



PRIVATE PÄDAGOGISCHE HOCHSCHULE DER DIÖZESE LINZ  
ZENTRUM FÜR WEITERBILDUNG

**MASTERTHESE**  
**zur Erlangung des akademischen Grades**  
**„Master of Arts“, MA**

Hochschullehrgang mit Masterabschluss  
**„Kunsttherapie und Pädagogik“**

***Kunsttherapie für Menschen im Autismus-Spektrum –  
Chancen und Grenzen spielerischer Interventionen***

vorgelegt von  
**Elke Hinterndorfer, BEd**

Betreuung  
Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Maria Elisabeth Schauppenlehner-Kloyber, Bakk.rer.nat.

Elfriede Neubauer, SOL BEd MA

Matrikelnummer  
09584355

Wortanzahl  
23 805

Linz, 24.06.2022



## Vorwort

Intensives kreatives Schaffen mit den unterschiedlichsten Materialien begleitet mich seit meinem 14. Lebensjahr. Nach der Matura an der HBLA für Kunstgewerbe und dem anschließenden Lehramtsstudium u. a. in den Fächern Bildnerische Erziehung und Textiles Werken habe ich mich immer wieder an Projekten mit kreativ-handwerklichen Ansätzen beteiligt. Dabei erlebte ich die Selbstwirksamkeit des kreativen Tuns, das mich zur Absolvierung der Ausbildung zur Kunsttherapeutin an der privaten pädagogischen Hochschule der Diözese in Linz bestärkte.

Mit dem Thema Autismus beschäftige ich mich seit 2019. Im Rahmen meiner Tätigkeit als Beraterin beim Projekt WORK\_aut Autismus + Bildung im Konventhospital der Barmherzigen Brüder in Linz konnte ich viele Erfahrungen in der Arbeit mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Autismus-Spektrum sammeln. Ein Schwerpunkt meiner Tätigkeit besteht in der Realisierung kreativpädagogischer Workshops mit einer Gruppe von Autistinnen und Autisten, um den Handlungsspielraum der Teilnehmenden in einem sicheren Umfeld zu erweitern sowie die Teilnehmenden in die Aktivität bzw. in das Tun zu bringen und zu halten. Bedeutend ist dabei, dass sich die Teilnehmenden angstfrei und spielerisch in einem sicheren Möglichkeitsraum erproben können, ihre Selbstwirksamkeit spüren und bestenfalls neue und/oder vergessene Stärken und Fähigkeiten an sich entdecken. Ich erlebe, dass die kunsttherapeutischen Methoden den Teilnehmenden bei einer besseren Selbstwahrnehmung helfen. Darüber hinaus wird die Integration der durchlaufenen Erfahrungen in den Alltag versucht, damit die Teilnehmenden ihren privaten und beruflichen Alltag besser meistern können.

Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Elisabeth Schauppenlehner-Kloyber, Bakk.rer.nat., Elfriede Neubauer, SOL BEd MA und Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Nina Jelinek danke ich für die unterstützende Betreuung meiner Arbeit. Weiters bedanke ich mich bei den Mitarbeitenden des Projekts WORK\_aut, allen voran bei Katja Scheibler und Werner Holmes-Ulrich, MA BA H.Dip.Ed., für ihre Unterstützung, den Zugang zu Literatur und die Möglichkeit der Umsetzung der Kreativgruppe im Projekt. Ein weiterer Dank gilt den Interviewpersonen, die mir ihre Zeit geschenkt und von ihrer interessanten Arbeit mit Menschen im Autismus-Spektrum berichtet haben.

Außerdem möchte ich bei meiner Familie und meinen Freundinnen und Freunden für die Unterstützung in dieser intensiven Zeit bedanken.

## **Abstract**

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, welche kunsttherapeutischen Interventionen unter Berücksichtigung der Spieltheorie Unterstützung für Menschen im Autismus-Spektrum bieten und wo sich Grenzen zeigen. Die Inhalte basieren auf der Analyse und Diskussion der vorhandenen Literatur zu den drei Bereichen Autismus-Spektrum-Störung, Spieltheorie und Kunsttherapie. Weiters stützt sich diese Arbeit auf Erkenntnisse aus Interviews mit Expertinnen und Experten der Kunsttherapie. Der Fokus in der Forschung wurde auf die Rahmenbedingungen hinsichtlich Methodik, Material, Setting und vorhandene Grenzen gelegt. Im Forschungsprozess konnte eine große Auswahl an kunsttherapeutischen Interventionsmöglichkeiten für Menschen im Autismus-Spektrum festgestellt werden, die in einem sicheren Umfeld und im spielerischen Tun Selbstwirksamkeit erlebbar und Veränderungen ertragbar machen. Die Ausführungen dieser Arbeit zeigen, wie förderlich, spannend und facettenreich kunsttherapeutisches Arbeiten für Menschen im Autismus-Spektrum ist und wie die Methoden und Materialien unter Berücksichtigung autistischer Besonderheiten der Klientinnen und Klienten reichhaltig genutzt werden können.

This paper addresses the question which art therapy interventions, including consideration of play theory, provide support for individuals on the autism spectrum and where limitations are evident. The content is based on the analysis and discussion of existing literature in the three areas of autism spectrum disorder, play theory, and art therapy. Furthermore, this work is based on findings from expert interviews with art therapists. The focus in the research was placed on conditions in terms of methodology, material, setting and existing boundaries. In the research process, a wide range of art therapy intervention possibilities for people in the autism spectrum were identified. These help to experience self-efficacy and support changes in a safe environment and in playful activities. This paper shows how beneficial, exciting and multifaceted art therapy work is for people on the autism spectrum and how richly the methods and materials can be used, taking into account the autistic characteristics of the client.

# Inhaltsverzeichnis

<b>VORWORT</b>	<b>3</b>
<b>INHALTSVERZEICHNIS</b>	<b>5</b>
<b>1. EINLEITUNG</b>	<b>8</b>
A. THEORETISCHE ABHANDLUNG	10
<b>2. AUTISMUS-SPEKTRUM-STÖRUNG</b>	<b>10</b>
2.1. ENTWICKLUNG DER AUTISMUS-SPEKTRUM-STÖRUNG	11
2.2. HAUPTSYMPTOMKOMPLEXE VON AUTISMUS-SPEKTRUM-STÖRUNG	14
2.2.1. KOMMUNIKATION UND SPRACHE	14
2.2.2. WAHRNEHMUNGSBESONDERHEITEN	15
2.2.3. SOZIALE INTERAKTION	17
2.2.4. REPETITIVE UND STEREOTYPE VERHALTENS-MUSTER, SPEZIALINTERESSEN	18
2.2.5. WEITERE MERKMALE EINER AUTISMUS-SPEKTRUM-STÖRUNG	19
2.2.5.1. Emotionale Störungen	19
2.2.5.2. Theory of Mind (ToM)	19
2.2.5.3. Exekutive Funktionen	19
2.3. DIAGNOSTIK	20
2.3.1. KLASSIFIKATION	20
2.3.1.1. ICD	20
2.3.1.2. DSM	22
2.3.2. ABLAUF	22
2.3.2.1. Anamnese	23
2.3.2.2. Exploration und Verhaltensbeobachtung	23
2.3.2.3. Entwicklungs- und Leistungsdiagnostik	24
2.3.2.4. Komorbiditäten und Differenzialdiagnosen	24
2.3.2.5. Aktuelles Funktionsniveau	25
2.3.2.6. Körperliche Untersuchung	26
2.3.2.7. Aufklärung der Bezugspersonen	26
2.4. KOMORBIDE STÖRUNGEN	26
2.4.2. AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT-/HYPERAKTIVITÄTSSTÖRUNG (ADHS)	27
2.4.3. DEPRESSIONEN	27
2.4.4. PSYCHOSEN	29
2.4.5. OPPOSITIONELLES UND (AUTO-)AGGRESSIVES VERHALTEN	29
2.4.6. (SOZIALE) PHOBIEN/ANGSTERKRANKUNGEN	29
2.4.7. ZWANGSSTÖRUNGEN	30
2.4.8. ESSSTÖRUNGEN	31
2.4.9. SCHLAFSTÖRUNGEN	31
2.4.10. INTELLIGENZMINDERUNG	31
2.4.11. TOURETTE-SYNDROM/TICS	32
2.4.12. MUTISMUS	32
2.5. THERAPIEFORMEN UND GÄNGIGSTE INTERVENTIONEN BEI AUTISMUS UND IHRE WIRKSAMKEIT	33
2.5.1. VERHALTENSTHERAPEUTISCHE INTERVENTIONEN	33
2.5.2. TRAINING DER SOZIALEN KOMPETENZ	34
2.5.3. MUSIKTHERAPIE	35

2.5.4.	PHARMAKOLOGISCHE INTERVENTIONEN	35
2.5.5.	PSYCHOTHERAPIE	35
2.5.6.	WEITERE INTERVENTIONEN	36
<b>3.</b>	<b><u>SPIELTHEORIE</u></b>	<b>38</b>
<b>3.1.</b>	<b>ALLGEMEIN</b>	<b>38</b>
<b>3.2.</b>	<b>MERKMALE DES SPIELS</b>	<b>39</b>
3.2.1.	FREIHEIT	39
3.2.2.	UNEIGENTLICHKEIT	39
3.2.3.	ABGESCHLOSSENHEIT UND BEGRENZTHEIT	40
3.2.4.	WEITERE MERKMALE DES SPIELS	40
<b>4.</b>	<b><u>KUNSTTHERAPIE</u></b>	<b>41</b>
<b>4.1.</b>	<b>GESCHICHTE DER KUNSTTHERAPIE</b>	<b>42</b>
<b>4.2.</b>	<b>WIRKUNGSWEISE DER KUNSTTHERAPIE</b>	<b>43</b>
<b>4.3.</b>	<b>RAHMENBEDINGUNGEN</b>	<b>45</b>
<b>4.4.</b>	<b>KUNSTTHERAPEUTISCHE METHODEN UND MATERIALIEN</b>	<b>46</b>
<b>4.5.</b>	<b>RICHTUNGEN UND ANSÄTZE DER KUNSTTHERAPIE</b>	<b>47</b>
4.5.1.	TIEFENPSYCHOLOGISCHER ANSATZ	48
4.5.2.	KUNSTPÄDAGOGISCH-DIDAKTISCHER ANSATZ	48
4.5.3.	HEILPÄDAGOGISCHER ANSATZ	48
4.5.4.	KUNSTPSYCHOLOGISCHER ANSATZ	49
<b>5.</b>	<b><u>VERBINDUNGEN VON KUNSTTHERAPIE, AUTISMUS-SPEKTRUM-STÖRUNG UND SPIELTHEORIE</u></b>	<b>50</b>
<b>5.1.</b>	<b>VERBINDUNG VON KUNSTTHERAPIE UND SPIELTHEORIE</b>	<b>50</b>
5.1.1.	D. W. WINNICOTT – VOM SPIEL ZUR KREATIVITÄT	52
5.1.2.	ARNO STERN – DAS MALSPIEL	53
<b>5.2.</b>	<b>KUNSTTHERAPIE UND AUTISMUS-SPEKTRUM-STÖRUNG</b>	<b>54</b>
5.2.1.	JOSEPHINE LORENZ – KUNSTTHERAPIE UND PROZESS- UND EMBODIMENTFOKUSSIERTE PSYCHOTHERAPIE (PEP)	57
<b>B.</b>	<b>EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG</b>	<b>59</b>
<b>6.</b>	<b><u>FORSCHUNGSDESIGN – QUALITATIVE FORSCHUNG</u></b>	<b>59</b>
<b>6.1.</b>	<b>DATENERHEBUNG</b>	<b>59</b>
6.1.1.	AUSWAHL DER BEFRAGTEN	60
6.1.2.	DURCHFÜHRUNG	61
6.1.2.1.	Aufbereitung des Materials	61
6.1.2.2.	Auswertungsverfahren – die qualitative Inhaltsanalyse	62
<b>7.</b>	<b><u>DATENANALYSE</u></b>	<b>63</b>
<b>7.1.</b>	<b>STRUKTUR</b>	<b>63</b>
<b>7.2.</b>	<b>SETTING</b>	<b>64</b>

<b>7.3.</b>	<b>MATERIAL UND METHODE</b>	<b>66</b>
<b>7.4.</b>	<b>MOTIVE</b>	<b>69</b>
<b>7.5.</b>	<b>CHANCEN UND GRENZEN</b>	<b>70</b>
7.5.1.	CHANCEN	70
7.5.2.	GRENZEN	71
7.5.2.1.	Grenzen aufgrund der Einschränkungen der Klientel	72
7.5.2.2.	Finanzielle und strukturelle Grenzen der Institution	73
7.5.2.3.	Persönliche Grenzen der Kunsttherapeutin / des Kunsttherapeuten	74
<b>7.6.</b>	<b>ASPEKTE DER SPIELTHEORIE IN DEN ERHOBENEN DATEN</b>	<b>74</b>
7.6.1.	FREIHEIT	74
7.6.2.	UNEIGENTLICHKEIT	74
7.6.3.	ABGESCHLOSSENHEIT UND BEGRENZTHEIT	75
7.6.4.	VORHANDENSEIN VON MITSPIELENDEN	76
<b>8.</b>	<b><u>DISKUSSION DER FORSCHUNGSERGEBNISSE</u></b>	<b><u>77</u></b>
<b>8.1.</b>	<b>ZUGÄNGE, METHODEN, CHANCEN UND GRENZEN</b>	<b>77</b>
8.1.1.	ZUGÄNGE UND METHODEN	77
8.1.2.	VON THERAPEUTINNEN / THERAPEUTEN ERLEBTE CHANCEN UND GRENZEN	80
8.1.2.1.	Chancen	81
8.1.2.2.	Grenzen	82
<b>8.2.</b>	<b>VERBINDUNG ZWISCHEN SPIELTHEORIE UND KUNSTTHERAPIE</b>	<b>83</b>
8.2.1.	FREIHEIT	83
8.2.2.	UNEIGENTLICHKEIT	83
8.2.3.	ABGESCHLOSSENHEIT UND BEGRENZTHEIT	84
8.2.4.	MITSPIELERINNEN UND MITSPIELER	84
<b>8.3.</b>	<b>ÜBERSCHNEIDUNGEN DER DREI THEMENGEBIETE</b>	<b>84</b>
<b>9.</b>	<b><u>RESÜMEE UND AUSBLICK</u></b>	<b><u>89</u></b>
<b>10.</b>	<b><u>LITERATURVERZEICHNIS</u></b>	<b><u>91</u></b>
<b>11.</b>	<b><u>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</u></b>	<b><u>99</u></b>

## 1. Einleitung

In den vergangenen Jahren haben Medien für einen wachsenden Bekanntheitsgrad des Themas Autismus-Spektrum-Störung gesorgt. Durch Filme wie z. B. „Rain Man“, Charaktere von Serien-„Helden“ wie beispielsweise Sheldon Cooper in „The Big Bang Theory“ oder mittels berühmter Persönlichkeiten wie etwa Elon Musk oder Greta Thunberg wird ein faszinierendes und rätselhaftes Bild von Menschen im Autismus-Spektrum vermittelt, das jedoch nur einen kleinen Teil der gesamten Bandbreite abbildet. Trotz der medialen Aufmerksamkeit mangelt es in Österreich an spezialisierten therapeutischen und schulischen Unterstützungsangeboten.

Obwohl kunsttherapeutische Interventionen ein großes Potenzial für Menschen im Autismus-Spektrum darstellen, stehen für diese Zielgruppe sehr wenige Therapieangebote zur Verfügung. Kunsttherapeutische Literatur und Forschung für Menschen im Autismus-Spektrum in Österreich sind kaum vorhanden. Die im deutschsprachigen Raum veröffentlichte Literatur bezieht sich primär auf Kinder bzw. jüngere Jugendliche, auch die Recherche in englischer Literatur zeigte nur wenige Ergebnisse. Das von Gonzalez-Dolginko im Jahr 2020 erschienene Buch „Art Therapy with Adults with Autism Spectrum Disorder“ ist ihre Reaktion auf diesen Mangel an kunsttherapeutischer Literatur für Erwachsene im Autismus-Spektrum. Die Kunsttherapie für Menschen im Autismus-Spektrum hat sich in Österreich noch nicht etabliert. Auf der Website des Österreichischen Berufsverbands für Kunsttherapie (ÖBKT) lässt sich im Pool von Therapeutinnen und Therapeuten der Begriff Autismus sechsmal finden. Eine Erweiterung um den Terminus „Menschen mit Behinderung“ zeigte 14 Treffer, „Menschen mit Beeinträchtigung“ drei Treffer und „Inklusion“ einen Treffer.

Diese Arbeit beschäftigt sich mit den Chancen und Grenzen von kunsttherapeutischen Interventionen bei Menschen im Autismus-Spektrum und dient dem Schließen einer Wissenslücke sowie dem persönlichen beruflichen Fortschritt der Autorin.

Untersucht werden Zugänge und eingesetzte Methoden von Kunsttherapeutinnen und Kunsttherapeuten bei Menschen im Autismus-Spektrum. Zusätzlich befasst sich die Arbeit mit der Frage, welche Chancen und Grenzen die Therapeutinnen und Therapeuten in der Arbeit mit Menschen im Autismus-Spektrum erleben, ob es eine Verbindung zu den Spieltheorien von Huizinga gibt und welche Überschneidungen die drei Kerngebiete Autismus-Spektrum-Störung, Kunsttherapie und Spieltheorie aufweisen. Dafür wurden Professionistinnen und



Professionisten interviewt, die mit Menschen im Autismus-Spektrum kunsttherapeutisch arbeiten. Die Ergebnisse der Interviews wurden mit der Fachliteratur abgeglichen.

Die Masterthesis beginnt mit dem komplexen Themengebiet der Autismus-Spektrum-Störung und beschäftigt sich mit deren Pathogenese, Ätiologie, Diagnostik, Symptomen und den gängigsten Therapieformen. Anschließend werden der Bereich der Spieltheorie allgemein und die Merkmale des Spiels im Besonderen dargestellt. Darauf folgt in Kapitel 4 eine Auseinandersetzung mit der Kunsttherapie. Neben kurzen geschichtlichen Abrissen werden Wirkfaktoren, Rahmenbedingungen, Methoden, Materialien, Richtungen sowie Ansätze der Kunsttherapie behandelt. Weiters wird auf die Thematik Kunsttherapie und Autismus sowie Kunsttherapie und Spiel eingegangen.

Der empirische Teil der Arbeit umfasst neben der Beschreibung des Forschungsdesigns die Auswertung der Daten, die eingehende Beantwortung und Diskussion der Forschungsfragen sowie ein-Resümee der Arbeit mit Ausblick.

## A. Theoretische Abhandlung

### 2. Autismus-Spektrum-Störung

Für diese Arbeit wurde die Begrifflichkeit „Mensch im Autismus-Spektrum“ für Betroffene gewählt, da Autismus keine Krankheit, sondern eine *„neurologische Veränderung ... in Form eines menschlichen Seins“* ist und zahlreiche Selbsthilfegruppen auf diese Bezeichnung zurückgreifen (Theunissen 2014, S. 16).

Laut internationalen Schätzungen der Autistenhilfe Österreich (2022) liegt der Anteil der Menschen im Autismus-Spektrum bei einem Prozent der Gesamtbevölkerung. Nach dem Konventhospital der Barmherzigen Brüder (2022) weichen Studienergebnisse jedoch voneinander ab, *„da teils unterschiedliche Diagnosekriterien herangezogen und Erfassungsmethoden verwenden werden“*. Weiters wird darauf hingewiesen, dass die Zahl der Autismus-Diagnosen seit 1980 angestiegen ist; dies ist auf die bessere Identifizierung und die veränderten Diagnosekriterien zurückzuführen.

*„Es hat den Anschein, dass man, um in der Wissenschaft oder in der Kunst Erfolg zu haben, einen Schuss Autismus haben muss. Zum Erfolg gehört notwendigerweise die Fähigkeit, sich von der Alltagswelt, von einfachen praktischen Dingen abzuwenden, die Fähigkeit, ein Thema mit Originalität zu überdenken, um in der Kreation neue, unberührte Wege zu gehen und alle Begabungen in dieses Spezialgebiet zu lenken.“*  
(Attwood 2010, S. 14)

Silverman (2019, S. 29–45) beschreibt das Leben von Henry Cavendish (\*1731, † 1810), der das Element Wasserstoff entdeckte und eine erste experimentelle Festlegung der mittleren Dichte der Erde traf. Neben seinen herausragenden wissenschaftlichen Fähigkeiten zeigte dieser viele Verhaltensweisen, die diesen heute eindeutig als Menschen im Autismus-Spektrum klassifizieren würden. Ebenso sind in den Beschreibungen von Paul Dirac (\*1902, † 1984), Mitbegründer der Quantenmechanik und Physik-Nobelpreisträger, sowie dem Physiker und Erfinder Nikolaus Tesla (\*1856, † 1943) vom jetzigen Standpunkt aus klare autistische Verhaltensweisen erkennbar (Silverman, 2019, S. 45–49, 240ff).

Bölte (2009a, S. 14) beschreibt, welchen starken Einfluss z. B. der Film „Rain Man“ auf die Allgemeinbevölkerung hatte. Ebenso prägen Filme wie „Forrest Gump“, „House of Cards“, „What’s Eating Gilbert Grape“ und viele mehr das Bild von Menschen im Autismus-Spektrum.

Sowohl der Film „Temple Grandin – Du gehst nicht allein“ als auch das Buch „Eine Anthropologin auf dem Mars“ von Oliver Sacks (1995) haben das Leben von der Dozentin für Tierwissenschaften und Autistin Temple Grandin nachgezeichnet. In Fernsehserien finden sich immer häufiger mehr oder weniger realistisch dargestellte hochfunktionale Autistinnen und Autisten, wie z. B. in „The Big Bang Theory“, „Monk“, „Bones – die Knochenjägerin“ oder „Sherlock“. Die Literatur bietet laut Bölte (2009a, S. 15f) eine Vielzahl an Werken, in denen Menschen im Autismus-Spektrum eine zentrale Figur darstellen. Er hebt das Werk „The Curious Incident of the Dog in the Night-Time“ von Mark Haddon aus dem Jahr 2003 hervor. Bölte (2009a, S. 17) listet eine Auswahl bekannter Persönlichkeiten mit posthum diagnostizierter Autismus-Spektrum-Störung auf, die die Genrevielfalt deutlich zeigen.

Tabelle 1: Auflistung bekannter Persönlichkeiten (Bölte 2009, eigene Darstellung)

Wissenschaft	Charles Darwin, Hans Asperger, Albert Einstein, Henry Cavendish, Srinivasa Ramanujan, Isaac Newton
Politik	Wladimir Iljitsch Lenin, Christian VII. von Dänemark, Carl XII. von Schweden, Thomas Jefferson
Philosophie	Ludwig Wittgenstein, Immanuel Kant, Baruch de Spinoza
Literatur	Hans Christian Andersen, George Orwell
Komposition	Bela Bartok, Anton Bruckner, Ludwig van Beethoven, Glenn Gould
Bildende Kunst	Vincent van Gogh, Wassilij Kandinskij, Michelangelo Buonarroti, Andy Warhol

## 2.1. Entwicklung der Autismus-Spektrum-Störung

Der Terminus Autismus setzt sich aus den griechischen Wörtern autos (auf Deutsch: selbst) und ismos (auf Deutsch: Zustand, Orientierung) zusammen. Der Schweizer Psychiater Eugen Bleuler (1911) verwendete den Begriff Autismus erstmals, um ein Grundsymptom von schizoiden Erkrankungen zu beschreiben. Laut Bölte (2009d, S. 21) wurde damit der Rückzug von der Realität in eine Gedankenwelt während einer schizophrenen Episode beschrieben.

1927 beschäftigte sich Sucharewa mit Kindern, die ein ähnliches klinisches Bild wie die von Bleuler beschriebenen autistischen Auffälligkeiten aufwiesen und benannte es mit „*schizoider Psychopathie*“, so van Elst (2013a, S. 3). Er führt weiter aus, dass Asperger 1944 über Kinder

und Jugendliche mit vergleichbaren klinischen Auffälligkeiten habilitierte und den Begriff der „*autistischen Psychopathie*“ verwendete.

Nach Bölte (2009, S. 22f) führte Asperger in seiner Habilitation 1943 die Arbeit mit vier Jungen im Alter von 6 bis 11 Jahren an. Die Auffälligkeiten der vier Kinder führte Asperger auf genetische Ursachen zurück, die von den Vätern auf deren Söhne vererbt wurden. Auffälligkeiten wie die Verarmung von Mimik und Gestik, ein merkwürdiger Blickkontakt, eine monotone und kaum intonierte Sprache, der Mangel an Aufmerksamkeit, die Neigung zu Aggressivität sowie eine schwer steuerbare, schlecht angepasste sowie schwerfällige und unkoordinierte Motorik wurden erst nach dem dritten Lebensjahr sichtbar. Van Elst (2013a, S. 5) schreibt, dass die Gemeinsamkeiten der von Asperger in seiner Habilitationsschrift beschriebenen vier Kinder heute die wesentlichen Kriterien für die Diagnose Asperger-Syndrom und in weiterer Folge für die Diagnose Autismus-Spektrum-Störung erfüllen.

Im Unterschied zu Asperger ordnete Kanner Autismus den emotionalen Störungen zu, die durch eine Stoffwechselerkrankung verursacht werde. Auch er sprach von einem Naheverhältnis zu schizoiden Erkrankungen. Kanner beschrieb Auffälligkeiten wie Echolalien<sup>1</sup>, Schwächen in der Wahrnehmung von Symbolen und abstrakten Materialien, starke Reaktionen auf Geräusche und Empfindsamkeiten in Bezug auf Veränderungen des Tagesablaufes und der Umgebung (Bölte 2009d, S. 22).

Asperger interpretierte laut Silberman (2019, S. 199ff) den Fokus seiner ausschließlich männlichen Klienten als eine besondere Form der Intelligenz. Kanner hingegen sah darin die Bemühungen des Kindes um elterliche Zuwendung. In einem Artikel sprach er von der Vermutung, dass eine genetische Ursache sehr wahrscheinlich sei, aber auch egoistische, zwanghafte und emotional unterkühlte Eltern Ursache für das autistische Verhalten der Kinder sein könnten. Bezugnehmend auf die Veröffentlichungen von Kanner erarbeitete der Psychoanalytiker und Kinderpsychologe Bettelheim Therapiekonzepte für die ihm anvertrauten autistischen Kinder. Silberman (2019, S. 210) beschreibt die Prinzipien und Praktiken der Psychoanalyse von Bettelheim wie folgt:

*„Die Schule sollte einem einzigen Zweck dienen – es den Kindern zu ermöglichen, den Prozess der Egoentwicklung ... noch einmal von Neuem zu beginnen, nachdem diese Entwicklung durch ‚toxische‘ ... familiäre Einflüsse behindert worden waren.“*

---

<sup>1</sup> Echolalien: Satz- und Wortwiederholungen (Rollett und Kastner-Koller 2018, S. 243).

