle Zugang und die Abstimmung der Therapeut:innen, die die Kommunikationsfähigkeit, die Selbstwahrnehmung und die Fähigkeit zur geteilten Aufmerksamkeit des Kindes fördern (Mössler et al. 2019: 2796; Mössler et al. 2020: 3922). Nicht vorrangig synchrone Momente bringen demnach die emotionale Veränderung, sondern das Verhalten, das Therapeut:innen grundsätzlich an den Tag legen, um sich auf das Kind einzustellen. „Within these attuned musical exchanges, the infant experiences being experienced and understood emotionally“ (Mössler et al. 2019: 2796).

Autismus-Spektrum-Störungen werden unter anderem vorrangig als Bewegungsstörungen angesehen, bei denen die Beeinträchtigungen der sozialen Domäne den motorischen Beeinträchtigungen nachfolgen und die Häufigkeit von synchronen Bewegungen die Ausprägung der Fähigkeit zu Empathie voraussagen kann. Menschen mit Autismus haben dabei nicht nur grundsätzlich Schwierigkeiten mit ihren motorischen Fähigkeiten, sondern sie können diese auch nicht beispielsweise an ein rein akustisches Signal oder an die Stimuli einer anderen Person anpassen, so wie es gleichaltrige normalentwickelte Personen können. In diesem Fall werden Synchronisationsprozesse zum Großteil als Förderung der Koordination des eigenen Körpers sowie mit der Psychomotorik der jeweils anderen Person genutzt. Dafür kann einerseits Schumachers Konzept der Intra-Synchronizität hilfreich sein, andererseits kann die Skala der körperlich-sozialen Beziehungsqualität des EBQ-Instruments eine Basis für operationalisierbare Ziele bieten (Koehne et al. 2016: 8; Laqua / Bergmann 2019: 147; Tryfon 2017: 52; Xavier et al. 2016: 422-423; Yoo / Kim 2018: 341-342).

Kim, Wigram und Gold untersuchten in ihrer Studie den Einfluss von musiktherapeutischer Improvisation auf die Fähigkeit zur *joint attention* autistischer Kinder. Synchronizität und synchrone Momente werden dabei als Zeichen von geteilter Aufmerksamkeit angesehen. Der Begriff musikalische Abstimmung wird dabei als Interventionsart beschrieben, bei der sich Therapeut:innen ganz auf die musikalischen und nicht-musikalischen Äußerungen des Kindes einstellen und so versuchen, synchrone Momente herzustellen, bei denen das Kind erfahren

kann, dass die gespielte Musik sich auf sein eigenes Tun bezieht (Kim / Wigram / Gold 2008: 1758-1759).

Nielsen und Holck stellen vor allem die Interaktionssynchronisation in den Fokus von Musiktherapie, da diese Art der Synchronizität ein zentrales Element der normalen Entwicklung der Kommunikationsfähigkeiten sowie verschiedener Levels von Intersubjektivität eines Kindes darstellt und autistische Kinder gerade mit dem Erkennen von Vitalitätsformen und der Synchronisation zu Verhaltensmustern, Bewegungen und sozialen Reizen Schwierigkeiten haben. Durch diese Art der Synchronisation entstehen rhythmische Muster auf motorischer wie kommunikativer Ebene auch über verschiedene Wahrnehmungsmodi hinweg, mittels derer die sozialen Fähigkeiten eines autistischen Kindes im Zuge der Musiktherapie herausgebildet und gefördert werden können. In diesem Ansatz ist Interaktionssynchronisation nicht notwendigerweise mit einer affektiven Erfahrung verbunden, auch wenn die Affektabstimmung, in diesem Sinn die Synchronisation von Vitalitätsaffekten und -formen, als eine mögliche Ausprägungsform dieser Synchronizität gesehen wird. Die Autorinnen unterscheiden in ihrer Studie Synchronizität, die aufgrund von *rhythmical entrainment* entsteht, und solche, die als soziale Interaktion intendiert zustande kommt. *Rhythmical entrainment* beschreibt dabei das Phänomen des automatischen Impulses des menschlichen Körpers, sich motorisch an den Rhythmus von gehörter Musik anzupassen (Nielsen / Holck 2020: 113-116). Im Verlauf der Studie wurden drei Arten von Synchronizität unterschieden, die in ihrer entwicklungstechnischen Grundlage mit unterschiedlichen Ausprägungen und Komplexitäten von Intersubjektivität des Kindes in Zusammenhang stehen: von Therapeut:innenseite ausgehende Synchronizität, rhythmische Synchronizität auf Basis eines gemeinsamen musikalischen Pulses, und vom Kind ausgehende Synchronizität (Nielsen / Holck 2020: 119-120, 125-126).

6. Filmanalyse relevanter Fallbeispiele

Im Folgenden werden Ausschnitte eines von Schumacher und Calvet erstellten Lehrfilms analysiert, hinsichtlich der bisher erläuterten Aspekte zu Schumachers Musiktherapie, vorrangig mit Blickwinkel der Synchronizität. Dazu gibt es zwei Punkte, die es für den Zweck dieser Arbeit klarzustellen gilt: Einerseits habe ich weder eine musiktherapeutische Ausbildung, noch bin ich darin geschult, Mitschnitte von Musiktherapieeinheiten im Sinne des EBQ-Instruments oder in sonst einer fachlich etablierten Weise zu evaluieren. Ohne jegliche musiktherapeutische Ausbildung und Praxiserfahrung ist es daher für mich auch kaum möglich, selbst Daten zu erheben und in irgendeiner Weise sinnvoll auszuwerten. Das ist nicht der Anspruch dieser Arbeit. Andererseits handelt es sich hierbei um einen Lehrfilm, also eine Zusammenstellung an

Szenen und Sequenzen, die bereits voranalysiert und aufgrund ihres Bedeutungsgehalts hinsichtlich der musiktherapeutischen Arbeit mit autistischen Kindern für den Film ausgewählt wurden. Die ersten Schritte der Auswertung der Daten, also die Sichtung des gesamten Materials, die Segmentierung in bearbeitbare Abschnitte, die Auswahl relevanter Szenen, sowie eine Analyse hinsichtlich der Anforderungen eines Lehrfilms über Schumachers Konzept wurden bereits durchgeführt. In der folgenden Analyse bin ich also durch Schumachers Ausführungen bereits auf das vorliegende Material vorbereitet. Gleichzeitig können aus dieser Situation Vorteile gewonnen werden, da ich zwar durch die bisherige Recherche für diese Arbeit und durch Schumachers Erläuterungen informiert bin, aber dennoch ohne facheinschlägige Ausbildung relativ unvoreingenommen an das Material herantreten kann. Außerdem kann ich mich durch die Aufbereitung als Lehrfilm direkt auf relevante Momente fokussieren und das bisherige theoretische Gerüst an mehreren Fallbeispielen veranschaulichen.

In einem grundlegenden Schritt muss allerdings zuerst geklärt werden, in welchem Maß Videoaufnahmen und ihre Analyse für (Musik-)Therapie sinnvoll und machbar sein können. Videografie kann mehrere Rollen im Zuge der Therapie einnehmen; sie kann der nötigen Aufzeichnung der jeweiligen Einheiten sowie der Reflexion des therapeutischen Prozesses dienen, außerdem erlaubt sie eine erweiterte Analyse von Therapieeinheiten, die auf Basis eines reinen Gedächtnisprotokolls nicht möglich ist, oder es können Eindrücke aufgenommen werden, die den Therapeut:innen im Moment wegen des Blickwinkels oder der Flüchtigkeit des Phänomens nicht bewusst sind. Gerade im Fall von Klient:innen mit Beeinträchtigungen der Kommunikationsfähigkeiten kann eine Analyse von Videosequenzen Aufschluss über kleine und flüchtige Momente sozialer Interaktion geben. Wie im Fall des EBQ-Instruments kann sie so auch für Forschungszwecke und bei der Entwicklung beispielsweise von Analysetools nützlich sein. Gleichzeitig gibt es auch Dinge, die es zu beachten gilt. Je nach Klient:in, Setting und Therapieform muss entschieden werden, ob die Therapeut:innen selbst für die Kamera, also Position, Einstellung, Ein- und Ausschalten, verantwortlich sind, oder ob sich eine oder mehrere andere Personen darum kümmern und dafür sozusagen als Fremdkörper während der Therapie dabei sind. Wichtig ist dabei nicht nur die mögliche Präsenz anderer Personen zu bedenken, sondern auch die Tatsache, dass etwas Vergängliches durch den Mitschnitt festgehalten und reproduzierbar wird, wenngleich es sich bei der Aufnahme natürlich nicht um ein Äquivalent zur realen Begebenheit handeln kann. Dieses Festhalten kann allerdings einerseits für Therapeut:innen, andererseits auch für Klient:innen belastend sein, einerseits wegen des direkten Eingriffs in die Therapiesituation, andererseits auch wegen eines dadurch entstehenden Leistungsdrucks. Absoluter Vorteil sind die nachträgliche Analyse anhand des Videos als Zusatz zu Erinnerung und

Protokoll, sowie die Möglichkeit, das Video dritten zu zeigen. Das können beispielsweise ausgebildete Rater im Sinn der Auswertung anhand des EBQ-Instruments sein, es kann sich dabei aber auch um die Bezugspersonen der Klient:innen handeln, denen so die Entwicklung des Kindes veranschaulicht werden kann (Holck 2007: 29; Kowal-Summek 2012: 159-162; Schumacher 2000: 101-102).

Bei der Videografie als audiovisuellem Medium können verschiedene Aspekte aufgezeichnet und dadurch im Mittelpunkt der Analyse stehen. Das umfasst alles Hörbare, wie die Musik, Lautierungen des Kindes, Gesprochenes, oder andere Geräusche im Raum, sowie alles für die Kamera Sichtbare, wie Bewegungen, Mimik und Gestik. So werden affektive Ausdrücke des Kindes und vor allem Interaktionen festgehalten, die im Nachhinein auf Details hin untersucht werden können (Kowal-Summek 2012: 159-160). Gerade bei autistischen Kindern kann im Zuge der Videografie beobachtet werden, dass sie im Verlauf der Therapie nicht nur zu Therapeut:innen Kontakt und Beziehung aufbauen, sondern in gewisser Weise auch zur Kameraperson. Werden in früheren Modi des EBQ-Systems, das heißt während frühen Stadien der Entwicklung, weder Therapeut:in noch Kameraperson offensichtlich registriert, so wirft das Kind bei mehr Kontakt mehr und mehr Blicke zur Kamera und zur Kameraperson, die im Sinn der sozialen Rückversicherung verstanden werden können (Schumacher 2000: 104-105). Wichtig ist auch erneut zu betonen, dass Entwicklung nicht linear verläuft. Einzelne Entwicklungsschritte treten daher über den Verlauf von videografierten Therapieeinheiten möglicherweise nicht in der Reihenfolge auf, wie es beispielsweise die Ordinalskala des EBQ-Instruments suggeriert. Beim Medium Lehrfilm oder anderen Veranschaulichungen des Entwicklungsverlaufs können die einzelnen Videosequenzen entsprechend der linearen Entwicklung und nicht der Chronologie gereiht werden (Schumacher 2014: 113).

6.1. Analysekriterien

Der vorliegende Lehrfilm *Synchronisation* ist 2008 als DVD im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht erschienen. Er ist auf Deutsch oder Englisch abspielbar und in sechs Kapitel unterteilt, wobei das erste Kapitel, der Hauptfilm mit dem Titel „Auf der Suche nach der gemeinsamen Zeit – Synchronisation in der Musiktherapie bei Kindern mit Autismus“, das zu analysierende Material umfasst. In Kapitel zwei analysiert Musiker Manfred Hüneke mithilfe von grafischer Notation ausgewählte Szenen des Hauptfilms in Hinblick darauf, wie sich synchrone Momente in der gespielten Musik bemerkbar machen, und in Kapitel drei analysiert Tanz-Bewegungstherapeutin Petra Kugel dieselben Szenen aus dem Blickwinkel der erfolgten Bewegungen. In Kapitel vier veranschaulicht Schumacher anhand von Mitschnitten von Orchesterproben Intra-

und Intersynchronisation im Kontext des Musizierens. In Kapitel fünf erklärt Calvet die entwicklungspsychologischen Grundlagen von Synchronizität und welche Rolle sie in der Entwicklung spielt. Im abschließenden Kapitel sechs wird der zugehörige wissenschaftliche Artikel „Entwicklungspsychologisch orientierte Kindermusiktherapie – am Beispiel der ‚Synchronisation‘ als relevantes Moment“, erschienen 2007 im Sammelband *Kindermusiktherapie*, zum Nachlesen abgespielt.

Der zu analysierende Hauptfilm umfasst 37 Minuten und 39 Sekunden und ist so aufgebaut, dass Schumachers Erklärungen zu hören sind während Standbilder der folgenden Videoaufnahmen gezeigt werden. Zu Beginn des Films handelt es sich bei Schumachers Ausführungen um grundlegende Erläuterungen zu Intra- und Intersynchronisation und ihre Bedeutung für autistische Kinder und Musiktherapie. Danach beziehen sich die Erklärungen auf die jeweils folgenden Ausschnitte von Therapieeinheiten. Sobald eine Erklärung fertig ist, folgt die jeweils zugehörige Szene, die so mit der originalen Audiospur abgespielt wird, ohne dass zeitgleich Erklärungen zu hören sind, die möglicherweise relevante akustische Ereignisse übertönen könnten. Nach der grundlegenden Einführung und der ersten Filmsequenz, einer Aufnahme eines Kindes, das typische Symptome von Autismus an den Tag legt, werden insgesamt 16 Szenen der Musiktherapie mit insgesamt fünf Kindern in Einzeltherapie gezeigt. Die Kinder sind in den Aufnahmen zwischen acht und zehn Jahre alt und bis auf eines nicht sprachfähig. Die gezeigten Szenen dauern zwischen dreißig Sekunden und dreieinhalb Minuten.

Grundlegende Strukturen, die in den Ausschnitten zu unterscheiden sind, sind die sequenzielle Abfolge sowie das simultane Auftreten von Ausdrücken, Handlungen und Verhalten. Dabei ist nicht nur wichtig, diese Strukturen generell zu beobachten, sondern auch ihre Zusammenhänge zu erkennen. Dafür sind bereits kurze Filmsequenzen ausreichend, solange sie die relevanten Momente der Therapieeinheit in Hinsicht der jeweiligen Fragestellung zeigen. Bei der Analyse von mehr Material, in Anzahl der Sequenzen sowie ihrer Länge, können gerade bei der sequenziellen Abfolge Muster gefunden werden, die in einer generalisierten Form immer wieder auftreten. Gerade Abweichungen von diesen generalisierten Mustern können relevante Momente der Therapie darstellen (Holck 2007: 32-34; Kowal-Summek 2012: 166; Ridder 2007: 58-60).

Für die Analyse ist ein Kodierungssystem vorteilhaft, in dem im Vorfeld beispielsweise zu erwartende Verhaltensweisen, Symptome, Interventionen, Intra- und Intersynchronisation, stimmliche oder musikalische Ausdrücke, Spielweisen, Gestik und Bewegungen, oder andere relevante Elemente festgelegt werden. Codes müssen dabei eindeutig sein und einander ausschließen, gleichzeitig müssen sie breit genug angelegt sein, damit die verschiedenen

Ausprägungen, die jedes Individuum an den Tag legen kann, mittels der relevanten Codes kategorisiert werden kann. Anhand dieses Systems wird das Videomaterial ausgewertet und es können nicht nur die Häufigkeit, sondern je nach Aufbau des Systems auch andere qualitative Aspekte so wie Ausprägung kodiert werden (Plahl 2007: 43-44; Scholtz / Voigt / Wosch 2007: 70-72).

Da die grundlegende Segmentierung des Materials bereits durchgeführt und die Auswahl der relevanten Ausschnitte getroffen wurde, ist die Erstellung eines umfassenden Kodierungssystems in diesem Fall nicht zielführend. Stattdessen stelle ich grundlegende Fragen an das Videomaterial, die sich im Hinblick auf die Veranschaulichung der bisherigen Erläuterungen der vorliegenden Arbeit ergeben. Nicht jede Videosequenz kann Antworten für jede dieser Fragen liefern, allerdings sollen die gefundenen Antworten dennoch ein Bild von Schumachers Musiktherapie und ihrem Effekt sowie vom Entstehen von Synchronisation vermitteln.

Generelle Fragen, die an das Material gestellt werden, umfassen: Welche Symptome zeigt das Kind? Welches Verhalten legt es an den Tag? Welche Intervention wird eingesetzt? Wie tritt die Therapeutin auf? Welche Instrumente stehen Therapeutin und Kind zur Verfügung? Welche anderen Gegenstände stehen zur Verfügung? Wie ist der Therapieraum eingerichtet? Wie verhält sich das Kind im Raum? Wie verwendet es Instrumente und andere Gegenstände? Welche Art von Musik wird verwendet und gespielt? Wie drückt sich das Kind aus? Welche Bewegungen und stimmlichen Ausdrücke sind zu beobachten? In welcher Form findet Körperkontakt statt? Wie ist das Verhältnis von Nähe und Distanz? Wohin führt der Blick des Kindes? Gibt es rückversichernde Blicke? Sind Momente der Intra- oder Intersynchronisation zu erkennen? Gibt es Momente der Intersubjektivität? Woran sind sie festzumachen? Welche Affekte sind zu beobachten? Mit welchen Geschehnissen stehen sie in Zusammenhang? Worauf ist die Aufmerksamkeit des Kindes gerichtet? Wie lange können synchrone Momente aufrechterhalten werden? Welche Veränderung ist erkennbar?

6.2. Auswertung

Für jede der gezeigten Szenen gibt es generell eine Kameraeinstellung, in der, mit ein paar Ausnahmen, die Kinder möglichst von vorne gefilmt werden, wodurch ihre Gesichtsausdrücke gut erkennbar sind. Die Einstellung wird während der gezeigten Szenen nicht verändert, außer in einer Szene, um mit einem langsamen Schwenk der Kamera zu zeigen, wo sich die Therapeutin im Vergleich zum Kind im Raum befindet (14:52-14:56). In manchen Szenen wird mit der Zoomfunktion der Kamera gearbeitet, um das Gesicht des Kindes besser zu sehen, wodurch auch die Therapeutin aus dem Blickfeld der Kamera verschwinden kann (23:50-23:55).

In einigen Einstellungen ist der Therapieraum in Teilen zu sehen. Es scheint sich um einen recht großen Raum mit hohen Wänden zu handeln, möglicherweise ein Altbau. Auf dem Teppichboden sind Kinder und Therapeutin ohne Schuhe unterwegs (29:51; 33:15). Entlang einer Wand steht eine Art Klettergerüst. Es ist hölzern mit einer ausladenden Treppe, die im rechten Winkel vom Gerüst der angrenzend Wand entlang zu Boden verläuft (7:00; 7:59; 11:46). Unter dem Klettergerüst befinden sich mehrere Kästen und Kisten, wohl Stauraum für Spielzeug und Instrumente, sowie ein Pianino, das nicht der Länge nach an der Wand steht, sondern im rechten Winkel dazu, sodass die Therapeutin beim Spielen in den Raum blicken kann (7:00; 7:59; 10:08). Es scheint nicht sauber gestimmt zu sein. Eine große Hängematte hängt quer durch den Raum, eines ihrer Enden ist am Klettergerüst befestigt. Die Liegefläche der Hängematte besteht aus einem großmaschigen Netz (7:59). Außerdem gibt es eine großflächige Weichbodenmatte, die in manchen Einstellungen unter oder zumindest in der Nähe der Hängematte liegt (4:15; 16:22; 29:51). Zudem gibt es ein Trampolin, das wohl je nach Gebrauch an verschiedene Stellen im Raum verschoben wird (7:00; 7:59; 20:44). In verschiedenen Einstellungen sind verschiedene Instrumente zu sehen, die frei zugänglich im Raum stehen oder liegen. Darunter fallen verschiedene Trommeln wie Congas, eine einzelne Hi-Hat, Monochorde in verschiedenen Größen, sowie auch Xylophone in verschiedenen Größen, eine Melodica und die Gitarre. Andere Instrumente wie eine Rührtrommel oder eine Reihe an Boomwhackers, die in einigen der folgenden Szenen Verwendung finden, werden wahrscheinlich je nach Klient:in vorbereitet und dann wieder weggeräumt (7:59; 14:52; 16:22; 20:44; 22:24; 23:34; 34:46).

6.2.1. Florian

Von Florian, einem achtjährigen Jungen ohne Sprachfähigkeit, werden insgesamt fünf Szenen gezeigt. In der ersten (4:15-6:32) sitzen er und die Therapeutin am Boden, das Kind im Schneidersitz zwischen den ausgestreckten Beinen der Therapeutin mit dem Rücken zu ihr gewandt. Die beiden werden von der Seite gefilmt, sodass in dieser Einstellung das Gesicht des Kindes nicht zu sehen ist. Er hantiert mit einem langen Kabel, währenddessen er stereotype Schaukelbewegungen vollzieht, bei denen er seinen Oberkörper nach vorne auf seine Beine wiegt und sich dann wieder aufrichtet. Gleichzeitig mit der Vorwärtsbewegung vokalisiert er. Seine Stimme hat dabei keinen Charakter des Singens und es gibt keinen wirklichen Tonhöhenverlauf. Die Therapeutin vollzieht die Schaukelbewegungen und die Vokalisierungen mit dem Kind mit und stellt eine motorische sowie stimmliche Phasengleichheit her. Das Kind vokalisiert ohne ersichtlichen Einschwingvorgang, allerdings beginnen die Vokalisierungen mit einer grundlegenden Regelmäßigkeit gemeinsam mit der Vorwärtsbewegung des Schaukelns. Außerdem hat

die Therapeutin ihre Hände am Oberkörper des Jungen und kann so vielleicht fühlen, wenn er einatmet. Sobald die beiden sich nach dem Schaukeln nach vorne wieder in ihren Sitz aufrichten, klingen die Vokalisierungen ab und es entsteht der Eindruck von Atempausen. Die Therapeutin begleitet die Vokalisierungen des Kindes stimmlich, indem sie zuerst auf- und absteigende Terzintervalle singt, dann eine Art chromatische Skala, die ein wenig mehr den hervorgebrachten Tonhöhen des Kindes angepasst zu sein scheint.

Die Therapeutin vollzieht hier die Stereotypie des Kindes mit, wodurch eine zeitliche Synchronizität des motorischen und stimmlichen Ausdrucks erwirkt wird, die noch verstärkt wird, wenn die Therapeutin es auch schafft, die Intensität des Ausdrucks zu treffen. Auffallend ist, dass das Kind keine Scheu vor Berührung zeigt. Da es aber von der Therapeutin abgewandt sitzt, kann gar kein Blickkontakt zustande kommen. Die Therapeutin macht die Bewegungen des Kindes im Sinne der kreuzmodalen Verknüpfung hörbar, und zeigt dem Kind die grundlegende Akzeptanz seiner Stereotypie. Die gemeinsame Aktivität kann so über den Zeitraum des ganzen Filmausschnitts aufrecht erhalten werden, einerseits wahrscheinlich weil sich die Therapeutin ganz an das Kind anpasst und keine Veränderung von ihm verlangt, andererseits wohl auch unterstützt durch die hergestellte Synchronisation.

Florians zweite Szene (6:59-7:24) zeigt ihm auf dem Trampolin sitzend in einer Art lockeren Schneidersitz, in der seine Beine nicht verschränkt sind, sondern die Fußsohlen ein Stück weit vor ihm aneinander liegen. Er wird von vorne gefilmt und sein Gesicht ist gut erkennbar. Die Therapeutin steht hinter ihm auf dem Trampolin und man sieht nur ihre Beine. Florian bewegt seine Füße gemeinsam vor und zurück, patscht seine Hände auf seinen Beinen auf und ab und schüttelt dazu den Kopf hin und her. Diese Bewegungen wirken nicht aufeinander abgestimmt und es ist leicht erkennbar, dass alle drei Bewegungen getrennt voneinander ausgeführt werden und auf rein körperlicher Ebene nicht miteinander zusammenhängen. Die fehlende Intrasynchronisation wird hier deutlich. Die Therapeutin steht leicht über das Kind gebeugt und imitiert seine Handbewegungen, indem sie ihre Hände leicht auf den Oberkörper des Kindes patscht. Sie begleitet ihre Bewegungen mit genau darauf abgestimmten Zischlauten, die sie mit Zähnen und Mund produziert. Ab 7:03 duckt sich das Kind unter den Händen der Therapeutin weg und beginnt, im Sitzen auf dem Trampolin zu hüpfen. Der Impuls wirkt dabei fast wie beiläufig, so als wäre das Kind von seiner Bewegung oder dem Bewegungsdrang nicht eingenommen. Die Therapeutin reagiert prompt darauf und beginnt, hinter dem Kind auf dem Trampolin sachte zu hüpfen. Sie übernimmt dabei das Tempo des Kindes und beginnt, eine Melodie, möglicherweise eines Kinderlieds, auf der Silbe *la* mitzusingen, der Hüpfrhythmus gibt den Beat des Liedes vor. Man kann gut erkennen, dass das Kind zuerst nur leicht von der

Bewegung der Therapeutin und der eigenen Hüpfimpulse bewegt wird, da seine Arme und der Kopf immer noch asynchron dazu bewegt werden. Es patscht seine Hände unabhängig vom Hüpfrrhythmus auf die Sprungfläche des Trampolins. Ab 7:14 hat die Therapeutin selbst mit ihrem behutsamen Hüpfen so viel Schwung aufgebaut, dass dadurch der gesamte Körper des Kindes im Ganzen bewegt wird. Ziemlich genau zu diesem Zeitpunkt bricht auf dem Gesicht des Kindes ein breites, freudiges Lächeln aus. Es gefällt ihm offensichtlich, in seiner Gesamtheit, also alle Körperteile gleichzeitig und gemeinsam, bewegt zu werden.

Nachdem die Therapeutin zu Beginn des Ausschnitts die Bewegungen und Handlungen des Kindes hör- und spürbar macht, indem sie ihre Hände auf seinen Körper patscht und das Patschen durch Zischlaute stimmlich ausdrückt, folgt sie seinem Bewegungswunsch und macht auch diese Bewegung durch ein Lied hörbar. Neben diesem koordinierten Reizklima, das die kreuzmodale Verknüpfung unterstützt, ist es wohl gerade das Bewegt-werden von außen des gesamten Körpers, das dem Kind sichtbar Freude bereitet. Die sozusagen von außen erzwungene Intrasynchronisation seines Körpers führt zu einem positiven Affekterlebnis.

In Florians dritter Szene (7:59-9:38) ist ein größerer Bereich des Therapieraums sichtbar. Florian selbst hüpfte auf dem Trampolin und ist dabei von der Kamera abgewendet. Das Trampolin steht nahe am Klettergerüst, aber so weit davon entfernt, dass er sich den Kopf nicht stoßen kann. Die Therapeutin sitzt, auch wenn es anfangs schlecht zu erkennen ist, unter dem Gerüst am Piano und begleitet Florians Aktivität mit einem grundlegenden Motiv, das bei jeder Wiederholung ein wenig variiert wird. Dabei bleibt es rhythmisch in etwa gleich und wird im melodischen Ablauf sowie der erklingenden Harmonien verändert.

Florian ist auf dem Trampolin zur Therapeutin gewandt, es scheint allerdings nicht so, als würde er sie direkt ansehen oder irgendwie beobachten, was sie tut. Er hüpfte energetisch auf dem Trampolin. Das Muster seiner Bewegung beginnt mit einem Abstoß mit beiden Beinen, um Schwung zu holen, woraufhin er sich in einer Sitzposition mit ausgestreckten Beinen in das Trampolin fallen lässt. Wenn er genügend Schwung mitnimmt, wiederholt er genau dieses Muster, manchmal muss er ein- oder zweimal zusätzlich auf beiden Beinen hüpfen, bevor er sich wieder in der Sitzposition in die Sprungfläche fallen lässt. Manchmal hebt er beim Absprung mit beiden Beinen seine Arme auf Kopfhöhe oder sogar noch höher, so als würde er Schwung holen, und lässt sie dann neben sich auf die Sprungfläche patschen, meistens flattern sie aber relativ unkoordiniert neben seinem Körper. Der Körper des Kindes ist nie ganz gestreckt.

Die Therapeutin spielt die motivische Begleitung zuerst laut, dann wird sie immer leiser. Sie versucht, einerseits den Aufprall des Kindes auf der Sprungfläche mit dem Anschlag der Töne, und andererseits die Intensität ihres Spiels mit dem Hüpfen des Kindes abzustimmen.

Zunächst funktioniert das kaum und sie kann weder Rhythmus noch Intensität treffen. Das Kind behält nach einem Fallenlassen bei etwa 8:18 die Sitzposition bei und kommt auf dem Trampolin ein wenig zur Ruhe, allerdings findet es keine körperliche Ruhe. Es legt sich zwar nach vorne auf die fast gänzlich ausgestreckten Beine, allerdings zucken sein Kopf und Oberkörper weiter unruhig hin und her. Als es sich wieder aufrichtet, wischt es mit dem Blick in Richtung Kamera und zieht seine Füße unruhig vor und zurück. Ab 8:34 rafft sich das Kind wieder auf, kommt zuerst auf die Knie und patscht seine Hände laut auf die Sprungfläche, dann macht es einen kleinen Hüpf auf seine Füße, um erneut Schwung zu holen und in das gewohnte Muster zu kommen. Als es zum ersten Mal in dieser Sequenz der Stereotypie nach der Pause in der Sitzposition am Trampolin aufkommt, gelingt es der Therapeutin, den zeitlichen Anschlag des nächsten Akkords sowie die Intensität des Anschlags genau mit der Bewegung des Kindes abzustimmen. Das Kind wirkt davon sichtlich überrascht. Es führt das Muster noch einmal aus, aber es wirkt eher wie eine Art Ausklingen, so, als würde es die Bewegung aus Gewohnheit zu Ende bringen, während es mit seiner Aufmerksamkeit schon ganz wo anders ist. Auch dieser zweite Durchlauf des Musters wird von der Therapeutin zeitlich exakt begleitet, die Intensität stimmt diesmal nicht ganz überein. Das Kind kommt daraufhin ab 8:40 auf dem Trampolin zu stehen. Es bleibt ein paar Sekunden regungslos stehen, so als wüsste es nicht wirklich, was es von dem Geschehen halten soll. Bei 8:44 lässt es sich wieder in die gewohnte Sitzposition fallen, diesmal ohne anfänglichen Abstoß mit beiden Beinen. Es findet zurück in das gewohnte Muster, und die Therapeutin schafft es mehrmals, die Anschläge mit dem Springen und Aufprallen des Kindes abzustimmen. Das Kind wird zusehends übermütiger und enthusiastischer; sein Körper bewegt sich fließender, die Arme scheinen nun mehr eine Rolle im Hüpfmuster einzunehmen, gleichzeitig wird das Muster etwas unrhythmisch, weil das Kind immer wieder fast die Balance verliert oder mehrere Hüpf auf beiden Beinen einlegen muss, um Stabilität und Schwung beizubehalten. Auch wenn das Gesicht des Kindes von der Kamera abgewandt ist, ist die Freude in seinen Bewegungen zu erkennen. Er gibt ab etwa 9:00 auch Vokalisierung von sich, die ebenfalls Gefallen ausdrücken. Ab 9:08 hüpf Florian ein paar Mal im Stehen und es ist offensichtlich, dass er dabei die Therapeutin direkt ansieht. Durch die synchronen Momente hat er also nicht nur eine bessere und vollkommene Form der Intrasynchronisation in seiner Bewegung entdeckt, sondern auch den Ursprung der Musik, die seine Bewegungen hörbar gemacht hat: die Therapeutin als eigene, von ihm unabhängige Person. Daraufhin vollzieht er das gewohnte Muster noch einige Male, zwischendurch scheint sein Blick zur Therapeutin zu gehen, die ihr Bestes gibt, wieder Übereinstimmungen in zeitlicher Abfolge und Intensität herzustellen. Um 9:23 kommt Florian wieder auf dem Trampolin zum Sitzen und legt sich wie schon zuvor

nach vorne auf seine Beine zum Ausruhen, und diesmal scheint es, als kommt er auch tatsächlich körperlich zur Ruhe. In den letzten Sekunden des Ausschnitts richtet er sich wieder in seinem Sitz auf und schaut zur Therapeutin. Leider ist durch die Kameraeinstellung die Hängematte im Weg, und so ist nicht erkennbar, ob die Therapeutin auch zu Florian schaut. Wenn das aber der Fall ist, dann wurden zu diesem Zeitpunkt einige Sekunden Blickkontakt aufrecht erhalten, während derer das Kind ganz ruhig wirkt.

In dieser längeren Szene wird deutlich, dass durch die kreuzmodale Verknüpfung, das Hörbarmachen Florians Bewegungen, zu synchronen Momenten führt. Diese von der Therapeutin herbeigeführte Intersynchronisation nimmt das Kind deutlich wahr und führt daraufhin zu Intrasynchronisation die sich in der Bewegung des Kindes ausdrückt, sowie zu beginnender Intersubjektivität, indem das Kind die Therapeutin mustert und in ihr wahrscheinlich den Ursprung der Musik erkennt. In Folge dessen kann es sein, dass Florian sich seiner eigenen Handlungen bewusst wird, da er die Therapeutin als Gegenüber erkennt, die sich auf sein Tun bezieht. Dafür muss er sich auch als Urheber seiner eigenen Aktivität erkennen. Gleichzeitig wird er als vollständiger Mensch mit seinen Vorlieben akzeptiert, da seine Stereotypie die Basis für die gemeinsame Aktivität herangezogen wird, und damit die Basis für den Kontakt und die Beziehung zwischen den beiden darstellt.

In der vierten Szene (10:07-11:13) sitzt Florian am Schoß der Therapeutin am Piano. Gemeinsam vollziehen sie Florians stereotype Schaukelbewegung vor und zurück. Bei der Vorwärtsbewegung drücken sie einige Tasten hinunter, bei der Rückwärtsbewegung nehmen sie beide ihre Hände von der Klaviatur. Die Therapeutin hält ihn mit ihrem rechten Arm fest, mit der linken Hand spielt sie im Rhythmus der Schaukelbewegung entweder simultane Intervalle oder nur einzelne Töne. Florian hält seine Hände nahe der Tasten und trifft nicht bei jeder Schaukelbewegung auf die Tasten selbst. Im Hintergrund ist das Geschrei eines Kleinkindes zu hören, das wahrscheinlich gar nicht im Raum ist, sondern beispielsweise durch geöffnete Fenster zu hören ist. Weder Florian noch die Therapeutin scheinen davon gestört zu sein oder es gar wahrzunehmen. Ab 10:32 beginnt die Therapeutin, die Aktivität stimmlich mit einer Melodie auf der Silbe *la* zu begleiten. Sie stimmt Tempo und Rhythmus dabei genau auf die teilweise unregelmäßige Schaukelbewegung ab. Bei 11:10 ist deutlich zu erkennen, dass Florian diese Synchronisation bewusst wird, auch weil die Therapeutin sich genau seinem Tempo anpasst. Er richtet sich auf, stockt in seiner Schaukelbewegung, und dreht sich langsam, wie in Etappen, zur Therapeutin um. Sein Blick streift dabei suchend durch den Raum und an der Kamera vorbei, bis er sich ganz umgedreht hat und direkt in das Gesicht der Therapeutin blickt. Auch hier scheint Florian durch die Intersynchronisation auf Basis seiner Stereotypie, das Hörbarmachen

seiner Bewegung und die direkte Bezugnahme der Therapeutin auf ihn und sein Tun bewusst zu werden, dass die Therapeutin eine eigene, von ihm unabhängige Person ist. Wo er zuerst vollkommen von seiner Stereotypie eingenommen ist, sucht er dann von sich aus nach der anderen Person, die mit ihm in Kontakt treten möchte.

