

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziale
Department Soziale Arbeit



Die Schöpferische Musiktherapie bei Menschen mit autistischen Störungen

Eine Gegenüberstellung von Theorie und Praxis

Bachelor-Thesis

Abgabe: 26.02.2015

Vorgelegt von: Jana Lubach

Matrikel-Nr.:

Adresse:

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Gunter Groen

Zweitprüferin: Prof. Dr. Jutta Hagen

Inhalt

1	Einleitung.....	2
2	Was sind autistische Störungen?.....	4
2.1	Einordnung des Störungsbildes.....	4
2.2	Symptomatik.....	7
2.3	Ätiologie und Epidemiologie	11
2.4	Diagnostik und Therapie.....	12
3	Die Schöpferische Musiktherapie – das musiktherapeutische Konzept.....	15
3.1	Grundlagen der Musiktherapie	15
3.2	Entstehung der Schöpferischen Musiktherapie	16
3.3	Rahmen der Therapie.....	19
3.4	Therapeutische Grundhaltung	20
3.5	Vorgehensweise	21
3.5.1	Improvisation.....	21
3.5.2	Weitere Techniken	23
4	Eine Gegenüberstellung von Theorie und Praxis	25
4.1	Die Eignung der Schöpferischen Musiktherapie bei autistischen Störungen.....	25
4.2	Forschung	28
4.3	Vergleich des theoretischen Ansatzes mit der Darstellung aus der Praxis..	30
4.3.1	Rahmen der Therapie	30
4.3.2	Vorgehensweise	32
4.3.3	Entwicklung der Klienten.....	35
4.3.4	Kooperationsarbeit.....	36
4.3.5	Stärken und Schwächen der Therapie.....	38
4.3.6	Musiktherapeutin – ein noch junger und kleiner Berufsstand.....	40
5	Schlussbetrachtung.....	42
	Literaturverzeichnis.....	45
	Anhang	49
	Eidesstattliche Erklärung.....	82

1 Einleitung

„Die Musik drückt das aus, was nicht gesagt werden kann und
worüber zu schweigen unmöglich ist.“

Victor Hugo in William Shakespeare (1864)

Jeder Mensch hat es – das eine Lied, das an eine besondere Person erinnert; diese eine CD, die zu traurigen Stunden eingelegt wird; diese eine Playlist, die genau richtig ist, um mal richtig Dampf abzulassen. Musik ist Träger großer Emotionen, die durch sie wortlos ausgedrückt werden können. Auch Victor Hugo verdeutlicht dies in seinem Zitat. So gibt es Menschen, die nicht reden können oder aus verschiedenen Gründen nicht wollen. Doch seine Befindlichkeiten (mit)teilen zu können und in Kontakt mit seinen Mitmenschen zu kommen ist eines der größten menschlichen Bedürfnisse.

Menschen mit autistischen Störungen fällt dies enorm schwer. Ihre sozialen Interaktions- sowie Kommunikationsfähigkeiten sind stark eingeschränkt. Sie haben Schwierigkeiten ihre eigenen Emotionen und die anderer richtig einzuschätzen. Die Kontaktaufnahme zu anderen Menschen wird dadurch erschwert, dass sie sich non-verbal und oft auch verbal nicht adäquat ausdrücken können.

In einer Zeit, in der Inklusion ein festgeschriebenes Menschenrecht ist, deren Umsetzung jedoch noch ein langer Prozess sein wird, versuchen vor allem Eltern ihren Kindern mit Behinderung ein Stück „Normalität“ und Selbstständigkeit zu ermöglichen. Heutzutage existieren hierfür viele Therapie- und Unterstützungsmaßnahmen. Mit der Schöpferischen Musiktherapie soll u.a. Autisten geholfen werden, sich selbst mithilfe der Musik aus ihrer sozialen Isolation zu begeben und zunächst musikalisch mit den Therapeuten zu interagieren. In vorliegender Arbeit wird dieser Ansatz als eine Therapiemöglichkeit für Menschen mit autistischen Störungen näher betrachtet.

Dabei wird es darum gehen, die Schöpferische Musiktherapie mit ihren theoretischen Hintergründen kennenzulernen und im Anschluss der heutigen Praxis der Therapie gegenüberzustellen: Lässt sich die Therapie wie zu Entstehungszeiten durchführen? Was hat sich verändert oder ist gleich geblieben? Wo liegt die große Stärke und wo

sehen Therapeuten Schwachstellen bei der Behandlung autistischer Menschen mit der Schöpferischen Musiktherapie?

Um zunächst einen Überblick über das Störungsbild Autismus zu bekommen, werden die Einordnung der Diagnose in Klassifikationssysteme und die Symptomatik dargestellt. Im Hinblick auf die Eignung der Schöpferischen Musiktherapie bei autistischen Störungen erfolgt die Beschreibung der Symptomatik ausführlich. Die möglichen Ursachen und das Vorkommen von autistischen Störungen sowie das Vorgehen bei der Diagnose und die Therapiemöglichkeiten werden aufgrund der geringen Relevanz kürzer gehalten.

Anschließend erfolgt die ausführliche Darstellung der Schöpferischen Musiktherapie, zu der mit grundlegenden Faktoren zur Musiktherapie im Allgemeinen eingeleitet wird. Weiterführend wird dargelegt, wie der Therapieansatz entstanden ist und welche Rahmenbedingungen bestehen. Darauf folgend werden die therapeutische Grundhaltung sowie die Vorgehensweise in der Therapie beschrieben, worin sich grundlegende theoretische Aspekte zeigen.

Im nächsten Kapitel wird zunächst aufgezeigt, inwiefern die Schöpferische Musiktherapie zur Behandlung von autistischen Menschen geeignet ist. Im Anschluss daran erfolgt die Gegenüberstellung von Theorie und Praxis. Um ein aktuelles Bild der therapeutischen Praxis zu bekommen, wurden mit drei Therapeutinnen Experteninterviews geführt, die mit dem Ansatz der Schöpferischen Musiktherapie bei autistischen Menschen arbeiten. Relevante Aussagen aus diesen Interviews wurden extrahiert und werden in der Gegenüberstellung mit Aspekten zur Therapie aus dem vorangegangenen Kapitel verglichen.

Zum Abschluss werden die Kernaussagen der Gegenüberstellung nochmals zusammengefasst und die wesentlichen Unterschiede und Gemeinsamkeiten dargestellt.

In dieser Arbeit sind stets Personen weiblichen und männlichen Geschlechts gleichermaßen gemeint. Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird im Folgenden nur die

männliche Form verwendet. Ist in Kapitel 4 die Rede von Therapeutinnen, so sind ausschließlich die Interviewpartnerinnen gemeint.

2 Was sind autistische Störungen?

In diesem Kapitel wird zunächst dargelegt, wie sich der Autismusbegriff von seiner Erstbenennung bis heute entwickelt hat. Mit der anschließenden Beschreibung der Symptomatik wird die Störung, wie sie heute verstanden wird, ausführlich dargestellt. Mit den Ursachen, dem Vorkommen sowie der Diagnose und den Therapiemöglichkeiten von autistischen Störungen schließt dieses Kapitel.

2.1 Einordnung des Störungsbildes

Der Begriff Autismus (griech. *autos* = selbst) wurde erstmals 1911 vom Schweizer Psychiater Eugen Bleuler eingeführt, der damit die Verluste von bestehenden Kontakten und Interaktionsfähigkeiten zur Umwelt sowie den darauffolgenden Rückzug in die eigene Gedankenwelt als ein Grundsymptom der Schizophrenie beschrieb (vgl. Sinzig 2011, 2).

Im Jahre 1943 beschrieb der österreichische Kinderpsychiater Leo Kanner in seiner Arbeit „Autistische Störungen des affektiven Kontakts“ ein Störungsbild bei Kindern, die eingeschränkte soziale Interaktionsfähigkeiten haben und von der Umwelt abgewandt in einer eigenen Welt zu sein scheinen. Im Gegensatz zu Bleulers Autismusbegriff ging er davon aus, dass die Interaktionsdefizite angeboren sind und sich die Kinder nicht aktiv in ihre Phantasiewelt begeben. 1944 führte er dann den Fachbegriff *Frühkindlicher Autismus* ein, heute auch bekannt als Kanner-Syndrom. (vgl. ebd., 2 / Remschmidt 2012, 9). Im selben Jahr beschrieb der Kinderarzt Hans Asperger ohne Wissen von Kanners Aufzeichnungen mit dem Begriff „Autistische Psychopathie“ (heute *Asperger-Syndrom*) ein Störungsbild, das ebenfalls angeborene Einschränkungen in der Interaktionsfähigkeit als Grundsymptom hat. In seinen Beobachtungen stellte er jedoch keine Defizite in der Sprachentwicklung fest (vgl. Sinzig 2011, 2).

Autismus galt noch lange als frühe Form der Schizophrenie. Nach einigen bedeutenden Studien wird er seit den 1970er Jahren als eigenständige Störung angesehen (vgl. ebd., 2).

Wie schon bei Kanners und Aspergers Störungsbeschreibungen deutlich wird, kann von keinem homogenen Störungsbild des Autismus ausgegangen werden. Bis heute wurden daher unter dem Begriff Autismus folgende Störungsbilder unterschieden: der *frühkindliche Autismus*, das *Asperger-Syndrom*, die *desintegrative Störung* und die *nicht näher bezeichnete tiefgreifende Entwicklungsstörung*. In der derzeitigen Fassung des weltweit anerkannten Klassifikationssystems für Krankheiten ICD-10¹ werden sie noch in dieser Form zu den *tiefgreifenden Entwicklungsstörungen* gezählt. Ihnen werden die folgenden drei Hauptcharakteristika zugeordnet:

1. Qualitative Beeinträchtigung in sozialen Interaktionen
2. Qualitative Beeinträchtigung in der Kommunikation
3. Ein eingeschränktes, stereotypes, sich wiederholendes Repertoire von Interessen und Aktivitäten

(vgl. Dilling/Mambour/Schmidt 2011, 343)

Die Störungen haben zwar diese drei Merkmale gemein, in den kognitiven, motorischen und adaptiven Fähigkeiten können sie jedoch stark variieren. Daher werden sie im ICD-10 jeweils durch diagnostische Leitlinien spezifiziert (vgl. Dilling/Mambour/Schmidt 2011, 344ff.).

Da eine Störung selbst im Grad ihrer Ausprägung sehr stark variieren kann, wurde in den letzten Jahren intensiv diskutiert, ob sich die verschiedenen autistischen Störungen anhand der in der ICD-10 formulierten Diagnosekriterien überhaupt genau voneinander und von nicht-autistischen Störungen abgrenzen lassen (vgl. Kamp-Becker/Bölte 2014, 8). Die aus der Diskussion entstandene Alternative ist ein Spektrum, unter dem die Störungen nicht nach bestimmten Kategorien sondern nach der Ausprägung und dem Schweregrad der Symptome und Störung angeordnet werden (vgl. ebd., 20).

¹ ICD-10: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, deutsch: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, in der 10. Fassung, herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation.

Im ebenfalls weit verbreiteten Klassifikationssystem DSM² wurden bisher auch die einzelnen autistischen Störungen aufgeführt. In der 5. Fassung (DSM-V, erschienen 2013) werden jedoch der frühkindliche Autismus, das Asperger-Syndrom, die desintegrative Störung und nicht näher bezeichnete tiefgreifende Entwicklungsstörung schon als *Autismus-Spektrum-Störung* (Autism Spectrum Disorder) zusammengefasst (vgl. American Psychiatric Association 2013, 1).

Im Zuge dieser Veränderung wurden auch die Diagnosekriterien modifiziert:

1. Defizite in der sozialen Kommunikation und Interaktion (vergleichbar mit den Punkten 1 und 2 der ICD-10-Definition)
2. Begrenzte, repetitive Verhaltensweisen, Interessen und Aktivitäten (vergleichbar mit Punkt 3 der ICD-10-Definition)
3. Auftreten der Symptome seit der frühen Kindheit; spätere Manifestierung jedoch möglich
4. Klinisch bedeutsame Beeinträchtigung von wichtigen Lebensbereichen
5. Die Symptome können nicht besser durch eine geistige Behinderung oder Entwicklungsverzögerung beschrieben werden.

(vgl. Kamp-Becker/Bölte 2014, 30 / Bölte 2013, 28ff.)

Um die Diagnose der Autismus-Spektrum-Störung zu spezifizieren, können zu diesen Hauptkriterien weitere Angaben (clinic specifiers) gemacht werden, z.B. *mit oder ohne Intelligenzminderung* und *mit oder ohne Sprachstörung*. Der Schweregrad und das Funktionsniveau werden anhand des in einer Tabelle definierten Unterstützungsbedarfs beurteilt, den der/die Betroffene benötigt: *requiring support*, *requiring substantial support* und *requiring very substantial support* (vgl. Bölte 2013, 32ff.).

Nach aktuellem Stand soll wie im DSM-V auch in der nächsten Fassung der ICD, die 2017 erscheinen soll, die Unterordnung in die Autismus-Spektrum-Störung durchgeführt werden (vgl. Weltgesundheitsorganisation 2015).

² DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, deutsch: diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen, ein amerikanischer Diagnosekatalog für psychische Störungen, herausgegeben von der American Psychiatric Association.

In dieser Arbeit werden die Begriffe Autismus-Spektrum-Störung, autistische Störung, autistische Menschen oder Autisten auf dem Hintergrund der hier aufgeführten Diagnosekriterien und Symptome gleichbedeutend verwendet.

2.2 Symptomatik

Um nun ein konkretes Bild der Störung zu bekommen, werden im Folgenden die Diagnosekriterien anhand möglicher Symptome ausführlich dargestellt. Da in Deutschland häufig noch einzelne autistische Störungen und nicht die Autismus-Spektrum-Störung diagnostiziert wird, werden in der Symptombeschreibung hin und wieder Auffälligkeiten erwähnt, die sehr häufig bei den jeweiligen Störungen beobachtet werden können.

Weiterhin ist zu beachten, dass ein Mensch mit autistischer Störung keinesfalls alle aufgeführten Symptome aufweist. Die Anzahl sowie der Ausprägungsgrad der Symptome variiert von Individuum zu Individuum. So ist es möglich, dass nur wenige und sehr schwach ausgeprägte autistische Symptome zu beobachten sind, die möglicherweise zunächst nicht als solche erkannt werden.

Je nach Ressourcen und Alter des Betroffenen sowie der therapeutischen Betreuung kann sich die Symptomatik mit der Zeit außerdem sehr stark wandeln (vgl. Remschmidt 2012, 45).

Defizite in der sozialen Kommunikation und Interaktion

Menschen mit autistischen Störungen setzen soziale und emotionale Signale wie z.B. Blickkontakt, Mimik und Gestik oder das Antwortlächeln in der Interaktion mit anderen gar nicht oder nicht adäquat ein. So kann es vorkommen, dass zwar Blickkontakt zu einem anderen Menschen aufgenommen wird, dieser aber unverhältnismäßig lange und vielleicht zu einem unpassenden Moment gehalten wird.

Auch wenn Betroffene selbst tiefe Emotionen empfinden können haben sie große Schwierigkeiten die Emotionen ihres Gegenübers wahrzunehmen, nachzuempfinden und angemessen darauf zu reagieren. Es wird auch von Defiziten in der *Theory of Mind* gesprochen, der Fähigkeit Gefühle und Gedanken eines selbst und von anderen

erkennen und verstehen zu können. Ihnen ist dadurch auch nur begrenzt möglich, sich zum Beispiel in die Rolle eines fiktiven Spiels zu versetzen oder Witze und Ironie zu verstehen (vgl. Sinzig 2011, 49f.).

Im Kleinkindalter fehlt die für Kinder übliche Kontaktaufnahme zu den Eltern durch das Ausstrecken der Arme, um hochgehoben zu werden. Sie entwickeln keine Fähigkeit gemeinsame Aktivitäten und Interessen zu nutzen, um mit Gleichaltrigen in Kontakt zu kommen. Vielmehr sind sie auf die eigenen Interessen fokussiert und beschäftigen sich mit diesen am liebsten alleine. Die altersentsprechende Beziehungsaufnahme zu den Eltern, anderen Erwachsenen und Gleichaltrigen gelingt ihnen daher nicht (vgl. Remschmidt 2012, 16f.).

In ihrem Verhalten sind autistische Menschen außerdem oft ambivalent. Zeigen sie beim Abschied und Wiedersehen der Eltern keine Reaktion, so können sie in bestimmten Situationen jedoch Merkmale einer engen Bindung zeigen (z.B. Füttern nur von einer Bezugsperson). Körperliche Berührungen wehren sie häufig vehement ab, wohingegen in anderen Situationen wiederum ein völlig distanzloses Verhalten beobachtet werden kann (vgl. Kamp/Becker-Bölte 2014, 13f.).

Können Einschränkungen in der non-verbale Kommunikationsfähigkeit bei eigentlich allen Menschen mit autistischer Störung festgestellt werden, so variiert die verbale Sprachentwicklung sehr stark.

Es kann vorkommen, dass sich die Sprache gar nicht, verzögert oder mit starken Auffälligkeiten entwickelt. In diesen Fällen wird sie jedoch auch nur von der Hälfte der Betroffenen kommunikativ genutzt. Die andere Hälfte nutzt sie eher mechanisch mit Stereotypen und Wiederholungen. Häufig neigen sie außerdem zu Wortneubildungen oder zur sogenannten Echolalie, das echoartige Nachsprechen von Worten oder Lauten, und fangen erst spät an Fragen zu stellen (vgl. Remschmidt 2012, 17f.). Weiterhin ist ihre Sprache geprägt von Fehlern in Grammatik, Satzbau und Ausdrucksweise. Die Sprachmelodie verändert sich außerdem kaum und der Sprechrhythmus sowie die Betonung sind unnatürlich (z.B. sehr abgehackt). Auch im Sprachverständnis können Auffälligkeiten beobachtet werden, z.B. Schwierigkeiten mit indirekten Formulierungen oder Redensarten und eine Neigung zur konkreten Verwendung von Wörtern, z.B.

„Karneval steht vor der Tür“: sie gehen vor die Tür und schauen, ob dort der Karneval steht (vgl. Sinzig 2011, 50).

Auf der anderen Seite gibt es autistische Menschen, die sehr früh eine gute und kommunikativ genutzte Sprache mit großem Wortschatz entwickeln. Aber auch hier lassen sich hin und wieder sprachliche Auffälligkeiten in Form von Wortneuschöpfungen und einer ungewöhnlichen Ausdrucksweise beobachten (vgl. Remschmidt 2012, 48ff.).

Je nach Sprachentwicklung reagieren Betroffene oft nicht oder mit inadäquaten Handlungen auf verbale Annäherung durch andere Menschen oder komplexe sprachliche Äußerungen, wodurch der Eindruck einer Störung am Hörorgan entstehen kann (vgl. Wing 1973, 21f.).

Beim Thema Geräusche wird die starke Variabilität der Störung sehr deutlich. Zum einen konnte bei Autisten schon häufig eine hohe Musik- und Rhythmusaffinität beobachtet werden. Teilweise wurde die fehlende Sprache sogar mit melodisch lautierten Silben kompensiert. Doch im gleichen Zuge gibt es autistische Menschen, die auf Geräusche sehr empfindlich reagieren (vgl. Kamp-Becker/Bölte 2014, 9; 15).

Weiterhin konnte beobachtet werden, dass geringe sprachliche Fähigkeiten meist einhergehen mit einer geminderten Intelligenz. Beim frühkindlichen Autismus hat man hier vor allem im Forschungsbereich zwischen dem Low-functioning-Autismus (mit Intelligenzminderung und geringen Sprachfähigkeiten) und dem High-functioning-Autismus (ohne Intelligenzminderung und mit guten Sprachfähigkeiten) unterschieden (vgl. ebd., 16). Vor allem der High-functioning-Autismus konnte dadurch nicht immer klar vom Asperger-Syndrom abgegrenzt werden, bei dem keine bis geringe Sprachdefizite sowie meist eine gute bis überdurchschnittliche Intelligenz zu beobachten war.

Da autistische Menschen jedoch viel mit sich selbst beschäftigt sind und somit an einer gestörten Aufmerksamkeit leiden, erbringen sie trotz guter Intelligenz eher schlechte Leistungen in der Schule (vgl. Remschmidt 2012, 49).

Je besser die Sprache und Intelligenz entwickelt sind, desto günstiger stehen häufig die Chancen auf ein selbständiges Leben im Erwachsenenalter. Aufgrund des hochindividuellen Verlaufs lässt sich nicht immer eine solch eindeutige Prognose stellen (vgl.

ebd., 45f.). Es konnte beobachtet werden, dass im Erwachsenenalter im Sprachbereich deutliche Verbesserungen erreicht werden können, wohingegen Verhaltensauffälligkeiten in sozialen Interaktionen bei den meisten autistischen Erwachsenen weiterhin deutlich zu beobachten sind (vgl. Sinzig 2011, 122).

Begrenzte, repetitive Verhaltensweisen, Interessen und Aktivitäten

Menschen mit autistischen Störungen entwickeln meist starre Muster in der Ausführung alltäglicher Aufgaben. Sie bestehen auf diese Handlungsrituale, auch wenn sie von außen bedeutungslos scheinen. Auf Veränderungen der Handlungsrituale (z.B. ein anderer Weg zur Schule) oder der vertrauten Umgebung (z.B. die Wohnung) können sie mit Widerstand, Aggressionen oder sogar Angstzuständen reagieren (vgl. Remschmidt 2012, 17f.).

Häufig entwickeln sie außerdem ausgeprägte Interessen an ungewöhnlichen Objekten oder Themen, eine Sammelleidenschaft und motorische repetitive Stereotypen wie z.B. Riechen und Lecken an Objekten, Handgelenke drehen oder etwas immer wieder kreiseln lassen (vgl. Wing 1973, 25f.). Als repetitive Verhaltensweise kann häufig auch die Selbststimulation von Sinnesbereichen wie z.B. den Kopf hin und her pendeln oder Hand- und Fingerbewegungen vor den Augen beobachtet werden. Auch Laute bzw. verbale Äußerungen werden von Autisten gerne monoton wiederholt (vgl. Kamp-Becker/Bölte 2014, 15).

Die Kombination einer speziellen Leidenschaft und einer guten bis überdurchschnittlichen Intelligenz ergibt häufig, dass sich autistische Menschen ein enormes Wissen dieses Themas aneignen können. So kann es vorkommen, dass ein Betroffener den kompletten Busfahrplan oder die Schmelzpunkte aller Metalle auswendig kann (vgl. Remschmidt 2012, 49).

Unspezifische Symptome

Neben der aufgeführten Symptomatik gibt es einige unspezifische Symptome, die gehäuft vorkommen können:

- Fehlen von Angst vor realen Gefahren
- Verminderte Empfindlichkeit gegenüber Schmerz oder Kälte

- Aggressive und autoaggressive Verhaltensweisen (z.B. in die eigene Hand beißen)
- Distanz- und rücksichtslose Interessensdurchsetzung
- Motorische Ungeschicklichkeit
- Dyspraktische Störung (ein Handlungsentwurf kann nur unzureichend in eine konkrete Handlung umgesetzt werden)

(vgl. Kamp-Becker/Bölte 2014, 15 / Remschmidt 2012, 48ff.)

Auftreten der Symptome

Nach den Diagnosekriterien des DSM-V müssen autistische Symptome schon seit der frühen Kindheit bestehen, auch wenn sie als solche erst später erkannt werden, wenn zum Beispiel die sozialen Anforderungen an das Kind steigen (vgl. American Psychiatric Association 2013, 1).

2.3 Ätiologie und Epidemiologie

Jahrzehntlang herrschte die Auffassung, dass einer autistischen Störung psychosoziale Ursachen zu Grunde liegen. Leo Kanner selbst ging davon aus, dass bei dem von ihm beschriebenen Störungsbild des frühkindlichen Autismus frühe Erziehungsfehler und Mangel an Zuwendung der Mutter die Gründe für die Störung sind. Erst in den 1980er Jahren gewannen die genetischen sowie neurobiologischen Faktoren durch mehrere Studien an Bedeutung (vgl. Sinzig 2011, 3).

Heute dominiert ein mehrdimensionaler Erklärungsansatz. Remschmidt geht dabei von einem Zusammenspiel von genetischen Faktoren und Umweltfaktoren, körperlichen Erkrankungen, Hirnfunktionsstörungen, Veränderungen in Stoffwechselprozessen und neuropsychologischen und kognitiven Basisdefiziten aus. Dabei schreibt er den genetischen Veränderungen eine sehr große Rolle zu und vermutet, dass auch andere Faktoren genetisch oder sehr früh durch Umweltfaktoren beeinflusst wurden (vgl. Remschmidt 2012, 40).

Es lässt sich erkennen, dass sich die Variabilität der Störung auch in den Entstehungsursachen niederschlägt. Trotz bedeutender Untersuchungsergebnisse können bisher

keine wissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse zur Entstehung von autistischen Störungen vorgelegt und zu einem einheitlichen Erklärungsmodell zusammengefasst werden.

Eindeutig beobachten ließ sich jedoch der Anstieg der Häufigkeit von autistischen Störungen in den letzten Jahren. Lag die Häufigkeitsrate lange bei vier bis fünf von 10.000 Personen, so zeigen Studien, dass heute ca. 60 bis 100 von 10.000 Personen eine autistische Störung aufweisen. Es wird vermutet, dass die Diagnose durch die Weiterentwicklung der diagnostischen Möglichkeiten sowie das wachsende Wissen über autistische Störung häufiger gestellt wird (vgl. Kamp-Becker/Bölte 2014, 25).

Geht man von einzelnen autistischen Störungen aus, so nennen die Autoren unterschiedliche Häufigkeitsraten. Dies kann daran liegen, dass den verschiedenen Studien unterschiedliche Definitionen der Störungen zu Grunde gelegt wurden (vgl. Remschmidt 2012, 50).

