

Bachelorarbeit zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Arts Musiktherapie

an der
Fakultät für Therapiewissenschaften
der
SRH Hochschule Heidelberg

**Vergleichende Gegenüberstellung zweier
Behandlungsansätzen bei Autismus-Spektrum-Störungen**

Vorgelegt von
Morgane Allanou

Aus
Biel/Bienne (Schweiz)

2020

Bearbeitungszeitraum
25.10.2019 - 16.03.2020

Betreuerin
Prof. Dr. Dorothee von Moreau

Zusammenfassung

Der Hintergrund weist in das Thema Autismus ein und dient zur Hinführung der Fragestellung. Mit der Frage nach Gemeinsamkeiten und Unterschieden der disziplinübergreifenden Konzepte EBQ und Komm!ASS, soll ein ganzheitliches Bild der Behandlungsansätze entstehen. Zudem sollen wertvolle Aspekte der Therapiekonzepte oder potenzielle Verbesserungsmöglichkeiten aufgedeckt werden. Der Konzeptvergleich erfolgt, indem die Therapieformen und das Videomaterial jeweils mit denselben und zugeschnittenen Kategorien gegenübergestellt werden. Die meisten Differenzen konnten auf die unterschiedlichen theoretischen Grundlagen und Sichtweisen von Autismus zurückgeführt werden. Die Autorinnen unterscheiden sich in ihrer therapeutischen Haltung, weisen jedoch in der praktischen Umsetzung (z.B. Interventionen) teilweise große Ähnlichkeiten auf. Aus den Ergebnissen dieser Arbeit ergibt sich eine weiterführende Fragestellung für zukünftige Arbeiten, ob sich aus den Therapieansätzen ein gemeinsames Konzept entwickeln lässt.

Schlüsselwörter: Autismus, Konzeptvergleich, EBQ-Musiktherapie, Logopädie, Videos

Abstract

The background introduces the subject of autism and serves as a guide to the question. With the question of similarities and differences of the interdisciplinary concepts EBQ and Komm!ASS, a holistic picture of the treatment approaches should be created. In addition, valuable aspects of the therapy concepts or potential improvement possibilities are to be uncovered. The differentiation of concepts is done by comparing the literature and the video material with the same and tailored categories. Most of the differences could be attributed to the different theoretical foundations and views of autism. The authors differ in their therapeutic stance, but in practical implementation (e.g. interventions) they sometimes show great similarities. The results of this work will lead to a further question for future work, whether a common concept can be developed from the therapeutic approaches.

Keywords: autism, concept comparison, EBQ music therapy, speech therapy, videos

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	
Abkürzungsverzeichnis	
Abbildungsverzeichnis	
1. Einleitung	1
2. Hintergrund	2
2.1 Frühkindlicher Autismus oder Autismus-Spektrum-Störungen	2
2.2 Erklärungsmodelle einer Autismus-Spektrum-Störung	4
2.2.1 <i>Neuropsychologische Hintergründe einer ASS</i>	4
2.2.2 <i>Musiktherapie bei ASS</i>	6
2.4 Herleitung der Fragestellung	8
3. Methode	9
3.1 Konzeptvergleich	9
3.1.1 <i>Musiktherapiekonzept EBQ-Instrument</i>	9
3.1.2 <i>Logopädisches Therapiekonzept Komm!ASS</i>	9
3.2 Literatur- und Videomaterial	10
3.3 Herleitung und Erstellung der Kategorien	11
3.4 Kodierung	13
4. Ergebnisse	15
4.1 Theoretische Grundlagen	15
4.1.1 <i>Musiktherapie</i> :.....	15
4.1.2 <i>Logopädie</i> :.....	18
4.1.3 <i>Vergleich</i> :.....	21
4.2 Profession	21
4.2.1 <i>Musiktherapie</i> :.....	21
4.2.2 <i>Logopädie</i> :.....	22
4.2.3 <i>Vergleich</i> :.....	22

4.3 Therapierahmen	22
4.3.1 Musiktherapie:.....	22
4.3.2 Logopädie:.....	22
4.3.3 Vergleich:.....	22
4.4 Setting	23
4.4.1 Musiktherapie:.....	23
4.4.2 Logopädie:.....	23
4.4.3 Vergleich:.....	23
4.5 Materialien	23
4.5.1 Musiktherapie:.....	23
4.5.2 Logopädie:.....	24
4.5.3 Vergleich:.....	25
4.6 Ziele	26
4.6.1 Musiktherapie:.....	26
4.6.2 Logopädie:.....	26
4.6.3 Vergleich:.....	27
4.7 Therapeutische Handlungsanweisungen	28
4.7.1 Musiktherapie:.....	28
4.7.2 Logopädie:.....	29
4.7.3 Vergleich:.....	31
4.8 Therapeutische Haltung	31
4.8.1 Musiktherapie:.....	31
4.8.2 Logopädie:.....	32
4.8.3 Vergleich:.....	33
4.9 Umgang mit Körper/Körperkontakt	33
4.9.1 Musiktherapie:.....	33
4.9.2 Logopädie:.....	34
4.9.3 Vergleich:.....	34
4.10 Umgang der Therapeutin mit Blickkontakt des Kindes	35
4.10.1 Musiktherapie:	35
4.10.2 Logopädie:.....	36
4.10.3 Vergleich:.....	36
4.11 Affekt und Affektregulation in der Therapie	37
4.11.1 Musiktherapie:	37
4.11.2 Logopädie:.....	38
4.11.3 Vergleich:.....	39

4.12 Stimme	39
4.12.1 <i>Musiktherapie:</i>	39
4.12.2 <i>Logopädie:</i>	40
4.2.3 <i>Vergleich:</i>	40
4.13 Wissenschaftlichkeit und Assessments	41
4.13.1 <i>Musiktherapie:</i>	41
4.13.2 <i>Logopädie:</i>	42
4.13.3 <i>Vergleich:</i>	43
5. Diskussion	44
5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	44
5.2 Limitationen der Arbeit	45
5.3 Ausblick	47
Literaturverzeichnis	49
1. Anhang: Abbildung 9	51
2. Anhang: Einverständniserklärung	52
3. Anhang: Einverständniserklärung	53
Ehrenwörtliche Erklärung	

Abkürzungsverzeichnis

ASS	Autismus-Spektrum-Störung
EF	Exekutive Funktionen
IAP	Improvisation Assessment Profiles
InTiME	Instrument for Timing in Music Therapy Evaluation
IPCAP-ND	Individual Music-Centred Assessment Profile for Neurodevelopmental Disorders
MTDA	Music therapy Diagnostic Assessment
ToM	Theory of Mind
ZK	Zentrale Kohärenz

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Diagnostische Kriterien der Autismus-Spektrum-Störung nach DSM-5 Quelle: Übersetzung durch die Autoren: Kamp-Becker & Bölte, 2014.....	3
Abbildung 2 Graphische Darstellung des EBQ-Instruments. Quelle: Schumacher et al., 2013, S. 36.....	9
Abbildung 3 Therapiebaustein Reizkopplung: „Reizkopplung der verschiedenen Ebenen. Quelle: Funke, in Vorbereitung, Kap. 5.3	10
Abbildung 4 Selbst-Entwicklungskonzept von Daniel N. Stern. Quelle: Schumacher et al., 2013, S. 14.....	16
Abbildung 5 Das dynamische Modell der Verhaltensorganisation von Als et al. 1982. Quelle: Schumacher et al., 2013, S. 20.....	17
Abbildung 6 Beschreibung einer beispielhaften Begrüssungssituation, die aufzeigt wie viele Ebenen zeitgleich oder zeitnahe verarbeitet werden müssen. Quelle: Funke, in Vorbereitung, Kap. 3.....	20
Abbildung 7 TBQ-Skala-Zusammenfassung. Der Spielraum ist graphisch in blauen Pfeilen (das Kind) und grünen Pfeilen (der Therapeut) aufgeteilt. Quelle: Schumacher et al., 2013, S.63.....	29
Abbildung 8 Eieruhr. Quelle: Schumacher et al., 2013, S. 66.....	42
Abbildung 9 Populärwissenschaftliche Darstellung des heutigen Begriffs Autismus- Spektrum-Störung. Quelle: Definition & Formen von Autismus, o. J.....	51

1. Einleitung

Durch die vertiefende Forschung in den letzten Jahrzehnten und den damit verbundenen Ergebnissen kann das Autismus-Spektrum für die Öffentlichkeit transparenter dargestellt werden. Motivation zu dieser Arbeit war die Möglichkeit im Rahmen der Thesis sich mit der neueren Erkenntnis der dysfunktionalen Wahrnehmung von Kindern mit Autismus-Spektrum-Störung (ASS) auseinander zu setzen.

Ein weit verbreiteter musiktherapeutischer Ansatz zur Behandlung von Kindern mit ASS im deutschsprachigen Raum ist noch immer der EBQ-Ansatz. Dieser ist im Heidelberger Musiktherapiestudium fester Bestandteil des Lehrplans. Weiterhin wurde in den letzten Jahrzehnten viel Forschung im Gebiet der ASS betrieben, um die Wirkungsweise der Musiktherapie darzulegen. In diesem Zusammenhang überschneiden sich vermehrt musiktherapeutische Studien mit der Logopädie, vor allem in Bezug der Kommunikationsverbesserung von Kindern mit ASS durch Musiktherapie. Nun ist im Raum Heidelberg ein ganz neuer Therapieansatz für die Logopädie von der Logopädin Ulrike Funke entwickelt worden. Das Komm!ASS Konzept, wird im Autismus-Zentrum, Heidelberg bereits seit 2012 praktisch umgesetzt und soll 2020 in einem Buch veröffentlicht werden. Der Therapieansatz setzt die anders funktionierende Wahrnehmung der betroffenen Kinder in den Fokus der Therapie. Der Hintergrund weist in das Thema Autismus ein und dient zur Hinführung der Fragestellung. Diese Thesis hat nicht zum Ziel aufzuzeigen, ob oder welche Therapieform als geeigneter zur Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit erscheint. Vielmehr sollen die vorgenannten Therapieformen gegenüberstellen und mögliche Gemeinsamkeiten und Unterschiede aufgezeigt werden.

Aufgrund der besserem Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen auf Doppelnennung personenbezogenen Hauptwörtern verzichtet und entweder nur die männliche oder weibliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für aller Geschlechter.

Zum Bearbeitungs- und veröffentlichungszeitraum dieser Thesis liegt lediglich ein unveröffentlichtes Buchmanuskript über das von Frau Funke entwickelte Konzept vor, weshalb keine genauen Seitenangaben, sondern lediglich Kapitelangaben gemacht werden können.

2. Hintergrund

2.1 Frühkindlicher Autismus oder Autismus-Spektrum-Störungen

Wissenschaftlich Publikationen haben in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen. Mit dem Suchbegriff „autism“ in der Datenbank PubMed konnten für die Jahre 1990-1999 829 Treffer, für die Jahre 2000 bis 2009 bereits 7'310 Treffer und für die Dekade 2010 bis 2019 werden 66'331 Suchergebnisse erzielt. Hier kann ein gesteigertes Interesse und eine wissenschaftliches Auseinandersetzen mit der Autismus-Störung in Zusammenhang gebracht werden.

Gemäß dem *ICD-10-GM* (2020) ist Autismus unter „F84.- Tief greifende Entwicklungsstörungen“ klassifiziert und mit verschiedenen Nummern kodiert.

Diese Gruppe von Störungen ist gekennzeichnet durch qualitative Abweichungen in den wechselseitigen sozialen Interaktionen und Kommunikationsmustern und durch ein eingeschränktes, stereotypes, sich wiederholendes Repertoire von Interessen und Aktivitäten. Diese qualitativen Auffälligkeiten sind in allen Situationen ein grundlegendes Funktionsmerkmal des betroffenen Kindes (*ICD-10-GM*, 2020).

Bis heute gilt die medizinische Klassifikation für „Frühkindlicher Autismus“, „Atypischer Autismus“ und „Asperger-Syndrom“, die auch in der Gesellschaft noch immer weit verbreitet ist. „Die Unterscheidung fällt in der Praxis jedoch immer schwerer, da zunehmend leichtere Formen der einzelnen Störungsbilder diagnostiziert werden. Daher wird heute der Begriff der „**Autismus-Spektrum-Störung**“ (ASS) als Oberbegriff für das gesamte Spektrum autistischer Störungen häufig verwendet“ (*Bundesverband Autismus Deutschland e. V.*, o. J.). Wie auf der populärwissenschaftlichen Ratgeber-Seite „Autismus-Kultur“ (Müller, 2019) ist zu erkennen, dass auch in den sozialen Medien eine Wandlung zur Begrifflichkeit stattfindet. Der Autor der Autismus-Kultur-Website veröffentlichte, eine für die breite Population verständliche und vereinfachte Verbildlichung von ASS (Anhang1, Abbildung 9).

In der Neuauflage des ICD-10, das ICD-11, sollen die kategorialen Diagnosen aufgelöst und in ein dimensionales Diagnosesystem umgewandelt werden. Dabei wird zukünftig auch der Schweregrad des Hilfe-Bedarfes mitberücksichtigt. Das DSM-V bietet seit 2013 derartiges diagnostisches System, in welcher die Diagnose Autismus-Spektrum-Störung genannt und in drei unterschiedliche Schweregrade eingeordnet wird. Diese Diagnosebezeichnung wird im klinischen und

wissenschaftlichen Jargon heutzutage geläufig verwendet. Die neuen ICD-11 Klassifikationen berücksichtigen zudem neue Symptome. Nebst der schon im ICD-10 beschriebenen restriktiven, repetitiven, stereotypen Verhaltensweisen oder Interessen, wird neu die Sinneswahrnehmung berücksichtigt. Die Sprachentwicklung wird zukünftig nicht mehr gesondert, sondern unter der Kategorie „Soziale Kommunikation“ berücksichtigt. Keine Änderung erfolgt für das Kriterium, das Symptome schon im Kindesalter auftreten müssen. Immer mehr von Autismus betroffene Menschen schildern in Erfahrungsberichten von veränderten Sinneswahrnehmungen, schaffen für nicht betroffene Menschen somit ein besseres Verständnis und bieten dem klinischen Personal mehr Anhaltspunkte zur Einschätzung und Diagnostik.

Für die Diagnose „Autismus-Spektrum-Störung“ müssen folgende Kriterien aus den Bereichen 1, 2, und 3 erfüllt sein:
<p>1. Klinisch relevante, durchgängige Defizite im Bereich der sozialen Kommunikation und Interaktion. Folgende Auffälligkeiten müssen vorhanden sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Markante Defizite in der nonverbalen und verbalen Kommunikation, die für die soziale Interaktion relevant sind b. Mangel an sozio-emotionaler Gegenseitigkeit c. Unfähigkeit, Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzubauen und aufrecht zu erhalten; in einer für das geistige Alter angemessenen Art und Weise
<p>2. Begrenzte, repetitive Verhaltensweisen, Interessen und Aktivitäten, mindestens zwei der nachfolgenden Symptome müssen vorliegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Stereotype motorische oder verbale Verhaltensweisen oder ungewöhnliche sensorische Interessen b. Exzessives Festhalten an Routinen oder ritualisierte Verhaltensweisen c. Restriktive, intensive Interessen
<p>3. Die Symptome müssen seit frühester Kindheit an bestehen (können jedoch erst dann deutlich offensichtlich werden, wenn die sozialen Anforderungen ansteigen).</p>

Abbildung 1 Diagnostische Kriterien der Autismus-Spektrum-Störung nach DSM-5 Quelle: Übersetzung durch die Autoren: Kamp-Becker & Bölte, 2014

Obwohl die kategoriale Diagnostik heute noch in Verwendung ist, wird in dieser Thesis der praxisnähere und neuere Begriff Autismus-Spektrum-Störung angewandt. Es ist bei ASS zu beachten dass die Symptome und Schweregrade sehr vielfältig sind. Sowohl die Behandlung von der einen Extreme zur anderen Extreme des Spektrums weisen Unterschiede in der Behandlung und deren Schwerpunkte auf. Als gedankliche Stütze kann sich hier ASS im Sinne des Frühkindlichen Autismus vorgestellt werden, da diese kategoriale Diagnose ein relativ klares und klassisches Bild von Autismus wiedergibt.

2.2 Erklärungsmodelle einer Autismus-Spektrum-Störung

2.2.1 Neuropsychologische Hintergründe einer ASS

Die neuropsychologische Charakterisierung von Autismus-Spektrum-Störung (ASS) hat in den letzten zwei Jahrzehnten ein beträchtliches Forschungsinteresse hervorgerufen. Ein Grund hierfür ist die Annahme, dass die Symptomtrias bei ASS (Beeinträchtigung der sozialen Interaktion, der Kommunikation und der Sprache sowie repetitive und stereotype Verhaltensweisen) auf eine Reihe von kognitiven Dysfunktionen und Veränderungen zurückgeführt werden kann (Dziobek & Bölte 2011).

Drei dieser kognitiven Dysfunktionen auch big three genannt, werden im nachfolgenden genauer beschrieben. Diese sind die Theory of Mind, Exekutive Funktionen und die Zentrale Kohärenz.

Theory of Mind (ToM)

Vorab ist Festzuhalten, dass es sich bei ToM noch immer um eine Theorie handelt und diese lediglich zur Erklärung eines Phänomens dient. Sehr vereinfacht, beschreibt ToM die Fähigkeit sich in Bewusstseinszustände wie auch Verhaltensweisen, Gefühle und Gedankengänge des Gegenübers hineinzusetzen. Die Kompetenz zur ToM spielt innerhalb sozialer Interaktionen eine große Rolle. Laut Dziobek und Bölte (2011) weisen besonders die sozialen Wahrnehmungsprobleme und defizitäre ToM hohe Erklärungswerte für die klinische Symptomatik von Menschen mit ASS nach. ToM wird häufig mit Empathie gleichgesetzt. Wenn von einem multidimensionalen Konstrukt ausgegangen wird, kann festgehalten werden, dass ASS Defizite in der kognitiven Verarbeitung von Tom aufweist, jedoch emotional durchaus empathische Fähigkeiten besitzen (Kamp-Becker & Bölte, 2014).