Florians letzte Szene des Films (11:46-14:16) scheint zeitlich um einiges später aufgenommen worden zu sein als die vorhergehenden. Das Kind ist augenscheinlich gewachsen, und er scheint auch einige Entwicklungsschritte durchlaufen zu haben. In dieser Szene ist nur Florian in der Kameraeinstellung zu sehen, wie er oben auf dem Klettergerüst sitzt. Es ist nicht ersichtlich, wo sich die Therapeutin im Raum befindet, auf jeden Fall ist sie aber auf dem Boden geblieben. Aufgrund des Tons der Aufnahme ist anzunehmen, dass sie von Zuschauersicht aus rechts unten außerhalb des Bildausschnitts sitzt. Sie zupft ein Muster auf der Gitarre und klopft dazu rhythmisch auf den Korpus und macht Zischlaute mit dem Mund. Schon zu Beginn der Szene streift der Blick des Kindes die Kamera. Es bewegt seinen Mund, allerdings ohne Laute von sich zu geben, und ohne dass diese Bewegungen mit seinen restlichen Bewegungen, beispielsweise der Arme, in Zusammenhang zu stehen scheinen. Florian hält insgesamt drei Schlägel in seinen Händen, einen in seiner rechten und zwei in seiner linken. Er klopft damit scheinbar willkürlich auf das hölzerne Geländer des Klettergerüsts, hinter dem er sitzt. Anstatt mit den Köpfen trifft er das Holz aber mit den Stielen der Schlägel. Ab 12:11 beginnt die Therapeutin, eine Melodie auf dem Wort *Ja* zu singen und behält die Begleitung auf der Gitarre von vorher bei. Der Blick des Kindes scheint immer wieder die Therapeutin zu streifen, allerdings ist das aufgrund der Kameraeinstellung nur eine Annahme basierend auf der erahnten Position der Therapeutin und der Art und Fokussierung des Blicks des Kindes. Zwischendurch sieht es auch immer wieder zur Kamera. Es macht kleine Nickbewegungen mit seinem Kopf und schlägt mehrmals mit den Schlägeln auf das Geländer. Ab 12:23 ändert die Therapeutin das Wort des Liedes auf *Nein*. Florian findet nun einen Rhythmus in seinem Spiel auf dem Geländer und die Therapeutin passt ihr Tempo an dieses Klopfen an. Währenddessen beginnt das Kind, wieder zu nicken, und mit der nächsten Zeile des Liedes ändert die Therapeutin den Text von: „Nein, das kann nicht sein“, auf: „Doch, das kann doch sein“. Das Kind bemerkt diese Veränderung offensichtlich und scheint zu begreifen, dass es selbst diese Veränderung eingeleitet hat. Es lächelt und wirft dabei ein paar Blicke dorthin, wo die Therapeutin sitzt. Diese führt das Lied zuerst auf *Ja* und dann auf der Silbe *la* fort und beschleunigt gemeinsam mit dem Kind, als dieses immer übermütiger mit den Schlägeln klopft. Als das Kind bei 13:01 plötzlich den Kopf wieder schüttelt reagiert die Therapeutin prompt und ändert den Text zurück auf: „Nein, nein, nein, das darf nicht sein“. Dem Kind gefällt das offensichtlich, es grinst die Therapeutin

förmlich an während es weiter den Kopf schüttelt. Bei 13:20 lächelt das Kind immer noch und es macht eine freudige Vokalisierung, es bewegt aber den Kopf nicht mehr. Der Gesang der Therapeutin wird daraufhin leiser, was das Kind dazu animiert, fordernd mit dem Kopf zu nicken. Die Therapeutin kommt der Forderung sofort nach und singt wieder laut auf *Ja*. Ab 13:36 wechselt das Kind wieder zu Kopfschütteln und die Therapeutin zu *Nein*. So verläuft auch der Rest des Ausschnitts, in dem das Kind der Therapeutin viele, teilweise auch lang anhaltende Blicke zuwirft, die im Durchschnitt einige wenige Sekunden lang, in zwei Fällen aber länger als 15 Sekunden andauern.

In dieser Szene ist es offensichtlich, dass Florian begriffen hat, dass seine Handlungen ausschlaggebend sind für das Verhalten der Therapeutin. Er kann nicht nur die Therapeutin als Mensch wahrnehmen und erkennen, dass sie sich auf ihn bezieht, sondern er kann auch den inhaltlichen Bezug zwischen Nicken, Kopfschütteln, Ja und Nein herstellen und für sich nutzen. In diesem Fall wird Florians Bewegung also nicht vorrangig im Sinne eines Vitalitätsaffekts hörbar gemacht, indem Bewegungskonturen oder zeitliche Impulse übereingestimmt werden, sondern diese Übereinstimmung findet neben dem gemeinsamen Rhythmus und einer ähnlichen Intensität hauptsächlich auf einer semantischen Ebene statt. Darüber hinaus würdigt Florian die Therapeutin mit vielen Blicken, außerdem tritt er freiwillig mit ihr in Kontakt, um sie zum Weitermachen aufzufordern.

6.2.2. Tanja

Beim zweiten Kind, von dem insgesamt drei Szenen gezeigt werden, handelt es sich um die achtjährige, nicht sprachfähige Tanja. In ihrer ersten Szene (14:52-15:55) sitzen sie und die Therapeutin weit voneinander entfernt. Die Kamera schwenkt einmal durch den Raum bevor sie auf das Kind fixiert, um zu zeigen, dass die Therapeutin möglicherweise in der Mitte des Therapieraums sitzt, während Tanja unter dem Klettergerüst in eine Art kleine Gruppe an Sitzsäcken gebettet halb sitzt, halb liegt. Die Sitzsäcke befinden sich direkt hinter hölzernen eingerahmten Kletterseilen, die an der Konstruktion des Klettergerüsts festgemacht zu sein scheinen. Durch diese wie eine Strickleiter angeordneten Kletterseile hindurch beobachtet Tanja die Therapeutin genau. Diese kniet am Boden und klatscht in die Hände oder spielt auf einem Monochord, indem sie auf den Korpus klopft und die Saiten anschlägt, wobei es sich um kein melodisches Spiel handelt, sondern eher um einen atmosphärischen Klang, der den Raum im Hintergrund erfüllt. Das Kind wirkt unruhig und wendet den Blick immer wieder ab, während es beobachtet. Es versteckt sich dabei förmlich im Sitzsack, indem es seinen Kopf darin vergräbt. Nachdem Tanja die Therapeutin ein paar Momente beobachtet hat, gibt sie immer wieder Laute

von sich, die wie *uah* klingen und an Schreien grenzen. Es wirkt, als wäre sie auf der Suche nach synchronen Momenten. Allerdings zeigt sie keinen Einschwingvorgang: Es gibt kein deutliches Einatmen, kein Öffnen ihres Mundes, kein Hochziehen der Augenbrauen, keinen direkten, auffordernden Blick. Ihre Laute kommen plötzlich und ohne Vorbereitung, manchmal nur einer alleine oder mehrere rasch hintereinander, aber ohne Regelmäßigkeit oder Rhythmus. Obwohl die Therapeutin diese Laute imitiert und versucht, mit ihnen zeitlich übereinzustimmen, hat sie keine Chance und hinkt immer hinterher. Auch wenn das Kind keine Laute macht und sich zwischendurch wieder im Sitzsack versteckt, wiederholt die Therapeutin ähnliche Laute und begleitet sich dabei weiterhin selbst auf Trommel und Monochord, wahrscheinlich in einer Form des Kontaktangebots. Das Kind kann darauf aber nicht einsteigen. Stattdessen entstehen eine Reihe an Lauten, die fast wie eine Art entkoppeltes Frage-und-Antwort-Spiel wirken anstelle von Gleichzeitigkeit. Gegen Ende dieser Szene wirkt das Kind zunehmend frustriert. Als beim letzten gezeigten Versuch auch keine Synchronizität zustande kommt, wirft es seinen Kopf unwirsch zurück und zur Seite, so als würde es sich ärgern, dies aber nicht sinnvoll ausdrücken können.

Tanja hat offensichtlich schon erkannt, dass die Therapeutin ein eigener Mensch ist, der sich auf sie beziehen kann. Sie hat positive Erfahrungen mit synchronen Momenten gemacht und befindet sich nun in der Phase, in der sie diese förmlich sucht. Allerdings hat sie noch nicht gelernt, dass Gemeinsamkeit einen Einschwingvorgang benötigt. Daher kann sie diesen weder vollziehen, sodass die Therapeutin darauf reagieren kann, noch kann sie den der Therapeutin erkennen und darauf eingehen und so das Kontaktangebot annehmen. Auffallend ist auch die große Distanz zwischen Kind und Therapeutin im Raum, und dass Tanja sich immer wieder in den Sitzsäcken versteckt. Es scheint fast so, als würde sie Pausen von der Konzentration und dem direkten Anschauen der Therapeutin benötigen, gleichzeitig aber fast schon so verzweifelt auf der Suche nach Synchronizität und Gemeinsamkeit sein, dass diese Pausen nicht lange, vielleicht auch nicht lange genug, anhalten bevor sie wieder ihre beobachtende Haltung einnimmt.

In ihrer zweiten Szene (16:21-19:27) sitzt Tanja in der Hängematte und hat beide Beine am Boden. Die Therapeutin kniet vor ihr am Boden und ist ihr zugewandt. Die beiden werden von etwas schräg oben gefilmt, sodass Tanjas Gesicht erkennbar ist. Die Therapeutin hat ihre Hände auf die Oberschenkel des Kindes gelegt, das Kind hält ihre Hände seitlich an die Wangen der Therapeutin. Die beiden schauen einander über die geringe Distanz zwischen ihren Gesichtern hinweg direkt an. Zu Beginn der Szene macht die Therapeutin einen lang gezogenen Laut *iiiih*, woraufhin Tanja sich ruckartig zurücklehnt und ihre Hände nun an das eigene Gesicht legt,

der Stirn entlang, so als würde sie ihre Augen vor der Sonne schützen wollen. Sie stimmt mit einem schon aus dem vorigen Ausschnitt bekannten Schrei ein. Die Therapeutin passt sich dem gesungenen oder geschrienen Vokal und der Intensität des Ausdrucks an, aber das Kind bricht schnell ab und wendet den Blick ab. Es dreht seinen Kopf dafür zur Seite. Die Therapeutin führt ihr lautes Singen fort, meist auf Silben wie *uah*, *ueh*, *iih*, *ja* oder *oh*, die Töne sind oft lang angehalten und mit Impulsen versehen, die beispielsweise Bewegungen verstärken, manchmal dauern die gesungenen Töne auch nur wenige Sekunden an. Sie beugt sich weiter nach vorne, sodass sie mit ihrem Mund nahe des Ohrs des Kindes kommt. Sie verringert dabei nicht die Lautstärke, aber man merkt eine gewisse Vorsicht bei dieser großen Nähe zum Ohr des Kindes. Diese Nähe könnte in diesem Moment als eine Art Ersatz für den direkten Blickkontakt dienen. Da Tanjas Gesicht so zur Seite gedreht ist, dass die Kamera darauf Einsicht hat, ist ihr Lächeln gut zu erkennen, während die Therapeutin direkt in ihr Ohr singt. Sie lehnt sich nach ein paar Momenten zurück und gleich darauf wieder nach vorne, so als wolle sie dasselbe nochmal erleben. Die Therapeutin folgt dieser Aufforderung.

Dann lehnt das Kind sich wieder etwas weiter zurück, die Distanz zwischen den beiden vergrößert sich. Die Therapeutin setzt ihren stimmlichen Ausdruck auch weiterhin fort, woraufhin Tanja mit einsetzt. Sie finden einen gemeinsamen Ton in dem sich ihre Stimmen gut mischen, die Intensität ihres Ausdrucks stimmt genau überein. Sie schauen einander währenddessen direkt an, außerdem hält Tanja die Handgelenke der Therapeutin während des gemeinsamen Moments in den eigenen Händen. Dann beginnt sie in der Hängematte mit ihrem ganzen Körper zu hüpfen, was eine leichte Schaukelbewegung auslöst, so als würde der positive Affekt der Synchronisation sich in ihrem Körper angestaut haben und ein Ventil brauchen. Gleichzeitig lässt sie die Therapeutin los, bewegt ihre Arme und hebt einen so, als wolle sie der Therapeutin ein High Five geben. Die Therapeutin reagiert entsprechend und hebt auch die eigene Hand, allerdings vollzieht das Kind die Bewegung nicht weiter und das Angebot der Therapeutin bleibt wortwörtlich in der Luft hängen, beinahe so als würde das Kind diese Geste nicht kennen und daher auch die Einladung zur Vollführung nicht wiedererkennen. Die Therapeutin lässt sich dadurch aber nicht beirren und singt immer weiter. Ein paar Momente später setzt das Kind aus und führt die Hände zu den eigenen Ohren, als wäre ihm das ganze zu laut. Die Therapeutin singt weiter, während Tanja die Hände von den Ohren nimmt und mit einem Lächeln wieder mitmacht.

Das laute Singen der Therapeutin reißt nicht ab, auch als Tanja wieder aussetzt und den Kopf zur Seite dreht und den Blick abwendet, dann wieder Blickkontakt sucht und zurück in den Ton findet. Diesmal lehnt sie sich weiter vor in der Hängematte und kommt der Therapeutin

wieder sehr nahe, dabei fasst sie die Hände der Therapeutin und hält sie bei ihren eigenen Knien fest. Sie lässt diese kurz darauf wieder los, als sie überschwänglich nach hinten weg schaukelt und in die Hände klatscht. Die Therapeutin ist gerade zu spät, um genau gleichzeitig mit Tanja zu klatschen, allerdings stoppt das Kind nach der einen Schaukelbewegung nach hinten direkt vor der Therapeutin wieder ab und legt ihre Hände auf die eigenen Knie mit den Handflächen nach oben, woraufhin die Therapeutin sozusagen die Einladung annimmt und auf ihre Hände klatscht. Sie singt dabei einen durchgehenden Ton immer weiter, wobei jedes Klatschen mit einem stimmlichen Impuls innerhalb dieses Tons begleitet wird. Das Kind versucht, die Klatschbewegung zweimal mit zu vollziehen, dann zieht es seine Hände unter denen der Therapeutin weg, schiebt die Ärmel des Pullis weiter über die Ellbogen an seinen Armen nach oben, stützt seine Ellbogen auf die eigenen Oberschenkel genau dort, wo die Hände der Therapeutin zu liegen gekommen sind, und stützt die Stirn in die Hände, wieder so, als wolle es die Augen vor der Sonne schützen. In dieser Haltung fixiert Tanja die Therapeutin mit ihrem Blick; die Konzentration ist ihrem ganzen Körper anzusehen. Sie artikuliert ihre Schreie deutlich mit dem Mund. So schafft es die Therapeutin einige Male, die Töne genau zu treffen. So ergeben sich nicht nur eine zeitliche Gemeinsamkeit, sondern auch eine genaue Übereinstimmung der Intensität. Tanja schaut dabei immer wieder zur Seite, so als bräuchte sie eine Pause von der Intensität des Blickkontakts, der Nähe und der Aufmerksamkeit. Sie blickt aber immer wieder rasch zurück und setzt stimmlich mit ein, ganz offensichtlich auf der Suche genau nach dieser Nähe und Gemeinsamkeit, auch wenn sie die vielen Stimuli zwischendurch mithilfe von Pausen verarbeiten muss.

Wann immer es so wirkt, als würde sich ein positiver Affekt, beispielsweise Enthusiasmus oder Freude über die Synchronisation, in ihrem Körper zu sehr anstauen, schaukelt Tanja wieder leicht nach hinten weg. So wird die Distanz zwischen ihr und der Therapeutin größer, und sie bekommt so eine andere Art der Verschnaufpause, um mit der Intensität der Erfahrung umzugehen. Als sie bei 17:19 wieder nach vorne schaukelt und vor der Therapeutin abstoppt, lehnt sie sich so weit nach vorne, dass sie die Therapeutin beinahe umarmt. Nach einer weiteren Schaukelbewegung nach hinten fasst das Kind die Hände der Therapeutin und führt sie an sein eigenes Gesicht und leitet sie an, sodass die Therapeutin mit den Handflächen auf seine Wangen patscht. Die Berührungen sind hörbar, es ist aber erkennbar, dass die Therapeutin trotz der überschwänglichen, fast schon unwirschen Bewegungen des Kindes dennoch die Kontrolle über die Kraft hinter dem Patschen behält und es so nicht zu fest und damit schmerzhaft wird. Sie lässt zu, dass das Kind ihre Hände führt, und stimmt den Rhythmus des Patschens mit dem eigenen Singen ab. Als es aussieht, als würde auch das an zu viel Stimulation grenzen, wirft

Tanja die Hände der Therapeutin förmlich von sich und wendet den Blick kurz zur Seite. Die Therapeutin führt das Stimm- und Bewegungsmuster fort, indem sie auf ihre eigenen Wangen patscht, diesmal viel sanfter.

Es dauert nicht lange, bis Tanja wieder nach den Händen der Therapeutin fasst. Die Therapeutin lässt sich diesmal nicht führen, sondern führt das Bewegungsmuster wieder an Tanjas Wangen fort, sanfter als Tanja es zuvor geleitet hat. Sie begleitet die Bewegung dabei mit einem durchgehenden, pulsierenden Ton auf *oh*. Ab 17:33 schiebt das Kind die Hände der Therapeutin vom Gesicht weg und legt seine eigenen Hände mit den Handrücken nach oben auf die Knie. Die Therapeutin nimmt das als Aufforderung, ihre eigenen Hände von recht hoch oben auf die Hände des Kindes zu patschen, woraufhin das Kind so reagiert, dass es die Hände der Therapeutin mithilfe der eigenen nach oben schiebt oder wirft. Das passiert fünfmal in Folge, wobei die Therapeutin mit jedem Patschen nacheinander aufsteigend einen Ton auf *oh* singt. Als das Kind die Hände wieder wegzieht, um die Ärmel an den Armen nach oben zu schieben, führt die Therapeutin Bewegung und Singen weiter aus, dreht die Tonfolge aber um bis sie am Ende der absteigenden Skala wieder beim Ausgangston angekommen ist. Tanja stützt ihre Ellbogen wieder auf die Oberschenkel und legt ihre Hände an die Stirn, diesmal verdecken ihre Finger fast ihr ganzes Gesicht. Auf den ersten Blick wirkt es so, als wolle sie sich verstecken, gleichzeitig ist erkennbar, dass sie die Therapeutin durch ihre Finger hindurch trotzdem genau beobachtet. Möglicherweise helfen diese Art Schutzhaltung und ihre Hände als Rahmen dabei, ihr Gesichtsfeld und damit die Anzahl der überfordernden Stimuli zu verkleinern und sich so besser auf einen kleineren Ausschnitt des Gesehenen zu konzentrieren. Sie behält diese Haltung aber nicht lange bei und richtet sich wieder auf, als sie mit der Therapeutin gemeinsam einen recht kehligen Ton findet. Die Therapeutin klopft sich ein paar Mal selbst mit dem Handteller auf die Brust, woraufhin Tanja erneut nach den Händen der Therapeutin fasst, sie zu sich zieht und auf ihren eigenen Knien festhält. Die beiden mustern einander eingehend, wobei Tanja nicht zur Ruhe kommt aber breit lächelt. Sie zuckt immer wieder vor und zurück, aber sie schreckt weder vor dem Blickkontakt noch vor der großen Nähe zurück. Es scheint mehr so, als würden die vielen Reize sie nicht zur Ruhe kommen lassen, ihr aber gleichzeitig positive Affekte dabei bescheren.

Als das Kind bei 17:50 wieder in die Schutzhaltung mit aufgestützten Ellbogen und verdecktem Gesicht findet, zieht die Therapeutin ihre Hände zurück und hält sie in einer lockeren Gebetshaltung vor ihrem Hals, das Kinn leicht auf die Fingerspitzen gestützt. Sie singt mehrere recht leise Töne auf *ja* bevor das Kind wieder miteinstimmt. Ihr gemeinsames Schreisingen wird übereinstimmend lauter und intensiver und Tanja fasst wieder nach den Händen der

Therapeutin. Bei 18:07 nimmt sie erneut die gewohnte Schutzhaltung ein und lehnt sich dabei nach vorne, sodass die Therapeutin wieder direkt in ihr Ohr singen kann, was die Therapeutin auch tut, diesmal aber sehr leise. Als Tanja sich wieder aufrichtet, singt die Therapeutin eine aufsteigende Melodie. Tanja wechselt zwischen aufrechter und Schutzhaltung sowie Blickkontakt und abgewandtem Blick hin und her, dann stimmt sie in die Melodie mit ein. Ihr Ton hält an, sie wendet den Blick wieder ab, holt aus als wolle sie klatschen, und ein paar Augenblicke später klatscht sie auch tatsächlich. Die Therapeutin ist von der Vollendung der Handlung überrascht und kann so das Klatschen nicht mitmachen, sie vollzieht die Aktion aber mit, indem sie ihre Hände, die sie offen bei Tanjas Knien hält, im Moment des Klatschens zeitgleich zu festen Fäusten ballt. Die Synchronizität hat Tanja definitiv bemerkt, da der darauffolgende Moment ruhiger wirkt und Tanja breit grinst, bevor sie ihre Hände wieder mit den Handflächen nach oben auf die Knie legt. Die Therapeutin legt ihre Hände auf Tanjas und hält sie dort fest. Sie finden einen gemeinsamen Ton auf *iiih* und ihre Hände lösen sich nicht, selbst als Tanja wieder ihre Schutzhaltung einnimmt und ihre verschränkten Hände an das eigene Gesicht führt. Die Fingerrücken der Therapeutin pressen dabei gegen ihre Stirn. Die schreienden Töne werden zu ihrem jeweiligen Abschluss intensiver und steigen in der Tonhöhe, was das Kind auch mit einer nickenden Kopfbewegung mitvollzieht. Die Therapeutin stimmt die Intensität genau ab und folgt auch der Aufwärtsbewegung der Stimme. Es folgt ein Moment des freudigen Ausdrucks, in dem Tanja lächelt und mit ihrem ganzen Körper in der Hängematte zu hüpfen beginnt. Gleich darauf nimmt sie wieder ihre Schutzhaltung ein, so als wolle sie sich nach diesem Affekterleben sofort wieder auf die Therapeutin konzentrieren. Als sie ihre Hände von denen der Therapeutin wegzieht, um die Ärmel weiter nach oben zu schieben, greift die Therapeutin nicht wieder nach ihr, sondern wendet den Blick in Konzentration etwas zur Seite, weg von Tanja, und singt in Sekundschritten. Tanja beobachtet das für ein paar Momente, bis der Blick der Therapeutin wieder zu ihr findet und die beiden wieder einen gemeinsamen Rhythmus für ihr Schreisingen finden. Tanja lacht und nimmt dann wieder ihre Schutzhaltung ein. Die Therapeutin wiederholt das Verhalten von vorhin, lässt ihren Blick leicht zu Seite schweigen und singt in Sekundschritten, aber sobald Tanja wieder eine Vokalisierung macht fokussiert sie erneut auf das Kind und richtet Blick und Aufmerksamkeit auf es. Zum Schluss der Szene richtet Tanja sich aus ihrer Schutzhaltung auf und vollführt erneut eine Bewegung mit dem Arm, als wolle sie ein High Five geben, das dann aber nicht zustande kommt. Stattdessen zieht sie die Hände der Therapeutin zurück zu ihrem Gesicht und hält sie dort an die Wangen und lässt sie auch nicht los, als sie nach hinten schaukelt.

In dieser Szene wird deutlich, wie sehr Tanja nach Synchronizität und gemeinsamen Erleben sucht, und wie hart sie dafür arbeiten muss. Sie hat erkannt, dass synchrone Momente positive Erfahrungen sind, die sie verarbeiten kann. Neben zeitlicher Gemeinsamkeit und Übereinstimmungen der Intensität sucht sie auch viel Körperkontakt. In ihrer Suche wird aber klar, dass sie die Therapeutin noch stark instrumentalisiert, vor allem auf einer körperlichen Ebene. Sie fasst nach ihren Händen, zieht und führt sie, um sie dann wieder von sich zu stoßen. Hier wird auch das große Bedürfnis vom richtigen Verhältnis von Nähe und Distanz sichtbar, das wohl auch mit der Fähigkeit zusammenhängt, Reize zu verarbeiten. Tanjas körperlicher Ausdruck ist noch von viel Unruhe geprägt, die wohl davon herrührt, dass Reize noch nicht in ihrer Vollständigkeit verarbeitet und integriert werden können. Sie schreckt deswegen aber nicht vor ihnen zurück, ganz im Gegenteil, sie sucht sie nichtsdestotrotz. Vor allem gegen Ende der Szene werden Momente der Intrasynchronisation deutlich, in denen sie ihren stimmlichen Ausdruck auch körperlich mitvollzieht. Oft wirkt es, als müsse sie sich aufgrund von drohender Überstimulierung abwenden, Blick- und Körperkontakt minimieren, aber gleich darauf stellt sie diese wieder her, fast als würde sie mit allen Mitteln verhindern wollen, wieder in eine soziale und sinnliche Isolation zu verfallen. Auch ihre hier sogenannte Schutzhaltung macht im Hinblick auf die Reizverarbeitung Sinn, da bei einem durch die Hände eingeschränkte Sichtfeld die Chance, abgelenkt zu werden, geringer ist.

Tanjas dritte und letzte Szene (19:42-20:08) könnte wahrscheinlich vor der vorhergehenden, vielleicht sogar vor ihrer ersten Szene aufgenommen worden sein. In dieser Szene sitzt Tanja in derselben Position in der Hängematte wie im vorhergehenden Filmausschnitt. Die Therapeutin steht zu Beginn der Szene vor ihr, fasst dann nach Tanjas Händen und hält sie auf ihren Knien, während sie sich vor sie auf den Boden kniet. Hier lässt Tanja Schreie ohne jeglichen Einschwingungsvorgang los, denen die Therapeutin zu folgen versucht. Zwischen Tanjas Vokalisierungen macht sie ähnliche stimmliche Angebote. Auch hier nimmt Tanja eine Form ihrer Schutzhaltung ein, diesmal mit nur einer Hand an der Schläfe, die auch teilweise ihr Auge verdeckt. Auf Tanjas anderer Hand macht die Therapeutin mit ihren Fingern Krabbelbewegungen, während sie auf der bereits bekannten Schreiselbe *uah* ein kleines Motiv singt. Bei 20:04 richtet Tanja sich plötzlich auf und es ist deutlich zu sehen, wie sie einatmet. Die Therapeutin reagiert sofort und die beiden lassen einen kurzen aber intensiven Schrei los, der so genau übereinstimmt, dass er, rein auf Basis der Tonspur des Films zu urteilen, auch von nur einer Person hätte stammen können. Das Kind ist sichtlich überrascht und wirft einen erstaunten und erfreuten Blick zuerst zur Kamera und dann zur Therapeutin.

In dieser kurzen Szene ist auffallend, dass Tanja bis zum Schluss nach der gelungenen Synchronisation die Therapeutin nicht direkt ansieht. Während in der vorhergehenden Szene die Beziehung zwischen den beiden schon offensichtlich und ein Einschwingvorgang von Tanjas Vokalisierungen bemerkbar ist, fehlen diese Elemente hier völlig. Sie scheint auch nicht direkt auf der Suche nach synchronen Momenten zu sein, wie es beispielsweise in ihrer ersten Szene deutlich der Fall ist. Der Effekt der Synchronizität ist aber umso hervorstechender, denn Tanja ist regelrecht verdattert über die plötzliche Gemeinsamkeit.

6.2.3. Marian

Marian ist ein achtjähriger, nicht sprachfähiger Junge, dem insgesamt zwei Szenen gewidmet sind. In der ersten (20:44-21:52) sitzt er am Schoß der Therapeutin, die mitten im Therapieraum am Boden sitzt. Sie hält das Kind in ihren Armen wie ein Kleinkind, sodass er von schräg unten zu ihr aufsehen kann. Seine Beine sind angewinkelt. Ähnlich wie bei Tanja zuvor handelt es sich bei Marians Vokalisierungen auch um ein Schreien. Es sind lang gezogene Schreie, die Marian bei jeder Vokalisation zu einem anderen Zeitpunkt und auf andere Art und Weise nach oben moduliert, worauf hin seine Stimme oft bricht und eine schrille oder kreischende Qualität annimmt. Die Therapeutin versucht, mit diesen Schreien übereinzustimmen, ihre Stimme ist laut und dicht, hat aber trotzdem mehr einen sängerischen Charakter. Wenn Marians Stimme bricht, stimmt die Therapeutin das über steigende Tonhöhen und Intensität ab. Zu Beginn der Szene spielt das Kind mit der Halskette der Therapeutin und richtet sich während der Vokalisierungen in einen aufrechten, der Therapeutin zugewandten Sitz auf, wenn sein Ton nachlässt legt er sich wieder in ihre Arme zurück. Es ist kein Einschwingvorgang beim ihm zu beobachten, kein deutliches Einatmen und keine erkennbare Mimik. Er fixiert das Gesicht der Therapeutin, allerdings ist sein prüfend anmutender Blick nur auf ihren Mund gerichtet. Bei 21:10 ist das Einatmen der Therapeutin deutlich sichtbar, und auch Marian atmet zu diesem Zeitpunkt ein. Es wirkt beinahe so, als würde er die Therapeutin dabei imitieren. Beim nächsten Schrei bei 21:19 ist es offensichtlich, dass er vor dem Beginn einatmet, was es der Therapeutin einfach macht, sich mit ihm für die nächste Vokalisierung abzustimmen. Bei 20:40 atmet Marian fast übertrieben deutlich ein und er beobachtet genau, ob die Therapeutin es ihm gleichtut. Sie folgt seinem Beispiel, Marian hält dann am höchsten Punkt des Einatmens aber den Atem an anstatt loszuschreien, wartet ab, ob die Therapeutin ihm immer noch folgt, und erst nach einem erneuten Einatmen startet er die nächste Vokalisation.

In dieser Szene wird deutlich, wie dem Kind bewusst wird, dass es Gemeinsamkeit und Synchronizität durch einen Einschwingvorgang herstellen kann. Es ist ein erster Schritt in

Richtung Intersubjektivität, da er die Therapeutin so weit als eigenständige Person ansehen lernt, dass er ihr Zeichen zur Verständigung gibt. Es kommt noch kein direkter Blickkontakt zustande, da er nur auf ihren Mund fixiert ist und dadurch prüft, ob und wie sie ihm folgt.

In der zweiten Szene (22:24-23:00) sitzen Marian und die Therapeutin wieder am Boden, diesmal aber ein Stück weit voneinander entfernt. Die Therapeutin kniet während Marian mit angewinkelten Beinen am Boden sitzt und mit einem Seil hantiert, das an einem Ende am Netz der Hängematte befestigt ist. Sie streckt dem Kind anfangs die Hände entgegen, es wird aber schnell klar, dass dies keine einladende Geste ist, um es zu sich zu rufen oder es zu berühren, sondern sie führt mit den Armen und Händen Gesten aus, die sie mit den Vokalisierungen, die bereits aus der vorherigen Szene bekannt sind, zu verknüpfen. Die Gesten zeigen den Beginn der Vokalisierung, beim Anstieg von Tonhöhe und Intensität hebt die Therapeutin ihre Hände nach oben, und beim Abklingen lässt sie sie wieder sinken. Wenn Schreie nicht abklingen, sondern mit einem plötzlichen Anstieg in Tonhöhe und Intensität enden, dann wird dies mit einer Art Wegwerfbewegung begleitet, die die Therapeutin mit nur einer Hand zur Seite ausführt. Marians Einatmen vor jedem seiner Schreie ist deutlich zu sehen. Sein Blick ist nicht ständig auf das Gesicht der Therapeutin gerichtet, aber wenn er sie ansieht, ist er nicht mehr nur auf ihren Mund fokussiert. Sein Blick ist nicht mehr hauptsächlich prüfender Natur, und zwischendurch ist auch ein Lächeln zu erkennen. Bei 22:55 hebt Marian seinen Arm, streckt ihn zuerst der Therapeutin entgegen und führt ihn dann ausladend zur Seite, und es wirkt so, als wolle er die Geste der Therapeutin imitieren. Die Therapeutin tut es ihm dabei gleich und dreht ihren Arm so, dass sie Marians Bewegung spiegelt. Marians Blick ist dabei auf die Hand der Therapeutin gerichtet.

Hier ist die Entwicklung hin zur Intersubjektivität schon weiter fortgeschritten, da Marians Blick nicht mehr eine rein prüfende Instanz innehat. Die Synchronisation funktioniert auch über eine größere Distanz hinweg, und vor allem Marians Versuch, zu imitieren, ist auffallend und zeugt von seinem Bewusstsein, dass die Therapeutin sein eigenständiges Gegenüber ist. Sein letzter, auf die Hand der Therapeutin gerichteter Blick, zeugt vielleicht auch von einer ersten Instanz von *joint attention*.

6.2.4. Steven

Steven ist ein zehnjähriger Junge mit Sprachfähigkeit. Von ihm werden insgesamt fünf Szenen gezeigt, wovon drei von derselben Filmsequenz stammen. In seiner ersten Szene sitzt Steven seitlich auf der Hängematte, seine Füße baumeln verschränkt etwas über dem Boden. Er sitzt direkt gegenüber von der Therapeutin und kann sie anschauen, während sie auf einem Xylophon

spielt und dazu singt und Zungenspiele macht. Steven hält eine Rührtrommel oder ein Rührxylophon, bei dem verschieden lange Klangplatten vertikal in einem Kreis angeordnet und so mit einem Bodenteil verleimt sind, am Schoß und hantiert damit. Er lautiert immer wieder auf einem tiefen und kratzenden *wah* und bewegt den Schlägel in der Rührtrommel, woraufhin er einen etwas unregelmäßigen Rhythmus durch die Hin- und Her-Bewegung findet. Die Therapeutin passt sich diesem Rhythmus mit ihrem Spiel an. Die Kamera zoomt in diesem Moment näher an das Gesicht des Kindes heran, woraufhin die Therapeutin aus der Kameraeinstellung verschwindet, und es wird deutlich, dass Steven das Spiel der Therapeutin am Xylophon eingehend mustert. Er bewegt den Schlägel in der Rührtrommel wie beiläufig hin und her und trifft dabei immer dieselben beiden Klangplatten. Bei 24:17 ist deutlich zu erkennen, dass er sein Unterkiefer genau im Rhythmus mit seinem Spiel hin und her bewegt, bis er sich mit dem Schlegel am oberen Ende einer der Klangplatten verheddert und so den Rhythmus verliert. Sobald sein Unterkiefer sich aus der Bewegung gelöst hat ist ein Schmunzeln auf seinen Lippen erkennbar. Er sieht zur Rührtrommel in seinem Schoß und gibt eine Reihe an freudigen Lauten von sich, wovon er den letzten, ein lang gezogenes *piuuu*, auch mit dem Schlägel in einer bogenförmigen Bewegung mitvollzieht.