Laut Silbermann (2019, S. 217) verbreitete Bettelheim den Begriff der toxischen Elternschaft weit über die Fachwelt hinaus und beeinflusste damit maßgeblich angewendete Therapiekonzepte, die die Schuld bei den Eltern verorteten. Bei der jährlichen Tagung der National Society for Autistic Children im Jahr 1971 gestand Kanner seinen Fehler für die stigmatisierende und falsche Hypothese der „Kühlschränkeltern“ ein (Bölte 2009d, S. 24).

Motiviert durch ihre klinischen Beobachtungen forschte die Psychiaterin Wings in den 1970er-Jahren an Kindern mit Autismus. Laut ihren Forschungen gibt es viele Kinder, die nicht alle die von Kanner beschriebenen Diagnosekriterien für Autismus erfüllen, jedoch starke Auffälligkeiten in manchen Bereichen aufweisen. Sie fand viele Übereinstimmungen zwischen den Schriften von Asperger und ihren Forschungen und forcierte die Erweiterung der Diagnose Autismus (Silberman 2019, S. 365f).

Obwohl schon Kanner und Asperger an genetische Ursachen für das Auftreten von Autismus glaubten, konnte dies laut Schaller (2013, S. 65) erst 1977 mit einer Zwillingsstudie von Folstein und Rutter belegt werden. Seither wird die Autismus-Spektrum-Störung zu den Erkrankungen des zentralen Nervensystems und den biologisch bedingten Krankheiten gezählt. Aufgrund der unterschiedlichen Ursachen wird nach Freitag, Kitzerow, Medda, Soll und Cholemkery (2017, S. 18) von einer heterogenen Ätiologie gesprochen. Laut Paschke-Müller, Biscaldi, Rauh, Fleischhaker und Schulz (2013, S. 5) sei es heute unumstritten, dass die Ursachen von Autismus-Spektrum-Störung biologisch begründet sind; nur 10 Prozent der phänotypischen Varianz können durch Umwelteinflüsse erklärt werden.

Silberman (2019, S. 500) beschreibt, dass uralte Gene für das Auftreten von Autismus verantwortlich sind. Diese Gene seien in der Bevölkerung weit verbreitet und treten in unterschiedlichen Konzentrationen auf. Bereits Asperger (1943, zit. n. Selbsthilfegruppe „Leben mit Autisten“ o. J., S. 57) hat beobachtet, dass auffallend viele Eltern – primär die Väter – ähnliche Symptome wie die betreuten Kinder aufwiesen und oft trotz dieser Auffälligkeiten intellektuelle Berufe in hoher Stellung bekleideten. Laut Attwood (2010, S. 165) können bei genauerer Analyse der Familiengeschichte viele exzentrische Persönlichkeiten sowohl aufseiten der Väter als auch aufseiten der Verwandten zweiten Grades genannt werden.

Umwelteinflüsse können – wenn auch nur marginal – Einfluss auf das Entstehen autistischer Verhaltensweisen haben. Nach Freitag (2009, S. 108–111) können extreme Deprivationsbedingungen in den ersten Lebensjahren zu autistischem Verhalten führen. Es wurden Untersuchungen in rumänischen Kinderheimen durchgeführt, in denen Kinder einer

extremen Vernachlässigung ausgesetzt waren. Jene Kinder, die einer Unter- und Fehlernährung, einer hohen Rate an Infektionen, einem Nichtvorhandensein von festen Bezugspersonen, fehlenden Möglichkeiten zum Spielen etc. länger als zwei Jahre ausgesetzt waren, zeigten erhöhte autistischer Verhaltensweisen. Freitag (2009, S. 111) weist jedoch dezidiert darauf hin, dass in diesen Fällen ebenso eine Bindungsstörung vorliegen kann. Mit zunehmendem Alter der Eltern, bestimmter Medikation in der Schwangerschaft oder einer vorgeburtlichen Infektion mit Rötel- oder Zytomegalieviren steigt nach Clausen und Riedl (2016, S. 20) die statistische Wahrscheinlichkeit, ein Kind im Autismus-Spektrum zur Welt zu bringen. Relativierend führen die Autoren an, dass dies sowohl auf erhöhte Mutationswahrscheinlichkeiten als auch auf die oft späte Familiengründung bei Eltern mit autistischen Zügen zurückzuführen sei.

## **2.2. Hauptsymptomkomplexe von Autismus-Spektrum-Störung**

Neben Kommunikation und Sprache werden Wahrnehmungsbesonderheiten und Auffälligkeiten in der sozialen Interaktion sowie repetitive bzw. stereotypische Verhaltensweisen als Hauptmerkmale einer Autismus-Spektrum-Störung angeführt. Zusätzlich weisen Betroffene häufig Auffälligkeiten im emotionalen Bereich, in der Theory of Mind (ToM) und in den exekutiven Funktionen auf.

### **2.2.1. KOMMUNIKATION UND SPRACHE**

Auffälligkeiten in der Spracheentwicklung gehören laut Bölte (2009b, S. 80) zu den meistgenannten Gründen für die Konsolidierung einer Diagnosestelle. Im Gegensatz zu vielen anderen Entwicklungsstörungen zeigt ein Viertel aller Kinder im Autismus-Spektrum eine reduzierte bis gar keine Entwicklung der funktionellen Sprache. Aber auch betroffene Menschen mit entwickelter funktioneller Sprache weisen Auffälligkeiten auf, wie z. B. ein eingeschränktes Vokabular in Bezug auf Emotion und Kognition sowie Neologismen (Wortneuschöpfungen), ein repetitiver Einsatz von Wörtern und Phrasen, Echolalien, die sofortige oder spätere Wiederholung von Worten und Sätzen sowie die Verwechslung von Personalpronomen. Laut Spiel, Gasser, Winkler und Kastner-Koller (2018, S. 243) beträgt die Gesamtprävalenz von Sprachentwicklungsstörungen bei Autismus-Spektrum-Störung 63 Prozent.

Speziell Kinder mit Asperger-Syndrom verfügen jedoch schon in sehr jungen Jahren über einen komplexen Wortschatz und drücken sich gewählt aus. Viele Kinder im Autismus-Spektrum erlernen Sprache laut Attwood (2019, S. 256) eher über das Lesen oder über Fernsehsendungen als von Gesprächen in der Familie. In diesen Fällen lässt sich beobachten, dass die Kinder in Schriftsprache kommunizieren, obwohl das Umfeld in einem ausgeprägten regionalen Dialekt spricht.

Die Sprechweise von Menschen im Autismus-Spektrum führt bei neurotypischen<sup>2</sup> Menschen oftmals zu Irritationen, da diese häufig kontextunabhängig ist und einen monotonen Klang aufweist, so Matzies (2010, S. 13). Attwood (2019, S. 255f) beschreibt eine oft ungewöhnliche, sehr schnelle und extrem verzögerte Sprechgeschwindigkeit sowie Auffälligkeiten in der Lautstärke. Die geschriebene Sprache ist bei Menschen im Autismus-Spektrum der gesprochenen Sprache oft überlegen.

Nonverbale Ausdrucksformen sind Menschen im Autismus-Spektrum häufig nicht in neurotypischem Maße möglich, führt Matzies (2010, S. 13) aus. Deren Mimik und Gestik sind oftmals stark eingeschränkt und das Lesen der Mimik anderer Personen fällt Menschen im Autismus-Spektrum teilweise sehr schwer. Neurotypische Kinder entwickeln laut Rollett (2018b, S. 28) intuitiv die Fähigkeit zur Deutung von Mimik und Gestik und kreieren eine Art Alphabet der Gesichtsausdrücke. Die Kinder lernen, sich in andere hineinzufühlen und entwickeln empathische Fähigkeiten. Bei Menschen im Autismus-Spektrum trifft dies nicht zu. Es bedarf speziell entwickelter Trainingsprogramme, um diese Fähigkeiten zu erlernen und zu entwickeln.

Trotz der Interventionsmöglichkeiten führen die Probleme in der Kommunikation und Sprache häufig zu gegenseitiger Ablehnung, so Lorenz (2020, S. 9). Es entsteht ein erhöhtes Stresslevel und damit einhergehend ein geringeres Selbstwertgefühl mit einer höheren Wahrscheinlichkeit, an Depressionen und Ängsten zu leiden.

### **2.2.2. WAHRNEHMUNGSBESONDERHEITEN**

Rollett (2018b, S. 29) führt Wahrnehmungsbesonderheiten von Menschen im Autismus-Spektrum auf die Scheu zurück, sowohl die nähere als auch die fernere Umgebung selbständig zu erkunden. Im Gegensatz zu Kindern im Autismus-Spektrum erkunden neurotypische Kinder die Welt spielerisch, entwickeln so ihre Sinnesbereiche und integrieren diese Erfahrungen.

---

<sup>2</sup> Neurotypische Menschen: gesunde, psychisch unauffällige Menschen (Bölte 2009e, S. 42).

Kinder im Autismus-Spektrum blockieren die ununterbrochen auf sie einströmenden Sinneseindrücke und lernen somit das geordnete Wahrnehmen der Außenwelt nicht. Folglich können sie aus ihren Wahrnehmungseindrücken keine sinnvolle Auswahl treffen, sind dadurch häufig überlastet und schotten sich ab. Laut Theunissen und Schubert (2010, S. 16) berichten viele Menschen im Autismus-Spektrum über spezifische Sensibilitätsstörungen. Äußere wie körpereigene Reize werden zu schwach oder zu stark wahrgenommen und können nicht gefiltert werden. Dies führt z. B. zu Irritationen durch Atemgeräusche anderer Menschen oder auch zu dem Gefühl, dass der Betroffene taub sei.

Den sensorischen Empfindlichkeiten widmet Attwood (2019, S. 322–345) ein ganzes Kapitel. Die häufigsten Überempfindlichkeiten treten bei den akustischen Wahrnehmungen auf und betreffen 70 bis 85 Prozent der Kinder mit Asperger-Syndrom.

Die Überempfindlichkeit bei taktilen Reizen betrifft nach Attwood (2019, S. 332) 50 Prozent der Kinder mit Asperger-Syndrom. Dies äußert sich sowohl in zwischenmenschlichen Berührungen wie Umarmungen, Körperkontakt bei der Ausübung von Sportarten usw., beim Tragen bestimmter Kleidungsstücke bzw. Stoffe und betreffen manchmal auch nur einzelne Körperteile wie z. B. den Kopf, die Handflächen etc.

Geschmacks- und Geruchsempfindlichkeiten führen zu einem einseitigen Essverhalten sowie Würgereflexen und betreffen mehr als die Hälfte aller Kinder mit Asperger-Syndrom. Überdies ist jedes fünfte Kind mit Asperger-Syndrom laut Attwood (2019, S. 338) von visueller Empfindlichkeit betroffen und reagiert z. B. auf bestimmte Beleuchtungen, gewisse Farben, Lichtreflexe usw. übermäßig stark.

Die auffällige Schmerz- und Temperaturwahrnehmung bringt sowohl in der Über- als auch in der Unterempfindlichkeit große Herausforderungen mit sich. Auf der einen Seite werden relevante Verletzungen und chronische Schmerzen leichter übersehen, auf der anderen Seite werden überempfindliche Menschen oft belächelt (Attwood 2019, S. 341).

Bei einer Reizüberflutung kann es zu einer Überlastung bzw. einem sogenannten Overload oder zu einer intermodalen Störung<sup>3</sup> kommen.

---

<sup>3</sup> Intermodale Störung: Probleme bei der Herstellung der Verknüpfung zweier oder mehrerer Sinnesbereiche (Theunissen und Schubert 2010, S. 16f).



### 2.2.3. SOZIALE INTERAKTION

Auffälligkeiten in der Kommunikation und Sprache haben unvermeidliche Auswirkungen auf die soziale Interaktion. Matzies (2010, S. 13) beschreibt, dass das Fehlen der Wechselseitigkeit in einem Gespräch bei Menschen im Autismus-Spektrum in allen Alterskategorien vorhanden ist. Small-Talk-Situationen sind für Menschen im Autismus-Spektrum besonders herausfordernd. Jugendliche und Erwachsene kategorisieren Themen oft als unwichtig und beteiligen sich daher nicht an den Gesprächen. Kinder hingegen versuchen mitzureden, scheitern jedoch häufig an den Inhalten. Zusätzlich wissen sie nicht, wann sie mit dem Sprechen an der Reihe sind. Bildliche und metaphorische Sprache sowie Ironie und situationsbezogener Humor werden oft nicht oder nur verzögert verstanden und führen häufig zum Rückzug und zur Vermeidung von Gesprächen. Menschen im Autismus-Spektrum fällt die Einschätzung sehr schwer, welches Gesprächsthema für das Gegenüber interessant sein könnte und über welche Informationen der\*die Gesprächspartner\*in verfügt (Spiel et al. 2018, S. 243).

Attwood (2019, S. 259) beschreibt diese Beobachtung folgendermaßen:

*„Es fehlt das Bewusstsein für den Kontext, für soziale Hierarchien und Konventionen und es werden kaum Versuche unternommen, die Kommentare, die Gefühle und das Wissen des Gegenübers zu berücksichtigen.“*

In Fachkreisen wird von der ToM bzw. Mentalisierungsfähigkeit gesprochen. Dies meint die Fähigkeit, sich ein Bild über den inneren Zustand des Gegenübers zu machen. Zum inneren Zustand zählen laut Clausen und Riedl (2016, S. 25f) die Gefühle der Person, deren Bedürfnisse, Intentionen und Gedanken sowie das Vorwissen der anderen Person.

Attwood (2019, S. 143) legt Wert darauf, die auffälligen Verhaltensweisen von Menschen im Autismus-Spektrum nicht mit mangelnder Empathie zu verwechseln.

Fehlender Blickkontakt von Menschen im Autismus-Spektrum stellt nach Matzies (2010, S. 14) in der sozialen Interaktion ein großes Problem dar, nicht selten kann daher kein Gespräch zustande kommen. Neben der Vermeidung des Augenkontaktes führt van Elst (2013b, S. 29) die Auffälligkeit des starren, wenig modulierten Blicks an.

Die meisten Menschen im Autismus-Spektrum wünschen sich laut Matzies (2010, S. 14f) soziale Kontakte, scheitern aber an der sozioemotionalen Gegenseitigkeit und an den unterschiedlich starken Kontaktbedürfnissen.

#### **2.2.4. REPETITIVE UND STEREOTYPE VERHALTENSUSTER, SPEZIALINTERESSEN**

Kinder mit Autismus zeigen häufig stereotype Bewegungsabläufe und Verhaltensweisen, die sie stundenlang durchführen können und bei denen sie zufrieden und glücklich wirken. Kastner-Koller (2018, S. 72f) beschreibt diese als Mittel zur Entspannung. Es entsteht eine Abkapselung von Umwelteinflüssen und vermittelt durch die Monotonie und Vorhersehbarkeit Sicherheit. Das Bedürfnis nach erwartungsmäßigen Tagesabläufen und Verhaltensroutinen wie z. B. einer Reihenfolge der Tätigkeiten am Morgen, einem genauen Ablauf des Tages oder des Arbeitsprozesses sind nach van Elst (2013b, S. 30) markante Bedürfnisse von Menschen im Autismus-Spektrum.

Spezialinteressen dienen Menschen im Autismus-Spektrum zum Einordnen der Umgebung. Die Person erlebt neben der Selbstwirksamkeit das Gefühl, sich ausdrücken zu können. Huber (2009, S. 353) führt diesbezüglich Folgendes weiter aus:

*„Spezialinteressen sind eine äußerst starke, vorwärtstreibende Kraft, bieten Gesetzmäßigkeiten, Struktur, Klarheit und vor allem Orientierung. Im eigentlichen Sinne genau jene Einordnungshilfen, die den traditionellen Menschen dazu befähigen, sich in der Welt adäquat zu verhalten und zu bewegen.“*

Laut Theunissen und Schubert (2010, S. 29) dominiert bei 90 Prozent aller Menschen im Autismus-Spektrum mit einer High-Functioning- oder Asperger-Ausprägung die Beschäftigung mit Spezialinteressen. Trotz dieser wichtigen Funktionen für die Betroffenen werden Spezialinteressen von Familienmitgliedern oft als Belastung beschrieben (Attwood 2019, S. 221, 239). Neben den finanziellen Aufwendungen für die Anschaffung der Materialien und der zeitlichen Integration in den Familienalltag können illegale oder potenziell gefährliche Themen von den Betroffenen ausgewählt werden, wie z. B. Waffen oder Pornografie. Aus Aspergers Habilitationsschrift (1943, S. 51) geht hervor, dass das intensive Nachgehen nach eigenen Interessen oft Anlässe zu Konflikten ab dem Schulalter birgt. Unterbrechungen von Ritualen, Routinen und der Beschäftigung mit Spezialinteressen werden als störend empfunden und nicht selten mit Angriffen gegen die Störenfriede, Wutanfällen oder selbstschädigendem Verhalten beantwortet (Kastner-Koller 2018, S. 72f).

## **2.2.5. WEITERE MERKMALE EINER AUTISMUS-SPEKTRUM-STÖRUNG**

### **2.2.5.1. EMOTIONALE STÖRUNGEN**

Unter emotionalen Störungen verstehen Theunissen und Schubert (2010, S. 16) emotionale Defizite, mangelnde Affektkontrolle oder Schwierigkeiten, eigene Emotionen zu erkennen. Oft sind damit ein geringes Selbstwertgefühl und soziale Ängste verknüpft. Dies führt zur Vermeidung sozialer Kontakte, was wiederum in die Isolation, Vereinsamung und in eine depressive Störung führen kann.

### **2.2.5.2. THEORY OF MIND (TOM)**

In Bezug auf die soziale Interaktion wurde die ToM bereits erwähnt. Der Begriff kann laut Dziobek und Bölte (2009, S. 132f) mit den Begriffen Perspektivenübernahme, Mentalisierung und Empathie bedeutungsgleich verwendet werden und beschreibt nach Hippler und Metzler (2018, S. 174) das Wissen darüber, was ein anderer Mensch denkt, weiß und fühlt. Die ToM inkludiert u. a. das Imitationsvermögen, das Verstehen unterschiedlicher Vorlieben, das Unterscheiden zwischen absichtlichem und unabsichtlichem Verhalten und das Erkennen von Emotionen in Gesichtern. Bei einer mangelnden ToM kommt es zu Fehlinterpretationen von sozialen Situationen und komplexen menschlichen Verhaltensweisen, so Spiel et al. (2018, S. 244). Dies betrifft nicht nur Menschen mit Autismus-Diagnose, sondern auch andere psychiatrische Störungen und ist abhängig von der Intelligenz, der Sprachfähigkeit, der sozialen Kommunikationsfähigkeit und den exekutiven Funktionen.

### **2.2.5.3. EXEKUTIVE FUNKTIONEN**

Unter exekutiven Funktionen fassen Hippler und Metzler (2018, S. 173) jenes Verhalten zusammen, das den Menschen bei der Planung und Durchführung von Aufgaben und Aktivitäten hilft. Menschen mit Problemen in den exekutiven Funktionen haben Schwierigkeiten mit flexiblem Denken, der Impuls- und Emotionskontrolle, der Handlungsplanung, der Selbstbeobachtung, der Selbstorganisation, dem Arbeitsgedächtnis, der Initiative, dem Antrieb und der Aufmerksamkeit. Attwood (2019, S. 285) führt zusätzlich die Problematik an, dass viele Menschen im Autismus-Spektrum falsche Strategien nicht ändern; es scheint, als würden diese nicht aus ihren Fehlern lernen. Dies führt Attwood auf

ein neurologisches Problem in der Funktionalität des Frontallappens zurück und er weist damit darauf hin, dass es sich nicht um ein Problem des Wollens handelt.

## **2.3. Diagnostik**

### **2.3.1. KLASSIFIKATION**

Zur Klassifizierung von Krankheiten gibt es aktuell international zwei Systeme: die International Classification of Diseases (**ICD**) und das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (**DSM**).

#### **2.3.1.1. ICD**

Geschichtlich betrachtet entwickelte sich dieses Klassifizierungssystem auf nationaler Ebene bereits zwischen dem 17. und 19. Jahrhundert. 1893 wurde die erste internationale Klassifikation aufbauend auf vorherigen Konzepten von Jaques Bertillon veröffentlicht, aus dem die heute international gebräuchliche ICD entstand. Nach regelmäßigen Adaptionen übernahm die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Entwicklung und veröffentlichte 1948 die ICD-6 (Freyberger und Dilling 2015, o. A.).

Danach wurden regelmäßig Anpassungen vorgenommen, seit dem 01.01.2022 gilt die ICD-11. Zum besseren Verständnis von Diagnosen und Literatur mit Nutzung der ausgedienten Begrifflichkeiten ist es wichtig, die vergangene Handhabung der unterschiedlichen autistischen Kategorisierungen in der ICD-10 zu kennen.

Frühkindlicher Autismus (F 84.0) wurde diagnostiziert, wenn bereits vor dem dritten Lebensjahr eine abnorme oder beeinträchtigte Entwicklung vorliegt, lokalisiert in den pathologischen Bereichen soziale Interaktion, Kommunikation sowie stereotypen, repetitiven und eingeschränkten Interessens- und Verhaltensmustern (Freitag et al. 2017, S. 4). Bei drei Vierteln der Diagnosen von frühkindlichem Autismus besteht zusätzlich eine Intelligenzminderung (IQ < 70), so Biscaldi (2013, S. 15).

Atypischer Autismus (F 84.1) unterscheidet sich laut Freitag et al. (2017, S. 5) vom frühkindlichen Autismus durch eine Diagnose nach dem dritten Lebensjahr und/oder der Nichterfüllung von pathologischen Bereichen in wechselseitiger Interaktion, Kommunikation oder stereotypen/repetitiven Verhaltensweisen. In der Praxis wird atypischer Autismus nach Biscaldi (2013, S. 15) dann benutzt, wenn die Abgrenzung zu anderen Entwicklungsstörungen

wie z. B. Intelligenzminderung, Sprachentwicklungsstörung usw. oder zu der häufig auftretenden Komorbidität mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) problematisch scheint.

Der sogenannte Asperger-Autismus (F. 84.5) unterscheidet sich vor allem durch eine neurotypische Entwicklung über das dritte Lebensjahr hinaus. Auffälligkeiten im sprachlichen Bereich treten in Form von signifikanten Sprachmelodien, Intonation und sprachlichem Ausdruck auf. Häufig werden auch motorische Ungeschicklichkeiten, isolierte Inselbegabung und Spezialinteressen beobachtet (Freitag et al. 2017, S. 6).

1981 haben DeMayr, Hingtgen und Jackson (Attwood 2019, S. 56) den Begriff „High-Functioning-Autismus“ (HFA) eingeführt und beschreiben damit Menschen, die in der Kindheit klassische Symptome von frühkindlichem Autismus aufweisen, jedoch in den Bereichen Intelligenz, Sozial- und Anpassungsverhalten sowie Kommunikation sehr qualifiziert sind. Die ICD bietet keine eigene Kennziffer für diese Autismus-Ausprägung. Weitere in der ICD gelistete tiefgreifende Entwicklungsstörungen wie das Rett-Syndrom (F 84.2), andere desintegrative Störungen des Kindesalters (F 84.3) und die überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungstereotypien (F 84.4) werden in dieser Arbeit nicht behandelt und werden nur aus Gründen der Vollständigkeit angeführt.

Die ICD-11 ist beim Autismus zu einem Spektrumsbegriff (6A02) übergegangen und kategorisiert nach intellektueller und sprachlicher Entwicklung, so Zimpel (2021, S. 38f).

Tabelle 2: ICD-11-Code für Autismus-Spektrum-Störung (Zimpel 2021, S. 39)

ICD-11-Code	Störung der intellektuellen Entwicklung	Funktionsbeeinträchtigung der Sprache
6A02.0	nein	leicht bzw. nein
6A02.1	ja	leicht bzw. nein
6A02.2	nein	ja
6A02.3	ja	ja
6A02.4	nein	ja (keine funktionelle Sprache)
6A02.5	ja	ja (keine funktionelle Sprache)

### **2.3.1.2. DSM**

Das DSM wird hauptsächlich in Nordamerika verwendet. Nachdem viele psychische Störungen bei den Veteranen des Zweiten Weltkrieges aufgetreten waren, entwickelten die Armee und Veteranenverbände eine umfassende Klassifizierung dieser. Diese wurde 1952 von der American Psychiatric Association übernommen und als erste Ausgabe des DSM veröffentlicht. Aktuell wird Version DSM-V verwendet, die 2013 veröffentlicht wurde (Silberman 2019, S. 402).

Die Erwähnung des autistischen Störungsbildes fand sich erstmals 1952 im DSM-I mit dem Terminus „schizophrene Reaktion in der Kindheit“ ohne eine genauere Definition des klinischen Bildes, so Silberman (2019, S. 401f). Im DSM-II wurde Bettelheims Position der allgemeinen Unausgeglichenheit aufgrund „*nicht erfolgter Entwicklung einer eigenen mütterunabhängigen Identität*“ (Silberman 2019, S. 402f) verwendet. Erst im Jahr 1968 wurde laut Freitag et al. (2017, S. 1) der Terminus Autismus unter der Kategorie „Typische Psychosen im Kindesalter“ im DSM-II aufgenommen.

1980 wurde im DSM-III der Terminus Autismus von der Schizophrenie gelöst und in die Kategorie der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen eingeführt. Als Hauptkennzeichen galten tiefgreifender Mangel an Reaktionsbereitschaft gegenüber anderen Menschen und Widerstand gegen Veränderungen. Durch das verpflichtende Vorhandensein aller angeführten Haupt- und Zusatzmerkmale wie z. B. starke Auffälligkeiten der Sprachentwicklung, bizarre Reaktionen auf die Umwelt sowie früher Krankheitsbeginn von unter 30 Monaten wurde die Störung als selten auftretend wahrgenommen (Silberman 2019, S. 407f).

Erst im DSM-IV wurde nach Angaben von Freitag et al. (2017, S. 1) das Asperger-Syndrom als eigenständige Diagnose aufgenommen und 2013 im DSM-V mit den anderen Diagnosen aus den autistischen Kategorien zu dem Begriff Autismus-Spektrum-Störung zusammengeführt.

### **2.3.2. ABLAUF**

Die Diagnostik bei einem Verdacht auf Autismus-Spektrum-Störung ist sehr umfangreich und sollte laut Bölte (2009c, S. 157) eine psychodiagnostische, körperliche, neurologische sowie genetische Untersuchung beinhalten.

### **2.3.2.1. ANAMNESE**

Als Mindestanforderung führt Bölte (2009c, S. 157) eine detaillierte Anamnese und Elternbefragung zum aktuellen Verhalten der Person sowie strukturelle Verhaltensbeobachtungen an. Freitag et al. (2017, S. 45f) verweisen auf die Relevanz der Fremdbeurteilung durch Dritte wie Kindergartenpersonal, Zeugnisse usw. sowie auf Informationen aus der frühen Kindheit der Betroffenen.

