

# Heilkraft der Sprache und Kulturarbeit

Internetzeitschrift für Poesie- & Bibliothherapie,  
Kreatives Schreiben, Schreibwerkstätten, Biographiearbeit,  
Kreativitätstherapien, Kulturprojekte

Begründet 2015 von *Ilse Orth* und *Hilarion Petzold* und  
herausgegeben mit *Elisabeth Klemptauer*, *Brigitte Leeser* und *Chae Yonsuk*

für das

„Deutsches Institut für Poesietherapie, Bibliothherapie, Sprachkultur  
und literarische Werkstätten“

an der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien  
und Kreativitätsförderung“ (EAG) in Verbindung mit der

„Deutschsprachigen Gesellschaft für Poesie- und Bibliothherapie“ (DGPB)

Thematische Felder:

Poesietherapie – Poesie – Poetologie

Bibliothherapie – Literatur

Kreatives Schreiben – Schreibwerkstätten

Biographiearbeit – Narratologie

Narrative Psychotherapie – Kulturarbeit

Intermethodische und Intermediale Arbeit

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper, Hückeswagen  
Heilkraft Sprache ISSN 2511-2767

Ausgabe 07/2019

**Förderung von Relationalität und Kommunikation -  
Integrative musiktherapeutische Förderung  
eines Jungen mit dem Störungsbild  
„Frühkindlicher Autismus“**

*Elsbeth Husheer* \*

---

\* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper. Mail: [forschung@integrativ.eag-fpi.de](mailto:forschung@integrativ.eag-fpi.de), oder: [info@eag-fpi.de](mailto:info@eag-fpi.de), Information: <http://www.eag-fpi.com>). Teilnehmerin der EAG-Weiterbildung „Musiktherapie im integrativen Verfahren“

## Inhaltsverzeichnis:

<b>1. Einleitung</b> .....	4
<b>2. Zum Störungsbild „Frühkindlicher Autismus“</b> .....	6
2.1. Frühkindlicher Autismus auf der phänomenologischen Ebene	6
2.2. Neurobiologische Hypothesen zur Entstehung des frühkindlichen Autismus .....	6
2.3. Frühkindlicher Autismus als Entwicklung unter der Bedingung der Isolation .....	8
2.4. Frühkindlicher Autismus und Verhaltensauffälligkeiten .....	9
<b>3. Integrative Therapie und das Störungsbild „Frühkindlicher Autismus“</b>	10
3.1. Grundsätzliche Erwägungen .....	10
3.2. Frühkindlicher Autismus, betrachtet unter einigen Aspekten der Integrativen Therapie .....	11
3.2.1. Relationalität und frühkindlicher Autismus .....	11
3.2.2. Persönlichkeits-Entwicklung und frühkindlicher Autismus	12
3.2.3. Informierter Leib, Komplexes Lernen und frühkindlicher Autismus .....	13
3.3. Forderungen an Integrative Therapie mit Kindern mit frühkindlichem Autismus .....	15
3.4. Integrative Musiktherapie mit Kindern mit frühkindlichem Autismus .....	15
<b>4. Dokumentation des therapeutischen Prozesses mit einem Jungen mit dem Störungsbild „Frühkindlicher Autismus“</b> .....	16
4.1. Personelle und institutionelle Rahmenbedingungen .....	16
4.2. Biographische Anamnese .....	16
4.3. Diagnostik .....	17
4.3.1. Problem- und Konfliktanalyse .....	17
4.3.2. Leibfunktionsanalyse .....	18
4.3.3. Kontinuums-Analyse .....	19
4.3.4. Ressourcen-Analyse .....	20
4.3.5. Interaktions-Analyse .....	20
4.4. Ätiologische Überlegungen .....	21
4.4.1. Pathogenese .....	21
4.4.2. Protektive Faktoren .....	22
4.4.3. Ziele der Therapie .....	23
4.5. Therapie-Planung .....	24
4.5.1. Wege der Heilung und Förderung .....	24
4.5.2. Modalitäten .....	24
4.5.3. Zum Tragen kommende Heilfaktoren .....	25

4.5.4. Therapeutische Funktionen der Musik .....	26
<b>5. Verlauf der musiktherapeutischen Förderung.....</b>	<b>27</b>
5.1. Setting .....	27
5.2. Phasen der Therapie und exemplarische Stunden.....	27
5.3. Elternarbeit .....	36
<b>6. Entwicklung des Klienten im Verlauf der Therapie .....</b>	<b>37</b>
<b>7. Erfahrungen der Therapeutin im Verlauf der Therapie .....</b>	<b>39</b>
<b>8. Fazit und Ausblick .....</b>	<b>42</b>
<b>9. Zusammenfassung .....</b>	<b>44</b>
<b>10. Literatur .....</b>	<b>45</b>

Die Daten dieser Graduierungsarbeit wurden insgesamt anonymisiert. Die Veröffentlichung dieser anonymisierten Arbeit erfolgt mit Zustimmung der Eltern des Klienten.

## 1. Einleitung

Als Sonderschul- und Musiklehrerin arbeite ich seit 1999 mit Kindern und Jugendlichen mit dem Störungsbild „Frühkindlicher Autismus“. Das Thema „Autismus“ ist mir erstmals in meinem Behindertenpädagogik-Studium an der Universität Bremen (1990 – 96) begegnet. In Seminaren der Professoren G. Feuser und W. Jantzen, Vertretern der materialistischen Behindertenpädagogik, wurden in Theorie und Praxis Grundlagen zum Verständnis des frühkindlichen Autismus und der pädagogischen und therapeutischen Förderung autistischer Kinder vermittelt. Besonders beeindruckt hat mich dabei der Denkansatz, dass auch schwerste Verhaltensauffälligkeiten autistischer Kinder und Jugendlicher als sinnvolles Realisieren menschlicher Lebenstätigkeit, Lebenserhaltung und Bezugnahme auf die Umwelt unter ganz bestimmten neurobiologischen Voraussetzungen und Lernbedingungen betrachtet wurden. An erster Stelle wurde die Bedeutung der Beziehung herausgestellt, um die auf der Grundlage der Störung entstandenen isolierenden Bedingungen zu überwinden und Sinn stiftende Beziehungen und Bindung an andere Menschen zu ermöglichen. Aufgrund der Auseinandersetzung mit diesen Thesen habe ich meine schriftliche Hausarbeit zum 1. Staatsexamen zum Thema „Frühkindlicher Autismus – eine Betrachtung unter Aspekten der *Selbstorganisation*“ (1995) geschrieben.

Nach meinem 2. Staatsexamen wurde ich unter anderem aufgrund dieser Arbeit in Sonderklassen für autistische Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und schweren Verhaltensauffälligkeiten eingesetzt. Dort wurde mit autistischen Schülern im „Bremer Projekt“, begründet von R. Cordes (1983), nach verhaltenstherapeutischen Grundsätzen gearbeitet, um kognitive Entwicklung zu ermöglichen und Verhaltensauffälligkeiten zu bewältigen. Bei der Arbeit mit meinen Schülern hatte ich aber gleichzeitig Gelegenheit, immer wieder von neuem die Bedeutung des Beziehungsaufbaus und der gelingenden Kommunikation als Grundlage für jede Entwicklung und jedes Lernen dieser Kinder und Jugendlichen zu erleben.

Um mir in dieser Hinsicht neue Kompetenzen und Herangehensmöglichkeiten zu erschließen, habe ich 2003 begonnen, mich berufsbegleitend an der EAG/FPI in Integrativer Musiktherapie weiterzubilden. Musiktherapie hat sich für mich angeboten, da ich selbst Musikerin bin und in der Arbeit vor allem mit nicht sprechenden autistischen Kindern oft die Bedeutung von nonverbalen Kommunikations- und Begegnungsmöglichkeiten erfahren habe. Für die *Integrative* Musiktherapie habe ich mich entschieden, da mir nach Beschäftigung mit den Grundlagen der Integrativen Therapie deutlich wurde, dass das ein Verfahren ist, in dem, ähnlich wie in meiner behindertenpädagogischen Ausbildung, der Mensch grundsätzlich als soziales Wesen betrachtet und Ko-responzenz-Prozesse und Relationalität als Grundlagen des Mensch-Seins betrachtet werden.

Nach 5 Jahren in Sonderklassen für schwer verhaltensauffällige Autisten arbeite ich seit 2004 in Klassen eines Förderzentrums für Wahrnehmung und Entwicklung (ehemals Schule für Geistig-Behinderte). Ich berate und unterstütze LehrerInnen und pädagogische Assistenzen, die autistische Kinder in ihre Klassen haben. Außerdem unterstütze ich einzelne autistische Kinder, die sonst nicht gruppenfähig wären, bei ihrer Einbindung in die Lerngruppen und erstelle Förderpläne und Unterrichtsmaterialien für sie. Seit meiner Weiterbildung beziehe ich musiktherapeutische Elemente in

meinen Unterricht mit autistischen Kindern und Jugendlichen ein. Seit Mai 2008 arbeite ich außerhalb der Schule musiktherapeutisch mit einem autistischen Jungen. Die dabei gemachten Erfahrungen möchte ich in dieser Graduierungsarbeit darstellen und reflektieren.

Zunächst soll das Störungsbild „Frühkindlicher Autismus“ beschrieben und charakterisiert sowie mein Verständnis von dieser Störung dargelegt werden. Im nächsten Schritt soll untersucht werden, welchen Beitrag meiner Auffassung nach die Integrative Therapie zum Verständnis des frühkindlichen Autismus leisten kann und wie die Integrative Therapie generell und die Integrative Musiktherapie im Besonderen sinnvolle Herangehensweisen in der therapeutischen Arbeit mit autistischen Kindern ermöglichen. Anschließend soll die integrativ-musiktherapeutische Arbeit mit einem autistischen Jungen in Diagnostik, Therapieplanung und –verlauf (exemplarisch durch die Dokumentation einiger Therapiestunden) dargestellt werden. Schließlich werden die Entwicklung des Klienten diskutiert und eigene Erfahrungen im Verlauf des therapeutischen Prozesses reflektiert.

## **2. Zum Störungsbild „Frühkindlicher Autismus“**

### **2.1. Frühkindlicher Autismus auf der phänomenologischen Ebene**

Auf der Erscheinungsebene wird zum Störungsbild „Frühkindlicher Autismus“ in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD 10) unter F 84.0 festgestellt: „Eine tiefgreifende Entwicklungsstörung, die durch eine abnorme oder beeinträchtigte Entwicklung definiert ist und sich vor dem 3. Lebensjahr manifestiert; außerdem ist sie durch eine gestörte Funktionsfähigkeit in den drei folgenden Bereichen charakterisiert: In der sozialen Interaktion, der Kommunikation und in eingeschränktem repetitivem Verhalten. Die Störung tritt bei Jungen drei bis viermal häufiger auf als bei Mädchen.“ (Weltgesundheitsorganisation 2005, S. 282).

Autismus wird hier beschrieben als schwerwiegende Störung der kindlichen Entwicklung. In der Fachliteratur wird zunehmend der Begriff ‚Autismus-Spektrum-Störungen‘ (abk. ASS) benutzt, um zu verdeutlichen, dass ein Kontinuum von Symptomen und Schweregraden zu diesem Störungsbild gehört. „Der frühkindliche Autismus steht im Allgemeinen am äußersten Ende der Skala von Autismus-Spektrum-Störungen, da er in 75 bis 80 % der Fälle durch eine deutliche Intelligenzminderung gekennzeichnet ist.“ (Bernard-Opitz 2005, S. 19). Das heißt, dass mit Blick auf die kognitive Entwicklung häufig eine geistige Behinderung beobachtet wird. Die drei in der ICD 10 genannten Kardinalsymptome können auf der phänomenologischen Ebene folgendermaßen aussehen:

- gestörte soziale Interaktion: z.B. Fehlen von Blickkontakt, von Imitation und imaginativem Spiel
- gestörte Kommunikation: z. B. Fehlen von Zeigegeste, eingeschränktes Bild-Verständnis, fehlende aktive Sprache oder Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung wie Echolalien
- eingeschränktes, repetitives Verhalten: Stereotypien, Zwänge, spezielle Handlungsroutinen und Rituale; Spezialinteressen auf der Wahrnehmungsebene, z. B. Fixierung auf visuelle, auditive oder olfaktorische Eindrücke.

Bei allen autistischen Kindern und Jugendlichen, mit denen ich gearbeitet habe, waren diese Auffälligkeiten in jeweils unterschiedlicher Ausprägung und Kombination zu beobachten.

### **2.2. Neurobiologische Hypothesen zur Entstehung des frühkindlichen Autismus**

In der Fachliteratur wird davon ausgegangen, dass dem Erscheinungsbild des frühkindlichen Autismus hirnorganische Störungen zugrunde liegen. „Die Mehrzahl der Kinder mit ASS hat unspezifische hirnorganische Auffälligkeiten“ (Bernard-Opitz 2005, S. 20). „Zahlreiche Argumente sprechen für die Tatsache, dass dem Frühkindlichen Autismus eine organische Schädigung des Gehirns zugrunde liegt... auch die Häufigkeit epileptischer Anfälle beim Autismus spricht für das Vorliegen eines sol-

chen Defekts“ (Dzikowski 2000, S. 41) Welcher Art diese zerebralen Beeinträchtigungen sind, ist durch die Forschung noch nicht geklärt. Verschiedene Hypothesen werden diskutiert, für die hier nur beispielhaft einige wenige angeführt werden sollen:

„Aus der Sicht der Neuropathologie gibt es wachsendes Beweismaterial für eine Beteiligung des limbischen Systems, des Kleinhirns und der vorderen Großhirnrinde am Autismus. Aus der Arbeit von Margaret Bauman und Thomas Kemper (1994) scheint hervorzugehen, dass diese Abnormitäten sehr früh in der Entwicklung, auf der Zellebene auftreten“ (Wing 2007, S. 23).

Baron-Cohen formuliert in einem Interview der Zeitschrift „Gehirn und Geist“ auf die Frage „Ist die Hirnaktivität bei Autisten messbar verschieden von der normaler Menschen?“, „Ja. Zum Beispiel ist der mediale präfrontale Kortex bei Empathietests vermindert aktiv. Dieses Areal ist ein Teil eines größeren Netzwerks, zu dem auch der orbitofrontale Kortex, das vordere Cingulum und auch die Amygdala zählen. Manche nennen dieses Ensemble unser ‚soziales Gehirn‘, weil es vornehmlich bei Interaktion mit anderen aktiv wird. Es ist bei Autisten insgesamt weniger erregbar als beim Durchschnittsbürger“. (2008, S. 73).

Zunehmend werden Störungen im Bereich der Entwicklung der Spiegelneuronen mit Autismus-Spektrum-Störungen in Verbindung gebracht: „Obwohl die Spiegelsysteme angeboren sind und gewissermaßen zur Grundausstattung des Menschen gehören, arbeiten sie nicht bei jedem in der gleichen Weise. Bei Menschen mit Autismus scheinen sie unzureichend oder teilweise auch gar nicht zu funktionieren“ (Helbig-Hamelmann 2007, S. 34). Die grundsätzliche Bedeutung von Spiegelneuronen wird von Petzold folgendermaßen beschrieben: „Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungs-Verschänkungen, die im integrativen Ansatz in vieler Hinsicht als bedeutsam angesehen werden, ... sind offenbar an die Funktion von Spiegelneuronen gebunden“ (Petzold, H. G. 2002j, S. 23).

Viele der neurobiologischen Hypothesen gehen von einer noch nicht geklärten gestörten Verbindung zwischen verschiedenen Arealen des Gehirns aus, die sich auswirkt auf Wahrnehmungs- und Informationsverarbeitung. Der Bundesverband „Hilfe für das autistische Kind“ formuliert dazu folgende Aussagen: „Zahlreiche Untersuchungen autistischer Menschen haben ergeben, dass immer eine Störung in der Wahrnehmungsverarbeitung besteht. Das bedeutet, das Kind nimmt mit intakten Sinnesorganen die zahlreichen Reize aus der Umwelt zwar auf, kann sie aber nicht richtig einordnen und miteinander koordinieren. Die Reize, die auf den einzelnen Sinnesmodalitäten ankommen, werden nicht zu verständlichen Bedeutungsträgern und geben dem Kind somit keine Möglichkeit, sein Erleben und Verhalten zu organisieren und auf die Außenwelt einzustellen.... Eine Folge dieser Schwierigkeiten bei der Reizverarbeitung kann der Rückzug auf stereotype Verhaltensweisen sein, die das Kind in seiner Entwicklung allein nicht weiterbringen, weil sie immer nach dem gleichen Schema ablaufen und nur selten durch neue Erfahrungen ergänzt werden“ (Bundesverband „Hilfe für das autistische Kind“ 2002, S. 4). So gewinnen Wahrnehmungsreize an sich, unabhängig von ihrem gesellschaftlich definierten Bedeutungsgehalt, besondere Funktionen. „Für geistig behinderte Menschen ist ganz typisch, dass gerade intensive Reizqualitäten in ihrem Leben eine besondere Attraktion behalten. Da Wahrnehmungsreize in der üblichen Umgebung oft nicht in der erforderlichen Intensität vorfindbar sind, entwickeln geistig behinderte Menschen vielfach ei-

nen erstaunlichen Erfindungsgeist, wie sie sich solche Reizintensitäten und Reizpolaritäten zugänglich machen bzw. auch selbst zufügen können“ (Wernet 2003, S. 108). Was Wernet generell für geistig behinderte Menschen formuliert, gilt für autistische Menschen ganz besonders und kann auch das häufige Vorkommen von autoaggressiven Handlungsweisen begreifbar machen (s. auch 2.4.).

Frith leitet aus diesen Wahrnehmungs-Besonderheiten die These ab, dass autistische Kinder keine „zentrale Kohärenz“ (S. 126) aufgenommener Eindrücke herstellen können und zieht daraus folgende Schlussfolgerungen: „Es ist die Unfähigkeit, Information so zusammenzufassen, dass sie kohärente und bedeutungshaltige Vorstellungen ergibt. Die Veranlagung der Psyche, aus der Welt Sinn herauszulesen, ist gestört. Genau diese besondere Störung in der ‚Mechanik der Psyche‘ kann die wesentlichen Merkmale des Autismus erklären. Der Rest ist sekundär“ (Frith 1992, S. 202).

### **2.3. Frühkindlicher Autismus als Entwicklung unter der Bedingung der Isolation**

In der materialistischen Behindertenpädagogik, wie sie an der Universität Bremen von ca. 1975 – 2005 von den Professoren Jantzen und Feuser gelehrt wurde, wird als Folge der Schwierigkeit, aus der Welt Sinn herauszulesen, das Vorherrschen von *Isolation* als wesentliche Ausgangsbedingung der Entwicklung von Kindern mit frühkindlichem Autismus konstatiert. Diese Isolation wird einerseits durch die Einschränkungen in der Wahrnehmungsverarbeitung, andererseits durch die Reaktionen des Sozialisations-Umfeldes auf das Verhalten des autistischen Kindes hervorgebracht, so dass der Aufbau von Kommunikation, Beziehung und Sozialverhalten von Anfang an beeinträchtigt sind. Jantzen (1990) stellt fest, „...dass Autismus als *zentrale Wahrnehmungsstörung* verstanden werden muss, die im Rahmen der frühen Dialoge unter üblichen Bedingungen zur Isolation führt. Es kommt damit zu einer pathologischen basalen Integration von Sinn und Bedeutung im Körperselbstbild und später im psychischen Ich-Bild. Daraus resultieren die *Kardinalsymptome* der ‚extremen autistischen Abkapselung‘, d. h. der weitgehend eingeschränkten Fähigkeit zum sozialen Dialog, ... sowie des Bedürfnisses zur ‚zwanghaften Gleichhaltung der dinglichen Umwelt‘, d. h. der Bindung an unbelebte Objekte“ (S. 144). Bei der Entwicklung neuronaler und psychischer Strukturen unter isolierenden Bedingungen ist der affektive und kognitive Austausch mit anderen Menschen als wesentliches strukturbildendes Element eingeschränkt. „Um dennoch überleben und systemerhaltende Austauschprozesse realisieren zu können, bleibt einem Kind nur der Aufbau nicht kommunikativer funktioneller Systeme, mittels derer sich Affektivität und Kognition auf Bereiche beziehen, in denen Ordnungsbildung und Kategorisierung der Welt möglich ist“ (Husheer 1995, S. 41).