In dieser Szene kann beobachtet werden, wie Steven in einen Zustand der Intrasynchronisation findet, in dem sich sein Kiefer und seine Hand mit dem Schlägel aufeinander abstimmen. Zuerst nimmt die Therapeutin den hörbaren Rhythmus und das Tempo seiner Handbewegung auf, dann verstärkt Steven selbst seine eigene hörbare und hörbar gemachte Bewegung mittels einer anderen, synchronen Bewegung seines Körpers. Die Erfahrung dieser Synchronisation löst offensichtlich Freude bei ihm aus.

Die zweite Szene (25:18-28:59) schließt an die vorhergehende Szene an, das Kind sitzt noch immer in der Hängematte und hält die Rührtrommel im Schoß. Die Therapeutin spielt am Xylophon und singt melismatisch ohne Silben. Steven singt ebenfalls dazu, ein etwas raues und sehr tiefes, kehliges *wah waaaah*. Die Therapeutin stimmt die Tonhöhen genau mit seinen ab. Dann lehnt Steven sich ohne weitere Vokalisierungen in der Hängematte zurück und inspiziert die Rührtrommel, schließlich beginnt er erneut, mit dem Schlägel darin wie beiläufig zu rühren, während sein Blick in die Richtung der Kamera gerichtet ist. Die Therapeutin passt ihr Spiel dem Rhythmus seines Rührens an und singt ebenfalls nicht. Steven bricht sein Spiel bei 26:07 ab und führt den Kopf des Schlägels kurz wie geistesabwesend zum Mund, dann setzt er sich bei 26:24 plötzlich mit einem intensiven *waaaaah* wieder in der Hängematte auf.

Die Therapeutin nimmt das als Anlass, ebenfalls wieder zu singen und übernimmt die Tonhöhe und die Intensität. Nach seiner Vokalisierung sitzt Steven für ein paar Momente wie

geistesabwesend da, dann bewegt er den Schlägel wieder wie beiläufig in der Rührtrommel. Dabei entsteht wie in der Szene zuvor ein Hin-und-Her-Rhythmus, den die Therapeutin auf dem Xylophon aufnimmt. Ab 26:45 rührt er wieder in der Trommel, und diesmal öffnet er Mund und Augen weit, passend mit der Rührbewegung. Er streckt die Zunge heraus und vollführt auch mit ihr eine kreisende Bewegung, die mit der Bewegung des Schlägels in seiner Hand übereinstimmt. Er vollführt diese runde Bewegung zweimal, dann kehrt er zum Hin-und-Her-Muster zurück, das er wie in der vorhergehenden Szene mit dem Unterkiefer mitvollzieht. Die Therapeutin nimmt diesen Rhythmus nicht nur auf dem Xylophon auf, sondern beginnt auch dazu auf den Silben *tak tek* zu singen.

Hier wird noch deutlicher, wie Steven in die Intrasynchronisation findet. Er kann mittlerweile nicht nur verschiedene Reize von außen verarbeiten, sondern lernt auch, seine eigene Körperwahrnehmung zu integrieren. Die verstärkende Wirkung der Intersynchronisation durch das Mitvollziehen seines Spiels mit der Rührtrommel auf dem Xylophon spielt wohl auch eine wichtige Rolle dafür, dass er in diese Wahrnehmung findet.

Die dritte Szene (27:29-29:30) findet ebenfalls im selben Setting statt. In dieser Szene sind alle Elemente der beiden vorhergehenden Szenen enthalten. Steven singt immer wieder sein tiefes, raues *wah waaaah* und wechselt das Rühren und die Hin-und-Her-Bewegung in der Rührtrommel ab, wobei beides immer wie beiläufig wirkt. Die Therapeutin passt sich diesen Rhythmen jedes Mal sofort auf dem Xylophon an. Bei 28:21 beginnt das Kind wieder zu singen, diesmal sogar mit einer Art Text der wie *dasdu* klingt. Die Therapeutin reagiert sofort darauf und fragt singend: „Ja, was ist denn ein dasdu?“ Anstatt zu antworten kehrt Steven zu *wah waaaah* zurück, spielt mit der Rührtrommel und wirft immer wieder Blicke zur Kamera. Bei 28:42 beginnt er, außen auf die Klangplatten der Trommel zu klopfen, woraufhin die Therapeutin auch diesen Rhythmus sofort übernimmt. Während es das nächste Mal singt, lächelt das Kind, und als die Therapeutin sein *wah waaaah* singend übernimmt, freut es sich sichtlich. Steven lacht und macht freudige Laute, dann fügt er selbst noch ein paar Mal *wah waaaah* dazu. Gegen Ende des Ausschnitts wird Steven ganz ruhig in der Hängematte, er wirkt aber nicht geistesabwesend, sondern er beobachtet, was die Therapeutin noch auf dem Xylophon spielt. Sie findet ein Ende der Improvisation, und sobald sie fertig ist, schlägt Steven den Schlägel unkontrolliert in der Rührtrommel herum, fast wie eine Art Imitation von Applaus.

Die synchronen Momente sind für Steven offensichtlich positive Erlebnisse. Es ist auffallend, wie lange er die Aufmerksamkeit für die gemeinsame Tätigkeit aufrechterhalten kann, und es ist bemerkenswert, dass er zum Schluss des Spiels in keiner Weise geistesabwesend wirkt, sondern ruhig, aufmerksam und konzentriert auf das, was die Therapeutin am Xylophon

macht. Wenn sein abschließendes Wirbeln in der Rührtrommel tatsächlich als eine Art Applaus gewertet werden kann, dann zeugt dies von einem Maß an Bewusstsein über soziale Konventionen rund um Musik und Aufführungen, sowie, fast noch wichtiger, von einem Ausdruck der Wertschätzung für die Improvisation, das gemeinsame Tun und die Aufmerksamkeit, die ihm währenddessen zuteilwurde.

In der vierten Szene (29:51-32:48) liegt Steven auf dem Rücken und mit angewinkelten Beinen mitten auf der Weichbodenmatte. Die Therapeutin kniet neben ihm, sodass seine Beine ihren Rumpf berühren und sie einen ihrer Arme locker auf seinen Knien abstützen kann. Es wird ein Tanzlied vom Band abgespielt. Je nach Teil des Liedes, der gerade erklingt, klatscht die Therapeutin auf die dargebotenen Hände des Kindes, entweder auf beide gleichzeitig oder abwechselnd, oder die beiden klatschen in die jeweils eigenen Hände. Beim Solopart eines Blasinstruments, das bei jeder Wiederholung dieses Teils einen Ton mehr spielt als beim vorherigen Mal und die Töne auch in ihrer Länge variiert, zählen Therapeutin und Kind mit ihren Fingern die Anzahl der gespielten Töne mit, bevor sie wieder zum Klatschen übergehen. Steven hält dabei seine Aufmerksamkeit für die gesamte Dauer des Liedes aufrecht und macht munter mit, indem er seine Hände zum Klatschen für die Therapeutin bereithält oder selbst mitklatscht und mitzählt.

In der letzten Szene mit Steven (33:06-34:00) erklingt erneut Tanzmusik vom Band. Diesmal sitzt Steven aber wieder in der Hängematte und schaukelt, während die Therapeutin den Rhythmus der Musik in einer Art Tanzhaltung mitstampft. Sie fragt Steven, ob er stampfen kann, woraufhin er sie von der Hängematte aus auffordert, zu tanzen. Immer wieder ruft er: „Tanzen, tanzen!“ In Reaktion darauf stoppt die Therapeutin die Hängematte ab und fordert Steven auf: „Zeig‘ du mir, wie ich tanzen soll, ich tanz‘ so, wie du willst!“

Zuerst lehnt Steven ab, aber die Therapeutin bleibt hartnäckig: „Doch, probier‘ mal, du zeigst es mir, und ich tanze“. Steven lässt sich so aus der Hängematte ziehen, macht drei Schritte von ihr weg und macht schwingende Bewegungen von Seite zu Seite, bei denen er seine ausgestreckten Arme jeweils seitlich an seinem Körper nach oben schwingt. Er macht die Bewegung rechts und links je einmal und will dann wieder zur Hängematte flüchten, doch die Therapeutin hält ihn zurück und sagt zu ihm: „Du musst mir das zeigen! Ich kann das nur, wenn du es mir zeigst!“

So kommt Steven rasch wieder zu ihr. Die beiden stehen einander gegenüber und fassen einander an den Händen und wiegen so ein paar Mal von Seite zu Seite im Rhythmus der Musik, ihre Arme schwingen dabei immer zur Seite nach oben. Die Therapeutin drückt dies auch mit ihrer Stimme aus: „Ja, hoch, hoch!“ Steven grinst breit, will aber nach dreimal hin und her

schon wieder zur Hängematte zurück. Die Therapeutin hindert ihn erneut daran, und die nächste Tanzsequenz ist nicht ganz so schwungvoll. Die beiden stehen einander wieder gegenüber, diesmal ist es aber mehr eine Gewichtsverlagerung von Seite zu Seite als tatsächlich wiegende Schritte, und ihre Arme schwingen nicht mehr. Stattdessen halten beide ihre Arme zwischen ihren Körpern ausgestreckt. Die Therapeutin hält die Hände des Kindes gar nicht mehr fest und hebt ihre Arme mit jeder Gewichtsverlagerung höher und höher, während Steven sie an den Handgelenken hält. Als er nach ein paar Durchläufen der gemeinsamen Bewegung wieder zur Hängematte läuft, lässt die Therapeutin ihn gehen und wendet sich ab, um mit tanzenden Schritten zum Abspielgerät zu schreiten. Im selben Rhythmus dazu sagt sie: „Ach, wie schön, wunderbar“.

Beim gemeinsamen Tanzen zur Musik wird deutlich, dass Steven schon ein gutes Gespür für seinen Körper und seine Bewegungen entwickelt hat. Er kann sich auch im Rhythmus zur Musik passend bewegen, und diese Synchronizität auch noch mit der Therapeutin gemeinsam teilen. Allerdings halten diese Momente nicht lang an. Wahrscheinlich sind diese Erfahrungen schnell überfordernd, auch wenn sie mit positiven Affekten einhergehen, und daher versucht er, rasch wieder zur Hängematte zurückzukommen, die ihm wohl Sicherheit und eine Art Rückzugsort gibt.

6.2.5. Fritz

Zwei Szenen mit Fritz stellen sozusagen den Rahmen des Films dar. Im ersten Ausschnitt, der zu Beginn des Films von 2:33 bis 3:39 gezeigt wird, sieht man Fritz nur am Fenster sitzen. Die Bewegungen seiner verschiedenen Körperteile, Kopf, Blick und Hände, und das kratzende Geräusch, das er mit seinem Mund erzeugt, stimmen alle nicht miteinander überein, sein Blick aus dem Fenster wirkt eher abwesend als aufmerksam. Im Hintergrund ist das Spiel der Therapeutin auf einem Glockenspiel mit begleitendem Gesang ohne Silben zu hören, auf das das Kind aber nicht sichtbar reagiert. Dieser Ausschnitt dient dazu, die typischen Symptome eines autistischen Kindes zu veranschaulichen.

In der letzten Szene des Lehrfilms (34:46-36:35) wird Fritz erneut gezeigt, diesmal offensichtlich etwas älter als in der ersten Szene. Außerdem wird klar, dass er auch in seiner Entwicklung fortgeschritten ist. Er sitzt am Boden nahe einer Wand, neben ihm liegen einige verschiedene Größen von Boomwhackers, bunte Plastikröhren, die je nach Länge jeweils mit einer anderen Tonhöhe erklingen, wenn man mit ihnen gegen die Kante eines harten Gegenstands oder auch den eigenen Körper klopft. Neben den Boomwhackers ist ein aufrecht stehendes Monochord platziert. Die Therapeutin kommt ins Bild und setzt sich gegenüber von Fritz

auf den Boden. Fritz nimmt einen der Boomwhacker und beginnt, damit auf die Saiten des Monochords zu schlagen. Die Bewegung ist nicht wild und das Monochord scheint dadurch auch nicht zu wackeln, die Therapeutin hebt trotzdem ihre Hand und stützt das Instrument an der Seite. Sie begleitet die Schläge von Fritz stimmlich ohne Silben. Er nimmt daraufhin einen zweiten Boomwhacker und schlägt mit diesem zuerst ebenfalls auf die Saiten, dann hält er sich das Plastikrohr aber ans Ohr. Die Therapeutin imitiert ihn und nimmt ebenfalls einen Boomwhacker, um sich ein Ende davon ans Ohr zu halten. Dann führt sie das Rohrende stattdessen an den eigenen Mund und singt hinein, woraufhin Fritz aufhört, auf das Monochord zu klopfen, weil er damit beschäftigt ist, die Enden ihrer beiden Boomwhacker zusammenzuführen. Dieses Spiel scheint ihm zu gefallen, denn er lacht dabei. Zuerst schaut er durch sein Ende des neu entstandenen langen Rohrs, dann führt er es zweimal nacheinander an sein Ohr, während die Therapeutin immer weiter in ihr Rohrende singt. Fritz hält das Rohr wieder an sein Ohr, hört der Therapeutin so beim Singen zu und nimmt dann das Schlagen auf die Saiten des Monochords mit dem Boomwhacker in seiner anderen Hand wieder auf. Er vokalisiert dazu immer wieder, und das breite Grinsen verlässt sein Gesicht nicht.

Als Fritz immer mehr vokalisiert, legt die Therapeutin ihren Boomwhacker zur Seite und führt das Ende von Fritz' Rohr an ihr eigenes Ohr. Fritz legt sein Ende aber nicht an den eigenen Mund. Daraufhin nimmt die Therapeutin einen der kleinsten Boomwhacker und beginnt, damit in einem flotten Tempo auf das Rohr zu klopfen, das sie immer noch an ihr eigenes Ohr hält. Sie singt auch dazu und führt das Rohrende wieder vom Ohr weg, um sich aufzurichten, sie klopft aber weiterhin mit dem kleineren Rohr darauf. Das Kind findet einen passenden Rhythmus, um im halben Tempo dazu auf die Saiten des Monochords zu schlagen. Die Therapeutin passt ihr Tempo daraufhin den Schlägen des Kindes an. Gemeinsam werden sie zuerst langsamer, dann wieder schneller. Fritz führt sein Ende des Rohrs dann wieder an das eigene Ohr und schiebt es gemeinsam mit seinem Körper ein wenig in Richtung der Therapeutin. Diese führt es zuerst an ihr eigenes Ohr, da das Kind wieder vokalisiert, doch dann führt sie ihr Ende wieder an den Mund und singt in das Rohr, und so auch in Fritz' Ohr. Dann bauen die beiden wieder ein längeres Rohr mit einem weiteren Boomwhacker, wobei die Therapeutin erneut in ein Ende singt und das Kind das andere Ende an sein Ohr gelegt hat. Mit diesem längeren Rohr hat Fritz wieder genügend Spielraum, um mit dem Boomwhacker in seiner anderen Hand weiter auf die Saiten des Monochords zu schlagen. Während des gesamten Ausschnitts verlässt das Grinsen nie Fritz' Gesicht und er endet, als Fritz direkt in die Kamera lacht.

Diese Szene spannt den Bogen vom anfänglich in seiner Stereotypie festgefahrenen Kind zu einem Kind, das gelernt hat, seinen eigenen Körper zu koordinieren, die Therapeutin

als einen eigenständigen Menschen und ein Gegenüber zu erkennen, und mit ihr spielerisch in Kontakt zu treten. Die gemeinsame Aktivität und die hörbare Synchronizität, sowie auch der spielerischer Austausch, machen ihm sichtlich Spaß. Auch seine Vokalisierungen zeugen von Freude, und nicht einmal ist das stereotype, kratzende Geräusch zu hören, das er in der einleitenden Szene mit seinem Mund produziert hat.

6.3. Interpretation

Die beobachtbaren Symptome der Kinder stellen sich recht unterschiedlich dar, was einerseits sicher mit der großen Palette an Ausprägungsmöglichkeiten von Autismus und andererseits mit den verschiedenen Entwicklungsschritten, an denen sich die einzelnen Kinder befinden, zusammenhängt. Das Verhalten der Kinder reicht von großem Bewegungsdrang im Sinn von motorischer Stereotypie, über Ausdrucksnot, bis hin zu kurzen Aufmerksamkeitsspannen.

Während nur eines der Kinder über Sprachfähigkeiten verfügt und diese neben einer rauen Art des Singens auch zeigt, kommunizieren zwei andere der Kinder stimmlich sehr intensiv mit stereotypem Schreien. Körperliche Stereotypie ist hauptsächlich bei einem Kind zu beobachten, das unermüdlich auf dem Trampolin springt oder Schaukelbewegungen vollführt. Zu Beginn des Films wird eine illustrierende Szene eines Kindes gezeigt, das in der sozialen Isolation seiner Stereotypie und der fehlenden Intrasynchronisation förmlich feststeckt und die im Hintergrund gespielte Musik in keiner Weise wahrzunehmen scheint.

Generell ist der Therapieraum kindergerecht eingerichtet und wirkt einladend mit einer Art Spielplatzcharakter, der durch das Klettergerüst, die Weichbodenmatte und die Hängematte gefördert wird. Gerade die Hängematte scheint viel Verwendung zu finden und hilfreich zu sein. Beispielsweise stellt sie für Steven einen Ort der Sicherheit und des Rückzugs dar, gleichzeitig macht sie auch kleinste Bewegungen des Kindes sichtbar. Sie erlaubt es dem Kind, schnell auf Distanz zu gehen, dann aber auch wieder Nähe zu suchen. Außerdem kann sie für die Entwicklung der propriozeptiven Wahrnehmung nützlich sein, indem das Kind das Feedback des Bewegt-werdens wahrnimmt, egal ob es eine Konsequenz seines eigenen Handels ist, oder ob die Hängematte von der Therapeutin bewegt wird.

Die Therapeutin tritt gleichzeitig selbstsicher und beinahe wie selbstlos auf. Es ist kein Zögern in ihrem Verhalten bemerkbar, immer ist sie auf das jeweilige Kind fokussiert, nur in wenigen Momenten scheint es, als würde sie ihre Aufmerksamkeit zu sich selbst zurückziehen und auf ihren eigenen Körper oder Handlungen lenken, nur um beim nächsten möglichen Kontaktangebot des Kindes sich sofort wieder auf es zu konzentrieren. Sie lässt sich durch das Schreien der Kinder und ihre Lautstärke nicht abschrecken und scheut nicht vor Berührung und

großer körperlicher Nähe zurück. Ebenso ist sie zu körperlicher Anstrengung bereit, um sich auf das Kind einzustellen, wie beispielsweise das tiefe, seufzende Ausatmen am Ende der Szene mit Florian auf dem Trampolin zeigt (7:23).

In ihren Interventionen versucht die Therapeutin stets das Tun des Kindes zu begleiten oder zu umspielen. Sie benutzt Methoden wie Affektabstimmung, Spiegelung und Imitation, versucht immer, Reize intermodal zu verknüpfen, beispielsweise durch zeitliche Übereinstimmung, Phasengleichheit, der Übereinstimmung von Intensität, oder durch das Hörbarmachen von Bewegung. Dabei ist ihr Spiel nie monoton, Gleichbleibendes wird stets variiert und auf verschiedene Weisen angeboten. Reize werden auf möglichst vielen verschiedenen Wegen und Kanälen ausgedrückt. Jede Intervention vonseiten der Therapeutin ist von Offenheit dem Kind und seinem Ausdruck und dessen Veränderung sowie seinen Kontaktangeboten und -reaktionen gegenüber geprägt. Die Therapeutin versucht dabei nicht nur, den jeweiligen Ausdruck des Kindes zu treffen, sondern macht ihrerseits auch zwischendurch viele Kontaktangebote, auf die das Kind einsteigen kann.

Unabhängig von der Verwendung eines Musikinstruments setzt die Therapeutin immer ihre Stimme ein. Zumeist wird ihre Stimme zur Imitation des Ausdrucks des Kindes verwendet, oder als eine Art Umspielen des Verhaltens des Kindes auf Nonsense-Silben. Manchmal singt sie auch Lieder mit Text, in denen sich dann der Text selbst auf das Verhalten des Kindes bezieht. Werden auch Instrumente gespielt, beziehen sich diese zumeist direkt auf das Tun des Kindes, hauptsächlich um seine Bewegungen in irgendeiner Form hörbar zu machen. Beispielsweise stellt Florians letzte Szene eine Ausnahme zu dieser Beobachtung dar, da die Therapeutin in einem Lied Florians Nicken und Kopfschütteln besingt, sie sich dabei aber mit der Gitarre lediglich selbst begleitet. Das Tempo des Liedes orientiert sich an Florians Tun, die gespielte Musik selbst aber nicht. In zwei Szenen ist zudem nicht nur die musikalische Improvisation als Intervention relevant, sondern es wird auch Musik vom Band abgespielt. In den jeweiligen Filmausschnitten handelt es sich um Tanzmusik, die einen Rahmen für gemeinsames Spiel und Bewegung schafft.

Nur zwei der gezeigten Kinder spielen selbst mit Instrumenten. In beiden Fällen handelt es sich um Perkussionsinstrumente, einerseits eine handliche Rührtrommel, andererseits Boomwhackers in verschiedenen Größen und ein stehendes Monochord. Es scheint, die zwei Kinder sind sich über die Rolle dieser Instrumente als Musikinstrumente nicht wirklich bewusst und spielen mit ihnen mehr wie mit Spielzeug, beiläufig und je nach Gefühlslage. Gerade perkussive Instrumente wie in diesen Beispielen bieten sich wohl für diese Form des Gebrauchs an. Die Rührtrommel braucht nur jegliches Hantieren mit einem Schlägel, entweder innerhalb

des Klangbechers oder von außen, und Boomwhackers sind als gestimmte Plastikröhren dafür gemacht, um sie durch jegliches Schlagen gegen beliebige Oberflächen zum Klingen zu bringen. Das stehende Monochord wird im gezeigten Ausschnitt auch eher als perkussives Instrument benutzt, da das Kind mit einem der Boomwhacker auf dessen Saiten schlägt und sie so zum Klingen bringt.

In den analysierten Filmausschnitten wird erkennbar, dass synchrone Momente in einem früheren Entwicklungsstadium sicht- und merkbarere Auswirkungen haben, als in späteren. Solange das Kind Gemeinsamkeit noch nicht so gut kennt, verarbeiten kann, oder sich daran gewöhnt hat, ist es offensichtlich, wann ein synchroner Moment aufgetreten ist und dass das Kind ihn bemerkt hat. Sobald das Kind in seiner Entwicklung weiter vorangeschritten ist, handelt es sich nicht mehr um diskrete, voneinander trennbare, deutliche Momente, sondern die Gemeinsamkeit und Synchronisation dauert über einen längeren Zeitraum an, wird vom Kind ausgehalten und aufrechterhalten, und ihre Auswirkungen erscheinen in subtilerer Form. Synchronizität stellt so die Basis für Kontakt und Beziehung und damit auch für die weitere Entwicklung des Kindes dar.

Veränderung aufgrund synchroner Momente ist vor allem bei Florian und Tanja in chronologisch früheren Szenen gut zu erkennen. Sie reagieren so deutlich auf die zumeist nur sehr kurze Synchronizität und sind davon sichtlich berührt, sie zeigen Überraschung, auch Freude, und eigentlich immer einen Moment der Ruhe und des Innehaltens. In späteren Szenen der beiden, sowie bei Marian, sind die Effekte der Gemeinsamkeit bereits subtiler, allerdings ist zu erkennen, dass die Kinder lernen, sich auf die Therapeutin einzustellen, sich also in gewisser Weise auf eine andere Person zu beziehen. Steven und Fritz sind in ihrer Entwicklung bereits weiter und haben gelernt, die Gemeinsamkeit über einen längeren Zeitraum aufrechtzuerhalten und mit der Therapeutin in Kontakt zu bleiben. Synchronisation ist so nicht mehr in diskrete Augenblicke unterteilt, sondern wird in einen kontinuierlichen Ablauf von Gemeinsamkeit gebettet. Gerade in der letzten Szene des Films kann deutlich beobachtet werden, dass Fritz die Fähigkeit entwickelt hat, Kontakt und Beziehung nicht nur aufrechtzuerhalten, sondern auch selbst mitzugestalten. Es ist in diesem Fall keine Suche mehr nach synchronen Momenten, sondern ein spielerischer Austausch der ihm sichtlich Freude bereitet.

In chronologisch frühen Szenen ist auffallend, dass die Kinder keinen Blickkontakt suchen. Beispielsweise bei Florian oder Tanja wirkt es nicht so, als würden sie den Blick wirklich scheuen, sondern als würden sie die Therapeutin nicht als Mensch wahrnehmen, deren Blick für sie von Bedeutung sein könnte. In späteren Szenen und bei Kindern, die in ihrer Entwicklung etwas weiter sind, ändert sich dieses Verhalten. Ein erster Blickkontakt mit der

Therapeutin oder ein überraschter, direkter Blick zur Kameraperson sind Reaktionen auf synchrone Momente. Sobald die Kinder auf der Suche nach solchen Momenten sind oder bereits eine Beziehung zur Therapeutin aufgebaut haben, werfen sie immer mehr und längere Blicke zu ihr. Ihre Wahrnehmung der Therapeutin ändert sich sichtlich im Verlauf der Therapie und drückt sich unter anderem in ihrem Blickverhalten aus. Gerade bei Tanja wird aber deutlich, dass direkter Blickkontakt und Bezugnahme auf eine andere Person verarbeitet werden muss und immer wieder Pausen und Rückzug davon erfordert, auch wenn sie diese Pausen oft sehr kurz zu halten wollen scheint.

In diesem Lehrfilm wird anschaulich gezeigt, dass Synchronisation für die Entwicklung von Kindern mit Autismus im Rahmen der Musiktherapie relevante Veränderung bringen und als Basis oder eine Art Sprungbrett für das Herstellen von Beziehung dienen kann. Sie schafft Momente der Begegnung, hilft dem Kind, seine erlebte Zeit an die einer anderen Person anzugleichen oder diesen Angleichungsprozess einer anderen Person an sich selbst zuzulassen, und ermöglicht so einen Weg aus der sozialen Isolation der Verarbeitungsbeeinträchtigung und der Stereotypie.

7. Expert:innenbefragung zur Musik in der Musiktherapie

Im Verlauf dieser Arbeit wurden einerseits Autismus-Spektrum-Störungen aus einem diagnostischen Blickwinkel und andererseits Musiktherapie für Kinder aus der Sicht des Aspekts Synchronizität betrachtet. Was dabei bisher sehr kurz gekommen ist, ist die eigentliche Musik, die im Rahmen von Musiktherapie für autistische Kinder zum Einsatz kommt. Das ist einerseits dem Fokus auf Synchronisation geschuldet, der zwar in seiner Natur als relevanter Aspekt in der Musiktherapie auf Musik basiert, allerdings nicht an speziellen, definierbaren musikalischen Konzepten festzumachen ist, andererseits liegt es an der Natur der musiktherapeutischen Improvisation als Interventionsstrategie an sich. Während es viel Literatur zur Improvisation gibt, wird auch in dieser kaum Bezug auf tatsächliche musikalische Ereignisse genommen. Es gibt bekannte Techniken und Interventionen, die während der Improvisation Anwendung finden können, außerdem ist das Instrumentarium bekannt, das generell verwendet wird. Wie diese Elemente allerdings tatsächlich eingesetzt und die Therapie und die Interventionen musikalisch umgesetzt werden, ist nicht wirklich nachvollziehbar oder an repräsentativen Beispielen festzumachen.

An dieser Stelle sollen daher Expert:inneninterviews Einblicke in die tatsächliche musikalische Praxis von Musiktherapeut:innen mit autistischen Kindern geben. Da Therapeut:innen diejenigen sind, die sich musikalisch mit ihren Klient:innen auseinandersetzen und die

Entscheidungen darüber treffen, welche musikalischen Interventionen und speziell welche Musik für die Therapie eingesetzt werden, sind sie wahrscheinlich die geeignetste Quelle, um die grundlegende Frage rund um die verwendete Musik in der Musiktherapie zu beantworten.

7.1. Erhebungsmethode

Für die vorliegende Fragestellung wird eine qualitative empirische Methode in Form von Expert:inneninterviews angewandt. Bei dieser Art von Interview geht es nicht vordergründig um die befragte Person als Mensch mit seinem eigenen Werdegang, sondern die Personen werden nach ihrer Expert:innenmeinung zum Thema befragt. Dennoch kann natürlich die persönliche Geschichte der einzelnen Personen relevant für die Beantwortung der Fragen sein (Flick 2017: 214-215). Die Interviews werden online geführt, einerseits um die terminliche Gestaltung simpel zu halten, und andererseits aus dem Grund, dass Interviews über Online-Konferenzdienste wie beispielsweise Skype oder Zoom leicht aufzuzeichnen sind.

Um möglichst viele auswertbare Antworten zu erhalten, bekommen die Therapeut:innen die Möglichkeit, zwischen einem persönlichen Interview und der schriftlichen Beantwortung des Interviewleitfadens zu wählen. In den folgenden zwei Kapiteln werden die Auswahl der Interview:partnerinnen sowie der Interviewleitfaden vorgestellt.

7.1.1. Auswahl der befragten Personen

Die Auswahl der Therapeut:innen für die Befragung basiert auf öffentlich zugänglichen Listen von Musiktherapeut:innen in freier Praxis in Österreich. Eine der Listen ist auf der Webseite des Österreichischen Berufsverbands der MusiktherapeutInnen zu finden (ÖBMb o. J.), eine weitere auf einer Webseite der bestNET Information-Service-Webseite betitelt mit musiktherapie.at (bestNET o. J.), und die letzte in der Datenbank des Gesundheitsministeriums (Kierein o. J.). Auf diesen Webseiten sind neben den Kontaktdaten der Therapeut:innen auch nähere Beschreibungen ihrer Arbeitsweisen oder Schwerpunkte angegeben, die auch als Schlagwörter in der jeweils vorhandenen Suchmaske eingegeben werden können. Auf der Webseite des ÖBM sind die Suchwörter frei einzutippen, auf den anderen beiden Webseiten gibt es eine vorgegebene Liste in Form einer Auswahl an geschlossenen Suchbegriffen.

Für diese Arbeit wurden alle Therapeut:innen aus den Listen gewählt, die jegliche Bezeichnung von Autismus-Spektrums-Störungen als Schwerpunkt angeben. Da die Schwerpunkte auf der Webseite des ÖBM von den Therapeut:innen selbst in eigenen Worten anstelle von vorgegebenen, geschlossenen Kategorien angegeben sind, inkludieren die Auswahlkriterien Bezeichnungen wie beispielsweise ASD, ASS, Autismus, etc. Zusätzlich wurden auf

derselben Webseite auch alle Therapeut:innen ausgewählt, die Entwicklungsstörungen in ihren Schwerpunkten angeben. Personen mit Schwerpunkten, die Entwicklungsverzögerung oder Entwicklungsförderung inkludieren, aber keine der vorher genannten Kriterien zu Autismus nennen, wurden nicht ausgewählt. Die Auswahl auf den anderen beiden Webseiten exkludiert auch Therapeut:innen mit dem Schwerpunkt Entwicklungsstörungen ohne explizite Angabe von Autismus. Die Logik dieser Auswahl ergibt sich aus der vorgegebenen Liste der geschlossenen Kategorien. Während Therapeut:innen auf der Webseite des ÖBM selbst Beschreibungen formulieren müssen und aufgrund der begrenzten Zeichenanzahl Autismus möglicherweise unter Entwicklungsstörungen subsummieren, haben sie auf den anderen Webseiten die explizite Wahlmöglichkeit, Autismus separat von Entwicklungsstörungen als Schwerpunkt anzugeben.

Nachdem doppelte Einträge derselben Personen entfernt wurden, ergibt diese Auswahl 25 Therapeut:innen, die selbst angeben, mit Autismus als Schwerpunkt zu arbeiten, und drei weitere auf der Webseite des ÖBM mit Angaben zu Entwicklungsstörungen als Schwerpunkt. Alle 28 Personen wurden per E-Mail über die auf den jeweiligen Webseiten angegebenen Kontaktadresse angeschrieben und ihnen wurde der im nächsten Kapitel erläuterte Leitfaden übermittelt. Die Therapeut:innen wurden um ihre Expert:innenmeinung zu den gestellten Fragen gebeten, mit der Wahlmöglichkeit zwischen der schriftlichen Beantwortung und einem persönlichen Interview. Außerdem wurde gefragt, ob ihre Antworten im Rahmen dieser Arbeit mit ihrem Namen in Zusammenhang gebracht werden dürfen, oder ob die Auswertung anonymisiert erfolgen soll.

Derzeit gibt es offensichtlich einen sehr hohen Bedarf an Musiktherapie, denn ein Großteil der kontaktierten Personen hat geantwortet, dass ihr voller Terminkalender ein Interview und selbst die schriftliche Auseinandersetzung mit den Fragen derzeit nicht zulässt. Dennoch haben sich freundlicherweise zwei der angeschriebenen Personen bereiterklärt, ein persönliches Interview durchzuführen; zudem wurden die Fragen von drei weiteren Therapeut:innen schriftlich beantwortet.

Zusätzlich zu diesem Vorgehen wurde der Interviewleitfaden auch in Form einer zeitlich begrenzten Online-Umfrage auf der Umfrageplattform Typeform veröffentlicht, deren Link freundlicherweise im monatlichen Newsletter des ÖBM an seine Mitglieder ausgeschickt wurde. Auf diesem Wege wurde der Fragebogen vier weitere Male beantwortet. Insgesamt basieren die folgenden Ausführungen also auf zwei Interviews und sieben schriftlichen Beantwortungen des Fragebogens.

7.1.2. Interviewleitfaden

Der Interviewleitfaden soll nach Möglichkeit nicht zu viele Fragen beinhalten, um einerseits während eines Interviews genügend Raum und Zeit für Antworten und Folgefragen zu ermöglichen, und andererseits die Therapeut:innen aufgrund der Masse an Fragen nicht überfordern oder gar von einer möglichen Beantwortung abschrecken. Es handelt sich bei den durchgeführten Interviews daher auch um halbstrukturierte Interviews, da der Leitfaden zwar Anhaltspunkte liefert, die Fragen aber nur Impulse für ein entstehendes Gespräch darstellen sollen (Boellstorff et al. 2012: 96-97; Gibson / Hua 2016: 182). Daher umfasst der Leitfaden die folgenden vier Fragen:

- Was ist aus Ihrer Perspektive in der musiktherapeutischen Arbeit mit Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung besonders bedeutsam?
- Welche musikalischen Elemente sind für die Musiktherapie im Rahmen einer Autismus-Spektrum-Störung besonders wichtig?
- Worin sehen Sie die Wirksamkeit von Musik(-therapie?)
- Welche theoretischen Konzepte oder andere Grundlagen begründen die jeweilige Wahl der Musik und Interventionen?