Im Vergleich lässt sich jedoch sagen, dass der Frühkindliche Autismus (ca. 19 Betroffene von 10.000 Untersuchten) häufiger vorkommt als das Asperger-Syndrom (ca. 11 von 10.000) (vgl. Remschmidt 2012, 20; 50 / Kamp-Becker/Bölte 2014, 26).

Für die tiefgreifende Entwicklungsstörung nicht weiter geben Kamp-Becker und Bölte (2014, 26) eine Rate von 30 / 10.000 an.

2.4 Diagnostik und Therapie

Die ungesicherte Erkenntnislage der Entstehung hat zur Folge, dass die Diagnose von autistischen Störungen nicht mit Hilfe von genetischen oder neurologischen Befunden alleine gestellt werden kann. Vielmehr wird ein komplexes, mehrstufiges Diagnoseverfahren angewendet. Ebenso wenig können ursachenbeseitigende Therapien für autistische Störungen entwickelt werden.

Im Folgenden werden in kurzem Umfang das Diagnosevorgehen sowie die Therapiemöglichkeiten dargestellt.

In der Anamnese werden verschiedene Aspekte der bisherigen Entwicklung der Betroffenen abgefragt, vor allem im Bereich der Sprache und des Kontakt- und Spielver-

haltens. Weiterhin wichtig sind bisherige medizinische Voruntersuchungen, Besonderheiten bei der Schwangerschaft und Geburt sowie autistische Störungen, Intelligenzminderungen und neurologische Erkrankungen in der Familie.

Aufgrund des sich wandelnden Störungsbildes ist bei der Anamnese immer das Alter der Betroffenen zu beachten (vgl. Remschmidt 2012, 20f.).

Diese Daten werden um Ergebnisse aus Verhaltensbeobachtungen in verschiedenen Situationen ergänzt. Wird der Verdacht auf eine Autismus-Spektrum-Störung konkret, so können weitere standardisierte Verfahren und Untersuchungen (z.B. zur Sprache und Intelligenz) durchgeführt werden (vgl. Kamp-Becker/Bölte 2014, 54).

Die Schwierigkeit in der Diagnosestellung kann darin bestehen, dass nur einzelne Autismus-Symptome erkennbar sind oder diese nur sehr schwach ausgeprägt sind und sich das Störungsbild mit dem Alter des Autisten wandelt (vgl. Remschmidt 2012, 51). Weiterhin können Begleiterkrankungen (Komorbidität) die eindeutige Diagnose erschweren, da nicht immer klar ist, ob es sich um eine Komorbidität oder um ein Begleitsymptom, also ein Teil der autistischen Störung, handelt. Häufige Begleiterkrankungen oder –symptome sind u.a. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Angststörungen und Zwangsstörungen sowie das Down-Syndrom (vgl. Sinzig 2011, 52f.). Bei einigen körperliche Komorbiditäten wie z.B. Epilepsie oder Tuberoöse Sklerose ist noch ungeklärt, ob sie nur Begleiterkrankungen oder auch Ursache der autistischen Störung sind (vgl. Remschmidt 2012, 26f.).

Charakteristisch für Autismus-Spektrum-Störungen ist, dass die Symptomatik andauernd ist und durch Therapien nur verbessert und nicht geheilt werden kann (vgl. Kamp-Becker/Bölte 2014, 12). Durch das Zusammenspiel mehrerer Entstehungsfaktoren ist daher ein mehrdimensionaler Therapieansatz zur Milderung der Symptomatik sowie zum verbesserten Umgang mit der Störung angemessen. Die völlig individuelle Verlaufsform der Störungen trägt dazu bei, dass die Behandlungsmaßnahmen dem Entwicklungsstand sowie den intellektuellen, kognitiven und sozialen Fähigkeiten des Individuums angemessen ausgewählt und gestaltet werden müssen (vgl. Sinzig 2011, 108). Dabei kann es sinnvoll sein, einzelne Defizitbereiche (z.B. Sprache oder Verhalten mit Gleichaltrigen) gezielt zu behandeln, die jedoch im Kontext einer ganzheitlichen Förderung zu betrachten sind (vgl. Remschmidt 2012, 43). Da sich einige Bereiche wie

zum Beispiel die Sprache später nur noch bedingt entwickeln, ist es ratsam, so früh wie möglich mit Fördermaßnahmen und Therapien zu beginnen (vgl. Sinzig 2011, 87).

Das Angebot an speziellen Therapieformen für autistische Störungen ist mittlerweile sehr groß. Neben vielen verschiedenen verhaltenstherapeutischen Ansätzen zur Verbesserung des sozialen, kommunikativen und interessenbezogenen Verhalten der Betroffenen, existieren auch Maßnahmen, die den Umgang mit der Störung erleichtern sollen (vgl. Remschmidt 2012, 74).

Weiterhin gibt es Ansätze, die mithilfe von Bildern oder Unterstützung einer anderen Person die nonverbale Kommunikation ermöglichen sollen. Musiktherapeutische Ansätze wollen mithilfe der Musik einen Zugang zum Betroffenen finden und diesem Möglichkeiten aufzeigen mit seiner Umwelt in Kontakt zu kommen (vgl. Kamp-Becker/Bölte 2014, 84ff.).

Ein ebenfalls wichtiger Aspekt in der Förderung von Menschen mit autistischen Störungen ist die Arbeit mit den Eltern bzw. Bezugspersonen. Ziel ist es, den Eltern und Bezugspersonen entsprechendes Wissen über die Störung (u.a. Ursache und Verlauf, Behandlungsmöglichkeiten und deren Nutzen) so zu vermitteln, dass sie zum einen intensiv in die Therapie eingebunden werden können und zum anderen außerhalb der Therapie adäquat handeln können (vgl. Sinzig 2011, 90).

Autistische Störungen sind also tiefgreifende Entwicklungsstörungen, deren Symptome in den Bereichen der eingeschränkten sozialen Interaktion und Kommunikation sowie in stereotypen, sich wiederholenden Verhaltensweisen und speziellen Interessen liegen. Autisten haben große Schwierigkeiten eine soziale Gegenseitigkeit aufzubauen. Dies bedeutet, dass es ihnen kaum gelingt Kontakte zu knüpfen und Beziehungen aufzubauen und zu halten. Die Entwicklung von verbalen und non-verbalen Kommunikationsfähigkeiten verläuft wie die ganze Störung sehr individuell und kann von gut bis gar nicht vorhanden sein. Weiterhin können autistische Störungen mithilfe verschiedener Maßnahmen nicht geheilt, sondern nur in der Symptomatik verbessert bzw. verringert werden.

3 Die Schöpferische Musiktherapie – das musiktherapeutische Konzept

Mit grundlegenden Faktoren zur Musiktherapie im Allgemeinen wird dieses Kapitel zunächst eingeleitet. Anschließend wird die Schöpferische Musiktherapie ausführlich dargestellt. Insbesondere werden hier die Entstehung des Ansatzes, die therapeutische Grundhaltung sowie die Vorgehensweisen beschrieben.

3.1 Grundlagen der Musiktherapie

Schon seit nachweislich über 3000 Jahren wird Musik als heilende Kraft genutzt und bis heute hat sich die Auffassung darüber, wie die Musik als Heilmittel wirkt, stetig verändert. Nach Zweifeln an der Wirksamkeit Anfang des 19. Jahrhunderts, begann die Wissenschaft ab 1950 sich erneut intensiv mit der Wirkung von Musik auf die menschliche Gesundheit zu beschäftigen. Die Musiktherapie wurde daraufhin in den USA und später auch in Europa maßgeblich weiterentwickelt und professionalisiert, indem Ausbildungsmöglichkeiten und Berufsverbände gegründet wurden (vgl. Bruhn 2000, 10ff.).

Die Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft definiert Musiktherapie heute als „[...] gezielte[n] Einsatz von Musik im Rahmen der therapeutischen Beziehung zur Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung seelischer, körperlicher und geistiger Gesundheit.“ (DMtG, 2015) Die World Federation of Music Therapy, eine gemeinnützige Gesellschaft zur Förderung von Musiktherapie weltweit, betont außerdem die Professionalität, mit der Musik als Therapiemedium bei verschiedenen Zielgruppen und in unterschiedlichen Rahmenbedingungen eingesetzt wird sowie die fachlichen Standards, auf denen die Ausbildung und die Praxis der Therapeuten beruhen (vgl. WFMT, 2011).

In der Musiktherapie kann sich die therapeutische Grundhaltung tiefenpsychologisch, verhaltenspsychologisch oder humanistisch orientieren, was sich z.B. im Menschenbild der Konzeption widerspiegelt (vgl. Vocke 2007, 26). Entsprechend vielfältig ist heute das Spektrum der Anwendungsgebiete und angebotenen Musiktherapiekonzeptionen. Wichtige Bereiche sind dabei Depressionen, Wahrnehmungs- und/oder Interaktionsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsstörungen bei Kindern

und Jugendlichen sowie Menschen mit körperlicher und/oder geistiger Behinderung. Gezielter Musikeinsatz kann auch als Präventionsmaßnahme in belasteten Lebenssituationen, bei der Rehabilitation nach Schlaganfällen oder in der Geriatrie, z.B. bei Demenz, genutzt werden (vgl. Nöcker-Ribaupierre 2011, 44ff.).

Innerhalb der verschiedenen Konzeptionen lassen sich die Grundformen *rezeptiv* und *aktiv* unterscheiden.

In der rezeptiven Musiktherapie (lat. *recipere* = ein-/aufnehmen) steht für den Klienten das Hören von Musik von einer Aufnahme oder live vom Musiktherapeuten im Fokus. Je nach Zielsetzung wählt der Therapeut das Instrument und/oder den Musikstil (vgl. ebd., 38f.). Rezeptive Musiktherapieansätze arbeiten mit den beim Klienten während des Musikhörens entstehenden körperlichen Reaktionen, Emotionen und Gedanken, die während oder nach dem Hören verbal aufgearbeitet werden (vgl. Decker-Voigt/Oberegelsbacher/Timmermann 2012, 58f.).

In aktiven Musiktherapiekonzeptionen, zu denen u.a. die Schöpferische Musiktherapie zählt, erzeugt auch der Klient Klänge und Laute mit seiner Stimme oder Instrumenten. Im Fokus steht das gemeinsame musikalische Spiel von Klient und Therapeut, in dem die Musik als Kommunikationsmittel zum Aufbau einer therapeutischen Beziehung genutzt wird. Die Improvisation (ausführlich in 3.5.1) ist hier eines der häufigsten Hauptelemente (vgl. Bruhn 2000, 38).

3.2 Entstehung der Schöpferischen Musiktherapie

Die Schöpferische Musiktherapie wurde von Paul Nordoff, einem amerikanischen Komponisten und Pianisten, und Clive Robbins, einem englischen Sonderpädagogen, in England entwickelt. Sie begannen im Jahre 1959 ihre musiktherapeutische Arbeit im Sunfield-Kinderheim, einem „Rudolf-Steiner“-Heil- und Erziehungsheim“, in Stourbridge/England, in dem Kinder im Alter von 4 bis 17 Jahren mit geistigen und/oder körperlichen Behinderungen lebten und deren Entwicklung u.a. mit Malen, Musik, Theater und Eurythmie³ intensiv gefördert wurde (vgl. Nordoff/Robbins 1975, 18).

³ Eurythmie ist eine von Rudolf Steiner entwickelte anthroposophische Bewegungskunst, in der Sprache (z.B. ein Gedicht) und Musik mit gestalteten Bewegungen des ganzen Körpers von Einzelpersonen oder

Während eines Klavier-Konzerts von Nordoff im Sunfield-Kinderheim beobachteten die Betreuer der Kinder, dass diese ungewohnt aufmerksam und fasziniert der Musik folgten. Nordoff begann daraufhin zusammen mit Robbins, der dort arbeitete, diese Beobachtung zu erforschen, indem sie mit Kindergruppen gezielt musikalisch aktiv wurden (vgl. Nordoff/Robbins 1986, 221).

In kurzer Zeit entwickelten sie für die Gruppe musikalische Spiele zu Geschichten oder Märchen. Hierfür komponierten sie Lieder, bei denen sie den natürlichen Sprachrhythmus sowie Harmonien und Melodien einbanden, die die Kinder in ihren Bewegungen unterstützten und ihnen eine große Anteilnahme ermöglichten (vgl. Nordoff/Robbins 1975, 20ff.). Zu Motiven der Geschichte wurden musikalische Motive komponiert und mit einfach spielbaren, oft bearbeiteten Instrumenten (z.B. ein-saitige Streichinstrumente) belegt. Auch gesanglich wurden die Kinder aktiv eingebunden. Hier komponierten Nordoff und Robbins so, dass auch sprachbehinderte Kinder zum Singen angeregt wurden, z.B. in der Frage-Antwort-Form (vgl. ebd., 23).

Es entstanden Werke, in denen jedes Kind einen bestimmten musikalischen Teil übernahm und die teilweise vor Eltern, später auch vor Ärzten und Psychiatern aufgeführt wurden. Nordoff und Robbins konnten dabei beobachten, dass die Kinder die Aufführung trotz der großen Anstrengung mit großer Begeisterung und Ehrgeiz meisterten. In der Vorbereitung nahmen sie außerdem wahr, dass viele Kinder in der Lage waren mit höchster Konzentration und Disziplin mitzuarbeiten (vgl. ebd., 23f.).

Sie führten daraufhin ihre Arbeit mit der Gruppe fort und begannen zusammen mit dem Psychologen des Kinderheims gezielt mit einzelnen Kindern zu arbeiten. In diesen Sitzungen entstand die Musik immer situativ für das individuelle Kind. Die Therapiesituation gestaltete sich meist so, dass Nordoff am Klavier spielte und Robbins dem Kind bei Bedarf, z.B. bei körperlichen Einschränkungen, Hilfestellung beim Musizieren gab.

Gruppen als sichtbare Sprache oder sichtbarer Gesang zum Ausdruck gebracht werden (vgl. Sieglöck 1997, 7).

In den musikalischen Reaktionen auf das Klavierspiel entwickelten die Kinder ungeahnte kreative Fähigkeiten. Sie waren spontan in ihren Reaktionen und ihrem musikalischen Ausdruck und bezogen sich somit selbst in das gemeinsame Musizieren ein. Diese Erfahrungen brachten die Kinder in ihrer gesamten Entwicklung voran. Es wurde beobachtet, dass sie auch in anderen Lebensbereichen davon profitierten (vgl. Nordoff/Robbins 1986, 221f.). Die Einzelsitzungen wurden anfangs mit Kindern durchgeführt, die in ihrer Wahrnehmungs- und Kommunikationsfähigkeit sehr stark eingeschränkt waren. Die Förderung dieser Fähigkeit sowie einen Zugang zum Kind und seinen Gefühlen zu bekommen waren daher die ersten Ziele der Einzelmusiktherapie. Weitere Ziele konnten dann u.a. die Erweiterung der Bewegungsmöglichkeiten oder die Förderung der Sprachausbildung sein (vgl. Nordoff/Robbins 1975, 24ff.).

Auf einer anschließenden Europareise (1960) erhielten die Begründer Nordoff und Robbins in vergleichbaren Einrichtungen die Chance ihren Therapieansatz vorzustellen und zu demonstrieren. Der Austausch und die Erfahrungen die sie dort sammelten waren essentiell für die Weiterentwicklung ihrer musiktherapeutischen Methode (vgl. ebd., 35ff.). Kritische Stimmen, die z.B. dem Einsatz von eher verstörend und irritierend wahrgenommenen Dissonanzen oder lauten Trommeln skeptisch gegenüberstanden, konnten Nordoff und Robbins meist mithilfe einer Demonstration ihrer Therapie überzeugen (vgl. ebd., 40).

Die bis dahin gesammelten Erkenntnisse und die Daten zweier Forschungsprojekte in den USA wurden veröffentlicht und zur Entwicklung einer ersten Konzeption mit theoretischer Grundlage genutzt. Im Rahmen dieser Forschungen wurde mit u.a. mit Kindern mit Autismus, Kindheits-Schizophrenie, Sprachstörungen, Entwicklungsverzögerungen und Hirnlähmung gearbeitet (vgl. ebd., 44ff.)

Ihr Schwerpunkt, der schöpferische musikalische Ausdruck, gab der Therapie schließlich den Namen: Creative Music Therapy, zu Deutsch Schöpferische Musiktherapie. Häufig wird sie auch nach ihren Begründern als Nordoff/Robbins-Musiktherapie bezeichnet (vgl. Plahl/Koch-Temming 2008, 44f).

Die Konzeption wurde bis heute durch aktive Nordoff/Robbins-Musiktherapeuten und deren Unterstützer weiterentwickelt. Insbesondere wurde sie auf alle Altersstufen erweitert und findet neben der Heilpädagogik auch Anwendung in der Psychosomatik, Psychiatrie, Neurologie, Geriatrie, innere Medizin sowie Palliativ- und Intensivmedizin (vgl. Neugebauer 2007, 189).

Heute können ausgebildete Musiker ein aufbauendes Studium zum Nordoff/Robbins-Musiktherapeuten absolvieren (vgl. Nordoff/Robbins 1986, 224).

3.3 Rahmen der Therapie

Die Schöpferische Musiktherapie kann in Einzel- sowie Gruppensitzungen genutzt werden. Welche Form angemessen ist, entscheidet der Therapeut individuell. Um Klienten jedoch nicht zu überfordern und z.B. bei einer starken Beziehungsstörung den Klienten zunächst individuell in seinen Fähigkeiten zur sozialen Interaktion zu fördern, ist es in vielen Fällen sinnvoll mit einer Einzeltherapie zu beginnen. Bei entsprechendem Fortschritt können die erreichten Fähigkeiten in Gruppensitzungen weiter gefördert und gefestigt werden (vgl. Weber 1999, 40).

Bei Klienten, die in ihren Bewegungsmöglichkeiten stark eingeschränkt sind oder zu autoaggressivem Verhalten neigen, ist es außerdem möglich einen Co-Therapeuten mit einzubeziehen. Dieser kann den Klienten unterstützen (z.B. Instrumente reichen, vor Selbstverletzungen bewahren) während der Therapeut am Klavier improvisiert (vgl. ebd., 41).

Auch die Auswahl der Instrumente wird individuell getätigt. Die Instrumente, die dem Klienten in der Schöpferischen Musiktherapie zu Verfügung stehen, sind in der Regel einfach spielbar. Hierzu gehören zum Beispiel verschiedene Varianten von Trommeln, Triangeln und Xylophone oder Zupfinstrumente (vgl. Bruhn 2000, 38).

Der Therapeut begleitet den Klienten in der Regel am Klavier und/oder mit seiner Stimme. Für Nordoff als Pianist spielte das Klavier von Anfang an eine bedeutende Rolle in der Schöpferischen Musiktherapie. Als Melodie- und Rhythmusinstrument sowie auch aufgrund des großen Tonumfangs können melodische, harmonische und

rhythmische Elemente gleichzeitig genutzt werden, um den Klienten in vielfältiger Weise in seinem Spiel zu unterstützen (vgl. Weber 1999, 40).

Um eine Therapiesitzung auch im Nachhinein detailliert auswerten zu können, haben Nordoff und Robbins ihre Arbeit von Anfang an mithilfe von Audio- und Videoaufnahmen dokumentiert (vgl. Nordoff/Robbins 1986, 157 ff.).

3.4 Therapeutische Grundhaltung

Nordoff und Robbins nehmen in ihrer Methode an, dass jeder Mensch kreative und schöpferische Fähigkeiten besitzt und Kinder in dieser kreativen musikalischen Aktivität üblicherweise selbstbestimmt und zielgerichtet handeln. Für sie stehen ausschließlich die Potentiale und nicht die Defizite des Klienten im Vordergrund. Dies ermöglicht eine andere, nicht bewertende Sichtweise auf ihn und seine Einschränkungen (vgl. Neugebauer 2007, 175f.).

In ihren musiktherapeutischen Sitzungen erlebten sie anfangs zwar spontane aber sehr mechanische, zwanghafte und/oder ungeordnete musikalische Reaktionen der Kinder, die nicht kommunikativ an die Therapeuten gerichtet waren. Vielmehr entstand der Eindruck, dass sie in ihrem freien Handeln und ihrer Wahrnehmung eingeschränkt waren. Nordoff und Robbins konnten jedoch beobachten, dass sich diese Reaktionen in der musikalischen Interaktion nach einer gewissen Zeit zu ordnen begannen und zielgerichteter wurden. Die Kinder befreiten sich aus ihren Gewohnheiten und wurden aufnahmefähiger (vgl. Nordoff/Robbins 1986, 1).

Nordoff und Robbins entwickelten anhand dieser Reaktionen, die sie in vielen Ländern bei verschiedenen Kindern erlebten, den Begriff des *Music Child*:

„Dieses Konzept [...] richtet die Aufmerksamkeit auf das in jedem Kind Vorhandene, das, was auf musikalisches Erleben anspricht und es als bedeutungsvoll und fesselnd empfindet, auf das, was Musik erinnert und sich an musikalischem Ausdruck freut. Von daher ist das Music Child die jedem Kind angeborene individuelle Musikalität.“

(ebd., 1)

Das *Music Child* beschreibt also die Wahrnehmungsfähigkeit von musikalischen Grundelementen wie Rhythmik, Tempo und Melodie sowie die musikalische Reaktion und deren Bedeutung für das Kind.

Diese kreativen Fähigkeiten müssen im Kind jedoch erst entfaltet werden. Denn erst die Entfaltung setzt einen Prozess des Wahrnehmens, Erlebens und Gestaltens bzw. (Re)Agierens in Gange, der die Entwicklung des Kindes fördern kann (vgl. ebd.1).

Nordoff und Robbins sehen die Musik als ein universales Kommunikationsmittel, als eine non-verbale Sprache, die ihren Inhalt direkt zum Ausdruck bringt (vgl. Decker-Voigt/Oberegelsbacher/Timmermann 2012, 78). Weiterhin löst sie in Musikern und Hörern eine emotionale Erfahrung aus und mit ihrem weiten Spektrum kann sie wiederum auch Stimmungen und Gefühle mit allen Nuancen, Intensitäten und Veränderungen zum Ausdruck bringen (vgl. Nordoff/Robbins 1986, 2).

Ziel der Schöpferischen Musiktherapie ist daher, die kreativen Fähigkeiten des Klienten zu entfalten, um ihm durch das musikalische Erleben in der Interaktion mit dem Therapeuten zunächst eine Kommunikationsmöglichkeit aufzuzeigen. Anschließend soll ihm in dieser musikalischen Beziehung ermöglicht werden, selbst weitere Fähigkeiten wie zum Beispiel Wahrnehmungs- und Kommunikationsfähigkeiten zu entfalten und/oder zu verbessern (vgl. Plahl/Koch-Temming 2008, 44f.).

3.5 Vorgehensweise

3.5.1 Improvisation

Um das *Music Child*, die schöpferischen Fähigkeiten, zu wecken und in Kontakt mit dem Klienten zu kommen, nutzen Therapeuten hauptsächlich die Improvisation.

In der freien Improvisation (lat. improvisus = unvorhersehbar, unerwartet) stehen dem Klienten verschiedene Instrumente sowie seine Stimme ohne jegliche Vorgaben zum Musikmachen zur Verfügung. Der Ausgangspunkt des Therapeuten ist dabei immer die spontane musikalische Äußerung oder andere Handlungen und Verhaltensweisen des Klienten, wenn er zum Spielen noch nicht bereit ist. Der Therapeut versucht die

Stimmung des Klienten zu erfassen und in seinem improvisierten Spiel am Klavier darzustellen. Denn „Kommunikation [kann] dann beginnen [...], wenn die Musik dem inneren Zustand des Kindes angepaßt wird.“ (Weber 1999, 40)

Währenddessen achtet er darauf, ob und wie sich der Klient verhält oder sein Spiel verändert und reagiert auf diese sogenannten Responsen (lat. *responsum* = Antwort) je nach Intention mit verschiedenen Techniken. Er kann u.a. den Inhalt der Musik möglichst gut nachahmen (*imitating*), den Klienten in seiner Befindlichkeit musikalisch unterstützen (*supporting*) oder auch das Motiv des Klienten übernehmen und weiterentwickeln (*incorporating*) (vgl. Bruhn 2000, 56f.).

Diese musikalischen Prozesse gestalten die Beziehung zwischen Therapeut und Klient. Indem der Therapeut die Äußerungen des Klienten respektiert und nachempfindet (*imitating* oder *supporting*), wird Vertrauen aufgebaut und seine Befindlichkeiten werden gewissermaßen objektiviert. Dies ermöglicht ihm die bisher stets subjektive Erfahrung seiner Befindlichkeiten von außen zu betrachten und möglicherweise selbst zu verändern (vgl. Gustorff 2001, 213).

Der Therapeut nimmt dabei die Rolle des Anbietenden an (*incorporating*) und verfolgt zunächst keine bestimmten Ziele. „Vielmehr öffnet [er], im Bild gesprochen, verschiedene Türen, indem er, in Kenntnis möglicher musikalischer Gestaltungsprozesse, im Laufe der Improvisation absichtsvolle Angebote macht.“ (ebd., 214)

Angebote können zum Beispiel kleine Veränderungen des Rhythmus', des Tempos oder der Tonhöhe sein. Der Klient allein entscheidet, ob er ein Angebot annimmt oder ablehnt. Er bestimmt somit den Inhalt und Verlauf der gemeinsamen Improvisation und begibt sich mit dem Therapeuten in den Prozess der Entfaltung seines *Music Childs* sowie in anschließende Entwicklungsprozesse (vgl. ebd., 214).

Bei Kindern ist die freie Improvisation meist möglich, da sie zum spielerischen und spontanen Umgang mit den Instrumenten neigen. Erwachsene hingegen sind in der freien Improvisation häufig blockiert, da sie den Sinn nicht sofort erkennen können.

