

Jenseits des Dialogs – Beziehungsqualität in der Musiktherapie bei Menschen mit Autismus und Intelligenzminderung

Zusammenfassung

D Musiktherapie bietet vielfältige Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung, auch ohne Entwicklung einer verbalen und nonverbalen Dialogfähigkeit. Die Analyse von Therapiesequenzen bei Menschen mit Autismus auf niedrigem Funktionsniveau ergab ein breites Spektrum von

Interventionsmöglichkeiten ohne Anforderung zum Nach- und Mitmachen. Das musiktherapeutische Instrument zur Einschätzung der Beziehungsqualität (EBQ) liefert differenzierte Anhaltspunkte zur förderdiagnostischen Einschätzung und Interventionsplanung im präverbalen Entwicklungsbereich.

Thomas Bergmann¹, Isabel Dziobek², Silke Reimer³, Karin Schumacher³, Albert Diefenbacher¹, Tanja Sappok¹

¹Berliner Behandlungszentrum für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung

Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge

²Exzellenzcluster Languages of Emotion – Freie Universität, Berlin

³Musiktherapiezentrum – Universität der Künste, Berlin

Beyond dialogue – quality of relationships in music therapy for people with autism and intellectual disability

Summary

Music therapy offers many opportunities for shaping relationship, even without the patient's verbal and/or nonverbal ability to take part in dialogue. The analysis of therapy-session sequences with people with autism at a low level of functioning has led to the development of a wide range of interventions between music therapist and patient without the latter being forced to imitate or to join in. The analysis system to assess the Quality of Relationship (AQR) provides differentiated indication for intervention planning in individuals at a preverbal stage of development.

Schlüsselwörter

Musiktherapie, Autismus, Intelligenzminderung, Musikinstrumente, Intervention, Beziehungsqualität, Förderdiagnostik

Key words

Music therapy, autism, intellectual disability, musical instruments, interventions, quality of relationships, diagnostics

„We map rhythm and pattern, the pitch and volume, the form and flow of movements around us, of objects, of places, of people. This is the music of life and we feel it with our bodies, long before we identify mind with self, this is the realm of sensing, and we all began there. Some of us stay here longer than others. As a person diagnosed with autism, I am one of those people.“

Donna Williams (2)

Einführung

Musiktherapie ist eine Form von Psychotherapie, spielt in der Förderung von Menschen mit Intelligenzminderung (IM) eine große Rolle und erfreut sich besonders in der Behandlung von Menschen mit Autismus einer hohen Akzeptanz (6). Die Wirksamkeit von Musiktherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Autismus schätzt Whipple (21) in einer Metaanalyse von 9

Korrespondenzadresse:

Thomas Bergmann
Berliner Behandlungszentrum für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung
Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge
Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Herzbergstrasse 79,
10365 Berlin
E-Mail:
t.bergmann@keh-berlin.de

Studien bei einer durchschnittlichen Effektstärke von $d=0.77$ als signifikant ein. Spezifische Ergebnisse für Menschen mit Autismus und IM liegen – analog zur allgemein eingeschränkten Forschungsaktivität in diesem Bereich (10) – nicht vor.

Jeder vierte Mensch mit einer geistigen Behinderung hat zusätzlich eine Autismusspektrumstörung (ASS), wobei die Prävalenz mit dem Grad der IM ansteigt (14). Autismus als tiefgreifende Entwicklungsstörung ist eine phänomenologische Summationsdiagnose, die nach ICD-10 durch eine qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktion und Kommunikation sowie durch stereotype und repetitive Verhaltensmuster charakterisiert ist. Auf neuropsychologischer Ebene gibt es für die Kernsymptomatik drei zentrale Erklärungsansätze: eine Störung der zentralen Kohärenz¹, eine eingeschränkte Theory of Mind² und eine exekutive Dysfunktion³. Darüber hinaus werden zusätzliche sensorische, motorische und emotionale Auffälligkeiten beschrieben. Störungen im Bereich der Affektivität werden besonders in herausfordernden Verhaltensweisen, insbesondere in häufiger und z.T. heftiger Autoaggression (z. B. Beißen, Kopf-Schlagen, Manipulieren an Augen, Ohren und Haut) sichtbar (11, 12).