Obwohl ToM eher ein entwicklungspsychologischer Prozess ist, wird dieses Phänomen heute wissenschaftlich betrachtet unter den neuropsychologischen Defiziten von ASS-betroffenen Menschen eingeordnet.

Exekutive Funktionen (EF)

„Mit der Bezeichnung „Exekutivfunktionen“ umschreibt man eine Vielzahl von Vorgängen, die mit Planungsprozessen, Vorausschau und zielgerichtetem, problemorientiertem Handeln verbunden sind“ (Kamp-Becker & Bölte, 2014). Dies bedeutet, dass Betroffene mit EF-Defiziten bei Planungsprozessen

Schwierigkeiten aufweisen z.B. Aufgaben zu beginnen und zu beenden, oder flexibel reagieren zu können. Selbst alltägliche Aufgaben gestalten sich problematisch, z.B. einen Weg in der Stadt zu finden, zu kochen oder einen Ausflug zu planen.

Zentrale Kohärenz (ZK)

Das Konzept der schwachen zentralen Kohärenz beschreibt ein Modell welches von einem Defizit kontextorientierter, globaler Wahrnehmung und Informationsverarbeitung aus geht. Dies wurde erstmals durch Frith 1989 aufgestellt. Die Theorie der schwachen zentralen Kohärenz spielen sowohl beim Ansatz der Musiktherapeutin K. Schumacher als auch der Logopädin U. Funke eine wichtige Rolle zur Behandlung betroffener Kinder.

Typisch entwickelte Kinder zeigen schon früh eine Vorliebe für eher gestalthaftes, geschlossenes und ganzheitliches Wahrnehmen. Im Gegensatz dazu zeigen Kinder mit ASS schon früh in der Entwicklung Anzeichen für einzelheitliches, isoliertes und detailliertes Wahrnehmen von Objekten.

Happé und Frith (2006) wiesen in ihrem systematic Review mit 50 inkludierten Studien zur Kohärenz darauf hin, dass es sich bei ASS um eine lokale Verzerrung der Informationsverarbeitung handelt. Weiter lägen jedoch ebenfalls gemischte Befunde in Bezug auf eine schwache globale Verarbeitung vor. „Lokale Voreingenommenheit“ (Happé & Frith, 2006) scheint keine bloße Nebenwirkung einer Funktionsstörung der Exekutive zu sein.

Verschiedene vergangene Studien zeigen, dass Menschen mit ASS in der Lage sind ganzheitlich und global Wahrnehmungsprozesse zu verarbeiten, wenn diese Menschen explizit dazu aufgefordert werden. Deshalb gehen heutige Ansätze von einer intakten ganzheitlichen und globalen Wahrnehmungsfähigkeit aus und nicht von einer zentralen Dysfunktion. Das Phänomen der einzelheitlichen Wahrnehmung wird viel eher, als ein Resultat einer natürlichen Präferenz zur detaillierten Wahrnehmung und akzentuierter basaler Wahrnehmungsfunktion verstanden. (Dziobek & Bölte, 2011)

2.2.2 Musiktherapie bei ASS

Bergmann und Geretsegger (2017) führen Studien auf, in denen Kinder mit ASS im Vergleich zur Kontrollgruppe eine bessere Musikverarbeitung aufzeigen. Dieses Erkenntnis steht laut Lai et al. (2012) in einer Diskrepanz zu den häufig auftretenden kommunikativen Sprachbeeinträchtigungen. Die Autoren konnten dennoch in ihrer Studie mithilfe MRI Aufnahmen aufzeigen, dass die Verarbeitung von Liedern mit den Gehirnarealen der gesprochenen Sprache überlappt.

Nicht nur die allgemeine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Autismus-Störung ist in den letzten Jahren gestiegen, sondern auch die Vielfalt der musiktherapeutischen Einschätzungsskalen, wie z.B. das EBQ-Instrument. Bevor das EBQ-Instrument von Karin Schumacher, Claudine Calvet und Silke Reimer im Kapitel 3.1.1 ausführlicher dargestellt wird, folgen einige Skizzierungen von Einschätzungsverfahren um den aktuellen Stand darzustellen.

Eine der ältesten und weitere Skala ist die von Paul Nordoff und Clive Robbins entwickelte Einschätzungsskalen, welche zur Beurteilung von Verhaltensänderungen entwicklungsgestörter Kinder dient (Nordoff et al. 1980 nach Bergmann & Geretsegger, 2017). Die insgesamt drei Skalen erfassen die Kind-Therapeut-Beziehung in der musikalischen Aktivität, das musikalische Kommunikationsvermögen und die musikalische Responsivität. Des Weiteren werden in Subskalen Instrumentale-, Vokale- und Bewegungsaktivitäten bewertet. Diese Subskalen sollten die soziale Interaktion erfassen. Laut Bergmann und Geretsegger (2017) sind die Skalen im Nordoff-Robbins-Ansatz (Creativ Music Therapy) weit verbreitet. „Definitionen, Abgrenzungen und Rangfolge der einzelnen Stufen werden jedoch kritisch betrachtet und es erfolgte keine testtheoretische Validierung“ (Bergmann & Geretsegger, 2017).

Die 2013 entwickelte Einschätzungsskala, „Individual Music-Centered Assessment Profil for Neurodevelopmental Disorders (IPCAP-ND)“ (Carpente, 2014) baut auf dem Nordoff-Robbins-Ansatz auf und bezieht entwicklungspsychologische Aspekte wie beispielsweise von Jean Piaget oder Daniel N. Stern mit ein. Durch das methodisch durchdachte musikalische Angebot des Therapeuten, können „anhand der Reaktionen Ressourcen, Defizite und Vorlieben“ (Bergmann & Geretsegger, 2017) eingeschätzt werden.

Kathinka Poismann entwickelte das "Instrument for Timing in Music Therapy Evaluation (InTiME)" (Poismans, 2014). Die Einschätzungsskala arbeitet auf der Grundlage der Musik, die hierzulande aus einer Struktur von Beat, Takt und Rhythmus besteht. Erkenntnisse werden unter anderem aus der Säuglingsforschung gewonnen. Aufgrund des Erklärungsmodells, dass autistische Kinder Mängel im „Timing“ aufweisen, wird angenommen, dass durch eine verbesserte rhythmische Abstimmung sich positive Auswirkungen im sozialverhalten äußern könnten. „Das Timing in der musikalischen Interaktion kann in drei Hauptkategorien eingeteilt werden. Diese Hauptkategorien sind: No Shared Time (Keine geteilte Zeit), Shared Beat Rhythmic Unison (Geteilter Beat rhythmisch unisono), Dialogical Exchange (Dialogischer Austausch)“ (Poismans, 2014).

Aus vorgenannten musiktherapeutischen Einschätzungsskalen ist zu erkennen, dass es verschiedene Herangehensweisen und Möglichkeiten eine ASS einzuschätzen existieren. Nebst der genannten Assessment existieren für die Musiktherapie auch einige diagnostische Verfahren. Beispielsweise das auf dem Improvisation Assessment Profiles (IAP) nach Bruscia (1987) beruhenden Verfahren von Tony Wigram, welches erstmalig 1999 veröffentlichte. Weiter entwickelte Amelia Oldfield das „Music therapy Diagnostic Assessment“ (MTDA), welches mit der ADOS-Beobachtungsskala in Studien verglichen wurde (Bergmann & Geretsegger, 2017). Zum Schluss wird hier noch die musikbasierte Skala zur Autismus Diagnostik (MUSAD) (Bergmann et al., 2015) erwähnt. Dieses Verfahren wurde für erwachsene Menschen mit ASS und Intelligenzminderung entwickelt und dient zur Erfassung und differenzialdiagnostischen Abgrenzung. Es kann im weiten Sinne mit der MTDA verglichen werden, mit dem Unterschied, dass dieses Verfahren auf den ICD-10/DSM-V Diagnosekriterien basiert und auf dessen Validität überprüft wurde.

2.4 Herleitung der Fragestellung

Wie aus dem vorangegangenen Kapitel ersichtlich, ist dass die Komplexität des Störungsbildes und die vielfältige Bandbreite der ASS-Symptome dazu führen, dass die verschiedenen therapeutischen Disziplinen ähnliche Behandlungsziele verfolgen, wodurch es zu Überschneidungen bei der Behandlung kommt. An der Symptomatik der Kommunikationsfähigkeit werden diese Überlappungen seitens der Musiktherapie und der Logopädie besonders deutlich. Deshalb werden hier zwei Fachwerke der jeweiligen Therapieform verglichen. Das im deutschsprachigen Raum weit verbreitete und bewährte EBQ-Instrument wird deshalb mit dem neuen, logopädischen Komm!ASS-Konzept verglichen.

Die Forschungsfragen für den Vergleich lauten:

- Welche Gemeinsamkeiten weisen die Therapiekonzepte zur Behandlung von Kindern mit ASS auf?
- In welchen Aspekten unterscheiden sich die Therapieformen?

Das Ziel der Arbeit ist die Beleuchtung der vorliegenden Therapieansätze in ihren Sichtweisen, Handlungsansätzen und Autismus-spezifische Gesichtspunkten. Somit soll ein ganzheitliches Bild der Behandlungskonzepte entstehen, wertvolle Aspekte der Therapiekonzepte oder potenzielle Verbesserungsmöglichkeiten aufgedeckt werden. Aus den Ergebnissen dieser Arbeit ergibt sich die weiterführende Fragestellung für zukünftige Arbeiten, ob sich aus den Therapieansätzen ein gemeinsames Konzept entwickeln lässt.

3. Methode

3.1 Konzeptvergleich

3.1.1 Musiktherapiekonzept EBQ-Instrument

Das EBQ-Instrument besteht aus vier Skalen, welche Wirkungsweisen musiktherapeutischer Interventionen erfassen. Diese Skalen beschreiben verschiedene Beobachtungs- bzw. Handlungsmerkmale. Sie bestehen aus der körperlich-emotionalen Beziehungsqualität (KEBQ), der instrumentalen Beziehungsqualität (IBQ) und der vokalen Beziehungsqualität (VBQ). Diese drei Skalen schätzen die Beziehungsqualität des Kindes ein. Als Erweiterung erfasst die therapeutische Beziehungsqualität (TBQ) die Wirkungsweise der therapeutischen Handlungen und dessen Beziehungsqualität zum Kind. Jede Skala besteht jeweils aus dem Modus 0-6, welcher die Beziehung in ihrer Qualität einordnet - wobei (vereinfacht) 0 für nicht in Beziehung und 6 für völlig in Beziehung steht (Schumacher et al., 2013).

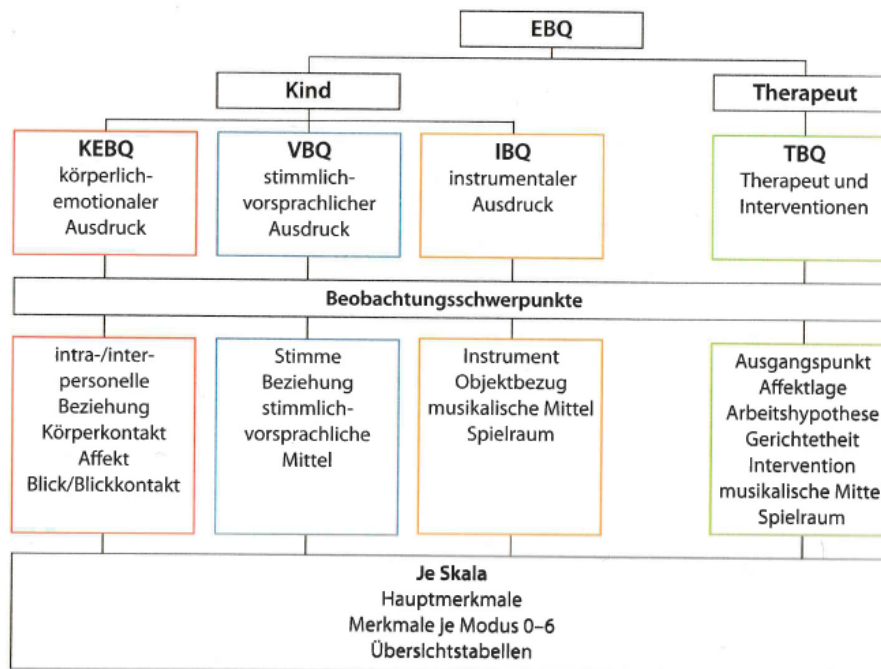


Abbildung 2 Graphische Darstellung des EBQ-Instruments. Quelle: Schumacher et al., 2013, S. 36

3.1.2 Logopädisches Therapiekonzept Komm!ASS

Komm!ASS® besteht darin, den Kindern aufgrund von Reizkopplung ein Bündel an Reizen anzubieten. In der Therapie werden Impulse spezifisch, dynamisch und

hochfrequent angeboten, damit von ASS betroffene Kinder, Reize aufnehmen und sie verarbeiten können. Damit soll es ihnen gelingen Reize im Gesamtzusammenhang und in einem Umfeld gesetzten Kontext zu erkennen. „Das Ziel ist es, Reize einerseits konstant, aber auch vielfältig und in spezifischen Zusammenhängen wahrzunehmen und anschließend komplex verarbeiten zu können“ (Funke, in Vorbereitung, Kap. 5.2).

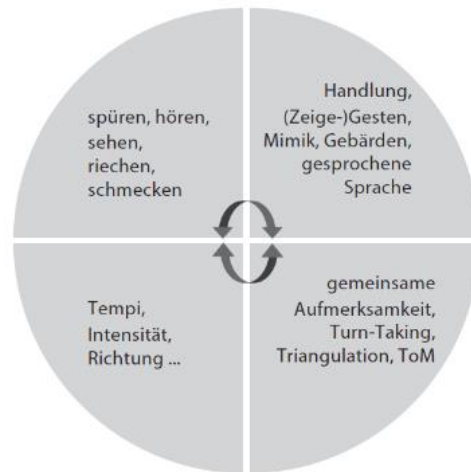


Abbildung 3 Therapiebaustein Reizkopplung: „Reizkopplung der verschiedenen Ebenen. Quelle: Funke, in Vorbereitung, Kap. 5.3

3.2 Literatur- und Videomaterial

Literatur:

Die hier verwendete musiktherapeutische Literatur, geschrieben von Karin Schumacher, Claudine Calvet und Silke Reimer, wurde 2013 veröffentlicht. Der genaue Titel lautet: „Das EBQ-Instrument und seine entwicklungspsychologischen Grundlagen“ (Schumacher et al., 2013). Im folgenden Text wird bei Bezugnahme dieser Literatur, der Lesbarkeit und der Verständlichkeit wegen, ausschließlich Schumacher genannt. Das Pendant ist die logopädische Literatur, geschrieben von Ulrike Funke, noch in Vorbereitung und soll voraussichtlich in 1. Auflage 2020 erscheinen. Der genaue Titel lautet: „KOMM!ASS - Führen zur Kommunikation“ (Funke, in Vorbereitung). Die Inhalte basieren auf dem Manuskript vom Stand 11.12.19.

Video:

Da der Vergleich zwar aus einem evidenzbasierten Gedanken herrührt, jedoch aber auf die praxisnahe Analyse abzielt werden Videovignetten einbezogen, welche die Forschungsfragen nicht nur auf theoretischer, sondern auch auf praxisnaher Ebene beantworten. Der Einbezug vom Videomaterial bietet beim

Vergleich beider Therapieformen weitere Dimensionen, Unterschiede und Gemeinsamkeiten zu untermalen oder in Frage stellen zu können. Das Videomaterial wird hier inhaltlich nicht analysiert, sondern ausschließlich als Ergänzendes Material zu den verschriftlichten Konzepten herangezogen.

Das Videomaterial besteht aus Therapievignetten von Karin Schumacher aus dem EBQ-Instrument und Therapiestunden à 10-15min aus dem Autismus-Zentrum der Logopädin Ulrike Funke.

3.3 Herleitung und Erstellung der Kategorien

Zum Vergleich der beiden Konzepte wurden dafür angepasste Kategorien erstellt. Die Kategorien sind angelehnt an die „reporting guidelines for music-intervention“ von Sheri Robb (Robb et al., 2011). Die Autoren geben an, dass die darin vorgegebenen Kategorien als Empfehlung fungieren, jedoch nicht genauso übernommen werden müssen. Mit den dargelegten Kategorien können Musik-Interventionen transparent erarbeitet werden. Deshalb werden die folgenden, ursprünglichen Kategorien auf die hier verwendete Literatur angepasst (Robb et al., 2011):

Item: 4A: Intervention Theory

Item: 4B: Intervention Content

~~Item 4B.1: Who Select the Music~~

~~Item 4B.2: Music~~

~~Item 4B.3: Music Delivery Method (Live or Recorded)~~

Item 4B.4: Intervention Materials

Item 4B.5: Intervention Strategies

Item: 4C: Interventions Delivery Schedule

Item: 4D: Interventionist

Item: 4E: Fidelity Strategies for Treatment Delivery

Item: 4F: Setting

~~Item: 4G: Unit of Delivery~~

Aufgrund der nicht-musikalisch basierten Literatur Komm!ASS werden auf Musik ausgelegte Inhalte, wenn möglich in therapeutische Kriterien umgedeutet. Da sich die Anwendung der Guideline tiefgreifend in der Materie (Literatur statt Studien) unterscheidet, werden alle Kriterien die auf Auswertungen von Studien ausgelegt sind umformuliert und auf die literarischen Materialien dieser Thesis angepasst.