Bei Klienten, die mit der freien Situation überfordert sind, kann der Therapeut zu Beginn der Improvisation bestimmte Strukturen einführen oder zusammen mit dem Klienten festlegen (strukturierte Improvisation). Diese können zum Beispiel mit außermu-

sikalischen Themen (z.B. Gegenstand oder Szene) oder Spielregeln (z.B. nur bestimmte Instrumente, Vorgaben zu Lautstärke oder Tempo, Rollenspiele) gestaltet werden. Der Klient richtet somit seine Aufmerksamkeit auf einen bestimmten Bereich, in dem er seine Spielmöglichkeiten austesten kann. Der Therapeut entscheidet bei jedem Klienten individuell, ob und welche Strukturen für die Improvisation angebracht sind (vgl. Timmermann 2011, 67 / Plahl/Koch-Temming 2008, 175).

3.5.2 Weitere Techniken

Durch die Individualität eines jeden Klienten entstehen immer neue Ausgangssituationen für eine Therapie. Dem Therapeuten stehen daher neben und innerhalb der Improvisation weitere Techniken zu Verfügung, um auf spezifische Situationen eingehen zu können.

Eine musikalisch-emotionale Umgebung schaffen

In Therapiesitzungen mit Klienten, die z.B. aufgrund ihrer Behinderung oder aufgrund starker emotionaler Störung in ihrer spontanen musikalischen Reaktion gehemmt sind oder der Therapiesituation entfliehen wollen, ist es hilfreich, zu Beginn eine Atmosphäre zu schaffen, in der der Klient sich wiederfinden kann. Der Therapeut versucht dabei die Stimmung des Klienten in seinem Klavierspiel darzustellen und je nach Regung des Klienten wird er die Musik beibehalten oder aber verändern bis er die Musik des Klienten gefunden hat. Dabei kann der Therapeut ebenso seine Stimme einsetzen, um z.B. eine kleine Begrüßung mit dem Namen des Klienten zu singen (vgl. Nordoff/Robbins 1986, 81; 84).

Ähnlich ist das Vorgehen, wenn sich ein Kind weinend oder schreiend gegen die Therapiesituation sträubt und sie noch nicht akzeptieren kann. Der Therapeut kann auch diesen Gefühlsausbrüchen des Kindes in seinem Klavierspiel begegnen und in ihm ein Gefühl des Akzeptiert-Werdens und ein verändertes Erleben des eigenen Weinens hervorrufen (vgl. ebd., 87).

Spiellieder

In Gruppen- aber teilweise auch Einzelsitzungen stehen dem Therapeuten außerdem komponierte Lieder, sogenannte Spiellieder (Playsongs), zu Verfügung, die er je nach Zielsetzung einsetzen kann. So können zum Beispiel mit sehr rhythmischen Liedern

die Spielfertigkeiten verbessert oder mit sehr stimmungsvollen Liedern die emotionalen Erfahrungen ausgebaut werden (vgl. ebd., 188). Im Gegensatz zur Improvisation sind Spiellieder strukturiert und können dem Klienten Sicherheit bieten. Musik, die bei einem Klienten bedeutsame Reaktionen auslöst, kann der Therapeut außerdem notieren und als Lied des Klienten in folgenden Sitzungen nutzen (vgl. Nordoff/Robbins 1975, 65).

Zum Singen führen

Eigentlich jedes Kind, unabhängig von einer Störung oder Behinderung, gibt in einer Art und Weise Laute von sich. In der Musiktherapie kann es vorkommen, dass ein Kind seine Laute im Ton oder im Rhythmus an die Musik oder das Gesungene des Therapeuten anpasst. Daraufhin kann der Therapeut klare Motive (z.B. Akkordfolge, rhythmische Muster), die der Stimmung des Kindes entsprechen, einführen und wiederholen. Das Kind wird so möglicherweise den Zusammenhang zwischen seinen Lauten und der Musik erkennen und seine Laute aktiv verändern (vgl. Nordoff/Robbins 1986, 89).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in der Schöpferischen Musiktherapie der Klient befähigt werden soll, mithilfe seiner musikalischen Äußerungen in Kontakt mit seiner Umwelt zu treten. Ihm wird in einem von dem Therapeuten angenehm gestalteten Umfeld die Möglichkeit gegeben seine Befindlichkeiten musikalisch auszudrücken. Er erhält dabei sowohl in der Instrumentenauswahl als auch in der Musik selbst keine Vorgaben. Der Therapeut orientiert sich in seiner Musik nur am Klienten und dessen Äußerungen. Mit musikalischen Angeboten möchte er dem Klienten schließlich neue Erfahrungen im Kontakt mit anderen Menschen ermöglichen.

4 Eine Gegenüberstellung von Theorie und Praxis

4.1 Die Eignung der Schöpferischen Musiktherapie bei autistischen Störungen

Der Kern dieser Arbeit ist die Gegenüberstellung von Theorie und Praxis der Schöpferischen Musiktherapie bei Menschen mit autistischen Störungen. Zuvor müssen jedoch die beiden zuvor ausführlich dargestellten Themenbereiche verknüpft werden.

Nordoff und Robbins begannen ihre Arbeit mit Kindern, die die unterschiedlichsten Einschränkungen hatten. Da sich das Zielgruppenspektrum der Schöpferischen Musiktherapie bis heute deutlich vergrößert hat, soll im Folgenden geklärt werden, inwiefern die Schöpferische Musiktherapie bei Menschen mit autistischen Störungen eine geeignete Therapieform darstellt.

In der Literatur zu autistischen Störungen, die meist einen Überblick über die Symptomatik, Ursachen, Diagnostik sowie Therapiemöglichkeiten gibt, finden Musiktherapieansätze kaum bis gar keine Erwähnung.

Remschmidt weist darauf hin, dass Menschen mit Autismus mit eher verhaltensorientierten und strukturierten Maßnahmen ansprechbarer sind als mit solchen, die den Klienten zu viel Freiheiten lassen (vgl. Remschmidt 2012, 43f.). Psychologin Amlang und Psychotherapeutin Freund stellen neben verhaltenstherapeutischen Angeboten auch Maßnahmen zur Förderung der Kommunikation und des Sozialverhaltens ausführlich dar (vgl. Amlang/Freund 2011, 41ff.). Musiktherapeutische Ansätze jedoch werden in beiden Publikationen in keiner Weise erwähnt.

Auch die Entwicklungspsychologinnen Rollet und Kastner-Koller heben in ihrem Praxisbuch, das sich an Eltern, Erzieher, Lehrer und Therapeuten richtet, lediglich hervor, dass vor allem bei musikalisch sehr talentierten autistischen Kindern ein ganzheitlicher und nicht nur auf die Musik fokussierter Therapieansatz gewählt werden sollte. Dies verhindert, dass spezielle Interessen, zu denen Menschen mit autistischen Störungen neigen, die Entwicklung anderer Bereiche behindern (vgl. Rollet/Kastner-Koller 2011, 48).

Anders hingegen halten es die Psychologen Kamp-Becker und Bölte. In ihrer aktuellen Autismus-Literatur sehen Sie Musiktherapie als eine Möglichkeit, die Aufmerksamkeit

von Menschen mit Autismus zu verbessern. Denn diese ist häufig nur auf sie selbst oder auf ein bestimmtes Objekt gerichtet. Mithilfe der Musik als Kommunikationsmittel kann eine gemeinsame Aufmerksamkeit hergestellt werden, die sich z.B. im Aufbau von Blickkontakt oder dem Einlassen auf ein Wechselspiel darstellt (vgl. Kamp-Becker/Bölte 2014, 85). Dem Betroffenen kann damit das Erleben einer sozialen Situation ermöglicht werden.

Auch die Tatsache, dass in der Literatur über Musiktherapie Menschen mit Autismus nahezu immer als geeignete Zielgruppe aufgeführt werden (z.B. Stiff/Tüpker 2007, Plahl/Koch-Temming 2008, Kraus 2011), zeigt, dass musiktherapeutische Angebote eine größere Rolle spielen als aus der Autismus-Literatur hervorgeht.

Denn eine verbale Therapie, in der z.B. Erlebtes mithilfe der Sprache aufgearbeitet wird, kommt meist nicht in Frage, da Menschen mit autistischen Störungen häufig nicht sprechen können, ihre entwickelte Sprache nicht kommunikativ nutzen oder nicht auf Ansprache reagieren. In solchen Fällen kann jedoch wie bei der Schöpferischen Musiktherapie die Musik zur Kommunikation und zum Kontaktaufbau genutzt werden. Dabei muss in jedem Fall von einem weiten Musikbegriff ausgegangen werden, der neben den üblichen fertigen Kompositionen alle möglichen Klänge, Laute und Geräusche umfasst.

Da die so definierte Musik schon vorgeburtlich eine große Rolle spielt und die Emotionen eines Menschen anspricht, können damit auch Menschen mit autistischen Störungen gut erreicht werden.

Das Gehörssystem ist als erstes der Sinnesorgane vollständig ausgebildet und ermöglicht schon dem ungeborenen Kind neben Geräuschen des Mutterleibs (z.B. Herzschlag, Muskelkontraktionen) auch Klänge, die außerhalb der Bauchdecke entstehen, bis zu einer gewissen Lautstärke empfangen und verarbeiten zu können (vgl. Wendler/Seidner/Eysholdt 2005, 366). Mit fortschreitender Schwangerschaft wird diese Reizverarbeitung differenzierter, sodass ungeborene und auch neugeborene Kinder bei fremden Geräuschen oder Stimmen im Vergleich zu gewohnten anders oder gar nicht reagieren (vgl. Decker-Voigt/Oberegelsbacher/Timmermann 2012, 112f.).

Um sich verständlich zu machen, beginnen Kinder dann im Alter von null bis zwei Jahren selbst Laute herzustellen in Form von Schreien bis zum unverständlichen Plappern. Mit Erlernen des Sprechens im Kleinkindalter (2-6 Jahre), versuchen sie schon Lieder nach zu summen oder zu singen. Die Musik mit all ihren Klängen und Lauten ermöglicht hier eine vorsprachliche Eltern-Kind-Kommunikation, die wichtig für die weitere Entwicklung der sozial-emotionalen Beziehung ist (vgl. Plahl/Koch-Temming 2008, 28f.). Aktives Musizieren und Singen (u.a. auch in Kindergärten, Schulen, in der musikalischen Früherziehung) unterstützt in der Kindheit außerdem die Entwicklung von Kreativität, Phantasie und Wahrnehmungsfähigkeit (vgl. Kraus 2011, 19).

Es wird deutlich, welche Rolle Musik in der Entwicklung eines Kindes spielt. Die Verknüpfung zwischen Musik und Emotionen wird mit fortschreitendem Alter immer bedeutsamer, wenn Klänge oder Lieder mit bestimmten emotionsreichen Situationen assoziiert werden, wie z.B. Musik der ersten Liebe oder Erinnerung an das Gute-Nacht-Lied in der Kindheit (vgl. Timmermann 2011, 54f.).

Van Deest hebt in seinem Buch „Heilen mit Musik. Musiktherapie in der Praxis.“ außerdem hervor, dass Musik „eine wortlose, entspannte Umgebung schaffen“ (van Deest 1004, 207) kann, in der der Klient selbst aktiv werden kann und dass Musik immer etwas Persönliches und Individuelles ist, das die eigenen Erfahrungen widerspiegelt (vgl. ebd., 207).

Auch die zahlreichen Fallbeispiele aus der Musiktherapie-Literatur bestätigen die Eignung der Therapie bei autistischen Menschen.

So beschreibt z.B. der Nordoff/Robbins-Musiktherapeut Neugebauer die Therapie eines fünfeinhalbjährigen Jungen mit frühkindlichem Autismus, der die typischen Symptome der Störung zeigt (u.a. kein Blickkontakt, autoaggressives Verhalten, keine Kontaktaufnahme und kein Spiel mit anderen Kindern). Zunächst ist der Junge sehr unruhig und zeigt mit seinem Schreien und Weinen eine deutliche Abwehr gegenüber der Therapie. Doch schon in der zweiten Sitzung gelingt es dem Jungen einen ersten Blickkontakt aufzubauen und aktiv zu werden. Der Co-Therapeut kann nach und nach seine Hilfestellungen zurücknehmen und kurze Momente einer Beziehung können beobachtet werden. Schon nach vier Sitzungen gibt seine Mutter an, dass er weniger

autoaggressives Verhalten zeige, aufnahmefähiger und fröhlicher geworden sei (vgl. Neugebauer 2007, 177ff.).

Da Musik also in ihrer vielfältigen Form Träger von Emotionen ist und somit direkt an den Emotionen eines musikhörenden oder musizierenden Menschen anknüpft und als nonverbales Kommunikationsmittel genutzt werden kann, stellt die Musiktherapie, insbesondere der schöpferisch-kreative Ansatz von Nordoff und Robbins, eine gute Möglichkeit dar, um mit Menschen mit autistischen Störungen zu arbeiten.

4.2 Forschung

Zur Darstellung der Praxis wurden mit drei Therapeutinnen Interviews geführt, die nach dem Ansatz der Schöpferischen Musiktherapie mit autistischen Menschen arbeiten. Aufgrund der großen Distanz fanden die Gespräche als Telefoninterviews statt.

Weiterhin wurden sie in Form von leitfadengestützten Experteninterviews nach Flick (2012, 214ff.) geführt. Anschließend wurden die Interviewaufnahmen nach den Regeln des einfachen Transkriptionssystems von Dresing und Pehl verschriftlicht. Dieses System, in dem u.a. Umgangssprache sowie Dialekt geglättet und keine nonverbalen Anmerkungen eingefügt werden, wurde gewählt, da für diese Arbeit nur der Inhalt der Gespräche und nicht die Art und Weise der Kommunikation relevant ist (vgl. Dresing/Pehl 2013, 20ff.). Da bei Interview 3 technische Probleme bei der Aufnahme entstanden, konnte das Gespräch nicht wortwörtlich verschriftlicht werden. Es wurde daraufhin ein Gedächtnisprotokoll angefertigt, welches von der Interviewpartnerin kontrolliert und ergänzt wurde.⁴

Für die anschließende Auswertung der Interviews wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) angewendet. Das Ziel der Analyse war das Herausfiltern von Aussagen der Therapeutinnen zu bestimmten Themen. Hierzu wurde als spezielle Technik die inhaltliche Strukturierung gewählt, die eine Reduzierung und Zusammenfassung der Gespräche mithilfe eines Kategoriensystems ermöglicht. Den Transkripten wurden anhand festgelegter Kategorien und Unterkategorien Textstellen entnommen, die daraufhin paraphrasiert und sinngemäß zusammengefasst wurden (vgl. Mayring 2010, 93; 98f.).

⁴ Der Leitfaden, die Transkripte und das Gedächtnisprotokoll befinden sich im Anhang ab Seite 50.

Um zunächst einen Überblick über die Tätigkeit der Therapeutinnen sowie deren zentralen Aussagen zu bekommen, werden die einzelnen Interviews als Einleitung zur nachfolgenden Gegenüberstellung kurz zusammengefasst.

Da die Namen der Therapeutinnen für diese Arbeit nicht relevant sind, werden sie in den Transkripten sowie nachfolgend als Therapeutin 1, 2 und 3 anonymisiert. Die Nummerierung bezieht sich auf die Reihenfolge, in der die Interviews geführt wurden.

Therapeutin 1 arbeitet seit rund 20 Jahren mit der Nordoff/Robbins-Musiktherapie. Ungefähr 50 Prozent der Klienten in ihrer Praxis sind Menschen mit autistischen Störungen, die im Alter von 3 bis 25 Jahren sind. In Bezug auf die Schöpferische Musiktherapie bei autistischen Menschen betont sie insbesondere die Individualität der Therapie, die sich sowohl in der Instrumentenauswahl und in einzelnen Sitzungen als auch beim Blick auf den Therapieverlauf zeigt.

Therapeutin 2 ist seit 1991 mit der Schöpferischen Musiktherapie tätig und arbeitet seit 1996 auch in einer eigenen Praxis. Menschen mit autistischen Störungen im Alter von 2 bis 42 Jahren bilden rund 20 Prozent ihrer Klientel. In ihren Aussagen hebt sie die Verminderung von Reizen auf und deren Verarbeitung durch den Klienten sowie den Kontaktaufbau als wichtige Elemente der Therapie hervor.

Therapeutin 3 arbeitet seit 2004 mit dem musiktherapeutischen Ansatz nach Nordoff und Robbins. Sie ist sowohl in einem Krankenhaus (Kinderonkologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neonatologie) als auch an einer Musikschule als Fachbereichsleitung Sonderpädagogik/Musiktherapie tätig. Menschen mit autistischen Störungen gehören hauptsächlich in der Musikschule zu ihren Klienten bzw. Schülern. Derzeit sind es ungefähr 7 bis 8 autistische Menschen im Alter von 4 bis 50 Jahren. Therapeutin 3 betont ebenso die Kontaktanbahnung und die Individualität der Therapie.

Allen drei Therapeutinnen begegnen die autistischen Störungen in vielfältiger Form aus dem Bereich der Autismus-Spektrum-Störung. Sie unterscheiden sich in ihrem Ausprägungs- und Schweregrad sowie in der Kombination mit z.B. Down-Syndrom oder einer geistigen Behinderung.

Ebenso gemeinsam heben Sie den Ansatz am Vorsprachlichen und die Offenheit der Therapiekonzeption als Stärke hervor.

4.3 Vergleich des theoretischen Ansatzes mit der Darstellung aus der Praxis

Im Folgenden werden nun die extrahierten und paraphrasierten Aussagen der Interviewpartnerinnen dargelegt. Sie sind in Kategorien untergeordnet, die sich an den Themen von Kapitel 3 orientieren. In jeder Kategorie werden die Darstellungen aus der Praxis zugleich mit den Aspekten der Theorie verglichen.

4.3.1 Rahmen der Therapie

Setting

Alle drei Therapeutinnen arbeiten mit ihren autistischen Klienten ausschließlich in Einzelsitzungen und entgegen der ursprünglichen Idee von Nordoff und Robbins ohne Co-Therapeutin. Therapeutin 3 merkt hierzu an, dass in der Ausbildung zur Nordoff/Robbins-Therapeutin zwar die Arbeit mit einem Co-Therapeuten gelehrt werde, dies in der Praxis jedoch kaum realisierbar sei (vgl. Anhang, S. 79). Wenn sie „musikalisch mehr machen“ (Anhang, S.67) wolle und keine Hände mehr frei habe, ziehe Therapeutin 2 hin und wieder die Eltern ihrer Klienten zur Unterstützung hinzu. Für eine regelmäßige Zusammenarbeit mit einem Co-Therapeuten könnten die personellen und finanziellen Mittel fehlen.

Auch wenn Nordoff und Robbins mit Gruppentherapie begonnen haben, konnten bei den Therapeutinnen bisher nur wenige bis gar keine autistischen Klienten in eine Gruppe integrieren. Therapeutin 2 arbeite zwar mit Gruppen, aber ein autistisches Kind habe sie dort noch nicht integrieren können (vgl. Anhang, S. 67). Auch Therapeutin 3 berichtet, dass dies ein seltener Fall ist. Derzeit habe sie eine autistische Schülerin in eine Band integrieren können, die sie leitet (vgl. Anhang, S. 79).

Ziele

In der Therapie mit autistischen Menschen sieht Therapeutin 1 als erstes Ziel die wertschätzende Begegnung gegenüber dem Klienten mithilfe der Musik, sodass dieser sich angesprochen und verstanden fühlt. Denn dies könne ihn in die Lage versetzen,

mit seiner Umwelt in einen dialogischen Kontakt zu treten (vgl. Anhang, S. 55). Auch Therapeutin 3 sieht als erste Ziele die Schaffung eines sicheren Raumes für den Klienten und den Kontaktaufbau (vgl. Anhang, S. 79). Gelingt dies, können laut beiden Therapeutinnen weitere individuelle Ziele verfolgt werden.

Therapeutin 2 setzt noch vor die Kontaktaufnahme die Reizverminderung bzw. Wahrnehmungsverarbeitung. Sie erklärt, dass die stereotypen Handlungen von Autisten wie z.B. mit den Händen wedeln oder Laute von sich geben affektive Handlungen seien, die als Folge von nicht verarbeiteten Reizen, Wahrnehmungen oder Gefühlen auftreten. Für sie sei daher das erste Ziel die Verringerung der Reize auf den Klienten, um ihm die Verarbeitung dieser zu ermöglichen (vgl. Anhang, S. 65 / 70).

Mit Blick auf die theoretischen Ziele der Therapie (siehe 3.4), lässt sich erkennen, dass die Therapeutinnen in ihren Erzählungen scheinbar weniger den Schwerpunkt auf die Entfaltung der kreativen Fähigkeiten als auf den Kontaktaufbau und dessen Vorbereitung legen. Doch die Vorgehensweisen der Therapeutinnen (Reizverminderung, einen sicheren Raum schaffen, vorsichtige Herangehensweise) sollen dem Klienten die Möglichkeit geben, seine schöpferischen Fähigkeiten zu entfalten und beruhen daher auf der Theorie des Music Child.

Im Grunde ist die Zielsetzung also die gleiche: Dem Klienten soll durch die musikalische Interaktion mit dem Therapeuten eine Kommunikationsmöglichkeit aufgezeigt werden, die ihm den Kontaktaufbau zu seiner Umwelt ermöglicht.

Instrumente

In der Schöpferischen Musiktherapie mit autistischen Menschen wird auch heute noch eine Vielfalt an Instrumenten genutzt. Dennoch unterscheiden sich die Vorgehensweisen in der Instrumentenauswahl bei den Therapeutinnen.

So stattet Therapeutin 1 ihren Therapieraum zunächst sehr sparsam mit Instrumenten aus. Sie beginnt mit dem Klavier, mit dem sich, wie auch Nordoff schon hervorhob, als orchestrales Instrument musikalisch sehr viel gestalten lässt. Die weitere Instrumentenauswahl richtet sie dann nach den individuellen Verhaltensweisen und Äußerungen der Klienten. Meist zieht sie Perkussionsinstrumente als erste Instrumentengruppe hinzu (vgl. Anhang, S. 54).

Therapeutin 2 benutzt hingegen zu Beginn sehr gerne nur die Stimme, gegebenenfalls begleitet von Akkorden auf der Gitarre oder dem Klavier, da ihrer Meinung nach jedes Kind Laute als unmittelbare Äußerung von sich gebe, auch wenn sie häufig von Affekten herrühren.

Das Klavier sowie die Stimme spielen demnach auch heute noch große Rollen in der Therapie. Es werden jedoch auch neue Instrumente hinzugezogen, wie zum Beispiel die von Therapeutin 2 erwähnte Körpertambura. Sie ist ein Klanginstrument, das dem Klienten u.a. auf den Bauch oder Rücken gelegt werden kann. Auf der anderen Seite des Instrumentes sind Saiten angebracht, über die der Musiktherapeut streicht. Das Instrument erzeugt einen weichen, großen Klang, dessen Resonanz im Körper zu spüren ist.

Therapeutin 2 betont die Wichtigkeit der dabei entstehenden Sinnesverknüpfung. Auch Instrumente, bei denen der Klient selbst über die Saiten streichen oder zupfen könne und somit Berührungsmomente entstünden, seien dafür geeignet. Die Therapeutin bemerkt jedoch auch, dass diese Berührungsmomente oft eine Gratwanderung seien, da Menschen mit Autismus häufig Berührungen vermeiden oder nicht zulassen können. Bei Streichinstrumenten könne so eine Situation umgangen werden, indem beim unterstützten Streichen die Hand des Klienten nicht berührt werden muss. Weiterhin zieht sie vor, dass Schlaginstrumente mit der Hand anstatt eines Schlägels gespielt werden, da dieser von autistischen Menschen häufig weggeworfen werde.

Sie bemerkt jedoch auch, dass bei manchen Klienten die Kontaktabahnung erschwert werde durch Instrumente, bei denen möglicherweise nur zufällig die Fläche getroffen wird (z.B. kleine Klangstäbe) oder die Hand geführt werden muss (vgl. Anhang, S. 68).

4.3.2 Vorgehensweise

Alle drei Therapeutinnen bestätigen den sehr individuellen und nicht vorhersehbaren Verlauf einer Therapie, der u.a. vom Schweregrad der Störung abhängig ist. Ebenso sind sie sich einig, dass der Kontakt- und Beziehungsaufbau zwischen Klient und Therapeut einer der wichtigsten Schritte ist.

Beginn

Zu Therapiebeginn jedoch erlebt Therapeutin 2 bei autistischen Klienten häufig zunächst Ablehnung und den Versuch, sich durch Schreien, Weinen, Ohren zuhalten oder aus dem Raum gehen vom musikalischen Angebot abzuschotten (vgl. Anhang, S. 65). Wie unter den Zielen (siehe 4.3.1) beschrieben, sieht sie außerdem die Reizverminderung und Wahrnehmungsverarbeitung als Voraussetzung zur Kontaktaufnahme.

Analog zur Technik *Eine musikalisch-emotionale Umgebung schaffen* (siehe 3.5.2) geht sie daher vor allem am Anfang einer Therapie mit Bedacht vor und möchte zunächst herausfinden, was für den Klienten angenehm oder erträglich ist. Häufig erlebt sie dabei eine einfache und verlässlich strukturierte Musik, die eine ordnende Funktion hat und dem Klienten so helfen kann, seine Affekte und Emotionen etwas zu regulieren (vgl. Anhang, S. 65f.). Diese Affektregulation und Wahrnehmungsverarbeitung sind für sie „die Basics“ (Anhang, S. 70), an denen stetig gearbeitet werden muss.

Improvisation und Kontaktaufnahme

Die Improvisation ist auch in der heutigen Praxis das Hauptelement, um mit dem Klienten in Kontakt zu kommen.