So wird einerseits bei Kindern mit Autismus-Spektrum-Störungen eine aufgrund von gestörter Wahrnehmungsverarbeitung entstandene Schwierigkeit, Kommunikation und soziale Interaktion eigenständig realisieren zu können, festgestellt. Gleichzeitig gilt aber für *alle* Menschen „eine Verfasstheit menschlicher Natur, die (1) von Anfang an nicht nur körperlich sondern zugleich psychisch und sozial ist, die (2) den Aufbau innerer Räume von Gedanken und Gefühlen beinhaltet, wie rudimentär diese zunächst auch sein mögen, Gedanken und Gefühle, die auf sozialen Austausch, auf



Bindung, Dialog, Kooperation, Sprache, Anteil an der Kultur zielen und durch diese entstehen und sich entwickeln“ (Jantzen 2009, S. 8). Feuser fordert, „zu erkennen, dass die zentrale Grundlage menschlicher Entwicklung die Entfaltung des gattungsspezifischen Dialogs ist, d. h. die Interaktion und Kommunikation des Menschen mit dem Menschen in kooperativen Handlungsfeldern eines Kollektivs“ (1991, S. 438). Genau das ist die Herausforderung, die sich Pädagogik und Therapie mit Kindern mit frühkindlichem Autismus stellt: unter Ausgangsbedingungen, die Kommunikation und Beziehung erschweren oder gar als kaum möglich erscheinen lassen, Wege des Kommunizierens und des Beziehungsaufbaus zu entwickeln. „Das verweist uns wieder auf die Gesamtpersönlichkeit des Menschen mit Autismus-Syndrom und darauf, dass er auf dem Hintergrund dessen, was wir heute über seine Entwicklungsstörung annehmen können, am dringlichsten bedarf

- reichhaltiger Lernangebote in regulären Lern- und Handlungsfeldern und
- Beziehungsangebote von hoher Qualität, Verlässlichkeit und Vorhersehbarkeit

um die Beziehungen zu den Mitmenschen kompetenter gestalten, den Alltag befriedigender bewältigen, aufmerksamer und konzentrierter lernen und am Unterricht teilnehmen, mit Anderen arbeiten und wohnen und das eigene Leben weitgehend selbstbestimmt führen zu können“ (Feuser 2001, S. 9).

Jantzen zieht das Fazit, „dass jeder Mensch einzigartig ist und sein Verhalten aus je seiner oder ihrer Lebenssituation ebenso historisch kontingent ist wie sinnvoll und systemhaft, ... dass Entwicklung und Lernen sich nur verknüpfen können, wenn emotionale Resonanz und dialogische Reziprozität als Basis menschlicher Koexistenz gegeben sind“ (2009, S. 20).

## **2.4. Frühkindlicher Autismus und Verhaltensauffälligkeiten**

Unter der Ausgangsbedingung der Isolation kommt es bei Kindern mit dem autistischen Störungsbild häufig zu von der Norm abweichenden Verhaltensweisen, z. B. zum von der ICD 10 als ein Kardinalsymptom beschriebenen eingeschränkten, repetitiven Verhalten (s.o.), darüber hinaus aber auch häufig zu aggressiven, autoaggressiven oder destruktiven Handlungen. Das große Problem, Emotionen zu kontrollieren, kann sich in heftigen Wutausbrüchen bei Frustration äußern. Wichtig ist, diese Verhaltensweisen als Selbstaussdruck unter isolierenden Bedingungen zu begreifen, z. B. in Situationen, in denen es dem autistischen Menschen nicht gelingt, mit seiner Umwelt zu kommunizieren und ihr Bedürfnisse oder Absichten zu vermitteln und es der Umwelt nicht gelingt, mit ihm in Beziehung zu treten oder seine Befindlichkeit zu verstehen. „Verhaltensauffälligkeiten sind als subjektiv sinnvoll anzusehen. Die Person macht eine Mitteilung über ihr Befinden“... „Die Person will mit ihrem auffälligen Verhalten Frustration ausdrücken, Anforderungen vermeiden, Überforderung anmelden, Zuwendung erhalten, Bedürfnisse durchsetzen, sich stimulieren, Andere um Hilfe rufen, Kontrolle gewinnen, sich selber bestrafen, Spannungen abführen, Schmerzen lindern, sich stabilisieren usw.“ (Rüegger 2004, S. 11). Selbststimulierendes und autoaggressives Verhalten können darüber hinaus den persönlichen Sinn haben, sich selbst in einer als unberechenbar und chaotisch erlebten Umwelt zu spüren und das Geschehen zu beeinflussen und zu kontrollieren. Feuser (1991) fordert, „was wir gelernt haben und gewohnt sind, an unseren Kindern, Schülern oder Klienten als ‚Abweichung‘ wahrzunehmen, als ein entwicklungslogisches Produkt zu erkennen,

das aus den für diesen Menschen gegebenen Bedingungen, mittels derer er sich als bio-psycho-soziale Einheit die Welt aneignet, resultiert“ (S. 438).

### **3. Integrative Therapie und das Störungsbild „Frühkindlicher Autismus“**

#### **3.1. Grundsätzliche Erwägungen**

Die Integrative Therapie macht zum autistischen Störungsbild keine Aussagen. Die Auseinandersetzung mit ihrer Metatheorie, vor allem mit den anthropologischen, erkenntnistheoretischen, ontologischen und ethischen Vorstellungen, sowie mit ihren realexplikativen Aussagen hat mir jedoch immer wieder geholfen, an meinem Verständnis von Kindern und Jugendlichen mit Autismus-Spektrum-Störungen zu arbeiten. Die Beschäftigung mit ihrer Praxeologie hat mir Anstöße gegeben, in der pädagogischen und therapeutischen Arbeit meine Herangehensweisen zu reflektieren und zu verändern. Gleichzeitig gibt es eine Reihe von Berührungspunkten zur materialistischen Behindertenpädagogik, wie sie in Bremen von Jantzen und Feuser entwickelt wurde und von der ich bei meiner Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit frühkindlichem Autismus ausgehe.

So gibt es zum ersten (wie oben beschrieben) Gemeinsamkeiten beim *Menschenbild* („der Mensch als „Körper-Seele-Geist-Wesen, verschränkt mit dem sozialen und ökologischen Kontext/Kontinuum“ (Petzold 1993, S. 495)). Zum zweiten wird in der *Erkenntnistheorie* der Integrativen Therapie eine hermeneutische, d. h. verstehende Herangehensweise verfolgt: Erkenntnisprozesse schreiten „vom Wahrnehmen zum Erfassen zum Verstehen zum Erklären ... voran als Prozesse zwischen Subjekt und Mitsubjekt in Kontext und Kontinuum“ (ebd., S. 489). In ähnlicher Weise fordern Jantzen und Feuser ein Untersuchen und Verstehen der „Entwicklungslogik“, die beobachtetem menschlichem Verhalten zugrunde liegt. Als wesentlichsten Berührungspunkt sehe ich den Stellenwert der *Relationalität* in beiden Ansätzen: Jantzen bezeichnet als Verfasstheit der menschlichen Natur, dass „alle Menschen als Grundvoraussetzung ihres Lebens auf soziale Beziehung, auf eine verlässlich erscheinende Welt, auf Zuwendung, Vertrauen, Anerkennung und Liebe angewiesen sind“ (2009, S. 8). Die Integrative Therapie betrachtet als ein zentrales Kernstück das Ko-respondenzmodell und formuliert „die ontologische Prämisse ‚Sein ist Mit-Sein‘ und das anthropologische Axiom ‚der Mensch als Mann und Frau gewinnt seine *Hominität*, sein Menschsein, als Mitmensch““ (Petzold 2002 a, S. 71).

Gerade der letzte Punkt hat besondere Bedeutung für die Arbeit mit autistischen Menschen. „Wir sind als Menschen mit der Potentialität für Begegnung ausgestattet. Begegnungsfähigkeit wird uns in diesem Sinne zwar als Mitgegebenes in die Wiege gelegt, aber sie muss entwickelt und entfaltet werden. Ungünstige Entwicklungsbedingungen führen zu Schädigungen auf der Ebene des Relationalen.“ (Petzold 1993, S. 1064). Bei Kindern mit dem Störungsbild „Frühkindlicher Autismus“ liegen solche ungünstigen Entwicklungsbedingungen vor. Das grundlegende Axiom der Integrativen Therapie, dass alles Sein Mit-Sein ist und die Feststellung „Der Mensch ist auf Mitmenschen gerichtet und wird Subjekt durch polylogische Intersubjektivität“ (Petzold 2002b, S. 37) gilt für das Mensch-Sein schlechthin und macht das Drama des autistischen Menschen deutlich: die Notwendigkeit, sich als Subjekt nur in intersubjektiven Ko-respondenzprozessen realisieren zu können und gleichzeitig die Potenti-

alität für Begegnung nicht oder nur ansatzweise als Mitgegebenes in die Wiege gelegt bekommen zu haben.

Dabei ist dieses „in die Wiege gelegt bekommen“ durchaus wörtlich zu nehmen: „Im zwischenmenschlichen Austausch mit einem Baby, in dem sich vieles nicht in Worte fassen lässt, entstehen Qualitäten des Einverständnisses, die der Sprache nicht bedürfen, die über sie hinausgehen. Im wechselseitigen Anschauen, einander Erkennen, wird evident, dass *Sein Mitsein ist*“ (Petzold 1995, S. 13). Dieser Austausch ist autistischen Kindern aufgrund neurologischer Fehlfunktionen (s.o.) nicht möglich: „Während normale Babys bereits im Alter von drei Monaten Blickkontakt haben und ihren Interaktionspartner anlächeln, fehlen diese ersten Kommunikationszeichen meist bei Kleinkindern mit autistischem Verhalten“ (Bernard-Opitz 2005, S. 21). Dieses Fehlen der bei „normalen“ Neugeborenen angeborenen Vorliebe für die Konfiguration des menschlichen Gesichts hat gravierende Auswirkungen: Papousek spricht von „intuitiven Verhaltensanpassungen“ von Müttern, Vätern und anderen Betreuungspersonen, „die durch Aussehen und Blickzuwendung des Babys ausgelöst“ werden. Sie konstatiert: „Die intuitiven Kompetenzen sind Teil einer kulturübergreifenden universellen biologischen Ausstattung, die in der Frühentwicklung unverzichtbare adaptative Funktionen erfüllt“ (Papousek 2007, S. 611). Diese Kompetenzen kommen in Interaktionen zwischen Babys mit autistischen Störungen und ihren *Caregivern* von Anfang an nicht oder nur ansatzweise zum Tragen. „Die Ergebnisse der Säuglingsforschung zeigen, dass fehlende Blickdialoge, verminderte mimische Kommunikation ... für das Kind ein Entwicklungsrisiko darstellen, genauso wie *gaze averters*, Babys, die den mütterlichen Blick nicht suchen oder erwidern, für Eltern eine erhebliche emotionale Belastung sein können“ (Petzold 1995, S. 13). Der Ausgangspunkt für integrativ-therapeutische Förderung von Kindern mit dem Störungsbild „Frühkindlicher Autismus“ muss auf Grundlage dieser Erwägungen der Versuch sein, nachzuvollziehen, welches konkrete Verhalten sich unter von Anfang an isolierenden Bedingungen bzw. von Anfang an eingeschränkt möglicher Relationalität bei einem Kind unter welchen sozialen Bedingungen und Lebensumständen im Verlauf seiner Entwicklung herausgebildet hat.

### **3.2. Frühkindlicher Autismus, betrachtet unter einigen Aspekten der Integrativen Therapie**

Die Beschäftigung mit den grundsätzlichen Aussagen der Integrativen Therapie zu Relationalität, zur Entwicklungs- und Persönlichkeitstheorie, zum komplexen Lernen hat mich dazu geführt, mit konkreten Fragestellungen an die Arbeit mit autistischen Kindern und Jugendlichen heranzugehen:

#### **3.2.1. Relationalität und Frühkindlicher Autismus**

Die Integrative Therapie differenziert folgende Relationalitätsmodalitäten: Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abhängigkeit und Hörigkeit. In der Arbeit mit autistischen Kindern waren mir folgende Modalitäten wichtig, aus denen sich Fragestellungen entwickelt haben:

- *Konfluenz*: Petzold (1993) bezeichnet Konfluenz als *eine* Quelle von „Grundvertrauen“, „als eine je mitgegebene, leibliche Qualität des Lebens“ (S. 1065).

Es kann vermutet werden, dass auch autistische Menschen „originäre Konfluenz der frühen Entwicklungsphasen“ (Petzold 2005ö, S. 39) - das heißt: totale Verbundenheit mit der Mutter in der Embryonalzeit – erfahren haben.

Fragestellung: Wie kann ich in meiner therapeutischen Arbeit mit autistischen Kindern an lebensgeschichtlich sehr frühe Erfahrungen „'positiver Konfluenz' anknüpfen - etwa in dem Sinn, dass ich Bedingungen schaffe für „Ganzheitserfahrungen“ (z.B. in der Zärtlichkeit, in meditativer Versunkenheit, künstlerischem Schaffen, ästhetischen Erfahrungen...)“ (ebd.)?

- *Kontakt:* Er wird beschrieben als „die kleinste Einheit von Relationalität mit punktueller Möglichkeit von einseitiger oder wechselseitiger Berührung (Blickkontakt, Körperkontakt etc.)“ (Petzold 2005 ö, S. 39). Als wesentlicher Aspekt wird dabei die „*Innen-Außen-Differenz*“ (ebd.) und die Unterscheidung zwischen Eigenem und Fremdem genannt.

Fragestellungen: Unter welchen Umständen und in welchem Umfang kann ich es dem autistischen Kinde, mit dem ich arbeite, ermöglichen, ansatzweise Kontakt zuzulassen oder gar selbst herzustellen? Gibt es Anzeichen dafür, dass das Kind mich als von sich getrennten Anderen wahrnimmt? Wie kann ich das Herstellen von *Kontakt* unterstützen?

- *Begegnung:* Sie hat zu tun mit Wechselseitigkeit, mit Austausch, ist „*empathisches Erkennen und Erfassen im Hier und Jetzt*“ (ebd.) „Alle, die Kinder haben, kennen diese Momente von Begegnung, in denen sie sich vom eigenen Kind erkannt und *erfasst* fühlen und es zu einem wechselseitigen Begreifen kommt“ (Petzold 1993, 1068).

Fragestellungen: Bei welchen gemeinsamen Handlungen mit einem autistischen Kind kommt es zu ersten Ansätzen von Wechselseitigkeit? Ist es möglich, diese Ansätze auszudehnen?

- *Beziehung:* Hier kommt der zeitlichen Dimension eine besondere Rolle zu: „In der Beziehung ist *Dauer* und *Verlässlichkeit* hinzugekommen, die Möglichkeit, in Kontakt zu treten, Begegnungsereignisse zu suchen und zu finden, sich aber auch zurückzuziehen, ohne dass es zu einem Abbruch kommt“ (ebd., S.1069/1070).

Fragestellungen: Wie kann dem autistischen Kind in der therapeutischen Beziehung Verbindlichkeit und Zuverlässigkeit vermittelt werden? Wie interpretiere ich Phasen, in denen das Kind sich zurückzieht, wie kann ich sie aushalten und akzeptieren?

Kontakt, Begegnung und Beziehung bauen in gewisser Weise aufeinander auf. Die genaue Beobachtung der Entwicklung der Modalitäten der Relationalität kann wesentlicher Aspekt der prozessualen Diagnostik sein, und gleichzeitig wichtige Hinweise für die mögliche Gestaltung des therapeutischen Prozesses liefern und Antworten geben auf die Fragestellung: wo steht das Kind gerade im Bereich der Relationalität und was könnten seine nächsten Schritte sein?

### 3.2.2. Persönlichkeits-Entwicklung und Frühkindlicher Autismus

Bei Kindern mit frühkindlichem Autismus wird die Persönlichkeitsentwicklung aufgrund der neurologischen Grundvoraussetzungen und den auf ihnen aufbauenden

grundsätzlich anderen Entwicklungsverläufen notwendigerweise von Anfang an qualitative Unterschiede aufweisen. „Das *Leibselbst*, zunächst als ein „*archaisches Leibselbst*“ Ergebnis koevolutiver Prozesse – ist mit der Fähigkeit ausgestattet, ein „Ich“ zu bilden als Aktionspotential des Selbstes zu anderen Selbstes und zur Welt hin. Aus dem „Leibselbst“ emergiert in frühen Entwicklungsprozessen der Interaktion mit der Welt, Dialogen und Polylogen mit den *caregivers* ... das *Ich* als die Gesamtheit der Ich-Funktionen“ (Petzold 2005 v, S. 397). Es kann davon ausgegangen werden, dass je stärker die Wahrnehmungsverarbeitung beeinträchtigt ist, Interaktion mit der Welt nur ansatzweise und eingeschränkt gelingt und vor allem Dialoge und Polyloge mit Bezugspersonen schwierig sind (s.o.). Unter diesen Bedingungen wird auch die Emergenz eines Ich mitsamt seinen primären und sekundären Funktionen erschwert sein, archaische Qualitäten von Leibselbst und Ich werden überwiegen. Ebenso wird gerade bei Kindern am unteren Ende des Spektrums von Autismus-Störungen Identitätsbildung „als eine der höchsten Ich-Leistungen“ (ebd.) nur rudimentär möglich sein und es werden archaische Formen der Identität vorherrschen.

Fragestellungen, die sich für die therapeutische Arbeit mit autistischen Kindern ergeben, könnten sein:

- Welche Ich-Funktionen konnte das Kind im Verlauf seines bisherigen Lebens entwickeln?
- Die Entwicklung welcher Ich-Funktionen könnte gefördert werden?
- Welche Ansätze zur Ausbildung von Identität sind vorhanden? Gibt es Selbst-Zuweisungen? Wie geht das Kind mit Fremdzweisungen um?