Gleichbleibende Kategorien: 4B.4, 4C und 4F werden genauso übernommen. 4D wird mit den oben genannten Anpassungen übernommen und wird deshalb Profession genannt.

Ausgeschlossene Kategorien: 4B.1, 4B.2, 4B.3 werden ausgeschlossen, weil diese ausschließlich oder überwiegend musikspezifische Kriterien behandeln. Kategorie 4G entfällt, weil diese die Frage nach Übermittlung von Inhalten an Gruppen oder Gruppengrößen stellt. Da in beiden Therapieformen keine Gruppen behandelt werden, wird diese Kategorie ebenso ausgeschlossen.

Geänderte Kategorien: 4A, 4B.5, 4E werden in ihren Kriterien geändert oder leicht angepasst. Im Folgenden werden sie näher erläutert.

Item 4A: Intervention Theory (Theoretische Grundlagen). Ursprünglich dient die Kategorie zur Überprüfung, der Auswahl bestimmter Musik, oder die Qualität von Musik und dessen Auswirkungen aufzuzeigen. Nachfolgend wird die Kategorie genutzt um Hintergründe und Grundlagen der Konzepte darzustellen.

Item 4B.5: Intervention Strategies (Therapeutische Handlungsweise). Statt die musikbasierten Interventionen zu beschreiben, werden hier die therapeutische Methodik, Techniken und angewandte Interventionen beschrieben.

Item: 4E: Fidelity Strategies for Treatment Delivery (Wissenschaftlichkeit und Assessment). Grob überschlagen dienen die angegebenen Kriterien dieser Kategorie zur Auswertung einer Qualitätssicherung innerhalb von Studien. Die neuen Kriterien der Kategorie erfassen definierte Beschreibungen zur Auswertung, Einschätzungen oder Befunde der Therapien. Deshalb wird die Kategorie hier „Assessment“ genannt.

Neue Kategorien: 5., 8. Und 12. (siehe unten) sind Musiktherapie- und/oder Logopädie-spezifische Kategorien. Zur detaillierten und transparenten Darstellung aller Facetten der beiden Therapieformen ersetzen die Kategorien „5. Ziele“, „8. Therapeutische Haltung“ und „12. Stimme“ die musikspezifischen Kategorien.

9., 10. und 11. sind für diese Arbeit ausgewählte autismus-spezifische Kategorien. Im systematischen Review (Dellapiazza et al., 2018) wurde dargelegt, dass sensorische Verarbeitung ein Hauptaugenmerk in der wissenschaftlichen Literatur der ASS ist. Deshalb werden die Kategorien „9. Umgang mit Körper/Körperkontakt“ (stellvertretend für den taktilen Sinn) und „10. Umgang der Therapeutin mit Blick/Blickkontakt des Kindes“ (stellvertretend für den visuellen Sinn) erstellt. Weitere Studien wie (White et al., 2014) und (Mazefsky & White,

2014) zeigen, dass aus den verschiedenen Störungen der Sozial-kognitiven, physiologischen und neuronalen Mechanismen, die Emotionsregulation bei Menschen mit ASS ebenfalls gestört ist. Mittels diesen Informationen wird die Kategorie „11. Affekt und Affektregulation in der Therapie“ gebildet.

Kategorienliste dieser Theses wird, wie im Ergebnisteil wiederzufinden durchnummeriert:

1. Theoretische Grundlagen
2. Profession
3. Therapierahmen
4. Setting
5. Ziele
6. Materialien
7. Therapeutische Handlungsanweisung
8. Therapeutische Haltung
9. Umgang mit Körper/Körperkontakt
10. Umgang der Therapeutin mit Blickkontakt des Kindes
11. Affekt und Affektregulation in der Therapie
12. Stimme
13. Wissenschaftlichkeit und Assessments

3.4 Kodierung

Mit dem Vergleich der zwei Konzepte mittels der aufgeführten Kategorien soll ein möglichst facettenreiches Bild entstehen. Aus den Ergebnissen kann ein Eindruck vermittelt werden, inwiefern sich diese beiden Konzepte vergleichen, unterscheiden oder vereinbaren lassen. Der Konzeptvergleich erfolgt durch Gegenüberstellung der beiden Therapiekonzepte jeweils mit denselben Kategorien und kodierten Kriterien gegenübergestellt. Im Ergebnisteil werden stringent jeweils zunächst die musiktherapeutischen und sodann die logopädischen Inhalte wiedergegeben. Pro Kategorie erfolgt zum Schluss ein Vergleich der beiden Literaturen. Fehlt eine Information zu einem Kriterium, so wird hier bewusst auf Bezugnahme anderer literarischer Werke der Autorinnen verzichtet.

Zur transparenten Darstellung der Methodik folgt eine Auflistung der Kriterien zu den Kategorien. Gleichgebliebene Kriterien werden grün kenntlich gemacht, geänderte Kriterien orange und neue Kriterien blau gekennzeichnet.

Theoretische Grundlagen:

- Herleitung, Theorien, verwendete Modelle und Konzepte, quellen

Profession:

- Werdegang/Qualifikation der Therapeutinnen/ Autorinnen, Entstehung des Konzeptes

Therapierahmen:

- Therapiedauer, Therapiefrequenz, Therapieanzahl

Setting:

- Einzeltherapie oder Gruppentherapie, beteiligte Personen, Einrichtung, Räumlichkeiten

Ziele:

- Zielbeschreibung, Zielverfolgung, zu behandelnde Symptome

Material:

- Material, Eigenschaften des Materials, Nutzung des Materials

Therapeutische Handlungsweise:

- Methodik, Technik, Intervention

Therapeutische Haltung:

- Ansichten, Bewertungen, Haltung der Therapeutin zum Kind

Umgang mit Körper/Körperkontakt:

- Umgang mit Körper, Umgang mit Körperkontakt, Erklärungsansätze

Umgang der Therapeutin mit Blick/Blickkontakt des Kindes:

- Umgang mit Blick, Umgang mit Blickkontakt des Kindes, Erklärungsansätze

Affekt und Affektregulation in der Therapie:

- Affekt der Therapie, Umgang mit Affekt des Kindes (Regulationen), Erklärungsansätze

Stimme:

- Einschätzung der Stimme beim Kind, Nutzung der Stimme in der Therapie, Erklärungsansätze

Wissenschaftlichkeit und Assessment:

- Videoanalyse, Wissenschaftlichkeit des Konzeptes, Assessments Befunde und Einschätzung des Kindes durch die Therapeutin

4. Ergebnisse

Um ein genaues Bild der Konzepte wiedergeben zu können, werden bestimmte Wortlaute und Fachbegriffe genauso übernommen und im folgenden Ergebnisteil *kursiv* gekennzeichnet. Nachfolgend werden die unter 3.3 gebildeten Kategorien ihrer numerischen Reihenfolge nach beschrieben und sodann verglichen.

4.1 Theoretische Grundlagen

4.1.1 Musiktherapie:

Als Grundlage für das EBQ-Instrument und die Entwicklung dessen stellt Schumacher vier Fragen. Zwei dieser vier Fragestellungen geben Aufschluss darüber, wie sie sich den theoretischen Grundlagen annähert (Schumacher et al., 2013, S. 13):

- Welche Entwicklungsschritte durchläuft ein normal geborener Säugling, bis er in die Interaktion mit seinen Bezugspersonen ein Dialog- und Spielpartner ist?
- Was behindert bei tiefgreifend entwicklungsgestörten Kinder diese Entwicklung?

Mithilfe dieser Fragen konnten von der Autorin der Thesis drei Haupterklärungstheorien herausgearbeitet werden:

1. Das Selbst-Konzept nach Stern
2. Wahrnehmungssynchronisation
3. Das dynamische Modell der Verhaltensorganisation

1. Selbst-Konzept nach Stern

In 2013 greift Schumacher ihr Buch aus 1999 auf und stellt eine Verbindung basierend des Selbst-Entwicklungskonzepts von Daniel N. Stern und emotionaler und zwischenmenschlicher Erfahrungen von Säuglingen mit Kontakt- und Beziehungsstörungen von tiefgreifend entwicklungsgestörten Kindern. Das EBQ-Instrument ist auf den Erkenntnissen aus der Entwicklungspsychologie und der Säuglingsforschung aufgebaut.

Die Darstellung des Selbst-Entwicklungskonzeptes, spielt deshalb in „EBQ-Instrument und seine entwicklungspsychologischen Grundlagen (Schumacher et al., 2013) eine zentrale Rolle. Die Abbildung 4 beantwortet Schumachers erste Fragestellung in einem ersten Schritt. Im zweiten Schritt erläutert sie jeden Begriff detailliert und setzt ihn dabei in Zusammenhang mit verschiedenen Verhaltensweisen entwicklungsgestörter Kinder und Handlungsanweisungen für den Therapeuten.

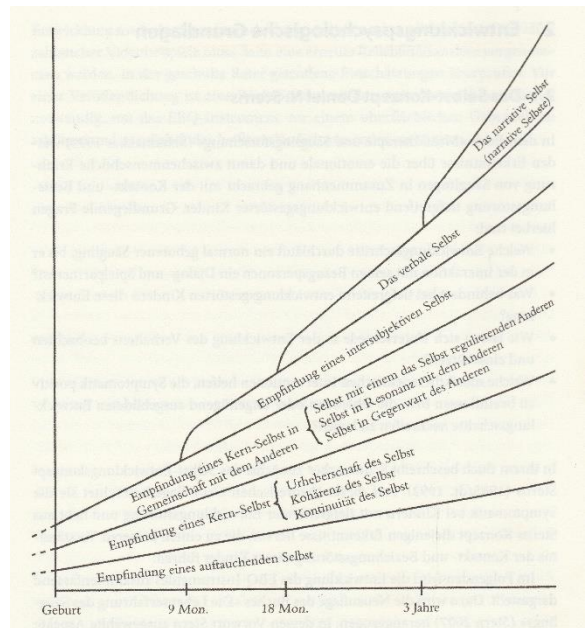


Abbildung 4 Selbst-Entwicklungskonzept von Daniel N. Stern. Quelle: Schumacher et al., 2013, S. 14

2. Wahrnehmungssynchronisation

Die Sensorik entwickelt sich von den *Nahsinnen* zu den *Fernsinnen* hin. Kinder müssten deshalb laut Schumacher et al. (2013) über die *Nahsinne* genügend erfahren, um den Umgang mit der eigenen Sensorik zu erlernen.

Folgendes Zitat zeigt auf, wie Schumacher die Entwicklung der Wahrnehmung versteht:

Nach Stern ist die Fähigkeit zur amodalen Wahrnehmung und zur transmodalen Übertragung angeboren. Das Verknüpfen und Integrieren von Sinneswahrnehmungen ist mit entsprechenden Gefühlswahrnehmungen verbunden. Dies ist Voraussetzung für eine Sinngiebende Wahrnehmung der Umwelt und für die Fähigkeit, zunehmend eine „Ordnung“ herstellen zu können. (Schumacher et al., 2013, S. 14)

Die Fähigkeit zur Wahrnehmungsverknüpfung sei nach Stern bei Kindern mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen „nicht oder nur unvollständig“ (Schumacher et al., 2013, S. 15) entwickelt zu sein. Laut ihm seien die Kinder nicht im Stande einwirkende Reize zu *integrieren* und diese, dann so zu verarbeiten, dass sie Sinn ergäben. Schumacher (2013) geht weiter und vermutet, dass die betroffenen Kinder auch nicht in der Lage seien „Reize so zu verarbeiten, dass sie zu einer Veränderung bzw. Modulation der Hintergrundgefühlen führen, was noch schwerer wiege“ (Schumacher et al., 2013, S. 15).

Weiter greift Schumacher (2013) Inhalte aus Hüthers Aufsatz auf. Dieser handelt von freiem Singen und Musizieren wodurch *Synchronisation* und *Harmonisierung* verschiedener Regionen „generierter neuronaler Aktivitätsmuster“ (Schumacher et al., 2013, S. 26) entsteht. Wenn die Musik zudem positiv bewertet würde, der Betroffene offen für die Tätigkeit sei und frei dazu assoziieren könne, erhöhe dies den beschriebenen Effekt.

Nun wissen wir, dass besonders bei einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung zunächst die affektive Harmonisierung im Mittelpunkt steht, da das assoziative Denken vermutlich nicht ohne diese entwickelt werden kann. Deshalb fokussiert das Beobachtungs- und Einschätzungsinstrument EBQ besonders die emotionalen Prozesse, die eine Beziehung begleiten (Schumacher et al., 2013, S. 26).

3. Dynamisches Modell der Verhaltensorganisation

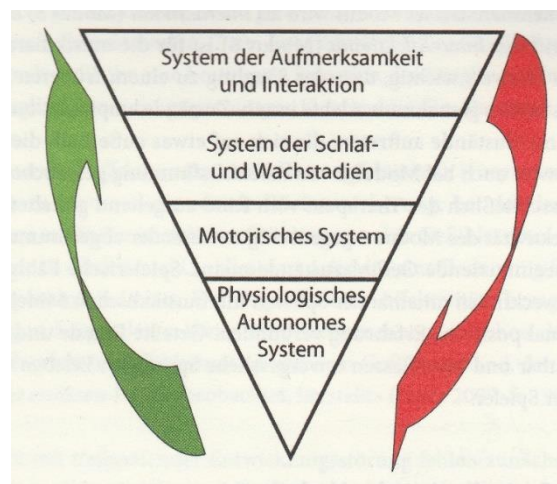


Abbildung 5 Das dynamische Modell der Verhaltensorganisation von Als et al. 1982. Quelle: Schumacher et al., 2013, S. 20

Das dynamische Modell der Verhaltensorganisation stellt die Bedürfnisse eines Säuglings dar. Schumacher führt jedes einzelne *System* genauer aus. Nebst den verschiedenen Inhalten der Systeme, ist das Verständnis für die Dynamik des Modells wichtig. Laut Schumacher et al. (2013) müssten die Zustände der ersten drei *Systeme* im Gleichgewicht sein, bevor generell die Aufmerksamkeit vorhanden sei. Schumacher stellt die Frage: „Wie stark oder schwach dürfen Reize sein, damit sie von Säugling verarbeitet werden können?“ (Schumacher et al., 2013, S. 22). Die aufgebaute Aufmerksamkeit dient als Voraussetzung jeglicher Interaktionsmöglichkeiten. Ist irgendeines dieser Systeme aus dem Gleichgewicht und wird vom Umfeld missverstanden, so gerät das Kind in das sogenannte Stressmodell (Abbildung 5, siehe roter Pfeil). In diesem Zusammenhang tritt das

wichtige Schlüsselwort *Pause* auf, welches im Kapitel 4.10.1 nochmals aufgegriffen wird. Diese Grundlage hat zur Folge, dass Schumacher in ihren Therapien auf Körpersignale, und Körperkontakt achtet um diese in einen Modus einzustufen.

Das EBQ-Konzept stützt sich noch auf weitere Theorien und Modelle, die zur Entwicklung dieses Ansatzes geführt haben. Um ein klares Bild zu den Grundlagen des Konzeptes abzubilden werden diese hier aufgezählt aber nicht weiter vertieft. Viele Erkenntnisse über Affekt- bzw. Emotionsregulation werden aus der Bindungsforschung übernommen. Wissen aus entwicklungspsychologischen und hirnrorganischen Entwicklungsstadien eines Säuglings fließen ebenfalls zu einem großen Teil in den EBQ-Ansatz mit ein. Neuropsychologische, musiktherapeutische, viele Kinder- und Säuglingsbezogene Literatur sind im EBQ-Literaturverzeichnis ebenfalls zu finden. Die im EBQ verwendete Literatur weist bei über 60 Quellenangaben ein Spektrum von 1969 bis 2010 auf, wobei die meisten Quellen aus den 1990 Jahren stammen.

4.1.2 Logopädie:

Frau Funke hat in ihrer Arbeit mit Kindern mit Autismus-Spektrum-Störung verschiedene Aspekte als Ursache der Symptomatik herausgearbeitet. Der Schwerpunkt liegt auf der besonderen Wahrnehmungsfähigkeit bei Menschen mit ASS. Diese Theorie stützt sich unter anderem auf neuropsychologische Ansätze, die in der Herleitung schon aufgeführt wurden. Ein weiterer Baustein stellt das Konzept des Führens dar, welches sie neu konzipierte.

Mithilfe des strukturellen Aufbaus werden von der Thesis-Autorin folgende drei Haupterklärungstheorien herausgearbeitet:

1. Wahrnehmungsverarbeitung
2. Isolierte Reizverarbeitung
3. Führen nach Komm!ASS

1. Wahrnehmungsverarbeitung:

Die Wahrnehmungsstörung kann in zwei Störungen aufgeteilt werden. Im ersten Fall haben Menschen mit ASS eine gestörte Wahrnehmungsverarbeitung. Sinnesreize werden entweder Hypo- oder Hypersensibel wahrgenommen. Selten bewege sich die Sinneswahrnehmung in der ausgewogenen Mitte. Dazu findet

sich im gesamten Kapitel 2 des Manuskriptes (Funke, in Vorbereitung) detailliert dargestellt Verhaltensweisen, die entweder auf ein Hypo- oder Hypersensibilität hinweisen. Es finden sich Handlungsmöglichkeiten und Tipps für den Alltag den Verhaltensweisen entgegenzutreten.

Die Erkenntnis über die hypo- oder hypersensible Wahrnehmung sei logopädisch insofern bedeutsam, weil diese Wahrnehmungsstörung auch den gesamten Kopf- und Halsbereich betrifft. Kinder mit ASS zeigten zudem Defizite in der taktilen und propriozeptiven Wahrnehmung, die unter anderem auch den Mundbereich betreffen und die betroffenen Kinder deshalb kein ausreichendes Gespür aufwiesen (Funke, in Vorbereitung).