Alle genannten Störungsbe-
reiche zeigen sich direkt oder indirekt in der Beziehung zur Umwelt, zu Mitmenschen und im Selbstbezug, insbesondere zum eigenen Körper. Da die Beziehungsfähigkeit nicht kausal medikamentös behandelbar ist, werden heute ganzheitliche, pädagogische und verhaltenstherapeutisch orientierte

Ansätze favorisiert, die eine größtmögliche Selbständigkeit und Lebensqualität zum Ziel haben. Verhaltenstherapeutische und lerntheoretische Konzepte setzen die Fähigkeit zum Nach- und Mitmachen voraus, die bei Menschen mit ASS im niedrig funktionalen Bereich oftmals nicht gegeben ist. Psychiatrische Behandlung und individuelle Förderplanung bedürfen eines differenzierten Störungsverständnisses, welches neben biopsychosozialen Faktoren auch Aspekte der sozio- emotionalen Entwicklung mit einbezieht. Nur so können gezielte Interventionen entwickelt werden und greifen, indem sie den Patienten überhaupt erreichen. Das von Anton Dosen entwickelte „Schema der emotionalen Entwicklung“ (SEO; 12) zeichnet als Fremdbeurteilungsskala ein Entwicklungsprofil bis zum Entwicklungsalter von 12 Jahren und wird in seiner Relevanz in der psychiatrischen Behandlung von Menschen mit IM von Sappok et al. beschrieben (15). Ziel der vorliegenden Arbeit ist die differenzierte Betrachtung des präverbalen Entwicklungsbereiches entsprechend dem ersten Lebensjahr und seine Relevanz für die Behandlung und konkrete Interventionsplanung bei Menschen mit einer ASS und IM im musiktherapeutischen Kontext.

Musiktherapeutische Beziehungsgestaltung

Methodisch kann zwischen rezeptiven und aktiven musiktherapeutischen Verfahren unterschieden werden. Bei rezeptiven Verfahren ist der Klient hörend beteiligt. Bei aktiver Musiktherapie kann Musik funktional eingesetzt werden, z.B. durch ge-

meinsames Singen von Liedern, oder als psychotherapeutisches Medium. In der freien Improvisation auf leicht spielbaren Instrumenten geht es weniger um das Erlernen von Fertigkeiten zur Erzielung eines künstlerischen Endproduktes, sondern um die Inszenierung eines flexiblen Ausdrucks- und Beziehungsgeschehens. In diesem „Spielraum“ kann es zu neuen und korrekativen Erfahrungen kommen, die die Symptomatik positiv beeinflussen können.

Als nonverbales Verfahren bietet die Musiktherapie einerseits einen Zugang zu nicht sprechenden Menschen, andererseits zu Störungsbereichen, die in frühen Entwicklungsphasen, vor dem Spracherwerb liegen.

Die musikalischen Parameter Klang, Rhythmus, Melodie, Dynamik und Form werden bereits intrauterin erlebt (1) und können auch nachgeburtlich einen basalen Zugang zu schwer beeinträchtigten Menschen ermöglichen. Eine musikalische Improvisation kann hoch kommunikativ sein und einen Bedeutungscharakter jenseits der Sprache haben – das Beziehungsgeschehen spielt sich zwischen den Akteuren ab. Auch entstehende oder gemeinsam gehörte Musik selbst hat Objektcharakter. Einerseits umschließt sie als atmosphärisches Intermediärobjekt (7) die Beteiligten und hüllt sie ein – andererseits kann sie als geteiltes symbolisches Objekt zu einer Triangulierung des Beziehungsgeschehens beitragen. Die Beziehung zum eigenen Körper zeigt sich durch die Qualität der Spiel- und Tanzbewegungen und ihrer Synchronizität⁴ (17), die Reaktion auf Resonanz und den Umgang mit dem eigenen Körper als

Objekt oder „Instrument“ unter Einbeziehung der Stimme. Alle diese Beziehungsaspekte geben Auskunft über den Entwicklungsstand eines Menschen mit IM und sind Ausgangspunkt des therapeutischen Vorgehens.