### 3.2.3 Informierter Leib, Komplexes Lernen und Frühkindlicher Autismus

„Grundlage jeder Entwicklung und Veränderung – sei es in den Lebensvollzügen des Alltags, sei es in der Therapie – ist der *lernfähige Organismus*, der durch das Lernen zum „*informed body*“, zum informierten *Körper* wird, auf dessen Basis sich eine Person mit einer spezifischen Identität ausbilden kann...“ (Petzold 2002 j, S. 13). Auch Kinder mit dem Störungsbild „Frühkindlicher Autismus“ verfügen über einen lernfähigen Organismus und einen „informierten Leib“ – allerdings ist aufgrund neurobiologischer Besonderheiten der Aneignungsprozess im Vergleich zur „normalen“ kindlichen Entwicklung verändert. Zwar werden auch von autistischen Kindern die permanenten Informationszuflüsse aus dem eigenen Organismus und der dinglichen und sozialen Umwelt im Leibgedächtnis festgehalten. Das Leibgedächtnis, welches sich zusammensetzt aus neuronalen Speichersystemen, immunologischen Speichersystemen und genetischem Gedächtnis (siehe dazu Petzold 2002 b, S. 13) dürfte aber im Bereich der neuronalen Speichersysteme qualitativ andere Inhalte als bedeutungsvoll und Sinn-stiftend archivieren, z.B. positive Gefühle eher bei starker visueller, auditiver oder propriozeptiver Stimulation als bei verbalen Inhalten oder bei Kontakten mit anderen Menschen. Eine Aufgabe der therapeutischen Arbeit mit autistischen Kindern könnte sein, Erlebnisaktivierung auf für sie positiv besetzten Wahrnehmungskanälen mit positiven Beziehungserfahrungen zu verbinden, um in ihrem Leibgedächtnis Möglichkeiten für die Speicherung neuer Dimensionen von persönlichem Sinn und Selbst- und Identitätserleben zu eröffnen. So könnte es auch für Kinder mit diesem Störungsbild dazu kommen, „dass in Prozessen multipler Stimulierung und den dadurch bewirkten Zuständen ‚transversaler Aktiviertheit‘ .... *korrigierende* und *alternative* Erfahrungen ... aufgenommen und internalisiert werden können, wenn sie in der Therapie mit richtiger ‚Passung‘ und in einer Qualität eines ‚multiplen sensorisch-stimulierenden Angebots‘ bereitgestellt werden, so dass sie von PatientInnen ange-

nommen werden und damit die Chance bieten, zu vorhandenen dysfunktionalen Gedächtnisinhalten durch die Verankerung neuer Inhalte einen Fundus bereitzustellen, auf den – Übung vorausgesetzt – im Lebensvollzug zurückgegriffen werden kann“ (Petzold 2002 j, S. 15/16). Wobei das Herausstellen der Notwendigkeit der Übung sehr wichtig ist: „Was nicht geübt wird, bahnt sich nicht, schleift sich nicht ein, und ohne Habitualisierung haben Veränderungen keinen Bestand“ (Sieper u. Petzold 2002, S. 14). Diese Aussage gilt generell, dürfte aber ganz besonders wichtig sein für autistische Kinder, die aufgrund ihrer eingeschränkten Voraussetzungen gerade im Bereich der Relationalität (s.o.) positive Beziehungserfahrungen und das Einüben von Gemeinsamkeit immer wieder von neuem brauchen, um sie in ihren Leib- und Gedächtnisarchiven stabil zu speichern.

In der Literatur über die Förderung von Kindern mit frühkindlichem Autismus wird Verhaltensmodifikation und therapeutisches Vorgehen nach verhaltenstherapeutischen Prinzipien häufig als besonders erfolgversprechend angesehen, um bestimmte Lernprozesse aufzubauen und Verhaltensauffälligkeiten abzubauen (siehe dazu auch: Hilfe für das autistische Kind Bremen 2007, S. 52). Die Integrative Therapie betont zwar durchaus die Berechtigung übender Verfahren und sieht „therapeutische Veränderungen als *Lernprozesse* an“ (Sieper und Petzold 2002, S. 9), geht aber in ihrem Ansatz des „komplexen Lernens“ weit über das behavioristische Lern- und Verhaltensmodell und die Herangehensweisen der Verhaltenstherapie hinaus: In der Integrativen Therapie „wird Lernen als ein mehrdimensionaler Vorgang angesehen, der Veränderungen auf verschiedenen Ebenen bewirkt, nämlich Veränderung der *körperlichen*, der *psychischen*, der *sozial-interaktionalen* und der *kognitiven* Struktur“ (ebd. S. 10). „Es muss nach dem *Synergieprinzip* ein Zusammenwirken der einzelnen Lernarten in einem komplexen holotropen Lernprozess angenommen werden“ (ebd. S. 9). Wichtig ist dabei das Lernen auf der konkreten Handlungsebene. Sieper und Petzold stellen hier den Begriff der „Performanzorientierung“ heraus, der bedeutet, dass „alles Lernen durch *erlebtes Tun*, durch performatorische Akte in besonderer Weise gefördert wird. Verhaltensänderungen sind nicht nur oder überwiegend durch ‚Verstehen‘ oder ‚Einsicht‘ zu erwarten, sondern durch *Erfahrung*, vollzogene *Handlung*.“ (ebd. S. 12). Das gilt für komplexes Lernen generell, ist aber besonders wichtig für Kinder mit frühkindlichem Autismus, denen Lernen über kognitive Prozesse oder durch Einsicht nicht ohne weiteres möglich ist. Notwendig ist dabei, für jedes autistische Kind genau zu untersuchen, welcher Schritt in seiner Entwicklung als nächstes ansteht. Hier sei auf die von Vygotsky beschriebenen „Zonen proximaler Entwicklung“ (ZOP) hingewiesen. Diese werden ermittelt durch die Untersuchung dessen, wozu ein Kind zwar noch nicht alleine, aber in Zusammenarbeit mit einer anderen Person in der Lage ist: „Indem wir die Möglichkeit eines Kindes in der Zusammenarbeit ermitteln, bestimmen wir das Gebiet der reifenden geistigen Funktionen, die im allernächsten Entwicklungsstadium sicherlich Früchte tragen und folglich zum realen geistigen Entwicklungsniveau des Kindes werden. ... Das Gebiet der noch nicht ausgereiften, jedoch reifenden Prozesse ist die Zone der nächsten Entwicklung des Kindes“ (Vygotski 1987, S. 83).

Fragestellungen, die sich für die therapeutische Arbeit mit autistischen Kindern ergeben, könnten sein:

- Welche Handlungen schafft das Kind allein, welche sind nur mit Unterstützung möglich?

- Wie können die *noch* notwendigen Hilfen Schritt für Schritt zurückgenommen und selbständiges Handeln in immer größerem Umfang ermöglicht werden?

### 3.3. Forderungen an Therapie mit Kindern mit frühkindlichem Autismus

„Der therapeutische Prozess... hat das Ziel, von prävalenten Schädigungen ausgehend heilende Sozialisationsklimata und –atmosphären bereitzustellen“ (Petzold 1993, S. 115). Heilende Sozialisationsklimata und –atmosphären für Kinder mit dem Störungsbild „Frühkindlicher Autismus“ bereitzustellen muss an erster Stelle heißen, Isolation einzuschränken und Beziehung aufzubauen. Auf dieser Grundlage besteht die Aufgabe darin, Entwicklungsmöglichkeiten bereitzustellen durch

- Förderung von Relationalität und Kommunikation
- Förderung der Persönlichkeitsentwicklung (Selbst, Ich und Identität)
- Förderung von komplexen Lernprozessen auf allen Ebenen des Mensch-Seins und Arbeit an der Umwandlung von isolierten Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungs-Zyklen in kommunikative Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungszyklen. Untersuchung, welche Schritte das Kind zunächst mit Hilfe, dann allein machen kann („Zonen proximaler Entwicklung“).

### 3.4. Integrative Musiktherapie mit Kindern mit frühkindlichem Autismus

Integrative Musiktherapie kann als Methode im Rahmen des Verfahrens „Integrative Therapie“ in besonderer Weise sinnvoll sein gerade bei Kindern mit frühkindlichem Autismus, die nicht oder nur wenig verbal kommunizieren und für musikalische Angebote empfänglich sind. Von Bedeutung ist „die Unmittelbarkeit der Ansprache durch ein Medium, das *vor* der Sprache liegt“ (Müller 1997, S. 137). So können mit Musik durch Einhüllen in Melodien oder Klänge, Verklängen von Atmosphären, durch Spiegeln oder Kontrastieren Beziehungs- und Kommunikationsangebote gemacht werden, die verbal nicht möglich wären.

Die autistischen Kindern können mit dem Medium Musik multisensorisch angesprochen und verschiedene Wahrnehmungsebenen einbezogen werden: auditive Wahrnehmung, visuelle Wahrnehmung, taktile Wahrnehmung, Körper- und Raumwahrnehmung. Dadurch wird Kindern mit Störungen in der Wahrnehmungsverarbeitung das Spüren, Fühlen und Ordnen von leiblichen Wahrnehmungen erleichtert. Es gibt verschiedene Studien, die einen positiven Einfluss von Musik auf die Ausprägung neuronaler Verknüpfungen beweisen (vgl. Hirler 2003, S. 30 ff und Spitzer 2005, S.169 ff).

Bei autistischen Kindern, die bereits bei kleinsten Veränderungen ihrer Umwelt in Panik geraten, kann Musik in ihrer Ritualfunktion Angst binden. Bei Kindern, die gefangen sind in ihren Zwängen und motorischen Stereotypen kann der Therapeut „die motorischen Stereotypen klanglich aufgreifen, begleiten und in einen musikalischen Kontext betten, wodurch Halt in der Beziehung entstehen und das Kind sich im Außen widergespiegelt erleben kann“ (Frohne-Hagemann und Pleß-Adamczyk 2005, S. 211). Gleichmaßen ist es möglich, die bei autistischen Kindern häufig zu beobachtenden heftigen Emotionen und Affektdurchbrüche mit musikalischen Mitteln zu bearbeiten: „Die Modulation von Affekten, Gefühlen und Stimmungen ist ein zentrales

Moment der Therapie, und Klänge und Melodien sind hier bedeutsame Möglichkeiten der Einstimmung und Umstimmung“ (Müller 1997, S. 137)

#### **4. Dokumentation des therapeutischen Prozesses mit einem Jungen mit dem Störungsbild „Frühkindlicher Autismus“**

##### **4.1. Personelle und institutionelle Rahmenbedingungen**

Als Sonderschul- und Musiklehrerin arbeite ich seit über 10 Jahren mit schwer verhaltensauffälligen geistig behinderten autistischen Kindern. Von 2004 bis 2008 habe ich in einer Klasse des Förderzentrums für Wahrnehmung und Entwicklung mit Moses A.<sup>1</sup> gearbeitet, einem schwer verhaltensauffälligen, geistig behinderten Jungen mit dem Störungsbild „Frühkindlicher Autismus“. Ich war jeweils den halben Schultvormittag an seiner Seite und habe die pädagogische Assistenz angeleitet, die in der restlichen Zeit bei ihm war. Verbunden mit der Arbeit in der Schule war von Anfang an eine intensive Elternarbeit mit 2-stündigen Treffen ca. alle 2 Monate. Im Sommer 2008 beendete ich meine Arbeit mit Moses in der Schule, da er nach der 4. Klasse in eine Förderklasse in einem Schulzentrum der Sekundarstufe I wechselte.

In Kenntnis meiner musiktherapeutischen Weiterbildung wurde von den Eltern, die beide Berufsmusiker sind, im zweiten Halbjahr der 4. Klasse das Ersuchen an mich herangetragen, mit Moses musiktherapeutisch zu arbeiten. Er ist außerordentlich musikalisch und erreichbar mit musikalischen Angeboten. Seit April 2008 arbeite ich einmal wöchentlich außerhalb der Schule 45 Minuten musiktherapeutisch mit Moses. Er war zu Beginn der Therapie 9 Jahre alt.

##### **4.2. Biographische Anamnese**

Moses ist das zweite Kind seiner Eltern. Beide Eltern sind Berufsmusiker und spielen in einem klassischen Orchester. Er hat eine 5 Jahre ältere, normal entwickelte Schwester.

Schwangerschaft und Geburt verliefen problemlos. Moses kam 2 Wochen zu früh zur Welt. Von Anfang an wurden Störungen beim Saugreflex beobachtet: Moses wusste nicht, wie er trinken sollte. Eine erfahrene Hebamme hat nach 6 Wochen den Aufsatz eines Hütchens empfohlen, was das Saugen erleichtert hat. Bis dahin hatte die Familie laut Berichten der Mutter eine anstrengende Zeit, um Moses zu ernähren. Im 1. Lebensjahr hat Moses sehr wenig Blickkontakt aufgenommen und kaum gelacht, was den Eltern aber eher im Nachhinein bewusst wurde. Sie dachten zunächst, er sei eben ein ernstes Kind. Er hatte gelegentlich Schrei-Attacken und machte auf der Wickelunterlage stereotype Bewegungen. Er ist nie gekrabbelt, sondern hat sich gleich hoch gezogen und ist früh gelaufen.

Mit ca. 1,5 Jahren fing Moses an, Dinge vom Tisch zu werfen bzw. herunter zu fegen. Er zeigte keine „normale Babysprache“. Den Eltern wurde bewusst, dass eine Störung der Entwicklung vorliegen könnte. Mit 2,5 Jahren wurde er im Autismus-

---

<sup>1</sup> Der Name wurde geändert.



Therapiezentrum zur Diagnose vorgestellt. Vom dortigen Psychologen wurde eine tiefgreifende Entwicklungsstörung („Frühkindlicher Autismus“/Kanner-Syndrom“, ICD 10, F 84.0) diagnostiziert. Moses zeigte Auffälligkeiten in den Bereichen Soziale Interaktion/Spiel (z.B. Beeinträchtigungen beim Gebrauch nonverbaler Verhaltensweisen wie Blickkontakt, Gesichtsausdruck, Gestik sowie fehlendes Imitationsverhalten), Kommunikation (z. B. Fehlen von Zeigegeste, gestörte Sprachenwicklung, Echolalien) sowie eine Vielzahl repetitiver und stereotyper Verhaltensmuster (Festhalten an mit den üblichen Normen nicht zu vereinbarenden Gewohnheiten und Ritualen sowie sozial störenden Verhaltensweisen) sowie verschiedene Zwänge. Darüber hinaus wurde eine deutliche kognitive Entwicklungsverzögerung festgestellt

Moses erhielt am Autismus-Therapiezentrum zunächst hochfrequente Früh-Therapie – im ersten Jahr 10 Stunden pro Woche bis zum Eintritt in einen Integrations-Kindergarten. Bis zum Schulbeginn hatte Moses noch 4 Stunden Autismus-Therapie pro Woche. Gearbeitet wurde nach verhaltenstherapeutischen Methoden. Aufgrund motorischer Probleme hatte er eine Zeit lang Krankengymnastik.

Mit 6 Jahren wurde Moses in eine Klasse eines Förderzentrums für Wahrnehmung und Entwicklung eingeschult, die in verschiedenen Fächern mit einer Grundschulklasse kooperierte. Aufgrund seiner starken Verhaltensauffälligkeiten erhielt er während der gesamten Grundschulzeit zusätzliche Unterstützung durch eine Sonder-schullehrerin und eine pädagogische Assistenz (s. 4.1.).

Mit 9 Jahren kam Moses in eine Sekundarstufe-I-Klasse desselben Förderzentrums für Wahrnehmung und Entwicklung. Er wird dort unterstützt von einer persönlichen Assistenz.

### **4.3. Diagnostik**

#### **4.3.1. Problem- und Konfliktanalyse**

Das auffälligste Merkmal des Verhaltens von Moses bei Schuleintritt war auf der phänomenologischen Ebene das habituierte und generalisierte Werfen bzw. Herunterwerfen von Gegenständen aller Art, wo immer er sie zu fassen bekam. Außerdem zeigte er eine Vielzahl von Hand- und Bewegungstereotypen, die häufig schwer zu unterbrechen waren. Er benutzte verschiedene Gegenstände als „Fetische“, die er überall mit sich führen musste und mit denen er stereotyp hantierte. Bei Frustration hatte er oft sehr starke Wutanfälle und aggressive Durchbrüche in Form von auto- und fremdaggressivem Verhalten, bei denen er nur schwer beruhigt werden konnte. Das autoaggressive Verhalten bestand vor allem darin, sich unter Anspannung heftig in die Hand zu beißen.

Es stellte sich die Frage, welche Funktion die gezeigten Verhaltensauffälligkeiten für Moses haben könnten. Seine Stereotypen und sein Haften an Fetischen wurden als für ihn Sinn und Sicherheit stiftende Strategien gedeutet: Versuche, in einer von ihm wahrscheinlich grundsätzlich eher als chaotisch und bedrohlich erlebten Welt das Verhalten der Menschen und die Abläufe vorhersagbar zu machen. Das Herunterwerfen und Werfen von Gegenständen schien mehrere Funktionen zu haben: Ausdrücken von Bedürfnissen, die er verbal nicht vermitteln konnte; Ausagieren von

Spannung bei Frustration; Versuch, Selbstwirksamkeit zu erfahren; Versuch, die Menschen in seiner Umgebung zu kontrollieren und sich als Urheber von Aufregung und starken Gefühlen sowie vorhersagbarer Handlungen anderer zu erleben. Die immer wieder auftretenden heftigen Wutausbrüche wurden aufgefasst als Ausdruck von Verzweiflung und Hilflosigkeit, wenn Bedürfnisse aus unterschiedlichen Gründen nicht befriedigt werden konnten oder wenn seine Versuche, Kontrolle und Vorhersagbarkeit herzustellen, durchkreuzt und er so in seinem Bedürfnis nach „seiner Ordnung“ und Stabilität frustriert wurde. Heftige autoaggressive Handlungen wurden interpretiert als Versuche, Spannung abzuführen und sich selbst intensiver zu spüren.

Für die Bezugspersonen von Moses waren und sind seine Verhaltensauffälligkeiten auf der anderen Seite eine Quelle von Problemen und Konflikten. „Der Aufbau einer positiven Beziehung zu behinderten Menschen, welche störende Sozialverhaltensweisen zeigen, ist keine einfache Sache: Das störende Verhalten muss sanktioniert werden, sobald der Betroffene oder andere Personen darunter zu leiden haben. Dennoch soll es gelingen, die betroffenen Personen als solche zu akzeptieren....Es handelt sich hier um eine schwierige Gratwanderung“ (Rüegger, H. 2004, S. 20).

Im Verlauf der Grundschulzeit ist es gelungen, Moses neue Perspektiven zu eröffnen: durch enge Begleitung, das Erlernen und beständige Einüben alternativer Handlungsmöglichkeiten und das immer wieder neue Aushandeln klarer Grenzen begann er, Interesse an neuen Tätigkeiten und in Ansätzen ein Verständnis sozialer Regeln zu entwickeln. Am Ende der Grundschulzeit, als die musiktherapeutische Arbeit mit ihm begonnen wurde, hat er Gegenstände in guten Phasen nur noch dann geworfen, wenn er beliebte Tätigkeiten beenden sollte oder wenn er Dinge tun sollte, zu denen er gerade keine Lust hatte. Die Wutausbrüche hatten an Häufigkeit und Stärke deutlich abgenommen, ebenso wie das Haften an Fetischen und die stereotypen Handlungen. Nach wie vor sind diese Möglichkeiten der Bewältigung der Welt und ihrer Anforderungen aber in seinem memorativen Leib verankert. Bei Krankheit, Müdigkeit oder Überforderung durch neue Situationen neigt er dazu, auf sie zurück zu greifen, und ist dann zur Impulssteuerung häufig nicht mehr in der Lage.

#### 4.3.2. Leibfunktionsanalyse

Bei Moses war die Entwicklung des *perzeptiven Leibes* von Anfang an aufgrund seiner autistischen Behinderung beeinträchtigt. Auffällig war und ist sein Bedürfnis nach starken Reizen und Selbststimulation auf den verschiedenen Sinneskanälen: Blinzeln in starkes Licht (Sonne, Lampen), Freude am Hören von lauter Musik, Freude an starken vestibulären Stimulierungen (z. B. wildes Karussell-Fahren). Bei starker Erregung, die freudig oder negativ getönt sein kann, neigt er dazu, sich in Arm oder Hand zu beißen.