Artikulationsbewegungen können deshalb nicht differenziert ausgeführt werden und die Koartikulation erfolgt nur unzureichend. Auch die mimische Modulationsfähigkeit zeigt, bedingt durch die veränderte Sensorik und Motorik, Auffälligkeiten. Die Kinder können ihre Augenbrauen, Wangen und Lippen nicht ausreichend bewegen. Auf lange Sicht verändert eine verbesserte Mimik oder Artikulation auch die Möglichkeiten im Bereich der Interaktion (Funke, in Vorbereitung, Kap. 2.8.4).

2. Isolierte Reizverarbeitung

Die zweite Wahrnehmungsbetreffende Störung ist die isolierte Wahrnehmung. Menschen mit ASS könnten laut Funke (in Vorbereitung) Defizite in der Speicherung und Verarbeitung der Informationen aufweisen, was sich weiter auf deren Handlungsplanung und -steuerung bei Tätigkeiten negativ auswirke.

Reize werden nicht zeitgleich (mehrdimensional) und zeitnah (dynamisch) verarbeitet und Informationen können nicht ausreichend und sinngebend (komplex) miteinander verknüpft werden. Diese *isolierte Reizverarbeitung* bezieht sich auf alle Informationen der Basis- sowie der Fernsinne und führt zu einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, welche sich auf alle Bereiche des Lebens und des Lernens auswirken. (Funke, in Vorbereitung, Kap. 3)

Beispiel: Begrüßung – eine multimodale Leistung

- Anschauen des Gegenübers
- auf den Anderen zugehen
- dem Anderen die Hand reichen
- die Hand des Gegenübers umschließen
- (Kraft-)Dosierung des Händedrucks
- zeitgleich den Anderen anschauen
- angemessene Mimik, wie ein leichtes Lächeln
- leicht mit dem Kopf nicken
- zeitgleich »Guten Tag« sprechen (Wortabruf, Stimmgebung und Artikulation)
- hören, wie der Andere einen begrüßt
- Hände voneinander lösen
- einen Schritt zurückgehen

Abbildung 6 Beschreibung einer beispielhaften Begrüßungssituation, die aufzeigt wie viele Ebenen zeitgleich oder zeitnahe verarbeitet werden müssen. Quelle: Funke, in Vorbereitung, Kap. 3

3. Führen nach Komm!ASS

„Führen bedeutet, dass die Aktivität gemeinsam mit dem Kind durchgeführt wird und stets mit dessen (körperlicher) Zustimmung – das Kind wird nicht zu einer Handlung gezwungen!“ (Funke, in Vorbereitung, Kap. 6). Das Führen in der Komm!ASS Therapie weist einige Ähnlichkeiten zum Behandlungsansatz *Führen nach Affolter* auf. Der Fokus stehe in der taktil-kinästhetischen Wahrnehmung. Das Führen soll die Aufmerksamkeit in eine bestimmte Richtung lenken und Konzentrationsspanne bei einer Aktivität ausdehnen. Ein wichtiges Merkmal des *elementaren Führens* sei die *Finger-Hand-Deckung*, was bedeutet, dass der Therapeut seine Hände und Finger von oben auf die Hand des Kindes auflegt. Das Kind solle dabei Spürinformationen eigenständig aufnehmen. Das Führen erfolgt in den Anfängen meist durch zusätzlichen (ganz-)körperkontakt, was dem Kind zusätzlichen *Halt* und taktile Stimulationen gibt. Der Therapeut soll mit Blick zum Kind gerichtet sein um Mimik, Gestik und Sprache im Blickfeld zu haben. Als kleiner Tipp zum Einleiten des Führens soll die Handlungsweise schnell und zielgerichtet ausgeführt werden, damit ein Überraschungsmoment entstehe. Das „unterstützt das erste Zulassen der geführten Bewegung“ (Funke, in Vorbereitung, Kap. 6.1.1). Das Konzept des Führens beinhaltet noch viele weitere Details und Informationen, die hier jedoch nicht weiter ausgeführt werden.

Weitere Theorien und Modelle, die zur Entwicklung dieses Ansatzes geführt haben werden der Vollständigkeit wegen aufgezählt aber nicht weiter vertieft. Viele Erkenntnisse gewinnt Frau Funke auch aus entwicklungspsychologischen Aspekten zu Verhaltensweisen der Kinder. Dies betrifft vorwiegend

Kommunikationsaspekte und die Entwicklung der kindlichen Sprache. Sie stützt sich zudem mehrmals auf Erkenntnissen der Eltern-Kind-Beziehungen im Säuglingsalter, wie unter anderem im Kapitel 9.2. des Manuskriptes vorzufinden. Neuropsychologische, logopädische, Literatur zur Körper(sprach)- und von betroffenen Personen sind im Komm!ASS-Literaturverzeichnis ebenfalls zu finden. Die die zirka 20 Literaturquellen weisen ein Spektrum von 1975 bis 2019 auf, wobei die meisten Quellen um die Jahre 2010 herum stammen.

4.1.3 Vergleich:

Die Kodierung zu den theoretischen Grundlagen in Frau Schumachers EBQ-Instrument ist mit Herausforderungen verbunden, weil Informationen aus dem Fließtext entnommen werden müssen und sodann schwer zu anderen Kategorien abgrenzbar sind. Frau Funke weist hier eine größere Stringenz auf und stellt in den ersten drei Kapiteln ausführlich ihre Sicht zu den theoretischen Grundlagen dar.

Beide Therapeutinnen bauen ihre Werke auf innovative Ideen zur Herleitung tiefgreifenden Entwicklungsverzögerungen auf. Es ist zu erkennen, dass beide Therapeutinnen wissenschaftliche und eigene Erkenntnisse zur Wahrnehmung bei Kindern mit ASS in ihren Konzepten einbeziehen, dies jedoch mit einem deutlichen Unterschied in der Gewichtung. Beide Therapeutinnen haben zudem ein Augenmerk auf die Beziehungsgestaltung, allerdings ist hier noch eine deutlichere Gewichtung und Unterschied zwischen beiden Autorinnen zu erkennen.

Der Vergleich der verwendeten Literatur zeigt einen deutlichen Unterschied in der Aktualität der wissenschaftlichen Kenntnisse zu ASS auf, wobei die Quellen, wie aus den vorgenannten Kapiteln 4.1.1 und 4.1.2 sachlogisch dargestellt, das Komm!ASS-Konzept eindeutig neuere Texte miteinbezieht. Jedoch kann Schumacher mehr Quellen zur Erstellung des Konzepts nachweisen, als das Komm!ASS-Konzept.

4.2 Profession

4.2.1 Musiktherapie:

Die diplomierte Musiktherapeutin Frau Schumacher arbeitet seit 1984 mit tiefgreifend entwicklungsgestörten Kindern. Von 1994 bis 2005 folgten mehrere Buch- und Studienveröffentlichung und kooperationsarbeiten mit Experten anderer Disziplinen. Aufgrund der Suche nach einem Wirkungsnachweis musiktherapeutischer Interventionen, entstand im Zeitraum von zehn Jahren das EBQ-Instrument (Schumacher et al., 2013).

4.2.2 Logopädie:

Frau Funke eröffnete zwei Jahre nach ihrem Staatsexamen als Logopädin (1996) eine eigene Praxis in der sie vor allem mit Late-Talker Klientel, Kinder mit schweren geistigen und körperlichen Beeinträchtigungen und starken Verhaltensauffälligkeiten arbeitet. Sie spezialisierte sich auf Fortbildungen als Autismus-Therapeutin und entwickelte die Therapiemethode Komm!ASS®, die sie seit 2013 an Fortbildungen lehrt (Funke, in Vorbereitung).

4.2.3 Vergleich:

Beide Autorinnen haben ihren Beruf fundiert studiert. Aus der Berufserfahrungen mit Kindern mit ASS entstanden sowohl das EBQ-Instrument, als auch der Komm!ASS-Ansatz. Einzig die Zeitspanne und Reihenfolge zur Entwicklung der Konzepte ist ein Unterscheidungsmerkmal. Vor der Veröffentlichung des jahrelang entwickelten EBQ-Instruments tätigte Frau Schumacher mehrere Veröffentlichungen, Forschungen, Kollaborationen. Der Komm!ASS-Ansatz entwickelte Frau Funke bereits früh in ihrer beruflichen Laufbahn. Basierend auf diesen Entwicklungen folgten sodann die Forschungsarbeiten.

4.3 Therapierahmen

4.3.1 Musiktherapie:

In dem EBQ-Instrument sind keine Angaben zu Therapiedauer, Therapiefrequenz oder Therapieumfang zu finden. Da es sich um ein Einschätzungs-Instrument handelt stehen viele Informationen über Auswertung von Therapieverläufen und Einschätzung therapeutischer Sequenzen zur Verfügung.

4.3.2 Logopädie:

Eine Komm!ASS- Therapieeinheit wird in der Regel für 45 Minuten, zzgl. 15 Minuten für ein Elterngespräch, geplant. Die Therapie wird ein- bis zweimal wöchentlich durchgeführt. Laut Funke (in Vorbereitung) sei jedoch besonders zu Beginn der Therapie eine erhöhte Frequenz à drei oder vier Wocheneinheiten empfehlenswert.

4.3.3 Vergleich:

Wegen der fehlenden Informationen in Bezug zur Musiktherapie kann zur Kategorie 3 Therapierahmenkein Vergleich gezogen werden.

4.4 Setting

4.4.1 Musiktherapie:

Fallbeschreibungen (Einzelsetting) und erklärtes Therapievorgehen zeigen auf, dass das EBQ-Instrument auf Einzeltherapie ausgerichtet ist. Die aufgenommenen Videos, die für das Auswerten von Therapien empfohlen sind, führen ausschließlich Einzeltherapien auf. Eltern werden zu anamnestischen Fragen kontaktiert und einbezogen. Es werden keine Angaben zu äußeren Rahmenbedingungen des therapeutischen Settings (z.B. Art der Therapieeinrichtung) gemacht.

4.4.2 Logopädie:

Im Komm!ASS Ansatz sind die beschriebenen Fälle (Einzelsetting) und das Therapievorgehen auf Einzeltherapie ausgerichtet. Frau Funke empfiehlt einen engen Einbezug der Eltern und schlägt verschiedenen Möglichkeiten vor, wie dies geschehen kann vor. Angaben zu Räumlichkeiten beziehen sich auf das Autismus-Zentrum, welches mit geeigneten Materialien ausgestattet sind. Genaue räumliche Beschreibungen finden sich in ihrem Manuskript und sind Teil des Konzeptes.

4.4.3 Vergleich:

Beide Autorinnen arbeiten im therapeutischen Einzelsetting mit den Kindern und führen anamnestische Gespräche mit den Eltern. Es ist zu erkennen, dass das Komm!ASS-Konzept die Zusammenarbeit mit den Eltern als fest integriert und Anteil der Therapie vorsieht. Dem EBQ Material können solch exakte Angaben nicht entnommen werden. Zu den Räumlichkeiten und der Einrichtung ist aus den dargelegten Gründen unter 4.4.2 kein Vergleich möglich.

4.5 Materialien

4.5.1 Musiktherapie:

Eine explizite Instrumentenaufzählung ist in Schumacher et al. (2013) nicht genannt. In den Videovignetten sind allerdings Musikinstrumente wie, Trommeln, Klavier oder auch Xylophon zu sehen. Folgende Eigenschaften müssen die Instrumente mitbringen:

- „Das gewählte Instrumentarium und die Spielweise sowie die Stimme haben keinen auffordernden, sondern einen Resonanz schaffenden Charakter.“ (Schumacher et al, 2013, S. 55) Das heißt, dass die

Instrumente meist *langklingend* sind, rhythmisch und melodisch nicht auffordernd wirken und keine spannungsgeladenen Pausen entstehen (Modus 0).

- Einige Instrumente müssen die sensorischen *Nahsinne* bedienen können (Modus 1), um verschiedene Sinnesreize (vor allem Nah- und Fernsinne) verknüpfen zu können. Hier wird das Schwingen eines Trommelfelles als Beispiel für eine (vibro-)taktile Stimulation genannt.
- Im Falle eines hohen Erregungszustandes (Modus 2) eines Kindes soll zu *aushaltenden* (nicht zerbrechliche) Instrumenten gegriffen werden, da diese im Stande sein sollten kraftvollen Einwirkungen standzuhalten.
- Instrumente müssen verschiedene musikalische Parameter bedienen können, wie Rhythmus, Melodie, (Dynamik) und Harmonie.
- Sonstiges Zubehör wie Schlägel, Murmeln etc.

Dem Videomaterial sind zusätzlich weitere Materialien für therapeutische Zwecke zu entnehmen. Diese sind unter anderem: Hängematte (Schaukel), Trampolin, Hüpfball, Kissen, Stofftücher, Lagerungsrollen und dicke Matten. Schumacher nennt zudem das Nutzen und Einsetzen des eigenen Körpers/Körpergewichts, zum Beispiel beim Wiegen, Tragen. Dies ist per se kein Material, kann aber als ein therapeutisches Mittel für Interventionen genutzt werden.

4.5.2 Logopädie:

Frau Funke zeigt in ihren Fallbeispielen bildhafte Erklärungen zur Nutzung von Materialien. So nennt sie das Spiel mit der Puppe, die Verwendung von Spielen wie Puzzle, Lotto, Steckspiele und viele weitere Gesellschaftsspiele. Der Sitzsack hat, als Hilfestellung für Kind und Therapeut, einen besonderen Stellenwert in der Komm!ASS-Therapie.

Folgende von der Thesis-Autorin herausgearbeitete Eigenschaften sollte das Material mitbringen:

- Vielfältiges Sinnesreizerlebnis
- Spiele mit verschiedenen kognitiven Herausforderungen.
- Spiele mit motorischen Herausforderungen
- Eventuell entwicklungsangepasstes Material (große Kugeln, statt kleine Murmeln).

Um ein vielfältiges Reizerlebnis zu sichern befinden sich zusätzlich weitere spezielle/spezifische Materialien in Verwendung. Die nachfolgende Auflistung

stellen Materialien dar, die sich vor allem für den Erstkontakt eignen, jedoch immer wieder als Motivationsträger oder als besonders geeignete Reizspender, im Therapieverlauf vorkommen.

Sie Sprechen vor allem die *Basissinne* an (Funke, in Vorbereitung, Kap. 9.3):

- Trampolin, Schaukel und Pezziball
- Bälle mit verschiedenen Oberflächen, Strukturen und unterschiedlichen Gewicht
- Vibrations- und Massagegeräte, Bürsten in verschiedenen Stärken
- Kissen oder Lagerungsrollen
- Eis und Creme
- Seifenblasen
- Leuchtbälle, Klingelbälle
- Klangbaum, Kugelbahn
- Sound-Puzzle, Sound-Würfel
- Musikinstrumente usw.

4.5.3 Vergleich:

Einige Materialien sind in beiden Therapieansätze wiederzufinden. So sind in der Musiktherapie nach Schumacher sowie in der Komm!ASS-Therapie nach Funke Musikinstrumente, ein Klangbaum oder vielleicht (heutzutage) auch Sound-Würfel anzutreffen. Umgekehrt sind in der Musiktherapie sowie bei Komm!ASS Puppen, Schaukel, Trampolin oder Tücher zu finden.

Beide Therapieformen legen Wert auf Materialien, die nicht nur visuell und auditiv attraktiv sind, sondern viel taktile und/oder kinästhetische Erfahrungen ermöglichen. Letzteres ist vor allem in der Logopädie nach Funke der Fall. In der Musiktherapie nach Schumacher ist dies jedoch ebenfalls vertreten.

Zum Material konnten bei Komm!ASS sehr viele Textpassagen kodiert werden, wogegen im EBQ kaum Material genannt wurde. Umgekehrt gab Schumacher sehr viel Information über die Eigenschaften, welche die Materialien mit sich bringen müssen. Das lässt vermuten, dass der Fokus und die Sicht auf die Nutzung des Materials innerhalb der Therapien weit auseinander liegen. In der Therapie nach dem EBQ-Ansatz erfüllen die verschiedenen Eigenschaften der Instrumente verschiedene Rollen zur Beziehungsqualität, während in der Komm!ASS-Therapie das Material per se einen essenziellen Teil zur Erreichung der Ziele erfüllt.

4.6 Ziele

4.6.1 Musiktherapie:

Eine der gestellten Fragen im Kapitel 4.1 könnte, nebst Beantwortung der Kategorie 1. theoretische Grundlagen, Aufschluss über die Frage nach den Zielen bieten (Schumacher et al., 2013, 13):

- Was behindert bei tiefgreifenden entwicklungsgestörten Kindern diese Entwicklung?