Für die Anamnese ist die Exploration allgemeiner Informationen essenziell. Dafür eignet sich laut Freitag et al. (2017, S. 46f) anfänglich ein Gespräch mit beiden Elternteilen bzw. Bezugspersonen und den Betroffenen selbst. Hierbei kann neben den erhobenen Informationen die Interaktion zwischen den Beteiligten beobachtet werden. Bei einer anschließenden getrennten Erhebung können weitere relevante Details besprochen werden. Eine zentrale Bedeutung weist Riedel (2013, S. 113) vor allem der Anamnese der frühen Kindheit durch die Eltern bzw. Bezugspersonen und der Fremdanamnese der Kindheit durch z. B. Lehrpersonen zu.

### **2.3.2.2. EXPLORATION UND VERHALTENSBEOBACHTUNG**

Freitag et al. (2017, S. 53) beschreiben die Notwendigkeit der Beobachtung von Betroffenen in verschiedenen Situationen in einem möglichst stress- und angstfreien Setting. Eine Adaptierung der Gesprächsinhalte wie z. B. Spezialinteressen und die genaue Beobachtung von Erscheinungsbild, Konzentration, Bewusstsein, Orientierung der Patientin bzw. des Patienten, Auffassung usw. sind essenziell für die psychopathologische Befundung. Freitag et al. führen zusätzlich den Fokus auf Beobachtungen zum inhaltlichen Denken, Befürchtungen und Zwänge, Fehlbeurteilungen der Realität und Wahrnehmungsstörungen an.

Im deutschsprachigen Raum verwenden viele Diagnosestellen die Diagnostische Beobachtungsskala für autistische Störungen (ADOS-2) zur standardisierten Verhaltensbeobachtung. Das Modular ist auf das Alter der zu diagnostizierenden Person adaptiert. Eine valide Diagnose benötigt neben dem Diagnosemanual das Miteinbeziehen eines strukturierten Interviews wie z. B. ADI-R und die direkte Verhaltensbeobachtung (Freitag et al. 2017, S. 55).

Schwierigkeiten ergeben sich laut Attwood (2019, S. 50) bei der Diagnostik von Autismus mit Asperger-Ausprägung, da die subtileren Merkmale mit den genannten Diagnoseverfahren oft nicht eindeutig erfasst werden können.

### **2.3.2.3. ENTWICKLUNGS- UND LEISTUNGSDIAGNOSTIK**

Wie jede kinder- und jugendpsychiatrische Befunderstellung umfasst auch die Abklärung einer Autismus-Spektrum-Störung eine Entwicklungs- und Leistungsdiagnostik. Freitag et al. (2017, S. 57f) führen unterschiedliche mehrdimensionale Testverfahren an. Bei Menschen mit Sprachentwicklungsstörungen, ängstlich-gehemmten Personen oder Personen mit einer anderen Muttersprache sind nonverbale Verfahren zu bevorzugen. Ebenso sind sonstige Auffälligkeiten während der Diagnostik wie z. B. Konzentrationsschwierigkeiten, Hyperaktivität, oppositionelles Verhalten, Überforderung usw. zu berücksichtigen.

Das sehr oft heterogene Leistungsniveau von Menschen im Autismus-Spektrum stellt bei der Diagnostik eine große Herausforderung dar. Eine teilweise Erfassung der Heterogenität kann durch multidimensionale Tests festgestellt werden, die Durchschnittswerte vermeiden. Liegt zusätzlich eine umschriebene Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten wie z. B. Lese- und Rechtschreibstörung, Dyskalkulie usw. vor, muss dies ebenfalls berücksichtigt werden (Freitag et al. 2017, S. 58).

### **2.3.2.4. KOMORBIDITÄTEN UND DIFFERENZIALDIAGNOSEN**

Menschen im Autismus-Spektrum leiden häufig unter Komorbiditäten. Im Kleinkindalter treten laut Freitag et al. (2017, S. 61) meist Entwicklungsverzögerungen, Intelligenzminderung, Schlaf- und Essstörungen, Regulationsstörungen, (auto-)aggressives Verhalten, Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen sowie Ängste auf. Im Schulalter und der Adoleszenz erweitern sich die Komorbiditäten um umfassende zusätzliche Ausscheidungsstörungen, oppositionelles Verhalten, Tic-Störungen, Angststörungen, depressive Episoden, Zwangsstörungen und Suizidalität.



Die relevantesten Differenzialdiagnosen sind laut Freitag et al. (2017, S. 61):

- Sprach- und Sprechstörung,
- Intelligenzminderung,
- stereotype Bewegungsstörung,
- Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung,
- emotionale Störung/Angststörung,
- selektiver Mutismus,
- oppositionelles Verhalten/Störung des Sozialverhaltens,
- Zwangsstörung,
- depressive Episode,
- Bindungsstörung,
- psychotische Störung sowie
- Persönlichkeitsstörung (im Erwachsenenalter).

Neben den psychischen Komorbiditäten muss zur Vermeidung von Fehldiagnosen in einer internistisch-neurologischen Untersuchung geklärt werden, ob genetische Syndrome oder neurologische bzw. somatische Erkrankungen vorliegen (Freitag et al. 2017, S. 61).

#### **2.3.2.5. AKTUELLES FUNKTIONSNIVEAU**

Für die Planung therapeutischer Maßnahmen muss das aktuelle Funktionsniveau erhoben werden. Dafür wird laut Freitag et al. (2017, S. 62f) meist das achtstufige Schema nach Remschmidt verwendet, das das psychosoziale Funktionsniveau von Stufe 0 (gute soziale Funktion) bis Stufe 8 (tiefe und durchgängige soziale Beeinträchtigung) kategorisiert. Die Kodierung dafür sollte die letzten drei Monate umfassen und gibt die Beziehung zu anderen Menschen aus dem Umfeld der\*des zu Diagnostizierenden, die Alltagsfähigkeit, die Leistungsfähigkeit und die soziale Teilhabe mit Gleichaltrigen an. Neben den Einschränkungen sollen Fähigkeiten und Stärken erhoben und für die therapeutische Planung berücksichtigt werden.

#### **2.3.2.6. KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG**

Für eine valide Diagnostik ist laut Duketis und Holtmann (2009, S. 210–213) das Wissen über mögliche körperliche Auffälligkeiten notwendig. Neben Körpergröße, Gewicht und Kopfumfang sind die Erhebung von motorischen Fähigkeiten sowie ein Seh- und Hörtest von Relevanz.

#### **2.3.2.7. AUFKLÄRUNG DER BEZUGSPERSONEN**

Ziel der Diagnosestellung ist, den Betroffenen und deren Umfeld Erklärungen und Handlungsmöglichkeiten zu bieten. Freitag et al. (2017, S. 64) führen explizit an, dass ausreichend Zeit für das Gespräch mit den Bezugspersonen eingeplant werden muss. Neben der Aufklärung über die Entwicklungsstörung ist es von größter Bedeutung, Informationen über sinnvolle Interventionen im schulischen, beruflichen und familiären Kontext sowie rechtliche Aspekte zu vermitteln.

Der Grund für die Abklärung einer Autismus-Spektrum-Störung liegt im Kindes- und Jugendalter meist an Problemen in der Schule, der Ausbildung, zu Hause und/oder in der Freizeit. Van Elst (2013b, S. 25f) beschreibt die Möglichkeit der Diagnostik, auf die Beobachtungen des Umfeldes zurückzugreifen und somit die Fremdanamnese für eine valide Einschätzung nutzen zu können.

Laut van Elst (2013b, S. 26) verfügen erst im Erwachsenenalter zur Diagnostik kommende Menschen meist über eine geringere Symptomatik, höhere Intelligenz, gute Kompensationsstrategien und ein Netzwerk sozialer Unterstützung. Trotzdem können diese im Beruf, der Beziehung und im sozialen Umfeld mit erheblichen Schwierigkeiten zu kämpfen haben.

#### **2.4. Komorbide Störungen**

Noterdaeme (2009, S. 46) definiert Komorbiditäten als „*Das gleichzeitige Vorkommen unterschiedlicher, voneinander abgrenzbarer Erkrankungen bei einer Person*“. Die Bedeutung der Komorbiditäten ist sowohl für die Planung der weiterführenden Therapien und Interventionen als auch in der direkten Arbeit mit den Menschen im Autismus-Spektrum relevant.

Nach Freitag et al. (2017, S. 13f) haben Lai, Lombardo und Baron-Cohen im Jahr 2014 einen Überblick über die häufigsten komorbiden Störungen, Verhaltensauffälligkeiten und internistisch-neurologischen Erkrankungen bei Menschen im Autismus-Spektrum gegeben. Diese sind in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Häufige Komorbiditäten bei Menschen im Autismus-Spektrum (Freitag et al. 2017, S. 13f)

28–44 %	Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen
2–70 %	depressive Störungen
12–17 %	psychotische Erkrankungen
16–28 %	oppositionelle Sozialverhaltensstörungen
bis zu 70 %	aggressives sowie autoaggressives Verhalten
7–24 %	Zwangsstörungen
42–56 %	Angststörungen
4–5 %	Essstörungen
ca. 60 %	Schlafstörungen
45 %	intellektuelle Behinderungen
14–38 %	Tic-Störungen

#### **2.4.1. AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT-/HYPERAKTIVITÄTSSTÖRUNG (ADHS)**

ADHS ist eines der häufigsten Begleitsymptome bei einer Autismus-Spektrum-Störung. Laut Noterdaeme (2009, S. 48) wird bei jüngeren Kindern häufig zuerst ADHS und erst später eine Autismus-Spektrum-Störung diagnostiziert. Attwood (2019, S. 21) weist darauf hin, dass sich die Diagnosen ADHS und Asperger-Syndrom nicht ausschließen. Hyperaktivität kann ebenso eine Reaktion auf Angst oder ein erhöhtes Stresslevel sein. Das komorbide Auftreten von Autismus-Spektrum-Störung und ADHS im Kindesalter kann zu einem erhöhten Risiko für weitere psychische Erkrankungen, zu Schwierigkeiten in der Fokussierung und Affektkontrolle sowie zu Suchterkrankungen führen (Philipsen 2013, S. 200ff).

#### **2.4.2. DEPRESSIONEN**

Radtke (2013, S. 186) beschreibt Verlust von Freude und Interesse, physische und geistige Erschöpfung, Niedergeschlagenheit, Schlafprobleme sowie Aufmerksamkeits- und Konzentrationsprobleme als Symptome einer Depression.

Depressive Erkrankungen kommen bei Menschen im Autismus-Spektrum laut Noterdaeme (2009, S. 50) häufig im frühen Erwachsenenalter vor. Ursache dafür ist der zunehmende Vergleich mit anderen Jugendlichen, die psychosexuelle Entwicklung, die Identitätssuche und daraus resultierende Krisen. Ein höheres kognitives Funktionsniveau, eine höhere Anzahl psychopathischer Symptome und eine geringere soziale Beeinträchtigung von Menschen im Autismus-Spektrum erhöhen das Risiko, eine Depression zu entwickeln. Attwood (2019, S. 178ff) widmet in seinem Buch „Leben mit dem Asperger-Syndrom“ der Depression große Aufmerksamkeit, da jede dritte Asperger-Autistin bzw. jeder dritte Asperger-Autist eine klinisch bedeutsame Depression aufweist. Trotz der Vielfältigkeit an Gründen hierfür führt Attwood die folgenden Aspekte als zentral an:

- langfristige Auswirkungen eines geringen Selbstwertgefühls bzw. der Nichtakzeptanz,
- geistige Erschöpfung, die aus dem ständigen Versuch erwächst, sozial erfolgreich zu sein,
- Gefühl der Einsamkeit,
- Erfahrungen durch Mobbing sowie
- tendenziell eher pessimistische Denkweisen.

In der Adoleszenz stellen Depressionen die häufigste komorbide Störung dar, so Radtke (2013, S. 187). Er führt dies auf Selbstzweifel und das Gefühl zurück, anders zu sein, anders zu denken und anders zu kommunizieren. Das Wegfallen vorhandener Strukturen durch das Verlassen der Schule, den Einstieg in das Berufsleben, den Auszug aus dem Elternhaus u. Ä. sowie die damit einhergehende Notwendigkeit zur Selbstorganisation, Spontanität und Flexibilität erhöhen ebenso die Anfälligkeit für depressive Phasen. Laut Attwood (2019, S. 22f) kann die depressive Reaktion sich entweder internalisiert bzw. in Selbstkritik und Selbstmordgedanken äußern oder externalisiert bzw. mit Kritik an anderen, Frustration oder Wutausbrüchen auftreten.

### **2.4.3. PSYCHOSEN**

Historisch betrachtet besteht zwischen der Autismus-Spektrum-Störung und den schizophreniformen<sup>4</sup> Störungen eine enge Verbindung. Winter (2013, S. 178) beschreibt, dass Bleuler 1911 den Autismus den schizophrenen Grundstörungen zuordnete.

Nach Riedel (2013, S. 126) werden psychotische Episoden bei Menschen im Autismus-Spektrum durch Reizüberflutung ausgelöst, Kennzeichen dessen ist der Rückzug in eine geschützte und sichere Umgebung. Durch den Rückzug klingen die Halluzinationen und Wahnerlebnisse rasch ab, wodurch eine Unterscheidung zu schizophreniformen Störung gegeben sei. Van Elst und Winter (2013, S. 212) sehen diese Abgrenzung in der klinischen Diagnostik nicht ganz so eindeutig und verweisen auf Überschneidungen in den Exekutivfunktionen und in der ToM.

### **2.4.4. OPPOSITIONELLES UND (AUTO-)AGGRESSIVES VERHALTEN**

Nach den Ausführungen von Noterdaeme (2009, S. 49) zeigen Kinder im Autismus-Spektrum mit geringerem Intelligenzquotienten, reduzierten Fähigkeiten im Bereich der expressiven Sprache, hoher sozialer Beeinträchtigung, Einschränkungen der Alltagsfertigkeiten und dem Vorhandensein von repetitiven Verhaltensweisen häufiger Aggressionen als Vergleichsgruppen ohne diese Einschränkungen. Bei einer zusätzlich vorhandenen affektiven Störung wird vermehrt selbstverletzendes Verhalten beobachtet. Die häufigsten autoaggressiven Verletzungen lassen sich mit 48 Prozent am Kopf, mit 27 Prozent an Händen und Fingern, mit 16 Prozent am Rumpf und mit 9 Prozent an Armen und Beinen finden; zum Erhebungszeitpunkt lagen keine Studien über selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit Asperger-Syndrom oder hochfunktionellem Autismus vor.

### **2.4.5. (SOZIALE) PHOBIEN/ANGSTERKRANKUNGEN**

Menschen im Autismus-Spektrum weisen nach Riedel (2013, S. 125) und Radtke (2013b, S. 194) häufig soziale Ängste auf. Zu den Angststörungen zählen soziale Phobien, generalisierte Angststörungen, Panikstörungen und die posttraumatische Belastungsstörung.

---

<sup>4</sup> Schizophreniforme Störungen: Sammelbegriff für vier Ausprägungen: Schizophrenie, Schizophrenia simplex, schizotype Störung und schizoide Persönlichkeitsstörung (Van Elst und Winter 2013, S. 212–221).

Durch das Scheitern zwischenmenschlicher Beziehungen, Mobbing und soziale Ausgrenzung kann ein Mensch im Autismus-Spektrum Ängste entwickeln, die sich meist auf reale Erfahrungen zurückführen lassen. Unvorbereitete Veränderungen und sensorische Überempfindlichkeiten stellen ebenso potenziell angstauslösende Faktoren dar. Vermeidungsverhalten, Rückzug, Verteidigungs- und Verweigerungshaltung, Affektausbrüche und Substanzmissbrauch können sowohl bei Menschen im Autismus-Spektrum als auch bei neurotypischen Menschen die Folge von Ängsten sein. Zusätzlich können selektiver Mutismus und Schulverweigerung Reaktionen auf Ängste sein (Radtke 2013b, S. 193ff).

Körperliche Auswirkungen von Ängsten wie muskuläre Anspannung, Schwitzen, Herzrasen, Beschleunigung der Atmung und Erstarren im Denken verhindern laut Radtke (2013b, S. 195) das Entstehen von problemlöseorientierten Gedanken. Dauern diese körperlichen und psychischen Anspannungen über einen längeren Zeitraum an oder werden intensiv wahrgenommen, kann das nach Attwood (2019, S. 172) zum Zusammenbruch des Realitätssinnes führen; infolgedessen entsteht die Gefahr, dass Wahnvorstellungen entwickelt werden.

#### **2.4.6. ZWANGSSTÖRUNGEN**

Unter Zwangsstörungen werden laut Noterdaeme (2009, S. 61) wiederkehrende Zwangsgedanken und -handlungen sowie stereotype und sich wiederholende Beschäftigungen verstanden, die als quälend und zwecklos empfunden werden. Bei Menschen im Autismus-Spektrum treten nach Riedel (2013, S. 122) sehr häufig stereotype Verhaltensweisen auf, die jedoch im Vergleich zu einer Zwangsstörung keine negativen Auswirkungen nach sich ziehen bzw. bei Nichterfüllung nicht angstbehaftet sind. Demnach kann eine Autismus-Spektrum-Störung gut von einer Zwangsstörung abgegrenzt werden.

Laut Attwoods (2019, S. 174) Ausführungen weisen ca. 25 Prozent der Menschen mit Asperger-Syndrom Symptome einer Zwangsstörung im Kontext von Reinlichkeit, Kritikfähigkeit und Fehler zu machen auf. Er weist explizit darauf hin, Spezialinteressen nicht mit Zwängen zu verwechseln. Auch das Festhalten an Ritualen und Ordnung kann klinisch bedeutsam werden, wenn es als einschränkend empfunden wird; dennoch muss dies von einer Zwangsstörung getrennt werden.

#### **2.4.7. ESSSTÖRUNGEN**

Häufig weisen Menschen im Autismus-Spektrum ein selektives Essverhalten auf und es besteht ein erhöhtes Risiko für Untergewicht, so Isaksson (2013, S. 229). Dies trifft auf alle Ausprägungen der Autismus-Spektrum-Störung zu und tritt meist schon im Säuglingsalter auf. Neben den veränderten Essgewohnheiten lassen sich nach Isaksson (2013, S. 229) häufig ungewöhnliche Präferenzen und Routinen beobachten. Beispiele dafür reichen von einer sehr selektiven Auswahl an Speisen über Wiederkäuen (Rumination) bis zur ungewöhnlichen Verteilung des Essens auf dem Teller. Das Essen von nicht essbaren Gegenständen (Pica) und anorektisches Verhalten kann ebenfalls beobachtet werden.

Eine valide Einschätzung des komorbiden Vorliegens einer Essstörung bei Menschen im Autismus-Spektrum erfordert laut Isaksson (2013, S. 231) eine genaue Analyse des Essverhaltens. Olfaktorische, akustische oder visuelle Hypersensibilität, repetitives Verhalten und Präferenzen können Gründe für vorkommende Gewichtsreduktion und selektives Essverhalten sein.

Auffallend ist, dass bei jungen Mädchen mit Autismus-Spektrum-Störung zu 18 bis 23 Prozent schwere Essstörungen zu finden sind (Attwood 2019, S. 23) .

#### **2.4.8. SCHLAFSTÖRUNGEN**

Kinder im Autismus-Spektrum sind laut Noterdaeme (2009, S. 51) mit einer Häufigkeit von 44 bis 83 Prozent von Schlafstörungen betroffen. Spezielle Untersuchungen bei Jugendlichen mit Asperger-Syndrom haben gezeigt, dass Auffälligkeiten im Schlafrhythmus vermehrt auftreten. Duketis und Holtmann (2009, S. 210) beschreiben, dass bei Menschen im Autismus-Spektrum alle Formen von Schlafstörungen wie Ein- und Durchschlafstörungen, Früherwachen usw. auftreten. Sie sehen die Ursachen dafür sowohl in personenbezogenen Komorbiditäten wie Epilepsie, ADHS, Medikamenten etc. als auch bei familiären Faktoren.

#### **2.4.9. INTELLIGENZMINDERUNG**

Laut einer von Noterdaeme (2009, S. 52) angeführten Studie aus dem Jahr 2003 sind 40 bis 88 Prozent der Menschen im Autismus-Spektrum von Intelligenzminderung betroffen; die Schwankung der Werte ergibt sich aus den unterschiedlichen Erhebungsmethoden zur

Einschätzung der Intelligenz. Rund 40 Prozent davon sind leicht bis mittelgradig betroffen. Noterdaeme (2009, S. 56) definiert Intelligenzminderung als eine

*„[U]nvollständige Entwicklung der geistigen Funktionen, mit besonderer Beeinträchtigung von Fertigkeiten, die zum Intelligenzniveau beitragen, z. B. Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten.“*

Dadurch werden die motorischen und lebenspraktischen Fähigkeiten, die eigenständige Versorgung, die Anpassungsfähigkeiten mit Auswirkungen auf Beruf und Freizeit, die zwischenmenschliche Interaktion, die Gesundheit sowie die Sicherheit beeinträchtigt.

Noterdaeme (2009, S. 57) erklärt, dass sich eine Intelligenzminderung in der Kindheit durch eine Verzögerung von Motorik und Sprache sehr früh zeigt. Die Autismus-Spektrum-Störung kann demnach sehr gut von einer reinen Intelligenzminderung abgegrenzt werden.

#### **2.4.10. TOURETTE-SYNDROM/TICS**

Motorische Tics wie plötzliche, schnelle, unwillkürliche Körperbewegungen und vokale Tics wie unkontrollierte Lautäußerungen ähnlich dem Tourette-Syndrom zählen ebenfalls zu den komorbiden Störungen bei Menschen im Autismus-Spektrum. Laut Attwood (2019, S. 317) entwickeln zwischen 20 und 60 Prozent der Kinder mit Asperger-Syndrom solche Tics in unterschiedlichsten Ausprägungen. Diese reichen von einfachen motorischen Tics wie Augenzwinkern, Schulterzucken, Schnüffeln, Hüsteln, Bellen, Schluckgeräuschen usw. bis zu komplexeren motorischen Tics wie etwa sich drehen, lecken, zwicken, mit den Armen wedeln und Wiederholungen von gerade gehörten Wörtern und Sätzen. Die Tics können mit der Zeit wechseln bzw. aufhören und gehen häufig zwischen dem 10. und 12. Lebensjahr zurück. 40 Prozent der Betroffenen haben mit 18 Jahren ihre Tics abgelegt.

Tics erfolgen unwillkürlich und können von den Betroffenen nicht gesteuert werden. Nach Attwood (2019, S. 318) ist das Informieren des Umfelds wie z. B. Schule, Kindergarten und Familie darüber bedeutend, die Tics zu ignorieren und die Betroffenen vor Übergriffen zu schützen.

#### **2.4.11. MUTISMUS**

Unter Mutismus wird laut Noterdaeme (2009, S. 57) die emotional bedingte Störung der sprachlichen Kommunikation verstanden. Selektiver Mutismus liegt bei Personen vor, die mit vertrauten Personen sprechen, aber in anderen Kontexten wie z. B. Kindergarten, Schule oder



mit Fremden nicht sprechen. Beim Asperger-Syndrom sind nach Angaben von Attwood (2019, S. 176) häufiger Mädchen als Jungen vom selektiven Mutismus betroffen. Ursache dafür ist Angst.

Mutismus tritt laut Noterdaeme (2009, S. 58) oft gemeinsam mit sozialer Ängstlichkeit, Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten, phobischen Störungen, depressiven Störungen, Regulationsstörungen von Schlaf, dysfunktionaler Ernährung und Ausscheidungsfunktionen auf.

## **2.5. Therapieformen und gängigste Interventionen bei Autismus und ihre Wirksamkeit**

Laut Herbrecht, Bölte und Poustka (2008, S. 11) zielen alle therapeutischen Ansätze einerseits auf die Verbesserung des defizitären Verhaltens und andererseits auf den Abbau des dysfunktionalen Verhaltens ab. „Autismus ist nicht kausal behandelbar“, so Herbrecht et al. weiter, sondern benötigt eine individualisierte und langfristige Ausrichtung des Therapieangebotes.

Es wurden zahlreiche Interventionen, Medikationen und Therapien entwickelt. Einige davon sind laut Freitag et al. (2017, S. 42) rückblickend ethisch und moralisch nicht vertretbar wie z. B. die Festhaltetherapie oder sogar schädlich wie das Miracle Mineral Supplement (MMS), das nachweislich darmschädigende Auswirkungen hat. Viele weitere Interventionen wie z. B. Lebensmitteldiäten, Akupunktur, Chiropraktiken, Prismengläser und auditorisches Integrationstraining können aufgrund mangelnder Evidenz nicht empfohlen werden. Als zweifelhaft sind all jene therapeutischen Ansätze zu bewerten, die Heilung versprechen.

Paschke-Müller et al. (2013) kategorisieren die therapeutischen Interventionen in:

### **2.5.1. VERHALTENSTHERAPEUTISCHE INTERVENTIONEN**

*„Bei der Verhaltenstherapie handelt es sich um eine Technik, mit deren Hilfe sich direkt beobachtbare unerwünschte Verhaltensweisen ... behandeln lassen.“* (Roth 2010, S. 229)

Roth (2010, S. 229) führt weiter aus, dass das Verhalten zuerst festgestellt und anschließend durch Modifikation oder neue Verhaltensweisen verändert wird. Dies geht auf den Behaviorismus zurück und ist verankert in der klassischen Konditionierung nach Pawlow, der operanten Konditionierung nach Skinner und dem Imitationslernen nach Bandura (Schirmer 2006, S. 16–20).

Applied Behavior Analysis (ABA), autismspezifische Verhaltenstherapie (AVT) und Early Intensive Behavioral Intervention (EIBI) sind Trainingsmethoden für Menschen im Autismus-Spektrum, die auf verhaltenstherapeutischen Grundlagen basieren. Es wird ein auf das Kind und dessen Familie individuell zugeschnittenes Programm erstellt, das über viele Jahre und zeitlich sehr intensiv durchgeführt wird. Verstärkungen und Konsequenzen des Verhaltens bilden die Basis dieser Programme (Hartmann 2018, S. 122f).

Das Programm Treatment and Education of Autistic and related Communications Handicapped Children (TEACCH) zielt auf die größtmögliche Selbständigkeit sowie Entfaltung des einzelnen Menschen ab und nutzt pädagogische sowie verhaltenstherapeutische Methoden. Laut Hartmann (2018, S. 124f) werden dabei visuelle Strukturen zur Veranschaulichung von Handlungsabläufen genutzt, wodurch es universell einsetzbar ist. TEACCH orientiert sich am realen Lebensumfeld, demnach findet nach Angaben von Symalla und Feilbach (2009, S. 273) dieser Ansatz direkt in den Lebenswelten der Betroffenen wie z. B. in Kindergärten, Schulen und Beschäftigungsangeboten statt.

Das Picture Exchange Communication System (PECS) erweitert laut Lechmann, Diepers, Grass und Pfeiffer (2009, S. 375f) den TEACCH-Ansatz mit dem Ziel, dass die betroffenen Personen das Äußern eigener Wünsche lernen. Die betroffene Person gibt einer kommunikativen Partnerin bzw. einem kommunikativen Partner ein Bildkärtchen, auf dem die gewünschte Aktivität abgebildet ist. Das Gegenüber spricht die Aktivität aus und erfüllt den Wunsch, egal ob die betroffene Person das Wort wiederholt.