Die Fragen haben das Ziel, einen Einblick in die Musik der Musiktherapie und ihre Wirksamkeit für autistische Menschen zu erlangen. Außerdem sollen die Therapeut:innen begründen, warum sie ihre Meinungen vertreten und wie sie die Therapie musikalisch gestalten.

Das Konzept Synchronizität oder andere im Laufe dieser Arbeit beleuchteten Aspekte werden im Fragebogen nicht direkt erwähnt, um den Therapeut:innen keine Begriffe, Theorien oder Themen vorzugeben oder in den Mund zu legen, sodass sie dazu motiviert werden, von ihrer eigenen Praxis und ihrem eigenen therapeutischen Ansatz aus zu antworten. Dennoch ist es natürlich interessant, ob und, wenn ja, inwiefern Synchronizität erwähnt wird, oder das Konzept zumindest in Beschreibungen oder Erklärungen wiederzufinden ist.

7.2. Auswertungsmethode

Die Interviews und Fragebögen werden im Sinne der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Dadurch sollen die relevanten Aspekte des durch Fragebogen und Interview erhobenen Materials systematisch beschrieben und ausgewertet werden (Schreier 2012: 3-4). Die Fragen des Interviewleitfadens zielen bereits auf generelle Analysekriterien ab, wie beispielsweise die musikalischen Elemente und Interventionen der Musiktherapie, Zusammenhänge oder Überschneidungen von Autismus und Musik, oder die Gründe für die Wahl von Musik. Darüber

hinaus wird in der Analyse spezielles Augenmerk darauf gelegt, welche Instrumente oder musikalische Techniken erwähnt werden, auf welche theoretische Grundlage Bezug genommen wird, und ob darüber hinaus Synchronisation in irgendeiner Weise erwähnt wird.

Die Antworten der Therapeut:innen werden im Verlauf der Analyse miteinander und schließlich mit den in vorangegangenen Kapiteln gewonnen Erkenntnissen verglichen. So kann einerseits ein Einblick in die Arbeit von Musiktherapeut:innen und in die Rolle von Musik im Rahmen der Musiktherapie für Kinder mit Autismus gewonnen werden, und andererseits überprüft werden, ob und welche Rolle Synchronisation zumindest für die Praxis der ausgewählten Therapeut:innen spielt.

7.3. Auswertung

Bei der ersten Frage zu allgemeinen Elementen, die in der Musiktherapie mit autistischen Kindern als bedeutsam empfunden werden, geben alle neun befragte Personen an, dass die Haltung und Einstellung dem Kind gegenüber eine zentrale Rolle spielt. Diese Einstellung soll von Akzeptanz geprägt sein, sodass das Kind in seinem momentanen Zustand mit all seinen Präferenzen und Ausdrücken wahrgenommen, akzeptiert und respektiert wird. Durch genaue Beobachtung und Einfühlvermögen soll der Entwicklungsstand des Kindes erfasst und nichts darüber hinaus von ihm erwartet werden, beispielsweise das Annehmen von Kontaktangeboten, das Erwidern von Blickkontakt oder das Unterlassen von Stereotypen.

Ich merke selber, ich muss mich immer wieder darauf konzentrieren, dass ich einfach sehr in mir ruhend bin und präsent bin, um halt auch in Kontakt gehen zu können mit autistischen Kindern, und einfach auch am Anfang mal einen Schritt zurückzugehen, mal zu schauen, was kommt – und auch nicht zu viel zu erwarten. Meistens ist diese Erwartungshaltung, zumindest erlebe ich das von der Musiktherapie, oft im ersten Moment kontraproduktiv (Zeidler, 17.05.2024, Anhang S. 159).

Drei Personen führen auch weiter aus, dass die Haltung auf einem Fokus auf vorhandene Ressourcen basieren soll anstelle von einem Fokus auf Defiziten. Es soll daher nicht nur der Entwicklungsstand des Kindes erfasst werden, sondern auch seine Fähigkeiten, auf denen aufbauend seine Lebensqualität gesteigert werden kann.

Fünf Personen geben außerdem an, dass eine klare Struktur der Therapieeinheiten oder fixe Rituale wichtig sind. Die Therapeut:innen erklären, dass eine klare Struktur autistischen Kindern einen sicheren Rahmen mit verständlichen Regeln und einem vorhersehbaren und überschaubaren Ablauf bietet, innerhalb dessen sie sich auf die Interventionen und die Therapeut:innen einlassen können und ihre eigene Wirkmacht er- und ausleben können.

Also, man kann das Kind nicht nur gewähren lassen, weil dann wird man irgendwie handlungsunfähig. Es muss schon ein gewisser strukturierter Rahmen rund um dieses Geschehen sein. Das war für mich ein großes *learning*, als ich von allgemeinem Klientele auf nur mehr Autismus gewechselt habe. Dass Menschen mit Autismus die gesamte Stunde ein Stück weit strukturiert brauchen. Das heißt,

dass mit Bildern dargestellt wird, was ist jetzt unser Thema, und dann wird entweder das Bild in eine Dose eingeworfen, und fertig, oder es wird ein grünes Häkchen daneben hingehängt auf so einem Ablaufplan, und innerhalb dieser fünf Angebote [des Ablaufplans] öffnet sich dann der Bereich des Musiktherapeutischen. [...] Weil sonst entsteht so ein strukturloses Herumwandern im Raum, und man kommt nirgendwo hin (Geher, 19.04.2024, Anhang S. 154).

Ein Teil der klaren Struktur oder des fixen Ablaufs können wiederkehrende Rituale sein, beispielsweise Lieder zur Begrüßung oder zum Abschied. Gleichzeitig wird auch angemerkt, dass von Therapeut:innen trotz grundlegender Struktur ein großes Maß an Flexibilität gefordert wird, da doch das Einfühlen auf das Kind und seine Bedürfnisse im Moment von großer Bedeutung ist.

Ein weiterer wichtiger Aspekt sind Pausen, die von vier Personen beschrieben werden. Pausen sind gerade für Kinder mit Autismus relevant, da diese je nach individueller Verfassung schnell reizüberflutet werden können und Zeit und Raum brauchen, um Wahrgenommenes und Erlebtes verarbeiten zu können. Es soll daher eine Balance zwischen Kontaktangeboten und ruhigen Momenten des Für-Sich-Seins gefunden werden, damit Interventionen nicht zu Überforderung führen. Pausen können aber auch gestaltet werden, indem beispielsweise ein anderer Wahrnehmungskanal vorrangig stimuliert wird, die Aufmerksamkeit auf etwas anderes gelenkt wird, beispielsweise auf nicht-musikalisches Spielmaterial wie ein Puzzle, oder das eigene, zurückgezogene Tun des Kindes musikalisch eingehüllt wird und so eine bestimmte Atmosphäre im Raum geschaffen wird. Ein ähnlicher Aspekt ist das Nähe-Distanz-Verhältnis, das ebenso gut eingeschätzt werden muss, um Überforderung zu vermeiden.

Und, was auch in der Musiktherapie ist, [...] ich habe irgendein förderndes Spielmaterial meistens auch noch mit. Also ein Holzpuzzle, irgendetwas zum Einwerfen oder so. Weil oftmals gerade bei den Kleinen, wenn da jemand kommt und eine Stunde da ist und dann wird die ganze Zeit von vorne bis hinten beschallt, das ist oft einfach eine Reizüberflutung. Da muss man pausieren wenn man das Gefühl hat, das Akustische ist ausgereizt, dann spielt man mit einem anderen Material oder berät die Eltern währenddessen und gönnt dem Kind eine Pause. [...] Also deswegen sind die Pausen wichtig, sodass Kinder oder autistische Menschen das Erlebte verarbeiten können und integrieren können, dass vielleicht die Emotion, die aufgetreten ist, wieder ein bisschen hinunter fährt, und dann kann man es wieder versuchen (Geher, 19.04.2024, Anhang S. 152-153).

Die Beratung der Eltern stellt also eine andere Möglichkeit dar, um Pausen zu nutzen. Deren Einbezug in die therapeutische Arbeit sowie die Beantwortung ihrer Fragen und Anliegen wird von drei Personen als wichtig erachtet. Gerade Pausen können für Bezugspersonen oft unangenehm wirken, da sie Erwartungen an die Therapie stellen und sich unter Umständen schnelle Ergebnisse erhoffen. Die Kommunikation über solche Ziele und die Erwartungen an die Therapie und das Kind sind daher ebenso integraler Bestandteil der Musiktherapie:

Ich finde auch total wichtig, das System mitzudenken, das heißt, mit wem kommt das Kind, wen gibt es noch in der Familie, was bringen die Eltern mit, weil das sich natürlich auch auf die Kinder auswirkt. Welchen Anspruch haben jetzt auch die Eltern an die Therapie? [...] Und dann kommen manchmal die Eltern zuerst alleine zu mir, manchmal kommt aber auch das Kind mit Mama oder Papa, meistens, und ich spreche von Anfang an offen an: Heute geht es wirklich mal ums Kennenlernen, und ich schau mal – wir schauen, was passiert. Und ich bin da von Anfang an auch sehr offen,

also das Kind geht mal durch den Raum und schaut, was spricht es an, und ich steige dann manchmal ein und manchmal lasse ich auch das Kind einfach mal tun. Und ich versuche, das wirklich von Anfang an offen anzusprechen, dass es die ersten Male wirklich nur ums Kennenlernen geht (Zeidler, 17.05.2024, Anhang S. 159-160).

Die zweite Frage beschäftigt sich mit musikalischen Elementen, die in der musiktherapeutischen Arbeit mit Menschen mit Autismus als zentral erachtet werden. Um den befragten Personen keine Worte oder Konzepte in den Mund zu legen, wurde diese Frage bewusst weitläufig gehalten. Die erhaltenen Antworten zeigen allerdings die vielfältigen Interpretationen der Frage auf sowie auch die Schwierigkeit, tatsächliche musikalische Ereignisse als repräsentativ für die Therapie zu beschreiben. Am öftesten wird die Stimme als Instrument und vor allem für die Improvisation genannt. „Ein Instrument das wir eh immer mit haben ist unsere Stimme, und das ist eigentlich eh, gerade in der Arbeit hier, unser Hauptinstrument“ (Zeidler, 17.05.2024, Anhang S. 161). Fünf Personen verweisen direkt auf den Einsatz der Stimme als zentrales Element der Musiktherapie. Die Stimme kann dabei auf unterschiedlichste Weise eingesetzt werden, beispielsweise um das Kind in seinem Tun in Form einer Improvisation zu begleiten, oder um Lieder zu singen.

Lieder werden vor allem in Bezug auf ihre Struktur und die Verwendung von Sprache genannt. Struktur bedeutet dabei eine fixe Form mit Anfang und Schluss, was Wiederholbarkeit möglich macht und daher Sicherheit bieten kann. Andererseits werden gemeinsam mit Liedern oft auch einfache Rhythmen oder Melodien genannt, mit deren Hilfe das Kind in seinem Tun begleitet oder besungen werden kann: „Ich mache dann auch öfters Situationsimprovisationen, zum Beispiel wenn ein Kind schaukelt in der Schaukel, und ich mache im Rhythmus wie die Schaukel jetzt schaukelt ein Schaukellied und besinge in dieser Improvisation das was gerade geschieht“ (Geher, 19.04.2024, Anhang S. 154).

Lieder können auch eine Brücke hin zur Sprache bedeuten, vor allem im Sinn von Sprachverständnis, da das Kind den gesungenen Text verstehen kann; ferner kann es sich selbst über den Liedtext einem beginnenden Maß an Sprachfähigkeit hinbewegen:

Manche finden dann auch zur Sprache und zu einzelnen Worten durch Musik. Da kann ich auch kurz ein Beispiel anführen, auch gestern, weil es mir gerade einfällt. Ich hatte einen Burschen, ich glaube wir haben Seifenblasen da gerade gemacht, ich hab ihm dann vorgesungen – genau, er bläst da so vor sich hin, und er erfasst Lieder sehr schnell und beobachtet mich auch ganz genau, aber so Worte kann er noch wenig. Und dann habe ich irgendeine Melodie gesungen mit *noch einmal*. Und er schaut so, und dann haben wir das noch einmal gemacht, und dann hat er es immer nachgesungen (Zeidler, 17.05.2024, Anhang S. 164).

Lieder werden auch in Zusammenhang mit Ritualen genannt, beispielsweise zur Begrüßung oder zum Abschied. Dafür werden unter anderem auch bekannte Kinderlieder oder die Lieblingslieder der Kinder verwendet, die sie zum Beispiel aus dem Internet schon kennen: „[Ich verwende] sehr viel Lied, Kinderlieder teilweise, manchmal sind Kinderlieder schon

bekannt, leider schon aus Youtube oder wie auch immer, so wie *The Wheels on the Bus*, so englische Lieder, aber das kann man gut als Beginn verwenden“ (Geher, 19.04.2024, Anhang S. 154). Über bekannte Lieder können so beispielsweise gemeinsame Momente und gemeinsam Aktivitäten entstehen:

Ich verwende aber auch gerne Lieder, also wo es dann eine klare Struktur ist. Auch etwas, was die Kinder kennen. Lieder die ich persönlich jetzt vielleicht nicht so gern mag, wie zum Beispiel *Baby Shark* oder so, oder halt irgendwelche Lieder, die sie halt auf Youtube hören. Wenn ich da zum Beispiel einsteige, dann entsteht etwas Gemeinsames. Und manche Kinder können dann doch schon Melodien singen aber noch keine Worte sprechen, aber dass sie da zumindest in einem Spiel mitmachen (Zeidler, 17.05.2024, Anhang S. 163)

Wichtige Elemente, die im Rahmen des musikalischen Tuns genannt werden, umfassen die Förderung des Selbsterlebens, die Verstärkung der Affektregulierung, sowie das Erzeugen eines Gefühls der Sicherheit. Lieder können mit ihrer Wiederholbarkeit einen sicheren Rahmen schaffen, genauso wie dem Kind bereits bekannte Instrumente. Das eigene Spiel mit oder auf einem Instrument kann die Selbstwahrnehmung und in weiterer Folge die Selbstwirksamkeit fördern, und dadurch eine Form des Ausdrucks ermöglichen. So können Affekte sowie eine mögliche innere Spannung ausgedrückt und mit den Therapeut:innen geteilt werden, die dann wiederum helfen können, diese Affekte zu regulieren und Ventile für die innere Spannung zu finden. Musikalische Interventionen, die dafür als zentral empfunden werden, sind die Imitation von Bewegungen oder Lautierungen des Kindes, sowie das Begleiten oder Besingen des Kindes in seinem Tun.

Das sind manchmal echt schöne Momente, also erst gestern hatte ich ein Kind, das am Anfang sehr sehr getrieben war und total impulsiv, und gestern war es so schön, weil es hat dann irgendeine Melodie gesungen, und ich hab sie nachgesungen, und das Kind schaut mich an, so ganz überrascht, und dann ist es so ein bisschen so ein erster Dialog entstanden. Das hat nur ganz kurz gedauert, und das Kind war so richtig – ich hab wirklich das Gefühl gehabt, das Kind merkt so richtig: „Hey, da hat mich jemand gehört, und das in meiner Welt, und zwar nicht mit Worten die nicht verstehe und nicht kenne, sondern da hat gerade wer mich erfasst mit meiner Melodie“ (Zeidler, 17.05.2024, Anhang S. 162).

Außerdem wird auch das Einhüllen oder das Für-Spiel genannt, das vor allem bei Kontaktverweigerung oder während Pausen eingesetzt wird.

Davor kann es natürlich schon sein, wenn das Kind komplett den Kontakt zu mir ablehnt, dann gestalte ich den Raum. Also dann spiele ich einfach mal und schaue, was passiert, und das Kind kann machen, was es will, und wir brauchen auch nicht in Kontakt zu sein, also wir machen dann halt einfach unsere Sache. Aber die Kinder nehmen dann schon halt natürlich den Raum wahr, und manchmal kommt es dann halt schon vor, dass sie mal zum Instrument schauen, mal drauf greifen, mal drüber schlecken, und dann gehen sie wieder (Zeidler, 17.05.2024, Anhang S. 162)

Außerdem werden auch andere sensorische Bedürfnisse erwähnt, die durch Musik oder Instrumente gestillt werden können. Da spielt einerseits die Lautstärke eine Rolle, da manche Kinder von lauten Geräuschen schnell überfordert sind aber es für andere gar nicht laut genug sein kann. Andererseits spielen auch andere sensorische Reize eine Rolle, die durch die sinnliche Exploration von Instrumenten und das Berühren das Kind stimulieren können. So werden

Instrumente in erster Linie normalerweise nicht auf ihre musikalischen Parameter hin erkundet, sondern hinsichtlich des Materials, und werden dabei vor allem gerne auch in den Mund genommen: „[G]erade im Kinderbereich [ist] ganz oft noch nicht das funktionale Spiel mit dem Musikinstrument vorhanden [...]. Das wird dann eher sensorisch eingesetzt, daher ist teilweise gerade bei den Kleinen eher die Attraktivität des Materials im Vordergrund, noch“ (Geher, 19.04.2024, Anhang S. 152). Gerade diese sensorische Auseinandersetzung mit einem Instrument kann zusätzlich auch von Therapeut:innen musikalisch unterstützt werden:

[G]erade im Autismusbereich [muss] die aktive Beschäftigung mit Musikinstrumenten nicht immer zu einem Musikspiel führen [...]. Oft ist es dann einfach ein Explorieren des Materials, ein Bewegen des Instruments; wenn man sich so Schellen vorstellt, dann schauen sie sich manchmal die Schellen an und die glitzern dann so. Und da mache ich als Therapeutin, also wenn noch kein Spiel selbst da ist, da versuche ich das, was mit Instrumenten geschieht, zu vertonen, ein Stück weit. Als das ist so ein Heranführen an ein mögliches Musikspiel (Geher, 19.04.2024, Anhang S. 153).

Dabei spielt auch die intermodale Verknüpfung eine wichtige Rolle, die beispielsweise durch die rhythmische Begleitung der Bewegungen des Kindes erreicht werden kann.

Also wir arbeiten einerseits sehr viel mit Körperwahrnehmung in Verbindung mit Musik. Das ist gerade bei schwer betroffenen Kindern – oder halt, ein Teil von Autismus ist halt auch die Wahrnehmungsstörung, und von daher können wir den Körper nie wegdenken. Da geht es dann oft auch um intermodale Verknüpfung. Also ich mache mit dem Kind irgendwas, entweder spiele ich Instrumente weil es hüpf, und ich trommle dazu, zum Beispiel, in dem Takt (Zeidler, 17.05.2024, Anhang S. 162).

Eine andere Art der Verknüpfung kann auch sein, dass das Kind den Klang eines Instruments nicht nur hört, sondern zum Beispiel das Schwingen einer Saite zusätzlich sieht und die Vibration des Resonanzkörpers gleichzeitig am eigenen Körper spürt. Die intermodale Verknüpfung hilft bei der Wahrnehmungsverarbeitung und kann die Beziehungsfähigkeit fördern.

Also da versuche ich, einen Reiz, der eher auf den gesamten Körper wirkt, mit etwas Akustischem zu verbinden. Oder einen visuellen Reiz versuche ich mit etwas Akustischem zu verbinden. Oder eine Vibration mit Klängen, weil viele der Instrumente vibrieren. Und diese Wahrnehmungsverknüpfung hilft auch Kindern, auf eine andere Art und Weise offen für Kontakt zu sein (Geher, 19.04.2024, Anhang S. 155).

Das Instrumentarium wurde interessanterweise im Rahmen der schriftlichen Beantwortung kaum erwähnt. Eine Person nennt ein vielfältiges Instrumentarium als wichtig für die Therapie, eine weitere erklärt, dass die Verstärkung von Selbsterleben und Affektregulierung durch musikalische Interventionen auf jeglichem Instrument möglich sei. Die Interviewpartnerinnen führen aus, dass sie zwar über ein breites Instrumentarium von Gitarre bis zu Orff- und anderen einfach zu spielenden Instrumenten verfügen, da sie hauptsächlich im Autismus-Therapiezentrum arbeiten und dort einen Raum für Musiktherapie zur Verfügung haben. Allerdings erklären sie auch, dass sie die vielen Instrumente für Kinder mit Autismus nicht offen im Raum stehen haben, da dies viel zu ablenkend sei. Stattdessen überlegen sie sich im Vorhinein, welche Instrumente und Aktivitäten für das jeweilige Kind in Frage kommen und für die Struktur einer Therapieeinheit Sinn machen, und bereiten diese vor:

[D]a stehen halt Instrumente. Aber wir haben es schon so, dass wir die meisten Instrumente auch weggepackt haben, das ist in einem Kasten drinnen, damit das auch nicht überfordernd ist und ich auch bestimmen kann, welche Instrumente sind da und welche auch nicht. [...] Also ein paar Instrumente stehen immer da, wir haben zum Beispiel eine Klangwiege, Trommeln, Gitarre, das ist eigentlich immer da, und dann packe ich immer bestimmte Instrumente raus, die ich für sinnvoll erachte, aus welchem Grund auch immer (Zeinler, 17.05.2024, Anhang S. 160-161).

Die Instrumente können beispielsweise in Form von Stationen im Raum angeordnet sein, von denen das Kind dann wählen kann, wo und mit welchem Instrument oder welcher Aktivität es beginnen möchte:

Daher habe ich jetzt meine Punkte, und ich habe zum Beispiel gestern, vorgestern, ein Stage-Piano hergerichtet, ich habe Bongos hergerichtet, ich habe auf einem anderen – also das sind so kleine Inseln dann im Raum, wo Stationen sind, wo irgendetwas steht. Und ich hatte dann noch ein Tablett mit so kleinen Orff-Instrumenten, allerdings eingewickelt in eine Decke, die nur dann kommen, wenn ich es auch vorhabe. Und so ist der Raum auch ein Stück weit strukturiert (Geher, 19.04.2024, Anhang S. 155).

Sie führen unter anderem aus, dass bestimmte Instrumente generell mit bestimmten Effekten einhergehen, dass beispielsweise ein Monochord oder Becken eher entspannend wirken können und daher bei einem in sich zurückgezogenen, stillen oder von wenig Bewegung geprägten Kind nicht zum Einsatz kommen sollten, während genau diese Art der Intervention bei einem hyperaktiven Kind sinnvoll sein kann.

Musik wirkt entspannend und hat auch Einfluss auf das vegetative Nervensystem. [...] Musik kann aber auch aktivieren wirken, das kommt auch auf die Instrumentenwahl und die Art und Weise, wie die Musik gestaltet ist, an. Also ein langsames Wiegenlied würde jetzt eher in das Entspannende gehen, oder monotone Klänge vom Monochord oder einer Trommel in Richtung Trommeltrance oder so, das würde eher in die Entspannungsrichtung gehen. Wenn man jetzt irgendwie ein strukturiertes Lied mit Trommel und Geschwindigkeit macht, wäre es eher aktivierend (Geher, 19.04.2024, Anhang S. 156-157).

Dieser Umstand wird mit der inneren Struktur und der jeweiligen Verfassung einer Person in Verbindung gebracht:

[E]s kommt auch ein bisschen auf das Strukturniveau, auf die innere Strukturierung des Menschen an, weil wenn ich jemanden habe, der sich selbst verliert, brauche ich nicht mit Becken und mit großen Klingern beginnen, weil das ist so schwammig, und da verliert sich der Mensch dann nur noch mehr. Da würde ich eher achten auf Trommeln, etwas mit Struktur, wo ich kurze Sequenzen habe die sich immer wieder wiederholen (Geher, 19.04.2024, Anhang S. 158).

Ein wichtiger Aspekt ist auch, dass die Instrumentenwahl sich nicht nur an der Vorliebe des Kindes orientiert, sondern auch an der Vorliebe und der Kompetenzen der Therapeut:innen:

Das muss man wirklich bedenken, weil wenn das Kind jetzt weiß ich nicht was spielen mag, und ich halte den Klang gar nicht aus oder ich fühle mich da nicht sicher, dann bringt es auch relativ wenig, das auszupacken. Weil ich muss mich in meinem Instrument auf jeden Fall kompetent fühlen (Zeinler, 17.05.2024, Anhang S. 161).

Eine Ausnahme dafür kann aber sein, dass ein Instrument gemeinsam erkundet wird: „Es gibt dann schon Ausnahmen, ich habe einmal mit einer Ziehharmonika gespielt, weil das Kind liebt Ziehharmonika, ich kannte es gar nicht, aber das war dann irgendwie auch toll, weil man es gemeinsam erkunden konnte“ (Zeinler, 17.05.2024, Anhang S. 161).

Zusätzlich zu Instrumenten können außerdem auch andere Materialien oder Spielzeug zur Verfügung stehen, einerseits um, wie oben erwähnt, dem Kind Pausen und Ablenkung zu gewähren, oder über ein anderes Medium mit dem Kind in Kontakt zu treten: „[U]nd dann [habe ich] natürlich verschiedene Materialien, die ich irgendwie gerade als sinnvoll erachte, das kann was Sensorisches sein, was zum Quetschen, was zum Riechen, zum Stimulieren“ (Zeidler, 17.05.2024, Anhang S. 161). Je nach Zielsetzung für die Therapie kann die Auseinandersetzung mit nicht-musikalischem Material auch fixer Bestandteil jeder Einheit sein: „Und ich mache auch nicht immer Musik, es ist manchmal auch so, dass wir am Tisch sitzen und puzzeln, weil das auch wichtige Förderziele sind, und die greife ich auch auf“ (Zeidler, 17.05.2024, Anhang S. 165).

Eine Person spricht im Rahmen des Fragebogens direkt Synchronisationsprozesse an und meint damit die Herstellung von Kontakt durch musikalische Imitation und die Begleitung oder Vertonung von Bewegungen und stimmlichen Äußerungen des Kindes. Auch in einem Interview werden Synchronisationsmomente als Kontaktmomente beschrieben, „die dann oft so als Momente der Aufmerksamkeit bei Kindern und Menschen mit Autismus erlebt werden“ (Geher, 19.04.2024, Anhang S. 153). Andere Therapeut:innen erwähnen Synchronisation nicht direkt, auch wenn es natürlich sein kann, dass sie implizit Teil der Antworten und Ausführungen ist. Generell könnten auch bei anderen Befragten Kontaktangebote oder das Begleiten von Bewegungen des Kindes auf dem Konzept der Synchronisation beruhen.

Grundsätzlich wird von fast allen Therapeut:innen angemerkt, dass die musikalischen Interventionen sehr unterschiedlich und individuell gestaltet werden und immer das Ziel haben, dass das Kind erreicht wird und es das musikalische Geschehen auf sich selbst und sein Tun beziehen kann. Es scheint daher schwierig zu sein, wiederzugeben, wie diese musikalischen Ereignisse tatsächlich aussehen und gestaltet werden.

Zum Beispiel wie, oder in welcher Tonart ich spiele, und in welcher Tonlage, und welchem Rhythmus, das entscheide ich dann meistens auch sehr intuitiv. Wenn das halt so eine Situation ist wo das Kind mir nicht wirklich was vorgibt. Wenn es mir einen Rhythmus vorgibt, dann kann ich darauf einsteigen (Zeidler, 17.05.2024, Anhang S. 162).

Bei der Beantwortung der dritten Frage zur Wirksamkeit der Musik sind sich alle befragten Personen einig, dass Musik unter anderem deswegen so gut bei autistischen Kindern funktioniert, weil sie keiner Sprache bedarf. So kann ein nonverbales Kind einen Weg durch Musik finden, sich und seine Affekte auszudrücken und mit anderen zu teilen, und Therapeut:innen können Kontaktangebote machen, die keine Sprache involvieren und so vielleicht für die Zielgruppe angemessen und attraktiver wirken. Der eigene Ausdruck, Kontakt und Kommunikation brauchen durch Musik nicht nur keine Sprache, sondern sie unterliegen auch

viel weniger sozialer Normen, bedürfen keiner oder nur wenig Bewegung, und können auch über relativ große Distanz hinweg funktionieren. Eine Annäherung muss daher nicht physischer Natur sein und kann dennoch als bedeutsam empfunden werden:

Also ich glaube, der große Vorteil der Musiktherapeut:innen, und das erlebe ich immer wieder bei Kindern wo das immer noch schwierig ist, wir können in Kontakt sein, ohne den Kindern zu nahe zu kommen. Das Kind ist in ganz einer anderen Ecke vom Raum und ich spiele da und bin in Kontakt (Zeinler, 17.05.2024, Anhang S. 163).

Weitere Wirkfaktoren werden in der intermodalen Verknüpfung gesehen, sowie in den bereits oben genannten Möglichkeiten der Unterstützung und Verstärkung des Selbsterlebens und der Affektregulierung, sodass Kinder lernen, Affekte auszuhalten und gemeinsam mit einer anderen Person zu bewältigen. Die entspannende oder aktivierende Wirkung von Musik kann je nach momentanem Bedürfnis für das Kind genutzt werden, genauso wie je nach Form der Musik, beispielsweise als Lied mit inhärenter Struktur, Sicherheit und Ordnung geschaffen werden kann, was die Vertrauensbasis fördert. Zudem kann die Vertonung von vermeintlich sinnlosen Stereotypen diesen Sinn und Gestalt geben, und der Aufforderungscharakter von Musik und ein etwaiger freudiger Affekt, der sich beim Hören oder Spielen von Musik, die gefällt, einstellt, können zu besserer oder länger aufrechterhaltener Aufmerksamkeit führen. Positive Affekte, die miteinander über Musik geteilt werden, können außerdem die Beziehungsfähigkeit weiter fördern. Zudem können Assoziationen und Erinnerungen durch Musik wieder ausgelöst werden, was helfen kann, Erlebtes zu verarbeiten. Außerdem wird von einer Person angemerkt, dass Bezugspersonen im Rahmen der Musiktherapie erleben können, wie die Ressourcen des Kindes aktiviert werden, und so können sie das Kind in einem neuen, vielleicht sogar positiven, Licht sehen.

Die letzte Frage zielt auf die theoretischen Grundlagen und Konzepte ab, die die Basis der jeweiligen Wahl der Intervention der Musiktherapie darstellen. Interessanterweise nennen alle neun Befragten das EBQ-Instrument als zentrale Grundlage ihrer Arbeit, die nicht notwendigerweise vorgibt, welche Interventionen wie anzuwenden sind, sondern das theoretische Gerüst der verschiedenen Entwicklungsstufen und der Einschätzung der eigenen Arbeit liefert, die unter anderem als Begründung für eigene Entscheidungen oder als Dokumentationsmethode dient.

Weiters nennen drei Personen die Bindungstheorie nach Bowlby und Ainsworth, eine Person die schöpferische Musiktherapie nach Nordoff und Robins, und mehrere andere familien-orientierte, pädagogische, psychotherapeutische oder verhaltenstherapeutische Konzepte werden jeweils von ein oder zwei Personen erwähnt. Beispielsweise wird unterstützte Kommunikation in beiden Interviews genannt, bei der Sprache durch Bildkarten ergänzt oder ersetzt

wird und die Kommunikation rund um die musikalischen Interventionen, wie zum Beispiel die Wahl der nächsten Aktivität, so erleichtert wird. Es handelt sich also in den meisten Fällen um eine Triangulation von verschiedenen Methoden und Ansätzen, die einander ergänzen und so der jeweiligen Zielsetzung gerecht werden sollen:

Manchmal sind es Ziele, die dann vielleicht eher in einer anderen Therapieform zu verorten wären, aber einen Beitrag kann man in der Musiktherapie auch leisten. Zum Beispiel, wenn ein Ziel ist, Arbeitsbereitschaft, also sprich, eine Tischaktion soll geleistet werden, dass das Kind für eine gewisse Zeit bei einem Tisch sitzen bleibt, kann man das gut machen, indem man sonstiges Spielmaterial nimmt, Lernspielmaterial aber auch die Musik, und die Musik als attraktives Davor und Danach nimmt, und ein Erst-Dann-Prinzip versucht zu lernen. Also dass man sagt: Zuerst Tisch, dann Musik (Geher, 19.04.2024, Anhang S. 156).

Eine Person macht im Rahmen des Fragebogens deutlich, dass sie sich weniger auf theoretische Konzepte stützt, sondern sich mehr auf die momentanen Bedürfnisse des Kindes konzentriert. Auch in den Interviews und in manchen anderen schriftlichen Antworten scheint es, als würden die Therapeut:innen so arbeiten. Auf einer theoretisch, intellektuell und durch mehrere Ansätze fundierten Basis treffen sie für das jeweilige Kind im jeweiligen Moment intuitiv eine Entscheidung in Hinsicht auf Musik und Intervention, und können diese danach wieder intellektuell dokumentieren und begründen.

Zusammenfassend präsentiert sich die musiktherapeutische Praxis der befragten Personen als ein Methodenmix aus verschiedenen theoretischen Ansätzen, der je nach Symptomatik, Persönlichkeit und Vorlieben des betroffenen Kindes, seiner aktuellen Verfassung, sowie der jeweiligen Zielsetzung angepasst zum Einsatz kommt. Der theoretische Unterbau stellt eine Basis dar, auf der die Therapeut:innen individuell bis intuitiv Interventionen setzen und Musik einsetzen können und damit freien Handlungsraum haben, um die Klient:innen auf Augenhöhe zu treffen. Die Musiktherapie stellt sich so als eine beziehungsorientierte Therapie dar, in der die Musik vordergründig nicht aufgrund punktueller musikalischer Eigenschaften eingesetzt wird, sondern als Medium für Kontakt und Beziehung fungiert. Sie bildet das Fundament für die entstehende Beziehung zwischen Therapeut:in und Kind, gleichzeitig bietet sie auch verschiedenste Möglichkeiten, diese Beziehung zu gestalten. Synchronisation ist dabei vor allem zu Beginn der Beziehung in Form von Kontaktmomenten und -aufbau relevant, um die Aufmerksamkeit des Kindes zu wecken und ihm klarzumachen, dass es mittels der Musik, der Rhythmen und Klänge, seine Welt, seine Gefühle und seine Gedanken in seiner eigenen Zeit und in seinem eigenen Tempo mit jemand anderem teilen kann.

8. Fazit

Bei Autismus-Spektrum-Störungen handelt es sich um tiefgreifende Entwicklungsstörungen, deren Ursachen nicht genau belegt sind und daher hingehend der vorliegenden Symptomatik

diagnostiziert werden. Die Symptome werden in zwei große Domänen unterteilt, die Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion und Kommunikation sowie Stereotypien und repetitive Verhaltensmuster. Zusätzlich sind auch weitere Symptombereiche relevant, wie beispielsweise motorische oder sensorische Auffälligkeiten. Theorien zu Ursachen von Autismus können sich auf biologische sowie kognitive Faktoren beziehen, beispielsweise auf Erbllichkeit oder unzureichende Herausbildung einer Theory of Mind. Die Beeinträchtigung präsentiert sich generell als Störung der Wahrnehmungsverarbeitung und Beziehungsfähigkeit, sodass Menschen mit Autismus Schwierigkeiten dabei haben, Reize sinngebend zu integrieren und ihre Umwelt ganzheitlich wahrzunehmen, wie auch damit, sich auf andere Menschen zu beziehen und mit ihnen in Kontakt zu treten und längerfristige, nachhaltige Beziehungen aufzubauen. Zudem erleben autistische Menschen gehäuft Sprachentwicklungsstörungen oder -verzögerungen und Intelligenzminderung bis hin zu Komorbiditäten wie ADHS. Die Prävalenz ist über den Verlauf der letzten Jahre und Jahrzehnte gestiegen und kann derzeit bei bis zu 1% liegen, was einerseits auf eine größere, vor allem mediale, Präsenz, und andererseits auf ein besser ausgestecktes Symptombereich und entsprechende Diagnostikinstrumenten zurückgeführt wird.