Die Entwicklung des *expressiven Leibes* war bei Moses seit der frühen Kindheit gekennzeichnet durch Störungen in der Sprachentwicklung. Obwohl er bei Schuleintritt bezüglich alltäglicher Situationen einen gewissen Wortschatz und in Alltags-Situationen ein gutes Sprachverständnis hatte, kommunizierte er in erster Linie über eigene Kommunikationsformen: Anstatt Bedürfnisse verbal zu formulieren, führte er z. B. Menschen zu Dingen, die er haben wollte oder drückte durch Lachen, Singen, Schreien oder sich zu Boden werfen Bedürfnisse aus. Er verfügte über den Begriff

„nein“, hat aber um zu bejahen Fragen und Aufforderungen echolaliert. Nach einiger Übung war er in der Lage, einfache Bilder mit klarer Grafik zu benennen. Immer wieder wurde deutlich, dass seine Werf-Aktionen sowie fremdaggressive Handlungen (Schlagen, Treten) auch die Funktion hatten, Befindlichkeiten wie z. B. Ärger und Frustration auszudrücken, weil er dem Gegenüber Wünsche oder Absichten nicht vermitteln konnte. Im Verlauf der Grundschulzeit wurde mit ihm geübt, verbal auszu- drücken, was er haben wollte. Er beherrscht das inzwischen immer besser und ist in der Lage, Fragen mit ja oder nein zu beantworten, versucht aber nach wie vor spon- tan häufiger, eigene Kommunikationsformen einzusetzen als gesprochene Sprache.

Hinsichtlich des *memorativen Leibes* hat Moses ein gutes Gedächtnis für Wege und kann sich im Raum gut orientieren. Wie er vergangene Erfahrungen verarbeitet, ist aufgrund seiner eingeschränkten Fähigkeiten, sich auszudrücken, schwer einzu- schätzen. Auffällig war in den letzten Grundschuljahren, dass er häufig kritische Äu- ßerungen und Vorhaltungen aus seiner häuslichen Umgebung in Form leisen Echolalierens und vor sich Hinsprechens wiederholte („Moses, hör auf!“, „Du spinnst wohl!“, „Das war großer Mist!“). Das wurde gedeutet als den Versuch, negative Fremdattributierungen zu verarbeiten, ohne jedoch in der Lage zu sein, sie in einen Zusammenhang zu stellen. Nachfragen, was denn los gewesen sei, konnte er nicht beantworten. Hervorragend ist Moses zum Speichern von Musik aller Art in der Lage. Häufig singt er Lieder und Melodien vor sich hin.

#### 4.3.3. Kontinuums-Analyse

Bei Moses' Familie sind gute sozio-ökonomische Bedingungen festzustellen. Sie wohnt in einer großen Doppelhaushälfte mit Garten. Regelmäßig werden Großeltern besucht oder als Besuch empfangen, die in einer benachbarten Großstadt leben.

Beide Eltern sind Moses sehr zugewandt und um sein Wohlergehen bemüht und su- chen Auseinandersetzung mit und Unterstützung bei Lehrern und Therapeuten. Zwi- schen ihnen bestehen allerdings häufig Differenzen bezüglich des Erziehungsverhal- tens. Während die Mutter um feste Strukturen und Grenzen bemüht ist, vertritt der Vater eher eine Laissez-faire-Position, die er mit der Notwendigkeit begründet, Mo- ses müsse die Welt ohne äußere Einschränkungen erkunden dürfen. Andererseits kommt es beim Vater aber immer wieder zu Machtkämpfen mit Moses und zu Wut- ausbrüchen, wenn dieser etwas zerstört hat. Die Mutter neigt häufig zu Niederge- schlagenheit und Selbstvorwürfen und äußert das Gefühl, sie sei nicht in der Lage, „richtig“ mit Moses umzugehen und gleichzeitig der älteren Schwester gerecht zu werden. Die Schwester besucht seit längerer Zeit am Autismus-Therapiezentrum ei- ne Gruppe für Geschwister autistischer Kinder. Kompliziert wird die häusliche Situati- on durch die Proben-Dienstpläne der Eltern und deren häufige abendliche Konzert- verpflichtungen. Moses hatte deshalb schon immer eine große Anzahl von Babysit- tern. Die unterschiedliche Umgehensweise der Eltern und der Betreuer mit Moses sowie der häufige personelle Wechsel hat immer wieder zu Problemen geführt, da Beständigkeit und Eindeutigkeit in der Orientierung fehlen und Moses beim Fehlen von klaren Strukturen und Grenzen häufig provokatives und destruktives Verhalten zeigt.

Bis zum Schuleintritt hatte Moses verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Therapie am Autismus-Therapiezentrum Bremen. Im Rahmen der hochfrequenten Frühthera-

pie wurde die Familie gelegentlich von Therapeuten besucht und den Eltern zum Teil anhand von Videoaufzeichnungen in der häuslichen Umgebung Vorschläge gemacht, was sie an ihrem Verhalten Moses gegenüber verändern könnten.

In der Grundschule wurde mit Moses in einem Wechsel von Einzelförderung und Einbeziehung in die Lerngruppe durch intensives, verhaltenstherapeutisch orientiertes Arbeiten vor allem in der übungszentriert-funktionalen Modalität daran gearbeitet, sein Interesse an der Welt und an anderen Menschen zu wecken, neue Kompetenzen aufzubauen und sich in der Gruppe sozial angemessen zu verhalten. Während der Grundschulzeit wurden die Eltern in 2-monatigen Abständen vom Klassenteam über die Arbeit mit Moses informiert, um den Transfer ins häusliche Umfeld zu fördern. Es wurden Beratungsangebote hinsichtlich häuslicher Probleme gemacht, die zum Teil von den Eltern angenommen und erfolgreich umgesetzt wurden. In regelmäßigen Abständen haben die Eltern in der Schule hospitiert.

#### 4.3.4. Ressourcen-Analyse

Eine wichtige Fremdressource ist die Kontinuität, Geborgenheit und Zuwendung, die Moses in seiner Familie erfährt. Moses hat dort von Anfang an positive Beziehungserfahrungen gemacht. Trotz ihrer unterschiedlichen Erziehungs-Stile und pädagogischen Auffassungen versuchen beide Eltern sowie die große Schwester und die Großeltern, für ihn möglichst gute Lebensbedingungen zu gewährleisten. Die Eltern nehmen Beratungsangebote an und versuchen, sie im Rahmen ihrer Möglichkeiten umzusetzen. Sie sind bereit, sich auch kontrovers über Moses, seine Behinderung und das mögliche Umgehen damit auseinanderzusetzen. Moses lebt in materiell abgesicherten Verhältnissen.

Die hervorstechendste Eigenressource von Moses ist seine außerordentliche Musikalität und große Freude am Musik machen und hören. Er liebt es, sich zu Musik zu bewegen und kann immer wieder durch das Hören von Liedern oder Stücken, die er schön findet, beruhigt und stabilisiert werden. Seine Speicherfähigkeit für Melodien ist sehr stark ausgeprägt: Nach 2-3-maligem Hören ist er in der Lage, sie nachzusingen und die richtigen Töne auf dem Klavier zusammen zu suchen. Er trifft nach wenigen Versuchen auch große Intervalle und Halbtöne zuverlässig, hat also ein persönliches System der Orientierung auf der Tastatur entwickelt, obwohl er keinerlei Kenntnisse über das Notensystem hat. Moses hat ausgeprägte Vorlieben für bestimmte Musikstücke. Beim Hören von Liedern und Musik von der „Konserve“, die er schön findet, kann Moses zur Ruhe kommen und sich entspannen.

Außerdem hat Moses Freude am Gestalten mit Farbe: am Malen mit Stiften und flüssigen Farben aller Art. Eine weitere Ressource ist seine große motorische Geschicklichkeit und die Freude an Bewegung aller Art.

#### 4.3.5. Interaktions-Analyse

Moses hat zu Beginn der Grundschulzeit auf der Erscheinungsebene anderen Menschen und sozioemotionaler Gegenseitigkeit wenig Interesse entgegengebracht. Er hat von sich aus kaum Blickkontakt aufgenommen. Spontan ging sein Blick eher zu Gegenständen, die sich bewegten (Bäume im Wind, zu seinen Finger- und Handstereotypen) oder zu hellen Lichtern oder Lampen. Außerdem schaute er zu Dingen, die für ihn von Interesse waren (fetischhaft besetzte Gegenstände, Nahrungsmittel).

In den ersten Schuljahren wurde er vor jedem gemeinsamen Handeln aufgefordert: „Moses, schau mich an“ und wenn ihm dies schwer fiel, gefragt: „Moses, wo sind meine Augen?“ Es war über den Blickkontakt zunächst kaum möglich, Moses „Erfahrungen positiver Gegenseitigkeit zu ermöglichen“ (Papousek 2007, S. 634). Positive Gegenseitigkeit kam am ehesten zustande, wenn man sich von Moses funktionalisieren ließ zur Unterstützung bei Tätigkeiten, die ihm Freude machten: Anschwung geben auf der Schaukel, Hilfen geben beim Klettern, ihm Dinge anreichen, die außerhalb seiner Reichweite waren. Erste Ansätze zu lächelndem Blickkontakt und generell zu Kontakt als kleinster Einheit von Relationalität waren zu beobachten bei gesungenen Kniereitern, die Moses oft mehrmals hintereinander eingefordert hat. Begegnung im Sinne von wechselseitigem Austausch war in den Anfangsjahren mit Moses nicht möglich.

Moses hat nur in Ansätzen Imitationsverhalten gezeigt und hatte bei Schuleintritt keinerlei Interesse am Tun anderer Kinder. Insgesamt war er sehr auf die Verfolgung seiner unmittelbaren Interessen und Bedürfnisse fixiert. Da Moses zudem nur sehr wenig zu verbalen Äußerungen in der Lage war (s. 4.2.), war er insgesamt in seiner Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit außerordentlich eingeschränkt.

Im Verlauf der Grundschulzeit hat Moses durch kontinuierliches Üben und mit Hilfe körperlicher und verbaler Prompts eigenständig begonnen, die Handlungen anderer Kinder in Förderklasse und Grundschul-Partnerklasse mit- und nachzuvollziehen. Er hat angefangen, Interesse am Tun der anderen Kinder zu entwickeln und sie spontan zu imitieren. Das bezog sich zunächst auf Bereiche, die ihn interessierten (Sport, Musik) und hat sich langsam und kontinuierlich auf andere Bereiche ausgeweitet. Zunehmend hat Moses begonnen, sich über Lob und Anerkennung anderer Menschen zu freuen und war immer besser zu geteilter Aufmerksamkeit („joint attention“) in der Lage. Im Lauf der 4. Klasse hat er begonnen, bei Freude von sich aus den Blickkontakt zu anderen Menschen (bislang in der Regel nur zu Erwachsenen, mit denen er häufig zu tun hatte) zu suchen, sie anzulächeln, und sie verbal auf Dinge hinzuweisen, die ihm wichtig sind. Er war nun von sich aus in der Lage, mit anderen Menschen in den Kontakt zu gehen. Das eigenständige Suchen von Blickkontakt zunächst zu wenigen Personen war eine erste Form von Beziehungsaufnahme und Zeichen von Vertrautheit und Vertrauen. So waren zu Beginn der musiktherapeutischen Arbeit basale Formen der Relationalität aufgebaut, an die angeknüpft werden konnte.

#### **4.4. Ätiologische Überlegungen**

##### **4.4.1. Pathogenese**

„Es wird davon ausgegangen, dass Pathologie in der Regel nicht *monokausal* erklärt werden kann, sondern dass es sich um eine ‚multiple Genese‘, eine Vielzahl von Einflüssen im Verlauf der Lebensgeschichte handelt, die *in ihrer Gesamtheit* pathogen wirken können“. (Petzold 1993, S. 1113). Derartige pathogen wirkende Einflüsse sind in der Entwicklung von Moses vor allem:

- Es ist anzunehmen, dass hirnorganische Besonderheiten vorliegen, wie dies grundsätzlich in Kapitel 2.2. diskutiert wurde.

- Bei Moses sind Auffälligkeiten in Wahrnehmung und Informationsverarbeitung zu beobachten ähnlich, wie dies vom „Bundesverband „Hilfe für das autistische Kind“ generell beschrieben wird: „Dies betrifft einerseits sensorische Reize, so werden z. B. einzelne visuelle oder akustische Informationen sehr intensiv wahrgenommen, während andere, die genau so wichtig sind, völlig ausgeblendet werden. Grundsätzlich besteht bei autistischen Kindern die Tendenz, Einzelheiten ganz genau wahrzunehmen, während der Gesamteindruck eines Gegenstandes oder Ereignisses nicht erfasst wird.“ ( 2002, S. 2/3). Bei Gegenständen interessierte ihn häufig nicht deren Funktion sondern ganz bestimmte Merkmale, z. B. deren Farbe oder haptische Qualitäten. Außerdem waren Einschränkungen in der Figur-Grund-Wahrnehmung zu beobachten.
  
- Störungen in der Persönlichkeitsentwicklung: bei Moses dürfte es bereits in der „*primären Struktur*, d. h. in der Entwicklung des „archaischen“ Selbst und der beginnenden Ich-Entwicklung im 1. – 2. Lebensjahr“ (Petzold 1993, Fußnote 62 S. 1143) aufgrund der von Anfang an gestörten Relationalität zu Schädigungen gekommen sein, die die weitere Ich- und Identitäts-Entwicklung beeinträchtigt haben. So fiel es ihm im Grundschulalter oft schwer, „seine Affekte zu unterscheiden, zu dosieren, umzustimmen und gegenüber den Affekten des anderen abzugrenzen“ (ebd., S. 687). Nach wie vor war er „den Affektstürmen des archaischen Leib-Selbst“ (ebd.) häufig unterworfen. Auch seine primären Ich- Funktionen („Wahrnehmen, Erinnern, Denken, Fühlen, Wollen, Entscheiden, Handeln“ (Schuch 2000, S. 174)) waren nur rudimentär entwickelt. Auf dieser Grundlage war Moses zum Entwickeln von Exzentrität und Frustrationstoleranz nicht in der Lage.
  
- Es kann grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass Moses aufgrund seiner Probleme, die Welt und die anderen Menschen sinn-voll wahrzunehmen, von Anfang an einer Vielzahl von unberechenbaren Stimulierungserfahrungen ausgesetzt war, die seine Entwicklung beeinträchtigt haben. „Wenn bestimmte qualitative Entwicklungsschritte nur eingeschränkt vollzogen werden können, so hat dies beeinträchtigende Auswirkungen auch auf die darauf aufbauenden Entwicklungsschritte“ (Wernet, M. C. 2003, S. 108). Die beschriebenen Störungen seit der frühen Kindheit haben sich in verschiedenen Entwicklungsauffälligkeiten manifestiert, z.B. in einer nicht altersentsprechenden Sprachentwicklung, in Defiziten in der kognitiven Entwicklung und in Problemen im Aufbau von Relationalität und angemessenem Sozialverhalten.

#### 4.4.2. Protektive Faktoren

An Schutzfaktoren sind in der Entwicklung von Moses zu verzeichnen:

- Konstruktive psychosoziale Einflüsse (Milieufaktoren), z.B. liebevolle, verlässliche, bemühte Eltern (significant caring adults); materiell abgesicherte, stabile Familienverhältnisse; unterstützende Großeltern.

- Entwicklungsförderung ab dem Alter von zweieinhalb Jahren (zunächst hochfrequente Frühtherapie am Autismus-Therapiezentrum, dann intensive Förderung in den ersten 4 Schuljahren durch eine Spezial-Lehrerin und persönliche Assistenz).
- Persönliche Ressourcen: Musikalität, Freude am musikalischen Gestalten, Freude am bildnerischen Gestalten

#### 4.4.3 Ziele der Therapie

„Vor Beginn einer Therapie muss geprüft werden, was und warum wünschenswert, möglich und was lebbar ist, aber auch, was im Rahmen einer Therapie nicht möglich ist und daher auch nicht erwartet werden sollte“ (Frohne-Hagemann u. Pleß-Adamczyk 2005, S. 21). Im Fall von Moses war von vornherein klar, dass von grundlegenden Beeinträchtigungen auf der neurobiologischen Ebene ausgegangen werden muss, die sich in Beeinträchtigungen in der psychosozialen und kognitiven Entwicklung niedergeschlagen haben. Die Fähigkeit zu Exzentrizität, das in-den-Blick-nehmen des Selbst durch das Ich ist bei Moses deshalb höchstens in Ansätzen entwickelbar. Auf der anderen Seite standen als zentrale Ziele von Anfang an die Entwicklung der Beziehungsfähigkeit und der Kommunikation im Vordergrund: „So ist das wesentliche Ziel therapeutischer Arbeit, ... das Erleben von Mit-Sein zu wecken, zu ermöglichen, zu vertiefen und zu bekräftigen“. (Petzold 1980, S. 232). Insgesamt ging es darum, Moses in den Bereichen „Kommunikation“ und „Soziale Interaktion“ zu fördern und so die Voraussetzungen für ein Leben in der Gemeinschaft zu verbessern. Auf dieser Basis wurden folgende Zielüberlegungen angestellt:

##### Metaziele:

Nach der anthropologischen Grundformel der Integrativen Therapie, die den Menschen als „Körper-Seele-Geist-Wesen, verschränkt mit dem sozialen und ökologischen Kontext/Kontinuum“ (Petzold, 1993, S. 495) sieht, sind wesentliche Ziele bei Moses, die Fähigkeit und das Bedürfnis zu entwickeln, in der Gemeinschaft zu leben und mit anderen Menschen zu kommunizieren. Übergeordnete Ziele betreffen bei Moses also

- Die Entwicklung von Intersubjektivität und Ko-respondenzfähigkeit
- Förderung von Entwicklungs- und Regulationsfähigkeit
- Förderung und Entwicklung von Kreativität und Kokreativität

##### Grobziele:

Persönlichkeitsentwicklung: Selbst-, Ich- und Identitätsentwicklung fördern durch Bereitstellen positiver Erfahrungen von Selbstwirksamkeit und Vermitteln von wertschätzenden Selbstattributionen durch Kommunikation in „unterstellter Intersubjektivität“

- Förderung der Fähigkeit zu Selbstregulation und Bewältigung starker Affekte
- Unterstützung der sozialen Netzwerke

##### Feinziele:

- Sich selbst in seinem Tun und den anderen in seinem Tun wahrnehmen
- Sich über Musik begegnen und in einen Dialog gehen können
- Bedürfnisse und Befindlichkeiten verbal ausdrücken können
- Teilen von Affekten

- Joint attention
- Impulskontrolle bei Frustration
- Akzeptieren sozialer Regeln

## 4.5. Therapie-Planung

### 4.5.1. Wege der Heilung und Förderung

Um bei Moses multiple Heilungs- und Entwicklungsprozesse zu fördern, wurden folgende Wege der Heilung und Förderung eingeschlagen:

- Nachsozialisation, Neusozialisation (2. Weg): Arbeit an Defiziten im Aufbau der Persönlichkeitsstruktur, so weit das angesichts der Beeinträchtigung von Moses auf der neurophysiologischen Ebene möglich ist:
  - o Aufbau von Grundvertrauen angesichts der Hypothese, dass Moses aufgrund seiner Wahrnehmungsprobleme die Menschen und seine Umwelt als chaotisch und unberechenbar empfindet.
  - o Bereitstellen von sozial verträglichen Erfahrungen der Selbst- Urheberschaft und der Selbstwirksamkeit, um zur Entwicklung von Selbst und Ich beizutragen.
  - o Förderung der zentralen Ich-Leistung: Sinn finden im Austausch mit anderen Menschen und im Leben in der Gemeinschaft.
  - o Vermitteln der Erfahrung von „sinn“-vollem Miteinander und Identitätsaufbau durch positive, wertschätzende Fremdzuweisungen.
- Ressourcenorientierte Erlebnisaktivierung und alternative Handlungsmöglichkeiten (3. Weg): Nutzbar machen der musikalischen Potentiale von Moses für den Aufbau neuer Ausdrucks- und Kommunikations-Möglichkeiten und Beziehungs-Erfahrungen.
- Alltagspraktische Hilfen (4. Weg) - Einbeziehung der Eltern in den therapeutischen Prozess:
  - o Kontinuierliche Auseinandersetzung über mögliche Sichtweisen und Einschätzungen des Verhaltens von Moses.
  - o Diskussion der Bedeutung und der konkreten Möglichkeiten von Strukturen und des Aushandelns von Grenzen.
  - o Erarbeitung von praktischen Vorschlägen, wie der Transfer von in der Therapie erarbeiteten neuen Schritten in die häusliche Umgebung geschehen kann.
  - o Unterstützung der Eltern beim Finden von zeitweiligen Entlastungsmöglichkeiten und geeigneter Perspektiven der Fremd-Unterbringung von Moses in der ferneren Zukunft.