### **2.5.2. TRAINING DER SOZIALEN KOMPETENZ**

Trainings der sozialen Kompetenz werden im Gruppensetting durchgeführt und setzen voraus, dass die Personen der Klientel über verbale und intellektuelle Fähigkeiten verfügen, so Biscaldi und Paschke-Müller (2013, S. 294). Die Programme SOKO-Autismus und KONTAKT zielen auf die Verbesserung der Alltagsfähigkeiten zur Erweiterung der Selbständigkeit, den Erwerb sozialer Erfahrungen und Kompetenzen in Gruppensituationen sowie auf die Erweiterung der Kommunikationsfertigkeiten ab. Das KOMPASS-Kompetenztraining bietet ein Manual zu Gruppen- und Einzelinterventionen mit Themen wie Emotionen, Small Talk und nonverbale Kommunikation.

### **2.5.3. MUSIKTHERAPIE**

Das gemeinsame emotionale Erleben der Musik von Therapeutin bzw. Therapeuten und Klientin bzw. Klienten wirkt laut Schuhmacher (2001, S. 33) einer schweren Kontakt- und Beziehungsstörung entgegen. Musik stellt auch ohne Körper- und Blickkontakt eine zwischenmenschliche Beziehung her. Wenn Personen der Klientel gemeinsam mit Therapeutinnen und Therapeuten musizieren, werden die eigenen Gefühle hörbar und die Empfindungen der anderen Personen wahrnehmbar.

### **2.5.4. PHARMAKOLOGISCHE INTERVENTIONEN**

Häufig wird Medikation gegen komorbide Erkrankungen wie Hyperaktivität, Schlafstörungen und depressive Symptome als Teil eines ganzheitlichen Behandlungskonzeptes eingesetzt, so Elpers (2006, S. 107). Es handelt sich dabei um Neuroleptika (z. B. Risperdal), Antiepileptika (z. B. Carbamazepin) oder Antidepressiva (z. B. Anafranil). Auffallend oft sprechen Menschen im Autismus-Spektrum bereits auf geringere Mengen des Medikamentes an, als empfohlen wird. Hartmann (2018, S. 132f) weist explizit darauf hin, dass bei Personen aus der Klientel sowohl zu starke als auch zu schwache Reaktionen auf eine Medikation zu erkennen seien; gegen das Störungsbild des Autismus selbst gibt es derzeit keine Medikation. Die medikamentöse Unterstützung kann den Betroffenen helfen, sich besser auf die begleitenden therapeutischen Maßnahmen einzulassen. Dadurch kann langfristig die Lebensqualität der Betroffenen verbessert werden.

### **2.5.5. PSYCHOTHERAPIE**

Psychotherapie eignet sich sowohl für Eltern bezüglich eines besseren Umgangs mit den schwierigen Situationen als auch für Menschen mit Asperger-Syndrom, wenn der\*die Therapeut\*in die Therapie an die Bedürfnisse der Klientel anpasst. Nach Attwood (2019, S. 376) müssen neben den sprachlichen Besonderheiten der Faktor Zeit, ein klarer, strukturierter und systemischer Ansatz sowie eine angepasste Rolle der Therapeutin bzw. des Therapeuten an die Zielgruppe berücksichtigt werden.

Die häufigsten Therapieziele einer Psychotherapie bei Menschen im Autismus-Spektrum sind nach Peters, Ebert, Fangmeier, Lichtbau, Biscaldi und van Elst (2013a, S. 275) die Förderung der Selbstakzeptanz, das Erlernen von Strategien im Umgang mit den eigenen Kerndefiziten,

eine bessere Kontrolle der Schwierigkeiten in der Kommunikation und Interaktion, Techniken zum Umgang mit Stress und das optimale Nutzen der eigenen Stärken.

#### **2.5.6. WEITERE INTERVENTIONEN**

Robert Zaslow entwickelte in den 1950er-Jahren die Festhaltetherapie mit dem Ziel, das Kind aus der Klientel empfänglicher für Interaktion und Kommunikation zu machen (Schirmer 2006, S. 16). Dabei wurden die betroffenen Kinder zum Teil täglich und über mehrere Stunden gehalten, um Vertrauen und Zuwendung körperlich zu erfahren und so das fehlende Urvertrauen aus den ersten Lebensmonaten nachzuholen. Laut Hartmann (2018, S. 133) blieb der versprochene Erfolg der langfristigen Verbesserung aus und es kam teilweise zu aggressiven Auseinandersetzungen.

Tiergestützte Interventionen bedürfen nach Hartman (2018, S. 131f) einer gewissenhaften Vorbereitung und werden am häufigsten mit Hunden, Pferden und Meerschweinchen durchgeführt. Diese fördern den Aufbau von Verantwortungsbewusstsein und Empathie. Matzies (2006, S. 92) weist darauf hin, dass Tiere das Gefühl von Einsamkeit mindern, von Ängsten ablenken, das Selbstbewusstsein stärken und sich somit positiv auf die Gesundheit und die Lebensfreude auswirken können.

Unter dem Begriff des psychoedukativen Elterntrainings verstehen Freitag et al. (2017, S. 25f) die Schulung der Eltern als Ansprechpersonen für ihr Kind im Autismus-Spektrum. Speziell bei Eltern mit erst kürzlich diagnostizierten Kindern ist es wichtig, über grundlegendes Wissen und Behandlungsmöglichkeiten zu informieren. Die regelmäßige professionelle Unterstützung der Angehörigen ist angesichts der Komplexität des autistischen Störungsbildes äußerst relevant, so Rollett (2018a, S. 45).

Selbsthilfegruppen eignen sich aufgrund geringerer Einschränkungen besonders für Menschen mit Asperger-Syndrom, so Döhle (2013, S. 322). Asperger-Autistinnen und -Autisten sind in Gemeinschaft mit anderen Betroffenen entspannter, lebhafter und kommunikationsbereiter als im Umgang mit neurotypischen Menschen. Selbsthilfegruppen formieren sich sowohl online als auch face-to-face, moderiert sowie unmoderiert.

Die Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie (AIT) wurde aufbauend auf den Beobachtungen von entwicklungs- und/oder kommunikationsgestörten Kindern und Erwachsenen entwickelt. Im Zuge dessen wurde laut Hartmann und Jakobs (2006, S. 57) erkannt, dass Kinder, die andere

Menschen nicht imitieren, aufmerksamer wurden, wenn sie selbst imitiert wurden. Auf diesen Wahrnehmungen basiert das Konzept der gegenseitigen Beobachtung und Imitation.

Unterstützte Kommunikation (UK) eignet sich für Menschen ohne funktionale Sprache. Mithilfe von Gebärden, Symbolen, Bildern, Zeichen und Spielen werden Verständigungsmöglichkeiten aufgebaut, so Hartmann (2018, S. 125). Das PECS nutzt Bilder als Basis für die Kommunikation und wird allgemein zur Förderung von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen eingesetzt (Hartmann 2018, S. 125).

Carol Gray entwickelte laut Matzies (2010, S. 53f) das Konzept der Social Stories mit dem Ziel, *„soziale Informationen in bedeutsame Texte und Illustrationen zu übersetzen.“* Gray nutzte dafür einfache Zeichnungen, in denen sie Gefühle, Gedanken und Absichten mithilfe von Sprechblasen verdeutlichte.

FASTER wurde an der Freiburger Universität aus Mangel an Manualen für das Gruppen- und Einzelsetting für die Arbeit mit erwachsenen Menschen aus der Klientel entwickelt und enthält psychoedukative, therapeutische, sozialpsychiatrische und übende Elemente (Peters, Ebert, Fangmeier, Lichtblau, Biscaldi und van Elst 2013b, S. 300).

### 3. Spieltheorie

#### 3.1. Allgemein

*„Mit dem Kind kommt das Spiel immer wieder auf die Welt. ... Über die Möglichkeiten des ‚Denk-Raumes‘, Verhaltensweisen und mögliche Reaktionen der Umwelt ‚durchzuspielen‘, erlernt es einmal die Struktur eines Möglichkeitsdenken.“ (Künsting 1988, S. 43)*

Viele berühmte historische Philosophinnen und Philosophen wie z. B. Heraklit, Platon, Schlegel, Schiller und Nietzsche haben im Spiel die Erfüllung des Menschseins gesehen (Hüther und Quarch 2018, S. 78). Das spiegelt sich in der Sprache durch die vielfachen Verknüpfungen des Wortes Spiel wider, wie z. B. Spieltrieb, Spiellust, Glücksspiel, „Du hast verspielt“, das Spiel ist aus usw. Das Wort „Spiel“ leitet sich vom althochdeutschen Wort „spil“ ab, das sowohl Tanz, Schauspiel, Musik und Scherz meint (Wetzel 2005, S. 10). Wetzel führt weiter aus, dass sich im alltäglichen Sprachgebrauch der Begriff Spiel von der Arbeit durch „Zweckfreiheit, Freiwilligkeit und Unabhängigkeit von Realitätszwängen“ abgrenzt. Auch vom gegensätzlichen Terminus „Ernst“ grenzt sich das Spiel durch dessen variable Zeiterfahrung, das intensive Erleben und das lustbetonte Tun ab. Kögler (2009, S. 12) führt die Realität als das Gegenteil des Spiels an. Die bedrohlich erlebte Realität kann im Spiel unerträgliche Konflikte und Emotionen entschärfen und zu neuen spielerisch gestalteten Potenzialen führen. Das lateinische Wort „ludere“ lässt sich im Begriff des homo ludens (auf Deutsch: der spielende Mensch), wiederfinden. Es beinhaltet zusätzlich die Aspekte Belustigung, Spaß und Scherzen (Lazar 2009, S. 32f).

Das Spiel ist laut Hüther und Quarch (2018, S. 23) im Gehirn tief verankert. Die Autoren verweisen beispielsweise auf Theateraufführungen für Mithäftlinge in den Vernichtungslagern des NS-Regimes als Versuch, das Leben erträglicher zu machen.

Über das Spiel als lustvolle, fröhliche, emotional getönte, genussintensive, intrinsisch motivierte und zweckfreie Tätigkeit sind sich Expertinnen und Experten der verschiedenen Professionen einig (Kauke 1992, S. 64). In den weiteren Ausprägungen herrscht weniger Konsens.

### **3.2. Merkmale des Spiels**

1938 veröffentlichte der niederländische Psychiater Johan Huizinga das Buch „Homo ludens“. Thematisiert werden Merkmale des Spiels, die in den wissenschaftlichen Spieltheorien Anwendung finden.

#### **3.2.1. FREIHEIT**

„Alles Spiel ist zunächst und vor allem ein freies Handeln. Befohlene *Spiele sind keine Spiele mehr.*“ (Huizinga 2007, S. 12)

Laut Wetzel (2005, S. 89) beschrieb bereits Friedrich Schiller das Spiel als Freiheit von Zwang und als Handeln, das seinen Zweck in sich selbst hat. Streeck-Fischer (2009, S. 18) verdeutlicht, dass es kein verordnetes, erzwungenes Spiel gibt. Durch die Abwesenheit von Zwang und Druck bedrängt den Menschen laut Hüther und Quarch (2018, S. 20, 122, 87) nichts mehr und die Angst verschwindet. Es entsteht ein Gefühl von Freiheit und Lust. Das Spiel eröffnet somit Freiräume. Belehrungen, Erwartungen oder Erziehungs- und Bildungsmaßnahmen behindern das Spiel und führen bei Kindern zum Beenden ebendieses. Auch Stern (2005, S. 13) beschreibt die Beobachtung, dass Erwachsene über das spielende Kind „herfallen“ und es zwingen, sich Erwartungen und Vorstellungen anderer anzupassen.

#### **3.2.2. UNEIGENTLICHKEIT**

Huizinga grenzt mit dem Merkmal der Uneigentlichkeit das Spiel vom gewöhnlichen Leben ab, so Wetzel (2005, S. 22). Spielsituationen sind gleichermaßen real und nicht real, ernst und nicht ernst. Streeck-Fischer (2009, S. 17f) beschreibt das Spiel als ein versuchsweises Aushandeln von Bedürfnissen, Konflikten und Erfahrungen. Dafür wird ein Spielraum bereitet, der Übergänge zwischen Realität und Fantasie ermöglicht. Diese Räume werden auch intermediäre oder potenzielle Räume genannt und bieten die Möglichkeit, etwas Neuem sowie Schrecklichem ohne reale Folgen zu begegnen. Wetzel (2005, S. 43) verweist auf Winnicott, der diese als Räume der Fantasiebildung zwischen innerer und äußerer Realität beschreibt. Flugzeugpilotinnen und -piloten üben und finden beispielsweise Lösungen für mögliche auftretende Komplikationen in Simulatoren. In diesen erleben sie wiederholt unmögliche oder gefährliche Situationen (Stern 2016, S. 19).

Als Kern des Spielens beschreibt Kauke (1992, S. 63, 138) eine „*aktionale, handelnde Auseinandersetzung mit einem Stück real begegnender Welt*“. Die äußere Aktivität schließt

eine innere Aktivität ein. Somit dient das Spiel auch als psychischer Regulationsmechanismus, wie es bei Gedankenspielen vor Entschlüssen sichtbar wird. Im Spiel ist es möglich, das Leben in die Vergangenheit zurückzuspulen und die Zukunft vorwegzunehmen sowie sich spielerisch auszuprobieren (Kauke 1992, S. 159). Fuchs (2018, S. 2) spricht von Möglichkeitsräumen, in denen das Szenario „als-ob“ im sicheren Rahmen ausprobiert werden kann.

Ein wichtiger Teilaspekt des Merkmals der Uneigentlichkeit ist die Ernsthaftigkeit. Huizinga (2007, S. 8ff) selbst definiert die Begriffe Spiel und Ernst nicht als Gegensätze. Auch Stern (2016, S. 9, 13, 95) weist darauf hin, dass das Spiel ernst zu nehmen ist.

### **3.2.3. ABGESCHLOSSENHEIT UND BEGRENZTHEIT**

Ein weiteres Merkmal ist laut Wetzell (2005, S. 23) ein abgegrenzter, herausgehobener und geschützter Spielraum. Damit die Freiheit des Spiels nicht in Unverbindlichkeit und Willkür umschlägt, bedarf es der Beschränkung von Raum, Material und Zeit. Hüther und Quarch (2018, S. 135) sprechen diesbezüglich von der *„Garantie der Freiheit, die es braucht, um das Unberechenbare, Unverfügbare, das Heilige und Unfassbare darzustellen“*. Selbst unter widrigen Umständen und in großen Nöten *„malten sich die Menschen ihre unerfüllten Wünsche in der Vorstellung aus“* (Kauke 1992, S. 25).

Laut Stern (2005, S. 19) werden Regeln und Rituale des Spiels nie als Einschränkungen, sondern als Möglichkeiten empfunden. Deren Wirkung ist auch nach Ende des Spiels nicht abgelaufen, so Huizinga (2007, S. 23).

### **3.2.4. WEITERE MERKMALE DES SPIELS**

Caillois erweiterte anhand seiner Untersuchungen zum Thema „Die Spiele und die Menschen“ Huizingas Merkmal mit dem Aspekt der *„Ungewissheit des Ausgangs“* (Wetzell, 2005, S. 11, 25). Verlauf und Ergebnis sind weder vorher- noch absehbar und lassen das Spiel spannend und lustvoll erlebbar werden. Der Aspekt des Gewinns – materiell oder ideologisch – ist damit eng verbunden. Als Spielmotivation werden neben Wettbewerb, Kampf und Rivalität noch Willkür, Rausch und Illusionskraft angeführt.

*„Wer wirklich spielen will, braucht Mitspieler“*, so Hüther und Quarch (2018, S. 121). Damit sind nicht nur Menschen oder Tiere, sondern auch Puppen, Häuser, fiktive Personen usw. gemeint. Stern (2016, S. 20) beschreibt das freie kindliche Spiel als ein Spiel des Kindes mit sich und der Welt.



## 4. Kunsttherapie

Sinapius (2021, S. 141f) verweist auf die dem Begriff Kunsttherapie inhärente Schwierigkeit. Dies ist auf unterschiedliche Begründungssysteme zurückzuführen, aus denen die Begriffe „Kunst“ und „Therapie“ stammen. Als „Kunst“ wird sowohl ein singuläres Werk als auch die Gesamtheit von Werken bezeichnet. Der Therapiebegriff bezeichnet ein medizinisches Heilverfahren von Krankheiten. Wenn Krankheit als intersubjektives Geschehen neben körperlichen und seelischen auch leibliche und soziale Phänomene beinhaltet, kann die künstlerische Praxis als Chance zur Sichtbarmachung sozialer Prozesse untersucht, übersetzt und strukturiert werden.

Entstanden ist die Kunsttherapie laut Mechler-Schönach (2012, S. 21f) aus zwei Disziplinen, die selbst auf eine Vielfalt an unterschiedlichen Konzepten zurückgreifen können: zum einen die Kunst(-wissenschaft) und zum anderen die Psychotherapie mit all ihren Formen. Diese Vielfalt erschwert die exakte Einordnung, Konkretisierung und Positionierung in der Therapielandschaft dieser jungen Therapierichtung.

Menzen (2000, S. 21) führt diesbezüglich eine Aussage des Malers Caspar David Friedrich an: *„Ein Bild soll nicht erfunden, sondern empfunden sein.“* Er definiert Kunsttherapie wie folgt:

*„In der Kunsttherapie geht es um einen innerpsychologischen Formbildungs- und Gestaltungsvorgang, der sich in der bildnerischen Formdynamik eines ästhetischen Mediums spiegelt.“* (Menzen 2000, S. 5)

In den letzten Jahren etablierte sich laut Schmeer (2003, S. 39) ein lösungs- und ressourcenorientierter Ansatz in der Kunsttherapie. Dieser übt einen großen Erfolgs- und Leistungsdruck auf die Kunsttherapeutinnen und -therapeuten aus. Deren Zugang besteht hingegen aus der Entwicklung von Alternativen und der Arbeit am nächsten Schritt. Türk (1986, S. 40) hebt die Mobilisierung der seelischen Kräfte und den günstigen Einfluss auf physiologische Vorgänge von schöpferischem Tun hervor. Die Kunsttherapie ist nach Kramer (2018, S. 21, 239) Kunst in ihrer primitivsten Form. Diese birgt die Chance, zu experimentieren und zum Verständnis von manchen Fragen beizutragen. Kunsttherapie kann in vielen schwierigen Situationen wie etwa Hitze, Kälte, Platzmangel, Gewalttätigkeiten, Unordnung usw. bestehen und Unterstützung bieten. Ausschließlich übermäßige synthetische Erlebnisse stehen den Wirkfaktoren der Kunsttherapie im Weg.

Kunsttherapie findet im Hier und Jetzt statt (Vopel 2021, S. 13). In einer sicheren Atmosphäre kann ein\*e Klient\*in kreative Wagnisse eingehen. Im besten Fall entsteht eine Trance, in der alte Verhaltensweisen aufgegeben werden können und Veränderungen stattfinden.

#### **4.1. Geschichte der Kunsttherapie**

Die Kunsttherapie ist eine sehr junge Therapieform, die Anfänge lassen sich laut Thomas (2007, S. 13f) um 1920 verankern. Die bereits Mitte des 19. Jahrhunderts in privaten Hospizen vorhandenen Malateliers dienten vorwiegend zur Beschäftigung und gegen Langeweile und Müßiggang. Das 1922 veröffentlichte Buch „Die Bildnerie der Geisteskranken“ des Heidelberger Psychiaters Hans Prinzhorn setzte sich erstmals mit der Psychologie und Psychopathologie der Gestaltung auseinander. Die zwischen 1919 und 1921 von Prinzhorn gesammelten Bildnerieen psychisch kranker Menschen nutzte er als weiteren Zugang zur Psyche der Patientinnen und Patienten. Zusätzlich stellte er seine Sammlung 1922 erstmals öffentlich aus und beeinflusste damit Künstler\*innen dieser Zeitepoche wie Paul Klee, Alfred Kubin, Max Ernst, Andre Breton und Jean Dubuffet.

Edith Kramer entwickelte Mitte des 20. Jahrhunderts eine auf der Psychoanalyse von Freud und ihrer eigenen künstlerischen Praxis basierende Kunsttherapie, so Herschbach und Klein (2021, S. 15). In den 1930er-Jahren gestalteten Margarethe Hauschak und Ita Wegmann eine Kunsttherapie im Sinne der anthroposophischen Lehre von Rudolf Steiner.

Laut Thomas (2007, S. 14) wurden die kunsttherapeutischen Therapien in Deutschland mit dem Aufkommen der medikamentösen Therapien in den Hintergrund gedrängt und fanden erst um 1992 wieder vermehrt Anwendung.

Aktuell gibt es in Österreich keine einheitliche Ausbildung zur Kunsttherapeutin bzw. zum Kunsttherapeuten. Der Fachverband für Kunst- und GestalttherapeutInnen (ÖFKG, 2021) hat ein Curriculum mit Mindeststandards entwickelt, das sich an internationalen Maßstäben orientiert (Fachverband für Kunsttherapie, 14.8.2021). Ziele dieses Fachverbands sind neben der Anerkennung der Gestaltungs- und Kunsttherapie als eigenen Beruf auch das Anbieten von Aus- und Weiterbildungen, Förderungen der Forschungen, das Etablieren und Verbreiten dieser Therapieform und die Zusammenarbeit auf nationaler und internationaler Ebene mit anderen Verbänden. Der Fachverband strebt an, als Kommunikationsplattform für Kunsttherapeutinnen und -therapeuten zu dienen.

Der ÖBKT (2021) ist ein unabhängiger autonomer Zusammenschluss von diplomierten Kunsttherapeutinnen und -therapeuten, engagiert sich für die Anerkennung dieser

therapeutischen Richtung als eigenen Beruf und bietet eine Vielzahl wichtiger Informationen wie u. a. einen Kunsttherapeutinnen- bzw. Kunsttherapeutenpool.

Vopel (2021, S. 9) ist überzeugt, dass das Interesse an kunsttherapeutischen Methoden in den nächsten Jahren zunehmen wird. Innere Entspannung, Ausdruck von Gefühlen, Förderung persönlicher Stärken, Persönlichkeitsentwicklung, Impulse zur Gruppenintegration, Entwicklung von veränderten Bewusstseinslagen, Förderung von Optimismus sowie Kultivierung eines starken Ichs können mittels vergleichsweise einfacher Mittel erreicht werden.

#### **4.2. Wirkungsweise der Kunsttherapie**

Kreatives Tun braucht nicht erlernt zu werden, es wird den Menschen laut Hutterer (2020, S. 67) in die Wiege gelegt. Jedoch muss es von den Menschen wiederentdeckt, zurückerobert und weiterentwickelt werden. Das gestalterische Handeln stellt in der Kunsttherapie das Medium dar (Weisbach 1986, S. 187). Basierend auf dem Prozess des Schöpfens erlebt der Mensch, dass das eigene Handeln und Tun zu etwas führt, das es zuvor nicht gegeben hat.

Menzen (2000, S. 7, 18) verweist auf Pestalozzis Erkenntnis, dass das Tun die fünf Sinne nährt und verfeinert. Diese Verfeinerung der Wahrnehmung und Empfindung hilft den Menschen beim ganzheitlichen Begreifen und Erinnern. Somit fördert die Kunsttherapie laut Gaiss (2021, S. 160, 162) „*die Sinne als Instrumente der Wahrnehmung*“. Das ästhetische Spiel und das Erproben verschiedener Materialien und deren Möglichkeiten im Tun in einem sicheren Umfeld ermöglichen nachhaltig ästhetische Erfahrungen, steigern das Selbstbewusstsein und führen durch Reflexion zu einer Erweiterung der Selbsterkenntnis. Auch die Qualität der Wahrnehmung der Umgebung und die Erfahrungen vielseitiger Gestaltungsalternativen bilden die Grundlagen jeglicher Lern-, Entwicklungs- und Erkenntnisprozesse.

Waid (2020, S. 25) schreibt vom Erleben der Selbstwirksamkeit beim Malen in einer selbstbestimmten Atelierarbeit, mit Materialfreiheit und im Kontakt mit anderen Kreativen.

Menzen (2020, S. 90) beschreibt dies folgendermaßen:

*„Psychologisch macht es einen gewaltigen Unterschied aus, ob einer einige Male pro Woche ein interessantes Gespräch mit seinem Arzt führt, dessen Ergebnis irgendwo in der Luft hängt, oder ob er stundenlang mit widerspenstigen Pinseln und Farben sich müht, um etwas, ... zusammenzubringen.“*

Kunsttherapeutische Interventionen erweitern sowohl persönlichkeitsstabilisierende als auch soziale, kommunikative und konfliktlösende Kompetenzen (Preß 2021, S. 79). Kunsttherapie

ermöglicht ein Nach-außen-Bringen und bildnerisches Durchspielen emotionaler Begegnungen und Lösungswege, so Müller (2021, S. 91, 95). Prozessorientiert regt die Kunsttherapie kreative Wege zur Stabilisierung des Wohlbefindens an und kann zum einen Außen- und Innenwelt verbinden und zum anderen Bewusstes und Unbewusstes darstellen. Bildnerischen ermöglichen sowohl verbale als auch nonverbale Selbstkommunikation und Kommunikation mit anderen. Laut Aissen-Crewett (2002, S. 13) wird die psychische Dynamik einer Person durch die Kunst wirkungsvoller als durch den verbalen Ausdruck offenbart, der in der Regel als bedrohlicher angesehen wird. Die Möglichkeit des Projizierens innerer Konflikte in eine sichtbare Form und deren Nutzung als Ausgangspunkt für Selbstevaluationen, Analysen und/oder Gespräche sind Chancen der Kunsttherapie. Durch das kreative Tun können Defensivmechanismen beseitigt werden, die Konzentration kann auf den bildnerischen Prozess gelegt werden und die Teilnehmenden erleben die Eigenwirksamkeit. Kinder können nach Waid (2020, S. 20) und Hutterer (2020, S. 68) nicht nicht kreativ sein. Die Kreativität begleitet das Kind in dessen Individualisierung und Selbstwahrnehmung. Häufig sind Kinder durch Stress, Angst, Druck und Bewertungen gehemmt und verlieren den Kontakt zu ihrer eigenen Kreativität. Diese gilt es auch im Erwachsenenalter wiederzuentdecken, zu fördern und weiterzuentwickeln. Beim Einlassen auf eine kreative Arbeit mit Materialien gestalten Menschen nicht nur ihre Welt, sondern auch ihr Gehirn. Nachhaltige und tiefgehende Lernprozesse ziehen funktionell-strukturelle neurobiologische Veränderungen nach sich. Hutterer (2020, S. 67) beschreibt die Notwendigkeit von Möglichkeitsräumen, in denen das eigene Tun frei von Anweisungen und äußeren Zwängen passieren kann. Herschbach (2021, S. 8) sieht in den Möglichkeitsräumen bzw. in seinen Worten Erfahrungsräumen die einzige wirkliche Gemeinsamkeit aller Ansätze in der Kunsttherapie. Die in den Erfahrungsräumen entstehenden Resonanzen machen emotional-kognitive Reaktionen erfahrbar und leiten mögliche Veränderungen und Wandlungen ein.