Die Therapiemöglichkeiten für Autismus sind breit gefächert, allen voran steht aber zumeist die Verhaltenstherapie, die beispielsweise pädagogische oder lerntheoretische Ansätze verfolgt. Musiktherapie als mögliche Therapieform ist ein Sammelbegriff für verschiedene Ansätze rund um den Einsatz von Musik, der sich vor allem auf Musik als nonverbales und kreatives Medium fokussiert und die musiktherapeutische Improvisation als zentrale Strategie verfolgt. Musiktherapie ist vor allem deswegen indiziert, weil autistische Menschen in der Regel Emotionen ähnlich wahrzunehmen und verstehen zu scheinen wie normalentwickelte Personen, auch wenn möglicherweise die kognitive Verarbeitung anders funktioniert. Musik kann daher in einem therapeutischen Setting als Medium für Kontakt und Beziehung fungieren, in dem Kinder etwas erkennen können, das sich auf sie selbst bezieht und zu ihnen gehört, und das sie verstehen können, ohne Sprache oder soziale Normen kennen und erkennen können zu müssen. Außerdem stellt sie ein Medium des Ausdrucks dar, der nonverbal ist und daher auch Menschen ohne Sprachfähigkeit zur Verfügung steht, sobald sie ein Funktionslevel erreicht haben, das ihnen erlaubt, Musikinstrumente in ihrer Funktion zu erkennen und zu nutzen.

Vor allem wird Improvisation im Rahmen von Musiktherapie eingesetzt, wobei ästhetische Parameter keine Relevanz haben, sondern nur der kreative und affektive Ausdruck der betroffenen Person sowie die musikalischen Kontaktangebote und Interventionen der Therapeut:innen im Vordergrund stehen. Die aktuelle Forschungslage zur Wirksamkeit von Musiktherapie und musiktherapeutischer Improvisation für Autismus-Spektrum-Störungen ist trotz

der recht weit zurückreichenden Historie dieses Ansatzes ambivalent. Da die Improvisation nur schwierig systematisiert und manualisiert werden kann, die Ansätze der verschiedenen Forschungssettings oftmals grundlegend verschieden sind, sich die Gesundheitssysteme und die Ausbildungsstandards von Musiktherapeut:innen teils deutlich unterscheiden, und die eigentlichen musikalischen Interventionen im Rahmen der Improvisation zumeist auch nicht ausreichend dokumentiert werden oder werden können, kann derzeit nicht von Evidenzbasierung für Musiktherapie ausgegangen werden, auch wenn einzelne kleinere Studien Erfolge hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zeigen.

Im Rahmen von Karin Schumachers entwicklungspsychologischen Ansatzes kommt das Selbstentwicklungskonzept nach Daniel Stern zur Anwendung, das die Entstehung des Konzepts von Selbst und Ich für jeden Menschen selbst sowie die damit verbundenen Fähigkeiten bezogen auf Kontakt, Beziehung, Selbst- und Fremdbezogenheit im Säuglingsalter erklärt und veranschaulicht. Kinder mit Autismus machen diese Prozesse nicht wie normalentwickelte Kinder durch und die Ausprägung mancher Fähigkeiten ist bei ihnen daher geringer. Auf dieser Basis wurde das Instrument zur Einschätzung der Beziehungsqualität erstellt, das sich in Entwicklungsstufen gliedert, die dem Selbstentwicklungskonzept entsprechen. Jede dieser Stufen, auch Modi genannt, umfasst außerdem Beschreibungen des Verhalten eines Kindes, das sich auf der jeweiligen Entwicklungsstufe befindet, sowie mögliche musiktherapeutische Interventionen, die das Kind erreichen und im jeweiligen Modus wirksam sein können. So kann mit genügend Einfühlvermögen und durch genaue Beobachtung der Entwicklungsstand des Kindes ermittelt werden Therapeut:innen so für dieses Stadium angemessene Interventionen setzen, vorausgesetzt die Therapeut:innen können ihre eigene Haltung und Arbeitsweise richtig einschätzen und selbst ebenfalls denselben Modus erreichen.

Mithilfe von Musik und Instrumenten kann so Kontakt zum Kind hergestellt werden, auf den es auch eingehen kann. Das Kind erkennt Musik in Bezug auf sich selbst, erlebt Kontakt und bekommt die Möglichkeit, Reize über verschiedene Wahrnehmungskanäle miteinander zu verknüpfen. In einem weiteren Schritt kann es die Person hinter der Musik wahrnehmen und sich zu ihr in Bezug setzen oder seine eigene Urheberschaft in Bezug auf gespielte Musik wahrnehmen. So kann eine Beziehung aufgebaut und gestaltet und die Wahrnehmungsverarbeitung des Kindes gefördert werden. Musik ist dabei die Basis für die Beziehung und gleichzeitig ein gestalterisches Medium, durch das Gefühle und Emotionen ausgedrückt, geteilt und bewältigt werden können, durch das ein spielerisches Miteinander und ein Dialog entstehen kann, und über das eine Heranführung an das Erlernen sprachlicher Kompetenzen erfolgen kann.

Synchronizität agiert in diesem Kontext als Ausgangspunkt für die Herstellung von Kontakt. Sie ist bildhaft gesprochen ein Sprungbrett, ein fundamentaler Schritt in Richtung Kontaktaufbau. Für Kinder mit Autismus haben synchrone Momente eine Art Signalcharakter, was vor allem in der Filmanalyse des von Schumacher erstellten Lehrfilms gut zur Geltung kommt. Autistische Kinder, die in sich zurückgezogen in ihrer eigenen Welt leben und nicht daran gewöhnt sind, dass sich jemand auf ihr jeweiliges Level begibt und in Kontakt treten möchte auf eine Art, die das Kind auch verstehen und annehmen kann, wirken überrascht, wenn ihnen die Synchronizität bewusst wird. Ein erster synchroner Moment kann ein Wendepunkt sein; einen ersten Moment des Kontaktes, den das Kind verarbeiten kann, möchte es gerne wieder erleben. So leitet Synchronisation den Kontakt nicht nur ein, sondern sie begleitet und bekräftigt die Beziehung auf dem Weg der Entwicklung des Kindes immer wieder. Je weiter sich das Kind entwickelt und je gefestigter die Beziehung wird, desto weniger haben synchrone Momente einen Signalcharakter und desto weniger reagieren Kinder mit Überraschung und deutlicher Aufmerksamkeit. Wie auch bei normalentwickelten Menschen wird Synchronisation dann eher zum ständigen Begleiter einer Beziehung, auf dessen Basis weitere Entwicklungsschritte vollzogen werden können.

Obwohl synchrone Momente also für die Kontaktherstellung nützlich und hilfreich sind und als relevantes Moment „funktionieren“, können sie an sich nicht direkt nutzbar gemacht oder funktionalisiert werden. Sie können nicht erzwungen werden und bleiben etwas Intuitives oder sogar Instinktives. So wie auch musiktherapeutische Improvisation als Ganzes kann Synchronizität bisher nicht zur Gänze intellektualisiert werden. Im Rahmen von Musiktherapie können Therapeut:innen das Entstehen von synchronen Momenten fördern, indem sie das Kind genau beobachten, sich anpassen und flexibel und feinfühlig auf Äußerungen und Bewegungen des Kindes reagieren. Dennoch kann es ihrerseits immer nur bei Kontaktangeboten bleiben, die vom Kind auch angenommen werden müssen. Beziehung ist von Gemeinsamkeit geprägt und beruht daher auf Gegenseitigkeit. Kontakt und Beziehung müssen immer auch vom betroffenen Kind ausgehen, von ihm akzeptiert und schließlich mitgetragen und mitgestaltet werden.

Die im Rahmen dieser Arbeit beleuchtete Form der Musiktherapie ist eine multimodale und beziehungsorientierte Methode, um Kindern mit Autismus-Spektrum-Störungen zu begegnen und sie in ihren Fähigkeiten, ihrem Sozialleben und ihrem Alltag zu unterstützen und zu fördern. Sie umfasst die musikalische Begleitung und Auseinandersetzung mit allen Facetten des Ausdrucks des Kindes, sei es Bewegung, Vokalisierung, Sprache oder instrumentales Spiel. Dabei werden nicht nur die verschiedenen Wahrnehmungskanäle stimuliert, sondern aktive und passive Therapieinterventionen gemischt und auf Basis von verschiedenen theoretischen

Ansätzen je nach Zielsetzung eingesetzt. Das umfasst auch nicht-musikalische Aktivitäten wie die Beschäftigung mit anderweitigem Spielmaterial, und auch solche werden im Rahmen der Musiktherapie musikalisch unterstützt.

Wie während der Befragung mehrmals erklärt wurde, ist Musik in diesem Rahmen ein Medium für Kontakt, das ohne Sprache und physische Nähe funktioniert und für den kreativen Ausdruck sowie auch für wechselseitige Kommunikation genutzt werden kann. Ihr Einsatz erfolgt intuitiv auf Basis der theoretischen Konzepte, die den Therapeut:innen zur Verfügung stehen, sowie je nach individueller Verfassung des Kindes und Situation in der Therapieeinheit. Durch intermodale Verknüpfung von akustischen mit visuellen und körperlichen Reizen kann der Einsatz von Musik die Wahrnehmungsverarbeitung fördern, was wiederum die Selbstwahrnehmung, in einem weiteren Schritt auch die Fremdwahrnehmung, und so die Beziehungsfähigkeit verstärkt. Weiters kann durch das Erlernen von funktionalem Spiel von Musikinstrumenten die eigene Urheberschaft sowie Selbstkohärenz erlebbar gemacht werden.

Synchronizität in einem musikalischen Kontext ist nur einer von vielen Wegen, und Kontakt mit einem autistischen Kind aufzunehmen und es in seinem eigenen Verständnis der Welt zu erreichen. Es ist eine Möglichkeit, dem Kind auf Augenhöhe zu begegnen, es in seinem Zustand zu akzeptieren, und dennoch dazu einzuladen, mehr zu entdecken, etwas Neues, Anderes, etwas Gemeinsames zu erleben. Es handelt sich um eine musikalisch gestützte, wenn nicht sogar um eine musikalische Begegnung, um eine Begegnung in der gemeinsamen, musikalischen Zeit.

Anhang

A. Quellenverzeichnis

- Adams, Sarrita / LeSalle, Janine M: „MeCP2 and Autism Spectrum Disorders“, in: Buxbaum, Joseph D. / Hof, Patrick R. (Hrsg.): *The Neuroscience of Autism Spectrum Disorders*, Amsterdam u.a.: Elsevier 2013, S. 421-436.
- Ainsworth, Mary D.: „Object Relations, Dependency, and Attachment: A Theoretical Review of the Infant-Mother Relationship“, in: *Child Development* 40/4 (1969), S. 969-1025.
- Altgassen, Mareike: „Klinische Syndrome“, in: Theunissen, Georg / Kulig, Wolfram / Leuchte, Vico / Paetz, Henriette (Hrsg.): *Handlexikon Autismus-Spektrum. Schlüsselbegriffe aus Forschung, Theorie, Praxis und Betroffenen-Sicht*, Stuttgart: W. Kohlhammer 2015, S. 217-221.
- Alvin, Juliette: *Music Therapy for the Autistic Child*, [New York, NY u. a.]: Oxford University 1978.
- American Psychiatric Association (APA): „Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung“, in: Falkai, Peter / Wittchen, Hans-Ulrich (Hrsg.): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*, 2., korrigierte Auflage, Göttingen: Hogrefe 2018, S. 39-116.
- Asperger, Hans: *Die „Autistischen Psychopathen“ im Kindesalter*, Dissertation Universität Wien 1943.
- Auyeung, Bonnie / Baron-Cohen, Simon: „Hormonal Influences in Typical Development: Implications for Autism“, in: Buxbaum, Joseph D. / Hof, Patrick R. (Hrsg.): *The Neuroscience of Autism Spectrum Disorders*, Amsterdam u.a.: Elsevier 2013, S. 215-232.
- Au-Yeung, Sheena K. / Kaakinen, Johanna K. / Benson, Valerie: „Cognitive Perspective-Taking During Scene Perception in Autism Spectrum Disorder: Evidence From Eye Movements“, in: *Autism Research* 7 (2014), S. 84-93.
- Baggetta, Peter / Alexander, Patricia A.: „Conceptualization and Operationalization of Executive Function“, in: *International Mind, Brain and Education Society and Wiley Periodicals, Inc.* 10/1 (2016), S. 10-33.
- Baron-Cohen, Simon / Allen, Jane / Gillberg, Christopher: „Can Autism be Detected at 18 Months? The Needle, the Haystack, and the CHAT“, in: *British journal of psychiatry* 161/6 (1992), S. 839-843.
- Bauman, Melissa D. / Amaral, David G.: „Nonhuman Primate Models for Autism Spectrum Disorders“, in: Buxbaum, Joseph D. / Hof, Patrick R. (Hrsg.): *The Neuroscience of Autism Spectrum Disorders*, Amsterdam u.a.: Elsevier 2013, S. 379-390.
- Bender, Emily M. / Koller, Alexander: „Climbing towards NLU: On Meaning, Form and Understanding in the Age of Data“, in: Jurafsky, Dan / Chai, Joyce / Schluter, Natalie / Tetreault, Joel (Hrsg.): *Proceedings of the 58th Annual Meeting of the Association for Computational Linguistics*, o. O.: Association for Computational Linguistics 2020, S. 5185-5198.
- Bergmann, Thomas: „Musik“, in: Theunissen, Georg / Kulig, Wolfram / Leuchte, Vico / Paetz, Henriette (Hrsg.): *Handlexikon Autismus-Spektrum. Schlüsselbegriffe aus Forschung, Theorie, Praxis und Betroffenen-Sicht*, Stuttgart: W. Kohlhammer 2015, S. 268-269.
- Bergmann, Thomas: „The Music-Based Scale for Autism Diagnostics“, in: Jacobsen, Stine Lindahl / Waldon, Eric G. / Gattino, Gustavo (Hrsg.): *Music Therapy Assessment. Theory, Research, and Application*, London, UK / Philadelphia, PA: Jessica Kinglsey 2018, S. 142-160.
- Bergmann, Thomas: „Keine Musiktherapie bei Autismus? Kritische Einordnung der neuen AWMF S3-Leitlinie Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“, in: *Musiktherapeutische Umschau* 42/2 (2021), S. 163-169.
- Bergmann, Thomas / Geretsegger, Monika: „Musiktherapie für Menschen aus dem Autismus-Spektrum (1). Musikwahrnehmung, Diagnostik und Einschätzungsverfahren“, in: *Musiktherapeutische Umschau* 38/2 (2017), S. 132-141.
- Bergmann, Thomas / Sappok, Tanja / Diefenbacher, Albert / Dziobek, Isabel: „Music in diagnostics: Using musical interactional settings for diagnosing autism in adults with intellectual development disabilities“, in: *Nordic Journal of Music Therapy* 25/4 (2016), S. 319-351.

- Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen: „Start des Klassifikationssystems ICD-11“, in: *Berufsverband Österreichischer PsychologInnen | BÖP*, https://www.boep.or.at/aktuelles/detail?news_item_id=61a49a033c15c83d8f00000f, 18.12.2021, Zugriff: 19.01.2023.
- BestNET Information-Service GmbH: „Musiktherapeut:innen“, in: *musiktherapie.at*, https://www.musiktherapie.at/go.asp?sektion=personen&bereich_id=9103&berufsgruppe=mus&geschlecht=A&kategorie_id=65&order_by=crabc&order_by_marker=A&suchformular_id=9&aktion=view&kategorien=E%2E65%2C%2C%2CE%2E198, Zugriff: 11.04.2024.
- Betancur, Catalina / Coleman, Mary: „Etiological Heterogeneity in Autism Spectrum Disorders: Role of Rare Variants“, in: Buxbaum, Joseph D. / Hof, Patrick R. (Hrsg.): *The Neuroscience of Autism Spectrum Disorders*, Amsterdam u.a.: Elsevier 2013, S. 113-144.
- Bieleninik, Lucja / Geretsegger, Monika / Mössler, Karin / Assmus, Jörg / Thompson, Grace / Gattino, Gustavo / Elefant, Cochavit / Gottfried, Tali / Iglizzi, Roberta / Muratori, Filippo / Suvini, Ferdinando / Kim, Jinah / Crawford, Mike J. / Odell-Miller, Helen / Oldfield, Amelia / Casey, Órla / Finnemann, Johanna / Carpentier, John / Park, A-La / Grossi, Enzo / Gold, Christian: „Effects of Improvisational Music Therapy vs Enhanced Standard Care on Symptom Severity Among Children with Autism Spectrum Disorder. The TIME-A Randomized Clinical Trial“, in: *Journal of the American Medical Association* 318/6 (2017), S. 525-535.
- Blauth, Laura / Oldfield, Amelia: „Research into increasing resilience in children with autism through music therapy: Statistical analysis of video data“, in: *Nordic Journal of Music Therapy* 31/5 (2022), S. 454-481.
- Boellstorff, Tom / Nardi, Bonnie / Pearce, Celia / Taylor, T. L.: *Ethnography and Virtual Worlds. A Handbook of Method*, Princeton / Oxford: Princeton University Press 2012.
- Bölte, Sven: „Psychobiosoziale Intervention bei Autismus“, in: *Nervenarzt* 82 (2011), S. 590-596, DOI 10.1007/s00115-010-3237-8.
- Bölte, Sven / Poustka, Fritz: *FSK – Fragebogen zur Sozialen Kommunikation. Autismus Screening*, Bern: Huber 2006.
- Bölte, Sven / Rühl, Dorothea / Schmölzter, Georg / Poustka, Fritz: *ADI-R. Diagnostisches Interview für Autismus – Revidiert*, Bern: Huber 2006.
- Bölzle, Susann: „Frühförderung“, in: Theunissen, Georg / Kulig, Wolfram / Leuchte, Vico / Paetz, Henriette (Hrsg.): *Handlexikon Autismus-Spektrum. Schlüsselbegriffe aus Forschung, Theorie, Praxis und Betroffenen-Sicht*, Stuttgart: W. Kohlhammer 2015, S. 149-151.
- Bowlby, John: „The Nature of the Child's Tie to his Mother“, in: *International Journal of Psychoanalysis* 39/5 (1958), S. 350-373.
- Brown, W. Ted / Cohen, Ira L.: „Fragile X Syndrome and Autism Spectrum Disorders“, in: Buxbaum, Joseph D. / Hof, Patrick R. (Hrsg.): *The Neuroscience of Autism Spectrum Disorders*, Amsterdam u.a.: Elsevier 2013, S. 409-419.
- Brunner, Jürgen: *Psychotherapie und Neurobiologie. Neurowissenschaftliche Erkenntnisse für die psychotherapeutische Praxis*, Stuttgart: W. Kohlhammer 2017.
- Bruscia, Kenneth E.: *Improvisational Models of Music Therapy*, Springfield, IL: Charles C. Thomas 1987.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK): „Autismus und Asperger-Syndrom“, in: *Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs, Lexikon*, <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/psyche/autismus-asperger.html#was-koennen-angehoerige-tun>, Zugriff: 07.09.2023.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK): „Epidemiologie“, in: *Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs, Lexikon*, <https://www.gesundheit.gv.at/lexikon/E/epidemiologie-hk.html>, Zugriff: 20.01.2023.
- Calvet, Claudine / Schumacher, Karin: „Entwicklungspsychologie“, in: Decker-Voigt, Hans-Helmut / Weymann, Eckhard (Hrsg.): *Lexikon Musiktherapie*, 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Göttingen: Hogrefe 2021, S. 135-140.

- Carpente, John / Casenhiser, Devin M. / Kelliher, Michael / Mulholland, Jill / Sluder, H. Logan / Crean, Anne / Cerruto, Audra: „The impact of imitation on engagement in minimally verbal children with autism during improvisational music therapy“, in: *Nordic Journal of Music Therapy* 31/1 (2022), S. 44-62.
- Coomans, Anke: „Momente in der Musiktherapie – Ein Überblick über verschiedene Konzepte und Konnotationen in der Musiktherapie“, in: *Musiktherapeutische Umschau* 39/4 (2018), S. 337-353.
- Crawford, Mike J. / Gold, Christian / Odell-Miller, Helen / Thana, Lavanya / Faber, Sarah / Assmus, Jörg / Bieleninik, Łucja / Geretsegger, Monika / Grant, Claire / Maratos, Anna / Sandford, Stephan / Claringbold, Amy / McConachie, Helen / Maskey, Morag / Mössler, Karin Antonia / Ramchandani, Paul / Hassiotis, Angela: „International multicentre randomised controlled trial of improvisational music therapy for children with autism spectrum disorder: TIME-A study“, in: *Health Technology Assessment* 21/59 (2017), S. 1-40.
- Dachverband Österreichische Autistenhilfe (ÖAH): *Therapie*, <https://www.autistenhilfe.at/autismus/therapie/>, Zugriff: 07.09.2023.
- Decker-Voigt, Hans Helmut: „Das Instrumentarium: Streicheln und Ermorden – Musikinstrumente: ihr Appell, ihre Symbolik“, in: Decker-Voigt, Hans Helmut / Oberegelsbacher, Dorothea / Timmermann, Tonius (Hrsg.): *Lehrbuch Musiktherapie*, 3., aktualisierte Auflage, München: Ernst Reinhardt 2020, S. 49-54.
- Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft (DMtG): *Was ist Musiktherapie?*, <https://www.musiktherapie.de/musiktherapie/was-ist-musiktherapie/>, 10.05.2023, Zugriff: 07.10.2023.
- Dilling, Horst / Mombour, Werner / Schmidt, Martin H. (Hrsg.): *Internationale Klassifikation psychischer Störung. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien*, 10. Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2015, Göttingen: Hogrefe 2015.
- Dimitriadis, Theo / Smeijsters, Henk: „Autistic spectrum disorder and music therapy: theory underpinning practice“, in: *Nordic Journal of Music Therapy* 20/2 (2011), S. 108-122.
- Domes, Gregor / Kumbier, Ekkehardt / Herpertz-Dahlmann, Beate / Herpertz, Sabine C.: „Autismus und soziale Kognition“, in: *Nervenarzt* 79 (2008), S. 261-274.
- Dose, Matthias: „Autismus, Asperger-Syndrom und schizotypische Persönlichkeitsstörung“, in: Förstl, Hans (Hrsg.), *Theory of Mind. Neurobiologie und Psychologie sozialen Verhaltens*, Heidelberg: Springer 2007, S. 295-306.
- Dziobek, Isabel / Bölte, Sven: „Neuropsychologische Modelle von Autismus-Spektrum-Störungen. Behaviorale Evidenz und neuro-funktionale Korrelate“, in: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 39/2 (2011), S. 79-90.
- Eloi Akintude, Marjannie / Heuer, Luke / Van der Water, Judy: „Immune Abnormalities and Autism Spectrum Disorders“, in: Buxbaum, Joseph D. / Hof, Patrick R. (Hrsg.): *The Neuroscience of Autism Spectrum Disorders*, Amsterdam u.a.: Elsevier 2013, S. 233- 248.
- Fan, Jin: „Attentional Network Deficits in Autism Spectrum Disorders“, in: Buxbaum, Joseph D. / Hof, Patrick R. (Hrsg.): *The Neuroscience of Autism Spectrum Disorders*, Amsterdam u.a.: Elsevier 2013, S. 281-288.
- Fawcett, Kate: „Finding a Place: Context-Based Music Therapy in a Transitional Centre for Children with Autistic Spectrum Conditions“, in: Dunn, Henry / Coombes, Elizabeth / Maclean, Emma / Mottram, Helen / Nugent, Josie (Hrsg.): *Music Therapy and Autism Across the Lifespan. A Spectrum of Approaches*, London / Philadelphia: Jessica Kingsley 2019, S. 227- 249.
- Fletcher-Watson, Sue / Happé, Francesca: *Autism. A New Introduction to Psychological Theory and Current Debate*, London / New York: Routledge 2019.
- Flick, Uwe: *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*, 8. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt's Taschenbuch 2017.
- Förstl, Hans: „Theory of Mind. Anfänge und Ausläufer“, in: Förstl, Hans (Hrsg.), *Theory of Mind. Neurobiologie und Psychologie sozialen Verhaltens*, Heidelberg: Springer 2007, S. 3-10.

- Frohne-Hagemann, Isabelle / Smetana, Monika: „Indikation“, in: Decker-Voigt, Hans-Helmut / Weymann, Eckhard (Hrsg.): *Lexikon Musiktherapie*, 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Göttingen: Hogrefe 2021, S. 266-271.
- Freitag, Christine M. / Kitzerow, Janina / Medda, Juliane / Soll, Sophie / Cholemkery, Hannah: *Autismus-Spektrum-Störungen*, Göttingen: Hogrefe 2017 (Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie Band 24).
- Frese, Rebecca: *Psychische Erkrankungen in der Autismus-Therapie*, Wiesbaden: Springer 2022 (Forschungsreihe der FH Münster), https://doi.org/10.1007/978-3-658-39932-0_2.
- Gassner, Lucia / Mayer-Ferbas, Julia: *Effectiveness of Music Therapy for Autism Spectrum Disorder, Dementia, Depression, Insomnia and Schizophrenia. Update of Systematic Reviews*, AIHTA Projektbericht No. 133, Wien: Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH 2020.
- Geher, Birgit: persönliches Interview geführt von Elisabeth Kalcher, Videoaufnahme über Zoom, 19.04.2024.
- Geretsegger, Monika / Bergmann, Thomas: „Musiktherapie für Menschen aus dem Autismus-Spektrum (2). Praxis, Prozess und Wirksamkeitsforschung“, in: *Musiktherapeutische Umschau* 38/3 (2017), S. 256-265.
- Geretsegger, Monika / Holck, Ulla / Carpentier, John A. / Elefant, Cochavit / Kim, Jinah / Gold, Christian: „Common Characteristics of Improvisational Approaches in Music Therapy for Children with Autism Spectrum Disorder: Developing Treatment Guidelines“, in: *Journal of Music Therapy* 52/2 (2015), S. 258-281.
- Gibson, Barbara / Hua, Zhu: „Interviews“, in: Hua, Zhu (Hrsg.): *Research Methods in Intercultural Communication. A Practical Guide*, Chichester: John Wiley & Sons 2016, S. 181-195).
- Gold, Christian: „Special section: music therapy for people with autism spectrum disorder“, in: *Nordic Journal of Music Therapy* 20/2 (2011), S. 105-107.
- Gowen, Emma / Stanley, James / Christopher Miall: „Movement interference in autism-spectrum disorder“, in: *Neuropsychologia* 46 (2008), S. 1060-1068.
- Happé, Francesca / Frith, Uta: „The Weak Coherence Account. Detail-focused Cognitive Style in Autism Spectrum Disorders“, in: *Journal of Autism and Developmental Disorders* 36/1 (2006), S. 5-25.
- Hernandez-Ruiz, Eugenia / Qi, Ruowen / Welsh, Emily / Wampler, Madelyn / Bradshaw, Liesel: „Psychological and Neural Differences of Music Processing in Autistic Individuals: A Scoping Review“, in: *Journal of Music Therapy* 59/1 (2022), S. 87-124.
- Holck, Ulla: „An Ethnographic Descriptive Approach to Video Microanalysis“, in: Wosch / Thomas, Wigram, Tony (Hrsg.): *Microanalysis in Music Therapy. Methods, Techniques and Applications for Clinicians, Researchers, Educators and Students*, London / Philadelphia: Jessica Kingsley 2007, S. 29-40.
- Honisch, Juliane J. / Mane, Prasannajeet / Golan, Ofer / Chakrabarti, Bhismadev: „Synchronisation with auditory, visual, and audio-visual cues“, in: *Scientific Reports* 11/1 (2021), S. 1-10.
- Hunter, Scott J. / Edidin, Jennifer P. / Hinkle, Clayton D.: „The developmental neuropsychology of executive functions“, in: Hunter, Scott J. / Sparrow, Elizabeth P. (Hrsg.), *Executive Function and Dysfunction. Identification, Assessment and Treatment*, Cambridge u.a.: Cambridge University Press 2012, S. 17-36.
- Hunter, Scott J. / Hinkle, Clayton D. / Edidin, Jennifer P.: „The neurobiology of executive functions“, in: Hunter, Scott J. / Sparrow, Elizabeth P. (Hrsg.), *Executive Function and Dysfunction. Identification, Assessment and Treatment*, Cambridge u.a.: Cambridge University Press 2012, S. 37-64.
- Hunter, Scott J. / Sparrow, Elizabeth P.: „Models of executive functioning“, in: Hunter, Scott J. / Sparrow, Elizabeth P. (Hrsg.), *Executive Function and Dysfunction. Identification, Assessment and Treatment*, Cambridge u.a.: Cambridge University Press 2012, S. 5-16.
- Jaber, Mohamed: „Autism Is (Also) a Movement Disorder“, in: *Movement Disorders* 30/3 (2015), S. 341.
- Kamp-Becker, Inge / Bölte, Sven: *Autismus*, 3., vollständig überarbeitete Auflage, München: Ernst Reinhardt 2021.
- Kamp-Becker, Inge / Stroht, Sanna / Stehr, Thomas: „Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes- und Erwachsenenalter. Diagnose und Differenzialdiagnosen“, in: *Nervenarzt* 91 (2020), S. 457-470.

- Kanner, Leo: „Autistic Disturbances of Affective Contact“, in: *Nervous child* 2/3 (1943), S. 217-250.
- Kasten, Erich: *Einführung in die Neuropsychologie*, München / Basel: Ernst Reinhardt 2006 (PsychoMed compact 1).
- Kehrer, Hans E.: „Das autistische Syndrom“, in: *Musiktherapeutische Umschau* 9 (1988), S. 20-26.
- Kenworthy, Lauren / Anthony, Laura Guntermuth / Yerys, Benjamin E.: „Executive functions in autism spectrum disorders“, in: Hunter, Scott J. / Sparrow, Elizabeth P. (Hrsg.), *Executive Function and Dysfunction. Identification, Assessment and Treatment*, Cambridge u.a.: Cambridge University Press 2012, S. 101-108.
- Kierein, Michael: „MusiktherapeutInnenliste“, in: *Datenbank des Gesundheitsministeriums*, <https://www.musiktherapeutenliste.at/>, Zugriff: 11.04.2024.
- Kiese-Himmel, Christiane: „Beeinflusst Autismus die auditive Wahrnehmung?“, in: *Sprache · Stimme · Gehör* 45/4 (2021), S. 162-163, DOI 10.1055/a-1532-1187.
- Kim, Jinah / Wigram, Tony / Gold, Christian: „The Effects of Improvisational Music Therapy on Joint Attention Behaviors in Autistic Children: A Randomized Controlled Study“, in: *Journal of Autism and Developmental Disorders* 38/9 (2008), S. 1758-1766.
- Kim, So Hyun / Lord, Catherine: „The Behavioral Manifestations of Autism Spectrum Disorders“, in: Buxbaum, Joseph D. / Hof, Patrick R. (Hrsg.): *The Neuroscience of Autism Spectrum Disorders*, Amsterdam u.a.: Elsevier 2013, S. 25-37.
- Koehne, Svenja / Hatri, Alexander / Cacioppo, John T. / Dziobek, Isabel: „Perceived Interpersonal Synchrony increases empathy: Insights from autism spectrum disorder“, in: *Cognition* 146 (2016), S. 8-15.
- Körper, Annegret: „Musiktherapie. Entwicklungsstand und Wirkungsweise einer Spezialtherapie“, in: *Psychotherapeut* 58 (2013), S. 79-99.
- Kowal-Summek, Ludger: *Tomo spricht nicht mit mir. Eine Untersuchung hinsichtlich der Anwendung ausgewählter Methoden der Leiborientierten Musiktherapie bei Menschen mit Autismus*, Freiburg: Centaurus 2012 (Psychologie 43).
- Krämer, Katharina / Gawronski, Astrid / Vogeley, Kai: „Zur Diagnostik und Behandlung von Autismus-Spektrum-Störungen im Erwachsenenalter“, in: *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* 84/9 (2016), S. 578-588.
- Krippel, Martin / Karim, Ahmed A.: „Theory of mind‘ und ihre neuronalen Korrelate bei forensisch relevanten Störungen“, in: *Nervenarzt* 82 (2011), S. 843-852.
- Kriz, Jürgen: „Wie evident ist Evidenzbasierung? Über ein gutes Konzept – und seine missbräuchliche Verwendung“, in: *Psychotherapie* 28/2, S. 33-54.
- Kwok, Showming / Mellios, Nikolaos / Sur, Mriganka: „PI3K Signaling and miRNA Regulation in Autism Spectrum Disorders“, in: Buxbaum, Joseph D. / Hof, Patrick R. (Hrsg.): *The Neuroscience of Autism Spectrum Disorders*, Amsterdam u.a.: Elsevier 2013, S. 449-459.
- Laqua, Mary / Bergmann, Thomas: „Ist Autismus eine Bewegungsstörung? Sensomotorische Reizverarbeitung bei Autismus-Spektrum-Störungen und deren Bedeutung für die Musiktherapie“, in: *Musiktherapeutische Umschau* 40/2 (2019), S. 142-149.
- Leuchte, Vico: „Autismus“, in: Theunissen, Georg / Kulig, Wolfram / Leuchte, Vico / Paetz, Henriette (Hrsg.): *Handlexikon Autismus-Spektrum. Schlüsselbegriffe aus Forschung, Theorie, Praxis und Betroffenen-Sicht*, Stuttgart: W. Kohlhammer 2015, S. 36-37.
- Lyall, Kristen / Schmidt, Rebecca J. / Hertz-Picciotto, Irva: „The Environment in Autism Spectrum Disorders“, in: Buxbaum, Joseph D. / Hof, Patrick R. (Hrsg.): *The Neuroscience of Autism Spectrum Disorders*, Amsterdam u.a.: Elsevier 2013, S. 203-214.
- Maclean, Emma / Tillotson, Claire: „How Do Music Therapists Share? Exploring Collaborative Approaches in Educational Settings for Children with Autistic Spectrum Conditions“, in: Dunn, Henry / Coombes, Elizabeth / Maclean, Emma / Mottram, Helen / Nugent, Josie (Hrsg.): *Music Therapy and Autism Across the Lifespan. A Spectrum of Approaches*, London / Philadelphia: Jessica Kingsley 2019, S. 197-226.