Der 1. Weg der Heilung und Förderung (Bewusstseinsarbeit) konnte aufgrund der eingeschränkten kognitiven und verbalen Entwicklung von Moses nicht besprochen werden.



#### 4.5.2. Modalitäten

Gearbeitet wurde vor allem

- in der erlebniszentriert-stimulierenden Modalität unter aufgreifen von und aufbauen auf der Freude von Moses an Klängen und am Musizieren und am Malen.
- in der übungszentriert-funktionalen Modalität: Bereitstellen von Ritualen und sich wiederholenden Spielformen und Angeboten; Einüben und Einhalten von Regeln beim sorgfältigen Umgang mit Instrumenten.
- in der stützenden Modalität: Geben von „erforderlicher Stütze, Strukturierung, Grenzziehung oder der Krisenintervention“ (Schuch 2000, S. 182), z. B. bei auto- bzw. fremdaggressiven Handlungen oder Wutausbrüchen.
- mit den Eltern in der netzwerkaktivierenden Modalität.

#### 4.5.3. Heilfaktoren

(1) Einführendes Verstehen (EV):

Moses immer wieder durch verbales Benennen, Besingen und Spiegeln seiner Handlungen zeigen, dass er verstanden und so angenommen wird, wie er gerade ist.

(2) Emotionale Annahme und Stütze (ES):

Aufgreifen und einfühlsames Widerspiegeln aller verbalen und musikalischen Ansätze von Moses, auch aggressiver und wilder Handlungen und Spielweisen.

(4) Förderung emotionalen Ausdrucks (EA):

Instrumentales und stimmliches Aufgreifen, Spiegeln und Variieren von Moses' Ideen, Aufgreifen von emotionalen Tönungen in Moses' Spiel durch Improvisationen auf Instrumenten, vor allem auf dem Klavier

(6) Förderung kommunikativer Kompetenzen u. der Beziehungsfähigkeit (KB):

Initiieren und Anbieten von Spielideen zu wechselseitigem „Führen und Folgen“ auf verschiedenen Instrumenten,

(7) Förderung leiblicher Bewusstheit (LB):

Aufgreifen und Widerspiegeln von Bewegungsideen von Moses; Vorschläge zu Bewegungen und Tänzchen zu Musik von der Konserve; Igelballmassagen zu verschiedenen Klangangeboten

(8) Förderung von Lernmöglichkeiten und Lernprozessen (LM):

Regelmäßige Variation des Angebots an Instrumenten, Tonträgern und Spielmöglichkeiten; verbales Reflektieren der durchgeführten Tätigkeiten; Aushandeln von Grenzen

(9) Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und der Gestaltungskräfte (KG):

Wechsel von spiegelndem, variierendem und kontrastierendem Begleiten der Einfälle von Moses – Würdigen von eigenständigen neuen Einfällen und Spielideen

(12) Förderung von Selbst- und Identitätserleben (SI):

Ausdruck von Freude und positiver Rückmeldung über die Handlungen von Moses, Förderung von positiver Selbstattributierung.

#### 4.5.4. Therapeutische Funktionen der Musik

- *Musik als Halt, Rahmen, Gefäß* – Vermitteln der „Erfahrung von Sicherheit, Geborgenheit, Struktur, Orientierung und Halt“ (Frohne-Hagemann u. Pleß-Adamczyk 2005, S. 96), z. B. durch musikalische Rituale in Form von Beginn- und Abschiedsliedern und rezeptive Angebote (Klavierspiel der Therapeutin, das direkt und flexibel auf das Verhalten von Moses eingeht; Einspielen von Musikstücken vom Tonträger, die Atmosphären aufgreifen)
- *Musik als Übergangsobjekt* – „In der Funktion als Übergangsobjekt lassen sich die Instrumente funktionalisieren und untersuchen, ohne dass auf eine Person mit eigenen Gefühlen Bezug genommen werden muss. Dabei können Affekte ausgedrückt werden“ (ebd., S. 100).
- *Musik als Katalysator* – durch aktives Musizieren: „als Katalysator ermöglicht Musik das Ausdrücken und Durchleben von basalen Affekten und Gefühlen...“ (ebd., S. 99).
- *Musik als Intermediärobjekt* – Vermittlung von Gemeinsamkeit im Sinne von geteiltem Interesse an einem gemeinsamen Dritten. „Affektive Nähe wird erleichtert, weil man über das neutrale Dritte Nähe und Distanz regulieren kann“ (ebd., S. 101), Eröffnen nonverbaler Kommunikationsmöglichkeiten.
- *Musik als Ressource* – Freisetzung der musikalischen Potentiale von Moses und Fördern von Kreativität durch gemeinsames Aufgreifen, Variieren und Weiterentwickeln von musikalischen Spielideen.

## 5. Verlauf der musiktherapeutischen Förderung

Seit dem Frühjahr 2008 arbeite ich einmal in der Woche 45 Minuten mit Moses. Die Therapie ist zum Zeitpunkt des Schreibens dieser Arbeit noch nicht abgeschlossen. Die im Folgenden dargestellten Stunden sollen exemplarisch den Verlauf der Arbeit von Mai 2008 bis Mai 2009 dokumentieren.

### 5.1. Setting

Im Therapie-Raum steht ein Klavier, eine große Djembe sowie 5 – 7 Kleinpercussion-Instrumente, deren Angebot variiert wird: ein bis zwei verschiedene Trommeln, Glockenspiel und/oder Kalimba, ein bis zwei lang klingende Instrumente (Fingerzimbeln, Becken, Klangschale, Triangel), Klanghölzer, Rasseln, Flöten, Regenrohr. Einige der Instrumente sind doppelt vorhanden, damit ich Handlungen von Moses spiegeln kann. Im Raum befindet sich weiterhin ein Tisch mit Stühlen, auf dem Din-A-2-Bögen, Wachs-Kreiden und Wachs-Blöcke liegen. Außerdem stehen im Raum ein Sofa sowie zwei Hocker, die zur Begrüßung und zum Abschied in der Mitte des Raumes einander gegenüber und dann an die Seite gestellt werden. Die meisten Stunden zeichne ich mit einem kleinen Aufnahmegerät (Zoom H2 Simple Recording Guide) auf, um sie hinterher abhören zu können.

### 5.2. Phasen der Therapie und exemplarische Stunden

#### Stunde 1 – 7 (Mai bis Anfang Juli 2008):

Die Stunden laufen alle ähnlich ab: Moses geht als erstes an den Tisch und möchte malen. Dann möchte er ein Lied von der CD „Der kleine freche Ohrwurm“ (Cornelsen-Verlag 1995) hören, oft mehrmals hintereinander. Wir begleiten es manchmal mit Gebärden, manchmal mit Instrumenten und singen dazu. Im letzten Teil der Stunden geht Moses zu den Instrumenten und experimentiert mit ihnen. Er möchte alleine spielen und nimmt mir häufig Instrumente aus den Händen, wenn ich ihn damit begleite. Auf der anderen Seite verlangt er immer wieder: „Klavier spielen!“ – er will, dass ich am Klavier improvisiere, z. B. während er malt oder im Raum umher geht.

#### 4. Stunde:

- Moses will gleich ins Zimmer stürmen und sofort zum Malen gehen, aber ich nehme ihn an die Hand und gehe mit ihm zu den in der Mitte des Raumes stehenden Hockern und stimme das Begrüßungslied an. Moses singt gleich mit. Wir singen eine Strophe für ihn und eine für mich.
- Auf die Frage, was er machen möchte, zeigt Moses auf die Djembe, überlegt es sich aber doch anders und geht zum Malen an den Tisch. Er stellt sich die beiden Schachteln mit Stiften und Wachs-Blöcken hin und malt als erstes ein rotes Viereck mit der Wachskreide und dann darum herum mit dem gelben Wachsblock. Er lässt mit dem Wachsblock auf der Tischplatte Brumm-Geräusche entstehen. Ich kommentiere singend, was er macht: Die Kreide, die macht brumm, brumm, brumm - das ist wirklich gar nicht dumm. (EV, EA) Moses greift das Lied auf und singt mit, freut sich, wenn ich das brrrumm mit deutlich rollendem R singe und schaut immer wieder lachend zu mir. Dann

fängt er an, die Tesa-Krepp-Streifen, mit denen ich die Blätter fixiert habe, abzureißen. Ich frage, ob er mit dem Malen fertig ist. Er antwortet nicht, steht aber vom Tisch auf.

- Moses steht auf, geht im Raum umher und erkundet, was da zu sehen ist. Schließlich setzt er sich auf einen Hocker, zeigt auf die Stereo-Anlage und sagt: „anmachen“. Ich frage ihn, was er hören möchte. Er kann es nicht sagen. Ich lege das erste Lied von der CD „Der kleine freche Ohrwurm“ auf: das „Lied über mich“, in dem verschiedene Körperteile besungen werden. Moses holt sich den Guiro und spielt dazu. Er hört intensiv zu und fängt, als das 2. Mal der Refrain kommt, an mitzusingen. Ich hole mir auch einen Schlägel und einen Guiro, aber er nimmt mir den Schlägel aus der Hand und spielt mit beiden Schlägeln. Oft nimmt er beim Singen Blickkontakt auf. Er schaut hin, wenn ich Bewegungen zur Musik mache und deutet sie auch an. (KG) Als das Lied zu Ende ist, verlangt er, dass wir es noch einmal hören. Ich lege noch mal auf. Moses singt beim Refrain immer und sonst manchmal mit. Er ist sehr intensiv bei der Sache.
- Moses steht auf geht im Raum umher. Zuerst holt er sich die beiden Igelbälle, legt sie aber wieder hin und geht zum Klavier. Er schlägt den höchsten Ton an. Ich schlage den niedrigsten Ton an. Dann spiele ich auf dem Klavier den Refrain des Liedes, das wir vorher auf der CD gehört hatten, (KG) und er lächelt und singt mit. Als ich aufhöre, auf dem Klavier zu spielen, geht er wieder hin, und schlägt hier und dort Töne an (z.B. das A in verschiedenen Tonhöhen) – ziemlich laut und aggressiv. Ich kommentiere singend, was er macht: „Moses spielt ganz laut – plum. Moses spielt schwarze Tasten“ (EV, ES). Ab und zu greife ich seine Töne auf, spiegle sie in einer anderen Höhe oder rhythmisiere sie. (EV, KG) Moses ist sehr intensiv bei der Sache, ohne sich aber durch Blickkontakte auf mich zu beziehen. Vereinzelt greift er Töne, die ich gespielt habe, auf. Er spielt einzelne Töne und Cluster mit aggressivem Gestus, manchmal auch Quinten in gemäßigerer Lautstärke.
- Einige Minuten vor Schluss kündige ich an, dass die Stunde jetzt gleich zu Ende ist. Wir setzen uns auf die Hocker und ich rekapituliere, was wir gemacht haben: du hast gemalt, wir haben gesungen (ich singe den Refrain des Liedes vor), wir haben Klavier gespielt. Ich fordere Moses auf, das mit mir noch einmal zusammen zu sprechen, was er bereitwillig macht (LM). Dann singen wir das Schluss-Lied.
- Ich gehe mit Moses in den Flur und hole seine Schuhe und Jacke. Moses sitzt auf der Treppe. Er ist in einer sehr ruhigen, entspannten Stimmung, schaut sich um, schaut die Bilder an den Wänden an. Der Vater von Moses kommt 4 Minuten zu spät. Ich stimme, bis er Moses abholt, noch ein Lied an, von dem ich weiß, dass er es kennt.

#### Reflektion:

Gearbeitet wurde vor allem in der erlebniszentrierten und teilweise in der übenden Modalität. Mein Eindruck war, dass das Malen zu Beginn der Stunde für Moses die Möglichkeit geboten hat, Sicherheit herzustellen und erst mal eine bekannte Tätigkeit auszuführen, bei der das in-Beziehung-Gehen nicht im Vordergrund steht. Die Musik

hat zunächst Halt und Vorhersagbarkeit geboten (mehrmaliges Hören des Liedes), wobei gemeinsamer Bezug zur Musik nur über Blicke und noch nicht in Form von gemeinsamem Musizieren möglich war. Beim Spielen auf dem Klavier kam es ansatzweise zum geteilten Interesse an einem gemeinsamen Dritten. Ansatzweise hat Moses Affekte und Gefühle auf dem Klavier ausgedrückt. Folgende Heilfaktoren standen im Vordergrund: EV, ES, EA, KG, LM

#### Stunden 8 – 16 (Ende August bis Mitte November 2008):

Wir hatten fast 2 Monate Pause aufgrund der Sommerferien. Moses ist in eine neue Schule gekommen, in der ich nicht mehr mit ihm arbeite. Er verlässt von sich aus den ritualisierten Ablauf der Stunden von vor den Ferien. In der 8. Stunde entwickelt sich zum ersten Mal ein „Führen und Folgen“ in Form eines interaktiven Spiels. Ab der 10. Stunde gibt mir Moses Instrumente in die Hand und fordert mich auf, auf ihnen zu spielen. Er beginnt, mir manchmal Instrumente ans Ohr zu halten und nimmt häufig lächelnden Blickkontakt auf. Gleichzeitig beginnt er ab der 9. Stunde Grenzen auszuweiten und absichtlich Dinge zu tun, von denen er weiß, dass er sie nicht machen soll: Instrumente hinwerfen, auf Instrumente schlagen. Einer der Hocker im Raum wird zum Ort für kleine Auszeiten und zur Klärung der Regeln bestimmt. Ab der 13. Stunde greift Moses das Malen gelegentlich wieder auf.

#### 8. Stunde:

- Anfangs-Lied auf den Hockern – Moses singt mit, lächelt. Auf meine Frage, was er heute machen will, schaut er erst mal eine Weile im Raum um sich, steht dann auf und geht zu den Instrumenten. Er spielt das Becken an – ich antworte mit den Fingerzymbeln – er lächelt und spielt noch ein bisschen weiter auf dem Becken. Dann wendet er sich dem Glockenspiel zu. Er fängt an, ein Lied zu singen, das er aus der Schule kennt: „Wir machen jetzt Musik, Schu bi du“ – ich greife auf und wir singen zusammen (EA).
- Er nimmt sich Schlägel und spielt abwechselnd ziemlich wild auf Djembe und Glockenspiel. Ich kommentiere, zum Teil verbal, zum Teil singend (EV).
- Schließlich gehe ich zum Klavier und imitiere mit Clustern den Rhythmus seines Spiels auf der Djembe (EV). Moses wird rasch auf mein Spiegeln aufmerksam. Er spielt einige Schläge auf der Djembe, schaut zu mir her und wartet auf meine „Antwort“. Ich greife den Rhythmus seiner Folge auf. Nach einer Weile verändere ich seinen Rhythmus leicht (KB). Er hört das sofort und imitiert meinen Vorschlag. Als ich nach einer Weile von den Clustern zu Arpeggien wechsele (KG), antwortet er mit den Schlägeln im Wechselschlag und versucht, mein Spiel zu imitieren. Es ist das erste Mal, dass sich ein intensives, bezogenes gegenseitiges „Führen und Folgen“ entwickelt. Ich äußere Freude und Anerkennung. (SI).
- Nach einer Weile hört Moses auf mit Trommeln. Als ich vom Klavier aufstehe sagt er: „hinsetzen“, „Klavier spielen“. Ich spiele ein Lied, bei dem er sofort mit singt. Dann stimmt er ein anderes Lied an, das ich mit dem Klavier aufgreife. Danach improvisiere ich eine Harmoniefolge mit gebrochenen Akkorden in den Harmonien Tonika, Tonikaparallele, Subdominante, Dominante (KB, KG).

Moses singt die gebrochenen Akkorde mit und spielt dazu den Beat auf der Hand-Trommel. Es entwickelt sich wieder ein bezogenes Zusammenspiel.

- Ich beende, als die Zeit fast um ist. Moses räumt gut mit auf, ich fasse zusammen, was wir gemacht haben (LM), und wir singen das Schluss-Lied. Moses ist entspannt und fröhlich.

Reflektion:

In dieser ersten Stunde nach mehrwöchiger Pause hat Moses einen ganz anderen Ablauf gewählt, als in allen bisherigen Stunden. Der zeitliche Abstand scheint ihm das ermöglicht zu haben. Das Lied „Wir machen jetzt Musik, Schu bi du“, das er von sich aus anstimmt, steht für Erfahrungen mit mir in der Schule: es war das Einstimmungs-Lied in einem musiktherapeutischen Projekt gewesen, das ich in seiner Klasse vor 2 Jahren durchgeführt hatte. In dieser Stunde hat Moses bei Interventionen von mir (verbal, singend, mit Instrumenten) häufig lächelnden Blickkontakt aufgenommen. Es hat sich zum ersten Mal, seit ich mit ihm arbeite, ein „Führen und Folgen“ auf Instrumenten entwickelt. Aus dem ziemlich heftigen und wilden Spiel auf den Instrumenten hat sich ein konstruktives Zusammenspiel entwickelt. Folgende Heilfaktoren standen im Vordergrund: EV, EA, KB, KG, LM, SI.