Ihre Musik richtet Therapeutin 1 immer nach dem Einzelnen und gibt „musikalisch das So-Sein dieses Menschen wieder“ (Anhang, S. 54). Sie gehe ganz individuell und ohne Diagnosen oder Arztbriefe auf den Klienten zu und erlebe ihn so wie er ihr im therapeutischen Rahmen begegne.

Analog zum imitating und supporting (siehe 3.5.1) nehmen auch die anderen Therapeutinnen die spontanen Äußerungen des Klienten in ihrer Musik auf und versuchen in ihr seine Stimmung widerzuspiegeln.

So berichtet Therapeutin 2, dass der Klient im günstigen Fall nach einer gewissen Zeit merke „Hups, da hat was mit mir zu tun und das ist mir sogar angenehm. Das bedroht mich nicht.“ (Anhang, S. 70) Wenn er dieses Gefühl akzeptieren könne, entstünden synchrone Momente, in denen er seine Selbstbezogenheit aufgibt, die Therapeutin als Person wahrnimmt und beginnt in Beziehung zu treten. Wenn die Therapeutin z.B. mit bestimmten Instrumenten diesen Weg gefunden hat, so häufen sich die synchronen Momente und es sei möglich, dass der Klient beginnt, sich musikalisch auf die Musik der Therapeutin zu beziehen. Diese Signale können rhythmische, melodische oder tonale Veränderungen in seiner musikalischen Äußerung sein (vgl. Anhang, S. 65f.).

In diesem Schritt wird die Entfaltung des Music Child, also die Fähigkeit musikalische Parameter wahrnehmen und nutzen zu können, sehr deutlich.

Weiterhin lässt sich erkennen, dass auch in der Praxis der Therapeut zwar Angebote macht, der Klient den Verlauf der Therapie jedoch weitestgehend selbst bestimmt und dieser sich dadurch höchst individuell entwickelt.

Zur Improvisation als Hauptelement führt Therapeutin 2 außerdem weiter aus, dass man sich eine Therapiesitzung nicht als „einen einzigen improvisierten Fluss“ (Anhang, S. 69) vorstellen dürfe. Vielmehr gehe es um die Haltung des Therapeuten. Dieser sei hellwach und hört was das Kind von sich gibt (u.a. Lautstärke, Tempo, Intensität) und möchte herausfinden, was die Komposition, die Musik des Klienten ist.

So könne er z.B. sehr laute, zerstörerische und ausschweifende Äußerungen mit gleicher Qualität aufnehmen, um dem Klienten auch in solchen Momenten zu zeigen, dass er akzeptiert wird, wie er ist. Wichtig sei dabei jedoch, dass der Therapeut diese Begegnung weiterentwickelt und sie in einen Kontext einbettet. Dies sei ihrer Meinung nach die Kunst der Improvisation (vgl. Anhang, S. 69).

Zum einen wird hier die in der therapeutischen Grundhaltung beschriebene Verknüpfung von Emotionen und Musik (siehe 3.4) nochmals verdeutlicht. Zum anderen lässt sich erkennen, dass sich die praktische Vorgehensweise in der Improvisation nicht von der Theorie unterscheidet (siehe 3.5.1).

Spiellieder

Die neben der Improvisation als weitere Technik vorgesehenen Spiellieder von Nordoff und Robbins nutzen die Therapeutinnen in ihren Einzelsitzungen so gut wie gar nicht. Sie berichten jedoch, dass meist basierend auf den Äußerungen des Klienten Lieder entwickelt werden, die sich festigen können und dann als Ritual zur Begrüßung und zum Abschied eingesetzt werden.

Klienten von Therapeutin 3 entwickeln solche Rituale in Form von Fingerübungen auch manchmal alleine. Dennoch entscheidet auch sie ganz individuell und nach Bedarf, ob eine Sitzung mit mehr oder weniger Struktur gestaltet wird (vgl. Anhang, S. 79).

Anstelle der vorkomponierten Lieder von Nordoff und Robbins nutzt Therapeutin 2 vielmehr eigene, mit ihren Klienten in der Improvisation entwickelte Spiellieder. Sie führt

aus, dass kleine Formen oder Lieder dem Klienten Sicherheit und Verlässlichkeit bieten. Die notierten Formen oder Lieder können in weiteren Sitzungen erneut angeboten und auch verändert werden. Häufig sind diese Lieder sehr naheliegend und beziehen sich auf aktuelle Situationen wie z.B. die Kleidung oder das Musikmachen. Die kleinen Kompositionen seien geformt und dennoch individuell mit und für den einzelnen Klienten entwickelt (vgl. Anhang, S. 69).

Diese Vorgehensweise kann mit der strukturierten Improvisation (siehe 3.5.1) verglichen werden.

4.3.3 Entwicklung der Klienten

Im Rahmen der Improvisation sowie der Therapieziele wurden schon viele Aspekte genannt, die die Weiterentwicklung der Klienten betrifft. So ist der erste große Entwicklungsschritt der Kontaktaufbau des Klienten zum Therapeuten. Je nach Ressourcen können jedoch weitere Fortschritte erreicht werden.

Wie bei den Kindern im Sunfield-Kinderheim, die nach der Musiktherapie mit Nordoff und Robbins Weiterentwicklungen in verschiedenen Lebensbereichen zeigten (siehe 3.1, S. 18), kann auch heute ein Transfer der in der Therapie erreichten Fortschritte in den Alltag beobachtet werden.

So berichtet Therapeutin 1 von Rückmeldungen der Eltern, die im Laufe der Therapie offensichtliche Veränderungen ihrer Kinder bemerken. Sie erklärt, dass die Erfahrungen des Verstanden- und Akzeptiert-Werdens sowie des musikalischen Dialogs, die im geschützten Rahmen der Therapie erlebt werden, möglicherweise dazu führen, dass der Klient auch in seinem täglichen Umfeld anders mit Situationen umgehen kann. So könne er zum Beispiel auf Ansprache besser reagieren oder in Situationen, in denen er zuvor Angst hatte und die für ihn unberechenbar waren, weniger angstbesessen sein (vgl. Anhang, S. 56).

Ein Bereich, der in der Theorie sowie Entstehung der Therapie von Nordoff und Robbins keine Erwähnung findet, aber in der heutigen Praxis durchaus relevant ist, ist die sprachliche Entwicklung der autistischen Klienten.

Therapeutin 1 stellte fest, dass sie in der produktiven Sprache kaum Fortschritte erlebt, sich das Sprachverständnis bei den meisten Klienten jedoch deutlich verbessert (vgl. Anhang, S. 56).

Wenn ihre Klientinnen früh genug kommen und auch durch andere Therapien ganzheitlich gefördert werden, erlebt Therapeutin 2 häufiger, dass aus den Lauten des Klienten einzelne Worte entstehen, die sich meist auf die aktuelle Situation beziehen (z.B. Körperteile, das Musikmachen, der eigene Namen). Häufig ist dies „der Kanal zum Sprechen lernen“ (Anhang, S. 66). Dennoch betonte auch sie, dass sich das Sprachverständnis deutlich früher entwickelt, was sich z.B. durch Blickkontakt oder ein kurzes gemeinsames Spiel erkennen lässt.

Sie erwähnte in diesem Zusammenhang außerdem, dass die Musiktherapie mit den ersten produzierten Worten oft beendet werde, da ab diesem Punkt andere Therapien wie z.B. Logopädie ansetzen könnten (vgl. Anhang, S. 71).

4.3.4 Kooperationsarbeit

Elternarbeit

In ihren Therapien arbeitet Therapeutin 2 mit Protokollen und wie Nordoff und Robbins nach Einverständnis der Eltern auch mit Videoaufnahmen. Mit dieser Dokumentation könne sie den Therapieverlauf genauer beobachten und analysieren. Weiterhin sei ihr eine sehr durchsichtige und nachvollziehbare Arbeitsweise wichtig. Vor allem für die Eltern möchte sie verständlich machen, was in der Therapie passiert (vgl. Anhang, S. 67 / 75).

Für sie ist es auch wichtig, dass die Eltern vor allem am Anfang der Therapie in der Sitzung dabei sind, da sie für die Kinder, auch bei einer weniger starken Bindung, Sicherheit bieten. In solchen Situationen oder wenn die Eltern am Schluss einer Sitzung dazu stoßen, sind meist keine zusätzlichen Elterngespräche notwendig. Vor allem wenn beim Kind bestimmte Entwicklungen beobachtet wurden, ist es für die Therapeutin wichtig mit den Eltern ins Gespräch zu kommen (vgl. Anhang S. 65 / 75).

Therapeutin 1 hingegen machte die Erfahrung, dass am Anfang einer Therapie noch ein erhöhter Gesprächsbedarf besteht, der mit der Zeit jedoch geringer wird. Elterngespräche bietet sie daher vorwiegend bei Bedarf und nicht regelmäßig an. Da es für Eltern aber nicht immer einfach sei eine Bringsituation auszuhalten, in denen ihr Kind viel schreit und weint, habe sie auch schon eine Mutter erlebt, die dann mit in die Therapie kam (vgl. Anhang, S.60).

Auch Therapeutin 3 bietet Elterngespräche nur bei Bedarf an. Häufig finden auch kurze Gespräche in der Bring- oder Holsituation statt und auf Wunsch können die Eltern in der Sitzung dabei sein (vgl. Anhang, S. 81).

An dieser Stelle wird deutlich, dass in der heutigen Praxis die Eltern auch eine Rolle spielen, da die Therapie meist ambulant in Therapiepraxen oder –zentren stattfindet. Nordoff und Robbins arbeiteten mit ihrer Therapie hauptsächlich in Kinderheimen und vergleichbaren Einrichtungen, sodass keine Notwendigkeit und auch nicht die Möglichkeit bestanden, die Eltern mit einzubeziehen. Möglicherweise spielten die Betreuer der Kinder eine Rolle, dies ging jedoch aus der Literatur nicht eindeutig hervor.

Multidimensionalität

Wie schon in Kapitel 2 deutlich wurde, ist bei der Therapie von autistischen Menschen meist ein mehrdimensionaler Therapieansatz sinnvoll. So kann es vorkommen, dass Musiktherapeuten nach weiteren Ansätzen arbeiten, weitere Elemente einfließen lassen oder mit anderen an der Therapie Beteiligten kooperieren.

In der Regel sind Nordoff/Robbins-Musiktherapeuten im Erstberuf ausgebildete Musiker oder Musikpädagogen. Dadurch kann sich z.B. eine Kombination aus Musiktherapie und -pädagogik wie bei Therapeutin 3 ergeben. Auf der einen Seite hat sie autistische Schüler, die regulären Instrumentalunterricht nehmen und in den hin und wieder musiktherapeutische Elemente einfließen. Auf der anderen Seite bietet sie gezielte Therapiesitzungen mit Autisten an, die nach dem Nordoff/Robbins-Ansatz in der Musikschule durchgeführt werden. Sie kann so individuell pädagogische und therapeutische Elemente einfließen lassen (vgl. Anhang, S. 80).

Da der Nordoff/Robbins-Ansatz an keine Grundtheorie wie z.B. die Lerntheorie oder der Humanismus gebunden und dadurch sehr offen ist, besteht die Möglichkeit für Therapeuten, Elemente aus anderen Ansätzen einfließen zu lassen.

So ergeben sich bei Therapeutinnen 1 und 2 zum Beispiel durch das EBQ-Instrument⁵ immer neue Vorgehensweisen in der Therapie. Therapeutin 1 betont jedoch auch,

⁵ Das EBQ-Instrument ist ein Beobachtungs- und Einschätzungsinstrument zur Einschätzung der Beziehungsqualität, welches von der Musiktherapeutin Karin Schumacher zusammen mit der Entwicklungspsychologin Claudine Calvet entwickelt wurde (vgl. Schumacher/Calvet 2007, 55).

dass die Inhalte immer mit der Philosophie der Nordoff/Robbins-Therapie vereinbar sein müssen (vgl. Anhang, S. 58 / 74).

In der Kooperation mit anderen an der Therapie ihrer Klienten Beteiligten gehen die Therapeutinnen unterschiedlich vor.

Während bei Therapeutin 1 kein großes Interesse besteht, sich mit Beteiligten auszutauschen, da sich die Vorgehensweisen häufig in die Quere kommen (z.B. funktional und schöpferisch-kreativ), sieht sich Therapeutin 2 als Teil eines komplexen therapeutischen Umfeldes mit Eltern, Kindergarten, Kinderarzt, sozialpädiatrischem Zentrum und Therapeuten, in dem jeder seinen Beitrag leistet. Sie nimmt gerne an runden Tischen teil, die meist von Eltern initiiert werden. Dort stelle sie fest, dass zwar alle Beteiligten an ähnlichen Dingen arbeiten, dies aber jeweils über einen anderen Zugang tun und voneinander gelernt werden könne (vgl. Anhang S. 58 / 73).

Auch für Therapeutin 3 spielt die Kooperation eine große Rolle. Sie berichtet von einem guten Netzwerk und einer guten Kommunikation mit Förderschulen der Stadt oder Kollegen des elementaren Bereichs, um z.B. Kinder, die musiktherapeutischen Bedarf haben, zu vermitteln. Außerdem werden an den Förderschulen auch musiktherapeutische Angebote durchgeführt (vgl. Anhang, S. 80).

Als Nordoff und Robbins begannen mit einzelnen Kindern zu arbeiten, kooperierten auch sie mit dem Psychologen des Kinderheims. Inwiefern jedoch z.B. eine Zusammenarbeit mit den Betreuern der Kinder bestand, geht aus der Literatur nicht hervor. Man kann jedoch davon ausgehen, dass Nordoff und Robbins gerade in der Entstehungszeit des Therapieansatzes sowie in ihren Forschungsprojekten mit vielen Ärzten und Psychologen zusammengearbeitet haben.

4.3.5 Stärken und Schwächen der Therapie

Wie schon in Kapitel 4.1 deutlich wurde, sind die non-verbale Vorgehensweise sowie die Verknüpfung von Musik und Emotionen die Hauptgründe, weswegen die Schöpferische Musiktherapie für autistische Menschen besonders geeignet ist. Auch die drei Therapeutinnen heben diesen Aspekt als große Stärke der Therapie hervor.

Therapeutinnen 1 und 2 führen dazu aus, dass Emotionen die elementare Form des zwischenmenschlichen Austausches seien und eine Mutter schon mit ihrem Säugling

auf diese Art und Weise kommuniziere. Therapeutin 2 erklärt, dass Musiktherapeuten sich genau auf dieses Kommunikationsniveau begeben und als Profis mehr Möglichkeiten haben musikalisch differenzierter vorzugehen (vgl. Anhang, S. 56 / 72).

Therapeutin 1 ergänzt außerdem, dass durch diese emotionale Einbettung der Musik schneller Vertrauen aufgebaut werden könne. Denn die Musik habe unmittelbar mit dem Ausdruck des Menschen zu tun und sei somit der unmittelbarste Zugang zu ihm. Verbal ausgerichtete Therapien sieht sie bei Menschen mit Autismus im Nachteil, da der verbale Umgang eine größere Distanz zwischen Therapeut und Klient entstehen lasse (vgl. Anhang, S. 56f.)

Auch Therapeutin 2 ist der Ansicht, dass die Therapie, trotz des Ansatzes im Vorgesprächlichen, sehr „beziehungsträchtig“ (Anhang, S. 72) sei. Es seien keine Worte und deren Analyse von Nöten sondern die Äußerungen des Klienten würden vom Therapeuten als Musiker wahrgenommen, aufgegriffen und weiterentwickelt.

Als weitere Stärke hebt Therapeutin 3 außerdem hervor, dass die Schöpferische Musiktherapie den Klienten zu eigenem Handeln einlade und kein Verhalten aufdrücke, wie es möglicherweise in einer Verhaltenstherapie geschehen könnte, wenn sich der Klient nur so verhält, weil er es soll, aber „keine innerliche Verknüpfung“ (Anhang, S. 79f.) spürt.

Sowie die Therapie ihre Stärken hat, kann sie auch Schwachstellen haben.

In der Beschreibung der Symptomatik (2.2) wurde deutlich, dass je nach Schweregrad die soziale Interaktion sehr stark gestört bis kaum vorhanden sein kann. Entsprechend schwer kann es für Therapeuten werden einen Zugang zum Klienten zu bekommen.

Therapeutin 2 und 3 berichteten von autistischen Klienten, bei denen die Kontakt- und Beziehungsaufnahme sehr schwer und nahezu unmöglich war und eigentlich keine Veränderungen im Handeln oder der Reaktionen auf Kommunikationsangebote beobachtet werden konnten. Therapeutin 3 hat daraufhin auch schon eine Therapie beendet. Therapeutin 2 ergänzt, dass sie diese Momente häufiger erlebt, wenn autistische Kinder erst mit acht oder neun Jahren in die Therapie kommen und sich das selbstregulierende Verhalten schon zu sehr gefestigt hat.

Inwiefern jedoch hier von einer Schwäche der Therapie gesprochen werden kann, ist fraglich. Therapeutin 2 hinterfragt in solchen Situationen nämlich auch, ob eventuell eine andere Therapie, z.B. Körpertherapie, zunächst sinnvoller ist (vgl. Anhang, S. 72f. / 80).

Eine ganz andere Schwachstelle des Therapieansatzes formuliert Therapeutin 1. Ihrer Meinung nach fehlt der Konzeption die Körperarbeit, die Kombination von Bewegung und Musik. Sie verweist auf die Musiktherapeutin Karin Schumacher, deren Seminare von vielen Nordoff/Robbins-Therapeuten besucht werden. Auch sie kritisiert, dass die Schöpferische Musiktherapie nicht auf Körperarbeit angelegt ist, da diese die Grundstufe der Sprachentwicklung sei. Sie arbeitet z.B. mit Hängematten, in die die Kinder gesetzt werden (vgl. Anhang, S. 57).

Auch wenn die Therapeutinnen hin und wieder autistische Klienten erleben, bei denen der Kontaktaufbau sehr schwer oder fast unmöglich ist, sehen sie den Therapieansatz bei diesen Störungen als geeignet an. Den Vorteil sehen sie vor allem in der non-verbalen Vorgehensweise und der Verknüpfung von Musik und Emotionen, die die Kommunikation zwischen Therapeut und Klient ermöglichen.

4.3.6 Musiktherapeutin – ein noch junger und kleiner Berufsstand

Schon in Kapitel 4.1 wurde festgestellt, dass die Schöpferische Musiktherapie sowie Musiktherapie im Allgemeinen in der Autismus-Literatur als Therapiemöglichkeit wenig bis gar nicht erwähnt wird. Die Erklärungen der Therapeutinnen zu dieser These waren unterschiedlich.

Therapeutin 1 sagt zum einen, dass es ein gesundheitspolitisches Problem sei. Sie führte diesen Punkt jedoch nicht weiter aus. Zum anderen stellte sie in der Literatur schon häufig Widersprüche in den Theorien zu Autismus fest. Als Beispiel nennt sie, dass auf der einen Seite autistische Menschen als sehr musikalisch dargestellt werden und auf der anderen Seite Wissenschaftler bei Autisten wiederum eine hohe Empfindlichkeit gegenüber Geräuschen feststellten. Diese beiden Thesen wurden in Kapitel 2.2 als ein weiterer Aspekt der Variabilität und Individualität einer autistischen Störung

dargestellt. Therapeutin 1 hingegen sieht sie als widersprüchlich an (vgl. Anhang, S. 60).

Weiterhin erwähnt sie, dass Karin Schumacher, die zusammen mit einer Entwicklungspsychologin auch selbst diagnostiziert, immer wieder feststellt, dass die Diagnose einer autistischen Störung sehr schnell vergeben wird (vgl. Anhang, S. 60f.).

Auch Therapeutin 2 erwähnt, dass die Vernetzung zwischen den Praktikern und der medizinischen Forschung intensiviert werden müsse. Doch um zu arbeiten und zu forschen würden die nötigen finanziellen sowie zeitlichen Ressourcen z.B. in Autismuszentren fehlen (vgl. Anhang, S. 75).

Die Therapeutinnen sind also der Meinung, dass einerseits autistische Störungen wissenschaftlich weiter untersucht werden müssen und zum anderen, dass empirische Untersuchungen der praktischen Musiktherapie ausgebaut werden müssen.

Als weitere Aspekte wurden von Therapeutin 2 und 3 die fehlende Präsenz und Öffentlichkeitsarbeit der (Schöpferischen) Musiktherapie auf dem Therapiemarkt genannt (vgl. Anhang, S. 75 / 82).

Therapeutin 2 sagt, es gebe zwar viele Musiktherapeuten, die mit Autisten arbeiteten, aber in Bezug auf die deutsche Gesamtpopulation gebe es sehr wenige Menschen mit autistischen Störungen und insgesamt auch wenige Musiktherapeuten (vgl. Anhang, S. 75).

Schon bei der Suche nach geeigneten Interviewpartnerinnen fiel auf, dass zum einen nur ca. 40 Nordoff/Robbins-Therapeuten auf der Homepage des Vereins zur Förderung der Nordoff-Robbins Musiktherapie e.V. aufgelistet sind. Davon arbeiten derzeit nur ca. 10 mit autistischen Menschen (vgl. Verein zur Förderung der Nordoff-Robbins Musiktherapie e.V.). Auf Nachfrage beim Verein wurde mitgeteilt, dass nicht alle Therapeuten dort vertreten sind und weitaus mehr Nordoff/Robbins-Therapeuten mit Autisten arbeiten würden.

Dennoch konnte bei weiteren Recherchen festgestellt werden, dass z.B. im Online-B Branchenverzeichnis Gelbe Seiten nur ca. 160 Einträge für „Musiktherapie“, aber 2540 Einträge für „Verhaltenstherapie“ gefunden wurden. Auch die Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft verzeichnet nur knapp 200 ambulante musiktherapeutische Praxen (vgl. DMtG 2014).

Der Berufsstand ist also im Vergleich noch sehr klein. Therapeutin 2 ergänzt außerdem, dass es noch kein Berufsgesetz für Musiktherapeuten gibt. Auch wenn dies nicht automatisch die gesundheitspolitischen Probleme (z.B. Kostenübernahme) lösen würde, so würde es zunächst die Ausübung des Berufs regeln (vgl. Anhang, S. 77).

5 Schlussbetrachtung

Abschließend soll zusammengefasst werden, was die Gegenüberstellung von Theorie und Praxis der Schöpferischen Musiktherapie bei Menschen mit autistischen Störungen erbracht hat.

Es lässt sich erkennen, dass in der Praxis sehr vieles so umgesetzt werden kann, wie es in der Theorie beschrieben wurde. Die Therapie zielt darauf ab, einen Zugang zum autistischen Menschen zu finden, der starke Beeinträchtigungen in der verbalen sowie non-verbalen Kommunikation und dem Aufbau von Beziehungen hat. Ihm soll ermöglicht werden, sich mithilfe der Musik als Kommunikationsmittel mitzuteilen und mit seinem Umfeld in Kontakt zu kommen. Die Vorgehensweise ist dabei non-verbal und rein musikalisch. Das heißt mit der Improvisation als Hauptelement wird rein über die Musik mit all ihrer Vielfalt kommuniziert und interagiert.

In den Interviews fiel jedoch auf, dass die Therapeutinnen zwar nach dem gleichen Grundgedanken handeln, aber innerhalb des Therapieansatzes und der Improvisation ihre eigene Arbeitsweise entwickeln. Ohne eine der großen Theorien wie z.B. die Lerntheorie als Basis zu haben, ermöglicht diese offene Therapiekonzeption den Nordoff/Robbins-Therapeuten weitere Elemente einfließen zu lassen und individueller zu arbeiten. So legte zum Beispiel Therapeutin 2 großen Wert auf die Verknüpfung der verschiedenen Sinne, die sich mit bestimmten Instrumenten erreichen lässt. Zur Auswahl stehen damals wie heute Saiten- und Perkussionsinstrumente, aber auch neue wie z.B. die Körpertambura, die eine besonders intensive Verknüpfung zwischen Hören und Spüren ermöglicht.

Bei Therapeutin 3 hingegen wurde die Individualität in der Kombination von Musiktherapie und –pädagogik deutlich. Sie bringt je nach Bedarf pädagogische und therapeutische Elemente ein.

Auch in der Kooperation mit anderen an der Therapie Beteiligten und mit den Eltern wird die individuelle Vorgehensweise der Therapeutinnen deutlich. Häufig spielt hier auch die finanzielle Frage eine Rolle, da Ärzte oder Therapeuten z.B. runde Tische nicht vergütet bekommen. Das eigene Engagement und das der Eltern und Beteiligten sind maßgeblich.

Im Grunde genommen wird die Theorie also so in der Praxis umgesetzt, wie sie von den Begründern Nordoff und Robbins konzipiert wurde. Dennoch gibt es kleine Aspekte, in denen sich die heutige Praxis von der Theorie unterscheidet.

So wird die Therapie heute zum Beispiel nur in Einzelsitzungen und ohne Co-Therapeut durchgeführt. Nur selten gelingt die Integration eines autistischen Klienten in eine Gruppe. Daher werden die Spiellieder auch kaum eingesetzt, da sie eher für eine Gruppentherapie geeignet sind, in der ein bestimmter Grad an Struktur durch diese Lieder vorgegeben wird. In den Einzeltherapien wird hauptsächlich mit der Improvisation und kleinen Formen gearbeitet, die für den einzelnen Klienten entwickelt werden.

Ein Grund hierfür kann sein, dass Nordoff und Robbins mit Gruppen gearbeitet haben, in denen Kinder mit verschiedensten Störungen und Einschränkungen waren. Dort wurde der Fokus auf kein bestimmtes Störungsbild gelegt. Mit der Zeit wurde möglicherweise festgestellt, dass die Integration eines autistischen Menschen in eine Gruppe aufgrund der Symptomatik sehr schwierig ist und Einzeltherapien wirkungsvoller sind.