Frau Schumacher bezieht sich vornehmlich auf das Selbst-Konzept nach Daniel N. Sterns (*Abbildung 4*). In ihrem Modell der 6 verschiedenen Modi, die eine gewisse Entwicklung darstellen, bezieht sie sich immer wieder auf das Selbst-Konzept. Deshalb ist davon auszugehen, dass das oberste Ziel die Empfindung eines Selbst zu entwickeln beinhaltet und das Kind mittels der sich stetig entwickelnden Modi die Fähigkeit zur Wahrnehmung eines Gegenübers erlangt. Die Ziele müssten hiernach zu folgenden entwicklungsverzögerten Aspekten formuliert werden:

- Empfindung eines auftauchenden Selbst
- Empfindung eines Kern-Selbst in Gemeinschaft mit dem Anderen
 - Urheberschaft des Selbst
 - Kohärenz des Selbst
 - Kontinuität des Selbst
- Empfindung eines intersubjektiven Selbst
 - Inter-Attentionalität (Joint-Attention)
 - Inter-Intentionalität
 - Inter-Affektivität
- Das verbale Selbst (bei fortgeschrittener Therapie)
- Das narrative Selbst (bei sehr fortgeschrittener Therapie)

Zielformulierungen finden sich bei Frau Schumacher oft implizit (im Fließtext oder Tabellen) zu der Beschreibung von musiktherapeutischen Interventionen (z.B. Schumacher, 2013, S.17)

4.6.2 Logopädie:

Die langfristigen Ziele des Komm!ASS-Ansatzes richten sich vor allem auf die Problematiken der besonderen Reizverarbeitung, schwachen zentralen Kohärenz

(ZK) und exekutiven Funktionen (EF). Die Kinder sollen in ihrer multimodalen Reizverarbeitung gefördert werden. So könnten darauf aufbauend, Fähigkeiten im Bereich der ZK und EF erworben werden. Das Ziel ist, eine Verbesserung der Eigenständigkeit zu erlangen, um Abläufe und Strategien in diesen Bereichen entwickeln zu können. Ausformuliert hieße dies, dass ASS betroffene Kinder Fähigkeiten erlangen, bedeutungstragende Reize im Alltag zu erkennen, zu nutzen und zu verstehen. Damit hätten sie die Fähigkeit sich ausreichend zu strukturieren, zu regulieren und weitere Schritte eigenständig zu planen. Nur so könnten auch spontane und komplexe Situationen eigenverantwortlich bewältigt werden (Funke, in Vorbereitung). „Bedingt durch die Schwierigkeiten beim Spracherwerb benötigen die Kinder eine besonders gute Ausdauer, Motivation und verschiedene Möglichkeiten zur Regulation“ (Funke, in Vorbereitung, Kap. 8.1). Auf Basis dieser Kompetenzen behandelt Frau Funke in einem nächsten Schritt mit Zielen ausgerichtet auf die Förderung der Motorik. Dies scheint aufgrund der Dysfunktionen im Mundbereich indiziert. Des Weiteren spricht Frau Funke auch das Erlernen sozialer Kompetenzen an. Je längere, intensivere und vielfältigere Interaktion die Kinder erfahren, desto differenziertere Fähigkeiten entwickelten sie. Dies würde sich dann in verbesserten EF, wie Imitation und (Modell-)Lernen, Symbolspiel, Selbstwirksamkeit und Theory of Mind (ToM), äußern. Diesen Prozessen und Erreichung der Ziele setzt Frau Funke ein gestärktes Selbstbewusstsein und eine genügend lange Aufmerksamkeitsspanne voraus.

4.6.3 Vergleich:

Die Ziele sind in Fließtexten oder teilweise aus kleiner Abschnitt herauszufiltern. Dabei ist in den Videoaufnahmen beider Therapeutinnen das zielgerichtete, absichtsvolle Arbeiten zu erkennen. Die Zielformulierung ist auf Seiten Frau Funkes deutlich klarer in der Literatur beschrieben, als bei Frau Schumacher.

Inhaltlich unterscheiden sich die Ziele gemeinhin in der grundverschiedenen Erklärungsweise des Symptome und der daraus unterschiedlichen Formulierung. Ein gutes Beispiel ist das Ziel der Selbstständigkeit. Frau Schumacher beschreibt: „Musiktherapeutische Interventionen sollen [hier] das Erleben von Urheberschaft ermöglichen. Das Kind erlebt Selbstwirksamkeit, indem der Therapeut die intentionalen Handlungen des Kindes unterstützt, sie ihm bewusst macht ...“ (Schumacher et al., 2013, S.17). Zum Vergleich die Beschreibung zur Selbstwirksamkeit seitens Frau Funke: „Mit jedem körperlichen Impuls und jeder Hilfestellung (körperliches Führen), die das erfolgreiche Absolvieren einer

Handlung ermöglichen, kann sich Selbstwirksamkeit entwickeln. Auch wenn dies anfangs mit einer engen Hilfestellung verbunden ist, kann der getätigte Abschluss der Aufgabe das Ziel anzeigen.“ (Funke, in Vorbereitung, Kap. 3.6.5)

Die Autorinnen teilen allerdings die Annahme, dass von ASS betroffenen Kinder erst einmal ein *Selbst-Empfinden* (Schumacher et al., 2013) oder eine gute *Körper- und Selbstwahrnehmung* (Funke, in Vorbereitung) Grundvoraussetzung sei für alle weiteren Schritte.

4.7 Therapeutische Handlungsanweisungen

Nach Psychotherapeutischem Wissen, spielt die therapeutische Beziehung eine große Rolle im Therapieerfolg. Hierzu gibt es in der Musiktherapie bestimmte Techniken, die nun auch auf die Logopädie übertragen wird.

4.7.1 Musiktherapie:

Eine weiter von Frau Schumacher gestellte Frage bietet Aufschluss über mögliche Handlungsweisen (Schumacher et al., 2013, S.13):

- Welche musiktherapeutischen Interventionen helfen, die Symptomatik positiv zu beeinflussen bzw. die fehlenden oder ungenügenden ausgebildeten Entwicklungsschritte nachreifen zu lassen?

Aus verschiedenen Textpassagen sind überwiegend Techniken des Spiegeln und des Resonanzgebens zu erkennen, was musiktherapeutisch den empathischen Techniken zugeordnet werden kann. Es ist davon auszugehen, dass Frau Schumacher zur *Nachreifung* verschiedener gestörter Fähigkeiten in erster Linie empathische Techniken einsetzt (Video-Skala TBQ, z.B. Modus 2, 3, 4), jedoch flexibel zu anderen Techniken greift. Zum Beispiel schafft sie über die Intervention eines Situationsliedes einen strukturellen Rahmen (Skala KEBQ, Modus 1).








Modus	0	1	2	3	4	5	6
Ausgangspunkt	keine Reaktivität	sensorisch-stimulierende bzw. stereotype Handlungen	hoher Affekt	Exploration	Interesse am Therapeuten Rückversicherung	gegenseitiger Austausch	spielerische Handlung
Affektlage des Therapeuten in Bezug zum Kind	nicht wahrgenommen	konzentriert nüchtern	angespannt	neugierig/aufmerksam	erleichtert	positiv involviert	freudig engagiert/humorvoll
Arbeitshypothese	neutral eingestellt	als Unterstützer der Sinnesverknüpfung	lässt sich funktionalisieren	Bewusstmachen	als Person einbezogen	als Dialogpartner	als Spielpartner
Gerichtetheit	Musik	Bewegung (Körper)	Affekt	Exploration	Gemeinsamkeit	Dialog	Spiel
musikalische Mittel	Klang	Rhythmus	Dynamik	Ausdrucksform des Kindes	eigene Motive/ Pause	gegenseitiges Übernehmen von Motiven	Ausdruck/freie Dynamik
Intervention	Einhüllen	Verknüpfen der Sinne (intermodal)	Affekt abstimmen/ Affektgestaltung	Imitieren Begleiten Umspielen	eigene Ideen ohne Erwartung eines Dialoges	Antworten und Fragen	miteinander spielen/Verknüpfen von Affekt und Handlung/ Rollentausch
Spielraum							

Abbildung 7 TBQ-Skala-Zusammenfassung. Der Spielraum ist graphisch in blauen Pfeilen (das Kind) und grünen Pfeilen (der Therapeut) aufgeteilt. Quelle: Schumacher et al., 2013, S.63

Die TBQ-Skala gibt sehr viel über die therapeutische Handlungsweise Auskunft. Die Beobachtungsschwerpunkte schlüsseln das gezielte therapeutische Vorgehen genau auf. Hier spielt die *Affektlage des Therapeuten* eine ebenso wichtige Komponente, wie die *Gerichtetheit der Interventionen*. Gut zu erkennen ist die Erreichung der Ziele über mehrere Etappen. Sie entwickeln sich von Modus zu Modus. Eine Besonderheit des EBQ-Instruments ist das Konzept des *Spielraums*, welches in der IBQ-Skala in Bezug auf den Spielraum des Kindes aufgezeigt wird. In der TBQ-Skala wird dieser Spielraum graphisch dargestellt und enthält nicht nur musikalische, sondern auch mehrdimensionale Beziehungs- resp. Nähe-Distanz-Aspekte. Zum praxisnahen Transfer und zur Verbildlichung der Arbeitsweise von Frau Schumacher folgen hierzu einige Interventionsbeispiele aus dem Videomaterial: Atmosphäre schaffende Musik (z.B. Skala TBQ, Modus 0), reizsynchronisierende Spiele (z.B. Skala TBQ, Modus 1), dialogisches Spiel hier zum Beispiel am Klavier (Skala IBQ, Modus 6), Rollenspiel (Skala KEBQ und TBQ, Modus 6), (Situations-)Lieder (Skala TBQ, Modus 5 und Skala KEBQ Modus 0).

4.7.2 Logopädie:

„KOMM!ASS - Führen zur Kommunikation“, lautet der Titel. Die Wichtigkeit des Führens im Komm!ASS-Konzept wurde in Kapitel 4.1 schon festgehalten. Musiktherapeutisch gesehen gehört Führen zu den „strukturierenden Techniken“. Die Videotherapien zeigen ebenfalls viele strukturierende Sequenzen, in denen

beispielsweise Grenzen deutlichen mit einem *Nein* aufgezeigt werden, oder das Kind durch die enge Führung in der Körperhaltung bzw. -bewegung strukturiert wird. Es ist davon auszugehen, dass nicht nur strukturierende Techniken, sondern gegebenenfalls andere, wie empathische Techniken, angewendet werden. Zum Beispiel müsse sich „der Therapeut intensiv in die Erlebens- und Gefühlswelt der Kinder einfühlen“ (Funke, in Vorbereitung, Kap. 11.4).

Bei erster Betrachtung des Therapievideos wirken die Therapien durch die dynamischen Reizangebote (Reizkopplung) unstrukturiert, hektisch und sehr fordernd. Die Literatur bestätigt diesen ersten Eindruck mit der gleichen Wortverwendung. Doch aus den detaillierten Fallbeschreibungen in der Literatur und dem Verständnis der Methode, ist die strukturierte Vorgehensweise transparent und ersichtlich. Das folgende Zitat beschreibt eine der zahlreichen Fallbeispielen zu *Reizkopplung* auf:

Beim Kugelbaum rollen Kugeln über einzelne Ebenen und lassen dabei einen besonderen Klang ertönen. Wenn wir dieses Spiel in der Therapie gemeinsam mit dem Kind spielen, setzen wir zeitgleich einen körperlichen Stimulus, indem wir das Kind mit unseren Händen anstoßen oder abklopfen (Funke, in Vorbereitung, Kap. 5.2.1).

Zum Einstieg in die Therapie empfiehlt Frau Funke bevorzugt die geeigneten Materialien zur Stimulierung der Basissinne zu nutzen. Diese sollten dem Kind gefallen und als positiver Verstärker, wenn möglich, immer in Kombination eines anderen Reizes, eingesetzt werden. Auch eigne sich das Spiel mit der alltagsnahen Puppe. Dabei soll der Therapeut mimisch/emotional ausdrucksstark sein, damit die Kinder das Handeln des Gegenübers wahrnehmen können.

Um die Ziele zu erreichen, schlägt Frau Funke vor, Aktivitäten zu imitieren (Modelllernen), zu belohnen/loben (operante Konditionierung) und zu Reizkopplungen ähnlich der klassischen Konditionierung. Sie achtet auf viele entwicklungspsychologische Kommunikationsmerkmale, wie u.a. Turn-Taking/trianguläre Aufmerksamkeit oder der Joint Attention. Diese Merkmale vermittelt sie den Kindern in Rollen-/Symbolspielen, Gesellschaftsspielen, Körperspielen, eigene entwickelte Interventionen oder durch das Anwenden von Gebäreden. Durch diese Vermittlung im Spiel können die Kinder eine Erweiterung der Fähigkeiten erlernen. Diese Interventionen sind stets mit der oben genannten *Reizkopplungen* und dem *Führen* verbunden.

Das Kind soll dem Objekt stets mit seinem Blick folgen. Mithilfe der Creme (oder Fingerfarbe) ist das vielfältige (Hin-)Führen zu einem bedeutungstragenden Reiz nochmals leichter. Ein wenig Creme wird auf einen Finger des Kindes aufgetragen und der Fokus lässt sich so auf dessen Hand lenken. Dann wird dieser abwechselnd zum Therapeuten, zum Kind und zur Puppe gelenkt. Der besondere taktile Reiz lenkt die Aufmerksamkeit des Kindes spielend immer wieder zum jeweiligen Kontaktpunkt (Funke, in Vorbereitung, Kap. 6.2.5).

4.7.3 Vergleich:

Im EBQ-Instrument lassen sich viele Hinweise auf angewandte Techniken finden, auch wenn diese nicht explizit als solche genannt werden. Im Komm!ASS-Konzept müssen solche Hinweise gesucht und können eher aus den Video-Therapien herausgenommen und interpretiert werden.

Gemeinsamkeiten finden sich in den teilweise ähnlichen Interventionen (z. B. Spielen). Die Therapeutinnen verwenden beide Körperspiele, Rollen- und Symbolspiele oder *reizsynchronisierende* resp. *reizkoppelnde* Spiele. Ein markanter Unterschied lässt sich in Bezug des Zeitpunktes der Anwendung der Interventionen innerhalb des therapeutischen Prozesses feststellen. Frau Schumacher fängt mit den Kindern erst mit Rollen- und Symbolspielen an, wenn diese sich in Modus 5 (eher 6) befinden. Frau Funke jedoch rät schon zu Beginn, beispielsweise das Spiel mit der Puppe einzuführen, weil dies Alltagsnähe widerspiegeln. . Aufgrund des verwendeten Jargons – bei Frau Schumacher Worte wie *Nachreichreifen* und bei Funke z.B. *Modelllernen* – ist zu vermuten, dass das EBQ-Instrument aus einem eher tiefenpsychologischen Hintergrund entstand und das Komm!ASS-Konzept einen eher verhaltenstherapeutischen Charakter aufweist.

4.8 Therapeutische Haltung

Angaben zur Haltung der Therapeutinnen können nur aus Beobachtungen und der Art und Weise der formulierten Sätze gedeutet und erbracht werden, da hierzu aus der Literatur keine eindeutigen Äußerungen getätigt werden.

4.8.1 Musiktherapie:

Unter der TBQ-Skala oder der Überschrift Beziehung in der KEBQ-Skala ist eine wandelbare Haltung zu beobachten. Bis und mit Modus 3 ist die Therapeutin eher *akzeptierend, Atmosphäre schaffend*, nicht oder wenig auffordernd, im *Dienste der*

Affekte des Kindes und *unterstützend*. Dies lässt auf eine eher kindszentrierte, zurückhaltende und unterstützende Haltung schließen. Bei Betrachtung aller Videos ist dies ebenfalls verstärkt in allen Skalen von Modus 0-3 oder teilweise auch 4 zu beobachten. Vermutlich rührt dies aus der hierfür basierenden Säuglingstheorie her. Diese besagt, dass die Bezugsperson in einer optimalen Situation dem Säugling mit ruhiger oder fröhlicher Stimme und Mimik, *angemessener Distanz* begegnet und wenn das Kind Blickkontakt suche, diese positiv darauf reagieren soll. Ab Modus 4 wandelt sich das Verhalten des Therapeuten etwas. Der Therapeut solle aktiv im Geschehen eingebunden sein, „immer wieder als eigenständige Person mit eigenen Vorstellungen, Wünschen und Gefühlen erscheinen“ (Schumacher et al., 2013, S.61) und sich als *echter Spielpartner* dem Kind gegenüber fühlen. Dies beeinflusst die eher kindszentrierte, unterstützende Grundhaltung vermutlich nicht, sondern weist eine weitere Dimension auf. Nämlich eine interaktive (weniger zurückhaltende), eigenständige Therapeutin, die jedoch immer noch im Dienste des Kindes, als Referenz und Fläche zur Beziehung zur Verfügung steht.

4.8.2 Logopädie:

Die schon genannten Techniken (Kap. 4.7.2) und die Beschreibung von Interventionen weisen darauf hin, dass Frau Funke aus einer funktionsorientierten Haltung handelt. So wie die *Reizsetzungen* und das *Führen* in den Komm!ASS-Therapien eingesetzt werden, fordert es einen direktiven Therapeuten. Das wird im folgenden Zitat verdeutlicht aufgeführt:

Wenn die Impulse nicht spannend genug sind oder nicht passend angeboten werden und der Kontakt daraufhin abbricht, ist ein passives Abwarten auf die „Rückkehr“ des Kindes wenig zielführend. Auch das anschließende Zurückholen der Aufmerksamkeit erfordert zumeist viel Energie und ist mit stärkerer Erregung des Kindes verbunden (Funke, in Vorbereitung, Kap. 5.1.3).

Die Begründung und das Einsetzen des *Führens* scheinen aus einem defizitorientierten Ansatz entstanden zu sein. Der Komm!ASS-Therapeut geht davon aus, dass dem Kind bestimmte Dinge „nicht alleine gelingen“ (Funke, in Vorbereitung, Kap. 6). Dennoch ist in den Fallbeispielen und Videos zu erkennen, dass die Therapeutin stets mit wohlwollender und in liebevoller Absicht *führt* und das Kind *lenkt*. „Jeder noch so kurze Moment, in dem sich das Kind führen lässt wird belohnt: [...]“ (Funke, in Vorbereitung, Kap. 6.1.1).