### 11. Stunde:

- Moses geht nach dem Begrüßungslied gleich zu den Instrumenten und fängt an, mit den Glöckchen und den Fingerzymbeln zu experimentieren. Er wirkt ruhelos und nimmt ein Instrument nach dem anderen. Ich kommentiere verbal (EV). Als er beginnt, heftig mit einem Klanghölzchen auf die Djembe zu schlagen, nehme ich ihm das Hölzchen aus der Hand und fordere ihn auf, sich auf einen der Hocker zu setzen. Ich bespreche mit ihm, wie wir auf der Djembe spielen: mit den Händen oder mit den Schlägeln (LM). Ich stelle die Djembe zwischen uns und frage Moses, ob er lieber mit den Händen oder mit den Schlägeln spielen möchte. Er sagt: „Schlägell!“ und ich gebe ihm welche. Nach kurzem, wildem Spiel mit den Schlägeln auf der Djembe steht er auf, und geht im Raum umher.
- Ich zeige ihm eine kleine Kalimba, die er noch nicht kennt (KG). Er ist sehr entzückt, schaut mich intensiv lächelnd an und probiert sie auch ein bisschen aus. Dann nimmt er sich die Glöckchen, gibt mir die kleine Kalimba in die Hand, und sagt: spielen. Es entwickelt sich ein, intensives, bezogenes Zusammenspiel mit viel Lächeln und Blickkontakten.
- Moses schaut mich an und fordert: „Klavier spielen“. Ich beginne, eine Akkordfolge in ruhigem Tempo zu improvisieren. Er spielt dazu sehr laut mit dem Schlägel auf der Djembe. Ich greife zunächst eine Weile sein Tempo und seine Lautstärke auf (EV, EA). Nach einer Weile gehe ich plötzlich zu leisem Spiel über (KG). Moses merkt es sofort und spielt ebenfalls leise. Ich würdige verbal, dass er gleich gehört hat, dass ich anders spiele. (SI)
- Moses geht weg von der Djembe und nimmt sich zuerst die Klanghölzchen, dann den Guiro. Er beginnt, sie anzuschlagen und dazu zu singen: zuerst Herbstlieder, dann: der Kuckuck und der Esel. Ich imitiere die Klänge, die er auf dem Guiro erzeugt auf dem Klavier (KB).

- Moses setzt sich auf den Boden und lässt verschiedene Schlägel spielerisch auf den Teppich fallen. Ich spiele den Klang, der dabei entsteht, auf dem Klavier nach. Als er das Glockenspiel hoch nimmt und zu Boden fallen lassen will, nehme ich es ihm aus der Hand und bitte ihn, sich auf den Hocker zu setzen. Ich erkläre ihm, dass das Glockenspiel kaputt geht, wenn man es zu Boden fallen lässt (LM). Moses steht auf, nimmt einen Schlägel und schlägt sich mit ihm spielerisch auf den Arm, beißt sich dann in den Arm und sagt: „nicht hauen“, „hauen tut weh“. Ich nehme seine Hände und halte sie eine kurze Weile fest (ES). Dann gebe ich ihm Schlägel und stelle das Glockenspiel vor ihn hin mit der Aufforderung: du kannst *richtig* spielen mit dem Glockenspiel (LM). Er beginnt, Töne und Glissandi zu spielen. Ich begleite ihn dabei mit der Kalimba (KG),

#### Reflektion:

Moses war fröhlich, motiviert aber ein bisschen übermütig. Er hat mich zum Spielen auf dem Klavier und auf der Kalimba aufgefordert, Bedürfnisse an mich ausgedrückt. Er war sehr mit mir in Kontakt, wenn ich gespielt habe: hat gelächelt, mein Spiel immer wieder imitiert und selbst Ideen eingebracht. Zwei Mal stand das Thema „Grenzen“ im Mittelpunkt, als Moses Instrumente destruktiv behandelt hat oder behandeln wollte. Er hat darauf mit dem Echolalieren der Äußerungen von Grenzen setzenden Bezugspersonen in anderen Zusammenhängen reagiert und so eingrenzende Erfahrungen mit relevanten Menschen im Sprechen mit sich selbst aufgegriffen. Er schien damit zu versuchen, die Grenze, die ich ihm gesetzt habe, inhaltlich einzuordnen und hat gleichzeitig durch Autoaggressivität ausgedrückt, dass ihn das in einen Erregungszustand versetzt und er Spannung abführen muss bzw. dass er sich selbst bestrafen will. Ich habe versucht, ihn zu beruhigen, indem ich Körperkontakt aufgenommen habe (Halten seiner Hände), und habe die Regeln (die er eigentlich kennt) geklärt sowie ihm Gelegenheit gegeben, die Instrumente sinnvoll zu benutzen. Er hat diese Gelegenheit wahrgenommen. Folgende Heilfaktoren standen im Vordergrund: EV, ES, EA, KG, KB, LM, SI

#### Stunden 17 – 24 (Ende November 2008 bis Ende Februar 2009):

In fast jeder Stunde spielt Moses wild und laut auf verschiedenen Instrumenten. Sein Spiel wirkt aggressiv. Er scheint heftige innere Impulse und Anspannung auszuleben. Auf der anderen Seite zeigt er häufig stereotypes Umgehen mit Gegenständen, z. B. Drehen von Instrumenten und Schlägeln am Boden. Es kommt eher selten zu interaktivem, bezogenem Spiel.

#### 18. Stunde:

- Moses stürzt sich nach dem Begrüßungslied gleich auf die Instrumente. Er probiert nacheinander Kastagnette, Becken, Kalimba, Glöckchen, Trommel aus und experimentiert damit. Ich sitze daneben, schaue ihm zu und imitiere immer wieder seine Handlungen, z. B. das Kratzen auf den Trommeln (EV). Dabei kommt es einige Male zu intensivem, lächelndem Blickkontakt.
- Moses beginnt, verschiedene Instrumente stereotyp auf dem Boden zu drehen wie Kreisel: Becken, Glöckchen, Klanghölzer, verschiedene Schlägel. Er ist dabei sehr in sich versunken. Ich kommentiere verbal und singend (EV), ohne

dass er sich darauf bezieht. Die Sequenz dauert für mein Empfinden sehr lange. Ich habe das Gefühl, dass Moses sein Ding macht und bei mir stellt sich mit der Zeit Langeweile und Überdross ein.

- Nach einiger Zeit geht Moses zum Klavier und spielt in verschiedenen Lagen den Refrain von „der Kuckuck und der Esel“. Er sucht sich dabei die richtigen schwarzen Tasten. Ich beantworte mit der Blockflöte (EA, KG). Moses nimmt mir die Flöte aus der Hand und bläst selbst hinein. Moses geht eine Weile im Raum auf und ab und bläst in die Flöte, ohne Notiz von mir zu nehmen. Ich imitiere sein Spiel mit verschiedenen Instrumenten (EV), ohne dass er sich darauf bezieht. Schließlich gehe ich zum Klavier und improvisiere eine Weile, ohne Bezug zu ihm zu nehmen. Er läuft zunächst durch den Raum, holt sich einen Schlägel, lässt diesen kurz auf dem Boden kreiseln und wirft ihn dann durch den Raum. Ich fordere ihn auf, sich auf den Hocker zu setzen, nehme den Behälter mit den Schlägeln und stelle ihn hoch aufs Regal. Moses möchte die Schlägel wieder haben, sagt: „dann musst du nach Hause“, „aber nicht schmeißen“, „kannst du es richtig machen - ja“. Ich erkläre, dass es heute keine Schlägel mehr gibt (LM).
- Moses geht zum Tisch und sagt, dass er malen will. Ich hole Papier und Farben. Zuerst sitze ich bei ihm, male auch ein bisschen mit und kommentiere, was er macht (EV), aber er scheint ganz bei sich zu sein. Ich gehe schließlich zum Klavier und improvisiere. Moses malt weiter. Nach einer Weile will er sich ein neues Blatt holen. Ich helfe ihm das fertige Bild wegzulegen und ein neues Blatt vom Block zu reißen. Er sagt: „Klavier spielen“! Ich spiele und er malt weiter (EV). Kurz vor dem Ende der Stunde bitte ich ihn, das Malen zu beenden, räume mit ihm auf und hole die Hocker zum Schlusslied.

#### Reflektion:

Ich hatte in dieser Stunde das Gefühl, dass Moses sehr ruhelos und auf sich selbst bezogen war. Kontakt mit ihm hat sich oft gar nicht oder nur schwer herstellen lassen und es fiel mir schwer, das auszuhalten. Als ich mich daraufhin selbst zurückgezogen und am Klavier improvisiert habe, hat Moses einen Gegenstand geworfen. Es hatte den Anschein, dass er registriert hat, dass ich meine Aufmerksamkeit von ihm abgezogen habe und durch eine provokative Handlung diese wieder erreichen will. Ich habe mich ihm zugewandt und ihm auf der faktischen Ebene Grenzen gesetzt, ohne die Regel zu verbalisieren, indem ich den geworfenen Gegenstand und ähnliche Gegenstände aus seiner Reichweite entfernt habe. Er verbalisierte die Regel selbst („nicht schmeißen“), reflektierte eine Konsequenz (mögliches Ende der Stunde) und formulierte die Bereitschaft, sich regelgerecht zu verhalten. Ich bestand auf der von mir gesetzten Konsequenz, worauf er eine Tätigkeit wählte, die seit Beginn der Therapie für ihn mit dem Gefühl von Berechenbarkeit und Überschaubarkeit verbunden war: Malen. Mir wurde in der Reflektion dieser Stunde bewusst, dass Moses sich möglicherweise als in Beziehung zu mir empfindet, wenn ich ihm einfach nur zuschaue, auch wenn er das weder durch Handlungen noch durch Blicke nach außen deutlich macht und es mir so vorkommt, als mache er „sein Ding“. Folgende Helfaktoren standen im Vordergrund: EV, EA, KG, LM



### Stunden 25 – 32 (März bis Mai 2009):

Es kommt wieder häufiger zu interaktiven Sequenzen. Moses greift Angebote zu Bewegungs-Musik von der CD auf und fordert sie in der Folge häufig ein. Er begleitet die Stücke mit Instrumenten und greift Vorschläge zu Bewegungen und Tänzen auf. In der 28. Stunde kommentiert er erstmals sein eigenes Spiel. Gleichzeitig müssen die Grenzen immer wieder klargestellt und ausgehandelt werden.

### 28. Stunde:

- Seit einigen Stunden berichten die Eltern, dass Moses ein neues problematisches Verhalten zeige: spucken. Moses spuckt schon beim Hereinkommen an der Tür mehrfach. Ich wische ihm mit einem Papiertuch den Mund ab, ohne sonst darauf zu reagieren.
- Moses geht gleich zu den Instrumenten und holt sich die Kalimba, spielt kurz einige Töne darauf. Dann nimmt er die Flöte, reicht sie mir und sagt: „spielen. Ich spiele das Lied vom Kuckuck und vom Esel, das er von sich aus häufig anstimmt (EV). Moses hört zu, singt nicht mit.
- Moses nimmt den Guiro und singt: „Wir machen jetzt Musik Schu bi du“. Ich spiele erst auf der Flöte mit, singe dann auch mit und nehme dazu den anderen Guiro. Moses lächelt mich immer wieder an, wenn ich neue Namen in das Lied einfüge und ist sehr bezogen. Er stimmt das Lied immer wieder von neuem an und beginnt nach einer Weile, beim Singen mit einer Rassel auf die Trommel zu schlagen. Wir klären die Regel: die Rassel ist zum Rasseln da, auf die Trommel schlagen wir mit den Händen oder mit dem Schlägel (LM). Er will das Lied weiter singen und spielt dazu ziemlich laut mit dem Schlägel auf der Röhrentrommel. Ich imitiere ebenfalls laut auf der Bongo (EV).
- Moses hört auf zu singen. Es entwickelt sich ein Wechselspiel auf Röhrentrommel (Moses) und Bongo/Djembe (ich): gegenseitiges Spiegeln und Variieren, ziemlich laut und schnell. Ich kommentiere: „da haben wir ganz schön laut und wild gespielt“. Moses beginnt zu sprechen: „Trom - mel spie - len“ – und trommelt dazu im Rhythmus. Es ist das erste Mal, dass Moses sein eigenes Tun spontan verbal kommentiert. Ich lobe: „toll gesprochen“ (SI) und wir sprechen und trommeln eine Weile gemeinsam. Ich schlage die Erweiterung vor: „Mo - ses spielt die Röh - ren - trom - mel,“ (EA, KG). Moses greift sie auf und wir sprechen zusammen im Rhythmus.
- Moses beginnt, auf dem Glockenspiel zu spielen. Ich greife seine Töne auf dem Klavier auf und singe dazu (EV, EA). Moses nimmt ein Plättchen herunter und spielt mit dem Schlägel darauf. Er spielt abwechselnd auf dem Glockenspiel und experimentiert mit dem Glockenspielplättchen. Ich greife das improvisierend auf dem Klavier auf, besinge seine Aktionen und imitiere seine Geräusche mit dem Plättchen (EV).
- Moses geht vom Glockenspiel weg, nimmt ein Klanghölzchen und schlägt damit auf die Djembe. Ich nehme ihm das Hölzchen aus der Hand, erinnere an die vorher besprochene Regel: „trommeln mit den Händen oder mit dem Schlägel“, und packe die Klanghölzer weg (LM). Er ist wütend und schlägt mit der Hand aufs Glockenspiel. Ich fordere ihn auf, sich auf den Hocker zu set-

zen und frage ihn, was los ist. Er sagt: „das war großer Mist“. Dann will er die Klanghölzer wieder haben. Ich sage, dass sie für heute weg sind. Er versucht, zu verhandeln: „kannst du es richtig machen“. Ich sage, dass er es in der nächsten Stunde richtig machen kann. Daraufhin beißt er sich in den Arm. Ich beiße mich auch spielerisch in den Arm und sage laut: „Ah!“ (EA) Er hört sofort auf, sich zu beißen und sagt auch laut: „Ah!“ Wir wiederholen das laute „Ah!“ im Wechsel. Moses beruhigt sich.

- Ich frage Moses, ob wir noch Musik hören und tanzen wollen. Er bejaht. Ich spiele die Bewegungsmusik ein, zu der wir in den vorhergehenden Stunden schon öfter getanzt haben. Er nimmt sich die Röhrentrommel und spielt dazu. Wir spielen das Stück zwei Mal ab. Ich spreche in den rhythmischen Pausen der Musik wieder laut „Ah“ (EA). Moses greift das nicht auf, schaut mich aber erwartungsvoll an, wenn die Pause kommt. Als ich Bewegungen zur Musik mache, greift er diese auf (LB). Als ich sage, dass wir Schluss machen müssen, spuckt er auf den Boden und zieht seine Socken aus.
- Ich bitte ihn sich auf den Hocker zu setzen und seine Socken wieder anzuziehen. Das Spucken ignoriere ich. Wir singen das Abschlusslied und rekapitulieren, was wir gemacht haben (LM).

#### Reflektion:

Moses hat in dieser Stunde von Anfang an das gemeinsame Spiel mit mir gesucht und ist dabei sowohl auf mich zugegangen als auch bereit gewesen, Vorschläge von mir aufzugreifen. Er hat erstmals begonnen, sein Spiel durch rhythmisches Sprechen zu kommentieren, über sich selbst zu sprechen. Andererseits kam es zu Regelverletzungen, auf die ich zunächst mit Klärung der Regel, dann mit Entfernen des nicht regelgerecht benutzten Instruments reagiert habe, da es meiner Einschätzung nach trotz der Beteuerung, es richtig zu machen, zu weiteren Regelverletzungen gekommen wäre. Moses hat darauf mit Autoaggressivität reagiert. Ich habe ihm einen Vorschlag gemacht, seine innere Spannung anders abzuführen, indem ich seine autoaggressive Handlung spielerisch angedeutet, dazu aber laut einen Vokal gesprochen habe. Er hat das sofort aufgegriffen und es machte den Eindruck, dass er dadurch seine Anspannung und seinen Ärger loslassen kann. Zum Spucken, der von den Eltern geschilderten derzeitigen problematischen Verhaltensauffälligkeit, kam es nur vor Beginn der Stunde und einmal gegen Ende, als Moses noch keine Lust hatte, die Stunde zu beenden. Folgende Heilfaktoren standen im Vordergrund: EV, EA, KG, LB, LM, SI

#### 31. Stunde:

- Als neues Instrument steht heute die Klangschaale mit einem Schlägel bei den Kleinpercussion-Instrumenten. Moses will sich nach dem Begrüßungs-Lied sofort die Klangschaale holen, sagt aber gleichzeitig, dass er jetzt die Musik von der CD hören will. Ich nehme die Klangschaale in die Hand und sage zu ihm, dass wir zuerst die Musik hören, und dann die Schale ausprobieren wollen (LM). Er akzeptiert etwas widerwillig.
- Ich stelle die CD, die er von den letzten Stunden kennt, an. Zur Musik probiert er verschiedene Instrumente aus. Als ich mir die kleine Holzblocktrommel

nehme, will er sie sofort auch haben. Auf meine Frage, ob ich auch mitspielen soll, gibt er mir den Schellenring in die Hand. Wir schlagen gemeinsam den Rhythmus zum Stück von der CD (EV).

- Als die Musik zu Ende ist, bitte ich Moses, sich mir gegenüber auf einen Hocker zu setzen, um mit ihm gemeinsam die Klangschale auszuprobieren, mit der er noch nie gespielt hat. Ich zeige ihm, wie er die Schale auf der einen Hand halten und mit der anderen anschlagen kann, und wie man den Ton mit der Hand abdämpft (LM). Er probiert die Möglichkeiten eine Weile allein aus und hört aufmerksam zu, wie lange die Schale klingt. Dann beginnt er, rhythmisch auf der Schale zu spielen und singt dazu das Lied von der Vogelhochzeit mit seinen vielen Strophen. Nach jeder Strophe lauscht er auf das Ausklingen der Schale. Als ich nach einigen Strophen frage, ob ich mitsingen soll, sagt er zunächst: „nicht singen!“, fordert mich dann aber doch auf, zu singen und den Refrain zu klatschen. Das Klatschen ist ihm sehr wichtig. Er fängt an, Strophen zu singen, bei denen er den Text nicht richtig kann und bedeutet mir mimisch, dass ich den Text richtig singen soll. Als ich nach der letzten Strophe sage, dass das Lied nun zu Ende ist, lässt er die Klangschale zu Boden fallen. Ich bespreche mit ihm die Regel: „du kannst sagen, wenn wir noch weiter singen sollen, und wenn das Lied fertig ist, legst du die Schale richtig auf ihr Kissen“ (LM). Moses akzeptiert meinen Vorschlag, die letzten 3 Strophen noch mal zu singen und legt die Schale dann richtig weg.
- Er steht auf, holt sich die Holzblocktrommel und beginnt, singend im Raum auf und ab zu gehen – mit Ausnahme einiger Blickkontakte ganz auf sich selbst bezogen. Er singt ständig dasselbe Lied. Ich gehe ans Klavier, greife die Harmonien des Liedes auf und umspiele die Melodie (EV, ES). Als ich nach einiger Zeit zu etwas anderen Harmonien wechsele (EA, KG), wird Moses aufmerksam und beginnt, meine Töne singend aufzugreifen und sein stereotyp gesungenes Lied zu verlassen. Er versucht, die gebrochenen Akkorde, die ich spiele, ohne Text mitsingen. Als ich nach einer Weile mit dem Klavierspiel aufhöre, geht er weiter auf und ab, singt verschiedene Töne und schlägt auf die Holzblocktrommel.
- Schließlich beginnt er, weiter auf und ab gehend, ein anderes Lied zu singen und auch dieses ständig zu wiederholen. Er wirkt auf mich zunehmend getrieben und angespannt. Ich schaue eine Weile zu, hole dann die Djembe und greife den Rhythmus seines Liedes auf (EV, ES). Er zeigt durch Blicke, dass er das registriert. Ich beginne, sein Tun zu besingen (EA), er greift gelegentlich meine gesungenen Worte auf und geht weiter schnell und rastlos auf und ab.
- Als ich mich wieder ans Klavier setze und sein Lied begleite (EV, ES), legt er sich plötzlich aufs Sofa. Er beginnt, auf dem Hartgummi-Schlägel der Holzblocktrommel herum zu beißen. Sein Verhalten wirkt auf mich regressiv. Nach kurzer Zeit höre ich auf zu spielen, setze mich zu ihm und streiche ihm über den Rücken (LB). Ich nehme ihm den Schlägel aus dem Mund und lege eine CD mit dem 2. Satz des Klarinettenkonzerts von Mozart auf, eine Musik, die Moses aus Entspannungsphasen in der Schule kennt (ES). Ich massiere dann seinen Rücken mit dem Igelball (ES), was er akzeptiert. Als die Stunde zu En-

de ist, beende ich die Massage, bitte Moses, aufzustehen und wir singen unser Schlussslied.