Das Instrument zur Einschätzung der Beziehungsqualität (EBQ) von Schumacher und Calvet (18) bietet auf Grundlage der Mikroanalyse musiktherapeutischer Szenen die Möglichkeit, Kontakt- und Beziehungsfähigkeit zu analysieren und einzuschätzen. Das Instrument basiert u.a. auf dem Selbstentwicklungskonzept des Säuglingsforschers Daniel N. Stern (19), welcher nicht von

zu durchlaufenden und dann abgeschlossenen Entwicklungsphasen ausgeht, sondern vom Schichtenmodell einer „progressiven Entwicklung von Selbstempfindungen, sozio-affektiven Fähigkeiten und Formen des Zusammenseins mit anderen“ (19), die über die Lebensspanne präsent und erlebbar bleiben. Das EBQ-Instrument beschreibt mit 7 sog. „Modi“ qualitativ die Art und Weise, wie Beziehung zu sich, zu Gegenständen/Musikinstrumenten und zum Therapeuten hergestellt wird. Diese Einschätzungen lassen sich mit verschiedenen entwicklungspsychologisch aufeinander aufbau-

enden „Zuständen“ in Verbindung bringen. Die Tabelle zeigt die Ausdifferenzierung Sterns Modells im präverbalen Entwicklungsbereich und charakterisiert die Modi durch ihre Hauptmerkmale. (siehe Tabelle 1)

Mittels sog. Merkmallisten zum instrumentalen Ausdruck (IBQ), körperlich-emotionalen Ausdruck (KEBQ) sowie stimmlich-vorsprachlichen Ausdruck (VBQ) wird das Verhalten des Patienten kodiert und in Relation zur Einschätzung des Therapeuten und seiner Interventionen (TBQ) gesetzt. Dabei werden Basismodi ermittelt sowie sog. „peaks“, die als kurzzeitig beobachtbare abweichende Qualitäten Potenziale oder auch Defizite anzeigen können. Dies ermöglicht eine Statusdiagnostik zur Interventionsplanung, bei wiederholter Anwendung auch eine Prozessdiagnostik zur Therapieevaluation. Eine Prüfung der Reliabilität des EBQ-Instruments mittels Intra-class-Korrelation liegt vor (16), Untersuchungen zur Validität stehen noch aus.

Methode

Anhand ausgewählter Therapiesituationen wird die Funktion verschiedener Musikinstrumente für die therapeutische Beziehungsgestaltung und den sich daraus ergebenden Interventionsmöglichkeiten untersucht. Die folgenden Vignetten beruhen auf einer Fallserie von über 100 erwachsenen Patienten mit IM und einer ASS, die im Laufe der letzten 2 Jahre stationär und ambulant in unserer Institution behandelt wurden. Das Berliner Behandlungszentrum für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung des

Tabelle 1

Selbstentwicklung nach D. Stern (Entwicklungsalter)	EBQ – Modi	Hauptmerkmale
keine Entsprechung	Modus 0 Kontaktlosigkeit/ Kontaktabwehr	Isolation, kein Blick affektiver Ausdruck schwer lesbar
Auftauchendes Selbst (pränatal angelegt)	Modus 1 Sensorischer Kontakt/ Kontakt-Reaktion	kurze Reaktion auf Verknüpfung der Sinnes- und Gefühlswahrnehmung
Selbst mit einem regulierenden Anderen	Modus 2 Funktionalisierender Kontakt	hoher, unregulierter Affekt kontrollierend, funktionalisierend
Kernselbst als Gegenüber des Anderen (beobachtbar ab 2./3. Monat)	Modus 3 Kontakt zu sich selbst – Selbst-erleben	Exploration Wahrnehmung von Selbstwirksamkeit und Urheberschaft
Intersubjektives Selbst (>9 Monate)	Modus 4 Kontakt zum Anderen – Intersubjektivität	geteilte Absicht/ Aufmerksamkeit Rückversicherung
	Modus 5 Beziehung zum Anderen – Interaktivität	Interaktion Dialog
	Modus 6 Begegnung – Interaffektivität	Freude an Gegenseitigkeit Symbolisches Spiel
Verbales Selbst (>18 Monate)	keine Entsprechung	Sprachentwicklung
Narratives Selbst (>36 Monate)	keine Entsprechung	Konstruktion einer eigenen, kohärenten Geschichte („story“), die Teil einer gemeinsamen Geschichte („history“) wird