4.8.3 Vergleich:

Zunächst ist festzuhalten, dass beide Therapeutinnen in ihrer Haltung den Kindern gegenüber mit Wertschätzung, Akzeptanz und liebevoll begegnen. In der Arbeitshaltung sind jedoch große Unterschiede festzustellen. Während Frau Schumacher nach gemachten Angeboten darauf wartet, dass die Kinder auf sie zukommen, bietet Frau Funke fordernd Stimulationen und Beziehungsverstärker an und führt diese hin. Diese sollen dem Kind die Möglichkeit bieten, sich in diesem Rahmen zu entwickeln. Die Musiktherapie nach Schumacher fokussiert den Beziehungsaspekt und bringt somit andere Ziele und schließlich eine andere Haltung mit sich, als die Komm!ASS-Therapie nach Funke, welche funktionsorientierte Ziele und somit eine dementsprechende Haltung mit sich bringt.

4.9 Umgang mit Körper/Körperkontakt

4.9.1 Musiktherapie:

Der Beobachtungspunkt *Körperkontakt* in der KEBQ-Skala setzt sich inhaltlich wie folgt zusammen: „Körperkontakt bezeichnet die Akzeptanz oder den Wunsch des Kindes, sich berühren, tragen, schaukeln zu lassen bzw. die aktive körperliche Kontaktaufnahme“. (Schumacher et al., 2013, S. 38). In dieser Aussage sind Beziehungsaspekte in Bezug auf Körperkontakt zu erkennen. Soweit aus den Videovignetten (z.B. Skala KEBQ, Modus 3, 4) zu erkennen ist, arbeitet Frau Schumacher sehr nahe und viel mit dem Körper des Kindes und bezieht hierzu in der Literatur Erkenntnisse aus Hüthers Studien ein. Laut Schumacher et al. (2013) beeinflusse nach Hüthers die Beziehungsfähigkeit, die Gehirnentwicklung. Die Bezugsperson des Säuglings müsse sich *Halt gebend* verhalten, um bei diesem eine Selbst-Kohärenz herbeizuführen. Dies ist vor allem auf die Motorik bezogen und schließt körperlich kohärente Erfahrung ein, wie zum Beispiel beim Getragen-, Geschaukelt- oder Gewiegtwerden. Schumacher schreibt zum Wiegen und Tragen, dass Interventionen ausgehend vom Körpereigengewicht des Kindes herrühren sollen. Durch dieses koordinierte Reizklima könne, dann eine Verknüpfung der Sinneswahrnehmungen herbeigeführt werden. Um diesen Denkprozess abzuschließen kann eine Aussage Sterns herangezogen werden, welche besagt, dass subjektive Erlebnisse erst geteilt werden könnten, wenn das Selbst nicht von dem Physischen getrennt sei, sondern eine Einheit bilde. Die Säuglinge bewegten sich im ausgeglichenen Zustand aus der

Körpermitte heraus. Dieser basiert vermutlich auf dem Wissen des dynamischen Modells der Verhaltensorganisation (siehe Abbildung 5) (Schumacher et al., 2013).

In der Videovignette IBQ-Skala Modus 5 ist zu beobachten, dass Frau Schumacher das Schaukeln auf der Hängematte mit einem rhythmisch Spiel verbindet und gesanglich untermalt bzw. verstärkt – es entsteht ein dialogisches imitationsspiel daraus.

4.9.2 Logopädie:

Körper und Körperkontakt könnte als einer der zentralsten Therapieinhalte des Komm!ASS-Ansatzes gelten. Die Theorie der Hypo-/Hypersensibilität ist jeweils mit detaillierten Beobachtungen und Handlungsempfehlungen aufgeführt. Insbesondere zu den kinästhetischen, vestibulären und taktilen Wahrnehmungssystemen kommt die Bedeutung des Körperkontakts in der Komm!ASS-Therapie sehr zu tragen. „Keine Angst vor Berührungen“ (Funke, in Vorbereitung, Kap. 2.1.2), heißt es in der Marginalie. Das *Führen* nach dem Komm!ASS-Konzept fordert einen zusätzlichen körpernahen Umgang mit dem Kind. Nicht zuletzt arbeitet Frau Funke als Logopädin viel mit funktionellen und motorischen Aspekten der Sprache, was einen körperfokussierten Blick in Bezug auf die vorliegende ASS des Kindes mit sich zieht.

Die Besonderheit des Körperkontakts liegt hier in der Intensität. Aufgrund der Annahme, dass ein Kind hypo-/oder hypersensibel taktile Reize wahrnimmt, sind Körperberührungen eher mit festem Druck oder starkem Reiben/Massieren verbunden. Bevor ein Kind beispielsweise in eine hohe Erregung gerät und mit starken Autostimulationen sich zu beruhigen versucht (z. B. durch Eindrücken der Augäpfel), empfiehlt Frau Funke im Vorhinein entsprechende Stimulationen anzubieten. Diese können beispielsweise ein sanftes Zupfen am Augenlid sein (Funke, in Vorbereitung).

4.9.3 Vergleich:

Der Einbezug des Körpers scheint in beiden Therapien ein zentraler Punkt zu sein. Die Autorinnen sind sich in dem Aspekt der Reizverknüpfung einig. Schumacher schreibt hierzu: „Ein koordiniertes Reizklima ist das rhythmisch exakt abgestimmte Hörbarmachen von Bewegungen des Kindes. Das Erlebnis „ich höre, was ich spüre“ (evtl. auch, was ich sehe) führt zu einem „Auftaucherlebnis“, das heißt dem Erlebnis einer sich ordnenden Wahrnehmung“ (Schumacher et al., 2013, S. 16). Funke äußert sich hierzu in Kapitel 5.2.1.: „beim Spiel mit dem Klangbaum

ermöglichte sie dem Kind nicht nur eine Kombination aus visuellem und auditiven Reizen, sondern erweitert ihn auf den Körper (taktile Stimulus)“.

Die Videovignetten sind hier aussagekräftig bezüglich der Gemeinsamkeiten. Eindrücklich zu beobachten sind kleine, sich sehr ähnelnde Sequenzen. In jeweils einer Sequenz werden in beiden Therapieansätzen die Kinder mit Lagerungsrollen oder einer dicken Matte bedeckt. In einer anderen schaukelt Frau Schumacher das Kind in der Hängematte und begleitet dies gesanglich. In Frau Funkes Videovignette ist eine ähnliche Situation auf dem Trampolin zu beobachten. Hier sind Unterschiede in der Intention (siehe oben Kap. 4.1.3) und der Haltung (siehe Kap. 4.7.3) vorzufinden. Einigkeit herrscht in dem Aspekt, dass die Bezugsperson/der Therapeut dem Kind durch Körperkontakt *Halt* gibt. Frau Funke würde dies vermutlich als *fokussierend* formulieren.

Der Unterschied liegt in der Gewichtung. Schumachers Äußerungen zu körperlichen Stimulationen erscheinen in der Literatur zunächst subtiler beschrieben. In Frau Funkes Konzept ist der Körperkontakt und die Körperstimulation die Ausgangslage des Therapieverfahrens. Ob Interaktion, Kommunikation oder Lernen – alles wird über Körpererfahrung oder Sinnesstimulationen gehandhabt.

4.10 Umgang der Therapeutin mit Blickkontakt des Kindes

4.10.1 Musiktherapie:

Schumacher nutzt den Blickkontakt des Kindes zur Beurteilung verschiedener Kriterien zur Einstufung in die verschiedenen Modi, z. B. welche Qualität dem Blickkontakt inne wohnt. „Eine kurze Reaktion, wie zum Beispiel ein Blick zur Klangquelle, kann die Folge gelungener intermodaler Verknüpfung sein. Dies ist Modus 1 *Kontaktreaktion*“ (Schumacher et al., 2013, S. 16). Besonders im Fokus steht der Blickkontakt in der Literatur ab Modus 4, in welchem das Kind bereit ist, intersubjektiven Austausch zu suchen. In Videovignetten (Skala IBQ, Modus 4) ist zu erkennen, dass Schumacher Blickkontakt dieser definierten Qualität besondere Aufmerksamkeit schenkt und mit viel Bestätigung stützt und spiegelt. Gleichzeitig warnt sie vor Missinterpretationen oder Forcieren von Blickkontakt, da das Kind reizüberflutet oder überfordert werden könne. Denn, Säuglinge hielten Blickkontakt solange sie die Reize verarbeiten könnten. Seien sie reizgesättigt, wenden sie sich ab, um Reize in der sogenannten *Pause* zu verarbeiten. Gelingt dies nicht, entstünde eine Stressreaktion (Abbildung 5).

4.10.2 Logopädie:

In der Komm!ASS-Therapie werden Objekte teilweise mit dynamischen Bewegungen und/oder einer ausdrucksstarken Mimik nahe am Gesicht/Blickfeld des Kindes vorgeführt. Diese Handlungsweise mit dem Blickkontakt hat zwei Erklärungen: Die Arbeit mit der Hypo- oder Hyperwahrnehmung der Kinder setzt voraus, dass der Reiz stark genug sei, um die Aufmerksamkeit (richtig) fokussiert werden könne. Andererseits gilt diese Begründung ebenso beim ... Erlernen von Gebärden in der Komm!ASS-Therapie. Frau Funke bezieht sich auf das Säuglingsalter, bei welchem Blickkontakt erst möglich sei, wenn die räumliche Distanz verringert würde. Zudem wird der Blickkontakt des Kindes sowohl mittels entwicklungspsychologische Schritte (z. B. Joint Attention), als auch mittels der Hand-Augen-Koordination überprüft. Jegliche Blickkontakte, auch bereits kleinste Andeutungen, sollen mit einem *positiven Reiz* verstärkt oder einem ausgesprochenen Lob belohnt werden. „Wenn der Therapeut sich dabei im Blickfeld des Kindes positioniert und es bei der geliebten Bewegung tatkräftig unterstützt, gelingen auch ein Blickkontakt und ein besonderer Moment der gemeinsamen Freude“ (Funke, in Vorbereitung, Kapitel 6.2.1).

4.10.3 Vergleich:

Beide Therapeutinnen achten beim vom Kind aus kommenden Blickkontakt, dass sie diesen (positiv) erwidern und interaktiv nutzen. Sie beziehen sich hierbei auf Erkenntnisse des Säuglingsalters. Auch, beschreiben sie beide, dass wenn Kinder *intermodale Verknüpfung / Reizkopplung* erfahren, diese kurz mit einem aufmerksamen oder fokussierten Blick reagierten. Aus den Videovignetten ist zu entnehmen, dass beide Therapeutinnen zum Teil sehr nahe mit ihrem Gesicht an das Gesicht des Kindes gehen und starke Mimik zeigen. In den zu sehenden Therapiesequenzen ist jedoch meistens Frau Schumacher räumlich distanzierter vom Blickfeld des Kindes als Frau Funke. Bezüglich des Umgangs mit Blickkontakt unterscheiden sich die Therapiekonzepte eindeutig und widersprechen sich. Frau Schumacher rät zu vorsichtigem Umgang der Blickkontaktqualität und Pausen zu zulassen, während Frau Funke jegliche Blickkontakte aufgreift.

4.11 Affekt und Affektregulation in der Therapie

4.11.1 Musiktherapie:

Der Umgang mit Affekten und die Gewichtung dieses Aspektes in dem Ansatz sind hoch. Die Affekt Abstimmung und das Teilen der Affekte sind Grundbausteine der Beziehung – worauf das EBQ-Instrument fokussiert ist.

Aus der Grundannahme, dass bei Kindern mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen besonders die Affektregulation gestört sei. Durch diese Störung fehlen dem Kind wichtige Erfahrungen, weshalb es sein Gegenüber nicht wahrnehmen und nicht in Resonanz gehen kann. Deshalb wird mittels den Interventionen daran gearbeitet. Das heißt, „dass der Musiktherapeut zunächst den Affektzustand des Kindes regulieren und gestalten hilft, dass er Instrumente als resonanzgebende Mittel einsetzt und dass er affektiv beteiligt das Kind in seinem So-Sein begleitet, aber nicht in seine Handlung eingreift“ (Schumacher et al., 2013, S. 16).

Zur Entwicklung der Affektregulation bezieht sich Frau Schumacher auf das dynamische Modell der Verhaltensorganisation. Affektive Regulationen geschähen bei Säuglingen über Blickkontakt und Körperkontakt, welches dem interaktiven System zuzuordnen ist. Über die Jahre entwickeln sich Fähigkeiten der Selbstregulation auf den verschiedenen Systemebenen des Modells (Abbildung 5). Für Kinder mit Behinderung sei es besonders entscheidend, dass die Erwachsenen intuitiv und affektiv mit ihnen umgingen, da oftmals die Systeme nicht *ausgereift* seien (Schumacher et al., 2013). Ebenso bezogen auf das Modell, führten Reize einer zu hohen Intensität und Komplexität und zu schnellen Tempos zu vermeidenden Verhalten und könnten nicht integriert werden. Die Folgen könnten Störungen in Beziehungen sein. Daraus ist zu schließen, dass Frau Schumacher Affekte in Kombination mit physiologischen Äußerungen wahrnimmt und behandelt.

In der KEBQ-Skala wird explizit der Affekt des Kindes aufgrund seines mimischen und körperlichen Ausdruckes beobachtet und in den entsprechenden Modus eingestuft. Das Pendant dazu ist in der TBQ-Skala zu finden. Hier ordnet der Therapeut durch den *So-Zustand* des Kindes bei ihm ausgelöste Affekte in den entsprechenden Modus ein (Schumacher et al., 2013).

Als affektbedeutende Modi können Modus 2 und 6 herausgefiltert werden. Schumacher unterscheidet in ihren Therapien mittels der Skalen klar zwischen der

Affektlage in Modus 2 und der Affektlage in Modus 6. Im Falle des Modus zwei beherrsche der Affekt das Kind im Falle des Modus 6 erlebe oder spiele das Kind den Affekt. Aufgrund der vorzüglichen Affektlage in Modus 6, können Affekt und Handlung im Spiel verbunden werden. Da Kinder mit autistischen Störungen diese üblicherweise voneinander trennten.

4.11.2 Logopädie:

In Frau Funkes Konzept erscheint der Umgang mit Affekten zunächst sekundär. Beim Zusammentragen aller affektrelevanten Informationen ist zu erkennen, dass dieser Aspekt doch einen wichtigen Stellenwert in den Therapien einnimmt. Dies ist beispielsweise besonders im Zusammenhang zu Reizsetzungen erkennbar. Frau Funke beschreibt an mehreren Stellen (z. B. Funke, in Vorbereitung, Kap. 6.1.1), dass die Reize mit positiven Affekten verbunden sein sollten. Wenn die Kinder nämlich (affektiv) betroffen seien, könnten diese die Reize besser verarbeiten (Funke, in Vorbereitung). Der Umgang mit hohen negativen Affektlagen scheint eine bedeutend größere Rolle zu spielen, als andere Affekte. Funke (in Vorbereitung) bietet in mehreren Textpassagen Handlungs- oder Reizangebote bei einer hohen negativen affektgeladenen Lage oder Abwehr des Kindes an. Meistens scheint der Umgang mit den genannten Affektlagen durch eine Heranführung und (Ab-)Lenkung an bestimmte Reize zu sein. Ferner ist zu erkennen, dass Frau Funke bestimmtes Abwehrverhalten, als eine Entwicklung des Kindes erkennt (Trotzphase). Neben der bereits geschilderten negativen Affektlage nimmt Frau Funke auch Bezug auf positive Affektlagen, bspw. die Relevanz der *geteilten Freude*. Allerdings tauchen diese nur implizit auf und müssen aus verschiedenen Textpassagen herausgefiltert werden, so bspw. in Darstellungen von Verhalten und Umgang mit betroffenen Kinder.

Die Komm!ASS[®]-Therapie stellt bedingt durch die Dynamik und Vielfalt der Reize sowie durch die Nähe und enge Beziehung zum jeweiligen Kind eine besondere Herausforderung dar. Aber auch wenn die Belastungen dieser Arbeit enorm hoch sind und der Therapeut immer wieder mit schwierigen Situationen konfrontiert wird, so überwiegen doch die positiven Momente: die Freude, wenn das Kind intensiver mit seinem Gegenüber und seiner Umwelt in Kontakt kommt, wenn es lernt sich auszutauschen und wenn gemeinsames Spielen und Lachen möglich sind. Dies hilft, schwierige Momente und die besonderen Aufgaben zu bewältigen (Funke, in Vorbereitung, Kap. 11).

4.11.3 Vergleich:

Sowohl Schumacher als auch Funke beschreiben das Phänomen der besseren Reizverarbeitung bei positiver Affektlage. Beide nutzen klare/eindeutige und manchmal übertriebene Mimik und akzentuieren so die vom Kind ausgehenden Affekte. Hier unterscheiden sie sich allerdings in ihrer Begründung. Im EBQ-Instrument basiert diese Vorgehensweise zur Verstärkung der kindeseigenen Emotionen und als Interaktionsangebot/ Beziehungsangebot. Aufgrund der Annahme, dass Kinder wegen ihrer Wahrnehmungsstörung Reize (z. B. Mimik bzw. Emotionen) ansonsten nicht erkennen würden, wird im Komm!ASS-Konzept zu diesem Vorgehen geraten.

Im EBQ-Konzept ist das Wahrnehmen der eigenen Emotionen ebenso therapeutisch relevant, wie das Wahrnehmen der Emotionen des Kindes und der jeweilige Umgang damit. Im Komm!ASS-Konzept werden zwar auch im Therapeuten ausgelöste Emotionen beschrieben, jedoch nicht in therapeutischen Kontext gesetzt. Hier unterscheiden sich die Therapieformen vor allem in der therapeutischen Handhabung der eigenen Affektlage.

Das Vorgehen zur Affektregulation wird in den beiden Therapieansätzen verschieden beschrieben. Während Frau Schumacher sowohl die negativen als auch die positiven Affekte durch spiegeln begleitet und reguliert, lenkt Frau Funke das Kind bei negativer Affektlage ab und verstärkt vorwiegend positive Affektlagen. Ein besonderer Unterschied liegt im Verständnis von Abwehr. Frau Schumacher führt Abwehr meist auf Überreizung zurück. Frau Funke jedoch beschreibt Abwehr als einen möglichen Entwicklungsschritt.