#### Reflektion:

Moses' hat ein neues Instrument kennen gelernt und war in der Lage, sein Bedürfnis, auf ihm zu spielen zunächst ohne große Probleme zurückzustellen. Beim Ausprobieren des Instruments war er aufmerksam und interessiert. Nach einer Regelverletzung war er nach Klärung der Regel bereit, diese einzuhalten. Sein anschließendes länger andauerndes stereotypes Singen und Hin- und Herlaufen hat auf mich angespannt und innerlich unruhig gewirkt. Ich habe versucht, ihm durch Aufgreifen und Variieren seines Gesangs auf der melodischen Ebene (Klavier, Stimme) und auf der rhythmischen Ebene (Djembe) musikalisch zu begegnen. Moses ist immer wieder auf meine Beziehungs-Angebote eingegangen, aber zunächst weiter ruhelos geblieben. Dass er sich schließlich hingelegt und regressiv verhalten hat, war für mich Ausdruck davon, dass er die innere Anspannung loslassen und sich entspannen konnte. Ich habe ihn dabei durch rezeptive musikalische und taktile Angebote zu unterstützen versucht, die er akzeptiert hat. Folgende Heilfaktoren standen im Vordergrund: EV, ES, EA, KG, LB, LM

#### Anmerkung:

Die musiktherapeutische Arbeit mit Moses ist noch nicht abgeschlossen. Dieses Journal dokumentiert die Erfahrungen, die in den ersten 35 Stunden in der Zeit von April 2008 bis Juni 2009 gemacht wurden.

## **5.2. Elternarbeit**

Mit den Eltern von Moses wurden zu Beginn der Therapie in einem „Therapievertrag“ die Bedingungen der Therapie festgelegt. Es haben ca. alle zwei bis drei Monate Eltern-Gespräche stattgefunden. In ihnen wurde der Verlauf der Therapie skizziert und mit den Eltern die Entwicklungen besprochen, die mir aufgefallen waren. Die Eltern haben ihrerseits berichtet über die Lage zu Hause und in der Schule.

Themen waren einerseits die Entwicklung von Moses in Bezug auf Relationalität und Kommunikation in musikalischer sowie verbaler Hinsicht und Beobachtungen der Eltern, wie Moses Inhalte aus der Therapie zu Hause einbringt. Andererseits stand das Thema: Umgang mit Regeln, Aushandeln von Grenzen in der therapeutischen Situation und zu Hause häufig im Mittelpunkt der Diskussion. Hierbei kam es zu unterschiedlichen Schwerpunkt-Setzungen und gelegentlich zu kontroversen Auseinandersetzungen zwischen den Eltern. Während es der Mutter hauptsächlich auf das Bewältigen schwieriger häuslicher Situationen und „dass beide Eltern am gleichen Strang ziehen“ ankam, war dem Vater das Gelingen oder Nicht-Gelingen von schulischer Integration von autistischen Kindern und Jugendlichen im Allgemeinen und von Moses im Besonderen wichtig.

Immer wieder wurde deutlich, welche schwere Herausforderung der Alltag mit Moses für das physische und psychische Befinden der Eltern und das häusliche Leben darstellt. Es war und ist mir wichtig, sie dabei zu unterstützen, Zukunftsperspektiven für Moses und für sich selbst zu entwickeln. Angesichts meiner Beobachtung, wie heftig sie durch den Alltag mit Moses immer wieder herausgefordert sind, und wie sich die Belastung über die Jahre hinweg summiert und eher noch weiter zunimmt, je älter

Moses wird, gewinnt die Diskussion von Möglichkeiten der Entlastung im Sinne des Findens von zufrieden stellenden Unterbringungs- und Fördermöglichkeiten von Moses außerhalb der Familie an Bedeutung.

Mit den Eltern wurde im Juni 2009 nach 35 Therapiestunden ein Gespräch über den Fortgang der therapeutischen Arbeit geführt. Die Eltern haben zum Ausdruck gebracht, dass ihnen der therapeutische und musikalische Raum wichtig ist, den ich Moses anbiete. Gleichzeitig schätzen sie den Austausch und gegebenenfalls auch meine Beratung bezüglich häuslicher und perspektivischer Probleme. Sie haben den Wunsch geäußert, dass die musiktherapeutische Arbeit fortgesetzt werden soll.

## 6. Entwicklung des Klienten im Verlauf der Therapie

Moses hatte mit mir aus der Schule schon eine mehrjährige Geschichte. Trotzdem schienen die unbekannteren Räumlichkeiten in der Therapie, das andere Setting und meine gegenüber der Schule unterschiedliche Rolle ihn zunächst zu verunsichern. Obwohl er laut Erzählungen der Eltern immer sehr gerne zu den Therapiestunden geht, hatte es in der ersten Zeit für mich den Anschein, dass er häufig Sicherheit und Vorhersagbarkeit sucht: er hat oft gemalt – malen mit mir kannte er einerseits sehr gut aus der Schule, andererseits war es eine Tätigkeit ohne die Notwendigkeit unmittelbarer Kontaktaufnahme. Er wollte gerne Musik von der CD hören, häufig mehrmals hintereinander – ebenfalls eine Handlung, bei der er nicht in Beziehung treten musste. Die Instrumente haben ihn von Anfang an sehr interessiert und er hat mit ihnen exploriert und verschiedene Möglichkeiten gesucht, sie zum Klingen zu bringen. Allerdings wollte er zunächst nicht gemeinsam mit mir auf den Instrumenten spielen. Sie hatten für ihn eher die Funktion von Übergangsobjekten und haben es ihm ermöglicht, sich selbst zu spüren und wahrzunehmen, dass ich mit meiner Aufmerksamkeit bei ihm bin, ohne direkt gemeinsam mit mir zu handeln. Klavierspiel von mir hat er immer wieder eingefordert, z. B. als Hintergrundmusik zum Malen. Seine Aufmerksamkeit war aber hauptsächlich gerichtet auf sein eigenes Tun. Ich hatte die Rolle, Zeugin zu sein und ihm Möglichkeiten dafür bereit zu stellen (Malblatt aufkleben, den CD-Player anstellen). Meine Klavier-Improvisationen schienen ihm Halt zu geben: „In ihrer Haltefunktion stellt Musik einen Rahmen oder einen Container (ein Gefäß) bereit, der Sicherheit und Stütze für unter Umständen bewegt ablaufende seelische Prozesse bietet. Die Struktur- und Haltefunktion der Musik ist die Grundlage für alle anderen therapeutischen Funktionen“ (Frohne-Hagemann u. Pleß-Adamczyk 2005, S. 96).

Im Bereich der Relationalität war im Verlauf der Therapie eine deutliche Entwicklung festzustellen:

- *Konfluenz*: Immer wieder gab es Momente 'positiver Konfluenz', in denen Moses mit mir zusammen auf Instrumenten improvisiert oder mit mir gesungen hat, und ganz selbstverständlich mit Blick und Handlung bei mir war. Mein Eindruck war häufig, dass er in der musiktherapeutischen Arbeit „Grundvertrauen“ aufbaut und dass mein aufmerksames „bei ihm sein“ ihn stabilisiert.
- *Kontakt*: Im Lauf der Zeit hat Moses begonnen, während des Spiels auf Instrumenten oder beim Anhören von Musik immer wieder intensiven, lächelnden Blickkontakt zu mir aufzunehmen. Es hat auf mich so gewirkt, als wolle er die Freude, die er an den Tönen hatte, mit mir teilen, und als erwarte er eine

Reaktion, die seine Freude bestätigt. Zunehmend war er in der Lage, mich als eigenständigen Anderen wahrzunehmen, und sich auf mich zu beziehen.

- *Begegnung*: Immer häufiger war „joint attention“, geteilte Aufmerksamkeit möglich. Moses begann, mir Instrumente in die Hand zu geben mit der Aufforderung, auf ihnen zu spielen, oder hielt mir Instrumente ans Ohr. Die Musik und die Instrumente hatten hier die Funktion von Intermediärobjecten: „Indem Therapeut und Kind ... ihre Instrumente dialogisch klingen lassen, kann eine Beziehung zum Gegenüber aufgebaut und ein gemeinsames Interesse auf angstfreie Weise geteilt werden.“ (ebd., S. 101). Moses ließ sich zunehmend auf interaktives Musizieren in direkter Beziehung zu mir ein, bei dem es zu wechselseitigem „Führen und Folgen“, zum gegenseitigen Aufgreifen vor allem von Rhythmen, aber auch von Klängen und Melodien kam.
- *Beziehung*: Moses kommt sehr gerne zu den Therapiestunden, was er immer wieder durch deutlichen Ärger und Frustration ausdrückt, wenn ich die Stunden mit ihm beenden muss. Nach Auskunft seiner Eltern ist die wöchentliche Therapiestunde bei mir eine feste Größe in seinem Alltag geworden. Gelegentlich verlangt er, wenn zu Hause die Rede von mir ist, zur „Musikstunde“ zu gehen.

Ausdruck und Kehrseite dieser wachsenden Sicherheit in der Beziehung war einerseits das Austesten von Grenzen: immer wieder hat Moses absichtlich Regeln verletzt (hauptsächlich beim Umgang mit den Instrumenten) und geschaut, wie ich darauf reagiere. Andererseits war es ihm zunehmend möglich, aggressive Impulse und innere Spannung durch heftiges Spiel vor allem auf den verschiedenen Trommeln auszuleben. Hier hatte die Musik die Funktion eines Katalysators: „Die Katalysatorfunktion der Musik wirkt durch die Parameter der Musik insofern, dass das Kind den Spannungsaufbau und -abbau in der Musik mit den eigenen Seelenbewegungen verbindet und entsprechend regulieren lernt“ (ebd. S. 99). Dabei konnte Moses sich auf Regulierungsangebote meinerseits, z. B. durch Widerspiegeln und Modifizieren seiner Impulse, oder durch Kommentieren seiner Handlungen mit der Stimme zunehmend einlassen. Übungszentrierte und stützende Phasen waren immer wieder die Voraussetzung dafür, dass Moses sein kreatives Potential und seine Ausdrucksfähigkeit entfalten konnte.

Insgesamt hat Moses gute Fortschritte im Bereich der Kommunikation gemacht: Zunächst hat er insgesamt wenig und verbal kaum mit mir kommuniziert, sondern hauptsächlich über Gesten Bedürfnisse ausgedrückt. Zunächst über die Musikinstrumente und später über gemeinsames Tanzen kam es zunehmend zu nicht-verbalem Austausch über Freude an der Musik und über gemeinsames Tun. Dieses gegenseitige Austauschen und gemeinsame Gestalten von musikalischen Einfällen wurde durch das beginnende Verbalisieren von Bedürfnissen und Befindlichkeiten erweitert. Der Beginn von eigenständigem Kommentieren seiner Handlungen ist für Moses ein großer Schritt bei der Entwicklung seiner kommunikativen und verbalen Kompetenzen und eine Bewegung hin zur Selbstbeobachtung.

Die Schritte von Moses in der Persönlichkeitsentwicklung würde ich so beschreiben: Nach wie vor herrschen archaische Formen von Selbst, Ich und Identität vor. Die autistische Störung setzt der Entwicklung und Entfaltung einer reifen Persönlichkeit Grenzen. Dennoch hat Moses im Lauf der musiktherapeutischen Arbeit deutliche Entwicklungsschritte vollzogen. Zum einen betreffen diese wie bereits beschrieben

den Bereich von Intersubjektivität und Bezogenheit. Zum weiteren wurden verschiedene Ich-Funktionen entwickelt wie z. B. bewusstes Erinnern, etwa beim Rekapitulieren des Erlebten jeweils am Ende der Stunden, aber auch von einer Stunde zur anderen: häufig verlangte Moses zu Beginn einer neuen Stunde nach dem Instrument, mit dem er in der Vorwoche gespielt hatte. Moses war außerdem immer wieder ansatzweise zu Selbstbeobachtung in der Lage, was vorher nicht der Fall gewesen war. „Musik kann hier als eine Art „Selbst in actu“ ermöglichen, mit Hilfe des Ich sich selbst (dem eigenen Selbst) im Außen zu begegnen. Das ist der erste Schritt in Richtung Identitätsbildung“. (ebd., S. 52). „Wenn der Mensch ... in seinen intersubjektiven Interaktions- und interaffektiven Fähigkeiten gestört ist, kann Musik helfen, sich selbst *und* den Anderen zu hören. Interaffektivität kann musikalisch als symbolische Berührung des „Ich höre uns“ erlebt werden. Ziele sind: Sich und den Anderen besser wahrzunehmen, die Nähe-Distanz-Balance zu erfahren und sich im Teilen von Gefühlen zu erproben sowie sensorische mit symbolischer Erfahrung zu verbinden.“ (ebd., S. 52/53). Die Identitäts-Entwicklung und Selbst-Wahrnehmung wurde außerdem zu fördern versucht durch das bewusste Kommentieren von Handlungen und das gemeinsame Sprechen von positiven Selbst-Attributionen. Destruktive und auto-aggressive Handlungen waren insgesamt gesehen in den Therapiestunden wesentlich seltener zu beobachten als in den Zeiten vor der Therapie. Aggressive Handlungen und heftige Wutausbrüche kamen gar nicht vor.

Insgesamt gesehen hat Moses eine Vielzahl von komplexen Lernschritten im Bereich der Entwicklung seiner psychischen, sozial-interaktionalen und kognitiven Strukturen vollzogen. Im performanz-orientierten Vorgehen der musiktherapeutischen Förderung, in dem „Modellverhalten und Imitationsmöglichkeiten, Möglichkeiten zu synchronisierten Aktionen“ (Sieper und Petzold 2002, S. 26) geboten werden, wurde es ihm in guten Phasen immer leichter und selbstverständlicher möglich, seine Handlungen mit denen der Therapeutin zusammen zu bringen. „Im Aufbau und im Fungieren des Leibgedächtnisses spielen **Synchronisierungsprozesse** zwischen Menschen eine bedeutende Rolle. Eigenleiblich vollzogene und beobachtete Verhaltensweisen werden aufgenommen und zur Grundlage des Lernens und Metalernens“ (ebd. S. 28).

## 7. Eigene Erfahrungen im Verlauf der Therapie

Mein Ausgangspunkt zu Beginn der musiktherapeutischen Arbeit war eine 4-jährige Arbeit mit Moses in einem pädagogischen Umfeld: der Schule. Dort hatte verhaltenstherapeutisch orientiertes, übendes Arbeiten im Vordergrund gestanden. Ziel war gewesen, auf der Grundlage verhaltenstherapeutischer Herangehensweisen Verhaltensauffälligkeiten und das Lernen behindernde Stereotypen abzubauen und Interesse an neuen Tätigkeiten, in der Gemeinschaft „sinnvolle“ Handlungen und sozial verträglichen Verhaltensweisen aufzubauen „auf dem – zuweilen durchaus mühevollen – Weg der ‚Einübung in ein anderes Denken, Fühlen, Wollen und Handeln‘ durch ein Üben, *anders zu denken, zu fühlen, zu wollen und zu handeln*, damit *neue Wege* gebahnt werden: in den neuronalen Prozessen auf cerebraler Ebene genauso wie im Leben des Alltags“ (Petzold u.a. 2005, S. 337).

Im Unterschied zur Arbeit im pädagogischen Bereich hatte ich in der Therapie keine von außen vorgegebene inhaltliche und zeitliche Taktung durchs Unterrichtsgesche-

hen und die schulischen Abläufe sondern eine begrenzte Zeitspanne, in der Moses bestimmen konnte, was er selbst tun wollte. Auch bei den Zielen gab es unterschiedliche Schwerpunkte. Zwar war Beziehungsverhalten und Kommunikation ebenso in der Schule wichtig gewesen, in der Therapie standen sie im Mittelpunkt. Im therapeutischen Prozess selbst und in der Reflektion hinterher wurde mir deutlich, welche zentrale Bedeutung der Heilfaktor „Einfühlerndes Verstehen (EV)“ bei der Arbeit mit Moses hat. Immer wieder war zu spüren, wie sehr er „auf soziale Vergewisserungen seiner Wirklichkeitswahrnehmung und Selbstwahrnehmung“ (Wernet 2003, S. 113) angewiesen ist. So wurde es in der Therapie notwendig, die bisher eingespielten Rollen zu reflektieren und zu verändern – ein Prozess, der in Gruppen- und Einzelsupervision häufig Gegenstand der Diskussion war.

Themen dabei waren:

- Wie gehe ich um mit längeren Phasen, in denen Moses sich überhaupt nicht auf mich zu beziehen scheint?
- Warte ich auf Handlungs- und Spiel-Ideen von Moses oder mache ich Angebote?
- Wann interveniere ich und wann nicht, z. B. beim stereotypen Hantieren mit Gegenständen?
- Woran liegt es, wenn es nicht gelingt, mit Moses in Beziehung zu kommen? Sind die Stereotypen an diesem Tag besonders stark oder habe ich es nicht richtig geschafft, ihn so anzusprechen, dass ich ihn erreiche?
- Wie kann Impulskontrolle aufgebaut werden?
- Wie können Affekte reguliert werden?
- In Bezug auf welche Verhaltensweisen müssen Grenzen ausgehandelt werden?

Diese Fragen haben sich immer wieder von neuem in unterschiedlichen Situationen gestellt und die Antworten mussten je nach Situation immer wieder neu gesucht werden, je nach Tagesform von Moses oder Verfassung von mir selbst.

Das bewusste Wahrnehmen und Reflektieren von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen hat viel Raum eingenommen. Ich habe mich einerseits gefragt: Wenn Moses sich gar nicht auf mich bezieht: nehme ich es ihm übel, fühle ich mich missachtet, nicht wahrgenommen? Wie gehe ich um mit Phasen, in denen mir langweilig ist, weil Moses immer wieder dieselben Lieder anstimmt? Ziel dabei war, vorhandene Eigenproblematik zu erkennen und zu bearbeiten: „In der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen kommt der „Übertragung des Therapeuten“ entscheidende Bedeutung zu. Es handelt sich hierbei um eine unbewusste, in der Eigenproblematik des Therapeuten gründende, notorische Übertragungsdynamik, die in der Beziehung zum Kinde ausagiert wird.“ (Petzold 1993, S. 1130) Andererseits habe ich im Verlauf der Therapie zunehmend versucht, zu spüren und in Worte zu fassen: wie wirkt Moses heute auf mich? Welche Befindlichkeiten und Bedürfnisse drückt er durch sein Verhalten aus? Was vermittelt er mir? Ich habe versucht, diese Gegenübertragungsreaktionen als „Seismograph des therapeutischen Geschehens“ (Petzold 1980, S. 270) zu betrachten und meine Interventionen dadurch leiten zu lassen. Immer besser ist es mir gelungen, Moses in einer Haltung „partiellen Engagements“ zu begegnen: „In der Kindertherapie muss der Therapeut auf das Regressionsniveau des Kindes herabsteigen, um mit ihm kommunizieren zu können und



doch gleichzeitig Erwachsener bleiben“ (Petzold 1993, S. 1130). Auch diese Fragen wurden in Einzel- und Gruppensupervision bearbeitet.