Im Bereich der Therapiefortschritte fällt auf, dass der Transfer in den Alltag zwar weiterhin eine Rolle spielt, dies aber kein gesetztes Ziel ist. Vielmehr soll dem Klienten zunächst in einem sicheren Rahmen der Beziehungsaufbau ermöglicht werden. Die Erfahrungen, die er dort macht, werden seine Verhaltensweisen nach einer gewissen Zeit automatisch beeinflussen und möglicherweise kann er dies auch in Situationen außerhalb der Therapie zulassen.

Die non-verbale Vorgehensweise und der unmittelbare Zugang zum Klienten durch den Emotionsträger Musik sind die grundlegenden Elemente des Therapieansatzes.

Gleichzeitig sind sie auch die große Stärke der Therapie. Vor allem im Vergleich zu verbalen Therapieansätzen hat die Schöpferische Musiktherapie den Vorteil, ohne die Sprache einen Zugang zum Klienten zu bekommen, indem an der vorsprachlichen Kommunikationsebene angesetzt wird. Durch eine verbale Vorgehensweise entsteht häufig eine Distanz. Diese ist beim Medium Musik aufgrund der Verknüpfung mit Emotionen deutlich geringer. Außerdem schafft Musik schneller Vertrauen, das benötigt wird, um überhaupt eine therapeutische Beziehung zum Klienten aufbauen zu können.

Es wird deutlich, dass die Therapeutinnen die Schöpferische Musiktherapie bei autistischen Menschen auch in der Praxis als geeignet und sinnvoll ansehen. Dennoch haben sie manchmal Schwierigkeiten einen Zugang zum Klienten zu bekommen. Vor allem wenn die Symptomatik der Störung sehr stark ausgeprägt ist und/oder sich die Verhaltensweisen schon sehr gefestigt haben, kann es vorkommen, dass der Kontaktaufbau kaum oder gar nicht möglich ist.

Weiterhin wurde in den Interviews und Recherchen deutlich, dass Musiktherapie im Allgemeinen noch keinen sehr großen Stellenwert innerhalb der Therapiemöglichkeiten für Menschen mit autistischen Störungen hat. Der Berufsstand ist noch klein, er hat noch kein Berufsgesetz und Musiktherapie ist noch nicht im deutschen Gesundheitssystem verankert. Weiterhin wurde von den Therapeutinnen vermutet, dass die Öffentlichkeitsarbeit sowie die Vernetzung zwischen Ausübung und Forschung der Musiktherapie noch nicht ausgeprägt genug ist. Laut Therapeutin 2 arbeitet die Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie schon in diese Richtung. Dennoch ist dies ein langer Prozess, der von aktiven Musiktherapeuten neben der eigentlichen Arbeit gestaltet wird (vgl. Anhang, S. 77).

Inwieweit Musiktherapie als eine Alternative zu etablierten Therapieansätzen in unser Gesundheitssystem, in dem immer mehr gespart wird, integriert werden kann, wird sich in den nächsten Jahren zeigen.

Literaturverzeichnis

Bruhn, Herbert (2000): Musiktherapie. Geschichte, Theorien, Methoden, Göttingen [u.a.]: Hogrefe Verlag

Decker-Voigt, Hans-Helmut (Hg.) (2001): Schulen der Musiktherapie, München: Ernst Reinhardt Verlag

Decker-Voigt, Hans-Helmut / Oberegelsbacher, Dorothea / Timmermann, Tonius (2012): Lehrbuch Musiktherapie, 2., aktualisierte Auflage, München: Ernst Reinhardt Verlag

van Deest, Hinrich (1994): Heilen mit Musik. Musiktherapie in der Praxis, Stuttgart: TRIAS Thieme Hippokrates Enke

Dilling, H. / Mombour, W. / Schmidt M. H. (Hg.) (2011): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien, 8., überarbeitete Auflage; World Health Organization, Bern: Verlag Hans Huber

Gustorff, Dagmar (2001): Schöpferische Musiktherapie (nach Nordoff/Robbins), in: Decker-Voigt, Hans-Helmut (Hg.): Schulen der Musiktherapie, München: Ernst Reinhardt Verlag, S. 213f.

Kamp-Becker, Inge / Bölte, Sven (2014): Autismus, 2. Auflage, München: Ernst Reinhardt Verlag

Kraus, Werner (Hg.) (2011): Die Heilkraft der Musik. Einführung in die Musiktherapie, 3., aktualisierte Auflage, München: C.H.Beck

Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage, Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Neugebauer, Lutz (2007): Die Kunst der Musik als Therapie – Musiktherapie nach Paul Nordoff und Clive Robbins, in: Stiff, Ursula / Tüpker, Rosemarie (Hg.): Kindermusiktherapie. Richtungen und Methoden, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 175-189

Nordoff, Paul / Robbins, Clive (1975): Musik als Therapie für behinderte Kinder. Forschungen und Erfahrungen, Stuttgart: Ernst Klett Verlag

Nordoff, Paul / Robbins, Clive (1986): Schöpferische Musiktherapie. Individuelle Behandlung für das behinderte Kind, Stuttgart: Gustav Fischer Verlag; Kassel: Bärenreiter Verlag (Praxis der Musiktherapie, Band 3)

Nöcker-Ribaupierre, Monika (2011): Geschichte, Methoden und Anwendungsgebiete der Musiktherapie, in: Kraus, Werner (Hg.): Die Heilkraft der Musik. Einführung in die Musiktherapie, 3., aktualisierte Auflage München: C.H.Beck, S. 38-46

Plahl, Christine / Koch-Temming, Hedwig (2008): Grundlagen der Kindermusiktherapie, in: Plahl, Christine / Koch-Temming, Hedwig: Musiktherapie mit Kindern. Grundlagen, Methoden, Praxisfelder, 2., aktualisierte Auflage, Bern: Verlag Hans Huber, S. 28-175

Plahl, Christine / Koch-Temming, Hedwig (Hg.) (2008): Musiktherapie mit Kindern. Grundlagen, Methoden, Praxisfelder, 2., aktualisierte Auflage, Bern: Verlag Hans Huber

Remschmidt, Helmut (2012): Autismus. Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen, 5., überarbeitete Auflage, München: C.H. Beck

Schumacher, Karin / Calvet, Corinne (2007): Entwicklungspsychologisch orientierte Kindermusiktherapie – am Beispiel der „Synchronisation“ als relevantes Moment, in: Stiff, Ursula / Tüpker, Rosemarie (Hg.): Kindermusiktherapie. Richtungen und Methoden, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 55

Siegloch, Magdalene (1997): Eurythmie. Eine Einführung, 2. Auflage, Stuttgart: Verlag Freies Geistesleben

Sinzig, Judith (2011): Frühkindlicher Autismus, Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag (Manuale psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen)

Stiff, Ursula / Tüpker, Rosemarie (Hg.) (2007): Kindermusiktherapie. Richtungen und Methoden, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Timmermann, Tonius (2011): Rezeptive und aktive Musiktherapie in der Praxis, in: Kraus, Werner (Hg.): Die Heilkraft der Musik. Einführung in die Musiktherapie, 3., aktualisierte Auflage München: C.H.Beck, S. 54-67

Vocke, Johanna (2007): Geschichtliches zur Kindermusiktherapie in Deutschland, in: Stiff, Ursula / Tüpker, Rosemarie (Hg.): Kindermusiktherapie. Richtungen und Methoden, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 26

Weber, Claudia Maria (1999): Tanz- und Musiktherapie zur Behandlung autistischer Störungen, Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie (Kunst und Psychologie; Band 5)

Wendler, Jürgen / Seidner, Wolfram / Eysholdt, Ulrich (2005): Lehrbuch der Phoniatrie und Pädaudiologie, 4., völlig überarbeitete Auflage, Stuttgart: Thieme

Wing, John K. (1973): Symptome, Verbreitung und Ursachen des frühkindlichen Autismus, in: Wing, John K. (Hg.): Frühkindlicher Autismus. Klinische, pädagogische und soziale Aspekte, Weinheim und Basel: Beltz Verlag, S. 17-51

Wing, John K. (Hg.) (1973): Frühkindlicher Autismus. Klinische, pädagogische und soziale Aspekte, Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Internetquellen

American Psychiatric Association (2013): Autism Spectrum Disorder. DSM-5 Autism Spectrum Disorder Fact Sheet, online unter: <http://www.dsm5.org/Documents/Autism%20Spectrum%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf> [Zugriff: 04.01.2015]

Bölte, Sven (2013): Autismus im DSM-5, online unter: http://www.bildungswerk-irsee.de/stat/content/pdf/2013/817/Autismus_DSM_Boelte.pdf [Zugriff: 04.01.2015]

Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft (DMtG) (2014): Praxisanzeigen, online unter: http://www.musiktherapie.de/fileadmin/user_upload/medien/pdf/Ambulante_Musiktherapie_DMTG.pdf [Zugriff: 16.02.2015]

Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft (DMtG) (2015): Definition – Berufsbild – Geschichte, online unter: <http://www.musiktherapie.de/index.php?id=18> [Zugriff: 12.01.2015]

Dresing, Thorsten / Pehl, Thorsten (2013): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 5. Auflage, Marburg, online unter: <http://www.audiotranskription.de/praxisbuch> [Zugriff: 27.01.2015]

Verein zur Förderung der Nordoff-Robbins Musiktherapie e.V.: Landkarte, online unter: <http://www.nordoff-robbins-verein.de/web/Landkarte.html> [Zugriff: 16.02.2015]

Weltgesundheitsorganisation (2015): ICD-11 Beta Draft, online unter: <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f437815624> [Zugriff: 04.01.2015]

World Federation of Music Therapy (WFMT) (2011): What is music therapy?, online unter: <http://www.wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/> [Zugriff: 27.09.2014]

Anhang

Interview-Leitfaden

- Dank für Teilnahmebereitschaft
- Vorstellung der Person und des Projektes
- Verlauf des Interviews und Einverständnis für Aufzeichnung des Gespräches und Transkription

Kurze Datenerhebung zur Therapietätigkeit der Interviewpartnerin:

1. Seit wann arbeiten Sie mit der Schöpferischen Musiktherapie nach Nordoff und Robbins?
2. In welchem Rahmen arbeiten Sie mit diesem Ansatz, z.B. eigene Praxis, Zentrum, Klinik, o.ä.?
3. Wie groß ist der Anteil der Autisten im Verhältnis zur Gesamtzahl Ihrer Klienten?
4. Welche autistischen Störungen behandeln Sie mit der Nordoff/Robbins-Musiktherapie?
5. In welchem Alter sind die autistischen Klienten bei Ihnen?

Leitfragen

Leitfrage	Check – was wurde erwähnt?	Aufrechterhaltungsfragen
<u>Rahmenbedingungen</u> 1. Können Sie mir einen groben Verlauf der Nordoff/Robbins-Musiktherapie bei Autisten schildern?	<ul style="list-style-type: none"> • Co-Therapeut • Anwesenheit anderer • Dauer einer Sitzung / einer Therapie • Regelmäßigkeit • Einzelsitzung / Gruppensitzung 	<ul style="list-style-type: none"> - Non-verbale Aufrechterhaltung - Welche verschiedenen Stadien der Therapie gibt es?
2. Welche Musikinstrumente und Methoden setzen Sie dabei ein?	<ul style="list-style-type: none"> • Vorkomponierte Lieder • Improvisation • Anthroposophische Instrumente • Bearbeitete Instrumente 	<ul style="list-style-type: none"> - Non-verbale Aufrechterhaltung
3. Welche Ziele werden in Ihrer Therapie mit Autisten angestrebt?	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation • soziale Interaktion • Wahrnehmungsfähigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> - Non-verbale Aufrechterhaltung

	<ul style="list-style-type: none"> • Beziehungsaufbau 	<ul style="list-style-type: none"> - Welche Ziele können realistisch erreicht werden und in welchem Umfang?
<p><u>Stärken und Schwächen</u></p> <p>4. Welche Vorteile sehen Sie in diesem Therapieansatz gegenüber anderen Therapiemöglichkeiten bei Autisten, z.B. andere Musiktherapieansätze oder Verhaltenstherapie?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation • Verhalten 	<ul style="list-style-type: none"> - Non-verbale Aufrechterhaltung - Welche Aspekte der Therapie sehen sie als Erfolgsfaktoren?
<p>5. Wo stoßen Sie als Nordoff/Robbins-Therapeutin bei der Therapie von Autisten an Ihre Grenzen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zu starke Begleitsymptome / Begleiterkrankungen • (Kostenfrage) 	<ul style="list-style-type: none"> - Non-verbale Aufrechterhaltung
<p><u>Multidimensionaler Ansatz</u></p> <p>6. In welchen Fällen müssen weitere Maßnahmen ergänzend stattfinden, damit Ihre Musiktherapie überhaupt möglich ist?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pharmakotherapie • Physiotherapie • Verhaltenstherapie 	<ul style="list-style-type: none"> - Non-verbale Aufrechterhaltung - Weshalb? - Um welche Maßnahmen handelt es sich dabei?
<p>7. Nach welchen weiteren Konzepten arbeiten Sie bei Autisten?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • andere Ansätze • (Musik)Pädagogik 	<ul style="list-style-type: none"> - Non-verbale Aufrechterhaltung - In Kombination mit der Musiktherapie?
<p>8. Inwiefern kooperieren Sie mit Therapeuten oder Einrichtungen, die an der Behandlung Ihrer Klienten beteiligt sind?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • andere Therapien • Ärzte • Kindergarten/Schule 	<ul style="list-style-type: none"> - Non-verbale Aufrechterhaltung - Wieso ist dies wichtig?
<p>9. Inwiefern spielen die Eltern/Bezugspersonen eine Rolle bei der Therapie?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anwesenheit • Elternarbeit/-beratung/-gespräche 	<ul style="list-style-type: none"> - Non-verbale Aufrechterhaltung - Wieso ist Elternarbeit bei der Nordoff/Robbins-Therapie wichtig?

<p><u>Therapieauswahl</u></p> <p>10. Welche Gründe vermuten Sie hinter der Tatsache, dass in der Autismus-Literatur die Musiktherapie so gut wie gar nicht als Therapiemöglichkeit angegeben wird?</p>		<p>- Non-verbale Aufrechterhaltung</p>
---	--	--

- Fragen des Interviewpartners: Möchten Sie noch etwas Bestimmtes zum Thema erzählen? Haben Sie Fragen an mich?
- Dank für Teilnahme

Interview 1

I: Sie sind einverstanden damit, dass ich das Gespräch aufnehme und im Anschluss transkribiere? 00:00:08-5

B: Ja. 00:00:09-6

I: Ok, sehr gut. Dann beginne ich mit der ersten Frage und zwar würde ich gerne wissen, seit wann Sie mit der Nordoff/Robbins-Therapie arbeiten? 00:00:20-3

B: Mit oder ohne Studium? 00:00:22-4

I: Gerne auch mit. 00:00:26-1

B: Also seit '95. 00:00:28-3

I: Okay. Und in welchem Rahmen arbeiten Sie mit dem Ansatz? Also haben Sie eine eigene Praxis, arbeiten Sie in der Klinik oder in einer Musikschule? 00:00:38-5

B: Ich arbeite in eigener Praxis. 00:00:40-8

I: Okay. Wie groß ist ungefähr der Anteil von Menschen mit Autismus im Verhältnis zur Gesamtzahl Ihrer Patienten? Oder haben Sie Autismus als Schwerpunkt? 00:00:52-6

B: Nee, also ich würde sagen Hälfte. 00:00:57-5

I: Von / 00:00:58-1

B: Wobei, da muss man natürlich unterscheiden / also Autismus-Spektrum-Störungen, ne. Das ist ja so viel gefächert. Also das was man als Autismus bezeichnet (...) ist ja bei jedem anders bzw. der Grad der Störung, ne. 00:01:17-8

I: Also gerne auch alle, die in das Spektrum pass / also einge / also diagnostiziert werden. 00:01:28-4

B: Eingeordnet werden, ja genau, außer Asperger. 00:01:31-8

I: Also ungefähr die Hälfte sagen Sie? 00:01:36-3

B: Ja. 00:01:38-4

I: Und in welchem Alter sind die autistischen Patienten bei Ihnen ungefähr? 00:01:44-4

B: Ähm, so von 3 bis 25. 00:01:50-8

I: Okay. Gut, das waren erstmal die Rahmenfragen und dann würde ich jetzt mit den offenen Fragen beginnen, zu denen Sie wie gesagt alles was Ihnen dazu einfällt gerne

sagen dürfen. Könnten Sie mir vielleicht zu Anfang einen groben Verlauf von einer Therapie bei einem Menschen mit Autismus bei Ihnen beschreiben? Also kann man wahrscheinlich nicht genau, weil es natürlich bei jedem anders ist, aber vielleicht gibt es einen groben Verlauf, in dem es verschiedene Stadien gibt zum Beispiel? 00:02:24-0

B: Ähm, also Sie meinen jetzt einen Therapiezyklus oder wie? 00:02:26-2

I: Genau. 00:02:28-6

B: Ähm (...) ja der ist natürlich auch abhängig von dem Einzelnen, wie er darauf anspricht und wie schwerwiegend der Grad der Störung ist. Also kann man auch nicht verallgemeinert beantworten. 00:02:47-0

I: Okay und wie lange dauert in der Regel so eine Sitzung, also in welchem Zeitrahmen... 00:02:52-3

B: Bei Kindern, ja bei Kindern / nee aber eigentlich bei allen, so wie ich das hier bei mir erlebe / also ich mach so ungefähr eine halbe Stunde. 00:03:01-1

I: Und regelmäßig dann, also jede Woche oder gibt es dann / 00:03:05-6

B: Einmal in der Woche, ja. 00:03:06-4

I: Okay und wie lange so eine Therapie dauert kann man wahrscheinlich auch schwer sagen, das ist wahrscheinlich abhängig von (...) 00:03:14-2

B: Verschiedenen Faktoren, ganz genau. 00:03:15-5

I: Ja, genau. 00:03:16-4

B: Das fängt bei Kosten an und hört bei Interesse, Bedarf auf. 00:03:22-4

I: Und arbeiten Sie auch mit einem Co-Therapeuten oder einer Co-Therapeutin? 00:03:28-6

B: Nein. 00:03:30-0

I: Gar nicht, okay. Und sind das vermehrt Einzelsitzungen oder bieten Sie auch Gruppensitzungen an? 00:03:36-8

B: Das sind Einzelsitzungen. 00:03:40-5

I: Okay und in der Einzelsitzung, welche Musikinstrumente oder Methoden nutzen Sie da? 00:03:47-7

B: Also wenn Sie nach Methode fragen, dann ist das natürlich Nordoff/Robbins, also schöpferisch-kreativ. 00:03:56-9

I: Ja. 00:03:57-2

B: Ja, ähm, Instrumente / Das richtet sich nach dem Einzelnen natürlich wieder aus. Aber ich halte eigentlich gerade bei Autisten mein Umfeld oder mein Therapieraum sehr sparsam ausgestattet. 00:04:15-4

I: Okay. 00:04:16-3

B: Das heißt ich biete am Anfang / Ja ich hör mir erst mal an, wie äußert sich die Störung, wie verhält sich das Kind oder derjenige mit Autismus-Störung und danach richte ich dann die Auswahl meiner Instrumente aus. Also ich sag mir einfach, Klavier steht da und das fällt nicht um. Das kann man auch nicht durch die Gegend werfen und ist ein orchestrales Instrument. Damit kann man alles einbetten, musikalisch einbetten. Und dazu kommen dann erstmal Perkussionsinstrumente. 00:04:58-3

I: Die Sie dann Ihrem Patienten zu Verfügung stellen? 00:05:01-3

B: Richtig, die stehen dann da irgendwo im Raum und dann kucke ich erstmal, wenn ich jetzt vom Anfang einer Therapie ausgehe, dann kucke ich erstmal wie verhält sich derjenige und dann überlege ich weiter oder neu. 00:05:13-9

I: Und vielleicht habe ich mich mit Methode falsch ausgedrückt, ich dachte dabei zum Beispiel daran, dass ja in der Nordoff/Robbins-Therapie laut Theorie die Improvisation das Hauptinstrument in dem Sinne ist, also / 00:05:32-5

B: Das Hauptelement, ja. 00:05:33-6

I: Element, genau. Und es gibt ja aber auch diese vorkomponierten Lieder. 00:05:37-6

B: Spiellieder, die sogenannten Spiellieder. Die gebrauche ich in der Einzeltherapie so gut wie gar nicht. Weil sich ja die Musik wirklich nach demjenigen richtet und daraus entwickelt wird, was derjenige mitbringt. Diese Musik umspielt oder gibt wieder, musikalisch wieder das So-Sein dieses Menschen. 00:06:02-5

I: Okay und kommt es dabei vor, dass Sie die musikalischen Äußerungen Ihrer Patienten auch wieder in der nächsten Sitzung aufnehmen, also im Prinzip das vielleicht notieren und im weiteren Verlauf wieder aufnehmen und vorspielen, um ihm den Anreiz zu geben? 00:06:27-8

B: Äh ja, also im Grunde genommen / Das was zunächst einmal halbwegs gleichbleibend ist, ist ein Begrüßungslied und ein Abschiedslied. Und diese Lieder entwickeln sich eben auf der Basis dessen, was das Kind äußert und mitbringt. Und dann kann es sein, dass sich eben so ein Lied wirklich manifestiert und das wird dann in der Regel auch immer wieder gebracht, sozusagen als Ritual. 00:06:58-2

I: Ja, okay. Und was sind so die häufigsten Ziele, die Sie in Ihrer Therapie mit Ihren Patienten anstreben? 00:07:11-4

B: Ähm (...) ja das Ziel ist demjenigen und da kann man im Grunde genommen auch vom Autismus weg kommen, denjenigen so, demjenigen so zu begegnen, in einer, ja, wertschätzenden Form durch die Musik, dass er zunächst einmal das Gefühl bekommt „Hiermit bin ich gemeint und so wie ich bin, kann ich sein wie ich bin.“ und das kann dazu führen, dass derjenige dann eben bereit ist oder in der Lage, in die Lage versetzt wird, in Kontakt zu treten zu seiner Außenwelt. Und zwar in einem dialogischen Kontakt. 00:08:01-9

I: Das heißt zu Beginn einer Therapie werden gar keine speziellen Ziele formuliert? 00:08:09-0

B: Nein, genau. 00:08:10-3

I: Okay und die würden dann entstehen im Verlaufe der Therapie? 00:08:16-5

B: Wenn derjenige dann allmählich merkt, dass das, was da passiert mit ihm zu tun hat. Und wenn es eben wirklich seine, ich sag jetzt mal in Anführungsstrichen, Zustimmung erfährt, dann wird er aus sich herauskommen und von sich aus Angebote machen und beziehungsweise mir signalisieren „Ich nehme dich war, als eine Person, die mit mir in diesem Raum ist und wir machen etwas gemeinsam.“ 00:08:49-9

I: Ja. 00:08:52-9

B: „Und ich zeige dir das, was ich kann.“ 00:08:58-3

I: Okay. Und daraufhin kann dann im Prinzip mit dieser Kommunikation, die ja entsteht, können / 00:09:08-6

B: Weiter aufgebaut werden. 00:09:09-8

I: Genau, weitere Dinge erreicht werden. 00:09:12-8

B: Schritte vollzogen werden, ja genau. 00:09:15-4

I: Und gibt es da spezielle / also zum Beispiel was ja bei Autisten sehr beschränkt ist, ist ja die soziale Interaktion oder die ja oft sehr schwierig ist. 00:09:24-6

B: Genau. 00:09:25-1

I: Wird daran oder kann daran in der Nordoff/Robbins-Therapie auch gearbeitet werden? 00:09:30-3

B: Das ist im Grunde genommen das, was da passiert. Wenn derjenige auf musikalischer Ebene musikalischen Bezug nimmt. Und das ist zu hören, ob jetzt rhythmisch oder melodisch, tonal orientiert, sprich der singt irgendwas und das orientiert sich tonal, alles, diese musikalischen Parameter, die zeigen, dass er Bezug nimmt. Und wenn er dann soweit ist, dann wird er selber registrieren „Das was ich da tue, passt irgendwie in das, was ich da höre. Und das was ich da höre, da ist vielleicht sogar noch eine Person dran gekoppelt.“ Je nachdem wie weit die Ressourcen gehen. 00:10:17-8

I: Und kann das dann bei weiteren Fortschritten im Prinzip (...) jetzt fehlt mir das Wort. (...) Kann dann ein Transfer stattfinden? 00:10:32-3

B: Achso, ein Transfer stattfinden? 00:10:33-4

I: Genau. 00:10:34-1

B: Ins, zum alltäglichen Leben meinen Sie? 00:10:37-2

I: Genau, ja. 00:10:37-6

B: Also die Erfahrungen, die er da im geschützten Raum macht, die können dazu führen, dass er in seinem Umfeld außerhalb dieses geschützten Rahmens, auch, dass er damit viel vertrauensvoller umgeht. Ähm, er reagiert zum Beispiel auf Ansprache, selbst wenn er selber nicht sprechen kann. Oder er ist nicht mehr so angstbesessen vor irgendwelchen Situationen vor denen er vorher wohl Angst hatte, die für ihn unberechenbar waren. Kann alles sein. Muss man halt wieder den Einzelfall betrachten. 00:11:19-7

I: Ja, also da kann man auch nicht von einer generellen / 00:11:23-0

B: Nee, aber je nachdem wo da die Symptome, sag ich jetzt mal, wo die liegen, kriege ich zumindest häufig von Eltern das Feedback oder die Rückmeldung, dass sich bestimmte Zeichen offenbaren, aus denen / also Veränderungen zeigen, die also wirklich für das Umfeld auch angenehm sind. 00:11:49-0