Evangelischen Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge ist eine spezialisierte Einrichtung für erwachsene Menschen mit dieser Doppeldiagnose. Die Szenenauswahl erfolgte exemplarisch nach an Instrumente gekoppelten therapeutischen Situationen in einem teilstrukturierten Setting und Ablauf, die speziell für Menschen mit ASS und IM entwickelt wurden (3). Die spezifische Qualität dieser Instrumente wurde bezüglich autistischer Denk-, Handlungs- und Wahrnehmungsbesonderheiten beschrieben. Die situative Beziehungsqualität wurde unter Zuhilfenahme des EBQ-Instrumentes von einer externen Raterin kodiert, die entsprechenden Einschätzungen sind im fließenden Text in Klammern vermerkt (z.B. M0 für Modus 0). Die sich daraus ergebenden Interventionsmöglichkeiten werden auf ihre Relevanz bezüglich der Behandlung autistischer Kernsymptome diskutiert.

Fallanalysen und Ergebnisse

Klavier

Das Klavier kann zusammen mit dem Patienten gespielt werden, vorausgesetzt dieser hat die Fähigkeit zu intentionalem Handeln entwickelt (>M3). Beim gemeinsamen Spiel sind Aufmerksamkeit und Absicht geteilt (M4). Die Ausrichtung ist bei relativer körperlicher Nähe parallel, sodass es zu keiner vis à vis Bezogenheit mit entsprechenden interaktiven Anforderungen kommt, z.B. durch Blickkontakt oder Mimik.

Andererseits ist das Klavier durch sein breites harmonisches, melodisches, rhythmisches und dynamisches Ausdrucksspektrum besonders als Therapeuten-

instrument geeignet. Es eignet sich zum sog. Für-Spiel, d.h. der musikalischen Umspielung des Patienten und zur Gestaltung der Atmosphäre (M0). Durch die Positionierung zur Wand ist der Therapeut abgewandt und dem Patienten wird Raum gelassen. Es entsteht eine anforderungsfreie Situation.

Fallvignette 1:

Herr K ist das erste Mal bei der Musiktherapie. Er spricht nicht, blickt starr zu Boden, verschließt seine Arme fest vor dem Körper und schaukelt stereotyp in schnellem Tempo auf dem Stuhl hin und her. Er wendet sich körperlich ab, meidet Blickkontakt und hält in seiner rechten Faust einen großen, kantigen Legosteine umklammert. Bei Annäherung unter 1,5 m oder einladender Geste lautiert er bellend und springt mit seinem Stuhl weg. Vorsichtig in seine Nähe gestellte Instrumente wirft er fort. Der Therapeut geht zum an der Wand positionierten Klavier und beginnt tragend und repetitiv ein melodisches Motiv über eine stabile, rhythmisch pendelnde Quinte⁵ im Bass zu spielen und leicht zu variieren. Am Ende kommt es zu einem leichten Diminuendo und die Musik verklingt. Bei der nachträglichen Videoanalyse zeigt sich eine körperliche Ausrichtung des Patienten zum Klavier und damit auch zum Therapeuten. Herr K. entspannt sich im Verlauf des Für-Spiels und sein rechter Arm beginnt sich leicht im Metrum der pendelnden Quinte zu bewegen. Mit dem Verklängen der Musik öffnet er seine geballte Faust und der große Legosteine wird sichtbar. Am Ende der Sitzung geht er zum geöffneten Fenster und ruft „Auto“. Er lässt zu, dass sich der

Therapeut direkt neben ihm stellt und beide einen vorbeifahrenden Wagen beobachten. Dabei entsteht erstmalig ein kurzer gegenseitiger Blickkontakt.