Grundsätzlich waren die Themen „Struktur geben“ und „Grenzen“ in der musiktherapeutischen Arbeit sehr wichtig. Das Bereitstellen von Strukturen in Form von Vorschlägen und Angeboten hat für autistische Kinder meiner Erfahrung nach große Bedeutung, da sie einerseits zum eigenständigen Strukturieren von Situationen oft nicht oder nur wenig in der Lage sind, andererseits durch klare Vorgaben Sicherheit und Orientierung erfahren. Das begann mit dem inhaltlichen Angebot, das ich Moses gemacht habe. Vor den Stunden habe ich mich z. B. gefragt: Mit welchen Instrumenten kann Moses heute allein etwas anfangen? Wo braucht er Hilfe oder Unterstützung bei der Impulskontrolle? Was würde ihn überfordern? Das Bestimmen der „Zonen der nächsten Entwicklung“ (Vygotsky) war ein sehr kleinschrittiger Prozess, der immer wieder überprüft oder revidiert werden musste. Insgesamt wurde es im Verlauf der Therapie eher weniger notwendig, Initiativen zur Strukturierung der Stunden zu ergreifen, als zu Beginn (außer an Tagen, an denen Moses sehr angespannt oder nicht ganz gesund war). Ich habe stattdessen durch leises gesprochenes oder gesungenes Kommentieren vermittelt: „Ich bin hier und sehe dich, höre, was du machst - ich nehme dich wahr“ oder durch Spiegeln ausgedrückt: „das machst du gerade“ und mich so als Zeugin in Beziehung zu seinem Tun gesetzt. Die Heilfaktoren „Einfühlendes Verstehen (EV)“ und „Emotionale Annahme und Stütze (EA)“ haben breiten Raum eingenommen – nicht auf der verbalen Ebene, sondern in Form des aktiven, aufmerksamen, bewussten Dabei-Seins. „Das Sich-in-Beziehung-setzen des Therapeuten zum Patienten schafft eine Konstellation, in der dieser jenseits aller Zurückgezogenheit oder allen Widerstandes, in Beziehung gebracht wird. Er kann nicht umhin, in einer solchen Situation zu ko-respondieren und sei es nur, dass er durch sein Verhalten zeigt, dass er nicht aktiv in Begegnung und Auseinandersetzung eintreten will“ (Petzold 1980, S. 243) Auch das hat Moses mir immer wieder deutlich signalisiert, indem er mir Instrumente aus den Händen genommen hat.

Das Thema „Grenzen“ wurde dann bedeutungsvoll, wenn Moses Instrumente geworfen oder destruktiv behandelt hat. „Therapie wird wie Erziehung im Integrativen Ansatz als „Handeln um Grenzen“ gesehen. Dem Kind werden keine starren Grenzen gesetzt, sondern die Grenzen bleiben in der Regel „verhandelbar“. In diesem Prozess lernt das Kind Grenzen des Erwachsenen kennen und zu akzeptieren und erfährt die Akzeptanz seiner eigenen Grenzen. „Grenzkonflikte“ werden ausgetragen, indem Positionen verdeutlicht werden und revidierbar bleiben.“ (Petzold 1993, Fußnote S. 1148). Auszuhandeln, in welcher Art und Weise die Grenze gesetzt wird, war ein wichtiger gemeinsamer Lernprozess. Je nach Verfassung von Moses bestanden meine Interventionen in „Klärung der Regeln“, „Geben von Hilfen/Körperprompts bei der betreffenden Handlung“, „Entfernen der nicht sachgemäß behandelten Instrumente für kürzere oder längere Zeit“, „Veränderungen in der Situation durch alternative Angebote“. Das Eingrenzen von länger andauerndem stereotypem Verhalten fand ich dann sinnvoll, wenn ich den Eindruck hatte, dass Moses in der Stereotypie immer angespannter und ruheloser wird. Am sinnvollsten habe ich dabei gelungene Versuche meinerseits empfunden, die Stereotypie aufzunehmen und zu variieren. Immer wieder konnte sich Moses darauf einlassen und aus der Anspannung herausfinden. Die bei schlechter Verfassung gelegentlich auftretenden autoaggressiven Handlungen habe ich zunehmend durch Andeuten einer Spiegelung in Verbindung mit dem Einsetzen von Stimme oder anderen Körperbewegungen (Stampfen, große

Bewegungen mit den Armen) aufgegriffen und Moses dadurch häufig in der Weise erreicht, dass er meine Vorschläge imitiert hat und seine innere Spannung anders als durch Autoaggressivität ausdrücken und loslassen konnte.

Angesichts der eingeschränkten verbalen Möglichkeiten von Moses, Befindlichkeiten, Bedürfnisse und Bezogenheit auszudrücken, hatte „Handeln aus unterstellter Intersubjektivität“ große Bedeutung. Ich habe immer wieder versucht, durch mein Verhalten zu vermitteln, dass ich Moses so wertschätze, wie er ist, und in „empathisch-intuierender Identifikation“ versucht, „*seine* Sicht der Dinge, seine Art des Denkens und Fühlens aufzunehmen“ (Petzold 1993, S. 1080). Oft sind mir nach den Stunden beim Anhören der gemachten Aufnahmen Phasen von intensiver Bezogenheit noch bewusster geworden als wenn ich in den Stunden selbst stark ins Geschehen involviert war.

## **8. Schlussfolgerungen und Ausblick**

„Die spezifischen Manifestationen der für den Autismus charakteristischen Defizite ändern sich mit zunehmendem Alter, jedoch bleiben die Defizite im Erwachsenenalter mit weitgehend ähnlichen Problemen in der Sozialisation, der Kommunikation und der Interessen bestehen“ (Weltgesundheitsorganisation 2005, S. 283). Da bei der autistischen Störung eine völlige Heilung nicht erreicht werden kann und die Entwicklung in der Lebensspanne grundlegend anders aussehen wird als bei sonstigen Entwicklungsverläufen, stellt sich die Frage, welchen Stellenwert therapeutische Arbeit mit Kindern mit frühkindlichem Autismus haben kann. Auf diese Frage sind mir nur Antworten möglich aufgrund der Erfahrungen, die ich in jahrelanger pädagogischer Arbeit mit autistischen Kindern und Jugendlichen sowie in der musiktherapeutischen Förderung im Rahmen der Schule und mit dem in dieser Arbeit beschriebenen Klienten machen konnte. Bei allen Kindern, mit denen ich gearbeitet habe, war für mich deutlich nachvollziehbar, wie unter der isolierenden Ausgangsbedingung der autistischen Behinderung die Lebensumstände, in denen das Kind lebt, förderliche oder auch entwicklungshemmende und Verhaltensauffälligkeiten begünstigende Einflüsse ausüben können. „Auch extreme Verhaltensauffälligkeiten wie Aggressionen, selbstverletzendes Verhalten, Zwänge und Ängste, die die Familien und Kinder schwer belasten, sind Folgen von falschen Lernprozessen“ (Cordes 2006, S. 38). So stellen sich der Therapie Aufgaben in zweierlei Hinsicht: einerseits zu untersuchen, wie durch Beziehungs- und Kommunikationsangebote Isolation gemildert werden und wie andererseits durch übungszentrierte Angebote Lernprozesse, die das Leben in der Gemeinschaft erleichtern, gefördert werden und bereits gelernte destruktive Lerninhalte gelöscht werden können. Durch rein verhaltenstherapeutische, in erster Linie auf die Wahrnehmungsförderung fokussierte Angebote, wie sie häufig in der Autismus-Literatur vertreten werden, wird meines Erachtens zu kurz gegriffen. Meine Arbeit mit Moses hat mir immer wieder deutlich vor Augen geführt, wie wichtig eine beziehungsfördernde und erlebniszentrierte Herangehensweise neben übungszentrierten und stützenden Therapieanteilen sind. So bin ich der Auffassung, dass der Ansatz der Integrativen Therapie in seiner mehrperspektivischen Betrachtungs- und Herangehensweise auch für die Arbeit mit autistischen Kindern viele Möglichkeiten eröffnet, die im rein verhaltenstherapeutischen Vorgehen nicht gegeben sind. Das gilt bei autistischen Kindern, die mit Musik ansprechbar sind, gerade für die *Integrative Musiktherapie*.

Die Schritte, die mein Klient im Verlauf der Therapie gemacht hat, waren oft sehr klein, aber über die Zeit hinweg machen sie für ihn einen großen Unterschied im Vergleich zu seinen früheren Möglichkeiten, sich mit sich selbst und der Welt in Beziehung zu setzen. Die im Verlauf der Therapie gewachsenen Möglichkeiten, mit mir in Beziehung zu treten, Freude am eigenständigen und gemeinsamen musikalischen Handeln zu zeigen und musikalisch wie verbal zu kommunizieren scheinen für ihn Bedeutung zu haben und ihm wichtig zu sein. Nach Auffassung seiner Eltern gibt es zu Hause und in der Schule in stabilen Phasen deutliche Fortschritte bei Sozialverhalten, Kognition und Kommunikation sowie bei der Impulskontrolle zu verzeichnen, wobei der Transfer der in der musiktherapeutischen Förderung gemachten Entwicklungsschritte in den Alltag sicher ein Aspekt neben sonstigen Entwicklungs- und Reifungsprozessen ist. Andererseits sind bei starker Müdigkeit und in gesundheitlich instabilen Zeiten dennoch immer wieder Verhaltensauffälligkeiten zu beobachten, die zwischenzeitlich eher in den Hintergrund getreten waren. Ich selbst sehe die Bedeutung meiner weiteren Arbeit mit meinem Klienten vor allem darin, ihm einen Raum für Begegnung und Austausch über das nonverbale Medium Musik, das Experimentieren mit und Einüben von verbalem Ausdruck sowie die Stabilität und Sicherheit einer in über 6 Jahren aufgebauten Beziehung zur Verfügung zu stellen. Gleichzeitig mache ich ihm immer wieder von neuem kommunikative und relationale Angebote auf neuen Ebenen. Ich bin mir dabei bewusst, dass ich seine Störung nicht heilen, sondern im günstigen Fall lindern und ihn beim Bewältigen von ihm möglichen Entwicklungsschritten unterstützen kann. Insgesamt war und ist der therapeutische Prozess mit einem Jungen mit dem Störungsbild „Frühkindlicher Autismus“ ein „wechselseitiges Experimentieren mit den Möglichkeiten von Beziehung, Nähe, Distanz...“ (Petzold 1980, S. 255), und er stellt mich immer wieder vor neue Herausforderungen.

## **9. Zusammenfassung: Förderung von Relationalität und Kommunikation – Integrative musiktherapeutische Förderung eines Jungen mit dem Störungsbild „Frühkindlicher Autismus“**

In der Graduierungsarbeit werden zunächst verschiedene Hypothesen zur Entstehung und zum Verständnis des Störungsbildes „Frühkindlicher Autismus“ und der damit häufig einher gehenden Verhaltensauffälligkeiten dargestellt. Diese werden zu Aussagen der Integrativen Therapie insbesondere in den Bereichen der Relationalität, der Persönlichkeits-Entwicklung, des informierten Leibes und des komplexen Lernens in Beziehung gesetzt. „Integrative Musiktherapie“ als Methode im Rahmen des Verfahrens „Integrative Therapie“ wird in ihrer Bedeutung für die Arbeit mit Klienten mit „frühkindlichem Autismus“ diskutiert. In der Dokumentation von Diagnostik, Therapie-Planung und der Darstellung des integrativ-musiktherapeutischen Prozesses mit einem 9-jährigen autistischen Jungen über den Zeitraum eines Jahres werden diese Aspekte verdeutlicht. Die Entwicklung des Klienten, die Erfahrungen der Therapeutin und Möglichkeiten und Grenzen Integrativer Therapie beim Störungsbild „frühkindlicher Autismus“ werden reflektiert.

**Schlüsselwörter:** Frühkindlicher Autismus – Integrative Musiktherapie – Relationalität – Persönlichkeits-Entwicklung – informierter Leib.

## **Summary: Support of relationality and communication - integrative music-therapeutic support of a boy with the clinical picture of infantile autism**

The graduation work at first describes several hypotheses concerning causes and the understanding of the disorder appearances of infantile autism as well as the abnormal behavioral disorders frequently occurring together with this syndrome. These hypotheses are brought in relation to the theoretical background of integrative therapy, especially its statements on relationality, personality development, informed body and complex learning.

“Integrative music therapy” as a method within integrative therapy is discussed in its bearing on the work with clients with the clinical picture of “infantile autism”. These aspects are explained in the documentation of diagnostics, planning of the therapy and description of the integrative-music-therapeutic process with a 9 years old autistic boy for the period of one year. The development of the client, the experiences of the therapist and the possibilities and limits of integrative therapy in the work with clients with the clinical picture of infantile autism are considered.

**Keywords:** Infantile autism – integrative music therapy – relationality – personality development – informed body.

## **10. Literatur**

*Baron-Cohen, S. (2008): „Ein spezieller Zustand“. In: Gehirn und Geist 10/2008, S. 72 - 73*

*Bernard-Opitz, V. (2005): Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS). Stuttgart: Kohlhammer*

*Bundesverband „Hilfe für das autistische Kind“ (2002): Diagnose? – Autismus – Was tun? Hamburg: Eigenverlag.*

*Cordes, H. (Hrsg.) (1983): Curriculum des Bremer Projekts. „Hilfe für das autistische Kind Bremen e.V.“ Bremen: Eigenverlag*

*Cordes, R. (2006): Frühe Verhaltenstherapie mit autistischen Kindern. In: Schirmer, B.: Psychotherapie und Autismus. Tübingen: dgvt-Verlag*

*Dzikowski, S. (2000): Frühkindlicher Autismus. Reihe „Kommunikation zwischen Partnern“. „Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V.“ Düsseldorf: Eigenverlag*

*Feuser, G. (1991): Entwicklungspsychologische Grundlagen und Abweichungen in der Entwicklung. Zeitschrift für Heilpädagogik 1991, Heft 7, S. 425 - 441*

*Feuser, G. (2001): Autismus – eine Herausforderung des Mitmensch-Seins. Vortrag am 3.3.2001 in Frankfurt/M.*

*Frith, U. (1992): Autismus: Ein kognitionspsychologisches Puzzle. Heidelberg: Spektrum Akad. Verlag*

*Frohne-Hagemann, I. und H. Pleß-Adamczyk (2005): Indikation Musiktherapie bei psychischen Probleme im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht*

*Helbig-Hamelmann, V. (2007): Spiegelneuronen – ein neuer Erklärungsansatz für autistische Störungen? In: Hilfe für das autistische Kind Bremen (Hrsg.): Autismus. Bremen: Eigenverlag*

*Hirler, S. (2003): Wahrnehmungsförderung durch Rhythmik und Musik. Freiburg: Herder*

*Husheer, E.: Frühkindlicher Autismus – eine Betrachtung unter Aspekten der „Selbstorganisation“. Universität Bremen 1995 – Unveröffentlichte Hausarbeit zur 1. Staatsprüfung*

*Jantzen, W. (1990): Allgemeine Behindertenpädagogik Band 2. Weinheim und Basel: Beltz.*

*Jantzen, W. (2009): Schwerste Behinderung als sinnvolles und systemhaftes Verhalten unter isolierenden Bedingungen anhand der Beispiele Anencephalie, Epilepsie und Autismus. Hauptvortrag bei der Tagung: „Mitten im Leben? Möglichkeiten der Teilhabe von Menschen mit schweren Mehrfachbehinderungen. Veranstalter: Evangelische Stiftung Neuerkerode am 22.10.2009 in Hildesheim*

Müller, L. (1997): Integrative Musiktherapie in der Behandlung eines Kindes mit schwerer, früher Entwicklungs- und Persönlichkeitsstörung. In: Müller, L. und H. Petzold: Musiktherapie in der klinischen Arbeit. Stuttgart – Jena – Lübeck – Ulm: Fischer

Papousek, M. (2007): „Augenblicke“ der Begegnung in den frühen Eltern-Kind-Beziehungen – Entwicklung, Störungen und frühe Hilfen. In: Sieper, J., Orth, I. und Schuch, W.: Neue Wege Integrativer Therapie. Bielefeld und Locarno: Sirius

Petzold, H. G. (1980): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung. Paderborn: Junfermann

Petzold, H. G. (1993): Integrative Therapie Band I bis III. Paderborn: Junfermann

Petzold, H. G. (Hrsg.) (1995): Die Kraft liebevoller Blicke. Paderborn: Junfermann

Petzold, H. G. (2002 a): Integrative Therapie in Kontext und Kontinuum. Vorwort zur überarbeiteten und erweiterten Auflage von Integrative Therapie Band I bis III. Paderborn: Junfermann

Petzold, H. G. (2002 b): Zentrale Modelle und Kernkonzepte der „Integrativen Therapie“. In: POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Amsterdam/Düsseldorf/Krems 2/2002

Petzold, H. G. (2002 j): Der „informierte Leib“ – „embodied and embedded“ als Grundlage der Integrativen Leibtherapie. In: POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Amsterdam/Düsseldorf/Krems 7/2002

Petzold, H. G. (Hrsg.) (2003g): Lebensgeschichten erzählen. Paderborn: Junfermann

Petzold, H. G. (2005 ö): Definitionen und Kondensate von Kernkonzepten der Integrativen Therapie – Materialien zu „Klinischer Wissenschaft“ und „Sprachtheorie“. In: POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Düsseldorf/Hückeswagen 5/2006

Petzold, H. G. (2005 v): Transversale Identität und Identitätsarbeit (Teil 2). In: *Integrative Therapie* 4/2005, S. 373 – 400

Petzold, H. G., Grund, O., Richter, K. u. Schwedland-Schulte, G. (2005): Das Modell des „komplexen Bewusstseins“ der Integrativen Therapie und ihrer Meta-Hermeneutik. In: *Integrative Therapie* 3/2005, S. 327 - 341.

Rüegger, H. (2004): Zur Integration pädagogischer und therapeutischer Interventionen in der Arbeit mit verhaltensauffälligen Menschen mit geistiger Behinderung. In: POLYLOGE Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Amsterdam/Düsseldorf/Krems/Paris 13/2004

Schuch, H. W. (2000): Grundzüge eines Konzeptes und Modells Integrativer Psychotherapie. In: *Integrative Therapie* 2-3/2000, S. 145 - 202

*Sieper, J. u. H. G. Petzold* (2002): „Komplexes Lernen“ in der Integrativen Therapie – Seine neurowissenschaftlichen, psychologischen und behavioralen Dimensionen“ in: *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit*. Düsseldorf/Hückeswagen 10/2002

*Sieper, J., Orth, I. und Schuch, W.* (Hrsg.) (2007): *Neue Wege Integrativer Therapie*. Bielefeld und Locarno: Edition Sirius

*Spitzer, M.* (2005): *Musik im Kopf*. Stuttgart: Schattauer

*Vygotsky, L.* (1987): *Ausgewählte Schriften Bd. 2*. Köln: Pahl-Rugenstein

*Weltgesundheitsorganisation* (2005): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. Bern. Göttingen. Toronto. Seattle: Hans Huber

*Wing, L.* (2007): *Legenden, Mythen, Realität*. In: *Hilfe für das autistische Kind Bremen* (Hrsg.): *Autismus*. Bremen: Eigenverlag

*Wernet, M. C.* (2003): *Das Drama des geistig behinderten Menschen. Gedanken zur Entwicklung von Identität*. In: *Petzold, H. G.* (Hrsg.): *Lebensgeschichten erzählen*. Paderborn: Junfermann