I: Ja. Und konnten Sie auch schon Entwicklungen in der Sprache dann feststellen, die ja auch bei manchen autistischen Störungsformen langsam oder auch gestört entwickelt wird? 00:12:05-2

B: Also die Sprachproduktion, das ist schwierig, da hab ich nicht so die deutlichen Fortschritte gesehen, aber wohl das Sprachverständnis, das zeigt sich viel besser dann. Eben wie zum Beispiel reagiert auf Ansprache. Und kann da viel differenzierter drauf reagieren. 00:12:26-7

I: Okay. Welche Vorteile sehen Sie denn in diesem Therapieansatz gegenüber anderen Therapiemöglichkeiten bei autistischen Störungen? Also seien es andere Musiktherapieansätze oder auch so was wie Verhaltenstherapie? 00:12:44-5

B: Ähm, also der Vorteil an dieser musikalischen Vorgehensweise ist, dass sie vor allem auch emotional erreicht. Und über Emotionen, das ist ja das, im Grunde genommen die elementare Form des zwischenmenschlichen Austauschs, Säugling - Mutter. Das geht über Emotionen und nichts anderes. Dass eben über dieses Medium Musik, also da viel schnellerer Zugriff ist auf einer emotionalen Einbettung, das schafft Vertrauen. Wenn ich jetzt also verbal mit solchen Menschen umgehen würde, dann wäre da eine viel größere Distanz. Die Musik überbrückt diese Distanzen. Und deswegen / Also verbal ausgerichtete Therapieformen, denke ich, sind da etwas im Nachteil. Und dieser Zweig der Musiktherapie arbeitet eben rein musikalisch und diese Musik eben

hat unmittelbar etwas mit dem Ausdruck des Menschen zu tun mit dem ich da etwas tue, musikalisch etwas mache. Und das ist also wirklich im Grunde genommen der unmittelbarste Zugang zu einem Menschen. 00:14:07-7

I: Okay. Wo würden Sie sagen stoßen Sie als Nordoff/Robbins-Therapeutin an Ihre Grenzen? Gerade eben bei Autistinnen und Autisten? 00:14:22-7

B: Ähm, das würde ich, ähm (...) Ja, ich würde sagen, was die Körperarbeit anbelangt, da sind wir (...) ja wie soll ich sagen, da haben wir nicht so mit gearbeitet bzw. sind wir nicht geschult worden. Ich denke da speziell an die Frau Schumacher, Prof. Karin Schumacher. Und alle Nordoff/Robbins-Therapeuten rennen zu ihren Seminaren. Naja nicht alle, aber ich finde das hochinteressant, also sie äußert eben auch immer wieder diese Kritik, dass wir nicht darauf angelegt, oder unsere Arbeit nicht auf Körperarbeit angelegt ist. Und die Körperarbeit ist im Grunde genommen die Basisstufe zur Entwicklung der Sprache. 00:15:23-4

I: Mit Körperarbeit meinen Sie jetzt auch die körperlichen Reaktionen? 00:15:28-9

B: Nee, die Kombination von Bewegung und Musik. 00:15:35-2

I: Okay, ja. 00:15:36-3

B: Ja? 00:15:36-5

I: Ja. 00:15:35-7

B: Und diese Verknüpfung, Körper und Musik und dadurch dann eben Sprache, Sprachentwicklung. Die haben wir nicht so in unserer Arbeit verankert. Wir arbeiten wirklich rein musikalisch. Klar, wenn Sie uns ein Kind auf den Schoß setzen, dann wippt man mit dem Schoß oder was weiß ich, das ist nicht der Punkt. Sondern wirklich / Also die Karin Schumacher, die arbeitet mit so Hängematten und so, setzt die Kinder da rein und dann wird geschaukelt und sie hat eben auch ein ganz anderes Equipment. Wobei also ich jetzt sagen würde, das ist nicht unbedingt jetzt was ganz gravierendes, was uns fehlt. Aber ich finde das / Also ich hätte mir gewünscht, dass wir da ein bisschen mehr drin geschult worden wären und ich würde mir für meine Arbeit auch die Möglichkeiten wünschen, aber meine Räumlichkeiten geben das nicht her. 00:16:37-9

I: Ja, okay. Und gibt es auch zum Beispiel zu starke Begleiterkrankungen oder -symptome, wo Sie dann sagen okay, da müsste erstmal anders rangegangen werden, um überhaupt die Musiktherapie zu ermöglichen? Also könnte das vielleicht erstmal eine erste Grenze sein, die man überwinden muss sozusagen, um überhaupt in Ihre Therapie zu kommen? 00:17:05-2

B: Das hab ich jetzt in meiner Arbeit noch nicht erlebt, aber da möchte ich jetzt nicht kategorisch Nein zu sagen. Also weiß ich jetzt nicht, hab ich nicht erlebt. 00:17:14-1

I: Okay. Genau, das wäre eigentlich auch so die nächste Frage gewesen, also ob es irgendwelche Fälle gibt, in denen generell erstmal andere Maßnahmen ergänzend stattfinden müssen. Aber wenn Sie sagen, Sie haben das noch nicht erlebt, dann ja /

00:17:29-8

B: Im Grunde genommen ist Musiktherapie immer so dieses sogenannte Schlusslicht in der Auswahl aller und im Versuch der Anwendung aller Therapien. Und dann irgendwann kommt man auf Musiktherapie. Klar, weil es natürlich auch im Gesundheitswesen nicht verankert ist. 00:17:47-9

I: Das heißt die Kostenfrage wäre dann auch / 00:17:51-0

B: Auch geklärt, ganz genau. 00:17:52-7

I: Erstmal eine Hürde, die genommen werden muss. Okay. Und arbeiten Sie noch nach weiteren Konzepten oder, also vielleicht in Kombination mit Musikpädagogik? Oder nur rein nach dem Nordoff/Robbins-Ansatz? 00:18:12-3

B: Jetzt mit Autisten? 00:18:12-9

I: Genau, ja. 00:18:13-7

B: Ähm, also (...) ich würde das anders formulieren. 00:18:21-4

I: Gerne. 00:18:22-3

B: Man macht / oder jetzt gehe ich von mir aus. Ich habe mich halt immer wieder weitergebildet, fortgebildet und all das, was ich gemacht habe, was auch nicht musiktherapeutisch war, das fließt natürlich irgendwie in meine Arbeit ein, wenn es sich eben wirklich mit der Philosophie verträgt. Ich denk da zum Beispiel an NLP und (...) eben diese Elemente aus dem EBQ von der Karen Schumacher. Also die fließen dann irgendwann so in die Arbeit ein, dass sich dann wieder eine neue Vorgehensweise ergibt und da arbeitet eben wirklich jeder Therapeut, jeder Nordoff/Robbins-Therapeut arbeitet da ganz individuell und anders. 00:19:05-7

I: Ja. Das lässt auch, meiner Meinung nach, dieser Ansatz zu. 00:19:11-4

B: Genau, richtig. 00:19:12-3

I: So habe ich zumindest das verstanden, was ich mir bisher angelesen habe. Und kooperieren Sie mit anderen Therapeuten oder Einrichtungen, die vielleicht auch an der Behandlung Ihrer Patienten beteiligt sind? Seien es andere Therapeuten oder Ärzte zum Beispiel? 00:19:32-5

B: Sagen wir mal so, ich stehe offen für alle möglichen Nachfragen, aber ich bin nicht unbedingt jetzt an einem intensiven Austausch interessiert, weil nämlich die Vorgehensweisen sich da sehr in die Quere kommen. Also funktionales Vorgehen verträgt sich eben nicht mit so einer schöpferisch-kreativen Art. Und die wollen natürlich das hören und ich kann mich damit in meiner Arbeit mit dem Klienten nicht anfreunden. Und da brauch man nicht drüber zu reden. Wenn das was ich tue für den gut ist, dann können die anderen kucken wie gut es für ihn ist und können dann auch weiterarbeiten. Hab ich überhaupt keine Probleme mit, aber ich muss da nicht stundenlang drüber

diskutieren. 00:20:11-6

I: Das heißt / Bekommen Sie jetzt ganz konkret zum Beispiel Befunde von Ärzten oder / 00:20:19-6

B: Nee, die Eltern beschreiben / 00:20:22-3

I: Oder lassen Sie das eher auf sich zukommen? Und dann genau, dass die Eltern oder / 00:20:25-5

B: Die Eltern beschreiben ihr Kind und ich erlebe das Kind in diesem geschützten Rahmen so wie es sich mir offenbart und das ist ja genau dieser individuelle Ansatz. Denn wenn ich vorher da so eine / Klar, ich krieg natürlich schon mal Arztbriefe von Eltern, die wollen natürlich auch, teilweise wollen die, dass man dann eben alle wichtige Informationen hat. Ist auch okay, lese ich mir auch alles durch, also lasse ich jetzt nicht außen vor liegen, aber ich leg das dann auch weg, ich hab's zur Kenntnis genommen und versuche nachdem was ich aber gelesen habe, dann wirklich auch diesemjenigen ganz offen zu begegnen. Denn je mehr ich darüber weiß eigentlich, desto mehr kann ich oder desto eher kann es passieren, dass ich dann mit irgendso einer Schablone drangehen. 00:21:13-4

I: Ja, okay. Und wie ist das mit Kindergarten zum Beispiel? Also ich weiß / das hab ich jetzt vorhin gar nicht gefragt, ob Sie / sind Sie nur in der Praxis oder machen Sie das auch ambulant, die Therapie? 00:21:28-9

B: Das was ich tue ist in der eigenen Praxis ambulant arbeiten. 00:21:32-8

I: Okay, dann habe ich glaube ich meine Frage falsch formuliert. 00:21:37-9

B: Achso, Sie meinen, ob ich damit in Kindergärten gehe? 00:21:40-4

I: Genau. 00:21:41-3

B: Nee, das mache ich nicht. Weil ich da ja meine Instrumente nicht habe. 00:21:46-2

I: Okay, ja. Okay, inwiefern / 00:21:51-4

B: Entschuldigung, jetzt muss ich gerade noch mal überlegen. Also ich hatte jetzt wohl noch ein Behindertenprojekt, aber das war jetzt mal die Ausnahme, da stand ein Klavier, wir arbeiten nun mal überwiegend mit Klavier und, aber da musste ich dann eben auch meine Instrumente mitbringen, das ist also sehr aufwendig. 00:22:07-6

I: Ja. Okay. Sie hatten ja schon erwähnt, dass Sie sich mit den Eltern vor allem anfangs austauschen. Inwiefern spielen denn die Eltern oder Bezugspersonen generell eine Rolle bei der Therapie? 00:22:23-2

B: Sie meinen, ob die mit reinkommen oder wie? 00:22:26-7

I: Genau. Ob es weitere Gespräche oder Elternberatung sozusagen noch gibt?

00:22:31-7

B: Also es gibt immer wieder Gespräche zwischen Eltern und mir. Aber / Ich hatte einmal ein Fall, da hatte sich die Mutter mit reingesetzt, weil das Kind so stark erregt war. Das ist halt für Eltern auch manchmal schwierig das auszuhalten, wenn da ein Kind schreit oder wie auch immer, weint. In der Regel ist es aber bei mir so, die geben ihr Kind ab und holen es dann nach einer Viertelstunde, äh halben Stunde wieder ab. Und am Anfang ist erstmal noch ein bisschen erhöhter Gesprächsbedarf, aber dann merkt man so das flaut dann ab und die Eltern bringen das Kind und irgendwie ist wohl auch eine Änderung dann zu merken, zumindest nach der Therapie dann auch, dass die Eltern dann so, glaube ich, erstmal so zufrieden dann von dannen ziehen. Also ich hab es jetzt, ich hab, mach so in der Anfangsphase so, dass ich schon mal Elterngespräche anbiete, aber immer ohne Kind und das ist natürlich dann wiederum schwierig für die, denn dann müssten die ja irgendeinen Babysitter oder was auch immer dann kriegen. 00:23:50-8

I: Das heißt, es sind keine regelmäßigen Gespräche oder Elternarbeit vorgesehen?
00:23:55-9

B: Nee. Also ich würde das jetzt nicht generell wieder formulieren, sondern ich mach es also eher nicht, weil ich merke da ist also kein Bedarf und warum soll man da etwas übers Knie brechen. 00:24:09-9

I: Okay, aber bei Bedarf / 00:24:11-5

B: Den Rest kann man telefonisch machen, ja klar. 00:24:12-8

I: Okay, ja dann komme ich eigentlich auch schon zur letzten Frage. Und zwar habe ich bei der Literaturdurchsicht von der Autismus-Literatur festgestellt, dass die Musiktherapie tatsächlich so gut wie gar nicht als Therapiemöglichkeit angegeben wird.
00:24:32-2

B: (Lachen) 00:24:32-9

I: Jetzt hatten Sie ja vorhin schon gesagt, dass Musiktherapie meistens so als letztes angenommen wird, ja / und ich hatte mir jetzt noch irgendwie, noch nicht / hatte jetzt noch nicht so den richtigen Punkt, warum das denn so ist, warum das eben so selten angegeben wird. Haben Sie vielleicht eine Idee? 00:24:57-7

B: Also das ist glaube ich mehr so ein gesundheitspolitisches Problem. Es gibt ja auch Theorien, die sagen also Autisten sind zwar musikalisch, das hab ich schon öfter gelesen und dann heißt es aber auch wieder Autisten sind sehr allergisch gegen Geräusche. Verträgt sich dann ja aber irgendwie nicht mit der Theorie, dass sie sehr musikalisch sind und gerne Musik hören. Also es passt irgendwie alles nicht zusammen. Und ja / also ich denke mal, das ist wirklich wieder so eine Gründe-Sache. Also was ich total spannend finde ist, dass die Karin Schumacher in ihrer Arbeit immer wieder feststellt, die diagnostiziert halt auch sehr viel und die macht das mit einer Entwicklungspsychologin und die stellt immer wieder fest, in der Musiktherapie, plötzlich zei-

gen die Kinder Verhaltensweisen, aus denen man schließen kann das ist kein angeborener Autismus, das ist ein erworbener Autismus.“ Und das ist ja mal ein Unterschied. Die Diagnose Autismus, die wird nämlich so schnell vergeben in der heutigen Zeit. Und da muss man echt vorsichtig mit sein. Und das wird eigentlich aus ihrer Arbeit auch sehr deutlich. Oder wenn wir dann schon mal Kinder vorstellen in diesen Seminaren, wo sie dann eben sagt also, und auch diese Entwicklungspsychologin, „Ja, also so wie sich das Kind verhält, ist das kein Autismus.“ Und das finde ich total spannend und deswegen finde ich also die Beantwortung dieser Frage auch nicht einfach. Also was die Literatur da von sich gibt, mh, auf welcher Grundlage. 00:27:00-2

I: Ja, das heißt Sie meinen, dass sich die Wissenschaft da selber manchmal nicht einig ist. 00:27:04-7

B: Ja, genau. 00:27:05-0

I: In der Hinsicht und also gerade auch die Entstehung des Autismus ist natürlich noch hochdiskutiert. 00:27:12-4

B: Ja, genau. Deswegen heißt es ja jetzt auch nur noch Autismus-Spektrum-Störung. 00:27:16-9

I: Genau. Ja, ich hatte mir noch vielleicht gedacht, dass es irgendwie nicht ausreichend belegt ist, wissenschaftlich. Also die Erfolge oder die Wirksamkeit der Therapie. 00:27:27-8

B: Jetzt speziell. 00:27:27-8

I: Der Nordoff/Robbins-Therapie. 00:27:29-8

B: Der Nordoff/Robbins / 00:27:30-1

I: Ja und auch Musiktherapie generell. Weil es tatsächlich, also nicht mal Musiktherapie in irgendeiner Weise angegeben wird. Also das habe ich jetzt vielleicht einmal gelesen. Und dann heißt es aber eben auch, selbst wenn das Kind sehr musikalisch ist, muss darauf geachtet werden, dass es nicht nur in dieser Musikalität gefördert wird, also das ist dann so der einzige Satz, den es dazu gibt. 00:27:56-8

B: Ja, und wo haben Sie das gelesen? 00:27:58-8

I: Ähm, das ist eine gute Frage. Ich kann gleich noch mal schauen. Moment mal, ich schau mal. Genau, das war im Praxisbuch Autismus von Brigitte Rollet und Ursula Kastner-Koller. Da stand zumindest, dass man eben aufpassen muss und da nicht nur eben auf die tollen musikalischen Erfolge eingehen muss und das hoch loben soll, also / aber mehr kam dazu dann tatsächlich nicht. Das stand dann irgendwie so da und / 00:28:39-1

B: Und was sind die vom Fach her, die zwei Autorinnen? 00:28:42-8

I: Das muss ich jetzt noch mal schauen, die sind glaube ich aus der Entwicklungspsychologie. 00:28:59-0

B: Mhm (fragend). Kann man nur sagen schade. Also finde ich ist eine ganz, ganz pauschale Äußerung. Okay, die haben Sie natürlich jetzt aus dem Kontext heraus zitiert, aber / 00:29:12-3

I: Also das war ein Kapitel, in dem die Therapien einmal, also verschiedene Therapiemöglichkeiten, ich kuck noch mal kurz, dann sag ich nicht / genau, mehr oder weniger verglichen werden. Und da gibt es dann eben nur diesen kurzen Absatz. (...) Ich kuck noch mal, dann sage ich nichts Falsches. Genau, also da geht es darum, dass man sich da nicht so drauf stützen soll, weil Autisten generell zu diesen sogenannten Sonderinteressen neigen und dadurch, wenn man sich nur darauf stützt, dann andere Entwicklungsbereiche vernachlässigt werden. 00:29:58-3

B: War da jetzt die Rede von Asperger-Autisten? 00:30:01-0

I: Nee, da geht es generell, also da steht nur Autisten. 00:30:08-6

B: Naja, also / 00:30:08-7

I: Um die einseitige Förderung ging es, das / 00:30:12-0

B: Ja, das mag ja sein. 00:30:15-7

I: Aber ansonsten ist es so, an sich Musik liest man hier sonst gar nicht. Also Verhaltenstherapie ist da eigentlich der / 00:30:24-9

B: Ja, also ich sage Ihnen ganz ehrlich, ich bin mit solchen Büchern überfüttert und vorsichtig. Also die können ja schreiben, was Sie wollen, also da wo wir belegen sollen, da sollen die auch erstmal belegen. 00:30:39-0

I: Ja. 00:30:40-1

B: So arrogant bin ich einfach inzwischen geworden. 00:30:43-6

I: Ja, Sie machen ja Ihre Erfahrungen. 00:30:44-9

B: Ja, genau. 00:30:45-7

I: Also Sie wissen ja genau was Sie da tun und sehen ja, dass das so wirkt. 00:30:52-1

B: Genau. 00:30:52-7

I: Ja, also es ist mir auf jeden Fall aufgefallen und fand das interessant. Es gibt natürlich / andersherum gibt es viel Literatur über Musiktherapie, in denen dann halt verschiedene Zielgruppen benannt werden, wo dann die autistischen Störungen auf jeden Fall dabei sind und die verschiedenen Musiktherapieansätze, aber andersherum eben

nicht. Das war noch so ein Gedanke, der mir da gekommen ist. 00:31:23-8

B: Ja. 00:31:26-9

I: Ja, also von meiner Seite war's das. Falls Sie noch Fragen haben oder irgendwas generell zu diesem Thema sagen möchten, dürfen Sie das gerne noch tun? 00:31:37-6

B: Ähm, nö, also wenn Sie jetzt zufrieden sind mit dem, was Sie haben, dann / 00:31:44-4

I: Ja, ich bin, doch, sehr zufrieden.

Interview 2

I: Also Sie sind damit einverstanden, dass ich das Interview aufnehme und danach auch transkribiere? 00:00:06-0

B: Ja. 00:00:06-7

I: Okay, dann fange ich im Prinzip an mit den kurzen Fragen, die relativ knapp beantwortet werden können. Und zwar würde ich gerne wissen seit wann Sie denn mit der Nordoff/Robbins-Therapie arbeiten, insgesamt also nicht nur mit Autisten? 00:00:23-3

B: Ja, seit '91. Muss ich jetzt rechnen, also das sind ja schon über 20 Jahre glaube ich, ja, genau. Also '91 habe ich mein Examen gemacht. 00:00:34-3

I: Und in welchem Rahmen arbeiten Sie mit dem Ansatz, also haben Sie eine eigene Praxis oder arbeiten Sie auch noch wo anders damit? 00:00:42-6

B: Ja, ich habe eine eigene Praxis seit 1996 und davor habe ich fünf Jahre in einer Klinik gearbeitet und im Studiengang Musiktherapie, aber das spielt ja keine Rolle. Also praktisch jetzt im Moment seit vielen Jahren in der eigenen Praxis. 00:01:01-7

I: Und wie groß ist ungefähr der Anteil der Menschen mit autistischen Störungen bei Ihnen im Gesamt, ähm, im Verhältnis zur Gesamtzahl Ihrer Patienten? Oder haben Sie Autismus als Schwerpunkt? 00:01:14-8

B: Nee, ich hab mal so nachgerechnet in den letzten Jahren, ich denke das sind rund 20 Prozent immer. 00:01:23-0

I: Okay und in welchem Alter sind die Patienten dann, also so im groben Rahmen? 00:01:31-5

B: Ja, also das fängt an, ich sag jetzt mal bei zwei, zweieinhalb und ich habe aber auch sogar autistische Erwachsene, dadurch dass meine Praxis jetzt schon so eine Weile besteht. Die kamen so, sagen wir mal Ende ihrer Schulzeit und sind immer noch da. Also der älteste ist im Moment glaube ich sogar schon 42. 00:01:53-0

I: Ah, ja interessant. 00:01:54-3

B: Ja (Lachen). Und davon habe ich eigentlich zwei, ich glaube die andere ist auch schon um den Dreh rund, also annähernd 40. 00:02:04-0

I: Okay, ja. Interessant. Dann würde ich jetzt anfangen mit den Fragen, bei denen Sie gerne offen und alles was Ihnen dazu einfällt gerne sagen dürfen / 00:02:15-0

B: Genau, Sie wollten mich noch fragen, welche autistischen Störungen behandelt werden. Ähm, entfällt das oder / 00:02:21-6

I: Achja, nein. 00:02:25-2

B: Ne, darf ich das? (Lachen) Weil ich hab hier die Liste vor mir liegen, dann / 00:02:27-3

I: Nee, das dürfen Sie gerne noch / 00:02:33-0

B: Genau, also das sind alle möglichen Formen von Autismus. Es gibt welche in meiner Praxis mit frühkindlichem Autismus, ich hatte auch schon zwei oder drei Asperger-Autisten und ansonsten sind es aber / Die meisten sind aus diesem weiten Feld der Autismus-Spektrum-Störung, so nennt man das ja heute. Und das sind wirklich fließende Übergänge von ganz leichten Formen, wo man schon einfach nur noch von Wahrnehmungsverarbeitungsstörung sprechen könnte, bis hin zu ausgeprägteren Formen, Kinder, die auch wirklich gar nicht sprechen und keinen Blickkontakt aufnehmen. So, das ist das Feld. 00:03:09-6

I: Die dann aber auf jeden Fall diese Störung im Autismus-Spektrum diagnostiziert haben? 00:03:16-7

B: Ja, genau. 00:03:18-8

I: Okay, ja, sehr gut, das hatte ich jetzt tatsächlich vergessen. Und dann würde ich gerne anfangen, damit dass Sie mir vielleicht, wenn das möglich ist, einen groben Verlauf von einer Therapie bei einem Autisten oder einer Autistin schildern. Also es ist / ich weiß, dass es wahrscheinlich nicht so genau möglich ist, aber vielleicht gibt es verschiedene Stadien einer Therapie, die durchlaufen werden, im Groben. 00:03:51-7

B: Ja, also ich versuche das mal, also einfach an einem, der mir jetzt noch ganz aktuell in Erinnerung ist. Oft ist es so, dass die Kinder erstmal Ablehnung zeigen, also die möchten aus dem Raum gehen, sie schreien, weinen manchmal auch am Anfang. Sie halten sich die Ohren zu, also sie versuchen sich abzuschotten vor dem, was da an Musik angeboten wird. Und da geht es zunächst mal darum herauszufinden, was ist denn überhaupt für das Kind erträglich, möglich, angenehm. Und am Anfang ist es bei mir so, dass die Eltern auf jeden Fall mit in der Therapie sind, die Kinder da oft Sicherheit suchen, sofern sie überhaupt auch mit ihren Eltern in einer bindungsgebundenen Beziehung stehen, das ist auch bei weitem nicht immer der Fall. Aber auf jeden Fall bieten die Eltern irgendeine Form von Anker für das Kind. Dann versucht man mit vorsichtiger Herangehensweise in irgendeiner Weise eine Berührung zu schaffen von der Musik, die der Therapeut, in dem Falle ich, macht zum Kind. Also die Anbahnung von synchronen Momenten, die dann, wenn man Glück hat, über immer längere Zeit toleriert werden können. Also die Idee ist ja, dass das Kind nicht von der Fülle an Wahrnehmungen überflutet wird und diese nicht einordnen kann und diese ihm Angst bereiten bzw. Affekte hervorrufen, die es nicht verarbeiten kann. Sondern diese Dosis an dem, was auf das Kind einströmt sozusagen, die muss ganz mit Bedacht gewählt werden und so sein, dass das Kind das verarbeiten kann und anfangen kann in Kontakt zu kommen und das was von außen einströmt zuzulassen und womöglich auch als angenehm zu empfinden. Also das ist erstmal das Erste, dass man die starken Affekte versucht abzumildern und das ganze Niveau, das Reizniveau so absenkt, dass es erträglich ist für das Kind. Wenn man dann einen Weg gefunden hat, also über bestimmte