Der hochgradig irritable und angespannte Patient (M2) ist in einem Zustand der Abwehr und Kontaktlosigkeit (M0) längerfristig in der musiktherapeutischen Situation zu halten. Der dominierende hohe Affekt spricht für Modus 2 als Basis. Die Intervention des atmosphärischen Für-Spiels im Sinne eines umhüllenden Klangraumes entspricht einerseits einem Zustand der Isolation und Kontaktlosigkeit (M0). Andererseits zielt sie aber durch rhythmische und klangliche Stabilität auf eine Regulierung des hohen Affektes (M2). Dies ermöglicht dem Patienten sich motorisch zu synchronisieren und durch synchron rhythmisches Mitbewegen des Armes seine hohe Anspannung zu regulieren. Seine körperliche Ausrichtung zur Klangquelle und die Übernahme des angebotenen Rhythmus zeigen, dass er sich auf die Musik bezieht.

An diesem Beispiel zeigt sich ein Alleinstellungsmerkmal musiktherapeutischer Interventionsmöglichkeiten: die Gestaltung einer Atmosphäre, die den Klienten umhüllt, ein Raum, der auch in einer Situation der vordergründigen Kontaktlosigkeit zwischen Patient und Therapeut präsent ist und geteilt wird. Die kurzzeitig geteilte Aufmerksamkeit (M4) bei relativer körperlicher Nähe am Ende der Sitzung zeigt eine Ressource des Patienten und könnte als längerfristiges Therapieziel formuliert werden.

Ausgehend von einem Basismodus 2 ist die Kernproblematik ein hoher Affekt und eine hohe

Anspannung, was zunächst Interventionen zur Affektregulation erfordert.

Gongs

Gongs haben das Potenzial, mit geringer Aktivierungsenergie eine große Klangfülle zu entwickeln. Die Erlebnisqualität ist die der Urheberschaft, dem zentralen Merkmal des Modus 3, ausgelöst durch das klangliche Feedback. Der lange Nachklang erschwert rhythmisch und motivisch konturiertes Spiel, was dialogische Wechselseitigkeit (M5) vermeidet.

Fallvignette 2:

Herr D ist ca. 40 Jahre alt, ist nicht-sprechend bei gutem Sprachverständnis, meidet soziale Aktivitäten und lebt relativ zurückgezogen. Er kommuniziert mit flüchtiger Ja-Nein Gestik bei gesenktem Kopf. Im musiktherapeutischen Zusammenhang spielt er isoliert und kaum auf den Therapeuten bezogen. An den Gongs ist ihm nach vorsichtigen Schlägen deutliche Erregung anzusehen. Seine Augen weiten sich und sein Gesicht bekommt Farbe. Es kommt zu einem flüchtigen Blick zum Therapeuten, der an einem anderen, entfernten Gong in gleicher Intensität spielt. Beide Spieler sind körperlich halb dem eigenen Instrument und halb dem anderen Spieler zugewandt. Im zum Teil abwechselnden und zum Teil gleichzeitigen Spiel schaukelt sich die Dynamik hoch und runter, begleitet von gelegentlichem Blickwechsel.

Ausgehend von Herrn Ds Spiel und der deutlichen körperlich-mimischen Reaktion auf die Resonanz des Instrumentes (Urheberschaft M3) kommt es interpersonell zu einer klanglichen

Abstimmung (M4). Auf Basis des Selbsterlebens des Patienten sind Interventionen möglich, die auf das Teilen des Erlebens eines gemeinsamen Spiels (M4) zielen, was einer deutlichen interpersonellen Bezogenheit entspricht. Diese beabsichtigen keinen wechselseitigen kommunikativen Austausch im Sinne einer Interaktion (M5), da dialogisch-intendierte Angebote den Patienten überfordern würden.

Gemeinsames Singen

Gemeinsames Singen ist ein sozialer Akt, bei dem das Lied das verbindende Objekt ist. Gemeinsames Singen ist nicht nur mit geteilter Absicht (M4), sondern i.d.R. auch mit geteilter Freude bzw. geteiltem Affekt (M6) assoziiert. Der Sprachgebrauch dient beim Singen keinem primär kommunikativen Zweck. Der Gebrauch der Stimme kann beim Singen oder Sprechen in Quantität und Qualität differieren.