*„Schöpferische Arbeit kann einem Kind helfen, sich innerlich auf eine neue Situation vorzubereiten oder Angst zu bewältigen.“ (Kramer 2018, S. 73)*

Ebenso wurde der therapeutische Wirkfaktor auf die Stärken der Person im Sinne der Ressourcenaktivierung laut Theunissen und Schubert (2010, S. 126) empirisch nachgewiesen. Dieser ist heute häufig Basis der kunsttherapeutischen Haltung.

### **4.3. Rahmenbedingungen**

Die Ansprüche an den physischen Raum sind je nach Konzept und Anzahl der Teilnehmenden unterschiedlich, wie aus den folgenden Zeilen hervorgeht: Vopel (2021, S. 17) formuliert als Voraussetzung einen großen Raum mit unempfindlichem Boden, Wasseranschluss und Wänden, auf denen Bilder aufgehängt werden können. Weiter soll der Raum über genügend Tageslicht, gute Beleuchtung, Tische mit ausreichend Platz und speziellem Platz für die verbale Arbeitsphase verfügen. Der Raum sollte zudem akustisch abgeschirmt sein, um die Konzentration der Teilnehmenden zu gewährleisten. Für ihr Konzept der Ausdrucksmalerei beschreibt Egger (2002, S. 14ff) die Anforderungen an den physischen Raum als einen ohne spezielle Einrichtung, ohne Fenster nach außen, ohne Tische, ohne Staffeleien und ohne Sitzmöglichkeiten. Der Fluss der Gefühle und Gedanken soll nicht unterbrochen werden. Ähnliche Anforderungen stellt Stern an seinen „Malraum“. Kramer (2018, S. 56) benötigt in seinem Atelier für Kunsttherapie fließendes Wasser, einen großen Ausguss und viel Raum zur Aufbewahrung der fertigen und unfertigen Arbeiten.

Der zeitliche Rahmen ist nach Vopel (2021, S. 17) vom Angebot und den Teilnehmenden abhängig, die Gruppengröße sollte zwischen 6 und 12 Personen betragen. Diese Gruppengröße erzeugt u. a. eine Intimität während des Arbeitens und wirkt möglichen Ängsten entgegen. Die Teilnehmenden inspirieren sich gegenseitig und alle Teilnehmenden können in der Reflexion ausführlich zu Wort kommen.

Als Minimalausstattung des Materials führt Vopel (2021, S. 17) Ölkreiden, Bleistifte, Schreibpapier und Flipchartbögen an. Für ein flexibleres Arbeiten empfiehlt er zusätzlich Kohle, diverse Farben und Pinsel, Collagematerial und diverse Klebstoffe. Kramer (2018, S. 56) empfindet jenes als das beste Material, das sich in vielfacher Weise verwenden lässt. Dazu gehören Kohle, Plakatfarben, gute Pinsel und Töpferton. Für die Arbeit mit Jugendlichen rät sie, eine große Bandbreite an Materialien zur Verfügung zu haben. Haas (2018, S. V, X) spricht von einer Veränderung der Materialauswahl im Laufe ihrer Tätigkeit als Kunsttherapeutin. Sie hat eine Art von Kargheit entwickelt und empfindet diese als förderlich bzw. notwendig, um „aus wenigem etwas Erfüllendes herzustellen“. Sie nutzt zu Beginn eines Therapieprozesses vorwiegend Materialien, die Mut machen, wie z. B. Wasserfarben oder Tinte. Bei diesen Materialien ist das Veränderungspotenzial durch das Beimischen von Wasser sehr hoch. Das Ergebnis ist nicht vorhersehbar, somit sind viele Entfaltungsmöglichkeiten für die Teilnehmenden geboten.

Weiter führt Haas (2018, S. IV) an, dass die Auswahl der Methoden überlegt sein muss und den Teilnehmenden ein sicherer Rahmen für die Begegnungen mit ihren Emotionen geboten werden muss. Dadurch werden diese besprech- und veränderbar. Speziell bei Menschen mit Hirnschädigungen oder Konzentrationsschwierigkeiten bedarf es einer sehr reduzierten Materialauswahl, um Ablenkungen und Überforderungen zu vermeiden.

*„Jeder Malende bedarf einer individuellen Behandlung, die seine Persönlichkeit und seine spezielle Situation berücksichtigt. Um dieser Forderung gerecht zu werden, muss sich der Erzieher oder Therapeut über das Ziel, das sie durch Malen erreichen, im Klaren sein. Als erstes und wichtigstes stellt sich deshalb die Frage: was soll durch das Malen erreicht werden?“* (Egger 2002, S. 9)

Mögliche Ziele können nach Egger (2002, S. 9) die Erweckung der persönlichen Ausdrucksfähigkeit und Kreativität sein, die die Basis für ein Gespräch bilden, eine Erholungspause bieten oder der Lockerung dienen.

#### **4.4. Kunsttherapeutische Methoden und Materialien**

Die Methoden und Materialien der Kunsttherapie sind mannigfaltig. Gaiss (2021, S. 159f) verweist neben den raumkünstlerischen Verfahren wie Malen, Plastizieren, Zeichnen, Fotografieren, Collagearbeiten und Video auf zeitkünstlerische Verfahren wie Tanz und Bewegung sowie die gesprochene und geschriebene Sprache. Aach-Feldman und Kunke-Miller (2010, S. 271) merken diesbezüglich an,

*„daß [sic] bestimmte ‚Eigenschaften‘ der Materialien spezifische Reaktionen hervorrufen, und empfiehlt daher, bei der Einschätzung des Klienten ein Kontinuum von Materialien zu benutzen, das von flüssig (Farbe) bis widerstandsfähig (Ton) reicht.“*

Manche kunsttherapeutischen Richtungen zeichnen sich durch bestimmte Materialien oder Methoden aus.

Wichelhaus (2011) sowie Herschbach und Klein (2021) führen hierfür die in Tabelle 4 angeführten kunsttherapeutischen Konzepte an.

Tabelle 4: Kunsttherapeutische Konzepte

Stern	Malspiel
Egger	begleitetes Malen, Ausdrucksmalerei
Egger & Merz	lösungsorientiertes Malen LOM®
Deusen	Arbeiten am Tonfeld
Knill	intermodale Kunsttherapie
Richter, Widlöcher u. a.	Kinderzeichnungstheorien
Spitz	dialogisches Malen
Steiners	dynamisches Formzeichnen
Winnicott	Schnörkelspiele

#### 4.5. Richtungen und Ansätze der Kunsttherapie

*„Eine oder die Kunsttherapie existiert nicht. Zumindest muss konstatiert werden, dass der Begriff der Kunsttherapie keine klar zu definierende Fachrichtung beschreibt, dass weder die Studien- und Ausbildungsgänge noch einheitliche Bezugswissenschaften unter dem Begriff der Kunsttherapie subsumiert werden können.“* (Herschbach und Klein 2021, S. 13)

Neben dem Begriff Kunsttherapie existieren laut Herschbach und Klein die künstlerische Therapie, Therapie durch künstlerisches Gestalten, Gestaltungstherapie, Kreativtherapie und kombinierte Kunst- und Gestaltungstherapie. Der Begriff der Kunsttherapie subsumiert performative Medien wie Tanz- und Dramatherapie, Musiktherapie, Literaturtherapie usw.

*„Jede dieser ‚künstlerischen‘ Therapien kann auf andere Kunstgattungen sowie differente Bezugswissenschaften rekurrieren und dennoch unter dem Oberbegriff ‚Kunsttherapie‘ erscheinen.“* (Herschbach und Klein 2021, S. 13)

Eine Ausnahme ist der Ansatz der intermedialen Kunsttherapie. Diese stellt den Versuch dar, viele Kunstbereiche in ein gemeinsames Konzept zu integrieren und zu kombinieren.

Überblicksartig wird anschließend die anhand von Menzens sechsteilige Klassifizierung (Herschbach und Klein 2021; zit. n. Menzen 2009, S. 16f) die unterschiedlichen Zugänge beschreiben, dargestellt.

#### **4.5.1. TIEFENPSYCHOLOGISCHER ANSATZ**

Der tiefenpsychologische Ansatz geht von Freuds Theorie der Psychoanalyse und der analytischen Psychologie von Jung aus (Herschbach und Klein 2021, S. 17) und schafft mit der ästhetischen Produktion ein Sichtbarmachen von unbewussten seelischen Konflikten, Spannungen und Verdrängtem. Produzierte Bilder werden als „*Visualisierungen psychischen Geschehens*“ aufgefasst. Laut Edwards (1987, S. 112) legten sowohl Freud als auch Jung besondere Aufmerksamkeit und Bedeutung auf Traumbilder. Freud verstand diese Bilder als Rätsel, die es psychoanalytisch zu erklären galt. Jung versuchte das Bild sowohl aus der kulturellen als auch aus der psychologischen Perspektive zu betrachten. Jung war der Dialog zwischen dem Bild und dem\*der Urheber\*in wichtig, er nannte dies die „*aktive Imagination*“.

#### **4.5.2. KUNSTPÄDAGOGISCH-DIDAKTISCHER ANSATZ**

Dieser Ansatz basiert nach Theunissen und Schubert (2010, S. 123, 127) auf der Anknüpfung an Ressourcen und kreative Möglichkeiten zur Entfaltung der eigenen Persönlichkeit. Die Auseinandersetzung mit sich und der veränderbaren Umwelt ist der Kern des ästhetischen Handlungsprozesses. Ziel ist, die konstruktiven Kräfte zu stärken. Auch die Lern- und Entwicklungsförderung, eine Stärkung des Selbstwertgefühls und des Selbstvertrauens, die Problemwahrnehmung und Lösungskompetenz, divergentes Denken und vieles mehr sind Ziele der pädagogischen Kunsttherapie. Preß (2021, S. 83) beschreibt die Chancen darin, die im Atelier erlebten Probleme unmittelbar im Moment des Wahrnehmens anzugehen und verschiedene Zugangsweisen zu erproben. Anschließend können und sollen die erzielten Erfolge in andere Lebensbereiche transferiert werden und sich im Alltag widerspiegeln.

#### **4.5.3. HEILPÄDAGOGISCHER ANSATZ**

Der heilpädagogische Ansatz orientiert sich an den Erkenntnissen der Neurologie und Neurowissenschaft und wird primär bei Menschen mit Hirnschädigungen und Teilleistungs- oder Wahrnehmungsstörungen eingesetzt (Herschbach und Klein 2021, S. 16f). Wichelhaus (2010, S. 17) beschreibt die Erweiterung des therapeutischen um den erzieherischen Aspekt und weist der Therapeutin bzw. dem Therapeuten sowohl die Aufgabe der Rehabilitation und Heilung als auch der Förderung und Erziehung zu. Im Vordergrund steht der Mensch bzw.



zumeist der\*die Schüler\*in mit der eigenen Biografie und den persönlichen Problemen, auf die die Interventionen ausgerichtet werden.

#### **4.5.4. KUNSTPSYCHOLOGISCHER ANSATZ**

Die Basis dieser Ansätze geht auf Paolo Knill (2005) mit der Entwicklung der intermodalen Kunsttherapie zurück. Im Mittelpunkt des therapeutischen Bemühens stehen die Erfahrungs- und Wahrnehmungsprozesse, die mithilfe von Rezeption, Reflexion und Produktion künstlerischer Äußerungsformen erlebbar gemacht werden (Herschbach und Klein 2021, S. 16).

## 5. Verbindungen von Kunsttherapie, Autismus-Spektrum-Störung und Spieltheorie

Der Fokus dieses Kapitels liegt einerseits auf den Verbindungen zwischen Kunsttherapie und Spieltheorie und den sich daraus ergebenden Rahmenbedingungen und Methoden sowie andererseits auf der Schnittmenge von Autismus-Spektrum-Störung und Kunsttherapie. Die aktuelle Situation von kunsttherapeutischen Angeboten für Menschen im Autismus-Spektrum wird betrachtet und der Ansatz von Josephine Lorenz (2020) wird skizziert.

### 5.1. Verbindung von Kunsttherapie und Spieltheorie

*„Kunst und Spiel ermöglichen nicht nur, sie Erzwingen sogar Handeln, ein Handeln, das immer zum Ziel führt.“ (Eberhart und Knill, 2010, S. 165)*

Das Magazin Kunstforum hat dem Thema „Kunst und Spiel“ im Jahr 2005 zwei Bände gewidmet und in Band I (Buchhart 2005, S. 42) „Kunst als offenes Handlungsfeld“ definiert. Laut Band II des Kunstforums „Kunst und Spiel“ (Fuchs 2005, S. 39) wird in der konzeptuellen Kunst mit bekannten Vertreterinnen und Vertretern wie Josef Beuys, Yoko Ono und Ai Weiwei die Dreiecksbeziehung Kunst-Spiel-Sprache sichtbar. Durch die interaktive Komponente von interdisziplinären Kunstrichtungen wie Happenings, Performances und Fluxus zeigen sich Parallelen zum Spiel. Selbst kritische Stimmen können laut Kunstforum (Buchhart 2005, S. 54) den Einsatz von Spielstrategien in der zeitgenössischen Kunst nicht leugnen.

Das Credo der Bauhauspädagogik lautete *„Kunst ist Spiel mit den Mitteln“*, so Wetzel (2005, S. 13, 177, 200). Auch Marcel Duchamp integrierte das Spiel in seine Kunst. Er provozierte, störte und stellte willentlich die Kunst infrage und zeigte somit neue Regeln der Kunst auf. Duchamp verwies auf die Offenheit des Werkes und verglich es mit einem Spielfeld, innerhalb dessen sich etwas darstellt. Die Surrealisten verwendeten laut Kikol (2021, S. 45) die sogenannten *„recherches experimentales“* bzw. surrealistische Spiele, die den Geist auflockern und diesen flexibler machen sollen.

*„[S]kurrile und neue Ideen sollten so entwickelt werden, die Grenze zwischen Spiel und Kunst wird zu einer Grauzone.“ (Kikol, 2021, S. 45)*

Kramer (2018, S. 43) beschreibt das Spiel als ein Vorrecht des Kindes. Anstelle des Spieles tritt im Erwachsenenalter die Kunst. Diese bleibt damit eines der wenigen Gebiete, das dem Erwachsenen ein symbolisches Leben eröffnet. Im Spiel und in der Kunst ist nach Kramer (2018, S. 41) die Macht des Realitätsprinzips teilweise aufgehoben. Erschreckende oder

schmerzliche Erlebnisse können in kleinerem Ausmaß wiederholt und bewältigt werden und verbotene Wünsche und Impulse können visualisiert werden.

Buland und Gollschild (2018, S. 135f) beschreiben das Spiel im Sinne von „play“ als ein Zusammenspiel sowohl zwischen Klientin bzw. Klienten und Therapeutin bzw. Therapeuten als auch zwischen „*Beherrschung des Handwerks und einem reichen Erfahrungsschatz*“ und führen Spezifika für einzelne kunsttherapeutische Ansätze an. Im kunstpädagogischen Ansatz wie z. B. Bauhaus tritt das Spiel in Form von Lernspielen auf, im heilpädagogischen Ansatz ist das Spiel implementiert, im psychotherapeutischen Ansatz kann die spielerisch gewonnene Gestaltung die Basis für das therapeutische Gespräch sein. Beim integrativen Ansatz nimmt das Spiel durch die Interaktion von mehrdimensionalen Gestaltungsmitteln eine zentrale Rolle ein. Im psychiatrischen und rezeptiven Ansatz wird das Spiel von Buland und Gollschild (2018, S. 136) jedoch als irrelevant bzw. als teilweise hinderlich beschrieben. Das Malspiel nach Arno Stern findet in vielen kunsttherapeutischen Settings Anwendung.

*„Das Spiel ist nicht einfach eine Handlung, sondern vielmehr ein Regelkreislauf zwischen aktiven Entscheidungen und passivem Wahrnehmen und Annehmen dessen, was die Mitspieler respektive das Material, mit dem gespielt wird, entscheiden.“*

(Buland und Gollschild 2018, S. 138)

Durch das Spiel mit dem Material können unbewusste Anteile mitspielen und von der Klientin bzw. dem Klienten angenommen, ignoriert oder zurückgewiesen werden, so Buland und Gollschild (2018, S. 141f). Dies erzeugt Sicherheit, da der Prozess von den Ausführenden selbst jederzeit unterbrochen werden kann.

*„Der spielerische Ansatz ermöglicht es dem Patienten hemmungsloser, über die gestalterische Tätigkeit hinaus, Einfluss auf den Spiel – respektive Therapieverlauf zu nehmen. ... Damit ist es für den Patienten leichter, eigene Bedürfnisse zu artikulieren. Er erlebt die Erfahrung von Kompetenz und Selbstwirksamkeit. Hat sich ein Patient einmal das Gestaltungsspiel als ein multifunktionales Werkzeug angeeignet, ist er damit meist in der Lage durchschnittlich schwierige Lebenssituationen zu meistern.“*

(Buland und Gollschild 2018, S. 142)

### 5.1.1. D. W. WINNICOTT – VOM SPIEL ZUR KREATIVITÄT

Der englische Kinderarzt und Psychoanalytiker Donald W. Winnicott veröffentlichte 1971 das Buch „Vom Spiel zur Kreativität“, in dem er die therapeutische Behandlung mit der Technik des Squiggle-Spiels beschreibt (Winnicott 2006, Vorwort). Der Begriff Squiggle bedeutet auf Deutsch Schnörkel oder Kringel. Günther (2009, S. 83, 87, 99) beschreibt die Technik des Squiggle-Spiels als ein geeignetes Hilfsmittel zur Entwicklung und Darstellung von Prozessen. Der\*die Therapeut\*in platziert ein paar Schnörkel auf einem Papier und der\*die Patient\*in ergänzt oder verändert diese zu einer vollständigen Zeichnung. Das Schnörkelspiel ist ein Weg, um Kontakt aufzunehmen. Bei erwachsenen Personen mit ausgeprägter Rückzugsthematik hilft diese Technik, das Eis zu brechen.

Für Winnicott (2006, S. 7f) war das Vergnügen am visuellen Ausdrucksprozess die wichtigste

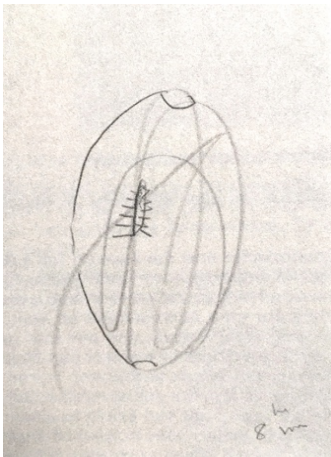


Abb. 1: Sein Schnörkel, aus dem ich einen Fußball machte. (Winnicott 2006, S. 334).



Abb. 2: Mein Schnörkel, den er in einen Kopf verwandelte. (Winnicott 2006, S. 334).

Fähigkeit für die Anwendung des Schnörkelspiels in der Psychotherapie. Neben der Lust an der Bewegung des Kritzelns sei vor allem das Staunen über „das Wunder der Entstehung einer persönlichen Form auf einem leeren, vormals nicht sagenden, weißen Blatt“ (Winnicott 2006, S. 8) bedeutsam.

Laut Bianchi (2021, S. 154) war das Spiel für Winnicott eine universelle und authentische Form des Lebens, ein Zustand der „Gleichzeitigkeit von Nähe und Zurückgezogenheit“.

Für manche Menschen ist die sprachliche Kommunikation schwierig oder gar bedrohlich, so Günther (2009, S. 88). Bei der Squiggle-Technik richtet sich der Blick nicht vollkommen auf die Patientin bzw. den Patienten, sondern auf das von ihr bzw. ihm produzierte Bild. Dadurch kann der Zugang zu der Person erleichtert werden.

### 5.1.2. ARNO STERN – DAS MALSPIEL

Der Autodidakt Arno Stern, geboren 1924 in Kassel, entwickelte das Malspiel. Die präventiv psychohygienische Wirkung dieses Konzeptes weckte die Aufmerksamkeit der Kunsttherapeutinnen und Kunsttherapeuten, obwohl Stern keinen therapeutischen Zweck verfolgte, so Klaschka (2021, S. 117).



Abb. 3: Malraum nach Arno Stern. (Herschbach und Klein 2021, S. 120).

Der Ablauf des Malspiels ist streng ritualisiert und muss penibel eingehalten werden (Klaschka 2021, S. 119). Damit die Malenden gut bei sich bleiben können, müssen persönliche Gegenstände außerhalb des Malraumes bleiben und es muss ein neutraler Malkittel getragen werden. Die Malenden nehmen anfangs ein Blatt Papier und pinnen es an die Malwand. Die Malenden pendeln zwischen den in der Mitte des Raumes platzierten Farben und dem eigenen Maluntergrund. Die Malspieldienenden unterstützen die Malenden, indem diese für die Unversehrtheit der Materialien, für die Erfüllung der Bedürfnisse der Malenden und für eine wertschätzende Atmosphäre

sorgen. Am Ende der Malspielzeit von 90 Minuten kehren die Teilnehmenden in den Alltag zurück, so Stern (2005, S. 25).

Stern (2005, S. 17, 92) beschreibt die kontinuierliche Entwicklung des Malraumes, der weit über dessen Erwartungen hinausgewachsen ist. Er beschreibt nicht nur den physischen Raum, sondern auch den in der Person wachsenden Raum. Durch den schützenden und abgesonderten Raum entsteht eine Atmosphäre abseits der Kategorien wie schön, gelungen, besser usw. Die Malenden folgen dem Grundbedürfnis, eine Spur zu hinterlassen, so Stern (2005, S. 26, 36, 48, 69). Diese Spur sollte weder verherrlicht noch als sinnlos angesehen werden.

*„Die Spur ist von der Verpflichtung befreit, für einen möglichen Betrachteter verständlich zu sein“* so Stern (2005, S. 20f). Das im Malspiel Geäußerte hat keine Empfängerin bzw. keinen Empfänger und unterscheidet sich von einem therapeutischen Vorgang, der auf Genesung abzielt.

Für das Gelingen des Malspiels muss laut Stern der von ihm vorgegebene Ablauf und Rahmen strikt eingehalten werden, so Czech (o. J., S. 5). Das Konzept findet dennoch in veränderter Form Anwendung und wird als „Ausdrucksmalen“ oder „Malraum“ bezeichnet. Egger (2002, S. 51) fügt dem Malprozess ein Gespräch über das Bild und den Prozess hinzu und bietet bei Bedarf Einzelsettings an. Czech (o. J., S. 6f) beschreibt die Adaptierung von Klassenräumen zu Malräumen, erweitert die Materialpalette um Kleister, Rollen und Spachteln und reflektiert Bilder und Prozesse verbal.

## **5.2. Kunsttherapie und Autismus-Spektrum-Störung**

Van Essen (2013, S. 282f) beschreibt, dass Menschen im Autismus-Spektrum auf der visuellen Ebene leichter zu erreichen sind. Das sichtbare Bild der äußeren Wahrnehmung bildet eine Verknüpfung mit dem inneren Erleben und macht äußere zu inneren Bildern.

Kreative Angebote wie die Kunsttherapie eignen sich laut Lorenz (2020, S. 11) sehr gut für alle Menschen aus der Klientel. Betroffene hören oft, woran sie arbeiten und was sie lernen müssen, um sich möglichst gut in die Welt der neurotypischen Menschen einzufügen. Lorenz beschreibt die Chancen der künstlerischen Therapien durch den Zugang über die Leichtigkeit, die Zuversicht sowie den Humor, entfernt vom Müssen. Dies eröffnet neue Wege und lädt ein, etwas Neues zu entdecken und zu experimentieren.

Kunst ist immer ein Prozess und bietet die Chance zur Erweiterung und Veränderung für die Aktiven, so van Essen (2013, S. 293). Veränderungen innerhalb eines kunsttherapeutischen Prozesses werden von Menschen im Autismus-Spektrum nicht als Bedrohung empfunden, da diese von ihnen selbst verursacht wurden. Eine Übertragung in alltägliche Situationen wird durch die positive Erfahrung von Erweiterung und Veränderbarkeit möglich.

Für van Essen (2013, S. 296) bewirken die stärkenden Prozesse des Ichs wie z. B. das Einordnen eigener Gefühle und Wahrnehmungen sowie die Selbstregulation eine Stärkung des Selbstwertgefühles.

*„Der Kunstschaffende erlebt sich selbst als aktive und handelnde Person und als Schöpfer und Urheber seiner eigenen Ordnung.“* (van Essen 2013, S. 296)

Notbohm und Zysk (2019, S. 246) weisen auf die Steigerung des Selbstwertgefühls durch das Herstellen eines visuell-greifbaren Produktes hin und beschreiben die Chancen der Verwendung der unterschiedlichsten Methoden in der Förderung der Feinmotorik, der taktilen Entwicklung und der Augen-Hand-Koordination.

Das entstehende Dritte, das Objekt, das Bild, das Video usw. wird laut Gonzalez-Dolginko (2020, S. 14f) gefertigt, anschließend betrachtet und kann besprochen werden. Durch dieses müssen die Teilnehmenden nicht auf den Augenkontakt mit der Therapeutin bzw. dem Therapeuten achten und die sozialen sowie nonverbalen Hinweise verlieren an Bedeutung. Van Essen (2013, S. 284) verweist auf den zusätzlichen Aspekt, dass das „Dritte“ den Teilnehmenden die Chance zur Beobachtung der Kunsttherapeutin bzw. des Kunsttherapeuten gibt. Aus diesen Wahrnehmungen können Erkenntnisse gewonnen werden. Die für sinnesbeeinträchtigte Menschen geschaffenen Spielräume helfen, sich bildhaft, körperlich und je nach Fähigkeit auch sprachlich individuell auszudrücken. Diese Erfahrungen werden weiterverarbeitet und wirken sich entwicklungsfördernd auf Menschen aus der Klientel aus, so Gaiss (2021, S. 161).

Das Bilden von Symbolen ist ein bedeutender Schritt der menschlichen Entwicklung, so van Essen (2013, S. 286f). Dieser Schritt bereitet Menschen im Autismus-Spektrum häufig große Schwierigkeiten. Die Kunsttherapie unterstützt den Symbolisierungsprozess, indem innere psychische Prozesse im Außen abgebildet werden.