Instrumente oder eine bestimmte Art von Musik, die auch oft bei diesen Kindern einfach, verlässlich strukturiert sein muss, dann geschieht es immer wieder, dass man als Musiktherapeut merkt „Aha, das Kind nimmt wahr, dass das was da für es gespielt wird, dass das was mit ihm zu tun hat.“ und es fängt an im günstigen Fall sich darauf auch zu beziehen. Also zum Beispiel über längere Zeit zu lautieren in derselben Tonart meinetwegen und da entstehen dann so parallele Momente oder synchrone Momente immer häufiger. Und ja, im günstigen Fall ist es so, dass bestimmte Laute sich wiederholen lassen, also dass man bestimmte Formen, kurze, kleine musikalische Phrasen wiederholt und das Kind Bezüge anfängt zu erkennen. Das geht nicht nur im Lautieren so, aber da finde ich geht es am einfachsten und am unmittelbarsten, noch schneller als wenn das Kind jetzt ein Instrument spielt. Es geht aber auch an Handtrommeln, wo man jetzt nicht mit einem Schlägel zum Beispiel spielt, also nicht mit einer Hilfe, sondern direkt mit der Hand. Instrumente, die man mit der Hand spielen kann / Dass zu bestimmten musikalischen Formen, kleinen Formen ein Bezug entsteht. Und darum geht es ja sowieso bei den autistischen Kindern. Wie ermöglichen wir diesen Kindern teilzuhaben an der Umwelt und in Beziehung zu treten mit der Umwelt? Und die Musik ist eine Brücke über die das funktionieren kann. Gut, also wenn es gut läuft, so wie bei dem Kind, das ich jetzt ganz frisch noch in Erinnerung habe, entstehen aus diesen Lauten, die scheinbar zufällig in Bezug treten zu der angebotenen Musik, entstehen da einzelne Worte, wie „Da“ oder der Vorname oder einzelne Worte, die unmittelbar zu tun haben mit dem Kind. Oft bezieht sich das auf Körperteile oder auf den eigenen Namen oder auf das einfach Hier-Sein oder auf das Spielen oder auf das Musikmachen, also ganz unmittelbare Geschehnisse, die sich auf die aktuelle Situation beziehen. Und wenn das funktioniert und einzelne Worte gesprochen werden, ist das oft der Kanal zum Sprechen lernen. Das ist das, was ich mit kleinen Kindern oft erlebe, wenn sie früh genug kommen und wenn sie rundum gefördert sind, auch durch andere Therapien noch. Ja, ist das nachvollziehbar? 00:09:29-9

I: Ja, auf jeden Fall. 00:09:30-9

B: Es kann auch immer wieder völlig anders gehen. Das kommt darauf an, in welchem Alter jemand kommt. Wenn jemand erst mit 20 kommt oder so, dann kann es sein, dass er schon viele Fähigkeiten erlernt hat, zum Beispiel über eine Verhaltenstherapie oder über eine spezielle Autismus-Förderung und dass man dann an anderen Dingen arbeitet. Also zum Beispiel fällt mir ein Klient ein, der eben immer dazu neigt die gleichen Dinge zu machen, also monotones Spiel ohne Bezug, ohne Schwingungsmomente, also dass man da zwar mitspielen kann, aber das ist nicht irgendwie wirklich lebendig. Dann kann man da, obwohl Kontakt ja schon möglich ist, diesen Kontakt lebendiger gestalten und eben in Nuancen mehr arbeiten, aber wenn es um die ersten Begegnung mit so einem Kind geht, ist es eben das vorderste Ziel überhaupt Affekte zu, wie sagt man, abzumildern, ja, die aufzufangen über die Musik und umzuformen sozusagen und in eine Beziehung zu treten und Kontakt zuzulassen, Sinnhaftigkeit erlebbar zu machen, so dass nicht alles gleich wichtig ist für das Kind, sondern dass es bestimmte Bezüge erkennt und auch erlebt. 00:11:07-1

I: Der Verlauf ist ja auch total individuell bei jedem. 00:11:12-6

B: Ja, immer. 00:11:12-9

I: Arbeiten Sie auch mit einem Co-Therapeuten oder Co-Therapeutin? 00:11:20-8

B: Nein, das mache ich nicht. Also ab und an kann es vorkommen, dass die Eltern länger mit in der Therapie sind und auch Hilfestellung geben. Also wenn es zum Beispiel so ist, dass ich musikalisch mehr machen möchte und nicht gleichzeitig direkt beim Kind sein kann, wenn ich zum Beispiel das Klavier einsetzen möchte oder ein Instrument, was so viel Hände erfordert, dass ich keine andere mehr frei habe, dann kann es schon auch sein, dass die Eltern mal unterstützend helfen und zum Beispiel eine Hand führen. Das kommt schon vor, aber ich habe keinen Co-Therapeuten, ich arbeite alleine. 00:12:02-0

I: Okay. Und wie lange dauert so in der Regel eine Sitzung? 00:12:06-9

B: Eine Sitzung 30 bis 45 Minuten. 00:12:11-7

I: Und die Dauer einer Therapie kann man wahrscheinlich auch nur grob sagen oder? 00:12:18-0

B: Ja, das kann man nur grob sagen. Ich arbeite gerne in Blocks oder Epochen. Also natürlich sind Sie mit einer Autismus-Therapie eigentlich nie fertig, das könnte man ein Leben lang machen, ich denke das wäre immer hilfreich, egal auf welchem Niveau der Kontaktfähigkeit so ein Mensch ist. Deshalb arbeite ich in Blöcken, also ich biete immer eine bestimmte Anzahl von Sitzungen an, das sind bei mir zwölf und dann schauen wir uns nach diesen zwölf Sitzungen an, was erreicht wurde. Das wird dokumentiert über Protokolle und auch über Videomaterial, wenn die Eltern einverstanden sind und dann gibt es eben immer wieder Elterngespräche. Aber ich glaube das wird später noch gefragt, da kommen wir noch dazu. Und also / wie gesagt vorhin schon, manchmal geht das über Jahre, dass die Kinder oder dann Erwachsene immer wieder kommen, für so einen Block, also für ein Vierteljahr. Und wenn man sie dann eine Weile nicht gesehen hat, kann man auch wieder besser drauf schauen und man sieht auch deutlich, was sich entwickelt hat außerhalb der Musiktherapie. Also man könnte natürlich sagen, man braucht mindestens zwei Jahre oder man braucht mindestens vier Jahre, man ist da nie fertig. Aber es ist immer die Frage „Wie passt es im Moment in den Gesamtkontext? Wie ist das Kind ansonsten gefördert? Wie ist es schulisch oder im Kindergarten gefördert?“ und es sollte eben auch nicht zu viel werden. Und man braucht immer wieder den Abstand, um sich die Situation neu anzuschauen. 00:13:55-8

I: Und arbeiten Sie nur in Einzelsitzungen oder auch vielleicht irgendwann dann mal in Gruppensitzungen? 00:14:02-1

B: Also ich arbeite mit autistischen Kindern nur in Einzelsitzungen. Ich habe zwar immer wieder auch Gruppen, weil ich selbst noch auch mit gesunden Kindergruppen, Gruppen habe, die eben einfach zum Musikmachen kommen und immer wieder wird auch das eine oder andere Kind da integriert, aber ein autistisches Kind habe ich noch nie integriert. 00:14:24-9

I: Und Sie haben ja vorhin schon gesagt, dass Sie auch häufig dann erstmal Instru-

mente nehmen, die ohne Schlägel oder sowas gespielt werden. Welche Musikinstrumente benutzen Sie denn generell? Also ist es eine volle Breite oder tatsächlich nur spezielle? Also ich habe zum Beispiel gelesen, dass häufig die Orff-Musikinstrumente oder anthroposophische Instrumente genutzt werden. 00:14:57-8

I: Ja, also bei den autistischen Kindern finde ich es sehr wichtig, dass das Instrumente sind, mit denen man gleichzeitig auch etwas spürt. Und da gibt es natürlich verschiedene Schattierungen, bei den einen spürt man mehr, bei den anderen weniger. Bei den einen spürt man punktuell was und bei den anderen spürt man flächig was. Deshalb ist meine Erfahrung, dass es gut ist, alles was mit Fühlen zu hat. Also zum Beispiel solche Instrumente, wo man mehrere Saiten nacheinander anschlägt oder anzupft, wo man so drüber streicht, also wo man auch eine große Berührungsfläche haben kann, das ist gut. Aber gleichzeitig muss man sagen, dass es genau das ist, was viele autistische Kinder vermeiden, nämlich Dinge zu berühren. Ja, also ist das immer so eine Gratwanderung. Man möchte auf der einen Seite diese Erfahrung ermöglichen, zum Beispiel mit / ein Lieblingsinstrument in der Autismus-Therapie von mir ist die Körpertambura, das ist ein Instrument, was mit vielen Saiten bespannt ist und wo man drüber streichen kann, wo man dann einen warmen, großen Klang erzeugt und gleichzeitig wenn man das Instrumente irgendwo an den Körper anlegt oder auflegt, gleichzeitig dann auch eine große Resonanz im Körper spüren kann. Das heißt da wird für das Kind gespielt, das Kind spielt aber auch selbst auf sich drauf sozusagen. Man kann es auf den Rücken legen, man kann allerlei damit machen. Also sowas finde ich sehr gut. Auch Streichinstrumente finde ich gut, wenn man die Hand beim Streichen mitführt ohne unbedingt die eigene Hand des Kindes zu berühren, weil es das oft nicht zulassen kann. Man kann aber auch alle möglichen Schlaginstrumente nehmen und da vorzugsweise mit der Hand spielen lassen, weil oft diese Schlägel ja auch weggeschmissen werden und gar nicht angegriffen werden weiter. Ja, was fällt mir noch ein, ähm, es gibt auch große Einzelklangstäbe mit großen Flächen, die gut getroffen werden können. Das sind aber alles schon Dinge, wo geführt werden muss, also, oder wo zufällig mal was getroffen wird. Das ist schwierig für die Kontaktabahnung. Am allerbesten geht es über die Stimme, das ist meine Erfahrung. Denn jedes Kind gibt Laute von sich und das sind unmittelbare Äußerungen, auch oft von Affekten und wenn man denen dann in der Musik, sprich mit der eigenen Stimme und vielleicht noch unterstützt von ein paar Akkorden auf der Gitarre oder auf dem Klavier, wenn man da mit der eigenen Stimme diese Qualitäten aufnimmt, kommt man am ehesten in einen Kontakt und der ist ja auch zwar berührend, aber nicht körperlich berührend. Deshalb arbeite ich sehr gerne mit der Stimme zunächst, bevor überhaupt ein Instrument mit hineinkommt. Und dann immer die Dinge, wo man sich selbst auch spüren kann und wo man beim Klang erzeugen auch lange was spüren kann. Ja, weil diese sensorische Integration, das geht immer einher mit der Musiktherapie, also man kann eigentlich nicht ohne den Körper ein autistisches Kind therapieren. Ja, das muss immer, diese Sinnesverknüpfung muss immer auch ein Thema sein, dass man also Dinge spürt, hört und sieht. 00:18:45-3

I: Ja, okay. Und nutzen Sie denn andere Methoden, nicht Methode im Sinne der Nordoff/Robbins-Therapie, sondern außerhalb der Improvisation bzw. dieser anfänglichen Kontaktaufnahme, die Sie ja vorhin beschrieben haben, zum Beispiel diese Spiellieder, die es ja auch gibt? 00:19:14-1

B: Ja, das sind ja auch Nordoff/Robbins-Lieder, Sie meinen die Play-Songs. Ja, klar, die Spiellieder, die muss man ja auch so verstehen, die haben sich entwickelt aus Therapien mit einzelnen Kindern heraus. Das heißt jeder Nordoff/Robbins-Musiktherapeut ist eigentlich in der Lage aus der Situation heraus auch solche Spiellieder zu entwickeln. Dass, wenn Sie sagen jenseits der Improvisation, so ist das nur das halbe Spektrum eigentlich. Natürlich improvisieren wir, wir greifen auf was vom Kind kommt und betten das ein und versuchen das zu verwandeln und fortzuführen mit dem Kind. Auf der anderen Seite ist gerade auch das Anbieten von kleinen Formen eine wichtige Methode in unserem ganzen Ansatz und das sind sehr oft kleine Lieder, die da entstehen, die auch von uns konserviert werden und in den nächsten Sitzungen wieder angeboten und wieder etwas verändert werden. Und die Play-Songs, das ist eigentlich ein Material, das anschaulich macht, wie sind denn solche Dinge aufgebaut. Wenn Sie die nämlich anschauen, sind das keine Lieder, die irgendwelche Dinge beschreiben, die fern von uns liegen, sondern die liegen alle sehr nah. Die Thematik bezieht sich immer auf aktuelle Situationen, also „Wir machen jetzt Musik.“ oder „Du hast neue Haare.“ oder „Du hast Schuhe.“ oder „Ich habe einen Hut.“ Sie kennen die wahrscheinlich, deshalb nennt man sie eben auch Spiellieder, sie haben etwas spielerisches, aus dem Moment entstandenes. Und man kann auf die zurückgreifen, vor allem auch in der Gruppentherapie, denn dann hat man was und man weiß das funktioniert. Aber jeder Nordoff/Robbins-Therapeut entwickelt eigentlich permanent solche Spiellieder, die auf das einzelne Kind auch zugeschnitten sind und zur jeweiligen Situation passen und die dann das Lied des einzelnen Kindes werden und sind. Also jedes Kind hat eigentlich ein spezielles Begrüßungslied, was zum Beispiel orientiert an den Lauten, die es von sich gibt oder an dem Tempo, was es vorgibt oder auch an der Intensität, wie das Kind reinkommt in die Therapie und genauso ist es auch mit einem Verabschiedungslied. Also das heißt innerhalb von so einer Sitzung gibt es schon auch immer wieder ganz klare, ja, komponierte, also aus der Improvisation heraus komponierte Anteile, Verlässlichkeiten, die in der Sitzung so Anker für das Kind bilden. Das ist individuell und trotzdem geformt. Also man darf sich um Gottes Willen so eine Sitzung nicht vorstellen, als einen einzigen improvisierten Fluss. Ich sage mal die Haltung eines Musiktherapeuten der Nordoff/Robbins-Ansatz vertritt ist immer eine improvisatorische. Man ist da hellwach, man hört ganz genau „Was tut das Kind?“, wie schnell, wie langsam, wie intensiv, wie laut, wie leise, mit welchem Timbre, wie erscheint das Kind, was ist sozusagen die Komposition des Kindes und auf diesem Niveau begegnen wir dem Kind. Das ist mehr eine Haltung, als die Idee, dass man wild improvisiert in dieser Sitzung. Es geht immer um die Qualität des Kindes, also in seiner musikalischen Ausdrucksweise und nicht um das freie, das ist es nicht. Ja, es geht nicht darum wie vielleicht bei anderen musiktherapeutischen Ansätzen möglichst frei zu improvisieren. Nein, man ist möglichst dicht an der Befindlichkeit und der Qualität des Kindes dran. Und das kann mal auch natürlich sonst wohin gehen, weil das Kind zum Beispiel sehr ausschweifend ist oder sehr laut oder zerstörerisch, was wirft oder schreit. Das ist ja in der Musik auch alles möglich, dass man das aufgreift, mit derselben Dynamik, mit derselben Intensität, sodass das Kind zu jedem Zeitpunkt merkt „Aha, da ist jemand bei mir und der erfasst mich in meinem Sein, so wie ich jetzt bin.“ Aber die Verantwortung des Therapeuten ist es unbedingt nach dieser Spiegelung und Begegnung und diesem Treffen der Qualität des Kindes in ein, also woanders hinzuführen, also das einzufangen und einzubetten in einen Kontext. Ja, und das ist die Kunst der Improvisation, deshalb kann man natürlich nicht sagen „So, wir machen in der Musiktherapie diese Woche vier Lieder.“, denn vielleicht sind die vier Lieder so, dass sie das Kind

überhaupt gar nicht treffen und nichts mit dem Kind zu tun haben. Hab ich das gut dargestellt? 00:24:09-4

I: Ja, sehr gut. Sie hatten ja vorhin auch schon, als Sie den Verlauf beschrieben haben, gesagt, dass häufig in der Sprache dann Fortschritte erzielt werden. Ist das auch ein Ziel, das angestrebt wird oder welche Ziele gibt es generell, die angestrebt werden? 00:24:38-4

B: Ja, also das ist ein Fernziel auf jeden Fall. Eines der ersten Ziele ist, dass die Wahrnehmung, die das Kind macht, dass es die verarbeiten kann. Oft ist es ja so bei Autisten, dass die Kinder sehr viel wahrnehmen und die verschiedenen Eindrücke aus ihrer Umwelt nicht für sich verarbeiten können und auch nicht in ein Handeln sozusagen umodeln können, mir fehlt das richtige Wort jetzt. Und Wahrnehmung und Handlung stimmen überhaupt nicht, also stehen nicht in einem Bezug zueinander. Also eines der Ziele wäre die Wahrnehmungen, die oft dann, weil sie so nicht verarbeitet werden können, in großen Affekten münden, also in nicht verarbeiteten Gefühlen, die uns dann als das erscheinen, was wir so komisch finden an Autisten, dass sie zum Beispiel stereotype Handlungsweisen uns zeigen. Also irgendwie wedeln, fuchteln oder immer Laute von sich geben und so weiter, wo jetzt, sag ich mal, der normale Mitbürger denkt „Was ist das denn jetzt komisches, warum macht der das?“. Also wäre ein Ziel, dass es möglich ist nicht zu viel an Reizen anzubieten, sodass die wiederum integriert werden können. Und dass das Verhalten von daher nicht so sein muss, weil so viel auf das Kind einströmt, dass es solche Dinge macht. Gut, das ist ein ganz schwieriges Kapitel. Dazu gehört eben, dass das Kind überhaupt auch seinen Körper wahrnimmt. Also das ist erstmal das Erste, Wahrnehmungsverarbeitung und dann natürlich das Zulassen von Kontakt, das Teilen von synchronen Momenten ist ein erster Schritt. Dass das Kind merkt „Hups, da hat was mit mir zu tun und das ist mir sogar angenehm. Das bedroht mich nicht.“ Dann dass es eben in Beziehung treten kann und seine Abgrenztheit, seine Selbstbezogenheit in manchen Momenten aufgeben kann, ja. Also indem die Musik als Träger von Emotionen sozusagen dem auch begegnet, was das Kind uns da anbietet, dass die Musik da eine ordnende Funktion auch hat. Und die Emotionen und die Affekte ein Stück weit über die Musik reguliert werden und dazu muss die Musik auch passend und verlässlich sein. Also Affektregulation, Wahrnehmungsverarbeitung, Kontakt, Beziehung, in Beziehung treten. Erlebnisse teilen wäre schon ein unglaublich weiter Schritt und das gemeinsame Spiel. Das gibt es aber auch punktuell, dass man dann in gemeinsames Spiel kommt und wenn man das geschafft hat, lässt sich dieses ja natürlich auch übertragen auf andere Situationen, zum Beispiel im Kindergarten oder der Schule, das ist aber ein sehr, sehr weiter Weg mit autistischen Kindern. Und man muss immer wieder an diesen Basics arbeiten, nämlich der Affektregulation, dass Wahrnehmungen verarbeitet werden können und das geht am besten über diese Integration der Sinne, also Hören, Sehen, Fühlen, diese Dinge, davon braucht das Kind ganz viel an Erfahrungen. 00:28:27-5

I: Ja, okay. 00:28:29-0

B: Das waren jetzt die Ziele. Ja, natürlich wollen wir, dass das Kind zum Schluss in Beziehung treten kann, vor allen mit seinen Eltern. Also so die einfachsten Dinge, dass es das zulassen kann und auch als positiv erlebt. Denn das ist natürlich das worunter

das Kind wahrscheinlich auch leidet, wir wissen es nicht, wir können ja nicht hineinschauen, aber wir gehen natürlich von unserer Sicht der Dinge aus und deshalb therapieren wir alle. Und von daher gehen wir schon davon aus, dass es eine positive Erfahrung ist in Beziehung zu treten und dass die Hürden, die das verbauen, dass die eben abgebaut werden müssen in der Therapie. 00:29:16-8

I: Okay. 00:29:19-3

B: Ja und da wenn Sie jetzt sagen die Sprache ist das Ziel. Natürlich ist die Sprache unser kommunikatives Medium und deshalb streben wir natürlich die Sprache an, auch als Indikator für uns, damit wir sehen „Oh, das Kind versteht uns.“ Aber da kommen natürlich sehr viele Stufen davor, die uns auch schon zeigen das Kind versteht uns. Das Erste ist der Blick, ja. Also wenn das Kind dann anfängt zu schauen, wenn ein gemeinsames Spiel für einen kurzen Moment möglich war, dann sagt uns das, das ist der rückversichernde Blick und jetzt ist etwas bei dem Kind angekommen, ja. Das sind sehr viele Vorstufen, bevor wir uns der Sprache nähern. 00:29:59-2

I: Ja, das heißt das wäre dann ein Ziel, das man vielleicht eher anstrebt, wenn andere Fortschritte schon geschehen sind? 00:30:08-4

B: Ja, das muss man, denn man kann natürlich das einfordern, aber das Kind wird es nicht tun, wenn es nicht vorher bestimmte Bezüge und Zusammenhänge für sich entdeckt hat. Das geht immer eins aus dem anderen heraus. Man darf sich nur nicht wundern als Musiktherapeut, wenn man anfängt Lieder für das Kind zu singen und meint das müsste jetzt die letzte Silbe ergänzen und es tut es nicht, dann fehlt eben vorher auch noch was. 00:30:33-8

I: Jetzt habe ich noch mal speziell eine Frage zur Sprache, die mir einfällt. Haben Sie denn die Erfahrung gemacht, dass auch nicht nur das Sprachverständnis sondern auch wirklich das Sprechen sich deutlich verbessert? 00:30:48-7

B: Ja, das habe ich schon. Also deutlich ist immer die Frage. Oft ist es so, wenn dann die ersten Worte kommen, dass dann die Musiktherapie beendet wird. Denn dann können ja andere Therapien greifen, dann kann man wirklich sagen jetzt geht man zur Logopädie oder macht noch mehr Ergotherapie oder so. Aber / also nicht nur das Sprachverständnis sagen Sie, sondern auch die produktive Sprache, ja, meistens ist das Sprachverständnis ja früher da und dann kommt nach einer Weile kommen die einzelnen Worte, das gibt es. Aber es gibt es auch nicht immer und man darf jetzt nicht denken wir machen Musiktherapie und zum Schluss lernen die Autisten sprechen. Das ist auch überhaupt gar nicht so, es ist alles sehr, sehr schwierig und hängt davon ab, an welchem Ende der Autismus-Spektrum-Störung sich das Kind befindet. Wenn das eine ganze schwere Störung ist, eine tiefgreifende Entwicklungsstörung, dann kann es gut sein, dass es nicht möglich ist. 00:32:01-5

I: Welche Vorteile sehen Sie in dem Therapieansatz der Nordoff/Robbins-Therapie gegenüber anderen Musiktherapieansätzen oder auch anderen Therapien, wie zum Beispiel der Verhaltenstherapie bei Autisten? 00:32:20-4

B: Mhm (überlegend), das ist jetzt so eine Fangfrage (Lachen), was sehe ich für Vorteile? Ich denke alles hat nebeneinander auch seine Notwendigkeit, also wir arbeiten natürlich ohne die Sprache und haben von daher vielleicht einen Zugang auf einem früheren Entwicklungsniveau. Wir greifen ja immer da an, egal ob wir es jetzt mit Autisten zu tun haben oder mit ganz anderen Formen von Entwicklungsverzögerungen oder -störungen oder auch Behinderungen, wir greifen immer da an, wo der Patient eben gerade sich in seiner Entwicklung befindet. Und wir gehen dann den natürlichen Entwicklungspfad nach. Das heißt wenn wir es mit einem Kind zu tun haben, sei es jetzt ein autistisches Kind oder ein in einer anderen Weise behindertes Kind, können wir eben auch vorsprachlich ansetzen. Und ich kenne eigentlich gar kein Kind, was nicht lautiert und sich so verhält wie zum Beispiel ein Säugling in seinen ersten Monaten. Und man begibt sich dann über die Musiktherapie genau auf dieses Niveau und verhält sich so, als wäre das eben das Kommunikationsfeld. Und das ist natürlich mit der Nordoff/Robbins-Musiktherapie wunderbar möglich. Man braucht keine Worte, man muss nichts analysieren, man sieht das, was einem entgegen gebracht wird einfach mal als Musiker und das ist immer musikalisch, denn was da an Äußerungen kommt hat immer eine bestimmte Tonhöhe, hat bestimmte Parameter, die wir als Musiker eben wahrnehmen und mit denen wir dann arbeiten. Das heißt das ist die Therapie, die im vorsprachlichen Bereich ansetzt und dennoch sehr beziehungsträchtig ist. Also das ist ja in der Musik per se so, dass in der Musik jegliche Formen, jegliche Facette menschlichen Ausdrucks verankert ist, dass man also alle Nuancen des menschlichen Daseins über die Musik auch ausdrücken kann ohne das an Begrifflichkeiten zu binden. Und die Störungen mit denen wir arbeiten sind oft, manifestieren sich noch im Vorbegrifflichen, im Vorsprachlichen. Das haben Sie übrigens auch mit erwachsenen Patienten, die eine starke psychische Störung haben, eine fundierte psychische Störung, dass Sie da oft auch nicht dran kommen über Sprache und Reflexion, sondern dass Sie da noch ansetzen im vorsprachlichen Bereich. Und so / da sehe ich eigentlich die große Stärke der Nordoff/Robbins-Therapie, dass sie jenseits des Wortes eingreifen kann und dass sie sowohl am Ausdruck arbeiten kann / also nein, das ist jetzt / das löschen wir wieder, das hört sich jetzt ganz pauschal an, wie kann man das jetzt gut formulieren. Wir lassen es so stehen, ja? Also im vorsprachlichen Kontakt, so wie es eigentlich eine Mutter auch macht, die mit ihrem Säugling kommuniziert, nur dass wir es sage ich mal als Profis machen mit einem riesigen Schatzkistchen an Möglichkeiten musikalisch das noch differenzierter anzugehen. Also es ist eigentlich in diesem Sinne, dass wir eine Ansprache haben über die Musik, die bestimmte Bereiche, die sich beim Kind eben langsamer entwickeln oder schwieriger entwickeln als bei einem gesunden Kind, die das in einer großen Breite noch mal tun und nachreifen lassen, ja, diese Möglichkeiten, die da nicht entwickelt sind. 00:36:46-8