Fallvignette 3:

Frau S ist 30 Jahre alt und spricht kurze 3-Wort-Phrasen in stereotyper Selbstwiederholung. Ihre Sprache setzt sie nicht kommunikativ ein, eine Reaktion auf ihre Äußerungen scheint sie nicht wahrzunehmen. Ihre rechte Hand hält sie in der Nähe ihres Auges und sie verschafft sich durch Fingermanierismen eine sensorische Reizung durch visuelle Licht- und Schattenspiele. Sie läuft unruhig im Kreis um die zentral im Raum positionierte Tischtrommel, der Therapeut spiegelt sie, indem er auch seine Kreise zieht. Die Bewegungsrichtung ist zum Teil in gleicher Richtung, zum Teil auch gegenläufig. So kommt es zu räumlicher Nähe und Entfernung und zu gelegentlicher Begegnung,

wobei sie keinen Blickkontakt aufnimmt. Es ist Frühling und der Therapeut intoniert wiederholend und wie beiläufig die kleine Terz des Kuckucksmotivs. Sie übernimmt das Motiv im Sinne einer verzögerten Echolalie. Bei Weiterführung („...ruft’s aus dem Wald“) unterstützt der Therapeut den Rhythmus durch Klatschen in die Hände. Frau S hält abgewandt inne und klatscht ansatzweise im gleichen Rhythmus. Bei erneuter Begegnung während des gegenläufigen Laufens im Raum stehen sich Frau S und der Therapeut gegenüber und singen lautstark, zum Ende hin crescendo die erste Strophe des Liedes, unterstützt durch rhythmisches Klatschen und einen klaren gemeinsamen Abschluss. Dabei kommt es zu direktem Blickkontakt und einem kurzen Innehalten, bevor weitere Kreise gezogen werden.

Die Patientin wirkt zunächst kontaktlos und scheint den Therapeuten nicht wahrzunehmen (M0). Stereotypen (Laufen, Manierismen, Unruhe) deuten auf Modus 2. Durch das Akzeptieren des Verhaltens der Patientin, ein Sich-Einlassen auf ihre stereotype Handlung (Laufen im Kreis) und die Gestaltung der Situation durch das Wiederholen des Kuckucksmotivs (M3) wird der Therapeut für die isolierte Patientin wahrnehmbar und sie greift seine Idee auf (M4). Die Gestaltung eines langen, anforderungsfreien und kontaktarmen Einschwingvorgangs führt zu flüssiger Sprachproduktion und einem Moment intensiver vokaler und körperlicher Bezogenheit. Dies gelingt durch Berücksichtigung langsamer Verarbeitungsprozesse und einer inneren Haltung, die ihr repetiti-

ves Verhalten als eine Form des Ausdrucks betrachtet.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Musikinstrumente legen in ihrem Charakter spezifische Erlebnis-, Ausdrucks- und Beziehungsqualitäten nahe, welche den Fähigkeiten der Patienten mit ASS entsprechen. Der Therapeut interveniert ausgehend von einer Einschätzung des körperlich-emotionalen, bzw. des stimmlichen oder instrumentalen Ausdrucks des Patienten. Die folgende Tabelle zeigt die Basisqualitäten der Beziehungsfähigkeit der Patienten in den einzelnen Sequenzen, die Einschätzung des Therapeuten und seiner Intervention sowie kurzzeitig erreichte Modi („peaks“) – und damit die Ressourcen des Patienten. (siehe Tabelle 2)

Alle Patienten zeigen Basismodi unterhalb der Dialogfähigkeit (<M5). Die Einschätzung des Patienten und des Therapeuten sind weitgehend kongruent, wobei sich der Therapeut im 1. Bsp. unter dem Niveau des Patienten bewegt, im 3. Bsp. darüber. Die „peaks“ bewegen sich unterhalb der Dialogfähigkeit.