*„Schon die Handlung, etwas auf das Papier aufzutragen oder Material auszuprobieren ist bereits eine symbolische Handlung. Das Papier, die Leinwand oder das künstlerische Material werden zu einem imaginären Gegenüber mit dem der Kunstschaffende ein Zwiegespräch führt. Die Zeichen auf dem Bild können eine emotionale Bedeutung erlangen und Gefühle auslösen. Damit übernehmen sie die Funktion eines Symbols.“*  
(van Essen 2013, S. 287)

Theunissen und Schubert (2010, S. 138f) weisen darauf hin, dass sich das bildnerische Verhalten von Menschen im Autismus-Spektrum in vielen Versuchsgruppen signifikant unterscheidet, wie etwa durch:

- Auffälligkeiten wie beim Abzeichnen eines Objektes, Beginnen mit Außenlinien oder Teilelementen bzw. Details,
- Besonderheiten des Raumkonzepts, indem Dinge nur halb dargestellt werden bzw. außerhalb des Bilderrahmens weitergedacht werden müssen,
- ein geringes Zeicheninteresse,
- zwanghaftes Interesse für bestimmte Motive,
- geringe Zeit für eine Bildbetrachtung,
- geringe Zeichendauer oder Konzentration,

- ausgeprägte Liebe für realitätsgetreue Details, deren Ausarbeitung viel Zeit beansprucht,
- schwach ausgeprägte Entwicklung konventioneller oder darstellender Schemata,
- unzureichend entwickelte bildnerische Symbolik oder
- die Tendenz zu schematischen Gebilden,
- Wiederholung von Bildthemen und Gleichförmigkeit sowie
- mangelnde Variabilität bildnerischer Figurationen.

Auch Gonzalez-Dolginko (2020, S. 32) thematisiert das Produzieren von repetitiver Kunst durch das stereotype Wiederholen gleicher Motive, Zahlen oder Buchstaben. Häufig werden laut van Essen (2013, S 283) die Spezialinteressen wie z. B. U-Bahn-Netze, Planetensysteme, Autobahnen usw. seriell dargestellt. Vermieden wird hingegen das Darstellen von Menschen und Gesichtern. Das kontinuierliche Verwenden vertrauter Motive hilft bei der Verarbeitung von Wahrnehmungen und bietet Sicherheit.

Der Einsatz der passenden Materialien bei Menschen aus der Klientel gestaltet sich mitunter als schwierig. So kann z. B. nach Theunissen und Schubert (2010, S. 150) ein Matschangebot bei Kindern im Autismus-Spektrum Begeisterung auslösen und motorisch entwicklungsfördernd wirken oder auf Abwehr stoßen. Das Arbeiten mit Markern hingegen ist laut Gonzalez-Dolginko (2020, S. 56) bei Menschen im Autismus-Spektrum sehr beliebt und auch Sticker finden bei vielen ihrer Gruppen Anwendung.

Die Arbeit in kunsttherapeutischen Gruppen wird im Buch „Art Therapy with Adults with Autism Spectrum Disorder“ von Gonzalez-Dolginko (2020) ausführlich beschrieben. Ein wichtiger Aspekt von kunsttherapeutischen Gruppen ist laut Gonzalez-Dolingko (2020, S. 45f) die Struktur. Es bedarf einer Mischung aus Struktur und Freiraum, in dem die Talente und Interessen der Menschen im Autismus-Spektrum entdeckt oder gefördert werden können. Die Struktur erleichtert die Interaktionen unter den Teilnehmenden und ermöglicht eine bessere emotionale Einsicht.

Offene Ateliers im Sinne einer gemeinsam Kunst schaffenden Gemeinschaft eignen sich nach Gonzalez-Dolginko (2020, S. 55f, 60f) für Gruppen von Menschen der Klientel, die zu großen Teilen ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben führen können. Das gemeinsame Arbeiten vermittelt ein Gefühl der Sicherheit und hilft den Teilnehmenden, sich sowohl innerhalb der eigenen als auch der größeren Gemeinschaft zu entwickeln. Auch das Bereitstellen von Themen strukturiert den Gruppenkunstprozess und unterstützt die



Teilnehmenden mit klaren Anweisungen und Aufgaben. Die Beschäftigung mit künstlerisch tätigen Menschen, ihr Werk und Leben mit allen Höhen und Tiefen hilft den Menschen im Autismus-Spektrum bei der Auseinandersetzung mit dem eigenen Leben.

Personengruppen, die neben Autismus von weiteren Komorbiditäten betroffen sind, können in psychoedukativen Gruppen mit dem Fokus auf Entspannung und Stressmanagement kunsttherapeutisch unterstützt werden, so Gonzalez-Dolginko (2020, S. 84). Ziele der kunsttherapeutischen Interventionen von institutionell untergebrachten Menschen im Autismus-Spektrum umfassen die Förderung der Selbstwahrnehmung, der Körperwahrnehmung und der Verhaltensentwicklung (Gonzalez-Dolginko 2020, S. 96).

Nicht immer gelingt es laut Theunissen und Schubert (2010, S. 155), subjektzentrierte Aktivitäten in sachbezogene Themenbearbeitung überzuführen. Manche Therapeutinnen und Therapeuten kombinieren die kunsttherapeutischen Interventionen mit anderen therapeutischen Methoden. Lorenz beispielsweise verknüpft die Kunsttherapie mit der prozess- und embodimentfokussierten Psychotherapie (PEP). Dies wird im Folgenden genauer erläutert.

#### **5.2.1. JOSEPHINE LORENZ – KUNSTTHERAPIE UND PROZESS- UND EMBODIMENTFOKUSSIERTE PSYCHOTHERAPIE (PEP)**

Lorenz (2020, S. 9) begleitet Menschen aus dem Autismus-Spektrum seit vielen Jahren. Sie störte sich daran, dass die meisten pädagogischen und therapeutischen Konzepte auf die Anpassung an neurotypische Menschen abzielen. Lorenz ist die Abwendung von der Defizitorientierung und die Zuwendung zu einem ressourcen- und stärkenorientierten Zugang ein Anliegen.

*„Entscheidend ist, dass man Methoden findet, die ihnen helfen, ihre Potentiale zu entdecken, wertzuschätzen und zum Ausdruck zu bringen. Dementsprechend ist es meine therapeutische Grundhaltung, gemeinsam mit den Klienten neue Wege zu finden, wenn alt ausgetretene Wege nicht oder nicht mehr hilfreich sind.“* (Lorenz 2020, S. 10)

Vor allem in der Arbeit mit Menschen mit reduzierter oder nicht vorhandener Sprechfähigkeit beschreibt Lorenz (2020, S. 12) die Kunst als geeignetes Medium, um verborgene Potenziale zu entfalten sowie Stärken und Ressourcen zu erkennen und zu lernen.

Menschen können Bilder schneller als das geschriebene Wort erfassen und sich an gesehene Bilder besser erinnern. Demnach bieten sich kunsttherapeutische Methoden bei Personen aus der Klientel an.

*„Kreativ sein heißt nicht nur, mit spielerischer Neugier nach neuen Lösungen zu suchen, sondern auch den eigenen Gefühlen einen neuen Ausdruck geben zu können. Doch ‚fließt‘ nicht immer alles ‚leicht‘ und ‚beschwingt‘. Sich einlassen auf Neues kann – nicht nur für Menschen im Autismus-Spektrum – eine Herausforderung sein. ... Gerade im persönlichen Gestalten liegt das Potential, seine Selbstwirksamkeit zu entdecken. Daher bedarf es oft des Mutmachens von außen, um sich (wieder) an eigenen Gestaltungen zu trauen.“ (Lorenz 2020, S. 39)*

Lange Zeit galten kunsttherapeutische Interventionsmethoden als ideal für Menschen im Autismus-Spektrum (Lorenz 2020, S. 50f). In der Auflösung von dysfunktionalen Glaubenssätzen und Blockaden stieß Lorenz jedoch an eine Grenze und entwickelte ein kombiniertes Angebot aus Kunsttherapie und PEP.

*„PEP beinhaltet verschiedene Techniken und Interventionsstrategien, um mit heftigen Gefühlen oder belastenden Erlebnissen umzugehen und die Bearbeitung hinderlicher Beziehungsmuster, Glaubenssätze und Überzeugungen zu unterstützen.“ (Lorenz 2020, S. 51)*

Neuronale Netzwerke des Gehirns werden durch das Klopfen bestimmter Punkte am Körper verstört und können anschließend in positive Gefühle umgewandelt werden (Lorenz 2020, S. 51). Das Therapieangebot passt Lorenz (2020, S. 10f) an die Klientel an, wobei sie kunsttherapeutische Methoden zur Vertrauensbildung, zur Selbstbewusstseinsstärkung, zum Entdecken der eigenen Kreativität, zum Erkennen und Stärken der Ressourcen, zum Erleben der Selbstwirksamkeit usw. einsetzt und diese durch PEP fallweise erweitert.

## **B. Empirische Untersuchung**

### **6. Forschungsdesign – qualitative Forschung**

*„Künstlerisch-therapeutische Forschung ist auch immer innovativ, sie ist reich an Risiko“*, so Petersen (2011, S. 345). Die Forschenden betreten Neuland, indem diese sich der Erforschung von Wirkung und Gestaltung widmen. Die Abwesenheit von linearen Kausalitäten wie Exaktheit und wissenschaftlicher Vermessung resultiert aus der Komplexität der Therapieform, dem Prozesshaften der Kunst, des Lebens und der menschlichen Psyche, so Heimes (2010, S. 95).

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein qualitativer Forschungszugang gewählt. Qualitative Methoden konzentrieren sich auf Erfahrungen von Interviewten, das Verstehen der gewonnenen Inhalte im Einzelnen sowie auf die Rekonstruktion der sozialen Wirklichkeit, so Dempster und Hanna (2017, S. 182).

#### **6.1. Datenerhebung**

Die Datenerhebung in der qualitativen Forschung kann auf viele verschiedene Arten erfolgen. Neben der häufigsten Methode des persönlichen Gesprächs können Daten anhand von in Medien veröffentlichten Informationen, Onlinediskussionen, Fotografien oder anderen neuartigen Methoden gewonnen werden, so Dempster und Hanna (2017, S. 185f). Faktoren mit Auswirkungen auf die Datenerhebung müssen von den Forschenden stets mitgedacht werden. Großen Einfluss stellen die eigene Interaktion der forschenden Person mit den Interviewten, Beobachtungen, die Umgebung des Interviews und die Annahmen der forschenden Person dar, die zu Verzerrungen führen können (Dempster und Hanna 2017, S. 186). Qualitative Forschung kann nicht im Vakuum durchgeführt werden, so Dempster und Hanna (2017, S. 187); es sollte jedoch versucht werden, die Auswirkungen auf die Daten zu minimieren.

Interviews mit Expertinnen und Experten sind eine jüngere Forschungsmethode, die sich aus der Erforschung psychologischer Fragestellungen entwickelt hat (Dempster und Hanna 2017, S. 182). Dempster und Hanna (2017, S. 187) unterscheiden zwischen strukturierten, semistrukturierten und nicht strukturierten Interviews. Strukturierte Interviews bedienen sich einer Liste festgelegter Fragen. Dagegen gibt ein nicht strukturiertes Interview meist nur ein Thema vor, über das gesprochen wird. Unter einem semistrukturierten Interview oder

Leitfadeninterview wird eine Liste von relevanten Fragen und Themen verstanden. Die Fragen werden u. a. in veränderter Reihenfolge gestellt, teilweise ausgelassen oder es können neue Fragen hinzugefügt werden. Laut Bortz und Döring (2006, S. 296) erfolgt häufig die Verbalisierung der Erfahrungsrealität, die anschließend interpretativ ausgewertet wird.

Das Leitgerüst der für die vorliegende Arbeit geführten Interviews hat sich aus den Forschungsfragen ergeben. Gegliedert wurde das Interview in die drei Kapitel

- Zugänge und Rahmenbedingungen,
- Auswahl kunsttherapeutischer Interventionen und geeigneter Materialien sowie
- Chancen/Grenzen kunsttherapeutischer Interventionen.

Für jede Kategorie wurden Fragen formuliert, die durch das Gespräch führten. Die Fragen für die Kategorie „Zugänge und Rahmenbedingungen kunsttherapeutischer Interventionen“ beinhalteten neben der Ausbildung der Interviewten deren Zugang zu der Zielgruppe Menschen im Autismus-Spektrum, Rahmenbedingungen wie Dauer, Intervalle, Standort der Interventionen und Setting. In der Kategorie „Auswahl kunsttherapeutischer Interventionen und geeigneter Materialien“ wird versucht, verwendete Interventionen und Materialien sowie Beweggründe und Erfahrungen damit zu erfragen und Unterschiede in der Arbeit mit neurotypischen Personen herauszufinden. Chancen und Grenzen innerhalb der einzelnen Ausprägungen von Autismus-Spektrum-Störung, Erfolge, Erkenntnisse und daraus resultierende Ableitungen und alternative oder parallele Interventionen werden diesen beiden Fragekategorien zugeordnet. Dieses grobe Gerüst hat sich in der Erhebung als sehr hilfreich und praktikabel behauptet und bedurfte keiner Adaption.

#### **6.1.1. AUSWAHL DER BEFRAGTEN**

Der Stichprobenumfang bei qualitativer Forschung ist laut Dempster und Hanna (2017, S. 183f) abhängig von der Qualität der erhobenen Daten. Durch die laufende Analyse des Datenmaterials wird sichtbar, wann genügend Erkenntnisse für eine fundierte Analyse aus den Daten gewonnen werden können.

Die Stichprobe dieser Arbeit ist aufgrund der spezifischen Therapeutinnen bzw. Therapeuten und der Zielgruppe Menschen im Autismus-Spektrum relativ klein und umfasst acht Interviews mit Expertinnen und Experten. Der ÖBKT führt in seinem Therapeutinnen- und Therapeutenpool Autismus als eigenen Begriff in der Rubrik Spezialgebiete an, für ganz Österreich finden sich nur sechs Treffer. Eine erweiterte Suche mit dem Begriff „Menschen

mit Behinderung“, „Menschen mit Beeinträchtigungen“ und „Inklusion“ erhöhte die Zahl auf insgesamt 24 Treffer. Wohnheime und Tagesstrukturen für Menschen mit Beeinträchtigungen bieten Kreativwerkstätten, Kunstateliers o. Ä. an, die von therapeutisch geschultem Personal geführt und betreut werden.

Um die Anonymität der interviewten Personen gewährleisten zu können, werden keine genaueren Ausführungen über die interviewten Personen, deren Arbeitsumgebung oder sonstige Informationen mit Rückschlussmöglichkeiten auf die Personen angeführt. Laut Dempster und Hanna (2017, S. 185) ist eine Anonymisierung der Namen nicht ausreichend, da Zitate und nonverbale Signale speziell bei einer kleinen Anzahl von Befragenden leicht zugeordnet werden können und der zugesicherten Anonymität unbedingt Rechnung getragen werden muss.

#### **6.1.2. DURCHFÜHRUNG**

Quellen für mögliche Interviewpartner\*innen waren neben dem ÖBKT die Website [www.psyonline.at](http://www.psyonline.at) mit einer Liste von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Österreich, eine umfassende Internetrecherche und persönliche Kontakte. Die Kontaktaufnahme erfolgte via E-Mail, in der sowohl Informationen zur Masterarbeit und zur forschenden Person als auch zum Rahmen des Interviews enthalten waren. In fast allen Fällen war ein persönliches Telefonat notwendig, um über die Bereitschaft für ein Interview Klarheit zu gewinnen. Die Hauptgründe für das Ablehnen eines Interviews waren keine bis mangelnde Erfahrung in der Arbeit mit der Klientel sowie fehlende zeitliche Ressourcen.

Die Interviews erfolgten je nach Wunsch der Interviewten online, in der Einrichtung, im Café oder an einem neutralen Ort und dauerten zwischen 20 Minuten und 1 Stunde und 11 Minuten.

##### **6.1.2.1. AUFBEREITUNG DES MATERIALS**

Die Interviews wurden digital aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Die Transkription erfolgte angelehnt an das Schriftdeutsche, ohne den Charakter des Gesagten zu verändern. Die Zeichensetzung orientierte sich an der Intonation und dem Inhalt (Fuß und Karbach 2014, S. 30f, 37).

#### **6.1.2.2. AUSWERTUNGSVERFAHREN – DIE QUALITATIVE INHALTSANALYSE**

Die qualitative Inhaltsanalyse orientiert sich laut Mayring (2010, S. 38) grundsätzlich am Alltag unter der Berücksichtigung natürlich ablaufender Prozesse, wobei die *„Übernahme der Perspektive des anderen“* essenziell ist.

Dafür wurden die transkribierten Interviews in der ersten Phase einzeln bearbeitet und die großen Datenmengen auf den Kern reduziert (Dempster und Hanna 2017, S. 195, 203). Die Aussagen der Interviewten wurden codiert und zu Themen herausgearbeitet. Aus den gebündelten Aussagen wurden Kategorien gebildet und eine inhaltliche Struktur entwickelt (Bortz und Doring 2006, S. 730). Das Kategoriensystem ermöglicht nach Mayring (2010, S. 50) *„das Nachvollziehen der Analyse für andere“*.

Um die Daten nicht vorinterpretativ zu sichten, empfehlen Dempster und Hanna (2017, S. 197) bewusst Gegenbeispiele zu suchen, da die qualitative Analyse auf *„Vielfalt und Komplexität der Antworten“* abzielt. Ziel ist es, sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede in einem leicht verständlichen Format darzustellen.

Nach Dempster und Hanna (2017, S. 197) wird die Interpretation der vorhandenen Daten von den Forschenden unterschiedlich geclustert und es sei wichtig, dass sich die Kategorien *„logisch, transparent, kohärent und aussagekräftig“* aus den Daten ableiten lassen.

Anschließend erfolgt das Festlegen der Themen, die im qualitativen Bericht einzeln vorgestellt werden, so Dempster und Hanna (2017, S. 203f). Neben der Beschreibung des Themas werden meist wörtliche Zitate aus den Daten angeführt.

## 7. Datenanalyse

Aus den Interviewdaten kristallisierten sich fünf Kernthemen heraus, die im Folgenden beschrieben und mit Zitaten untermauert werden.

### 7.1. Struktur

Alle Interviewpartner\*innen weisen in der Arbeit mit Menschen im Autismus-Spektrum fixen Strukturen eine große Bedeutung zu. P2 (Z. 20–23) sprach von einer „*ganz harten Struktur*“, die durch intensives Arbeiten am Setting erreicht wird und wodurch die Teilnehmenden zur Ruhe kommen können. Laut P4 (Z. 156–157) kann nur bei einem „*ganz strengen Rahmen*“ Neues ausprobiert werden. P2 (Z. 233–235) beschrieb sich als Struktur und Halt bietender Anker, um den die Planeten kreisen. P4 (Z. 75–76, 86–88, 401–403) betonte, dass von Anfang an auf die Schaffung von Strukturen geachtet werde, dann sei auch der Platz zur freien Gestaltung vorhanden. Ebenso führte P3 (Z. 422–425) Struktur als eine Möglichkeit der Teilnehmenden für das Wagen von Abweichungen an, „*wenn sie spüren, dass sie immer wieder zurückkehren können, auf diese sichere Struktur*“.

Bei fehlender oder unzureichender Struktur wird nach P5 (Z. 237–246) von Menschen im Autismus-Spektrum sofort eine Rückmeldung gegeben. Folgende Reaktionen wurden von den Interviewten aufgezählt:

- auf den Regelverstoß/die fehlende Struktur verbal aufmerksam machen (P2, Z. 20–23; P7, Z. 114–117; P8, Z. 45–46, 68–69, 146–154),
- Unruhe (P4, Z. 116–129; P3, Z. 74–75; P6, Z. 551–553; P7, Z. 127–130, 180–188, 328–347),
- Werfen oder Zerstören von Gegenständen (P4, Z. 116–129),
- verbale Aggressionen (P3, Z. 84–86),
- Selbstverletzung (P5, Z. 122–123),
- Fremdverletzung (P5, Z. 123–124).

P8 (Z. 174–188) merkte jedoch an, dass dies nicht ausschließlich ein Spezifikum von Menschen im Autismus-Spektrum sei und führte das Beispiel einer Person aus der Klientel mit Zwängen an; bei dieser Person erfolgen die Reaktionen bei Strukturlosigkeit ebenso schnell. Sicherheit gibt laut den Interviewten die stets identische Raumgestaltung.

*„[I]mmer den gleichen Aufbau am Setting, es gibt keine Strukturveränderungen am Tisch, ich achte total drauf und sie selbst auch ... Der Raum ist immer gleich, die Position ist immer die gleiche.“ (P2, Z. 280–282)*

Ebenso beschrieb P4 (Z. 86): *„... so absolut klar aufgebaut ist, und jedes Mal völlig gleich ist“*. P3 (Z. 10–12), P7 (Z. 134–137, 181–187) und P8 (Z. 70–73, 151–154) sprachen von einem ritualisierten Ablauf und die dadurch entstehende Sicherheit für Menschen im Autismus-Spektrum. P4 (Z. 143, 165–168) schilderte:

*„[D]as war ganz klar strukturiert, wie der Ablauf ist, das war jeden Tag das Gleiche ... wenn der Ablauf klar war, war das für Autisten auch gut, also es war einfach ganz klar geregelt. Wann wird gesprochen? Wann wird gezeichnet oder gemalt? Wieviel Zeit hat jeder für sein Bild, um darüber zu sprechen?“*

Das Formulieren von Fragen wurde als Spezifikum bei Menschen im Autismus-Spektrum in den Interviews erwähnt. P2 (Z. 238–241) beschrieb dazu: *„[V]erallgemeinernde Fragen kann man nicht stellen, man muss immer differenziert fragen, also Detailfragen“*. P5 (Z. 246) wies auf die Notwendigkeit einer klaren Wortwahl hin. P7 (Z. 117–126) erklärte, wie eine positive Rückmeldung eine Person der Klientel äußerst stark verunsicherte: *„[O]k, jetzt bin ich total überfordernd, Schritt zurück! Zu kompliziert! Zu viele Worte“*.

Viele Menschen im Autismus-Spektrum verfügen über keine verbale Sprache. Ihre Kommunikation funktioniert über Gesten. P4 (Z. 116–131) erzählte, wie ein Kind nonverbal über die Anzahl der zur Verfügung stehenden Blätter kommuniziert. Ein kreativer Prozess kann erst starten, wenn die richtige Menge an Zeichenblättern bereit liegt. P3 (Z. 44–47) schilderte: *„[W]enn er den Pinsel weglegt und ‚ahhh‘, seinen Laut macht, dann weiß ich, jetzt ist das Bild fertig“*.

P5 (Z. 254–256) beschrieb die Kontaktaufnahme mit einer Person aus der Klientel im Autismus-Spektrum als sehr schwierig: *„[S]ie ist einfach in sich eingesperrt und ganz wo anders“*. P2 (Z. 57–58) hingegen erläuterte: *„[D]ie Kontaktaufnahme mit Autisten funktioniert anscheinend gut, weil sie sich immer, ich mich, wir beide uns irgendwie treffen“*. P7 (Z. 232–236) sowie P8 (Z. 30, 39) ergänzten, dass die Kontaktaufnahme nur funktioniert, wenn diese von der Person aus der Klientel selbst ausgeht und deren Themen betrifft.

## **7.2. Setting**

Die kunsttherapeutischen Interventionen der Interviewten finden in Tagesstrukturen, vollbetreuten Wohnformen oder im Rahmen schulischer Zusatzangebote für Menschen mit



besonderen Bedürfnissen statt. Die Klientel in diesen Angeboten weist primär die Ausprägung des frühkindlichen Autismus auf.

In den Interviews wurden folgende Komorbiditäten und sonstige Schwierigkeiten genannt:

- Intelligenzminderung (P1, Z. 61; P5, Z. 39),
- ADHS (P1, Z. 277; P4, Z. 61),
- familiäre Schwierigkeiten (P4, Z. 61),
- soziale Schwierigkeiten (P4, Z. 61),
- Ängste und Zwänge (P2, Z. 214; P3, Z. 524),
- psychosomatische Erkrankungen (P2, Z. 215),
- psychische Erkrankungen (P3, Z. 378),
- Sprachbarrieren (P1, Z. 101; P5, Z. 41).

Die Altersspanne in der Klientel der Interviewten lag von schulpflichtigen Kindern bis hin zu Erwachsenen. Genauere Daten über das Alter sind für die Bearbeitung der Forschungsfrage nicht dringlich und wurden somit nicht erhoben. Das Alter spielt ausschließlich bei P7 (Z. 255–257) und P8 (Z. 205–206, 245–250) eine Rolle. Beide betreuen in ihrer Werkstatt dieselbe und mit Abstand jüngste Person der Klientel, die sich in ihrer Freizeit mit neuen Medien bzw. Computerspielen beschäftigt. Diese Freizeitbeschäftigung hat Einfluss auf die Motivwahl.

P2 (Z. 5–10) arbeitet mit einer Klientel, bei der alle drei Typen von Autismus vertreten sind: frühkindlicher Autismus, Asperger und atypischer Autismus. Es wurde klar, dass das Einzelsetting in der Arbeit mit frühkindlichen Autistinnen und Autisten am zielführendsten ist. P2 (Z. 200–206, 402–404) thematisierte die Notwendigkeit einer sensibleren Kontaktaufnahme und eines sorgsamem Umgangs mit Reizen. Immer wiederkehrende Beziehungsangebote zur Aufhebung von Abwehrhaltungen fordern von der Therapeutin bzw. dem Therapeuten eine hohe Motivationsarbeit. Autistinnen und Autisten mit Asperger können von Gruppen profitieren, wobei die Gruppe nicht mehr als vier Personen umfassen sollte. P1 (Z. 17–21), P3 (Z. 146–151) und P4 (Z. 66–69) arbeiten sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting mit Menschen mit frühkindlichem Autismus, wobei das Gruppensetting bei P3 einen Ateliercharakter aufweist. Rastlosigkeit der Klientel, Unruhe im Raum und Veränderungen beim Betreuungspersonal und den anderen Gruppenmitgliedern können laut P7 (Z. 128–130, 135–145, 328–332) zu innerer Erregung führen und haben Auswirkungen auf das kreative Tun. P3 (Z. 146–151) beschrieb, dass die Autistinnen und Autisten wenig Interesse an anderen Malenden zeigen würden und sich auch keine Ideen holen. Jedoch helfe ihnen beim Genießen

der kunsttherapeutischen Stunden das Wissen, dass nicht die ganze Aufmerksamkeit auf ihnen liegt.

Die Ausstattung der Räumlichkeiten wurde als relevanter Faktor genannt:

*„Der Raum ist auch fast reizarm, ist nichts drinnen; außer dieser ... Rolltisch, da stehen die Farben drauf, dann die Malwände, ..., dann gibt es einen Tisch, ... mit mehreren Fächern: Da sind die Papiere drin und oben sind immer an der gleichen Position die Farben. ... Fertig, mehr ist nicht, weiße Wände.“* (P2, Z. 289–294)

P3, P6, P7 und P8 arbeiten mit ihrer Klientel in einem Raum, der ausschließlich für das kreative Tun genutzt wird. Dies wurde bei den Interviews vor Ort ersichtlich. P1 (Z. 115–120) erzählte von der Notwendigkeit der Ungestörtheit. Ein sich im Raum befindender Computer wäre eine große Ablenkung für die Personen der Klientel.