- Marom, Maya K. / Gilboa, Avi / Bodner, Ehud: „Musical features and interactional functions of echolalia in children with autism in the music therapy dyad“, in: *Nordic Journal of Music Therapy* 27/3 (2018), S. 175-196.
- Marshall, Christian R. / Lionel, Anath C. / Scherer, Stephen W.: „Copy Number Variation in Autism Spectrum Disorders“, in: Buxbaum, Joseph D. / Hof, Patrick R. (Hrsg.): *The Neuroscience of Autism Spectrum Disorders*, Amsterdam u.a.: Elsevier 2013, S. 145- 154.
- Matzies-Köhler, Melanie: „ABA – Applied Behavior Analysis“, in: Theunissen, Georg / Kulig, Wolfram / Leuchte, Vico / Paetz, Henriette (Hrsg.): *Handlexikon Autismus-Spektrum. Schlüsselbegriffe aus Forschung, Theorie, Praxis und Betroffenen-Sicht*, Stuttgart: W. Kohlhammer 2015a, S. 19-21.
- Matzies-Köhler, Melanie: „Intervention/Interventionsmethoden VIII – Verhaltensorientierte Verfahren (Verhaltensmodifikation/Verhaltenstherapie)“, in: Theunissen, Georg / Kulig, Wolfram / Leuchte, Vico / Paetz, Henriette (Hrsg.): *Handlexikon Autismus-Spektrum. Schlüsselbegriffe aus Forschung, Theorie, Praxis und Betroffenen-Sicht*, Stuttgart: W. Kohlhammer 2015b, S. 207-209.
- McPartland, James C. / Volkmar, Fred R.: „Autism and related disorders“, in: *Handbook of clinical neurology* 106 (2012), S. 407-417.
- McPartland, James C. / Volkmar, Fred R.: „Asperger Syndrome and its Relationships to Autism“, in: Buxbaum, Joseph D. / Hof, Patrick R. (Hrsg.): *The Neuroscience of Autism Spectrum Disorders*, Amsterdam u.a.: Elsevier 2013, S. 55-67.
- Meyer-Lindenberg, Andreas: „Neuronale Mechanismen sozialer Kognition unter genetischem Einfluss“, in: Förstl, Hans (Hrsg.), *Theory of Mind. Neurobiologie und Psychologie sozialen Verhaltens*, Heidelberg: Springer 2007, S. 57-65.
- Morgan, John T. / Wu Nordahl, Christine / Schumann, Cynthia M.: „The Amygdala in Autism Spectrum Disorders“, in: Buxbaum, Joseph D. / Hof, Patrick R. (Hrsg.): *The Neuroscience of Autism Spectrum Disorders*, Amsterdam u.a.: Elsevier 2013, S. 297-312.
- Mössler, Karin / Gold, Christian / Aßmus, Jörg / Schumacher, Karin / Clavet, Claudine / Reimer, Silke / Iversen, Gun / Schmid, Wolfgang: „The Therapeutic Relationship as Predictor of Change in Music Therapy with Young Children with Autism Spectrum Disorder“, in: *Journal of Autism and Developmental Disorders* 49/7 (2019), S. 2795-2809.
- Mössler, Karin / Schmid, Wolfgang / Aßmus, Jörg / Fusar-Poli, Laura / Gold, Christian: „Attunement in Music Therapy for Young Children with Autism: Revisiting Qualities of Relationship as Mechanisms of Change“, in: *Journal of Autism and Developmental Disorders* 50/11 (2020), S. 3921-3934.
- Mottron, Laurent: „Enhanced Perceptual Functioning (EPF)“, in: Theunissen, Georg / Kulig, Wolfram / Leuchte, Vico / Paetz, Henriette (Hrsg.): *Handlexikon Autismus-Spektrum. Schlüsselbegriffe aus Forschung, Theorie, Praxis und Betroffenen-Sicht*, Stuttgart: W. Kohlhammer 2015, S. 119-122.
- Nebel, Mary Beth / Eloyan, Ani / Nettles, Carrie A. / Sweeney, Kristie L. / Ament, Katarina / Ward, Rebecca E. / Choe, Ann S. / Barber, Anita D. / Pekar, James J. / Mostofsky, Stuart H.: „Intrinsic Visual-Motor Synchrony Correlates With Social Deficits in Autism“, in: *Biological Psychiatry* 79 (2016), S. 633-641.
- Nielsen, Johanne B. / Holck, Ulla: „Synchronicity in improvisational music therapy – Developing an intersubjective field with a child with autism spectrum disorder“, in: *Nordic Journal of Music Therapy* 29/2 (2020), S. 112-131.
- Nordoff, Paul / Robbins, Clive: *Therapy in Music for Handicapped Children*, [New Braunfels, TX]: Barcelona 1971.
- Noterdaeme, Michèle: „Komorbidität“, in: Theunissen, Georg / Kulig, Wolfram / Leuchte, Vico / Paetz, Henriette (Hrsg.): *Handlexikon Autismus-Spektrum. Schlüsselbegriffe aus Forschung, Theorie, Praxis und Betroffenen-Sicht*, Stuttgart: W. Kohlhammer 2015, S. 230-235.
- Nugent, Josie: „Music Therapy with Children with Autistic Spectrum Conditions and Their Families“, in: Dunn, Henry / Coombes, Elizabeth / Maclean, Emma / Mottram, Helen / Nugent, Josie (Hrsg.): *Music Therapy and Autism Across the Lifespan. A Spectrum of Approaches*, London / Philadelphia: Jessica Kingsley 2019, S. 179-196.

- Oberegelsbacher, Dorothea: „Definition“, in: Decker-Voigt, Hans Helmut / Oberegelsbacher, Dorothea / Timmermann, Tonius (Hrsg.): *Lehrbuch Musiktherapie*, 3., aktualisierte Auflage, München: Ernst Reinhardt 2020, S. 18-26.
- Oberegelsbacher, Dorothea: „Musiktherapie mit einem autistischen Patienten“, in: Decker-Voigt, Hans Helmut / Oberegelsbacher, Dorothea / Timmermann, Tonius (Hrsg.): *Lehrbuch Musiktherapie*, 3., aktualisierte Auflage, München: Ernst Reinhardt 2020, S. 148-152.
- Oberegelsbacher, Dorothea / Timmermann, Tonius: „Die Musiktherapie der Gegenwart“, in: Decker-Voigt, Hans Helmut / Oberegelsbacher, Dorothea / Timmermann, Tonius (Hrsg.): *Lehrbuch Musiktherapie*, 3., aktualisierte Auflage, München: Ernst Reinhardt 2020, S. 96-101.
- Oldfield, Amelia / Blauth, Laura / Finnemann, Johanna / Casey, Órla: „Clinical Trials. Are Music Therapists Deluding Themselves?“, in: Dunn, Henry / Coombes, Elizabeth / Maclean, Emma / Mottram, Helen / Nugent, Josie (Hrsg.): *Music Therapy and Autism Across the Lifespan. A Spectrum of Approaches*, London / Philadelphia: Jessica Kingsley 2019, S. 35-56.
- Orff, Gertrude: *Die Orff-Musiktherapie. Aktive Förderung der Entwicklung des Kindes*, München: Kindler 1974.
- Österreichischer Berufsverband der MusiktherapeutInnen (ÖBMA): *Musiktherapie*, <https://www.oebm.org/musiktherapie/>, Zugriff: 07.10.2023.
- Österreichischer Berufsverband der MusiktherapeutInnen (ÖBMb): *Musiktherapeut:innen in freier Praxis*, <https://www.oebm.org/service/musiktherapeutinnen-in-freier-praxis/>, Zugriff: 03.04.2024.
- Pater, Mathieu / Spreen, Marinus / van Yperen, Tom: „Music therapy for children on the autism spectrum: Improved social interaction observed by multiple informants across different social contexts“, in: *Nordic Journal of Music Therapy* 32/1 (2023), S. 29-47.
- Plahl, Christine: „Microanalysis of Preverbal Communication in Music Therapy“, in: in: Wosch / Thomas, Wigram, Tony (Hrsg.): *Microanalysis in Music Therapy. Methods, Techniques and Applications for Clinicians, Researchers, Educators and Students*, London / Philadelphia: Jessica Kingsley 2007, S. 41-53.
- Plahl, Christine / Koch-Temming, Hedwig: „Methoden der Kindermusiktherapie“, in: Plahl, Christine / Koch-Temming, Hedwig (Hrsg.): *Musiktherapie mit Kindern. Grundlagen – Methoden – Praxisfelder*, Bern: Hans Huber 2005, S. 119-200.
- Poustka, Luise: „Medizinische Grundlagen“, in: Schmidt, Hans Ulrich / Stegemann, Thomas / Spitzer, Carsten (Hrsg.): *Musiktherapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen*, o. O.: Elsevier 2020, S. 282-286.
- Poustka, Luise / Rühl, Dorothea / Feineis-Matthews, Sabine / Poustka, Fritz / Hartung, Martin / Bölte, Sven: *ADOS-2. Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen – 2. Deutschsprachige Fassung der Autism Diagnostic Observation Schedule*, Bern: Huber 2015.
- Rank, Simon M.: *Psychische Auffälligkeiten im säuglings- und Kleinkindalter. Praxis-Manual für pädagogische Berufsgruppen*, Wiesbaden: Springer 2020.
- Reimer, Silke / Kupski, Gerhard: „Affektregulation“, in: Decker-Voigt, Hans-Helmut / Weymann, Eckhard (Hrsg.): *Lexikon Musiktherapie*, 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Göttingen: Hogrefe 2021, S. 6-11.
- Remschmidt, Helmut / Kamp-Becker, Inge: *Asperger-Syndrom. Mit 31 Tabellen und Diagnostik-CD*, Berlin: Springer 2006.
- Rickert-Bolg, Wolfgang: „Autismus verstehen. Autistische Symptome als Bewältigungsstrategien für eine abweichende kognitive Informationsverarbeitung“, in: Rittmann, Barbara / Rickert-Bolg, Wolfgang (Hrsg.): *Autismus-Therapie in der Praxis. Methoden, Vorgehensweisen, Falldarstellungen*, Stuttgart: W. Kohlhammer 2017, S. 15-27.
- Ridder, Hanne Mette: „Microanalysis on Selected Video Clips with Focus on Communicative Response in Music Therapy“, in: Wosch / Thomas, Wigram, Tony (Hrsg.): *Microanalysis in Music Therapy. Methods, Techniques and Applications for Clinicians, Researchers, Educators and Students*, London / Philadelphia: Jessica Kingsley 2007, S. 54-66.

- Riedel, Andreas: „Differentialdiagnostik (Differentialdiagnose)“, in: Theunissen, Georg / Kulig, Wolfram / Leuchte, Vico / Paetz, Henriette (Hrsg.): *Handlexikon Autismus-Spektrum. Schlüsselbegriffe aus Forschung, Theorie, Praxis und Betroffenen-Sicht*, Stuttgart: W. Kohlhammer 2015, S. 103-104.
- Riedel, Andreas: „Echolalie“, in: Theunissen, Georg / Kulig, Wolfram / Leuchte, Vico / Paetz, Henriette (Hrsg.): *Handlexikon Autismus-Spektrum. Schlüsselbegriffe aus Forschung, Theorie, Praxis und Betroffenen-Sicht*, Stuttgart: W. Kohlhammer 2015, S. 109.
- Rittmann, Barbara: „Die Differenzielle Beziehungstherapie in der Autismus-Therapie“, in: Rittmann, Barbara / Rickert-Bolg, Wolfgang (Hrsg.): *Autismus-Therapie in der Praxis. Methoden, Vorgehensweisen, Falldarstellungen*, Stuttgart: W. Kohlhammer 2017, S. 71-81.
- Roberts, Timothy P. L. / Berman, Jeffrey I. / Verma, Ragini: „DTI and Tractography in the Autistic Brain“, in: Buxbaum, Joseph D. / Hof, Patrick R. (Hrsg.): *The Neuroscience of Autism Spectrum Disorders*, Amsterdam u.a.: Elsevier 2013, S. 267-279.
- Sandin, Sven / Kolevzon, Alexander / Levine, Stephen Z. / Hultman, Christina M. / Reichenberg, Abraham: „Parental and Perinatal Risk Factors for Autism: Epidemiological Findings and Potential Mechanisms“, in: Buxbaum, Joseph D. / Hof, Patrick R. (Hrsg.): *The Neuroscience of Autism Spectrum Disorders*, Amsterdam u.a.: Elsevier 2013, S. 195-202.
- Sappok, Tanja / Bergmann, Thomas / Kaiser, Heika / Diefenbacher, Albert: „Autismus bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung“, in: *Nervenarzt* 81 (2010), S. 1333-1345.
- Sappok, Tanja / Budczies, Jan / Bölte, Sven / Dziobek, Isabel / Dosen, Anton / Diefenbacher, Albert: „Emotional Development in Adults with Autism and Intellectual Disabilities: A Retrospective, Clinical Analysis“, in: *PLOS one* 8/9 (2013), S. 1-13.
- Schaller, Ulrich Max: „Amygdala“, in: Theunissen, Georg / Kulig, Wolfram / Leuchte, Vico / Paetz, Henriette (Hrsg.): *Handlexikon Autismus-Spektrum. Schlüsselbegriffe aus Forschung, Theorie, Praxis und Betroffenen-Sicht*, Stuttgart: W. Kohlhammer 2015, S. 27-28.
- Scholtz, Julia / Voigt, Melanie / Wosch, Thomas: „Microanalysis of Interaction in Music Therapy (MIMT) with Children with Developmental Disorders“, in: Wosch / Thomas, Wigram, Tony (Hrsg.): *Microanalysis in Music Therapy. Methods, Techniques and Applications for Clinicians, Researchers, Educators and Students*, London / Philadelphia: Jessica Kingsley 2007, S. 67-78.
- Schopler, Eric / Reichler, Robert Jay / Renner, Barbara Rothen: *The Childhood Autism Rating Scale (CARS). For diagnostic screening and classification of autism*, New York, NY: Irvington 1986.
- Schopler, Eric / van Bourgondien, Mary E. / Wellman, Glenna Janette / Love, Steven R.: *Childhood Autism Rating Scale. Second Edition (CARS2)*, Los Angeles: Western Psychological Services 2010.
- Schreier, Margit: *Qualitative Content Analysis in Practice*, London: Sage 2012.
- Schubert, Günther E. / Bethke, Birgit A.: *Lehrbuch der Pathologie und Antwortkatalog zum GK 2, 2., völlig neu überarbeitete Ausgabe*, Berlin / New York: Walter de Gruyter 1987.
- Schumacher, Karin: *Musiktherapie mit autistischen Kindern. Musik-, Bewegungs- und Sprachspiele zur Integration gestörter Sinneswahrnehmung*, Stuttgart / Jena / New York: Gustav Fischer 1994 (Praxis der Musiktherapie 12).
- Schumacher, Karin: *Musiktherapie und Säuglingsforschung. Zusammenspiel. Einschätzung der Beziehungsqualität am Beispiel des instrumentalen Ausdrucks eines autistischen Kindes, 2., durchgesehene Auflage*, Frankfurt am Main u. a.: Peter Lang 2000 (Europäische Hochschulschriften Reihe VI Psychologie Band 630).
- Schumacher, Karin: „Music Therapy for Pervasive Developmental Disorders, Especially Autism. A Case Study with a Theoretical Foundation and an Evaluation Tool“, in: De Backer, Jos / Sutton, Julie (Hrsg.): *The Music in Music Therapy. Psychodynamic Music Therapy in Europe: Clinical, Theoretical and Research Approaches*, London / Philadelphia: Jessica Kingsley 2014, S. 107-123.
- Schumacher, Karin: „(B) Musiktherapie“, in: Theunissen, Georg / Kulig, Wolfram / Leuchte, Vico / Paetz, Henriette (Hrsg.): *Handlexikon Autismus-Spektrum. Schlüsselbegriffe aus Forschung, Theorie, Praxis und Betroffenen-Sicht*, Stuttgart: W. Kohlhammer 2015, S. 201-202.

- Schumacher, Karin / Calvet-Kruppa, Claudine: „Untersteh dich!“ – Musiktherapie bei Kindern mit autistischem Syndrom“, in: Plahl, Christine / Koch-Temming, Hedwig (Hrsg.): *Musiktherapie mit Kindern. Grundlagen – Methoden – Praxisfelder*, Bern: Hans Huber 2005, S. 285-295.
- Schumacher, Karin / Calvet, Claudine: „The ‚AQR-Instrument‘ (Assessment of the Quality of Relationship) – An Observation Instrument to Assess the Quality of a relationship“, in: Wosch / Thomas, Wigram, Tony (Hrsg.): *Microanalysis in Music Therapy. Methods, Techniques and Applications for Clinicians, Researchers, Educators and Students*, London / Philadelphia: Jessica Kingsley 2007a, S. 79-91.
- Schumacher, Karin / Calvet, Claudine: „Entwicklungspsychologisch orientierte Kindermusiktherapie – am Beispiel der ‚Synchronisation‘ als relevantes Moment“, in: Stiff, Ursula / Töpker, Rosemarie (Hrsg.): *Kindermusiktherapie. Richtungen und Methoden*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2007b, S. 27-61.
- Schumacher, Karin / Calvet, Claudine: *Synchronisation. Musiktherapie bei Kindern mit Autismus*, DVD, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2008.
- Schumacher, Karin / Calvet, Claudine: „Entwicklungspsychologisch orientierte Musiktherapie“, in: Decker-Voigt, Hans-Helmut / Weymann, Eckhard (Hrsg.): *Lexikon Musiktherapie*, 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Göttingen: Hogrefe 2021a, S. 141-147.
- Schumacher, Karin / Calvet, Claudine: „Synchronisation“ in: Decker-Voigt, Hans-Helmut / Weymann, Eckhard (Hrsg.): *Lexikon Musiktherapie*, 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Göttingen: Hogrefe 2021b, S. 628-633.
- Schumacher, Karin / Calvet, Claudine / Reimer, Silke: „The AQR Tool. Assessment of the Quality of Relationship“, in: Jacobsen, Stine Lindahl / Waldon, Eric G. / Gattino, Gustavo (Hrsg.): *Music Therapy Assessment. Theory, Research, and Application*, London, UK / Philadelphia, PA: Jessica Kingsley 2018, S. 197-214.
- Schumacher, Karin / Calvet, Claudine / Reimer, Silke: „EBQ – Einschätzung der Beziehungsqualität“, in: Decker-Voigt, Hans-Helmut / Weymann, Eckhard (Hrsg.): *Lexikon Musiktherapie*, 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Göttingen: Hogrefe 2021, S. 123-127.
- Schumacher, Karin / Calvet, Claudine / Reimer, Silke: *Das EBQ-Instrument und seine entwicklungspsychologischen Grundlagen*, 3., aktualisierte Auflage, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2024.
- Sharma, Samanta R. / Gonda, Xenia / Tarazi, Frank I.: „Autism Spectrum Disorder: Classification, diagnosis and therapy“, in: *Pharmacology & Therapeutics* 190 (2018), S. 91-104.
- Sinzig, Judith: „Autismus-Spektrum-Störungen“, in: *Monatsschrift Kinderheilkunde* (2015), S. 673-680.
- Sodian, Beate: „Entwicklung der Theory of Mind in der Kindheit“, in: Förstl, Hans (Hrsg.): *Theory of Mind. Neurobiologie und Psychologie sozialen Verhaltens*, Heidelberg: Springer 2007, S. 43-56.
- Sommerauer, Michaela: „Emotion - Emotionsregulation“, in: Theunissen, Georg / Kulig, Wolfram / Leuchte, Vico / Paetz, Henriette (Hrsg.): *Handlexikon Autismus-Spektrum. Schlüsselbegriffe aus Forschung, Theorie, Praxis und Betroffenen-Sicht*, Stuttgart: W. Kohlhammer 2015, S. 112-115.
- Soorya, Latha V. / Carpenter, Laura A. / Warren, Zachary: „Behavioral and Psychosocial Interventions for Individuals with ASD“, in: Buxbaum, Joseph D. / Hof, Patrick R. (Hrsg.): *The Neuroscience of Autism Spectrum Disorders*, Amsterdam u.a.: Elsevier 2013, S. 69-84.
- Spahn, Claudia / Bernatzky, Günther / Kreutz, Gunter: „Musik und Medizin – ein Überblick“, in: Bernatzky, Günther / Kreutz, Gunter (Hrsg.): *Musik und Medizin. Chancen für Therapie, Prävention und Bildung*, Wien: Springer 2015, S. 17-24.
- Sparrow, Elizabeth P. / Hunter, Scott J.: „Introduction“, in: Hunter, Scott J. / Sparrow, Elizabeth P. (Hrsg.): *Executive Function and Dysfunction. Identification, Assessment and Treatment*, Cambridge u.a.: Cambridge University Press 2012, S. 1-4.
- Spitzer, Manfred: „Autismus: Kindheit – Krankheit – Menschheit“, in: *Nervenheilkunde* 41 (2022), S. 294-307.
- Stegemann, Thomas / Schmidt, Hans Ulrich: „Musiktherapie bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen – eine Übersicht“, in: Bernatzky, Günther / Kreutz, Gunter (Hrsg.): *Musik und Medizin. Chancen für Therapie, Prävention und Bildung*, Wien: Springer 2015, S. 155-176.

- Stern, Daniel N.: *The Interpersonal World of the Infant. A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*, London: Karnac Books 1985.
- Stern, Daniel: *Die Lebenserfahrung des Säuglings. Mit einer neuen Einleitung des Autors*, Übersetzung aus dem Amerikanischen von Wolfgang Kreye, bearbeitet von Elisabeth Vorspohl, 10. Auflage, Stuttgart: Klett-Cotta 2010.
- Stolz, Claudia: „Förderung“, in: Theunissen, Georg / Kulig, Wolfram / Leuchte, Vico / Paetz, Henriette (Hrsg.): *Handlexikon Autismus-Spektrum. Schlüsselbegriffe aus Forschung, Theorie, Praxis und Betroffenen-Sicht*, Stuttgart: W. Kohlhammer 2015, S. 141-143.
- Theunissen, Georg: „High Functioning Autism (hochfunktionaler Autismus)“, in: Theunissen, Georg / Kulig, Wolfram / Leuchte, Vico / Paetz, Henriette (Hrsg.): *Handlexikon Autismus-Spektrum. Schlüsselbegriffe aus Forschung, Theorie, Praxis und Betroffenen-Sicht*, Stuttgart: W. Kohlhammer 2015, S. 169-170.
- Theunissen, Georg / Paetz, Henriette: „Autismus-Spektrum“, in: Theunissen, Georg / Kulig, Wolfram / Leuchte, Vico / Paetz, Henriette (Hrsg.): *Handlexikon Autismus-Spektrum. Schlüsselbegriffe aus Forschung, Theorie, Praxis und Betroffenen-Sicht*, Stuttgart: W. Kohlhammer 2015, S. 41-44.
- Thompson, Grace Anne / Shanahan, Emily Catherine / Gordon, Ian: „The role of music-based parent-child play activities in supporting social engagement with children on the autism spectrum: A content analysis of parent interviews“, in: *Nordic Journal of Music Therapy* 28/2 (2019), S. 108-130.
- Timmermann, Tonius: „Improvisation“, in: Decker-Voigt, Hans Helmut / Oberegelsbacher, Dorothea / Timmermann, Tonius (Hrsg.): *Lehrbuch Musiktherapie*, 3., aktualisierte Auflage, München: Ernst Reinhardt 2020a, S. 66-69.
- Timmermann, Tonius: „Methoden I: Improvisation“, in: Schmidt, Hans Ulrich / Stegemann, Thomas / Spitzer, Carsten (Hrsg.): *Musiktherapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen*, o. O.: Elsevier 2020b, S. 34-37.
- Timmermann, Tonius / Oberegelsbacher, Dorothea: „Praxisfelder und Indikation“, in: Decker-Voigt, Hans Helmut / Oberegelsbacher, Dorothea / Timmermann, Tonius (Hrsg.): *Lehrbuch Musiktherapie*, 3., aktualisierte Auflage, München: Ernst Reinhardt 2020, S. 21-26.
- Timmermans, Stefan / Mauck, Aaron: „The Promises and Pitfalls of Evidence-Based Medicine“, in: *Health Affairs* 24/1 (2005), S. 18-28.
- Tryfon, Ana / Foster, Nicholas E. / Ouimet, Tia / Doyle-Thomas, Krissy / Anagnostou, Evdokia / Sharda, Megha / Hyde, Krista L.: „Auditory-motor rhythm synchronization in children with autism spectrum disorder“, in: *Research in Autism Spectrum Disorders* 35 (2017), S. 51-61.
- Turry, Alan: „Response to effects of improvisational music therapy vs. enhanced standard care on symptom severity among children with autism spectrum disorder: the TIME-A randomized clinical trial“, in: *Nordic Journal of Music Therapy* 27/1 (2018), S. 87-89.
- Töpker, Rosemarie: „Musiktherapie“, in: Rötter, Günther (Hrsg.): *Handbuch Funktionale Musik. Psychologie – Technik – Anwendungsgebiete*, Wiesbaden: Springer 2017, S. 303-335.
- Van Elst, Ludger Tebartz / Biscaldi, Monica / Riedel, Andreas: „Autismus-Spektrum-Störungen im DSM-5“, in: *In|Fo|Neurologie & Psychiatrie* 16/4 (2014), S. 50-59.
- Vogele, Kai: „Schwache zentrale Kohärenz“, in: Theunissen, Georg / Kulig, Wolfram / Leuchte, Vico / Paetz, Henriette (Hrsg.): *Handlexikon Autismus-Spektrum. Schlüsselbegriffe aus Forschung, Theorie, Praxis und Betroffenen-Sicht*, Stuttgart: W. Kohlhammer 2015, S. 317-318.
- Von Moreau, Dorothee: „Diagnostische Instrumente in der Musiktherapie“, in: Schmidt, Hans Ulrich / Stegemann, Thomas / Spitzer, Carsten (Hrsg.): *Musiktherapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen*, o. O.: Elsevier 2020, S. 59-64.
- Wahrmund, Renate: „Musiktherapie zur Unterstützung der ‚Schlüsselfähigkeiten‘ bei autistischen Kindern und Jugendlichen – ein Bericht aus der Praxis“, in: Rittmann, Barbara / Rickert-Bolg, Wolfgang (Hrsg.): *Autismus-Therapie in der Praxis. Methoden, Vorgehensweisen, Falldarstellungen*, Stuttgart: W. Kohlhammer 2017, S. 106-114.

- Warnock, Tina: „Voice and the Autistic Self: An Exploration into How Non-Verbal Voicework in Music Therapy Can Support Intersubjective Relatedness“, in: Dunn, Henry / Coombes, Elizabeth / Mclean, Emma / Mottram, Helen / Nugent, Josie (Hrsg.): *Music Therapy and Autism Across the Lifespan. A Spectrum of Approaches*, London / Philadelphia: Jessica Kingsley 2019, S. 271-295.
- Wetsel, William C. / Moy, Sheryl S. / Jiang, Yong-hui: „Mouse Behavioral Models for Autism Spectrum Disorders“, in: Buxbaum, Joseph D. / Hof, Patrick R. (Hrsg.): *The Neuroscience of Autism Spectrum Disorders*, Amsterdam u.a.: Elsevier 2013, S. 363-378.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO): „6A02 Autismus-Spektrum-Störung“, in: The ICD-11. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Revision*, übersetzt vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html;jsessionid=26FBE5623DC1E11B31AE0FDCD11AB63E.internet281, 2022, Zugriff: 08.07.2023.
- West, Rebecca / Silverman, Michael J.: „Social Skills Instruments for Children with Autism Spectrum Disorder: A Critical Interpretive Synthesis“, in: *Journal of Music Therapy* 58/2 (2021), S. 121-154.
- Weymann, Eckhard: „Das Medium Musik“, in: Schmidt, Hans Ulrich / Stegemann, Thomas / Spitzer, Carsten (Hrsg.): *Musiktherapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen*, o. O.: Elsevier 2020, S. 27-31.
- Weymann, Eckhard: „Improvisation“, in: Decker-Voigt, Hans-Helmut / Weymann, Eckhard (Hrsg.): *Lexikon Musiktherapie*, 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Göttingen: Hogrefe 2021, S. 253-259.
- Whipple, Christina M. / Gfeller, Kate / Driscoll, Virginia / Oleson, Jacob / McGregor, Karla: „Do Communication Disorders Extend to Musical Messages? An Answer from Children with Hearing Loss or Autism Spectrum Disorders“, in: *Journal of Music Therapy* 52/1 (2015), S. 78-116.
- Wimpory, Dawn / Gwilym, Elise: „Musical Interaction Therapy (MIT) for Children with Autistic Spectrum Conditions (ASCs). Underlying Rationale, Clinical Practice and Research Evidence“, in: Dunn, Henry / Coombes, Elizabeth / Maclean, Emma / Mottram, Helen / Nugent, Josie (Hrsg.): *Music Therapy and Autism Across the Lifespan. A Spectrum of Approaches*, London / Philadelphia: Jessica Kingsley 2019, S. 97-136.
- Wing, Lorna: *The Autistic Spectrum. A Guide for Parents and Professionals*, o. O.: Constable 1996.
- Wing, Lorna / Gould, Judith: „Severe Impairments of Social Interaction and Associated Abnormalities in Children: Epidemiology and Classification“, in: *Journal of Autism and Developmental Disorders* 9/1 (1979), S. 11-29.
- Wissenschaftlicher Beirat der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft (Schmidt, Hans Ulrich / Stegemann, Thomas / Strehlow, Gitta / Wormit, Alexander): „AIHTA-Bericht: Effectiveness of Music Therapy for Autism Spectrum Disorder, Dementia, Depression, Insomnia and Schizophrenia“, in: *Musiktherapeutische Umschau* 42/1, S. 52-55.
- Xavier, Jean / Magnat, Julien / Sherman, Alain / Gauthier, Soizic / Cohen, David / Chaby, Laurence: „A developmental and clinical perspective of rhythmic interpersonal coordination: From mimicry toward the interconnection of minds“, in: *Journal of Physiology – Paris* 110 (2016), S. 420-426.
- Yoo, Ga Eul / Kim, Soo Ji: „Dyadic Drum Playing and Social Skills: Implications for Rhythm-Mediated Intervention for Children with Autism Spectrum Disorder“, in: *American Music Therapy Association* 55/3 (2018), S. 340-375.
- Zeinler, Katharina: persönliches Interview geführt von Elisabeth Kalcher, Videoaufnahme über Zoom, 17.05.2024.

B. Interviewtranskripte

Die zwei Interviews wurden über die Video-Konferenz-Plattform Zoom abgehalten und aufgenommen. Die relevanten Teile der Interviews, also ohne Begrüßung und Verabschiedung, wurden im Folgenden transkribiert. Einwürfe mit rein kommunikativer Funktion, wie beispielsweise „Ah“ oder „Mhm“, wurden ebenfalls nicht transkribiert. Die Sprecherinnen werden mit den Initialen ihrer Namen gekennzeichnet, wobei EK für die Autorin steht.

Interview mit Birgit Geher am 19.04.2024

EK: Ja dann würde ich Sie gleich mal so allgemein fragen: Sie arbeiten mit Kindern, oder Menschen mit Autismus; arbeiten Sie da hauptsächlich mit Menschen mit Entwicklungsstörungen oder haben Sie auch andere Klient:innen?

BG: Ich arbeite tatsächlich nur mit Menschen mit Autismus, weil ich im Autismus-Therapiezentrum arbeite.

EK: Oh, alles klar, ja okay, da bin ich dann ja wirklich bei einer Spezialistin gelandet. Super!

BG: Möglicherweise. Also, wir haben Kleinkinder, Vorschulkinder, und ja, so—im Prinzip enden wir so in der Volksschule. So von erstem Verdacht bis Ende Volksschule könnte man sagen ist das Hauptklientele, und dann habe ich noch eine Gruppe einmal die Woche, das sind so zehn- bis zwölfjährige Kinder. Da geht es um soziale Kompetenz.

EK: Und das ist wirklich so eine mehrjährige – also die Kinder werden dann ständig begleitet in diesem Zeitraum Vorschule bis Volksschulalter?

BG: Leider nein. Sie kommen halt in verschiedenen Altersklassen zu uns, sozusagen. Wir sind in Wien derzeit das einzige Autismus-Therapiezentrum, es gibt natürlich einige Ambulatorien die auch autistische Kinder nehmen, aber die sind auch auf sämtliche andere Entwicklungsstörungen, -verzögerungen oder -syndrome ausgerichtet und deswegen nicht ganz so spezialisiert wie wir. Also wir sind das einzige Autismus-Therapiezentrum und können in Wien anbieten sowohl Hausbesuche als auch ein ambulantes Setting. Es gibt zwei Möglichkeiten bei uns, eher ein intensiveres Setting, da findet dann zwei- bis dreimal die Woche eine Therapie statt, eine davon im Hausbesuch, oder ein weniger intensives Setting, dafür die gleiche Menge an Therapieangebot, zumeist auf achtzehn Monate aufgesplittet. Das wird oft bei intelligenzgeminderten Kindern, die eher basal scheinen und langsam lernen, dann gemacht.

EK: Wie schauen dann die Hausbesuche aus, zum Beispiel vom Instrumentarium her? Wie kann ich mir eine Einheit Musiktherapie vorstellen wenn Sie da zu einer Familie nach Hause kommen?

BG: Also, ich habe eigentlich immer meine Gitarre mit, das ist recht ein praktisches Teil, muss ich sagen. Ich habe eine wirklich eher klein gehaltene Menge an so Orff-Instrumentarium, einfach zu spielendes Instrumentarium, mit, wobei gerade im Kinderbereich ganz oft noch nicht das funktionale Spiel mit dem Musikinstrument vorhanden ist. Das wird dann eher sensorisch eingesetzt, daher ist teilweise gerade bei den Kleinen eher die Attraktivität des Materials im Vordergrund, noch. Das verändert sich dann mit der Zeit. Und, was auch in der Musiktherapie ist – bei uns im Autismus-Zentrum zumindest – ich habe irgendein förderndes Spielmaterial meistens auch noch mit. Also ein Holzpuzzle, irgendetwas zum Einwerfen oder so.

Weil oftmals gerade bei den Kleinen, wenn da jemand kommt und eine Stunde da ist und dann wird die ganze Zeit von vorne bis hinten beschallt, das ist oft einfach eine Reizüberflutung. Da muss man pausieren wenn man das Gefühl hat, das Akustische ist ausgereizt, dann spielt man mit einem anderen Material oder berät die Eltern währenddessen und gönnt dem Kind eine Pause.

EK: Pausen sind glaube ich recht wichtig, nicht nur für autistische Kinder.

BG: Ja, und gerade bei den autistischen Kindern, wenn man – und Musiktherapie ist ja sehr auf Kontaktabahnung und Beziehung ausgerichtet – wenn man da jetzt die ganze Zeit draufdrückt sozusagen, wenn ich es umgangssprachlich sage, und ich die ganze Zeit Kontakt aufnehmen möchte mit einem autistischen Menschen, dann entsteht manchmal so etwas wie eine Flucht tendenz beim Kind, und das soll ja auch nicht sein. Also deswegen sind die Pausen wichtig, sodass Kinder oder autistische Menschen das Erlebte verarbeiten können und integrieren können, dass vielleicht die Emotion, die aufgetreten ist, wieder ein bisschen hinunter fährt, und dann kann man es wieder versuchen. Und da sind die Pausen Gold wert, oder auch oft ganz einfach ein Für-Spiel auf der Gitarre, was die Pause, die dann oft für Bezugspersonen schwer auszuhalten ist, weil die wünschen sich ja, dass was geschieht, da nutze ich dann oft diese Pausen und die Strukturierung eigentlich, und die Gitarre dazu, und mache ein Für-Spiel, begleite die Bewegungen des Kindes in einer Improvisation.