Diskussion und Ausblick

Die spezifische Qualität des beschriebenen musiktherapeutischen Settings und der ausgewählten Musikinstrumente bezüglich der Bedürfnisse und

Besonderheiten von Menschen mit ASS und IM lässt gezielte Interventionen zu. Die Einschätzung der Interventionen bis max. Modus 4 deutet auf die Notwendigkeit therapeutischer Konzepte für Menschen mit ASS auf niedrigem Funktionsniveau hin, die nicht zur sozialen Wechselseitigkeit in der Lage sind. Verhaltenstherapeutische und lerntheoretische Konzepte wären in diesen Fällen kontraproduktiv und würden den Patienten überfordern. Die Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie (AIT) von Hartmann (8) ist einerseits verhaltenstherapeutisch begründet, setzt aber durch Spiegeln des Patienten bei der Selbstwahrnehmung an (entspricht Modus 3). Die Beispiele zeigen Interventionsmöglichkeiten noch unterhalb dieses Niveaus auf. Eine Förderung basaler Beziehungsfähigkeit unter Einbeziehung von Körper, Stimme, Sensorik und Affekt als Voraussetzung für kognitive Entwicklung und Verhaltensmodulation scheint notwendig zu sein.

Zur förderdiagnostischen Einschätzung und Interventionsplanung liefert das EBQ-Instrument Anhaltspunkte für den präverbalen Entwicklungsbereich. Es könnte als Beobachtungsinstrument eine sinnvolle Ergänzung der Fremdbeurteilungsskala SEO (5) zur Ermittlung des sozio-emotionalen Entwicklungsniveaus sein, bzw. durch den Fokus auf Beziehungsfähigkeit, Körperlich-

keit und Emotionalität zu einer ganzheitlichen und differenzierten Betrachtung früher Entwicklungsbereiche beitragen. Eine detaillierte Überarbeitung des EBQ-Instruments für Menschen mit IM steht noch aus. Arbeiten zur Anwendung des Instrumentes in der Psychosomatik (9) und bei Menschen mit Altersdemenz (20) liegen vor. Eine Anpassung des Instruments für erwachsene Menschen mit schwerster Mehrfachbehinderung wird aktuell von Reimer vorgenommen (13). Mit der Musikbasierten Skala zur Autismus Diagnostik (MUSAD) wird ein strukturiertes, EBQ-inspiriertes Diagnoseverfahren für Erwachsene auf niedrigem Funktionsniveau entwickelt (4).

Fazit

- Die Analyse von Fallsequenzen gibt Hinweise auf instrumentale und musikalische Qualitäten, die spezifischen autistischen Ausdrucksbedürfnissen sowie Denk- und Wahrnehmungsgewohnheiten entsprechen.
- Die methodische Breite, die das Medium Musik bietet, lässt Interventionen ohne Anforderung zum Nach- und Mitmachen zu und eignet sich insbesondere für die Behandlung von Menschen auf niedrigem Funktionsniveau ohne Dialogfähigkeit.
- Die entwicklungspsychologisch basierte Einschätzung der Beziehungsqualität mittels EBQ-Instrument liefert differenzierte förderdiagnostische Hinweise für den Entwicklungsbereich vor dem Spracherwerb.
- Weiterführende quantitative Untersuchungen zur Stützung der Befunde sind erforderlich.

Tabelle 2

Sequenz	Patient	Therapeut/ Interventionen	peaks
1. Klavier (rezeptiv)	M2 (M0)	M0 (M2)	M4
2. Gong	M3, M4	M4	–
3. Singen	M0, M2	M3	M4