P4 (Z. 107–108) engagierte sich für die Dauer der kunsttherapeutischen Intervention um einen eigenen Raum innerhalb der Institution und hatte daher nicht die gesamte Bandbreite an Methoden zur Verfügung. Auch P1 (Z. 115–120) bekam einen Raum zur Verfügung gestellt, der als Lagerraum diente. P7 (Z. 370–378) verwendete im Zusammenhang mit einem guten Setting den Begriff Ambiente, in dem die Teilnehmenden konzentriert arbeiten können und die notwendigen Materialien zur Verfügung stehen. Dies hängt auch eng mit der Wertschätzung für die Schaffenden und das geschaffene Werk zusammen.

### **7.3. Material und Methode**

Das Finden der passenden Methode und der geeigneten Materialien beschrieb P3 (Z. 99–101) folgendermaßen:

*„[W]as ich glaube, das ihm guttut, was wichtig ist, auf das er dann einsteigt, was ich natürlich oft ganz falsch erwische, aber das ist einfach die Erfahrung, was man dann, wie man lernt voneinander, dass man weiß, heute braucht er das; heute mag er das, oder das.“*

P5 (Z. 309–312) beobachtet eine Person und probiert, welches Material bzw. welche Methode passen könnte; dieses Vorgehen glich einem Dialog. P7 (Z. 268–273) und P8 (Z. 207) berichteten von einer teilnehmenden Person, die sich aus Wasserfarbenresten eigene Farben herstellt und sich aus Jausenpapier Pappmascheetaler fertigt.

P1 (Z. 37–42, 69–77) benutzte in den ersten Therapiesitzungen Gefühlskärtchen, mit denen die Befindlichkeit der Teilnehmenden am Beginn und am Ende der Sitzung erfasst wurden. Ihren Gemütszustand mithilfe von Gefühlskärtchen auszudrücken, bereitet Menschen im

Autismus-Spektrum, aber auch anderen Menschen mit Beeinträchtigungen große Schwierigkeiten und bildet die Gefühle dieser laut den Schilderungen von P1 nicht ab.

P2 (Z. 14–18, 399–402) hat das Konzept des Malspiels nach Arno Stern mit einer verbalen Reflexion erweitert. Der Fokus richtet sich auf körperliche und emotionale Veränderungen während des Malprozesses. Dadurch wird manches von den Teilnehmenden in deren verbalen Reflexion zu einem Ganzen zusammenführt, das von ihnen selbst nicht wahrgenommen wurde. Auch P4 (Z. 82–85) begann am Anfang der kunsttherapeutischen Arbeit mit Menschen im Autismus-Spektrum mit dem Aufbau von *„Einstiegsübung, anschließend Zeichnen oder Malen und dann über das Sprechen“*. P4 änderte die gruppentherapeutischen Einheiten und führte das Malspiel nach Arno Stern ein, *„was autistischen Kindern zugutekommt, ..., weil die Strukturen so klar sind und es ist dann Platz zur freien Gestaltung da“*. Auch P4 (Z. 272–275) hat den Malraum um eine verbale Reflexion mit dem Fokus auf Erfahrungen beim Malen und die eigenen Schwerpunkte der Teilnehmenden innerhalb des Themas erweitert.

Eine reduzierte Materialauswahl wurde von den Interviewten mehrfach angesprochen. P4 (Z. 159–160) erzählte: *„[I]ch habe schon so zu tun gehabt, dass der Rahmen stimmt, dass wir jetzt bei der reduzierten Materialwahl geblieben sind.“* Weiter beschrieb P4 (Z. 108–113), dass einer Person der Klientel maximal fünf Stifte für die Auswahl zur Verfügung gestellt werden, da es sonst zu einer Überforderung kommt. Damit würde etwas anderes Kreatives gemacht, aber nicht gezeichnet oder gemalt werden. P3 (Z. 32–35) gab an, dass eine teilnehmende Person im Autismus-Spektrum immer nur drei Farben zur Verfügung gestellt bekommt, aus denen gewählt werden kann.

In der kunsttherapeutischen Gruppe beschäftigt sich P2 (Z. 242–243) mit Werken bekannter Künstler\*innen und machte diesbezüglich deutlich:

*„[W]enn wir selbst was Künstlerisches machen, können wir auch schauen gehen, was andere machen und wie machen sie es und macht das was mit mir?“*

P7 (Z. 191–201) verwies darauf, dass ein/e Klient\*in sich Inspirationen aus Büchern der atelierseigenen Bibliothek sucht.

P2 (Z. 100–105) arbeitet mit ihrer Gruppe mit Autistinnen und Autisten mit Asperger abwechselnd am Malort und fotografisch. Sie beschreibt, dass

*„künstlerisches Arbeiten hin und her schwingt, das heißt, wir arbeiten fotografisch und wir arbeiten am Malort. Der Malort ist etwas ganz Strengeres, das Fotografische wandelt.“*

P2 (Z. 63–70, 76–82, 89–105) arbeitet bei der Klientel mit frühkindlichem Autismus im Freien mit Naturnaturmaterialien. Die Materialien werden von P2 an die Interessen ihrer Klientel angepasst und umfassen auch das Bauen von Musikinstrumenten und Arbeiten mit textilen Materialien.

P1 (Z. 124–129, 400–406) schilderte diametrale Erfahrungen bei der Anwendung von Ton und Kleister. Knetmasse und Filzstifte wurden von ihren Teilnehmenden mit Autismus-Spektrum-Störung immer gut angenommen. P2 (Z. 67, 273–279) hat ebenso gute Erfahrungen mit Wachsmalstiften, Buntstiften, Fimo<sup>5</sup>, Kohle und Naturmaterialien gemacht, verwendet aber aufgrund der „gatschigen“ (P2, Z. 274) Haptik kaum Ton oder Knete. Kleister bietet P4 (Z. 147–148) nicht an, dafür kommen Bausteine zum Einsatz. Eine Grenze sieht sie bei sehr flüssigen Farben. Laut P3 (Z. 14–15) eignen sich für die meisten Menschen im Autismus-Spektrum Acryl-Farben in Verwendung mit einem breiten Pinsel, Wachsmalkreiden und Farbstifte am besten. P3 (Z. 240–246) beschrieb eine teilnehmende Person, die ausschließlich Farbstifte verwendet. Sowohl P7 (Z. 296–304) als auch P8 (Z. 129–133, 219–234) berichteten, dass ihre Klientel hauptsächlich Copic-Stifte<sup>6</sup> und Farbstifte nutzen. P5 (Z. 73–81) verwendet Acrylfarben, Fingerfarben, Buntstifte, Kohle, Pappmaschee, textile Materialien und Naturmaterialien, wobei der Fokus im Atelier auf Malerei und Zeichnung liegt. Es wurde jedoch explizit betont, dass kein Material grundsätzlich ungeeignet ist. Menschen im Autismus-Spektrum sind unterschiedlich und oft ist nicht vorhersehbar, welches Material ansprechend auf die Teilnehmenden wirkt. P5 (Z. 287–300) erzählte von einer Person der Klientel, die alle Materialien essen möchte. Daraus ergeben sich gravierende Probleme im Atelier.

Der Malgrund war in den Interviews wenig präsent. Ausschließlich P3 (Z. 168–169, 416–420) erläuterte Versuche mit Malgründen mit vorgedrucktem Muster und Veränderungen in den Formatgrößen.

Kreative Ausdrucksmittel wie beispielsweise Tanz, Musik, Theater, Poesie und textile Materialien werden von den Interviewten selten bis gar nicht in ihrer kunsttherapeutischen Tätigkeit mit Menschen im Autismus-Spektrum eingesetzt, aber auch nicht dezidiert ausgeschlossen. P4 beschrieb dazu: „*[I]ch glaube, es geht schon vieles, aber es braucht einen ganz strengen Rahmen*“. P2 (Z. 427–435) arbeitet kaum mit textilen Materialien, da kein

---

<sup>5</sup> Fimo: Modelliermassen.

<sup>6</sup> Copic-Stifte: spezielle Marker.

Eigeninteresse besteht. P3 (Z. 390–392, 403–405) gab den Einsatz von Musik als Ergänzung zu einer malerischen Intervention an.

#### **7.4. Motive**

Dieser Teil beschäftigt sich mit künstlerischen Motiven im Sinne von kennzeichnenden Elementen, die auf den Werken sichtbar sind.

Laut der Schilderungen von P4 (Z. 173–185) sei ein autistisches Kind bei Nichtentsprechen eines vorgegebenen Themas *„einfach bei seinen geblieben, in seinem Fall Züge und Straßenbahnen, ... und Uhren“*. P4 erzählte weiter, dass der\*die Klient\*in jedoch manchmal insofern einen Bezug zum vorgegebenen Thema hergestellt hat, als z. B. ein Familienmitglied in den Zug gemalt wurde.

P7 (Z. 201–217) berichtete von einer Person aus der Klientel, die viel am Computer spielt und diese Welt in Bildern verarbeitet und erweitert. Aufbauend auf vorhandenen Figuren und Geschichten entsteht Neues. Dieser\*diese Klient\*in konzentriert sich laut P8 (Z. 202–206, 244) zurzeit auf das Zeichnen von Comicstrips, die mit hoher Perfektion gefertigt werden.

Besonders beeindruckt hat P6 (Z. 444–464) und P8 (Z. 133–144), dass Arbeiten einer teilnehmenden Person aus einem anderen Atelier einen nahezu gleichen Stil aufweisen wie die einer Person aus ihrer Klientel. P6 (Z. 444–464) merkte an:

*„[S]o eine Ähnlichkeit, das muss schon irgendwas, glaube ich, mit der Persönlichkeitsstruktur – ob es mit einer Beeinträchtigung etwas zu tun hat weiß ich nicht, mit der Persönlichkeit, und weiß ich nicht ob genetisch ein Anteil dabei ist, (...).“*

Seit über 15 Jahren malt laut P7 (Z. 168–180) und P8 (Z. 226–227) eine der malenden Personen wiederkehrend Selbstportraits, Blumen oder Häuser, bei denen zuerst die Außenkonturen entstehen und danach mit schnellen Strichen hinein und darüber gearbeitet wird. Kennzeichnend ist ein eigens entwickeltes Sign, das auf nahezu allen Bildern angebracht wird. Die Motive wurden von P3 (Z. 142, 203, 210, 19, 58) als gegenstandslos mit immer dem gleichen Muster und in einer Farbe, immer mit einer Spirale oder einem Kreis und immer in der Farbe Blau beschrieben. P5 (Z. 87–89) schilderte einen Fall, bei dem der/die Klient\*in das Blatt

*„immer in kleine Quadrate unterteilt und in diese kleinen Quadrate malt er Figuren rein, die Figuren variieren, aber der Aufbau des Bildes ist immer gleich.“*

Beschrieben wurden auch gleichbleibende und lediglich durch die Größe variierende, jedoch in der Farbe konstante Signaturen der Zeichnung (P3, Z. 211–214, 218–223, 231–238).

Weitere repetitive Handlungen beschrieb P3 (19–23) folgendermaßen:

*„[U]nd ganz am Anfang ist es auch noch ganz wichtig, dass jedes Eck, mit dem Pinsel fixiert wird, so wie – wie wenn man selbst so Pinnadeln irgendwo hintut, tut er da zusätzlich die Ecken fixieren.“*

Danach werden die Fläche strahlenmäßig, ausgehend von der Mitte geteilt und ein Segment nach dem anderen wird bemalt.

Wenn autistische Menschen sich auf Themen einlassen können, muss auf den autistischen Blickwinkel geachtet werden. P1 (Z. 292–298) gab eine Intervention zum Thema „Welche Person gibt mir Sicherheit“ an. Für P1 war unklar, ob das autistische Kind die Aufgabe richtig verstanden hat. Auf dem Blatt entstand eine Zeichnung von einem Haus mit vielen Türen und kommentiert wurde, dass sich der/die Klient\*in hinter den Türen sicher fühlt.

## **7.5. Chancen und Grenzen**

Durch die separierte Betrachtung von Chancen und Grenzen kunsttherapeutischer Interventionen bei Menschen im Autismus-Spektrum, wird versucht ein klares Bild der beiden, als getrennt zu betrachtenden, Bereiche zu zeichnen.

### **7.5.1. CHANCEN**

Für P2 (Z. 370) bietet Kunsttherapie die Chance für das Zeigen von Emotionen, die „lebensnotwendig“ seien, „denn wir bestehen nun mal aus Kultur.“

P4 (Z. 289–291, 296–299) erhielt von Bezugspersonen die Rückmeldung, dass das Kind in den Tagen ausgeglichener sei, an denen es in der Kunsttherapie ist. P4 selbst erlebte bei der Klientel diese Entspannung und Freude. P4 führt dies darauf zurück, dass die Klientel sich in der Kunsttherapie den eigenen Themen künstlerisch widmen kann. Bei einer nonverbalen und durch den Autismus sehr eingeschränkten Person der Klientel erlebt P5 (Z. 320–329) durch Lichtspiele mit passender Musik deutliche Anzeichen von Entspannung. P1 (Z. 136–138) beschrieb Folgendes:

*„Eben die Entladung dabei, weil durch die Pinselstriche oder den Stift, den er dann führt, das gleich herausgelassen werden kann, wenn irgendeine Spannung auftaucht.“*

P3 (Z. 80–87) berichtete, dass bei einer Person der Klientel mithilfe des Materials Eskalationen vorgebeugt werden können. Bei Unruhen eignen sich Wachsmalkreiden, mit denen Linien über das Blatt gezogen und die fest niedergedrückt werden können. Ziel ist, sich dabei selbst

zu spüren. P7 (Z. 348–358) beschrieb, dass das „Farbe auftragen, Flächen zueinander setzen“ Stabilität und Ruhe bringt.

P2 (Z. 343) sprach davon, dass die Personen der Klientel „viele handwerkliche Sachen integrieren können“. Weiter führte P2 (Z. 391–396) aus, dass viele Menschen im Autismus-Spektrum Mobbing-erfahrung und hochtraumatische Erfahrungen erleben mussten. Dadurch spalten sie „Sachen“<sup>7</sup> ab, die sie nicht geordnet bekommen. Die Kunsttherapie eigne sich zur Integration dieser.

P3 (Z. 109–113) argumentierte dies wie folgt:

*„Er hat schon praktisch wirklich so Sachen erzählt, die ihn belasten und hat das durch das Malen nochmals neu ausdrücken können ... in dem Sinne ein wenig verarbeiten können.“*

P1 (Z. 131–133) schilderte, dass ein/e Klient\*in

*„recht gut mit anderen Leuten in Kontakt kommen kann, wenn er nebenbei dann irgendwas Künstlerisches macht.“*

P4 (Z. 71–91, 379–383) veränderte die Kunsttherapieeinheiten methodisch und richtete einen Malraum ein, ähnlich wie von Arno Stern konzipiert. Die klaren Strukturen und der immer gleiche Aufbau komme autistischen Kindern sehr zugute. P2 (Z. 374–380) arbeitet ebenfalls angelehnt an das Konzept des Malraumes nach Arno Stern und erlebt die Methode durch die harte Struktur als haltgebend und beruhigend für Menschen im Autismus-Spektrum.

P1 (Z. 195–200) sieht die große Chance von Kunsttherapie darin, dass diese eine niedrige Schwelle bietet und sofort etwas getan werden kann. Das Motto lautet: Ein Raum wird zur Verfügung gestellt und dann „schauen wir, was entsteht“.

### **7.5.2. GRENZEN**

Die offenen Fragen der Interviews zu Grenzen in der Kunsttherapie zeigten deren unterschiedlichen Formen auf. Es konnten sowohl die Barriere aufgrund der Einschränkungen der Klientel als auch Grenzen durch die Fähigkeiten und Vorlieben der Kunsttherapeutinnen und Kunsttherapeuten und den institutionellen Rahmen festgestellt werden.

---

<sup>7</sup> Der Begriff ‚Sachen‘ wird mit in den Situationen wahrgenommenen Gefühlen und Erinnerungsbildern interpretiert.

### **7.5.2.1. GRENZEN AUFGRUND DER EINSCHRÄNKUNGEN DER KLIENTEL**

Es zeigte sich, dass diese Barriere sehr von einzelnen Personen der Klientel und deren autistischen Ausprägung abhängig ist. Trotzdem wurden Gemeinsamkeiten in den Erfahrungen der Interviewten erkennbar. In Bezug auf die Auswahl des teilweise verwendeten Materials wurde neben Ton (P1, Z. 124–126; P2, Z. 278–279; P3, Z. 398–399; P5, Z. 73, 191–193) Kleister (P1, Z. 125–126; P4, Z. 148–149) genannt. Grund dafür ist die besondere haptische Konsistenz dieser beiden Materialien. Als Alternative wird von P1 (Z. 126–128) und P4 (Z. 136–137) Knetmasse verwendet und P2 (Z. 278–280) nutzt Fimo, das als haptisch angenehmer beschrieben wurde. Bei manchen Menschen im Autismus-Spektrum bzw. in bestimmten Situationen werden auch flüssige Farben als ungeeignet erlebt (P2, Z. 272; P3, Z. 81–85; P4, Z. 148; P5, Z. 296–300).

Im Gruppensetting wurde festgestellt, dass Menschen im Autismus-Spektrum selten mit anderen Teilnehmenden bzw. mit der Therapeutin oder dem Therapeuten interagieren (P1, Z. 43–47; P3, Z. 112, 250–251; P5, Z. 258–263; P7, Z. 440–442; P8, Z. 158–164). P2 (Z. 9–10) sieht bei einer frühkindlichen Ausprägung und bei atypischen Autismusformen grundsätzlich Einzelarbeit als adäquater.

Bei themenspezifischen Arbeiten sowohl aus der Alltagswelt der Klientel als auch mit Abstraktem wie z. B. Gefühlen unterscheiden sich Menschen im Autismus-Spektrum merklich von neurotypischen Menschen. P1 (Z. 69–78) arbeitet mit Gefühlskärtchen und bemerkte, dass Personen der Klientel mit Autismus-Spektrum-Störung diese abstrakten Begrifflichkeiten unzugänglich sind. P4 (Z. 177–182) erklärte, dass ein/e Klient\*in mit Autismus ein eingebrachtes Thema bei Desinteresse ignoriert und den stereotypen Motiven treu bleibt.

Ein weiterer Aspekt liegt in der Art der Kommunikation respektive der Fragestellungen durch die Kunsttherapeutin bzw. dem Kunsttherapeuten. P2 (Z. 238–241) formulierte dies wie folgt:

*„(...) verallgemeinerte Fragen kann man nicht stellen, man muss immer differenziert fragen, (...) Hast du das Grün im Bild gesehen und welches ist dir noch da aufgefallen? Und dann geht's schon blablabla los, wenn man allgemein fragt, ‚ist es schön‘, weiß ich nicht, das geht nicht, (...).“*

Die verbale Besprechung der Bilder empfindet P4 (Z. 255–259, 272–281, 290–304) bei Menschen mit sprachlichen Einschränkungen als ergebnislos und methodisch fraglich, da *„man dann vielleicht was reininterpretieren muss, was für das Kinder überhaupt nicht passt“*. Auch P7 (Z. 108–132) erwähnte eine Situation, in der die Bilder mit einer Person der Klientel



verbal besprochen wurden und diese mit den Fragen sowohl durch die verwendeten Worte als auch inhaltlich stark verunsichert wurde.

Laut P2 (Z. 397–401) birgt die verbale Rückmeldung durch die Kunsttherapeutin bzw. den Kunsttherapeuten eine Chance:

*„(...) sie spalten auch Sachen ab und finden das überhaupt nicht geordnet, das ist wieder super mit der Kunsttherapie, weil das wird dann integriert, dass es jetzt gerade passiert und deswegen reflektieren die es ja, es fällt mir jedes Mal auf, dass manche Sachen gar nicht wahrgenommen wurden und dass es dann meine verbale Besprechung braucht, was ich beobachtet habe und das Ganze wieder zusammenzufügen, (...).“*

P2 sprach in diesem Zusammenhang über eine Gruppe von Autistinnen und Autisten mit Asperger, die verbal sehr bewandert sind.

P4 (Z. 103–147) wies auf die Bedeutung der Reduktion des angebotenen Materials hin. Beschrieben wurde, wie ein/e Klient\*in bereits durch die falsche Menge an Papier überfordert wurde. Darauf folgten aggressive Handlungen und es war keine weitere kreative Arbeit möglich.

Speziell jene mit frühkindlichen oder atypischen Autistinnen und Autisten arbeitenden Interviewten (P3, Z. 8; P4, Z. 153, 132–137) beschrieben, dass die Konzentration nur für eine bestimmte Dauer aufrechterhalten werden kann. Aufgrund von Indizien wie z. B. immer schnelleres Arbeiten, Unruhe, das Hin- und Herrutschen auf dem Sessel wird entweder ein Materialwechsel vorgenommen oder die Gestaltungszeit abgeschlossen.

#### **7.5.2.2. FINANZIELLE UND STRUKTURELLE GRENZEN DER INSTITUTION**

Wenig angesprochen wurden die finanziellen und strukturellen Grenzen von Institutionen, in denen die Interviewten tätig sind. P1 (Z. 115–117, 144–148) arbeitete in einer Schule im „Sachunterrichtskammerl“, wo u. a. ein Computer die Klientel ablenkte. P2 (Z. 91–98, 295–296) beschrieb die Mühen des Aufbaus der Staffeleien und die Ablenkungen durch ein Fenster in den Hof, durch das andere Menschen zuschauen können. Die fehlende Anerkennung der Kunsttherapie in Österreich wurde von P2 (Z. 366–370) bei der Frage nach Grenzen genannt und P3 (Z. 445–463) sprach über die schwierige Situation der finanziellen Mittel für Materialien und Ausstellungsbesuche.

### **7.5.2.3. PERSÖNLICHE GRENZEN DER KUNSTTHERAPEUTIN / DES KUNSTTHERAPEUTEN**

Die eigenen Grenzen in der Funktion als Kunsttherapeut\*in wurden von P1 (Z. 211–214, 310–312) und P2 (Z. 427–435) angesprochen. Kaum genutzt werden etwa Methoden und Materialien, mit denen die Interviewten selbst nicht vertraut oder bewandert sind. P5 (Z. 364–371) meinte dazu: „*[P]ersönlich gibt's keine Grenzen, aber es kommt, glaube ich drauf an, wie man selbst Kunsttherapie definiert*“.

## **7.6. Aspekte der Spieltheorie in den erhobenen Daten**

Freiheit, Uneigentlichkeit und Abgeschlossenheit sind die drei von Huizinga (2007, S. 13–16) definierten Merkmale von Spiel. Hüther und Quarch (2018, S. 121) erweitern um den Aspekt der Teilnahme von Mitspielenden sowohl im Sinne von Menschen als auch von Tieren, Puppen, Häusern und fiktiven Personen.

### **7.6.1. FREIHEIT**

Ein Aspekt des Freiheitsbegriffes im Kontext der Spieltheorie ist der Zweck an sich. Dieser findet sich in den Interviews bei P1 (Z. 232–236), P4 (Z. 255–256) und P7 (Z. 459). „*Sie müssen nicht irgendwas reden; oder irgendwas, sie müssen eigentlich, nicht mal irgendwas tun*“, erklärte P1 (Z. 196–197) und beschrieb damit einen weiteren Aspekt der Spieltheorie: die Abwesenheit von Zwang und Druck. Weitere zuordenbare Aussagen dazu finden sich bei P1 (Z. 46–47, 127–128, 196–197, 229–231), P2 (Z. 200–202), P3 (Z. 74–75, 262), P4 (Z. 197–203, 290), P5 (Z. 58–59), P7 (Z. 126–127, 292–294, 415–416, 452–453, 501–502) und P8 (Z. 130–133). Das Eröffnen von Freiräumen als weiterer Aspekt findet sich bei P4 (Z. 79–80, 181–184, 290–291) und P7 (Z. 135, 199–201, 225–228, 267–273, 423–424). P4 (Z. 79–80) schilderte den Versuch, der Klientel in den kunsttherapeutischen Stunden Raum für sich selbst zu geben.

### **7.6.2. UNEIGENTLICHKEIT**

Im Spiel kann Neuem oder Erlebtem, aber auch Schrecklichem begegnet werden, ohne reale Folgen fürchten zu müssen (Streek-Fischer 2009, S. 17). P2 (Z. 359–399) beschrieb dies folgendermaßen:

„*(...) weil sie in der Schule schon anders sind, haben sie schon Mobbing Erfahrung, hochtraumatisierte Geschichte, sie spalten auch Sachen ab und finden das überhaupt*

*nicht geordnet, das ist wieder super mit der Kunsttherapie, weil das wird dann integriert, dass es jetzt gerade passiert und deswegen reflektieren die es.“*

Weitere Parallelen zu diesem Aspekt finden sich bei P1 (Z. 57–58, 110–113), P2 (Z. 359–399), P3 (Z. 9, 170–175, 199–200, 227–229), P4 (Z. 86–87, 360–363), P5 (Z. 190–195), P7 (Z. 206–207, 225–228, 232–234, 239–248) und P8 (Z. 25, 118–127, 144–146, 248–251).

Die Ernsthaftigkeit des Spiels ist zwar nicht nützlich, aber dennoch bedeutsam und wurde von P7 (Z. 379–382) geschildert: *„[E]s wird wichtig genommen, die Arbeit die gemacht wird, wird wichtig genommen, oder wertvoll angesehen.“* Dasselbe wurde auch von P1 (Z. 43) und P2 (Z. 405–407) berichtet.