4.12 Stimme

4.12.1 Musiktherapie:

In der VBQ-Skala wird die Stimme des Kindes in der „Dauer und Art der stimmlich-vorsprachlichen Äußerung im musiktherapeutischen Kontext im Hinblick auf die Beziehungsqualität“ (Schumacher et al., 2013, S. 43) eingeschätzt. Die Beziehung wird auf intra- und interpersonellen Ebenen unterschieden. Wenn ein Kind stimmlich klingt, dann erhält es körperlich propriozeptive Rückmeldung. So entsteht eine intrapersonelle Beziehung. Interpersonell sind stimmliche Äußerungen, die im zwischenmenschlichen Kontext entstehen. Die Einschätzung über diese stimmlichen Qualitäten erfolgt nach entwicklungspsychologischen Kenntnissen.

Hierzu bietet Frau Schumacher dem Kind verschiedene stimmliche Angebote an. Meistens spiegelt sie Handlungen mit Geräuschen und verstärkt somit die *Synchronisation* der Wahrnehmung. Auch Situationslieder (Videovignetten), unterstützen die interpersonelle Beziehungsqualität und Synchronisation. In jedem Video ist die stimmliche Begleitung der Therapeutin vorzufinden. Aus dem EBQ-Material ist zu entnehmen, dass die Stimme als wichtiges Instrument, welches flexibel einsetzbar sei und verschiedene Parameter bedienen kann, gesehen wird. Gerade in hohen affektgeladenen Situationen, wie beispielsweise Modus 2 und 6, ist der besonders intensive Gebrauch der Stimme auf den Videos zu beobachten.

4.12.2 Logopädie:

Frau Funke beschreibt in Kapitel 2 die verschiedenen Arten, wie ein Kind seine Stimme benutzt, wenn es in diesem Bereich entweder von einer Hypo- oder Hypersensibilität betroffen ist. Wie im Kapitel 4.1.2 beschrieben arbeitet Frau Funke mit der propriozeptiven Wahrnehmung im Mund-Rachen-Raum, um an den sprachlichen Fähigkeiten der Kinder zu arbeiten. Die Stimme jedoch kommt vor allem seitens der Therapeutin zum Einsatz. Wenn Kinder das Hören von Liedern oder Stimm- und Lautvariationen lieben, kann das Spiel damit begleitet werden. Mit einer starken Variation der Stimme, Verzerrungen und melodiösen Verzerrungen der gesprochenen Sprache soll ein besonderer Reiz gesetzt und der auditive Sinn stimuliert werden. Das soll das Kind zu Äußerungen animieren und verstärkt die Motivation der Imitation durch einen stärkeren propriozeptiven Stimulus. Frau Funke nutzt entwicklungspsychologisch angepasste Worte und Laute, die beim Erlernen der Sprache bei *neurotypischen* Kindern üblich sind. „Später, wenn die Lenkung der Aufmerksamkeit auf die Sprache gelungen ist und die Kinder beginnen, nachzuahmen und nachzusprechen, kann das intensive Anbieten der Sprache wieder zurückgenommen werden. Dann entsprechen die Sprachstrukturen des Therapeuten zunehmend der Alltagssprache“ (Funke, in Vorbereitung, Kap. 8.2).

4.2.3 Vergleich:

Beide Therapeutinnen erkennen die propriozeptiv stimulierenden Qualitäten der Stimme. Auch nutzen beide viel ihre eigene Stimme in den Therapien. Bei der Betrachtung der Videos ist festzustellen, dass beide Therapeutinnen dem Kind affektive Zustände sehr häufig über die Stimme spiegeln. Die Therapeutinnen unterscheiden sich hier in der Verwendung ihrer Stimme kaum. Singendes und/oder geräuschvolles Begleiten von Handlungen sind bei beiden stark

vertreten. Jedoch verwenden sie diese jeweils über andere Kommunikationskanäle. Frau Schumacher setzt ihre Stimme eher begleitend und spiegelnd ein. Bei Frau Funke hat Stimme einen eher appellierenden, dialogisierenden Aspekt. Die Betonung liegt auf dem Wort eher, denn beide Therapeutinnen weisen gleichwertig auch die andere Qualität hin: Frau Schumacher: dialogisierende Aspekte des Stimmgebrauchs und Frau Funke: spiegelnde Elemente des Stimmgebrauchs. Der größte Unterschied liegt in der Motivation hinter der Stimmnutzung. Frau Schumacher zielt auf einen Beziehungsaufbau ab, während Frau Funke die Hypo- /Hypersensibilität fokussiert.

4.13 Wissenschaftlichkeit und Assessments

4.13.1 Musiktherapie:

Frau Schumacher empfiehlt zur Nutzung des EBQ-Instruments zunächst ein fundiertes Studium und sodann den Besuch einer Fortbildung zum EBQ-Instrument mit abschließender Zertifikatsprüfung. Die sei wichtig, um das Instrument richtig, *zeitsparend* und qualitativ hochwertig anwenden zu können. Sie empfiehlt jährliche Absolvententreffen, um die Anwendung zu sichern und den Standard zu erhalten (Schumacher et al., 2013).

Die vierte der vier im EBQ gestellten Fragen bietet Aufschluss, nach der Frage des Assessments (Schumacher et al., 2013, S.13):

- Wie lassen sich Unterschiede in der Entwicklung des Verhaltens beobachten und einschätzen?

Frau Schumacher zeigt mit der *Eieruhr* (Abbildung 8) eine Möglichkeit mit dem EBQ-Instrument vorzugehen. Dieses Verfahren scheint voraus zu setzen, dass die Therapieeinheiten auf Video aufgenommen und Sequenzen so überprüft/analysiert werden können.

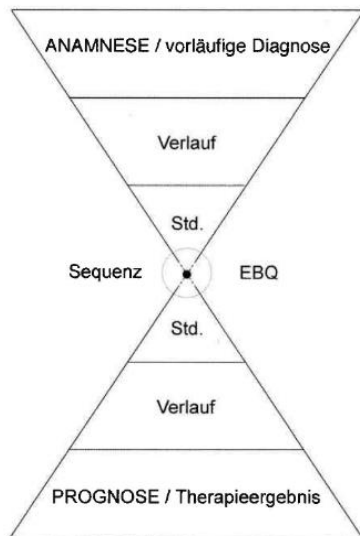


Abbildung 8 Eieruhr. Quelle: Schumacher et al., 2013, S. 66

In einem ersten Schritt solle der Musiktherapeut mit den Eltern ein anamnestisches Gespräch zur Datenerhebung führen. Dies erfolge erst nach der Indikationsstellung durch den Arzt oder Psychologen. Hier spielt die Videoaufnahme eine wichtige Rolle, um therapeutische Inhalte auf die Indikationsstellung hin zu überprüfen und ergänzende Beobachtungen zu vorläufigen Tests/Testergebnissen zu erbringen. Die Fragestellungen hierzu beziehen sich auf die Beziehungsfähigkeit des Kindes basierend auf den verschiedenen EBQ-Skalen. Im zweiten Schritt erfolgt der (Therapie-) *Verlauf*. Dieser Schritt würde

meist von Fragen (z. B. wann der *Basismodus* des Kindes wechselt) begleitet und mit Hilfe des EBQ-Instruments ermittelt. Auch hier wird das Videomaterial im Schnelldurchlauf auf die verschiedenen Modi zu geachtet. In der *Sequenz* wird eine Therapieszene oder eine Therapieeinheit mittels des EBQ-Instruments ausgewertet. Dies liefert Informationen, in welchem Modus sich das Kind zumeist befindet (*Basismodus*), oder ob es sich um *Peaks* handelt. Hierzu gibt es eine genau beschriebene und definierte Vorgehensweise, wie das Videomaterial (bzw. die *relevante Szene* mikroanalytisch ausgewertet) wird. Durch die mit den EBQ-Skalen erstellten Protokolle können im weiteren Verlauf genaue Prognosen/Therapieergebnisse erfasst werden.

4.13.2 Logopädie:

Das Konzept wird seit 2012 in verschiedensten Städten gelehrt und ausgeübt. Die angewandten Komm!ASS-Methoden seien überwiegend empirisch gesichert. Da es sich um eine relativ neue Therapiemethode handelt, sind aktuell noch wissenschaftliche Studien in Arbeit. Es gibt im deutschsprachigen Raum schon einige weitere Standorte an denen das Komm!ASS-Konzept angeboten wird und über Fortbildungsmaßnahmen erlernt werden kann.

Funke (in Vorbereitung) nutzt Videos um Therapieverläufe und besonders prägnante Therapiesituationen zu analysieren und ggf. mit Kollegen und/oder Eltern zu besprechen. Sie klärt über die Möglichkeit auf, dass (wenn dies möglich sei) ein weiterer Therapeut zeitgleich zur Therapie mit den Eltern das Geschehen bespräche. Weiter empfiehlt sie in Kapitel 9.3.2 Anamnese, dass Eltern auch

alltägliche Verhaltensmuster filmen sollen, um die Therapie mit wichtigen Daten zu ergänzen.

Das Kind solle vom Therapeuten genau auf dessen Verhalten und Reaktionen bei Reizimpulse beobachtet werden. Dazu können Beobachtungsschwerpunkte, wie bspw. welche Reize das Kind erreichten und wie es auf den jeweiligen Impuls oder Aktivität reagiere, gestellt werden. Zur genauen Beantwortung solcher und ähnlicher Fragen, gibt es einen Befundbogen der verschiedenste Wahrnehmungs- und Interaktionsfragen erfasst.

4.13.3 Vergleich:

Beide Ansätze bedürfen einer Fort-/Weiterbildung, um die Konzepte korrekt anzuwenden. Frau Schumacher gibt hierzu genauere Angaben über den Rahmen und die zu erlernenden Inhalte.

Beide Therapeutinnen befassen sich mit einer detaillierten Anamnese und verwenden definierte Kriterien bei der Beobachtung des Kindes. Schumacher greift hier auf die EBQ-Skalen und der Frage nach der Beziehungsqualität und Frau Funke auf den Befundbogen zurück. Beide Therapeutinnen arbeiten zudem auch mit Videomaterial, wobei hier kleine Unterschiede in der Anwendung vorzufinden sind. Frau Schumacher scheint das Aufnehmen von Therapieeinheiten als Grundvoraussetzung vorzugeben, um das EBQ-Instrument korrekt anwenden zu können. Es dient nicht nur zur Beobachtung, sondern auch zu (diagnostischen) Einschätzung. Frau Funke nutzt Videoaufnahmen einerseits, soweit dies aus den Informationen beurteilbar ist, vorwiegend zur Beobachtungsanalyse, bezieht andererseits das auf Video aufgenommene Alltagsgeschehen mit ein. Hier sind keine genauen Verfahren zur Auswertung der Videos angegeben, wohingegen der Befundbogen sehr detailliert ausgeführt ist

Ein weiterer Unterschied liegt in der Anwendung und Nachweisung der Wirkungsweise der beiden Konzepte. Das EBQ-Instrument dient der Auswertung der Beziehungsqualität und gibt Handlungsrahmen für das therapeutische Vorgehen. Gleichzeitig kann durch den EBQ-Ansatz der Therapiefortschritt mikroanalytisch erfasst werden. Der Komm!ASS-Ansatz stellt Handlungsanweisung in der Therapie dar und die Wirkweise wird derzeit separat mittels Studien nachgewiesen.

5. Diskussion

5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Mithilfe der Ergebnisse können die Kategorien neu gruppiert werden und ergeben ein einheitliches Bild zu Gemeinsamkeiten und Unterschiede.

Die größten naheliegendsten Übereinstimmungen fanden sich in den Kategorien 2. Profession und 4. Setting. Zur Behandlung von Kindern mit ASS bedarf es einer/eines fundierten/grundständigen Ausbildung bzw. Studiums. Beide Therapeutinnen konnten aufgrund ihrer Professionalisierung innerhalb des Autismus Bereiches innovative Konzepte entwickeln. Beide Therapeutinnen scheinen sich zudem einig, dass die Eltern Experten für ihre Kinder sind und beziehen diese deshalb in die Therapie mit ein. Weder Frau Schumacher noch Frau Funke erwähnen in ihren Werken, dass sie mit den Kindern im Einzelsetting arbeiten. Sowohl aus Kapitel 1 – Hintergrund, als auch Kapitel 4 - Ergebnisse ist die Komplexität dieses Krankheitsbildes zu erkennen. Aufgrund dieser Tatsache scheint deshalb vermutlich für beide Therapeutinnen klar, dass diese Klientel – im Gegensatz zu vielen anderen Kindertherapien - im Einzelsetting behandelt werden.

Die meisten Differenzen konnten auf die unterschiedlichen theoretischen Grundlagen und Sichtweisen von Autismus zurückgeführt werden. Während das EBQ-Konzept die Beziehungsqualität fokussiert, die sich auf Bindungs-, Säuglingsforschung und entwicklungspsychologische Erkenntnisse bezieht und damit die Handlungen, Interaktionen und Erklärungsweisen beeinflusst werden, führt das im Vordergrund stehende Konzept der Hypo-/ Hypersensibilität im Komm!ASS-Ansatz folglich zu anderen Handlungs-, Interaktions- und Erklärungsweisen. Diese verschiedenen Schwerpunkte betreffen in ihrer Konsequenz im weitesten Sinne alle Kategorien. Hierzu ist besonders die Kategorie 8. Haltung zu erwähnen. Die unterschiedlichen Sichtweisen führen zu einer eher funktionellen oder beziehungsorientierten Herangehensweise und mögliche therapeutische Haltung. Die weitere Auswirkung dieser Unterschiede betrifft folglich alle weiteren herausgearbeiteten Kategorien. Beispielsweise entscheiden die Betrachtungsweise von Autismus und die Haltung über eine Nutzung bestimmter Materialien (Kategorie 5.), z. B. funktioneller Einsatz oder beziehungs- bzw. eigenschaftsbezogene Nutzung. Interessanterweise unterscheiden sich die Autorinnen in ihrer therapeutischen Haltung maßgeblich,

weisen jedoch in der praktischen Umsetzung (z. B. Interventionen) teilweise große Ähnlichkeiten auf.

Bei der Betrachtung die Kategorien 9., 10., 11. und 12. ist zu erkennen, dass diese beim Vergleich zwischen Literatur und Videomaterial jeweils unterschiedliche Blickwinkel über Gemeinsamkeiten und Unterschiede ergeben. Wenn die therapeutische Haltung dabei außer Acht gelassen wird, kann festgehalten werden, dass sich die Therapieformen vom Videomaterial her betrachtet oft ähnlich sind. Demzufolge ist davon auszugehen, dass der Umgang der Therapeutinnen mit dem Kind in der therapeutischen Praxis augenscheinlich sehr ähnlich ist. Beide arbeiten sehr nahe am Kindskörper, begleiten Situationen mit hoher stimmlicher Variabilität oder Gesang, teilen in einem hohen Maße Affekte mit dem Kind und begegnen Blickkontakt mit großer Aufmerksamkeit. Es scheint des Weiteren, dass beide Therapeutinnen intuitiv Handlungen ausführen, die im jeweils anderen Ansatz therapeutisch begründet werden. Frau Schumacher arbeitet beispielsweise viel mit dem Kindskörper und dessen, was Frau Funke in ihrem Konzept der Hypo- /Hypersensibilität ausführlich durchdacht hat. Umgekehrt scheint Frau Funke intuitive Ansätze zur beziehungsfördernden Affektnutzung umzusetzen, was Frau Schumacher in der KEBQ und TBQ-Skala konzeptionell durchdacht hat.

Trotz der vielen Unterschiede und Gemeinsamkeiten konnte nur ein besonderer Punkt herausgearbeitet werden, in welchem die Autorinnen sich widersprechende, gegensätzliche Ansichten in ihrem Werk darlegen: Die *Pause*. Frau Schumacher begründet die *Pause* mit der Säuglingsforschung, wie im Kapitel Frau Funke hingegen arbeitet nach dem Prinzip der Reizverdichtung, um bei den Kindern die Wahrnehmungsstörung ins Gleichgewicht zu bringen. Diese Ansichten sind im Vergleich widersprüchlich.

5.2 Limitationen der Arbeit

Der Schwerpunkt dieser Thesis liegt im Ergebnisteil. Zur Erstellung der wichtigen Kategorien dieses Teils wurde die „reporting guideline for music based interventions“ (Robb et al., 2011) verwendet. Durch eine sorgfältige Bearbeitung und Anpassung dieser Guideline in Bezug auf die beiden Konzepte konnten im ersten Schritt grundständige Ergebnisse herausgearbeitet werden. Um jedoch zu inhaltlich detaillierten Ergebnissen zu erlangen, wäre es in Betracht zu ziehen tiefgründigere Recherchen zu einer geeigneten Guideline zum Vergleich von

verschiedenen Therapieformen, wie vorliegend Logopädie und Musiktherapie, durchzuführen.