Literatur

1. Al-Qahtani NH (2005) Foetal response to music and voice. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 45: 414–417
2. Berger DS (2002) Music Therapy, Sensory Integration and the Autistic Child. Jessica Kingsley, London: 11
3. Bergmann T, Sappok T, Schumacher K, Diefenbacher A (2009) Musiktherapeutischer Behandlungsansatz bei erwachsenen Menschen mit Autismus und geistiger Behinderung. DGPPN, Berlin. Poster P-027
4. Bergmann T, Sappok T, Diefenbacher A, Dziobek I (2011) Musikbasierte Autismusdiagnostik (MUSAD) – Entwicklung eines Untersuchungsverfahrens für erwachsene Menschen mit Intelligenzminderung und Autismusverdacht. Musiktherapeutische Umschau, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen (im Review)
5. Dosen A (1997) Psychische Störungen bei geistig behinderten Menschen. Fischer, Stuttgart
6. Evers S (1992) Music therapy in the treatment of autistic children. *Medico-sociological data from the Federal Republic of Germany. Acta Paedopsych* 55: 157–158
7. Frohne-Hagemann I, Pless-Adamczyk H (2004) Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter. Musiktherapeutische Diagnostik und Manual nach ICD-10. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen: 101
8. Hartmann H (2011) Erweiterte Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie – AIT. Kleines Lehrbuch der modernen Autismus-Therapie mit dialogischem Schwerpunkt. DGVT-Verlag, Tübingen
9. Körber A (2009) Beziehungsqualität in der Musiktherapie mit Psychotherapiepatienten. Vergleichende Untersuchung interpersonalen Verhaltens in Fremd- und Selbsteinschätzungen (EBQ; OPD-2; IIP) anhand von musikalischen Spielszenen: VDM Verlag Dr. Müller, Saarbrücken
10. Matson JL, Shoemaker M (2009) Intellectual disability and its relationship to autism spectrum disorders. *Res Dev Disabil* 30:1107–1114
11. Murphy GH, Beadle-Brown J, Wing L, Gould J, Shah A, Holmes N (2005) Chronicity of challenging behaviours in people with severe intellectual disabilities and/or autism: A total population sample. *J Autism Dev Disord* 35:405–418
12. Murphy O, Healy O, Leader G (2009) Risk factors for challenging behaviors among 157 children with autism spectrum disorders in Ireland. *Res Autism Spect Disord* 3: 474–482
13. Reimer S (2010) Das EBQ-Instrument in der Arbeit mit schwerst-mehrfachbehinderten Erwachsenen. In: Schumacher K (Hg.) 20 Jahre Studiengang Musiktherapie an der UdK Berlin / AlumniTage 2008. Musiktherapiezentrum; ZIW, UdK Berlin
14. Sappok T, Bergmann T, Kaiser H, Diefenbacher A (2010) Autismus bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung. *Nervenarzt* 81:1333–1345
15. Sappok T, Schade C, Kaiser H, Dosen A, Diefenbacher A (2011) Die Bedeutung des emotionalen Entwicklungsniveaus bei der psychiatrischen Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung. *Fortschr Neurol Psychiat* 79: 1–8 (im Druck)
16. Schumacher K, Calvet C, Stallmann M (2005) Zwischenmenschliche Beziehungsfähigkeit – Ergebnisse der Reliabilitätsprüfung eines neu entwickelten Instrumentes zum Wirkungsnachweis musiktherapeutischer Arbeit. In: Müller-Oursin B (Hg) Ich wachse, wenn ich Musik mache. Musiktherapie mit chronisch kranken und von Behinderung bedrohten Kinder. Reichert, Wiesbaden: 75–104
17. Schumacher K, Calvet C (2008) Synchronisation, 1 DVD. Musiktherapie bei Kindern mit Autismus. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
18. Schumacher K, Calvet C, Reimer S (2011) Das EBQ-Instrument und seine entwicklungspsychologischen Grundlagen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen (im Druck)
19. Stern DN (2007) Die Lebenserfahrung des Säuglings. Klett-Cotta, Stuttgart
20. Warne B (2010) Musiktherapeutische Interventionen anhand der Bestimmung von Kontakt- und Beziehungsfähigkeit. In: Muthesius D, Sonntag J, Warne B, Falk M: Musiktherapie für Menschen mit Demenz. Mabuse Verlag, Frankfurt a.M.
21. Whipple J (2004) Music in intervention for children and adolescents with autism: a meta-analysis. *J Music Ther* 41:90–106

Fußnoten

- ¹ bevorzugte Detailwahrnehmung bei Mangel an Erkennen von Bedeutungszusammenhängen
- ² eingeschränkte Fähigkeit Bewusstseinsvorgänge in anderen Personen anzunehmen und diese in der eigenen Person zu erkennen
- ³ Defizite in der Handlungsplanung
- ⁴ Hier Intra-Synchronizität, d.h. zeitliche Übereinstimmung und Abstimmung von Ausdruck (Mimik, Stimme) und Körper (Gliedmaßen, Rumpf).
- ⁵ Die Quinte zählt zu den reinen Intervallen, sie ist besonders geeignet ein tonales Zentrum zu markieren und damit musikalisch-harmonisch strukturbildend.