EK: Okay, dann komme ich da anschließend auch gleich zur ersten Frage des Fragebogens, den ich Ihnen geschickt habe: Wenn Sie von Für-Spiel und Gitarre und Bewegungen begleiten sprechen, was sind denn eigentlich so musikalische Elemente die für die Musiktherapie mit autistischen Kindern wichtig sind?

BG: Ja, also grundsätzlich unterscheidet man – aber das findet man glaube ich in jedem Lexikon oder Lehrbuch – zwischen aktiver und rezeptiver Musiktherapie. Unter die rezeptive Musiktherapie würde ich das Für-Spiel einordnen. Die aktive Musiktherapie ist die aktive Beschäftigung mit Musikinstrumenten. Wobei gerade im Autismusbereich die aktive Beschäftigung mit Musikinstrumenten nicht immer zu einem Musikspiel führen muss. Oft ist es dann einfach ein Explorieren des Materials, ein Bewegen des Instruments; wenn man sich so Schellen vorstellt, dann schauen sie sich manchmal die Schellen an und die glitzern dann so. Und da mache ich als Therapeutin, also wenn noch kein Spiel selbst da ist, da versuche das, was mit Instrumenten geschieht, zu vertonen, ein Stück weit. Als das ist so ein Heranführen an ein mögliches Musikspiel, weil oftmals ist es nicht hilfreich wenn man sagt: „Komm, setz dich hin, nimm das, ich mache das, und jetzt beginnen wir gemeinsam und hören gemeinsam auf“. Das ist ja das Problem beim Autismus, dass diese Gemeinsamkeit fehlt, und die kann man eigentlich, wenn man gut geschult ist, durch ein Sich-Anpassen und Improvisieren um das was passiert herum, kann man so Kontaktmomente und Synchronisationsmomente erzeugen, die dann oft so als Momente der Aufmerksamkeit bei Kindern und Menschen mit Autismus erlebt werden. Und wenn dann noch eine positive Emotion mit hineinspielt, dann entsteht der Wunsch, das nochmal erleben zu wollen, und so kann eigentlich die Idee eines gemeinsamen Tuns, einer Beziehung, eines gegenseitigen Affektaustauschs erst entstehen. Das ist, glaube ich, einer der größten Vorteile der Musiktherapie, dass wir schon, auf einer Ebene, wo ein gemeinsames Erleben, wo vielleicht eine Theory of Mind noch nicht vorhanden ist, schon Interventionen setzen können, und vielleicht ein bisschen die Kinder aus – ich sage das jetzt sehr flapsig – aus dem Schneckenhaus ein bisschen herausholen können.

EK: Also es geht auch darum, dass es sich um eine Art der Kommunikation oder des Kontakts handelt, die keine Sprache erfordert?

BG: Genau. Die keine Sprache erfordert, die versucht, auf einer Augenhöhe Kontakt aufzunehmen, das heißt, manchmal auch durch eine Imitation von Geräuschen, von Stimmäußerungen der Menschen mit Autismus, die dann irgendwie zu etwas weiterentwickelt werden. Also, sensible Versuche der Kontaktaufnahme basierend auf dem was da ist, und nicht auf: „Komm, mach, tun wir, setz dich hin, und hier, das ist unser Spiel, das ist die Regel, und wenn du nicht möchtest, führe ich dich nochmal zum Tisch“. Das ist der Unterschied vielleicht zu manchen pädagogisch-übenden Verfahren. Wobei natürlich in der Kindermusiktherapie pädagogische Elemente auch mit hinein spielen können. Also, man kann das Kind nicht nur gewähren lassen, weil dann wird man irgendwie handlungsunfähig. Es muss schon ein gewisser strukturierter Rahmen rund um dieses Geschehen sein. Das war für mich ein großes *learning*, als ich von allgemeinem Klientele auf nur mehr Autismus gewechselt habe. Dass Menschen mit Autismus die gesamte Stunde ein Stück weit strukturiert brauchen. Das heißt, dass mit Bildern dargestellt wird, was ist jetzt unser Thema, und dann wird entweder das Bild in eine Dose eingeworfen, und fertig, oder es wird ein grünes Häkchen daneben hingehängt auf so einem Ablaufplan, und innerhalb dieser fünf Angebote öffnet sich dann der Bereich des Musiktherapeutischen.

EK: Alles klar, also es gibt wirklich auch eine sichtbare Struktur für das Kind, sozusagen das passiert, oder das ist das Angebot, damit beschäftigen wir uns jetzt.

BG: Genau. Weil sonst entsteht so ein strukturloses Herumwandern im Raum, und man kommt nirgendwo hin. Also, die Ideen die man vielleicht ausbildet in der Therapie, die vielleicht geschehen könnten – man kann es ja nicht erzwingen – die würden, wenn jetzt fünfzig Minuten eine Stunde, unstrukturiert, und das Kind steht da und kriegt kein „Schau, das ist jetzt unser Thema“, da kommt dann noch viel weniger ran und das Kind beginnt möglicherweise in irgendwelche Stereotypen oder am Fenster stehend sich selbst zu verlieren. Und das soll es auch nicht sein. Noch zu den Elementen: Was ich jetzt anwende, in der Musiktherapie, sehr viel, weil Kindermusiktherapie, sehr viel Lied, Kinderlieder teilweise, manchmal sind Kinderlieder schon bekannt, leider schon aus Youtube oder wie auch immer, so wie *The Wheels on the Bus*, so englische Lieder, aber das kann man gut als Beginn verwenden. Ich mache dann auch öfters Situationsimprovisationen, zum Beispiel wenn ein Kind schaukelt in der Schaukel, und ich mache im Rhythmus wie die Schaukel jetzt schaukelt ein Schaukellied und besinge in dieser Improvisation das was gerade geschieht. „Hoch, und du schaukelst, hin und her!“ Und dann kommt ein Stopp in das Lied hinein, also das wird dann so eine Improvisation rund um das Geschehen. Wir nennen das Situationsimprovisationen. Dann das Für-Spiel habe ich schon erwähnt, und manchmal entstehen so Rollenspiel-ähnliche Situationen durch die Musikinstrumente. Also wenn man mit dem Holzfrosch, zum Beispiel, spielt, und man hat jemanden der schon so ein bisschen ins Rollenspiel kommt, und dann wird der Frosch auf einmal lebendig, und daraus wird dann vielleicht ein Lied. Mh macht der grüne Frosch, ein Lied aus einem Liederbuch. Also manchmal werden, es ist leider selten, weil das dann schon recht ein hohes Niveau ist in der Entwicklung eines autistischen Menschen, aber manchmal entstehen wirklich Rollenspiel-ähnliche Situationen mit den Instrumenten. Oder dialogische Situationen; zwei Menschen an einer Trommel und Antwort-Frage, mit Intensitäten verändern. Ja, das kann man so in

etwa sagen. Und dann eben noch Spiel mit sonstigem fördernden Spielmaterial. Wenn manchmal das Gefühl ist, ich habe Kinder, wenn zu viel Gitarre ist, dann halten sie sich die Ohren zu, ein klareres Zeichen gibt es nicht, dass man vielleicht jetzt mal ein bisschen Pause macht und es dann wieder probiert.

EK: Sie haben eine Schaukel erwähnt; gibt es einen dedizierten Musiktherapieraum in dem Zentrum in dem Sie arbeiten? Weil das klingt dann fast wie so eine Art Spielplatz oder so, weil ich nehme an zuhause haben die Kinder nicht eine Schaukel im Wohnzimmer stehen.

BG: Jein, normalerweise nicht, aber wir empfehlen es, weil man kann das auch recht gut in Türstöcke oder mit einer Deckenschraube anbringen. Weil Kinder mit Autismus, oder Menschen mit Autismus, verarbeiten ja die Wahrnehmung auf eine andere Art und Weise als wir, und um Kontaktmomente erlebbar zu machen, arbeiten wir in der Musiktherapie auch in, ja, Wahrnehmungsverknüpfung, kann man dazu sagen. Also da versuche ich, einen Reiz, der eher auf den gesamten Körper wirkt, mit etwas Akustischem zu verbinden. Oder einen visuellen Reiz versuche ich mit etwas Akustischem zu verbinden. Oder eine Vibration mit Klängen, weil viele der Instrumente vibrieren. Und diese Wahrnehmungsverknüpfung hilft auch Kindern, auf eine andere Art und Weise offen für Kontakt zu sein. Oft ist es so, wenn ich ein Kind in der Schaukel habe, das gibt jetzt schon wirklich einen beruhigenden Impuls, und dann ist das Kind viel klarer und kann auch freiwillig und ohne Stress einen Blickkontakt aufnehmen. Das ist halt ein schöner Vorteil. Der Musiktherapieraum ist – also unsere Räume sind alle sehr klar, sehr hell, ohne viele optische Reize, möchte ich sagen, und wir haben, oder ich habe, mit der Zeit gelernt, dass ich alle Instrumente weggeräumt habe. Ich habe nur das draußen, mit dem ich arbeiten möchte. Alles andere ist weg, weil wenn zu viel herumsteht, das ist auch der Unterschied zu Räumen für Erwachsenenmusiktherapie oder in der Psychiatrie oder in anderen Bereichen, da steht ein schönes, wunderschönes Instrumentarium herum, der Raum ist sehr einladend, nur habe ich die Erfahrung gemacht, bei unseren autistischen Kindern, die würden dann alles ausprobieren, würden alles durcheinanderwerfen, und etwas Gemeinsames entsteht nur ganz schwer. Daher habe ich jetzt meine Punkte, und ich habe zum Beispiel gestern, vorgestern, ein Stage-Piano hergerichtet, ich habe Bongos hergerichtet, ich habe auf einem anderen – also das sind so kleine Inseln dann im Raum, wo Stationen sind, wo irgendetwas steht. Und ich hatte dann noch ein Tablett mit so kleinen Orff-Instrumenten, allerdings eingewickelt in eine Decke, die nur dann kommen, wenn ich es auch vorhabe. Und so ist der Raum auch ein Stück weit strukturiert.

EK: Okay, das kann ich mir jetzt gut vorstellen.

BG: Und die Schaukel, ich habe eine – ja so wie es in einem Ergo-Raum ist. Ich habe oben an der Decke eine Stange, und da kann ich es schnell mit einem Karabiner einhängen. Und wenn es dann zum Thema Schaukel kommt, dann kommen die Instrumente auf die Seite, Schaukel rein, und dann...

EK: Und dann geht's los.

BG: Genau. Und ich habe eigentlich auch nur den Platz, den diese Schaukel schwingen kann. Der Raum ist eher eng und schmal, aber es geht sich alles aus. Aber mehr geht schon nicht mehr.

EK: Also doch kein Spielplatz.

BG: Nein, aber es wird gern angenommen, und die meisten meiner Kinder kommen gern und lachend in den Raum.

EK: Ach, das höre ich gerne! Das ist sehr schön. Also, so wie ich das jetzt gehört habe und zusammenfassen würde: Sie meinen, die Wirksamkeit dieser Art von Musiktherapie beruht einerseits auf der Akzeptanz des Kindes so wie es sich gerade präsentiert, also so wie es gerade seine Interessen hat, wie es sich bewegt, wie es sich ausdrückt, aber andererseits auch auf dem Versuch, dem einen strukturierten Rahmen zu geben, dass es halt nicht einfach nur da ist—

BG: Genau. Durch den strukturierten Rahmen kann man so ein bisschen – kann man eine Zielorientiertheit ein bisschen erreichen. Wenn es nur da ist, ist es nur da. Die Eltern wünschen sich ja Ziele für die Therapie und wollen Veränderungen sehen, und nur Da-Sein ist den meisten ein bisschen zu wenig.

EK: Was sind beispielsweise so Ziele die sich Eltern vorstellen für ihre Kinder?

BG: Das am meisten Genannte, naja nicht Genannte aber Gewünschte, zwischen den Zeilen Gewünschte, ist: Mein Kind soll funktionieren. Ich möchte mit meinem Kind auf der Straße gehen können; ich möchte, dass mein Kind, wenn es einen Lichtschalter sieht, nicht ständig den Lichtschalter ein- und ausdreht; ich möchte von meinem Kind gesehen werden. Also ganze viele sehr nachvollziehbare Ziele. Manchmal ist es auch: Mein Kind soll eine Arbeitshaltung entwickeln und vorbereitet werden auf einen Kindergarten oder eine Schule. Manchmal sind es Ziele, die dann vielleicht eher in einer anderen Therapieform zu verorten wären, aber einen Beitrag kann man in der Musiktherapie auch leisten. Zum Beispiel, wenn ein Ziel ist, Arbeitsbereitschaft, also sprich, eine Tischaktion soll geleistet werden, dass das Kind für eine gewisse Zeit bei einem Tisch sitzen bleibt, kann man das gut machen, indem man sonstiges Spielmaterial nimmt, Lernspielmaterial aber auch die Musik, und die Musik als attraktives Davor und Danach nimmt, und ein Erst-Dann-Prinzip versucht zu lernen. Also dass man sagt: Zuerst Tisch, dann Musik. Also das kann man verschiedenst auf die Wünsche der Bezugspersonen einteilen, es gibt aber auch zum Beispiel – ein Ziel war, ein Wunsch einer Mutter; da war das Kind in einer Art Zwänglichkeit verhaftet, dass es alles was die Mutter gemacht hat bestimmt hat. Es wollte auch bestimmen, dass die Tür am WC offen zu bleiben hat. Und das war undiskutabel. Und da haben wir an Flexibilität gearbeitet, Dinge zulassen zu können. Das kann man in der Musik sehr gut, weil wenn das Kind gewohnt ist: Und jetzt haben wir dieses Instrument, ein Holzxylophon, und nur das hat zu sein, und die Beziehungsebene in der Therapie steht schon, dann kann man auf der therapeutischen Ebene sagen, naja aber jetzt nehmen wir das kleine Xylophon. Wir machen zwar das gleiche Lied aber wir nehmen das bunte Xylophon – und das ist manchmal unaushaltbar für Kinder – und so kann man das langsam üben. Und in dieser Therapie war das dann so, dass sich das auch auf das häusliche Umfeld ausgewirkt hat, also dass es dann viel weniger erzwingen musste. Und an dieser Flexibilität und von seinen Zwängen nicht ablassen können, haben wir eigentlich immer und in allen Situationen gearbeitet. Das ist dann sozusagen ein psychotherapeutischer Einfluss in die Musiktherapie. Wegen Wirksamkeit noch: Also eines, das würde ich sagen kann man auch gut messen, Musik wirkt entspannend und hat auch Einfluss auf das vegetative Nervensystem. Das kann mit Biofeedback oder Herzratenvariabilität auch nachgewiesen werden. Das ist eines, Musik kann aber auch aktivieren wirken, das kommt auch auf die Instrumentenwahl und die Art und Weise, wie die Musik gestaltet ist, an. Also ein langsames Wiegenlied würde jetzt eher in das Entspannende gehen, oder monotone Klänge vom Monochord oder einer Trommel in Richtung Trommeltrance oder so, das würde eher in die Spannungsrichtung gehen. Wenn man jetzt irgendwie ein strukturiertes

Lied mit Trommel und Geschwindigkeit macht, wäre es eher aktivierend. Also das sind diese zwei Dinge die man auch verwenden kann. Was haben wir noch? Musik kann, durch diese Begegnung auf einer Augenhöhe, Gemeinschaftsgefühl erlebbar machen, was ich finde das ganz ganz wichtig ist. Sie kann Einfluss auf die Beziehungsfähigkeit eines Menschen nehmen, also da geht es um zwischenmenschlichen Kontakt, und, wie ich eh schon erwähnt habe, um so einen interaffektiven Austausch, also einen gemeinsamen Gefühlsaustausch. Sie kann, obwohl nonverbal, fast schon wie Sprache sein, also dass man dialogische Szenen erlebbar macht, ohne dass jetzt Sprache aktiv schon vorhanden sein muss, weil es ja auch motorisch eine ziemliche Herausforderung ist. Es kann bedeuten gemeinsame Freude, gemeinsam geteilte Aufmerksamkeit, also es kann an der Möglichkeit des Triangulierens zwischen ich, du und Gegenstand mitwirken, was auch im Prinzip eine große Voraussetzung für Spracherwerb per se ist. Musik kann Selbstwirksamkeit fördern; ich erzeuge diesen Klang und ich bin Urheber dessen. Und sie kann gut helfen bei Affektregulation. Also das heißt, wenn Affekte erlebt werden aber die Kinder noch nicht damit gut umgehen können, und daher vermeidend sind, kann man Affekte erlebbar machen und gemeinsam dann bewältigen. Und das führt dann erst zu einer Möglichkeit des Affektaustauschs mit einer anderen Person. Genau, was kann Musik noch? Musik kann Assoziationen an Vergangenes auslösen. Dadurch werden vielleicht Dinge die bereits erlebt wurden nochmal erlebbar oder verarbeitbar, eher dann schon bei ein bisschen älteren Kindern, bei sechs- bis zehnjährigen. Und ein großer Punkt ist, der auch für den Beginn der Therapie wichtig ist, die Musikinstrumente haben oft einen großen Herausforderungscharakter. Und das hilft bei einem therapeutischen Beziehungsaufbau. Das heißt, Kinder kommen in das Zimmer hinein, sehen da Dinge, die attraktiv wirken, und das gibt schon gute Vorschusslorbeeren für eine mögliche Beziehungsgestaltung. Und das finde ich auch einen großen Vorteil.

EK: Super, da haben Sie mir jetzt sehr viel Information gegeben. Da bin ich sehr froh darüber. Ich habe noch eine letzte Frage, die ich Ihnen jetzt einfach so stellen würde. Ich habe schon vieles dazu auch gehört, eben mit dem, was Sie mir so erzählt haben, aber auf welcher Basis, also auf welchem theoretischen Konzept oder von welcher Grundlage gehen Sie aus, wenn Sie Ihre musikalischen oder jegliche Interventionen für ein Kind wählen?

BG: Hm, ja, das ist verschieden. Also die Kindermusiktherapie baut sich ja auf verschiedene Säulen auf. Also es gibt mehrere Säulen, eine ist pädagogische Elemente, da gehört für mich auch das Strukturieren einer Stunde oder das Einfordern von Nein dazu, also bei mir darf nicht geklettert werden, bei mir darf der Lichtschalter nicht ständig betätigt werden, also es gibt wirklich auch klare Neins, was ich finde gerade auch im Kinderbereich ganz ganz wichtig ist. Psychotherapeutische Elemente finden statt, das ist auch ein Teil der Ausbildung, da wir ja in psychotherapeutischen Theorien auch ein Stück weit geschult werden, bei mir ist das vielleicht am ehesten in eine integrative Richtung zu verorten. Es ist kein Psychotherapie per se, dafür ist es nicht tief genug, aber Theorien davon werden angewandt, und Techniken. Ein großes Konzept, nach dem ich arbeite, ist das Einschätzungsinstrument der Beziehungsqualität von Karin Schumacher, das ist eine recht bekannte Musiktherapeutin, die verschiedene Beobachtungsebenen geschaffen hat. Das eine ist die instrumentale Ebene, nicht nur Musikinstrument sondern auch Spiel, also auch Spielmaterial wäre Instrument, dann die vokale, die stimmliche, und die emotionale Ebene. Und dann gibt es auch noch eine Therapeutebene, wo sich der Therapeut in der Art der Intervention zu diesen Ebenen in Bezug setzt, und die Theorie

ist, wenn ich auf einer zu hohen Ebene ansetze, dann geht das Kind in Abwehr. Dann erreiche ich das Kind nicht, also die Ebene muss da passen. Und das hilft mir eigentlich sehr, mich einzuschätzen in Bezug auf, was macht das Kind. Und dieser Ansatz EBQ verwendet eigentlich das Modell der Ich-Entwicklung nach Daniel Stern, aber auch Attachment Theory von Mary Ainsworth und entwicklungspsychologische Aspekte. Also auch, auf welcher Stufe ist das Kind vom Alter her, und wo man ihm begegnen kann. Also das ist für mich ein großes – also ich dokumentiere auch basierend auf diesem System. Aber es sind auch andere Einflüsse mit dabei, weil wir sind als Autismus-Therapiezentrum sehr spezialisiert, und ich habe Kolleg:innen, die haben eine Marte Meo-Ausbildung, ich nicht, aber man tauscht sich ja kollegial aus, und was jetzt Elternberatung ist, und vielleicht mal ein Video von einer Spielsituation aufnehmen und mit den Eltern besprechen, geht ein bisschen in die Marte Meo-Richtung. Dann Theraplay habe ich eine Fortbildung gemacht, oder TEACCH, das sind die Bildkarten die ich verwende, oder teilweise verwende ich unterstützte Kommunikation auch mit iPad, also da wird Sprache durch eine App am iPad ersetzt. Also es ist eigentlich so ein Methodenmix der je nach Therapieziel zum Einsatz kommt kann man sagen. Und zur Instrumentenwahl vielleicht, da muss man gerade im autistischen Bereich gut aufpassen, es kommt auch ein bisschen auf das Strukturniveau, auf die innere Strukturierung des Menschen an, weil wenn ich jemanden habe, der sich selbst verliert, brauche ich nicht mit Becken und mit großen Klingern beginnen, weil das ist so schwammig, und da verliert sich der Mensch dann nur noch mehr. Da würde ich eher achten auf Trommeln, etwas mit Struktur, wo ich kurze Sequenzen habe die sich immer wieder wiederholen. Also wenn ich auf Struktur arbeite, würde ich eher das verwenden und kein Becken oder einen Gong in den Raum stellen.

EK: Ja, das macht Sinn.

BG: Und das Angebot kommt schon ein bisschen drauf an auf eine gewisse Vorliebe, weil wenn ich mir denke: „Oh, das Glockenspiel wäre jetzt ur super“, aber das Kind geht nie hin zum Glockenspiel, dann werde ich beim nächsten Mal ein anderes Angebot wählen.

EK: Das spielt dann ja auch wieder rein in das: Ich akzeptiere das Kind und es darf schon auch seine Präferenzen haben.

BG: Genau. Also im Großen und Ganzen kann man sagen, dass ich, wenn ich es zusammenfasse, zu den theoretischen Konzepten, dass es ein Methodenmix ist, dass in der Musiktherapie psychotherapeutische Aspekte zum Einsatz kommen, die Pädagogik ist da auch ein Stück weit verankert. Und dahinterstehend, übergeordnet, dieses Einschätzungsinstrument der Beziehungsqualität von Karin Schumacher.

EK: Okay. Ja damit haben Sie mir eigentlich einen sehr guten Überblick gegeben über Ihre Arbeit und wie Sie da herangehen. Haben Sie sonst noch irgendetwas, das bis jetzt noch nicht aufgekommen ist und was Sie mir dazu noch sagen möchten, wo Sie glauben das muss ich unbedingt wissen?

BG: Hm, da fällt mir jetzt nicht wirklich was ein.

EK: Dann habe ich soweit auch keine weiteren Fragen mehr an Sie. Ich danke Ihnen für Ihre Zeit und für Ihre Expertise und Auskünfte, das hat mir jetzt wirklich sehr weitergeholfen.

BG: Sehr gerne.

Interview mit Katharina Zeinler am 17.05.2024

EK: Dann würde ich auch gleich mal starten mit einer grundlegenden Frage an Sie: Soweit ich Ihre Webseite richtig verstanden habe, arbeiten Sie nicht nur mit Menschen mit Autismus, richtig?

KZ: Genau, also es ist so, dass ich in Anstellung arbeite und in freier Praxis. Bei der Anstellung arbeite ich im Autismus-Therapiezentrum, und da halt ausschließlich mit autistischen Kindern, und da bin ich 27 Stunden angestellt, und einen Tag die Woche bin ich in freier Praxis, und da arbeite ich nicht nur ausschließlich mit autistischen Kindern.

EK: Okay, aber da bin ich trotzdem bei einer Expertin gelandet, bei einer Spezialistin.

KZ: Ja, ich glaube mittlerweile schon.

EK: Cool, das freut mich, da bin ich auch sehr froh, da werden Sie mir sicher weiterhelfen können. Dankeschön, dass Sie Ihre Expertise mit mir teilen möchten.

KZ: Sehr gerne.

EK: Genau, dann fange ich einfach mal mit der ersten der vier Fragen an: Was ist aus Ihrer Sicht bedeutsam, oder was ist wichtig in der musiktherapeutischen Arbeit mit autistischen Menschen? Das bezieht sich jetzt nicht nur speziell auf Musik, sondern einfach in Ihrer Arbeit mit diesen Kindern.

KZ: Also ich glaube, da ist wirklich die Haltung wichtig der Person. Da ist jetzt gar nicht so wichtig welcher Bereich, ob Ergo-Therapie oder Musiktherapie, sondern generell, mit welcher Haltung begegne ich einem Kind das mit Autismus in meinen Raum kommt und zu mir in Therapie kommt. Ich merke selber, ich muss mich immer wieder darauf konzentrieren, dass ich einfach sehr in mir ruhend bin und präsent bin, um halt auch in Kontakt gehen zu können mit autistischen Kindern, und einfach auch am Anfang mal einen Schritt zurückzugehen, mal zu schauen, was kommt – und auch nicht zu viel zu erwarten. Meistens ist diese Erwartungshaltung, zumindest erlebe ich das von der Musiktherapie, oft im ersten Moment kontraproduktiv. Sondern da geht es einfach mal darum, es einfach sein zu lassen, zu schauen, was passiert, und wirklich das Kind – aber schon den Wunsch zu haben, das Kind zu treffen oder ihm auch zu begegnen. Ich glaube eigentlich, dass diese Grundhaltung wirklich das wichtigste ist. Ich finde auch total wichtig, das System mitzudenken, das heißt, mit wem kommt das Kind, wen gibt es noch in der Familie, was bringen die Eltern mit, weil das sich natürlich auch auf die Kinder auswirkt. Welchen Anspruch haben jetzt auch die Eltern an die Therapie? Aber wenn wir jetzt sagen, was ist bedeutsam in der Therapie, würde ich tatsächlich sagen, die Grundhaltung. Alles andere ist zweitrangig, wie schaut der Raum aus, mit welchen Instrumenten arbeite ich, sondern es geht primär mal um mich und um das Kind.

EK: Okay. Sie haben jetzt gemeint, gar nicht so sehr Erwartungen an das Kind zu stellen. Ich nehme einfach mal an, dass das System, wie Sie ja gemeint haben, die Eltern, jegliche Bezugspersonen, die mitkommen, dass die auch eine gewisse Erwartungshaltung haben, natürlich, was die Therapie betrifft. Wie gehen Sie denn damit um, mit diesen Erwartungen, die dann ja auch an Sie gestellt werden?

KZ: Ich spreche das schnell offen an. Es sind bei uns immer relativ bald Elterngespräche geplant. Also eigentlich ist es so, die Eltern kommen eh zuerst einmal alleine, da kann es aber sein dass sie noch gar nicht bei mir sind, sondern mal bei den Psychologinnen die dann mal so den Fall aufnehmen. Und dann kommen manchmal die Eltern zuerst alleine zu mir, manchmal kommt aber auch das Kind mit Mama oder

Papa, meistens, und ich spreche von Anfang an offen an: Heute geht es wirklich mal ums Kennenlernen, und ich schau mal – wir schauen, was passiert. Und ich bin da von Anfang an auch sehr offen, also das Kind geht mal durch den Raum und schaut, was spricht es an und ich steige dann manchmal ein und manchmal lasse ich auch das Kind einfach mal tun. Und ich versuche, das wirklich von Anfang an offen anzusprechen, dass es die ersten Male wirklich nur ums Kennenlernen geht, und dann vereinbaren wir schon Ziele. Und ich habe dann schon Ziele, die ich verfolgen möchte, weil sonst macht ein therapeutisches Arbeiten wenig Sinn. Aber Schritt für Schritt, und je nach dem wie das Kind jeden Tag auch drauf ist.

EK: Was können denn solche Ziele sein, die Sie dann in der Therapie verfolgen?

KZ: Das ist auch ganz unterschiedlich, aber es kann zum Beispiel sein, dass wir kurze Begegnungsmomente schaffen. Gerade wenn das Kind wirklich schwer betroffen und sehr bei sich ist, dass unser Ziel ist, dass wir immer wieder Momente finden, wo wir mal gemeinsam ins Tun kommen, oder wo mich mal kurz das Kind anschaut. Das kann man natürlich nicht herbeizwingen, aber es ist halt, wenn man das als Ziel hat, dann sieht man die Momente halt auch. Das kann zum Beispiel sein. Oder dass wir Spiele entwickeln, die funktionieren können. Also dass wir schauen, auf welcher Ebene befindet sich das Kind, auf welcher Spiel-ebene, sagen wir mal so, was ist alles möglich, dass wir uns dann auf diese Ebene begeben und schauen, welche Spiele funktionieren. Das muss nicht mal musiktherapeutisch sein, das kann auch sein, dass wir mit einem Ball spielen. Aber ich begleite es dann musiktherapeutisch. Also die Instrumente sind dann nicht unbedingt immer das Vordergründige, sondern oft sind es auch einfach ganz normale Spiele, die auch kleine Kinder spielen, wo ich auch mit meinem musiktherapeutischen Ansatz dazu komme. Manchmal ist es auch sehr, also bei mir zumindest, sehr praktisch orientiert. Manchmal ist es auch, dass sie beginnen, eine Zeigegeste zu verwenden, im Spiel oder so. Dass sie mit dem Finger zeigen. Das ist dann vielleicht eher schon die pädagogische Richtung, aber bei mir fließt eigentlich so beides ein. Das könnte jetzt ein Ziel sein. Es kann aber auch ein Ziel sein, wenn sie weiter sind schon, die Kinder, dass wir in ein dialogisches Tun kommen. Dass das Kind versteht, wie kann Dialog funktionieren. Aber da müssen zuerst noch viele andere Sachen passieren. Aber wenn das Kind schon so weit ist, dass man da dann einsteigt.

EK: Okay, super. Sie haben auch schon den Raum angesprochen. Ich nehme an in Ihrer Anstellung im Autismus-Zentrum wird es einen Musiktherapieraum geben, bin ich da richtig in der Annahme?

KZ: Genau, wobei der Raum wird nicht nur von uns Musiktherapeutinnen genutzt, sondern manchmal sind auch eine Ergotherapeutin und eine Heilpädagogin drinnen. Also wir haben die Räume eigentlich recht neutral gestaltet, dass halt jede Berufsgruppe rein kann, natürlich sind aber im Musiktherapieraum, den doch hauptsächlich wir nutzen, da stehen halt Instrumente. Aber wir haben es schon so, dass wir die meisten Instrumente auch weggepackt haben, das ist in einem Kasten drinnen, damit das auch nicht überfordernd ist und ich auch bestimmen kann, welche Instrumente sind da und welche auch nicht. Um auch die Kinder zu schützen, weil wenn ich einen Gong da stehen hab, und das Kind spürt sich gar nicht, dann weiß es auch gar nicht, wann es zu laut ist, und das kann dann schon auch gefährlich sein, für die Ohren auch einfach.

EK: Also Sie bestimmen, sozusagen unter Anführungszeichen, im Vorhinein, was Ihr Plan ist für die Musiktherapie, welche Instrumente Sie vorbereiten?

KZ: Im Großen und Ganzen schon. Also ein paar Instrumente stehen immer da, wir haben zum Beispiel eine Klangwiege, Trommeln, Gitarre, das ist eigentlich immer da, und dann packe ich immer bestimmte Instrumente raus, die ich für sinnvoll erachte, aus welchem Grund auch immer. Dann natürlich kann es schon sein, dass ich spontan noch etwas raus nehme, oder das Kind möchte unbedingt in den Kasten, und dann sperren wir den Kasten auf, und wenn das Kind jetzt, keine Ahnung, die Leier interessiert, dann holen wir auch die Leier raus. Aber bei manchen Kindern, die zum Beispiel sehr wild sind und in ihrer Kraftdosierung extreme Schwierigkeiten haben und Sachen die ganze Zeit werfen, da räume ich halt die Leier weg, weil es einfach gefährlich wäre für das Instrument auch.

EK: Und in Ihrer freien Praxis, arbeiten Sie da auch mit Kindern mit Autismus? Und wenn ja, haben Sie dann auch Ihre eigene Praxis, Ihren eigenen Raum, sozusagen, wo die Kinder dann hinkommen? Oder machen Sie auch sowas wie Hausbesuche? Und was haben Sie denn da an Instrumentarium dabei?

KZ: Es ist so, in der freien Praxis bin ich eingemietet in einen Raum, wo auch andere drinnen sind. Deswegen sind sie eigentlich sehr ähnlich, da sind die Instrumente halt wirklich immer weggeräumt, und wenn ich halt komme, dann stelle ich meine Gitarre raus, meine Harfe und das Xylophon. Und im privaten Setting, also in der Praxis, mache ich keine Hausbesuche, aber hier im Autismus-Therapiezentrum, da bieten wir Hausbesuche an. Weil wir wurden finanziert, und es ist eigentlich ein Projekt das gerade läuft. Und da bekommen die Kinder ganz intensiv Therapie, da bekommen Sie im Ambulatorium was, und im Hausbesuch. Und da ist es natürlich nicht immer ganz so leicht, was nimmt man da jetzt mit. Im Grunde ist ganz entscheidend, was auch die Vorlieben des Therapeuten sind, oder der Therapeutin. Das muss man wirklich bedenken, weil wenn das Kind jetzt weiß ich nicht was spielen mag, und ich halte den Klang gar nicht aus oder ich fühle mich da nicht sicher, dann bringt es auch relativ wenig, das auszupacken. Weil ich muss mich in meinem Instrument auf jeden Fall kompetent fühlen. Es gibt dann schon Ausnahmen, ich habe einmal mit einer Ziehharmonika gespielt, weil das Kind liebt Ziehharmonika, ich kannte es gar nicht, aber das war dann irgendwie auch toll, weil man es gemeinsam erkunden konnte. Aber prinzipiell muss ich mich sicher fühlen auf meinem Instrument, und dann nehmen wir halt eigentlich immer eine Gitarre mit. Die Gitarre ist sowas, das kann man halt sehr universell einbauen. Da kann man dann schnell mal was begleiten. Und dann kleinere Instrumente wie Trommeln oder Rasseln, Glockenspiel, eine Hapi, ich weiß nicht ob Sie das kennen, das ist so eine Schlitztrommel aus Metall. Genau, solche Sachen, und dann natürlich verschiedene Materialien, die ich irgendwie gerade als sinnvoll erachte, das kann was Sensorisches sein, was zum Quetschen, was zum Riechen, zum Stimulieren. Ein Instrument das wir eh immer mit haben ist unsere Stimme, und das ist eigentlich eh, gerade in der Arbeit hier, unser Hauptinstrument.

EK: Alles klar. Dann leite ich das gleich über zur zweiten offiziellen Frage sozusagen, und zwar: Welche musikalischen Elemente erachten Sie als besonders wichtig in der Musiktherapie mit autistischen Kindern?

KZ: Was meinen Sie mit musikalischen Elementen?

EK: Wir haben jetzt schon über Instrumente geredet, aber ich würde halt gerne einen Zugang erschließen dazu, wie Musik wirklich in der Therapie aussieht. Was machen Sie tatsächlich musikalisch in der Musiktherapie? Gibt es ein, ich weiß nicht, das Kind spielt irgendwas und Sie begleiten das, oder wie Sie

gemeint haben, dialogisches Spiel, spielt da das Kind auch selbst Instrumente, in jeglicher musikalischer Ausprägung? Also einfach, was Sie – es muss jetzt gar nicht so stereotypisch oder leitmotivisch sein, so nach dem Motto „das ist Autismus und das ist die Musiktherapie dafür“, sondern einfach, was Sie mir erzählen können aus Ihrer Erfahrung.