Beim Komm!ASS-Manuskript handelt es sich um eine Darstellung des Konzeptes, während es sich beim EBQ-Instrument eher um eine Anleitung zur Ausführung des Konzeptes und therapeutische Haltungs- und Handlungsempfehlungen. Dies bedeutet, dass das EBQ-Instrument die Informationen zum Konzept komprimierter und mit weniger Details, beispielsweise zu Therapierahmen oder Setting, darstellt. Folglich führte dies zu mehreren Informationslücken und wies Grenzen bei der Gegenüberstellung der beiden Konzepte auf. In dieser Arbeit wurde bewusst auf den Einbezug weiterer Literatur zum Vergleich der Konzepte verzichtet. Dies, um einerseits ein konkretes Bild und genaue Gegenüberstellung der einzelnen Werke zu erbringen. Bei einer Weiterführung des Konzeptvergleichs wäre zu erwägen, das im Jahr 2017 veröffentlichte Buch von Frau Schumacher „Musiktherapie bei Kindern mit Autismus: Musik-, Bewegungs- und Sprachspiele zur Behandlung gestörter Sinnes- und Körperwahrnehmung,“ in die Betrachtung einzubeziehen. Dieses Buch weist strukturell mehr Ähnlichkeiten mit dem Komm!ASS-Werk auf und stützt sich im Gegensatz zum EBQ-Instrument auf neuere wissenschaftliche Erkenntnisse über ASS, wie z. B. die häufig vorliegende Wahrnehmungsstörung. Auch das im Titel vorkommende Wort „Bewegung“ weist bereits daraufhin, dass die Konzepte von Frau Funke und Frau Schumacher bspw. in der Kategorie 10. Umgang mit Körper/Körperkontakt bedeutend mehr Gemeinsamkeiten aufweisen würden. Möglicherweise fänden sich weitere größere Gemeinsamkeiten, da Schumacher (2017) neuere Basisliteratur zugrunde legt, ebenso wie Frau Funke.

Die Ergebnisse zur Ähnlichkeit in der Nutzung des Materials sind kritisch zu betrachten. Die Ähnlichkeit könnte möglicherweise vereinfacht auf die betrachtete Klientel zurückgeführt werden. Die Besonderheit läge hier bei einer Weiterführung dieser Theses einen detaillierten Vergleich innerhalb der jeweiligen Therapieformen zu ziehen.

Es ist in Frage zu stellen, ob der Vergleich der Kategorie 11. Affekt und Affektregulation in der Therapie mit dem funktionell orientierten, logopädischen Therapieansatz gerechtfertigt ist, da diese Betrachtungsweise eher psychotherapeutischen Ursprungs ist.

Die Objektivität dieser Theses stellt eine weitere Limitation dar. Durch den musiktherapeutischen Hintergrund der Autorin könnten Informationen aus dem logopädischen Werk möglicherweise falsch oder unpräzise interpretiert worden

sein. Dies gilt insbesondere auch beim Vergleich der therapeutischen Haltung und Handlungsweisen. Insbesondere die Kategorie 8. Haltung könnte für beide Therapiekonzepte einen Bias aufweisen, da diese seitens der Autorin der Thesis interpretativ aus der Literatur herausgefiltert wurde. Auch über die Betrachtung des Videomaterials ist die therapeutische Haltung eher nur über nuancenreiches Abwägen von Verhaltensweisen mittels Interpretationen zu entnehmen.

5.3 Ausblick

Wie aus dem Hintergrund zu entnehmen, liefert die musiktherapeutische, wissenschaftliche Literatur Hinweise, dass sich die Behandlung der verbalen/ non-verbalen Kommunikationsfähigkeit teilweise mit der logopädischen Therapiedisziplin überschneidet. Die ausgewählten Therapiekonzepte gründen auf - zur jeweils ihrer Zeit -innovative Ideen zur Behandlung von Kindern mit ASS. Die Fragestellung zu den Gemeinsamkeiten und Unterschieden wurde im Ergebnisteil ausführlich dargestellt und beantwortet. In der Zusammenfassung der Ergebnisse (Kapitel. 5.1) konnte eine Übersicht und Hervorhebung der wichtigsten Punkte herausgearbeitet werden. Mithilfe dieser Erkenntnisse wäre von weiterführendem Interesse, diese Therapiekonzepte auf ihren Synergie-Effekt hin, zu überprüfen: Wäre ein neues Konzept, kombiniert aus dem EBQ-Instrument und Komm!ASS-Ansatz möglich? Diese Frage vermag die Autorin in diesem Rahmen nicht zu beantworten. Eine Weiterverfolgung dieser Frage und Ausarbeitung eines Konzeptes, könnte jedoch ein innovativer Ansatz für die musiktherapeutische Behandlung von ASS in der Zukunft darstellen. Da die beiden Therapieformen in der Praxis augenscheinlich viele Ähnlichkeiten aufweisen, könnte eine interdisziplinäre Kombination gewinn- und erkenntnisbringend sein.

Aus Sicht der Autorin ist nach der detaillierten Auseinandersetzung mit den vorliegen Ansätzen und mit Blick auf die Realität eine Kombination beider Therapieformen kritisch zu betrachten. Die Therapien können sich mit den jeweiligen unterschiedlichen Foki vorzüglich ergänzen und aufgrund der detailliert ausgearbeiteten Assessments ein interdisziplinärer Austausch gewährleisten. Die Unterschiedlichkeit der Therapieformen bietet die Möglichkeit für jedes Kind eine zielorientierte individuelle Therapie anzubieten. In Bezug auf die Komplexität des Störungsbildes mit den aufgezeigten intrapersonellen Unterschieden ist dies zwingend erforderlich. Dennoch können - sowohl die Logopädie, als auch die Musiktherapie - von dem jeweils anderen Konzept und dessen Erkenntnissen profitieren. Wie schon festgehalten wurde, unterscheiden sich das EBQ-Instrument und das Komm!ASS-Konzept vorwiegend in den theoretischen Grundlagen zur

ASS-Behandlung. Hier erscheint eine Anpassung des EBQ-Instrumentes als geeignet, da der Komm!ASS-Ansatz die neusten Erkenntnisse aus Wissenschaft und Forschung integriert. Bei detaillierter Betrachtung des EBQ-Therapieverfahrens, ist eine intuitive Handlungsweise mit viel Körperbezogenheit (Sinne) in den Therapien zu erkennen. Das neue Buch von Karin Schumacher (2017) lässt auch vermuten, dass eine gewisse Annäherung an den Aspekt der besonderen Wahrnehmung von Kindern mit ASS vorgenommen wurde. Umgekehrt scheint Frau Funke in ihren Therapien den Beziehungsaspekt intuitiv zu berücksichtigen und den Umgang mit Affekten nicht Teil des methodischen Konzepts zu sein, sondern aus einem großen Erfahrungsschatz zu zeugen. Hier könnte sich die Thesis-Autorin seitens der Logopädie eine Annäherung an die Musiktherapie vorstellen. Die von Schumacher entwickelte TBQ-Skala könnte hypothetisch betrachtet, als eine bereichernde Erweiterung des Komm!ASS-Ansatzes in Erwägung gezogen werden.

Die zunehmende Tendenz innerhalb der Forschung die Nachfrage nach RCT-Studien zu erfüllen und manualisierte Therapieansätze mit dem Fokus auf körperliche Funktionalität (wie dies aus dem angloamerikanischen Raum, z. B. MUSA, MTDA, etc. bekannt ist) zu erarbeiten, lässt die die Wichtigkeit und Wirksamkeit des Beziehungsaspektes innerhalb der Therapien in den Hintergrund geraten und nahezu auszublenden. Diese beiden Aspekte werden durch eine Kombination beider Therapiedisziplinen, durchgeführt durch die jeweilige Profession, mit den vorgestellten Ansätzen betrachtet und erscheinen der Autorin auch weiterhin als wichtig für die zielorientierte Behandlung von Kindern mit ASS.

Literaturverzeichnis

- Bergmann, T., & Geretsegger, M. (2017). Musiktherapie für Menschen aus dem Autismus-Spektrum. Musikwahrnehmung, Diagnostik und Einschätzungsverfahren. *Musiktherapeutische Umschau Forschung und Praxis der Musiktherapie*, 38(2), 132–141.
- Bergmann, T., Sappok, T., Ziegler, M., Heinrich, M., Diefenbacher, A., & Dziobek, I. (2015). *Diagnostische Validität der Musikbasierten Skala zur Autismusdiagnostik (MUSAD)*.
- Bundesverband Autismus Deutschland e.V. (o. J.). Bundesverband Autismus Deutschland e.V. Abgerufen 6. März 2020, von /was-ist-autismus.html
- Carpente, J. A. (2014). Individual Music-Centered Assessment Profile for Neurodevelopmental Disorders (IMCAP-ND): New Developments in Music-Centered Evaluation. *Music Therapy Perspectives*, 32(1), 56–60. <https://doi.org/10.1093/mtp/miu005>
- Dellapiazza, F., Vernhet, C., Blanc, N., Miot, S., Schmidt, R., & Baghdadli, A. (2018). Links between sensory processing, adaptive behaviours, and attention in children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Psychiatry Research*, 270, 78–88. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.023>
- Dziobek, I., & Bölte, S. (2011). Neuropsychologische Modelle von Autismus-Spektrum-Störungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39(2), 79–90. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000094>
- Funke, U. (in Vorbereitung). *KOMM!ASS - Führen zur Kommunikation* (1. Auflage 2020). W. Kohlhammer GmbH.
- Happé, F., & Frith, U. (2006). The weak coherence account: Detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(1), 5–25. <https://doi.org/10.1007/s10803-005-0039-0>
- ICD-10-GM. (2020, Version). <https://www.icd-code.de/suche/icd/code/F84-.html?sp=Sautismus>
- Kamp-Becker, I., & Bölte, S. (2014). *Autismus* (2.). UTB.

- Lai, G., Pantazatos, S. P., Schneider, H., & Hirsch, J. (2012). Neural systems for speech and song in autism. *Brain*, *135*(3), 961–975.
<https://doi.org/10.1093/brain/awr335>
- Mazefsky, C. A., & White, S. W. (2014). Emotion Regulation: Concepts & Practice in Autism Spectrum Disorder. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, *23*(1). <https://doi.org/10.1016/j.chc.2013.07.002>
- Müller, L. (2019, Mai 12). *Diagnosekriterien Autismus-Spektrum-Störung im DSM-5* [Ratgeber]. Autismus-Kultur Glücklich leben im Autismus-Spektrum.
<https://autismus-kultur.de/autismus/dsm-5-diagnosekriterien.html>
- Poismans, K. (2014). *InTiMe- shared Time*. <https://www.uni-muenster.de/Musiktherapie/Forschung/shared-time.html>
- Robb, S. L., Burns, D. S., & Carpenter, J. S. (2011). Reporting Guidelines for Music-based Interventions. *Journal of health psychology*, *16*(2), 342–352.
<https://doi.org/10.1177/1359105310374781>
- Schumacher, K., Calvet, C., & Reimer, S. (2013). *Das EBQ-Instrument und seine entwicklungspsychologischen Grundlagen*. Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.
- White, S. W., Mazefsky, C. A., Dichter, G. S., Chiu, P. H., Richey, J. A., & Ollendick, T. H. (2014). Social-cognitive, physiological, and neural mechanisms underlying emotion regulation impairments: Understanding anxiety in autism spectrum disorder. *International journal of developmental neuroscience : the official journal of the International Society for Developmental Neuroscience*, *39*, 22–36.
<https://doi.org/10.1016/j.ijdevneu.2014.05.012>

1. Anhang

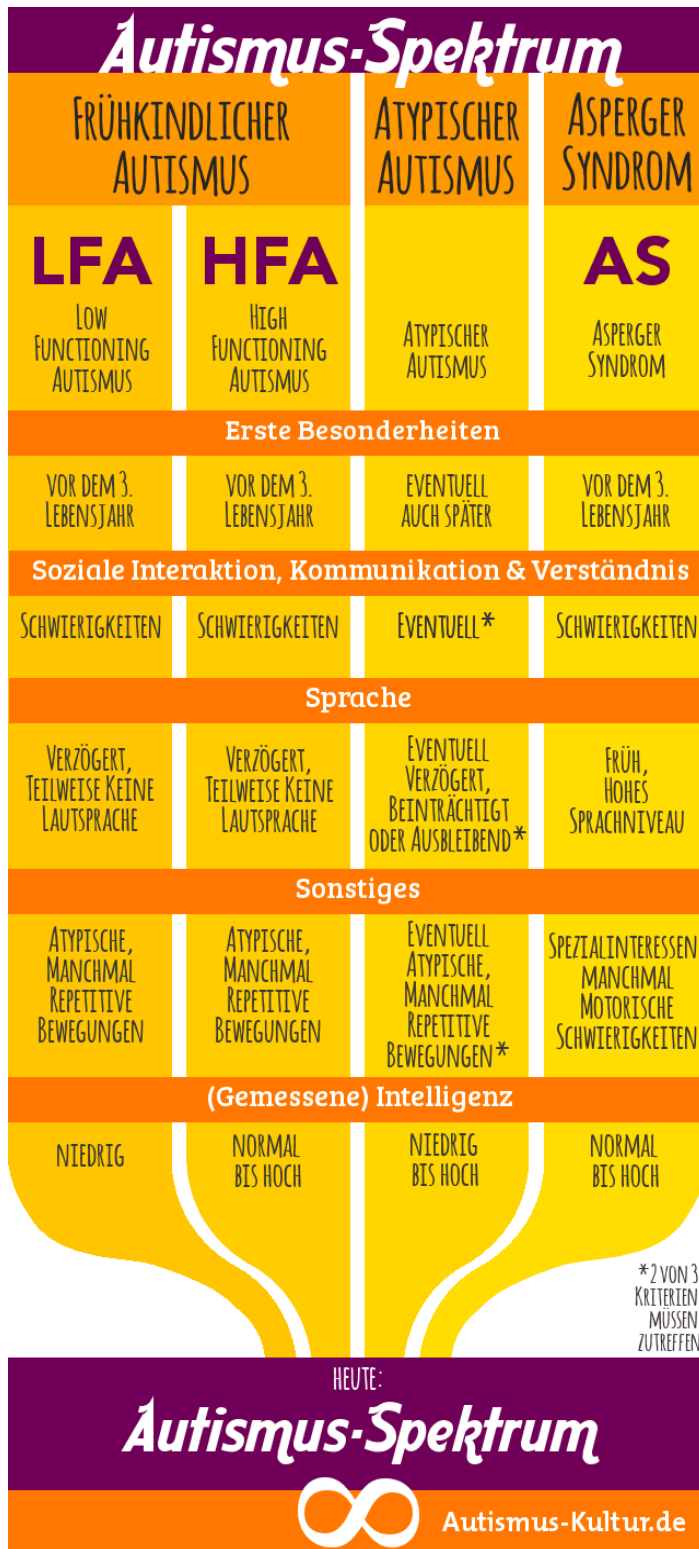


Abbildung 9 Populärwissenschaftliche Darstellung des heutigen Begriffs Autismus-Spektrum-Störung. Quelle: Definition & Formen von Autismus, o. J.

2. Anhang

Einverständniserklärung

Ich bin Morgane Allanou, Studierende der B.A. Musiktherapie im 7. Semester an der SRH Hochschule Heidelberg. Zurzeit schreibe ich meine Bachelorthesis zum Thema: **Möglichkeiten und Grenzen des Logopädie-Ansatzes KOMM!ASS und der Musiktherapie zur Wahrnehmungsfokussierung bei Kindern mit Autismus-Spektrum-Störungen.**

Informationen zur Nutzung der Videoaufnahmen:

Das Videomaterial wird ausschließlich im Rahmen der Bachelorthesis genutzt und darf zu diesem Zwecke auch abgespeichert werden. Die Inhalte werden möglichst wertungsfrei behandelt und mit wissenschaftlichen Kriterien ausgewertet. Anonymisierung und/oder Pseudonymisierung als Maßnahmen des Datenschutzes werden eingehalten und betreffen persönliche Daten, Namen sowie die Gesichtserkennung auf Fotos. Einzig die Therapeutin Frau Funke, die Studentin Frau Allanou und ihre Thesis-Betreuerinnen haben Zugriff auf das Videomaterial und dessen Daten. Da es sich bei den Videos um Prüfungsnachweismaterial handelt, werden diese ein Jahr lang ordnungsgemäß aufbewahrt und nach Ablauf des Zeitraumes vernichtet.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen der Therapie und der oben genannten Bedingungen Videoaufnahmen meines Kindes gemacht werden. Ich habe das Recht nachträglich meine Aussage gemäß des Widerrufsrechts entgeltend zu machen.

Datum, Unterschrift _____

3. Anhang

Einverständniserklärung

Ich bin Morgane Allanou, Studierende der Musiktherapie B.A. im 7. Semester an der SRH Hochschule Heidelberg. Zurzeit schreibe ich meine Bachelorthesis zum Thema: Möglichkeiten und Grenzen des Logopädie-Ansatzes KOMM!ASS und der Musiktherapie zur Wahrnehmungsfokussierung bei Kindern mit Autismus-Spektrum-Störungen (Abweichungen des Titels unter Vorbehalt). Die Bachelorthesis wird im methodischen Teil durch Videoanalysen erarbeitet und dargestellt. Der Hintergrund beruht auf wissenschaftlicher Literatur, Literatur des musiktherapeutischen Messinstrumentes „EBQ“ von Karin Schumacher und dem Kohlhammer-Manuskript des Buches **„KOMM!ASS - Führen zur Kommunikation: Ein Therapiekonzept zur Interaktions- und Sprachanbahnung bei Autismus-Spektrum-Störung“** von Ulrike Funke, welches voraussichtlich bis zum 31.12.2019 veröffentlicht wird.

Inhalte des Kohlhammer-Manuskriptes werden wissenschaftlich korrekt zitiert (... , in Vorbereitung) und ausschließlich im Rahmen der Bachelorthesis verwendet. Die Zitierweise wird nach APA-Format erfolgen, wie sie von der SRH Hochschule Heidelberg vorgegeben. Die Bachelorthesis wird nicht (bzw. zumindest nicht vor dem Zeitpunkt der Veröffentlichung des Buches von Frau Funke) öffentlich publiziert, sondern alleine im Rahmen der regulären wissenschaftlichen Begutachtung durch die Hochschule eingereicht.

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, das Kohlhammer-Manuskript nur unter den oben erwähnten Bedingungen zu nutzen.

Morgane Allanou