I: Und wo würden Sie sagen stoßen Sie an Ihre Grenzen mit der Nordoff/Robbins-Therapie bei Autisten? 00:36:53-8

B: Puh, wo stoß ich auf Grenzen? Ja, es gibt auch Kinder, wo das mit dem in Beziehung treten und Kontakt zulassen sehr, sehr schwierig ist. Also was heißt an Grenzen, man versucht es immer wieder, aber es gibt wirklich auch Kinder, wo man sagt „Oh, da erreicht man wirklich ganz, ganz wenig, ja, ist fast nicht sichtbar.“ Also da muss man dann eben auch mal sagen „Mh, ob sich das jetzt lohnt, vielleicht sollte man noch was anderes vorschalten.“, eine Körpertherapie oder so, das gibt es schon ganz selten auch mal. Also ich würde jetzt nicht sagen, dass das alles ganz tolle glatte Verläufe

sind, das ist manchmal sehr, sehr schwer. Genau, wenn ich mir recht überlege, wann das der Fall ist, dann wenn die Kinder recht spät kommen, also zum Beispiel mit acht oder neun erst und wo sich dieses Verhalten, dieses selbstregulierende Verhalten schon verselbständigt und verhärtet hat, also wenn jemand wirklich dann so stark am Regulieren, mit regulieren beschäftigt ist, dass sehr schwer da noch ein Durchkommen ist. Also zum Beispiel wenn jemand immer spricht in einer anderen Sprache, also die er für sich entdeckt hat oder die er so für sich nur benutzt und das permanent macht, also permanent aktiv ist und eigentlich dadurch sich schützt vor zu viel Wahrnehmung und Reiz, das ist dann schwer da noch durchzukommen. Ja, aber immer / also niemals würde ein Nordoff/Robbins-Musiktherapeut für sich in Anspruch nehmen, dass er den Autisten therapiert, sondern da ist er ja ein Baustein in einem ganz komplexen therapeutischen Umfeld, wo Kindergarten, Eltern, sozialpädiatrisches Zentrum zum Beispiel oder der Kinderarzt oder ja, die Therapeuten, die eben mit dem Kind arbeiten, eingebunden sind. Und jeder trägt seinen Teil bei und wenn man dann / ich glaube das wird so eine der nächsten Fragen, mit wem teilt man das oder wie ist man da eingebunden. Da gibt es natürlich dann immer mal wieder einen runden Tisch und da setzen sich alle Erzieher, Lehrer, Therapeuten, die es eben einrichten können, zusammen und das ist sehr erstaunlich, dass man dann feststellt wir arbeiten alle an ähnlichen Dingen. Und jeder macht es eben über seinen Zugang und das ist auch das Schöne an der Arbeit, dass man also jetzt nicht alleine vor sich hin arbeitet, sondern dass man eben weiß, man trägt seinen Teil bei und das geht eben für uns von Seiten der Musik auf die eine Art und der andere macht's anders und man lernt auch etwas voneinander, das ist eigentlich sehr, sehr spannend. 00:40:02-4

I: Das heißt Sie haben regelmäßigen Austausch auch mit denen, mit den anderen Beteiligten? 00:40:07-6

B: Ja, also das ist nicht immer so, aber im guten Fall schon. Und für mich sind die Manager dieser Austauschtermine eigentlich die Eltern. Es gibt einfach niemanden, der mehr verantwortlich ist für das Kind und auch gerade in jetzt unserer Zeit, wo die Mittel ja eher gestrichen werden und die sozialpädiatrischen Zentren und die Ärzte so reglementiert sind, dass sie solche Dinge ja auch gar nicht vergütet bekommen. Dann sind das eben Privatinitiativen, dann sind die Eltern eben nett und sagen „Mensch, wir würden gerne mal einen runden Tisch machen.“ Und dann kommen halt alle Therapeuten, kriegen es nicht bezahlt und machen es trotzdem. Ja, so ist das dann eben. Und das ist schon wichtig auch für die eigene Arbeit, dass man nicht nur dokumentiert, also das ist natürlich auch eine wichtige Sache, dass man die Eltern vorher um Einverständnis bittet, dass man ab und an auch mal was filmen kann, sodass man für die Elterngespräche Material hat und dass man auch einen Verlauf dann sieht. Das ist sehr gut auch für die eigene Arbeit, um zu sehen, ja, kommt man denn da jetzt ein Stückchen weiter und warum funktionieren bestimmte Dinge und warum andere nicht und wo funktioniert es, aha, dann müssen wir das in dieser Richtung weiter verfolgen. 00:41:29-4

I: Und jetzt wollte ich noch mal kurz auf die Grenzen bzw. ja vielleicht ich sag mal zu starke Begleitsymptome oder -erkrankungen zurückkommen. Gibt es denn Fälle, in denen Sie sagen „Okay, da muss jetzt erstmal eine andere Maßnahme stattfinden.“, damit Sie überhaupt anfangen können? 00:41:52-4

B: Begleitsymptome, -erkrankungen. Was meinen Sie da konkret? 00:41:55-9

I: Sagen wir jetzt mal, ja, körperliche Erkrankungen noch dazu oder die vielleicht auch medikamentös auch behandelt werden müssen oder / 00:42:10-0

B: Nein. Also das muss man wissen, damit man das einordnen kann und dementsprechend muss man eben seine Erwartungen daran justieren, aber ich denke da gibt es keinen Ausschluss. Also Sie meinen zum Beispiel Epilepsie oder so, wenn ich sowas weiß, dann muss natürlich das entsprechende Medikament da sein und die Eltern in der Nähe, die es verabreichen, wenn zum Beispiel ein Anfall käme oder so, das möchte ich und darf ich natürlich nicht machen. Aber dazu ist man ja dann auch medizinisch genügend gebildet, um das einordnen zu können. Es muss eine Notfallnummer geben und so weiter. Ähm nein, das ist kein Ausschlusskriterium, denn wer, ja, was müsste man sonst machen. Also klar, wenn jemand ins Krankenhaus muss oder so, aber wenn er so zu Hause lebt und in den Kindergarten geht und eben mit diesen Erkrankungen lebt, dann kann er mit diesen Erkrankungen auch in die Therapien gehen. 00:43:07-3

I: Und gibt es noch weitere Konzepte nach denen Sie arbeiten? Also sagen wir jetzt mal andere noch / 00:43:17-5

B: Andere Ansätze? 00:43:18-3

I: Ansätze oder vielleicht in Kombination mit Musikpädagogik? 00:43:21-2

B: Ja, also ich bin Musikpädagogin in meinem Erstberuf, also Rhythmikerin. Von daher sind mir die Bezüge zwischen Musik und Bewegung natürlich immer, die sind in mir, wie sagt man, die habe ich eben verinnerlicht und da, besonders bei Kindern die jetzt nicht so stark betroffen sind, bekommt das dann irgendwann auch vielleicht einen leichten pädagogischen Anstrich noch und ist gar nicht mehr reine Therapie. Da wird dann auch an Dingen richtig gearbeitet, dann werden auch Sachen aufgeführt oder so. Aber das ist jetzt mit autistischen Kindern eher nicht die Regel, eigentlich gar nicht. Und was ich als zweite oder als Weiterbildung noch gemacht habe, ist ein Zertifikatskurs über das EBQ-Instrument, Einschätzung von Beziehungsqualitäten, das kennen Sie wahrscheinlich auch, Schumacher, Calvet und Reimer. Und das finde ich sehr, sehr hilfreich als Ergänzung zu meiner Nordoff/Robbins-Ausbildung und das möchte ich auch nicht missen, besonders in der Arbeit mit Autisten. Das hat mir ganz viele, wie sagt man, Blicke geöffnet auf meine Arbeit und seitdem, sag ich mal, hat sich die Qualität der Arbeit nach Nordoff/Robbins auch noch total verändert, das ist ein echter Gewinn. Ja, das ist sehr / könnte ich jetzt auch noch mal einen Roman drüber erzählen, aber das ist das zweite Element, was sehr wichtig ist neben meinem eigentlichen Ansatz Nordoff/Robbins-Musiktherapie. 00:45:08-6

I: Genau, also die Kooperation hatten Sie ja schon gesagt inwiefern das stattfindet. 00:45:15-0

B: Ja. 00:45:17-1

I: Und auch mit den Eltern, das hatten Sie ja am Anfang erwähnt, dass Sie am Anfang auf jeden Fall dabei sind und dass Sie auch Gespräche anbieten und durchführen. Ist

das regelmäßig oder einfach nach Bedarf oder wie gestalten Sie das? 00:45:33-3

B: Ja, das ist nach Bedarf. Also immer wenn so ein Block zu Ende geht zum Beispiel. Wenn die Eltern viel auch in der Therapie sind, manche kommen auch am Schluss noch mal dazu oder so und wenn man mit den Eltern im konstanten Gespräch ist, dann muss das nicht sein, aber wenn sich bestimmte Entwicklungen gezeigt haben, die es wert sind sozusagen, dass man sich das mal ganz genau anschaut. Oder wenn die Eltern nie dabei sind sonst, dann ist es wichtig so ein Gespräch zu machen, wo das Kind einfach mal beleuchtet wird noch mal in seiner Entwicklung und wo die Eltern auch in aller Ruhe sehen und erklärt bekommen, was denn da in der Therapie überhaupt gemacht wird. Das halte ich sowieso für einen ganz wichtigen Punkt, dass man da sehr durchsichtig arbeitet und nachvollziehbar und dass es verständlich wird, dass es nicht irgendwo im Kämmerchen passiert und keiner weiß was da eigentlich gemacht wird, das ist ganz wichtig. Und das führt eigentlich in den nächsten Punkt warum die Autismus-Literatur die Musiktherapie gar nicht als Therapiemöglichkeit angibt. Ich denke das hat auch verschiedene Gründe, aber einer ist natürlich, dass viele Musiktherapeuten arbeiten mit Autisten und dass das keiner merkt sozusagen. Es gibt also zu wenig, also Öffentlichkeitsarbeit im weitesten Sinne. Erstens gibt es zu wenig Musiktherapeuten glaube ich, dann ist die Vernetzung zwischen uns Praktikern und den medizinischen Forschern, die dann auch die Bücher schreiben immer noch zu wenig ausgeprägt. Es gibt ja wenige Stellen, wo gleichzeitig therapiert und Forschung betrieben wird, wo haben Sie das schon. Also wenn Sie jetzt mal in einem sozialpädiatrischen Zentrum schauen, kenne ich jetzt Stuttgart, München, meine Güte, da wird gearbeitet und therapiert, da gibt es überhaupt keine Mittel, um das was man tut auch festzuhalten, in Forschungsprojekte einfließen zu lassen, da könnten Sie ganz tolle Studien machen, wenn es jemand bezahlen würde und Zeit hätte. Es gibt ja auch vieles schon, es gibt ja ganz tolle Datenbanken zur musiktherapeutischen Forschung inzwischen und man kann inzwischen nicht mehr behaupten, dass die Musiktherapie nicht beforscht würde, aber immer noch viel, viel zu wenig und diese Verbindung zwischen dem was in der täglichen Arbeit gemacht wird und dem was geschrieben wird, die müsste man eben ein wenig intensivieren. Also das ist für mich der Grund, das ist eine Frage von Informationsfluss. Das ist nicht eine Frage von Qualität oder dass es nichts nützt oder dass man sich nicht verständlich machen könnte, das glaube ich nicht. Denn jedem, dem Sie dann von Ihrer Arbeit erzählen und das mit Videobeispielen untermauern, der versteht das. Ich glaube das wäre nicht das Thema. 00:48:47-0

I: Ja, mir ist das eben ganz stark aufgefallen. Also ich glaube, sagen wir jetzt mal, das waren vier Bücher, die ich hier liegen habe und in dem einen gab es dann einen Satz, der ja im Sinne aussagt, dass man Autisten, die ja häufig auch sehr musikalisch sind in ihren starken musikalischen Fähigkeiten, also wenn sie sehr begabt sind, nicht nur einseitig fördern soll, sondern dass es eine ganzheitliche Förderung stattfinden soll. Aber es kam eben / das war so der einzige Satz, der die Musik beinhaltet. Also es gab keinen weiteren Satz zur Musiktherapie oder ähnlichem. Ansonsten habe ich da wirklich tatsächlich nichts gefunden und andersherum ist eben in der Musiktherapieliteratur, in der auch natürlich unter anderem Nordoff/Robbins-Ansatz vertreten ist, kommt das Störungsbild Autismus natürlich eigentlich immer vor. 00:49:50-2

B: Ja, richtig. Ja, im Moment stürzen sich alle auf die Demenzgeschichte, also da werden Sie viel finden im Moment, das ist so ein großes gesellschaftliches Thema, weil

davon gibt es eben viele. Und Autisten gibt es extrem wenige, wenn man das jetzt so auf die Gesamtpopulation bezieht und auf die sonstigen Behinderungsbilder, also ja, Störungsbilder und Musiktherapeuten gibt es auch extrem wenige. Ich weiß gar nicht, haben Sie mal, wissen Sie wie viel in Deutschland / 00:50:26-4

I: Generell, also von allen Ansätzen meinen Sie? 00:50:28-8

B: Ja. Ganz wenig. 00:50:30-2

I: Ne, weiß ich nicht. Ich hab auch, als ich eben nach Nordoff/Robbins-Therapeuten gesucht habe, habe ich halt, naja primär erstmal so im Norden von Deutschland gesucht. Und da ist tatsächlich, also gerade auch in Hamburg hätte ich jetzt vielleicht noch mal einen erwartet, aber / 00:50:49-7

B: Gibt's keinen. 00:50:49-6

I: Gar nicht. Also es gibt, doch es gibt in Lübeck glaub ich jemand, aber halt nicht mit Autismus und das war für mich halt das Kriterium natürlich, aber fand ich / also es gibt so eine schöne Landkarte auch von dem Verein / 00:51:06-8

B: Verein für Förderung, da bin ich die Vorsitzende übrigens. 00:51:11-2

I: Ja, achso. 00:51:13-6

B: Ja, der Herr Kupsi und ich machen das, genau. Die Landkarte war meine Idee, das freut mich jetzt sehr, dass Sie sagen es gibt eine schöne Landkarte. 00:51:20-1

I: Ja, das finde ich total praktisch, weil ich so eben die Kontakte gefunden habe. 00:51:25-8

B: Ja, toll. Da sehen Sie halt alles sitzt im Ruhrgebiet, denn da war ja unsere Uni und die sind da alle halt hingengeblieben. Ah, spannend, ja. 00:51:34-4

I: Ja, darüber habe ich das eigentlich nur gefunden sozusagen. Ich hatte generell auch anfangs eben nach Musiktherapeuten in Hamburg gesucht, habe aber festgestellt, dass die halt alle nach einem anderen Ansatz arbeiten und das für mich dann wenig sinnvoll wäre, die zu interviewen. Und habe dann so zu dieser Seite eben gefunden und zu dieser Landkarte. 00:51:54-2

B: Ja, ach das ist ja schön. 00:51:57-2

I: Genau und zu diesen Gründen, es ist ja auch in der Gesundheitspolitik kaum verankert, so wie / 00:52:05-5

B: Ja, also da komme ich / 00:52:07-1

I: So wie ich das gesehen habe, gerade auch mit der Kostenfrage natürlich. 00:52:09-5

B: Ja ja, da kommen Sie auf ein Thema, das ist ja wirklich. Es gibt ja nicht mal, also das kommt jetzt nicht mehr ins Interview oder? 00:52:17-9

I: Nur teilweise, also die Aspekte würde ich schon mit reinnehmen, weil ich das spannend finde, weil es natürlich wichtig ist. 00:52:25-8

B: Ja, es gibt noch kein Berufsgesetz für Musiktherapeuten in Deutschland und das ist das woran wir arbeiten müssen. Es gibt es in anderen Ländern, in Österreich zum Beispiel seit einigen Jahren und das Berufsgesetz regelt ja alle Aspekte der Ausübung eines Berufs. Wenn man aber ein Berufsgesetz hat, heißt das noch nicht, dass deswegen die Krankenkassen diese Therapie übernehmen. Also das sind verschiedene Schritte, die da gegangen werden müssen und auch gegangen werden von Seiten unseres, wie nennt man's denn, es ist kein Berufsverband, es ist, von Seiten der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft, die unsere Interessen vertritt, also aller Musiktherapeuten, aller Richtungen auch und da die Musiktherapie immer noch ein junger Beruf ist, ist das ein, wie sagt man, ein Gebiet auf dem wir einfach noch viel tun müssen. Das ist aber schwierig, weil natürlich im Gesundheitswesen viel gespart werden muss, es gibt unglaubliche Kosten, wobei ich immer sage die Kosten für die Musiktherapie sind so gering, dass es eigentlich nicht jetzt ein großer Aufwand an Geldmitteln, die man da zu Verfügung stellen müsste, um das abzudecken, was gemacht werden muss, was gebraucht wird. Ein eigenes großes Thema, aber das muss irgendwann kommen, ich denke das wird auch kommen, das dauert einfach noch ein bisschen. Dazu ist der Berufsstand zu jung und zu klein, als dass das eben von alleine passieren würde. Und das kostet ja für die entsprechenden Leute, die da arbeiten in den Gremien sehr viel Zeit und Aufwand und das muss man erstmal leisten neben der täglichen Arbeit her, das zu verfolgen. 00:54:36-8

I: Okay, ja, dann wär's das von meiner Seite mit den Fragen. Falls Sie jetzt noch Fragen an mich haben oder generell noch irgendwas zu dem Thema sagen möchten, können Sie das gerne tun. 00:54:48-7

B: Ja, das ist nett, aber ich glaube da fällt mir jetzt gerade nichts mehr ein.

Interview 3

Gedächtnisprotokoll, kontrolliert und ergänzt durch die Interviewpartnerin

Datenerhebung:

- 1) *Seit wann arbeiten Sie mit der Schöpferischen Musiktherapie nach Nordoff und Robbins?*

Studium von 2002-2004, arbeitet also seit 10 Jahren als Musiktherapeutin

- 2) *In welchem Rahmen arbeiten Sie mit diesem Ansatz?*

Derzeit in einem Krankenhaus (Kinderonkologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neonatologie) und an einer Musikschule (Fachbereichsleitung Sonderpädagogik/Musiktherapie)

- 3) *Wie groß ist der Anteil der Autisten im Verhältnis zur Gesamtzahl ihrer Klienten?*

In der Klinik kaum Autisten, nur hin und wieder. In der Musikschule ca. 7-8 autistische Schüler und Schülerinnen.

- 4) *Welche autistischen Störungen behandeln Sie mit der Nordoff/Robbins-Musiktherapie?*

Vielseitige autistische Störungsbilder, die in Kombination mit Down-Syndrom, geistiger Behinderung, Hochbegabung oder Asperger- und High-functioning-Autismus auftreten.

- 5) *In welchem Alter sind die autistischen Klienten bei Ihnen?*

Autisten und Autistinnen im Alter zwischen 4/5 und 50 Jahren

Leitfragen:

- 1) *Können Sie mir einen groben Verlauf der Nordoff/Robbins-Musiktherapie bei Autisten schildern?*

- Der Verlauf ist sehr individuell. Häufig ist es ein langer Prozess bis etwas passiert, bis Änderungen merkbar sind. Die erste Phase ist dabei immer der Kontaktaufbau.

- Arbeit ohne Co-Therapeut, auch wenn es eigentlich so gelehrt wird. In der Praxis wird das nicht gemacht, meist ist es auch nicht möglich.
- Die Sitzungen/Stunden finden wöchentlich 30-45 Minuten außer in den Schulferien statt.
- Arbeit in Einzelsitzungen. Hin und wieder gibt es die Integration eines Kindes mit autistischer Störung in eine Gruppe, z.B. derzeit ein Mädchen in einer Band, aber das ist eher selten.
- Ganz individuell, nach Bedarf wird auch immer neu entschieden, ob der/die Schüler/Schülerin mehr oder weniger Struktur in der Sitzung/Stunde benötigt.

2) *Welche Musikinstrumente und Methoden setzen Sie dabei ein?*

- Instrumentenvielfalt; gemeinsame Improvisation
- Bei jedem/jeder Schüler/Schülerin wird ein Begrüßungs- und Abschiedslied entwickelt. Manche haben auch ihr eigenes Ritual, z.B. am Anfang jeder Stunde Cluster oder „Fingerübungen“ spielen

3) *Welche Ziele werden in Ihrer Therapie mit Autisten angestrebt?*

- Das erste Ziel ist immer der Kontaktaufbau, also einen Zugang zum/zur Schüler/Schülerin zu finden und einen sicheren Raum zu schaffen.
- Anschließend können weitere individuelle Ziele verfolgt werden, z.B. Erfahrung des eigenen Handelns bzw. der Selbstwirksamkeit, sich selber „Hören“ können und Kommunikation bewusst erleben
- Sprachentwicklung ist als Ziel auch möglich; es wurde jedoch die Erfahrung gemacht, dass eine Schülerin, welche zuvor gar nicht gesprochen hat, an einer Schule das Sprechen gelernt hat. Ihre Sprache war jedoch sehr mechanisch und ohne Emotionen. Manchmal kann die Sprache daher, nach der Meinung der Interviewpartnerin, auch ein Hindernis sein.

4) *Welche Vorteile sehen Sie in diesem Therapieansatz gegenüber anderen Therapiemöglichkeiten bei Autisten, z.B. andere Musiktherapieansätze oder Verhaltenstherapie?*

- Die Verhaltenstherapie drückt dem Kind vielleicht eher Verhaltensweisen auf bzw. das Kind verhält sich dann so wie es soll, ohne eine innerliche Verknüpfung zu spüren.

- Die Klangschalentherapie ist zum Beispiel etwas, was „für“ und nicht „mit“ dem Kind gemacht wird. Es gibt für den autistischen Klienten eventuell keine Möglichkeiten zu äußern, wenn es ihm zu viel wird.
 - Die Offenheit des Nordoff/Robbins-Ansatzes: Musik erreicht direkt die Emotionen des Menschen, ohne dem Kind etwas aufzuzwängen, es soll zu eigenem Handeln einladen.
- 5) *Wo stoßen Sie als Nordoff/Robbins-Therapeutin bei der Therapie von Autisten an Ihre Grenzen?*
- Bei autistischen Schülern und Schülerinnen ist das häufiger, da manchmal keinerlei Kontakt zu ihnen möglich ist. Das Kind zeigt dann keine Änderung im Handeln und keine Reaktionen auf Kommunikationsangebote, es ist kein Durchdringen zu ihm möglich.
 - Es gab schon Schüler/Schülerinnen, bei denen die Therapie daraufhin auch schon abgebrochen bzw. nicht weitergeführt wurde.
- 6) *Gab es auch schon die Situation, dass eine Therapie wegen zu hoher Begleitsymptome oder –erkrankungen nicht durchgeführt werden konnte?*
- Eine Therapie wurde schon abgebrochen bzw. nicht weitergeführt, da die schwerbehinderte und autistische Klientin nach den Sitzungen deutlich stärker zu epileptischen Anfällen neigte. Sie war sichtlich erregt und erfreut über das Erleben ihrer eigenen Handlungsfähigkeit. Vermutlich führte eine Überreizung der Sinne dann vermehrt zu Anfällen, woraufhin die Betreuer entschieden, die Therapie zu beenden. Eine pharmakologische Begleitung war nicht möglich.
- 7) *Nach welchen weiteren Konzepten arbeiten Sie bei Autisten?*
- Arbeit als Musikpädagogin und Musiktherapeutin.
 - Es gibt autistische Schüler, die regulären Instrumentalunterricht nehmen, dort fließen hin und wieder musiktherapeutische Elemente ein.
 - Es gibt gezielte Therapiesitzungen mit Autisten, die nach dem Nordoff/Robbins-Ansatz durchgeführt werden, d.h. die keinen regulären Instrumentalunterricht erhalten, sondern Musiktherapie, die aber in der Musikschule durchgeführt wird.
- 8) *Inwiefern kooperieren Sie mit Therapeuten oder Einrichtungen, die an der Behandlung Ihrer Klienten beteiligt sind?*
- Es besteht ein gutes Netzwerk und eine sehr gute Kommunikation, z.B. mit sämtlichen Förderschulen der Stadt, in der ich arbeite oder mit Kollegen

des elementaren Bereichs, um beispielsweise Kinder, die musiktherapeutischen Bedarf haben weiterzuleiten. An den Förderschulen werden auch musiktherapeutische Angebote durchgeführt.

9) *Inwiefern spielen die Eltern/Bezugspersonen eine Rolle bei der Therapie?*

- Die Eltern bringen und holen ihre Kinder, dann können kurze Gespräche stattfinden. Auf Wunsch können die Eltern auch in der Sitzung dabei sein.
- Regelmäßige Elterngespräche sind im Rahmen der Therapietätigkeit an der Musikschule nicht möglich.

10) *Welche Gründe vermuten Sie hinter der Tatsache, dass in der Autismus-Literatur die Musiktherapie im Allgemeinen so gut wie gar nicht als Therapiemöglichkeit angegeben wird?*

- Das war so nicht bekannt, aber vielleicht ist die Musiktherapie generell zu wenig vertreten oder präsent auf dem „Therapiemarkt“.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 26. Februar 2015

Jana Lubach