KZ: Okay, jetzt kenne ich mich aus. Genau, also wie Sie es eh schon vermuten, es ist ganz ganz unterschiedlich. Aber prinzipiell ist es so, ich fang normalerweise an mit ganz schwer betroffenen Kindern, bei denen ist es oft so dass sie noch gar nichts mit Materialien anfangen können, und wenn, dann nehmen sie das in den Mund. Das ist prinzipiell auch in Ordnung, wenn das Instrument passend ist, dann kann das Kind das auch in den Mund nehmen. Zum Beispiel die Hapi, die kann man super abschlecken und währenddessen spiele ich ein bisschen drauf, und dann spürt es dazu auch noch die Vibrationen. Also wir arbeiten einerseits sehr viel mit Körperwahrnehmung in Verbindung mit Musik. Das ist gerade bei schwer betroffenen Kindern – oder halt, ein Teil von Autismus ist halt auch die Wahrnehmungsstörung, und von daher können wir den Körper nie wegdenken. Da geht es dann oft auch um intermodale Verknüpfung. Also ich mache mit dem Kind irgendwas, entweder spiele ich Instrumente weil es hüpfet, und ich trommle dazu, zum Beispiel, in dem Takt, und dann entsteht schon voll oft so ein Moment, dass das Kind checkt: „Ha! Irgendwas passt da gerade zusammen“, oder: „Hey, das ist ja genau meine Bewegung!“ Zum Beispiel das ist ein Teil davon, dass ich die Bewegung des Kindes begleite. Oder das Kind liegt am Boden und ich mache – ja wie eigentlich mit einem Kleinkind – ich führe das Kind und mache Bewegungen, oder ich massiere das Kind und singe dabei. Ich singe dabei im Rhythmus, oder in einer Melodie, die passt. Das ist so diese Körperarbeit, und diese, ich würde halt sagen, intermodale Verknüpfung. Schumacher, den Namen haben Sie sicher auch schon gelesen, im EBQ, die beschreibt das auch als Grundlage. Davor kann es natürlich schon sein, wenn das Kind komplett den Kontakt zu mir ablehnt, dann gestalte ich den Raum. Also dann spiele ich einfach mal und schaue, was passiert, und das Kind kann machen, was es will, und wir brauchen auch nicht in Kontakt zu sein, also wir machen dann halt einfach unsere Sache. Aber die Kinder nehmen dann schon halt natürlich den Raum wahr, und manchmal kommt es dann halt schon vor, dass sie mal zum Instrument schauen, mal drauf greifen, mal drüber schlecken, und dann gehen sie wieder. Zum Beispiel wie, oder in welcher Tonart ich spiele, und in welcher Tonlage, und welchem Rhythmus, das entscheide ich dann meistens auch sehr intuitiv. Wenn das halt so eine Situation ist wo das Kind mir nicht wirklich was vorgibt. Wenn es mir einen Rhythmus vorgibt, dann kann ich darauf einsteigen. Dann geht es natürlich auch ganz viel um verbale Imitation, das heißt, viele unserer Kinder lautieren, oder machen zum Teil auch stereotype Geräusche und stimulieren sich damit selber, und dass ich das zum Beispiel auch aufgreife und verstärke und mitgestalte. Das sind manchmal echt schöne Momente, also erst gestern hatte ich ein Kind, das am Anfang sehr sehr getrieben war und total impulsiv, und gestern war es so schön, weil es hat dann irgendeine Melodie gesungen, und ich hab sie nachgesungen, und das Kind schaut mich an, so ganz überrascht, und dann ist es so ein bisschen so ein erster Dialog entstanden. Das hat nur ganz kurz gedauert, und das Kind war so richtig – ich hab wirklich das Gefühl gehabt das Kind merkt so richtig: „Hey, da hat mich jemand gehört, und das in meiner Welt, und zwar nicht mit Worten die nicht verstehe und nicht kenne, sondern da hat gerade wer mich erfasst mit meiner Melodie“.

EK: Das klingt sehr schön.

KZ: Ja, es ist natürlich nicht immer so, aber das wäre natürlich so unser Ziel. Und dann hat das Kind auch immer mehr darauf reagiert wenn ich begonnen habe, etwas zu singen. Dann ist es schon auch wichtig, was die Kinder so auf den Instrumenten spielen und erkunden. Manchmal halte ich mich zurück und beobachte, aber dann versuche ich schon auch einzusteigen. Das mögen aber manche Kinder gar nicht. Da muss ich immer aufpassen, dass ich nicht zu schnell bin, und es einfach mal sein lasse. Also, gerade wir Menschen haben immer das Bedürfnis, wir wollen in Kontakt gehen, wir wollen gemeinsam etwas spielen, und am besten auch noch im Dialog. Aber wir müssen uns immer wieder klar machen: Die Kinder die oft hierherkommen, die sind da noch nicht. Also, natürlich wäre es schön und das ist unser Ziel, aber sie sind da noch nicht. Deswegen immer wieder einfach noch einen Schritt zurückgehen und mal schauen, was passiert. Und dann versuche ich, es zu begleiten. Sei es mit der Stimme, mit einem anderen Instrument, meistens mit einem Instrument, das ähnlicher klingt. Dann fällt es den Kindern auch leichter. Und da ist es auch nicht wichtig, dass ich als Gegenüber da bin, sondern da spielt einfach einmal das Kind, und ich begleite es. Und ich schaue auch, dass es vielleicht länger dran bleibt. Weil es ist bei uns ganz oft, dann spielen sie drei Töne und dann sind sie schon wieder beim nächsten, und sind so wie ein Flummi, und da wäre natürlich mein Ziel, zu schauen: Ich begleite dich, und unterstütze das, und übertreibe das vielleicht, ich bin aber auch voll im Hintergrund, und schaue, dass es vielleicht länger dabei bleibt. Also eigentlich ist eh das was ich jetzt sage auch das, was Schumacher beschreibt. Dialogische Themen. Wobei ich ganz ehrlich sagen muss, die Kinder, die ich hier betreue, alle sind eigentlich zwischen drei und sechs Jahren, also doch noch Kindergartenalter, die wenigsten davon schaffen einen richtigen Dialog. Es ist schon Dialog-ähnlich, es ist mehr so ein Vor-Nachspiel, aber dass es wirklich etwas Wechselwirksames hat, also dass auch neue Ideen eingebracht werden und weiterentwickelt werden, das ist bei wenigen. Ich verwende aber auch gerne Lieder, also wo es dann eine klare Struktur ist. Auch etwas, was die Kinder kennen. Lieder die ich persönlich jetzt vielleicht nicht so gern mag, wie zum Beispiel *Baby Shark* oder so, oder halt irgendwelche Lieder, die sie halt auf Youtube hören. Wenn ich da zum Beispiel einsteige, dann entsteht etwas gemeinsames. Und manche Kinder können dann doch schon Melodien singen aber noch keine Worte sprechen, aber dass sie da zumindest in einem Spiel mitmachen. Oder dass sie das leisten, sie füllen die Lücke. Also, dass sie verstehen, dass man etwas gemeinsames gestalten kann. Und natürlich auch in Richtung Sprachförderung ist die Musik auch recht toll. Also da auch Lieder einzubauen. Genau. Ist die Frage damit beantwortet?

EK: Ja, also das war jetzt sehr viel Input. Das hat alles beantwortet – also, nicht alles beantwortet, aber das sind alles gute Antworten auf die Frage, sagen wir so. Dazu anschließend auch gleich, es ist eh auch schon ein bisschen durchgekommen, aber worin sehen Sie die Wirksamkeit von Musik bei Kindern mit Autismus?

KZ: Also ich glaube, der große Vorteil der Musiktherapeut:innen, und das erlebe ich immer wieder bei Kindern wo das immer noch schwierig ist, wir können in Kontakt sein, ohne den Kindern zu nahe zu kommen. Das Kind ist in ganz einer anderen Ecke vom Raum und ich spiele da und bin in Kontakt. Da habe ich zum Beispiels gerade auch ein Kind, und das Kind klebt die ganze Zeit an der Mama und ich darf nicht zu nahe kommen, und wir haben es geschafft zum ersten Mal in Kontakt zu kommen indem ich Musik mache und ich es begleite, und dann sind wir schon in Kontakt. Das ist ein großer Vorteil von uns. Dann, Musik hat

ja an sich bestimmte Wirkfaktoren, und das merke ich auch, dass prinzipiell Musik etwas ist, das Kontakt fördert aber auch das Angstzentrum hemmt. Es macht eine gute Stimmung und es ist gleich eine andere Atmosphäre, wenn Musik da ist. Da erreicht man Dopaminausschüttung, und da gibt es ganz viele Faktoren, aber das wissen Sie eh. Aber ja, einer der wichtigsten Faktoren ist, wir sind in Kontakt, ohne uns nahe kommen zu müssen. Dann ist es einfach als nonverbales Medium wundervoll, weil viele unserer Kinder ja Sprache so nicht verwenden können und Sprache eher verwirrend ist. Und so können wir mal dialogisch in Kontakt gehen, oder generell irgendetwas gestalten gemeinsam, ohne dass wir jetzt ein Wort brauchen. Die Kinder verstehen Musik – man versteht Musik, wenn man schon im Bauch ist. Das ist etwas, das sehr universell ist. Das ist auf jeden Fall auch ein Vorteil. Und auch, viele unserer Kinder sind interessiert nicht primär an der Sprache zum Beispiel, sondern eher an der Sprachmelodie, und das können wir als Musiktherapeutinnen super verwenden. Manche finden dann auch zur Sprache und zu einzelnen Worten durch Musik. Da kann ich auch kurz ein Beispiel anführen, auch gestern, weil es mir gerade einfällt, ich hatte einen Burschen, ich glaube wir haben Seifenblasen da gerade gemacht, ich hab ihm dann vorgesungen – genau, er bläst da so vor sich hin, und er erfasst Lieder sehr schnell und beobachtet mich auch ganz genau, aber so Worte kann er noch wenig. Und dann habe ich irgendeine Melodie gesungen mit *noch einmal*. Und er schaut so, und dann haben wir das noch einmal gemacht, und dann hat er es immer nachgesungen. Das ist natürlich wieder ganz ein tolles Beispiel, das ist nicht immer so, aber das ist auch etwas das man so als Wirkfaktor beschreiben könnte. Aber es verbindet, es hemmt das Angstzentrum, es schüttet Dopamin aus, was uns bindet, es ist ein nonverbales Medium, jeder kann es gebrauchen, und noch dazu ist es so toll, Musik hört man nicht nur, sondern man spürt sie auch, also man kann sie sehen. Also da ist schon automatisch die intermodale Verknüpfung da. Also wenn ich zum Beispiel denke, Saiteninstrumente finden die Kinder auch total toll, weil sie hören es, dann schwingt die Saite, und dann wenn sie drauf greifen, spüren sie es auch noch. Und wenn sie dann auch noch in der Klangwiege sind, dann werden sie auch noch gewiegt – gewogen? Also, alle Sinnesindrücke werden auf einmal so eins, und das ist ein ganz tolles Medium, was die Musik eben bietet. Das fällt mir jetzt so spontan ein.

EK: Super, okay. Dann würde ich, im Anbetracht der Zeit, auch noch zur letzten Frage übergehen, da haben Sie eh auch schon Schumacher zum Beispiel genannt. Und zwar, welche theoretischen Konzepte sind so die Basis für die Musik oder die Interventionen, auch wenn das jetzt nicht spezifisch Musik ist, die Sie in der Therapie anwenden? Also worauf stützen Sie sich da?

KZ: Ja, mittlerweile sind es ganz ganz viele verschiedene Konzepte, wo ich immer wieder auch Fortbildungen gemacht habe und wo ich so meine Sachen raus klaube. Das ist sicher von Musiktherapeutin zu Musiktherapeutin ganz unterschiedlich, und trotzdem kann es sein, dass wir sehr ähnlich arbeiten. Mein Background ist, dass ich in Krems studiert habe, und da ist so der ganzheitliche und biosoziale Ansatz so ganz wichtig. Und das ist sicher etwas, das ich immer mitbedenke, also dass ich versuche, auch so die Fälle möglichst ganzheitlich und auch systemisch anzuschauen. Also, dass ich sowohl bedenke, was passiert körperlich, was passiert auf psychischer Seite, was passiert aber auch in der Familie, was kriegt die Familie mit, wie schaut es im Kindergarten aus, und dass ich da versuche – ganzheitlich klingt dann immer so alternativ, aber schon so. Dann, ich bin eigentlich auch Sozialpädagogin, also vom Grundstudium her bin ich

Sozialpädagogin, dann habe ich Musiktherapie studiert, da nehme ich auch sehr viel davon mit, also auch der pädagogische Ansatz. Was hier auch sehr hilfreich ist, weil wir sind ja auch im Hausbesuch, und da haben die Eltern oft ganz praktische Fragen. Zum Beispiel, das Essen ist so schwierig, er bleibt nicht sitzen, er schmeißt mit dem Essen, oder im Zug, das funktioniert überhaupt nicht, er läuft immer herum, er schlägt andere Kinder, und so weiter. Und da kann ich dann auch gut beraten. Das Sozialpädagogische nehme ich auch in die Arbeit mit, weil manchmal sind halt auch pädagogische Aspekte wichtig. Und ich mache auch nicht immer Musik, es ist manchmal auch so, dass wir am Tisch sitzen und puzzeln, weil das auch wichtige Förderziele sind, und die greife ich auch auf. Aber trotzdem glaube ich auch, dass der musiktherapeutische Aspekt immer dabei ist, weil ich dann zum Beispiel das Tun musikalisch begleite. Oder auch die Töne, die es macht, aufgreife. Also trotzdem, Musik ist halt dabei. Dann die Ausbildung von Schumacher, die habe ich eh auch vor Kurzem jetzt erst gemacht, aber eigentlich fließt sie schon länger mit ein, weil ich schon die Bücher gelesen habe. Jetzt habe ich erst das letzte halbe Jahr die Ausbildung gemacht, und das ist echt sehr sehr sehr hilfreich. Das finde ich jetzt eine richtig tolle Ausbildung. Weil man dann endlich mal weiß – also eigentlich arbeite ich immer schon so, aber ich konnte es nicht so gut begründen gegenüber anderen Berufsgruppen und gegenüber Eltern, und ich war mir dann auch oft nicht sicher, macht das überhaupt Sinn, was ich mache? Aber ja, es funktioniert, also manchmal funktioniert es auch nicht, aber grundsätzlich wird es schon passen, wie ich es mache, und jetzt habe ich die Ausbildung – also, ich habe erst nächste Woche die Abschlussprüfung. Aber prinzipiell weiß ich, ja, es gibt eine Begründung, ich weiß es aus entwicklungspsychologischer Sicht, ich weiß es aus musikalischer Sicht, was ich mache, ich kann es besser beschreiben, und von daher macht das schon Sinn. Dann hab ich eine Fortbildung gemacht, wo es um frühe Interaktions- und Kommunikationsaspekte geht. Manches finde ich richtig cool, weil da geht es auch sehr um den Körper und die Wahrnehmungsthemen, und da hatte ich einfach auch noch wenig Ahnung, weil als Musiktherapeutin lernt man dazu schon viel, also auch was die verschiedenen Sinnesreize sind. Dann fand ich etwas weniger cool, weil die Therapeutin sehr schnell arbeitet, und bin eher das Gegenteil, also ich setze schon einen Input, aber dann schau ich und warte mal, was vom Kind kommt. TEACCH ist sicher auch etwas, was immer wieder mal mitspielt, weil unterstützte Kommunikation ist auch ein Teil von meiner Arbeit, nicht immer aber immer öfter, und da biete ich den Kindern auch verschiedene Bilder an. Sie können dann auswählen, was wir machen, oder damit sie die Möglichkeit haben, mit mir zu kommunizieren. Ja, dann bin ich in der Elternarbeit mit Videoanalyse, da gibt es dann Marte Meo, da gibt es so viele Sachen, die ich ein bisschen verwende, aber ich glaube, das wichtigste ist sicher Schumacher, also EBQ – das ist ja eigentlich kein – es gibt mir ja nicht vor, wie ich zu arbeiten habe, das ist ja das Tolle an EBQ. Sondern es hilft mir, es nur gut einzuschätzen und es zu begründen. Das heißt, ich kann eigentlich auch machen, was ich will, und das macht ja auch Sinn, aber es hilft uns halt, das einzuschätzen, was los ist. Ja, aber es gibt da richtig viele Konzepte. Bei mir ist es aber auf jeden Fall, ich arbeite generell mit beziehungsorientierten Methoden. Üben ist natürlich auch ein Thema, aber dieses ganz strenge Üben ist halt gar nicht das, was ich mache, sondern bei mir ist es beziehungsorientiert. Es geht darum, dass wir uns kennenlernen, dass wir uns treffen, in Kontakt gehen, und dann ist viel möglich, glaube ich.

EK: Okay, ja super! Da haben Sie mir einen sehr guten Einblick in speziell Ihre Arbeit gegeben. Ich glaube, da kann ich viel Gutes mitnehmen. Vielen Dank dafür. Als abschließende Frage nur noch, möchten Sie mir noch irgendetwas sagen, was bis jetzt noch nicht aufgekommen ist, was Sie glaube, dass für mich wichtig sein könnte?

KZ: Ich glaube nicht, mir fällt jetzt nichts mehr ein.

EK: Super, dann danke ich Ihnen sehr herzlich für Ihre Zeit!

C. Fragebögen

Im Folgenden werden die schriftlichen Antworten des Fragebogens gelistet. Zwei der Personen haben im Rahmen der Online-Umfrage entschieden, anonym zu bleiben, und werden im Folgenden als Person A und Person B bezeichnet. Alle anderen Personen haben die Erlaubnis erteilt, namentlich genannt zu werden. Die vier Fragen des Fragebogens werden als Frage 1 bis 4 bezeichnet. Der exakte Wortlaut wird in Kapitel 7.1.2. wiedergegeben.

Person A (Online-Umfrage)

Frage 1: Struktur im Sinne von klarer therapeutischer Haltung und Ablauf einer Therapiestunde, leistungsfreier Raum, kein Forcieren von Blickkontakt, Stärkung von Selbsterleben durch Interventionen wie z.B. musikalische Vertonung und Verstärkung von Handlungen

Frage 2: Unterstützung von Selbsterleben sowie Verstärkung und Regulation von Affekten durch musikalische Interventionen (mit jeglichem Instrument möglich), (gemeinsame und unterstützte) Exploration der Instrumente

Frage 3: nonverbales Medium, Ausdruck von Affekten und Erleben möglich ohne Bewertung, Musik ist etwas Flüchtiges, auch ein drittes "Objekt" im Raum bzw. "dazwischen" im Sinne von behutsamerem Nähern an einen Menschen (anstelle von direkter Sprache z.B.)

Frage 4: EBQ - ein Tool zur "Einschätzung der Beziehungsqualität" nach Schumacher et al., das dem:der Therapeut:in das grundlegende Wissen gibt, in welcher Ebene der Beziehungsfähigkeit der jeweilige Mensch mit ASS gerade ist und in welcher Form dann interveniert werden kann / soll

Person B (Online-Umfrage)

Frage 1: (Frei)raum geben, fixe Rituale, vielfältiges Instrumentarium, Balance zwischen Kontaktangeboten und Momenten es für-sich-seins schaffen

Frage 2: Rhythmus und Puls

Frage 3: Förderung in der (non)verbalen Interaktionsfähigkeit, Selbstregulation, Selbstwirksamkeit, einfach Angenommen sein so wie man ist, Kreativität ausleben

Frage 4: Bindungstheorie nach Bowlby, EBQ nach Karin Schumacher

Agnes Burghardt-Distl (Online-Umfrage)

Frage 1: vor allem bei kleinen Kindern: der Einbezug der Bezugspersonen in das therapeutische Arbeiten. Fokus auf Ressourcen!!! Steigerung der Lebensqualität muss im Fokus sein. Erkennen, wie die Bereitschaft zum Kontakt und Interaktion des Gegenübers ist und dadurch die richtigen Interventionen planen (z.B. kein Erwarten eines Dialogs, wenn das Gegenüber noch nicht fähig dazu ist)

Frage 2: bei Kindern: (Lieblings-)Lieder, stimmliche Improvisation. Genaue Abstimmung der eigenen Improvisation auf Bewegungen, Äußerungen etc. des Gegenübers. Einhüllende Klänge bei Kontaktverweigerung,...

Frage 3: In der Ressourcenaktivierung - vor allem auch für die Eltern-Kind-Interaktion! Einen positiven Blick auf das eigene (autistische) Kind zu ermöglichen. Den autistischen Menschen eine Ausdrucksmöglichkeit zu geben, da wo noch keine Sprache möglich. Patienten ein Gefühl des Angenommen-Seins und Akzeptiert-Seins zu geben - z.B. mit einem Lied, das ihr "So-Sein" ausdrückt, ohne einen Dialog zu erwarten,...

Frage 4: Bei mir hauptsächlich das EBQ (Instrument zur Einschätzung der Beziehungsqualität), aber auch einige Familien-orientierten Konzepte wie etwa von Grace Thompson, aber auch nicht-musiktherapeutische Konzepte wie Floor-Time oder das ESDM-Modell

Nina Edtinger (Online-Umfrage)

Frage 1: Die Haltung: dem Kind auf der jeweilig passenden Entwicklungsebene zu begegnen um Freude an Kontakt und Miteinander zu fördern. Außerdem: Synchronisationsprozesse. Das heißt, vor allem bei schwer betroffenen Kindern, ist es oft erst nur über musikalische Imitation und Vertonung ihrer Bewegungen und stimmlichen Äußerungen möglich Kontakt zu schaffen

Frage 2: Ich beziehe mich wieder auf die Arbeit mit schwer betroffenen, nonverbalen Kindern (mit denen ich hauptsächlich arbeite): Einfacher Rhythmus; Dynamik: z. B. beim vertonen von Bewegungen; Einfache Melodien, die die Äußerungen des Kindes imitieren; Auch sensorische Elemente der Instrumente spielen eine große Rolle (explorieren mit allen Sinnen)

Frage 3: Durch die Eigenschaften der Musik wird ein Kontakt- und beziehungserleben geschaffen, das sonst mit dieser Zielgruppe so nicht möglich ist. Außerdem hat Musik (z. B. auch bekannte Lieder) einen hohen Aufforderungscharakter. Den Kindern gelingt es besser ihre Aufmerksamkeit zu halten

Frage 4: Ebq von Karin Schuhmacher, Einflüsse von dir floor time

Agnes Kolar-Borsky (Antwort per E-Mail)

Frage 1: Die wertschätzende Atmosphäre, ein bedingungsloses Annehmen des Menschen mit all seinen individuellen Stimm-Mechanismen. Ein Signalisieren "du bist in Ordnung, so wie du bist". Im Alltag erleben Menschen mit Autismus oft, dass sie sich anpassen haben, dass sie sich ändern müssen. So erlebe ich es in meiner anderen Rolle als Pädagogin. Insofern umso wichtiger - ein Freiraum, in dem erlebt werden darf, dass die eigene Individualität Raum hat, sein darf, okay ist.

Frage 2: Wiederholungen (Ostinati), Klarheit in der Melodie, Elemente, die Sicherheit schaffen aber die auch der Vehemenz von innerer Spannung gerecht werden....

Frage 3: In der Möglichkeit, nonverbalen Ausdruck zu nutzen, einen Ausdruck, der auch innere Spannung hörbar macht... Und durch das Verbindende in der Musik, das es ermöglicht, Kontakt zu erleben zu anderen Menschen auf eine Art, die unverfänglich ist und eben keiner Sprache bedarf und keine sozialen Normen voraussetzt.

Frage 4: Ich habe die EBQ Ausbildung gemacht, finde aber dass es vor allem die intuitive Intelligenz braucht um Atmosphären, Stimmungen, Emotionen hörbar zu machen und (mit) zu teilen. Es ist weniger eine Wahl von Musik oder Intervention, sondern ein Geschehen-Lassen. Also keine intellektuelle, sondern eine intuitive Entscheidung. Im Nachhinein wird sie dann in der Reflexion intellektuell erfasst.

Alena Pichler (Antwort per E-Mail)

Frage 1: Viel Feingefühl, Geduld und Flexibilität seitens der Therapeutin, da jeder Mensch ganz individuell ist und sich in seinem eigenen Tempo entwickelt bzw. seinen eigenen Prozess durchläuft. Es ist hilfreich vor der Therapieeinheit eine Grundidee zu haben, wie die Stunde ablaufen wird, aber meiner Erfahrung nach ist es in der Musiktherapie von Bedeutung sich auf den Moment einzulassen und offen zu bleiben für die momentanen Bedürfnisse der Klient*innen, welche sich dann auch auf die Langzeitziele positiv auswirken.

Frage 2: Ich denke, besonders für Menschen mit ASS sind Struktur, Rituale und Wiederholungen sehr wichtig. Deshalb führe ich bei fast allen Klient*innen Anfangs- und Schlussrituale ein, welche sich jedoch sehr individuell gestalten. Das kann ein bestimmtes Lieblingslied sein, was zusammen gesungen/angehört wird, ein Bewegungstanz, ein selbst erfundenes Lied, ein Spiel oder einfach zusammen auf einem bestimmten Instrument zu spielen, welches Sicherheit und Vertrauen vermittelt. Des Weiteren ist es von Bedeutung, auf die Bedürfnisse von Reizen der Klient*innen einzugehen und Rücksicht zu nehmen. Für manche kann es nicht laut genug sein, andere sind sehr lärmempfindlich. Genauso ist es auch bei Berührungen - manche brauchen viel körperliche Reize, wo auch viel sensorische Inputs zum Einsatz kommen und die Instrumente teilweise auch auf den Körper gelegt werden, für andere steht der Klang eines Instrumentes im Fokus.

Frage 3: Das Schöne an der Musik ist, dass es keine Sprache benötigt, um miteinander kommunizieren zu können. Sie kann so vielfältig zum Einsatz kommen - man kann zusammen/abwechselnd auf Instrumenten spielen, für den anderen spielen, singen, sich zur Musik bewegen, Lieder selbst komponieren oder einfach zusammen Musik hören. Es kann über den Inhalt (Melodie, Text) der Musik gesprochen und reflektiert werden und so ein Zugang zu der Gefühlswelt geschaffen werden. Sie kann aktivierend, aber auch zur Entspannung eingesetzt werden.

Frage 4: Ich persönlich arbeite ziemlich frei und nicht nach einem bestimmten Konzept. Ich empfinde es als wichtig, auf die momentanen Bedürfnisse der Klient*innen einzugehen und nicht nur die Langzeitziele strikt zu verfolgen. Ich denke, nur so kann Beziehung und Vertrauen entstehen. Für die Strukturierung der Stunden und um den Klient*innen trotzdem einen vorhersehbaren Rahmen zu schaffen, nutze ich Strukturierungshilfen vom TEACCH-Modell und unterstützte Kommunikation in Form von Bildkarten. Um die Entwicklung der Beziehungsfähigkeit besser einschätzen zu können, setze ich oft Elemente des EBQ-Instruments von Karin Schumacher ein. Ansonsten ist es mir wichtig den Fokus auf die bereits vorhandenen Ressourcen zu legen und nicht die Diagnose in den Vordergrund zu stellen, um so das Selbstvertrauen zu stärken.

Maria Riemer (Antwort per E-Mail)

Frage 1: Die genaue Beobachtung! Wo steht die Person in ihrer Entwicklung, was sind Ressourcen, wo gibt es Wahrnehmungsbesonderheiten die sich auf das Musikspiel auswirken (z.B. Sensibilitäten bei bestimmten Geräuschen). Es ist wichtig, Feinzeichen im Ausdruck zu erkennen - z.B. wann gerät eine Person in Spannung oder in welchen Momenten scheine ich sie mit meiner Musik wirklich zu erreichen und es entsteht (Blick)-kontakt.

Es ist außerdem von besonderer Bedeutung, immer gut auf Nähe- und Distanzbedürfnisse zu achten und diese zu respektieren bzw. nach entstandenen Kontaktmomenten auch eine Pause zu ermöglichen, um das Erlebte verarbeiten und integrieren zu können. Wenn zu schnell zu viel verlangt wird (v.a. Kontakt), kann das eine Überforderung darstellen.

Frage 2: Alle Elemente sind von Bedeutung, es kommt darauf an, wie sie eingesetzt werden. Als erstes steht immer die Beobachtung: was macht die Person: welche Handlung oder Bewegung, welcher Affekt ist im Raum,... Dann kommt die Überlegung: was will ich mit der Musik erreichen (z.B. will ich die Selbstwahrnehmung stärken oder will ich gemeinsamen Kontakt gestalten) - dann wähle ich ein Instrument bzw. meine Stimme, begleite die Person in ihrem Tun oder beantworte sie. Manchmal steht der Rhythmus im Vordergrund: wenn ich z.B. eine Bewegung unterstützend begleiten will. Manchmal erfinde ich ein gesungenes Lied (Melodie und Form sind hier wichtig) um eine autonome Handlung zu besingen und so die Eigenwahrnehmung und das Gefühl von Selbstwirksamkeit zu stärken. Dann wieder ist v.a. die Dynamik entscheidend wenn ich einen Affektausdruck regulieren will. Alle Interventionen werden gestaltet durch die Form - wie z.B. eine einfache Melodie, ein klarer Rhythmus, Wiederholungen, die Länge des musikalischen Angebotes,... Das Wichtigste daran ist, dass die autistische Person die Musik mit sich in Verbindung bringt und dass sie sich selbst einbringen und etwas bewirken kann.

Frage 3:

- Musik erreicht jeden, egal wo er in seiner Entwicklung steht.
- Musik verhilft verschiedene Sinne zu stimulieren und zu verknüpfen (Förderung Selbstwahrnehmung und zentrale Kohärenz)
- musikalische Formen haben eine charakteristische Struktur und sind wiederholbar: daher befriedigen sie das Bedürfnis nach Ordnung, Sicherheit und Vorhersagbarkeit und ermöglichen, das Erlebte mitzuvollziehen und mitzugestalten.
- Musik ist spielerisch und einladend: die autistische Person kann selbst aktiv werden, kann mit ihren Ideen eingebunden werden - Impulse werden aufgegriffen und verstärkt und fördern somit die Eigeninitiative.
- Musik ermöglicht auch ein passives Dabeisein - durch Musik berührt, innerlich bewegt oder angeregt werden ohne selbst aktiv etwas machen zu müssen.
- Musik ermöglicht einen Kontakt über die Distanz hinweg: man muss nicht körperlich in Kontakt sein. Resonanz entsteht: man fühlt sich gehört/ gemeint/ verstanden und angenommen
- Musik ermöglicht Kontakt und Beziehungsgestaltung ganz ohne Sprache: v.a. für autistische Personen ist sprachliche Interaktion schwierig - Musik ist für sie einfacher.

- Manche Menschen im autistischen Spektrum können Musik besser hören bzw. wahrnehmen als Sprache (reagieren nicht auf Ansprache, aber auf Gesang)
- Musik gibt Sinn (z.B. wird einer vermeintlich sinnlosen Stereotypie Gestalt und Bedeutung gegeben)
- Musik hilft durch Rhythmus, Klang, Dynamik und Form Affekte als eigene wahrzunehmen, sie auszudrücken, mit jemandem zu teilen und zu regulieren.

Frage 4: Ich arbeite mit autistischen Kindern zum Einen nach Konzepten der schöpferischen Musiktherapie (nach Nordoff und Robbins) in denen es darum geht, den Ausdruck des Kindes in die eigene Musik aufzunehmen, diesen zu gestalten und zu erweitern um die Selbstwahrnehmung und Selbstwirksamkeit der Person zu stärken bzw. Kontaktmomente zu ermöglichen. Vor allem aber basiert meine therapeutische Arbeit mit autistischen Kindern auf dem Konzept der entwicklungspsychologisch orientierten Musiktherapie nach Schumacher, Calvet und Reimer: je nachdem auf welcher emotionalen Entwicklungsstufe (bzw. Entwicklungsstufe nach dem Selbstkonzept von Stern) die autistische Person sich befindet, wird die Intervention und auch das musikalische Angebot (egal ob instrumental oder vokal) gewählt.

Es geht darum, die Qualität der Beziehung einzuschätzen - inwiefern nimmt die Person sich selbst oder auch das Gegenüber wahr, wie geht sie in Beziehung - die Musik dient dann je nachdem, wo die Person gerade steht, der Selbstwahrnehmung (Körperwahrnehmung, Emotionswahrnehmung und Affektregulierung, Wahrnehmung und Stärkung der Selbstwirksamkeit), der Fremdwahrnehmung oder der Gestaltung der geteilten Momente/ der Beziehung.

D. Abstracts

[DE] Im Rahmen dieser Arbeit wird Musiktherapie für Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen vor allem in Hinblick auf Synchronisation näher beleuchtet. Synchronisation ist ein zentrales Konzept der Kontaktaufnahme und Grundlage für Beziehung im entwicklungspsychologischen Ansatz nach Karin Schumacher. Die Arbeit beschäftigt sich mit den Fragen nach den Anknüpfungspunkten zwischen Autismus und Musik(-therapie), der Bedeutung und Ausprägung von Synchronisation in der Musiktherapie für autistische Kinder, und den musikalischen Elementen, die in Musiktherapie für Autismus zum Einsatz kommen. Methodisch wird dazu zuerst ein historischer Überblick und ein theoretischer Einblick durch Literaturrecherche gegeben, die eine diagnostische Näherung zu Autismus-Spektrum-Störungen und der Relevanz von Musiktherapie erlauben. Anschließend wird das Therapiekonzept nach Schumacher eingehend beleuchtet und mittels Filmanalyse das Konzept Synchronisation an Beispielen aus der Praxis veranschaulicht. Zuletzt werden in Form von Interviews und Fragebögen Expert:innenmeinungen von Musiktherapeut:innen zu offen gebliebenen Fragen eingeholt, die sich vor allem mit der eigentlichen Musik in der Musiktherapie beschäftigen. So wird gezeigt, dass Synchronisation im Kontext der beziehungsorientierten Musiktherapie die Funktion der Kontaktaufnahme und des Erhalts der Beziehung übernehmen kann.

[EN] In this thesis, the focus lies on music therapy for children with autism spectrum disorder with specific regard to synchronization. As a concept, synchronization has a central role when it comes to establishing contact within the framework of Karin Schumacher's development-psychological approach. The research questions are as follows: What links autism and music (therapy)? How meaningful and is synchronization in music therapy for children with autism and how does it manifest? What are the musical elements used in this type of music therapy? The methodological approach includes a historic overview and theoretical introduction based on literature reviews, which allow an approach to clinical and diagnostic relevant aspects of autism spectrum disorders and music therapy, as well as an in-depth exploration of Karin Schumacher's therapeutic concept. A film analysis illustrates synchronization on the basis of practical case examples. Finally, music therapists answer remaining questions about the actual music used in music therapy in the form of interviews and questionnaires. This shows that in the framework of relational music therapy, synchronization can aid in establishing contact and maintaining relationships.