### **7.6.3. ABGESCHLOSSENHEIT UND BEGRENZTHEIT**

Die Abgeschlossenheit und Begrenztheit des Spiels ist jener Bereich, in dem sich die meisten Zusammenhänge finden lassen. Der Aspekt des herausgehobenen und geschützten Spielraumes findet sich bei P2 (Z. 245–250, 465), P7 (Z. 115–117, 133–134, 205–207, 215–222, 319–324, 354–355) und P8 (Z. 56–57, 85–91, 207–213, 245–248). P2 (Z. 464–465) beschrieb das wie folgt:

*„[E]infach so ein bisschen über die Grenzen gehen und zu schauen, schaffe ich das auszuhalten, aber eben immer im geschützten Raum.“*

Zusätzlich wird Spiel durch die Beschränkung von Raum, Material und Zeit definiert. Zusammenhänge in den Interviews finden sich bei P1 (Z. 95, 115–120, 119–200), P2 (Z. 12–15, 100–105, 210, 234, 284–286, 355–359, 393–395), P3 (Z. 8–11, 148, 231–235), P4 (Z. 75, 80, 107–109, 191), P7 (Z. 115, 296–297, 301–304, 357–358) und P8 (Z. 48–49, 65–66, 90–95, 219–234, 250). P4 (107–109) schilderte:

*„[D]ass wir zumindest einen eigenen Raum hatten, wo er den Nachmittag verbracht hat, da haben wir auch gemalt, da habe ich auch das Angebot reduziert.“*

Die meisten Wortmeldungen sind der Notwendigkeit von Regeln und Ritualen zuzuordnen (P1 Z. 69; P2, Z. 220–222, 280–282, 289–296, 466–469; P3, Z. 19–28, 95–97, 112–118, 199–205, 219–223, 227; P4, Z. 82–91, 128, 143, 157, 165–169, 216–220, 378–380, 403–406; P5, Z. 84–85, 89–91, 96–97, 100–104, 112–114, 116–128, 134–135, 235–240; P7, Z. 128–130, 136–141, 156–162, 170–181, 197–198, 291–292, 305, 335–337; P8, Z. 31, 39, 68–73, 121–122, 147–154). P7 (Z. 136–138) erklärte, dass die Klientel ein *„ruhiges, wiederkehrendes Setting“* braucht. P5 (112–114) erzählte von einer Person der Klientel, die Veränderungen im Ablauf

bereits am Vortag wissen muss, da es sonst zu großen Krisen mit Selbst- und Fremdaggression kommen kann. Die fixen Regeln und Rituale geben laut P3 (Z. 112–118) den Personen der Klientel die Sicherheit, frei zu agieren. P4 (165–169) beschrieb das wie folgt:

*„wenn der Ablauf klar war, war das für Autisten auch gut, also es war einfach ganz klar geregelt, wann wird gesprochen, wann wird gezeichnet oder gemalt, wieviel Zeit hat jeder für sein Bild, um darüber zu sprechen; und wenn da die Vorgaben ganz, ganz klar waren, dann war das gut zu akzeptieren.“*

#### **7.6.4. VORHANDENSEIN VON MITSPIELENDEN**

Unter Mitspielenden verstehen Hüther und Quarch (2018) u. a. Menschen, Tiere, Puppen, Häuser, fiktive Personen. Dieser Aspekt findet sich ansatzweise bei P7 (Z. 270–276). Dort wurde geschildert, wie ein/e Klient\*in aus dem Jausenpapier Pappmaschee produzierte und anschließend einen Taler fertigte, der auch im präferierten Computerspiel vorkommt.

Auffallend ist, dass in Gruppensettings mit der Klientel der Interviewten kaum menschliche Mitspieler\*innen vorkommen. Falls diese vorhanden sind, werden diese kaum bis gar nicht als Mitspieler\*innen einbezogen (P1, Z. 26–30, 290–304; P7, Z. 218, 255–257, 270–276; P8, Z. 158–164, 205–206, 246–251). P8 (Z. 158–159) schilderte: *„K1 ist ... für sich abgegrenzt mit seinen Sachen, wenn er im Atelier sitzt“*.

## 8. Diskussion der Forschungsergebnisse

Das Ziel dieser Masterthese ist es,

- die Zugänge und eingesetzten Methoden von Kunsttherapeutinnen und Kunsttherapeuten bei Menschen im Autismus-Spektrum kennenzulernen,
- die von Kunsttherapeutinnen und Kunsttherapeuten erlebten Chancen und Grenzen für die Betroffenen in der Arbeit mit Menschen im Autismus-Spektrum zu erfassen,
- Verbindungen zu der Spieltheorie von Huizinga zu untersuchen und
- Überschneidungen der drei Kerngebiete Autismus-Spektrum-Störung, Spieltheorie und Kunsttherapie zu untersuchen und zu diskutieren.

### 8.1. Zugänge, Methoden, Chancen und Grenzen

Trotz des engen Zusammenhanges zwischen Zugängen, Methoden und den daraus resultierenden Chancen und Grenzen, ist es wichtig, diese selektiv zu analysieren.

#### 8.1.1. ZUGÄNGE UND METHODEN

Menschen im Autismus-Spektrum benötigen laut Sprei et al. (2018, S. 572) Struktur, Klarheit und Eindeutigkeit der Bedeutung. Daher ist „*das kunsttherapeutische Setting (...) strukturiert auszurichten*“. Diese Beschreibung deckt sich mit den Aussagen der Interviews. P2 (Z. 20–23) sprach sogar von „*ganz harten Strukturen*“. Lorenz (2020, S. 72f) beschreibt, dass bereits das Nichteinhalten einer einzelnen Regel Wutausbrüche auslösen kann und neben „*bösen Worten*“ auch Einrichtungsgegenstände, Farben oder Stifte geworfen werden oder es zu einem Overload<sup>8</sup> kommen kann.

*„Denn eine Regel muss eingehalten werden, sonst gibt es Chaos im Kopf des Kindes. Es erlebt in so einem Moment eine große innere Bedrohung, denn seine mühsam aufgebaute Sicherheit geht dadurch verloren, wenn eine Regel einfach mal nicht angewendet wird.“* (Lorenz 2020, S. 72f)

Diese Beschreibung spiegelt sich in den Interviews wider, in denen Reaktionen von auf den Regelverstoß aufmerksam machen bis hin zu Selbst- und Fremdverletzung beschrieben wurden.

---

<sup>8</sup> Overload: Überlastungen aufgrund von sensorischen Überempfindlichkeiten und/oder Filterschwächen (Rollett und Kastner-Koller 2018, S. 144).

Als weiteres strukturstärkendes Merkmal benennt Lorenz (2020, S. 36) den Verzicht auf Dinge, die Menschen im Autismus-Spektrum sich nicht leisten können. Diese Haltung wird aufeinander zugehend und in Verbindung tretend wahrgenommen und schafft ein Gefühl der Verbundenheit, das die „*Voraussetzung für eine angstfreies, kreativ-entspanntes Handeln*“ ist. Beispiele dafür finden sich in allen Interviews, u. a. bei P1 (Z. 69–77), P2 (Z. 238–241) und P4 (Z. 82–85).

Sprache und Sprachverständnis ist bei Menschen im Autismus-Spektrum oft auffällig. Sprache wird nach Bölte (2009e, S. 34) zumeist wörtlich aufgefasst, demnach werden Zynismus, Sprichwörter, Ironie bzw. abstrakte Sprache nicht gut verstanden. P7 (Z. 117–126) beschrieb, wie eine positive Rückmeldung oft äußerst stark verunsichert: „*[O]k, jetzt bin ich total überfordernd, Schritt zurück! Zu kompliziert! Zu viele Worte*“.

Lorenz (2020, S. 22) verweist auf eine Studie der Autismus-Forschungs-Kooperation (AFK), nach der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Menschen im Autismus-Spektrum als Klientel häufig mit der Begründung ablehnen, sich mit der Diagnose nicht auszukennen. Primär findet die Kunsttherapie für Menschen im Autismus-Spektrum in Tagesstrukturen, vollbetreuten Wohnformen oder im Rahmen schulischer Zusatzangebote für Menschen mit besonderen Bedürfnissen statt. Dort arbeiten viele Kunsttherapeutinnen und -Kunsttherapeuten mit Menschen mit frühkindlichem Autismus. Vereinzelt werden z. B. über die Autistenhilfe, kreative Workshops für High-Functioning-Autistinnen und -Autisten sowie Asperger-Autistinnen und -Autisten angeboten.

Mayrhuber (2018, S. 75) hat in ihrer Masterarbeit den Fall Josef wie folgt beschrieben:

*„Seine Diagnose: tiefgreifende Entwicklungsstörung im Sinne eines frühkindlichen Autismus in Verbindung mit motorischer Unruhe und passiv-aggressivem Verhalten. Leichte Intelligenzminderung mit Verhaltensproblemen, stark eingeschränkte Interaktion und Kommunikation. (...) Er war unruhig und laut, zeigte aggressives Verhalten, hatte stark eingeschränkte Interessen und Schwierigkeiten sich selbst zu beschäftigen, aber auch mit anderen in Kontakt zu treten. Auffällig war auch sein stereotypes Reden.“*

Lorenz (2020, S. 34f) weist darauf hin, dass das Erfragen und wenn möglich das Beheben von stressauslösenden Faktoren des Raumes wichtig ist. Diese Sinneseindrücke wie z. B. eine tickende Uhr, lauter Autolärm, zu helles/dunkles/kaltes oder warmes Licht können zu

Überforderungen führen. Auch die Interviewten beschrieben diese Stressfaktoren, wie z. B. ein im Raum befindlicher Computer (P1, Z. 115–120).

Ziel ist nach Lorenz (2020, S. 40), dass der\*die Klient\*in einen eigenen Ausdrucksstil kreiert und neuen Mut durch den spielerischen Kontakt und die eigene Gestaltungskraft findet. Dabei kann eine Problemlösung auf bildnerische Weise entwickelt werden.

*„Am Anfang sucht sich jeder seine Ausdrucksmittel, mit dem er sich vertraut fühlt oder das ihn zum Gestalten motiviert. Diese Wahlmöglichkeit anzubieten hat sich als ein wichtiges Element in der autismusspezifischen Begleitung herausgestellt.“* (Lorenz 2020, S. 45)

Alternativ schlägt Lorenz (2002, S. 42) jenen Kindern ein Kritzelspiel vor, die zu Beginn keine eigenen Ideen haben, bei diesem können sie vorsichtige gestalterische Begegnungen bis hin zu einem „*Kampf-Mal-Spiel*“ erleben. Beim Betrachten des entstandenen Bildes wird gemeinsam mit dem Kind nach bekannten Formen gesucht, diese werden gestalterisch verstärkt. Das Kind erlebt, dass es „*einfach drauflosmalen*“ kann und selbst aktiv ist. Dies ähnelt der Methode des Kritzelspiels von Winnicott.

Van Essen (2013, S. 293f) schildert einen sehr individuell methodischen Zugang zu ihrer Klientel. Sie beschreibt z. B. das Erstellen von Leporellos<sup>9</sup>, Büchern oder Storyboards zur Schaffung einer zusammenhängenden Struktur, die in den folgenden Therapiestunden wieder aufgenommen werden kann. In einem anderen Fall ignorierte der\*die Klient\*in die Fragen oftmals, dort begann sie mit dialogischem Malen und wechselte zu Collagen mit den Lieblingsmotiven der teilnehmenden Person. Sie beschreibt einen Dialog auf Bildebene.

Lorenz (2020, S. 41f), Gonzalez-Dolginko (2020, S. 67), van Essen (2013, S. 296) und P2 (Z. 102–104) nutzen die Beschäftigung mit Künstlerinnen und Künstlern, deren Werken und Leben methodisch.

*„Die Leidenschaft für bestimmte Themen und die Fähigkeit, sich auf ein Detail oder ein Thema zu fokussieren, zeichnet nicht nur viele Autisten, sondern auch viele Künstler aus. Künstler können hier positive Identifikationsfiguren sein. (...) Wesentliche Merkmale für das Selbstverständnis eines Künstlers sind eine besonders ausgeprägte Individualität und die Fähigkeit vermeintlich bekannte Dinge auf unkonventionelle und originäre Art wahrzunehmen und ausdrücken zu können. Die Kunst aus der*

---

<sup>9</sup> Der oder das Leporello, auch Faltpuch genannt, ist ein faltbares Heft in Form eines langen Papier- oder Kartonstreifens, der ziehharmonikaartig zusammengelegt ist.

*Kunsttherapie kann ein Anfang sein, diese besondere Form der Wahrnehmung als persönliche Ressourcen und besondere Stärke an zu erkennen.“* (van Essen 2013, S. 296)

Auch Lorenz (2020, S. 41f) sieht in der Beschäftigung mit Werken von bekannten Künstlerinnen und Künstlern die Chance, sich Anregungen zu holen, die eigene Kreativität wieder zuzulassen und eine Selbstwertstärkung zu erleben. Bei jugendlichen „Gamern“ können digitale Medien eine kreative Möglichkeit für den Ausdruck bieten, so Lorenz (2020, S. 42f) weiter.

Die Motive der Werke von Menschen im Autismus-Spektrum spiegeln oft vorhandene Spezialinteressen wider und werden repetitiv verwendet. Van Essen (2013, S. 283) beschreibt das folgendermaßen:

*„Viele meiner Klienten haben eine Tendenz zu sehr ausgeprägten Interessen, die sich um klar definierte System wie etwas U-Bahn-Netze, Autobahnen oder Planetensysteme drehen und gerne künstlich dargestellt werden. Diese Systeme bleiben in ihrer Darstellung jedoch meist menschenleer. Die Darstellung von Menschen und Gesichtern wird häufig vermieden oder findet nur sehr stilisiert statt.“*

Auch P7 (Z. 201–217) erzählte von einer Person der Klientel, die das eigene Computerspielinteresse in den Bildern einarbeitet. Menschen im Autismus-Spektrum zeigen nach van Essen (2013, S. 287) häufig ein ausgeprägtes Interesse für Werbeslogans und Logos, obwohl diese meist aus dem Zusammenhang herausgelöst werden.

Repetitive Motive finden sich in vielen Werken von Menschen im Autismus-Spektrum, so Gonzalez-Dolginko (2020, S. 32), van Essen (2013, S. 283), Mayrhuber (2018, S. 76) und Lorenz (2020, S. 41f). Das Produzieren von repetitiver Kunst durch das stereotype Wiederholen gleicher Motive, Zahlen und Buchstaben (Gonzalez-Dolginko 2020, S. 32) bietet laut van Essen (2013, S. 283) „Rückhalt und Sicherheit“ und hilft, unsortierte Wahrnehmungen zu verarbeiten. Die Interviews spiegeln diese Aussagen wider, wie z. B. bei P3 (Z. 203, 231) in der Verwendung des gleichen Musters sowie der gleichen Farbe bei jedem Zeichnen.

### **8.1.2. VON THERAPEUTINNEN / THERAPEUTEN ERLEBTE CHANCEN UND GRENZEN**

Dempster und Hanna (2017, S. 197) raten Forschenden, neben Gemeinsamkeiten auch nach Unterschieden in den Interviews zu suchen und die Komplexität der Antworten „in einem leicht verständlichen Format wiederzugeben“. Durch die anschließende, getrennte



Betrachtung von Chancen und Grenzen kunsttherapeutischer Interventionen wird versucht diese Komplexität anschaulich darzustellen.

#### **8.1.2.1. CHANCEN**

*„Äußere Bilder werden zu inneren Bildern verarbeitet und das sichtbare Bild kann eine Verbindung zwischen dem inneren Erleben und der äußeren Wahrnehmung mit den gerade für Autisten oft abstrakt erscheinenden Anforderungen herstellen. ... Neue Wege der Wahrnehmung, des Verhaltens oder des Selbstverständnisses – wie etwa als kreative und individuelle Persönlichkeit – können eröffnet werden.“* (van Essen 2013, S. 283f)

Laut Lorenz (2020, S. 48f) erzeugt alles mit den Augen Wahrgenommene in Bruchteilen von Sekunden Emotionen und die aufgenommenen Dinge, Formen und Farben ergeben ein neues Bild im Gedächtnis.

Fuchs (2018, S. 5) beschreibt, dass die Kunsttherapie dort einen Zugang zu Verborgenen eröffnet, wo der unmittelbare Ausdruck eingeschränkt ist; so bleiben Botschaften nicht ungehört. Im künstlerischen Prozess können nach van Essen (2013, S. 283) positive Ressourcen erkennbar und in das innere Erleben integriert werden.

Der Aufbau einer tragfähigen Beziehung zwischen Klient\*in und Therapeut\*in geht laut van Essen (2013, S. 284) in der Kunsttherapie zusätzlich über das Werk oder den künstlerischen Prozess vonstatten. Dadurch entsteht ein neuer *„Weg der Kommunikation“*, der besonders große Chancen bietet. Fuchs (2018, S. 4) beschreibt dies als eine *„abgegrenzte Sonderwelt“*, in der auch das Unwirkliche und das Unsagbare Raum bekommen und in einem sichereren Rahmen erlebt werden können.

Das kreative Arbeiten kann nach Lorenz (2020, S. 41) eine Möglichkeit sein, *„die eigene Wahrnehmung und Gefühle in eine persönliche Ordnung zu bringen und selbst zu regulieren.“* Auch Theunissen und Schubert (2010, S. 31), beschreiben das Malen von Bildern als eine unbewusste Verarbeitung von Ängsten, affektiven Störungen und emotionalen Konflikten. Die von der Klientel selbst herbeigeführten künstlerischen Veränderungen werden nach van Essen (2013, S. 293f) nicht als Bedrohung von außen erlebt und können bei Menschen eine euphorische Wirkung haben, die auf *„Veränderung oft mit Unruhe und Verwirrung reagieren“*.

*„Diese positive Erfahrung von Erweiterung und Veränderbarkeit lässt sich auf Situationen im alltäglichen Verhalten übertragen, da es den inneren Raum für Neuorientierung nachhaltig öffnet.“ (van Essen 2013, S. 293)*

Diese Selbstwirksamkeit beschreibt Mayrhuber (2018, S. 81) damit, dass ihr/e Klient\*in die Farbe nicht mehr auskippt, den Pinsel nicht mehr in den Mund steckt und von *„Stunde zu Stunde selbständiger“* wird. In den Interviews finden sich viele Beispiele für Selbstwirksamkeit. P3 (Z. 109–113) berichtete von einer Person aus der Klientel, die eine belastende Situation *„durch das Malen nochmals neu ausdrücken konnte“* und diese somit besser verarbeitete.

Mayrhuber (2018, S. 85f) dokumentiert, dass sie die Gefühle und Stimmungen ihrer autistischen Klientel in den Bildern merkt, die diese verbal nicht ausdrücken können. Das Malen macht diese fröhlich und zufrieden. Durch den Spaß und die Freude am kreativen Tun werden überschüssige Energien abgebaut und Aggressionen reduziert. Dies beschrieben auch P1 (Z. 136–138), P3 (Z. 80–87), P4 (Z. 289–291, 296–299), P5 (Z. 320–329) und P7 (Z. 348–358). Van Essen (2013, S. 284f) schildert die erleichternde Wirkung für Menschen im Autismus-Spektrum, wenn diese nicht mit Therapeutinnen und Therapeuten sprechen müssen, sondern sich ein anderes Medium wählen können und *„der Blick auf die Kunst ... die Basis für das Ausbilden einer Kontakt- und Beziehungsfähigkeit“* bilden kann. Im Interview mit P1 (Z. 131–133) wurde ein/e Klient\*in beschrieben, der/die während des künstlerischen Tuns auffallend gut Kontakt zu anderen aufnehmen kann.

#### **8.1.2.2. GRENZEN**

Aufgrund der vielfältigen Methoden und Materialien in der Kunsttherapie und den stark ressourcenorientierten Ansätzen in den vorhandenen kunsttherapeutischen Quellen für diese Zielgruppe findet sich in der Literatur wenig über die Grenzen der Kunsttherapie bei Menschen im Autismus-Spektrum. Theunissen und Schubert (2010) distanzieren sich von der defizitorientierten Sicht und richten den Fokus auf die Stärken und Möglichkeiten der pädagogischen Kunsttherapie im Sinne der Stärkenperspektive. Lorenz (2020, S. 50) arbeitet mit ihrer Klientel im Autismus-Spektrum nach einem stärkenorientierten Ansatz und merkt an, dass Blockaden und dysfunktionale Glaubenssätze sich nicht durch kunsttherapeutische Interventionen auflösen lassen; sie verbindet Kunsttherapie und PEP, um ihre Klientel bestmöglich unterstützen zu können.

Die Interviews zeigen, dass im Alltag der Kunsttherapeutinnen und Kunsttherapeuten Grenzen sichtbar werden. Diese können sie zumeist mit geeigneten Materialien und Methoden sowie mit Anpassungen in Struktur und Setting ausgleichen.

## **8.2. Verbindung zwischen Spieltheorie und Kunsttherapie**

Eberhart und Knill (2010, S. 165) beschreiben: *„Kunst und Spiel ermöglichen nicht nur, sie erzwingen sogar Handeln, ein Handeln, das immer zum Ziel führt.“*

Dieser Satz gibt auch die Wahrnehmungen in den pädagogischen Kunsttherapieworkshops mit Menschen im Autismus-Spektrum der Autorin wieder. Im folgenden Kapitel wird demnach die Verbindung zwischen Kunsttherapie und Spieltheorie von Huizinga sowie Hüther und Quarch geprüft.

### **8.2.1. FREIHEIT**

*„Schiller bestimmte das Spiel als Freiheit von Zwang und als Gegensatz zum bloß nützlichen Handeln oder zu einem Handeln, das seinen Zwecke nicht in sich selbst, sondern außer sich hat.“* (Wetzel 2005, S. 89)

Auch Hüther und Quarch (2018, S. 20) formulieren, dass im wirklichen Spiel kein Druck und kein Zwang erlebt wird. Angst verschwindet und es entsteht ein lustvolles und freies Gefühl. Durch Belehrungen, Anleitungen, Erwartungen, Vorgaben oder Erziehungs- und Bildungsmaßnahmen verlieren Kinder laut Hüther und Quarch (2018, S. 87) die Lust, *„selbst zu denken, selbst zu gestalten“*. P1 (Z. 235–236) schilderte die Chancen der Kunsttherapie u. a. damit, *„dass nicht so viel von ihnen gewollt wird“*.

*„Das Spiel öffnet Freiräume“*, so Hüther und Quarch (2018, S. 122). Auch P4 (Z. 290–291) bezog sich auf diese Freiräume: *„[S]ich dort seinen Themen widmen kann, einen Ausdruck finden kann“*.

### **8.2.2. UNEIGENTLICHKEIT**

Streek-Fischer (2009, S. 17f) beschreibt die Uneigentlichkeit als einen *„Spielraum um Neuem, auch Schrecklichem, zu begegnen ohne reale Folgen zu erleben“*. Weiter erklärt Streek-Fischer (2009, S. 17f) die Schaffung einer sowohl realen als auch nicht realen Situation im Spiel, in der Konflikte, Erfahrungen und Bedürfnisse versuchsweise ausgehandelt und gemeistert werden

können. P2 (Z. 359–399) erwähnte hochtraumatische Geschichten, die von der Klientel abgespalten werden und in der Kunsttherapie wieder integriert werden können.

Laut Wetzel (2005, S. 20) geht Huizinga beim Spiel von einer Art Tätigkeit aus, die „*nicht nützlich und dennoch bedeutsam ist*“.

### **8.2.3. ABGESCHLOSSENHEIT UND BEGRENZTHEIT**

Die abgegrenzten und geschützten Spielräume beschreibt Winnicott nach Wetzel (2005, S. 43) als intermediäre oder potenzielle Räume, „*als Räume der Phantasiebildung zwischen innerer und äußerer Realität*“. P2 (Z. 464–465) beschrieb dazu Folgendes: „*[E]infach so ein bisschen über die Grenzen gehen und zu schauen, schaffe ich das auszuhalten, aber eben immer im geschützten Raum*“.

Um die Freiheit der Darstellung vom Unverfügbaren, Heiligen, Unberechenbaren und Unfassbaren zu garantieren, braucht es räumliche und zeitliche Grenzen, so Hüther und Quarch (2018, S. 135). P4 (Z. 107–111) wies auf die Grenzen der Materialauswahl hin und schilderte: „*[I]ndem ich ihm wirklich nur ein paar Stifte gebe, 3, 4, maximal 5 Stifte zum Auswählen und Blätter, weil er mit mehr Material überfordert gewesen wäre*“.

Stern (2005, S. 19) ist überzeugt, dass es ohne Regeln und Rituale kein Spiel gibt. Diese werden im Spiel nie als Einschränkungen empfunden. Die Notwendigkeit von Regeln und Ritualen ist in allen Interviews zu finden. P3 (112–114) hat dies sehr anschaulich beschrieben: „*[I]mmer so diese Wiederholungen, alles was so ritualisiert ist, was ihm Sicherheit gibt, wo er dann agieren kann, wie es für ihn passt*“.

### **8.2.4. MITSPIELERINNEN UND MITSPIELER**

Wer wirklich spielt, braucht Mitspieler\*innen, so Hüther und Quarch (2018, S. 121). Im Miteinander entfaltet sich der Freiraum für Potenziale. Damit sind jedoch nicht nur Mitspieler\*innen im Sinne von anderen Menschen gemeint, sondern auch fiktive Personen, Tiere, Puppen, Häuser usw. Stern (2016, S. 20) fügt das Spiel mit der Welt hinzu.

## **8.3. Überschneidungen der drei Themengebiete**

Die vierte Forschungsfrage beschäftigt sich mit dem kongruenten Bereich der drei Kerngebiete dieser Masterarbeit.

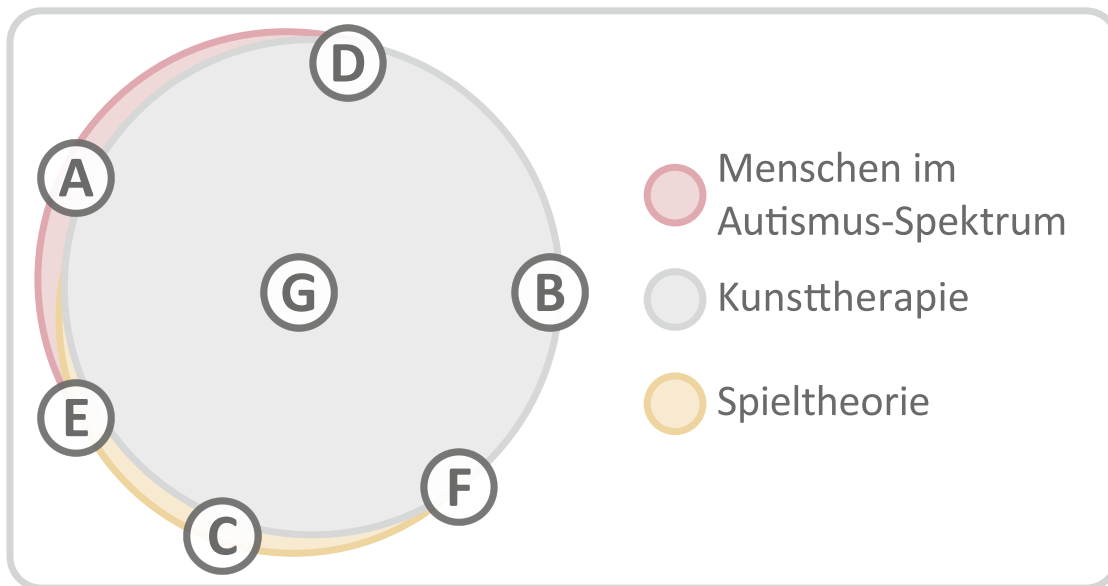


Abb. 4: Überschneidungen der Kerngebiete der Masterarbeit (eigene Darstellung)

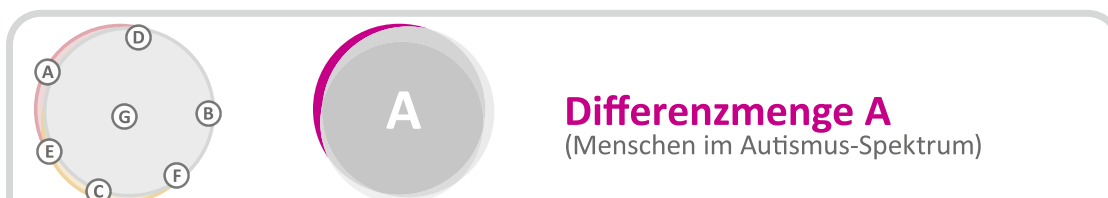


Abb. 5: Differenzmenge A (eigene Darstellung)

Die Differenzmenge A beinhaltet die Menschen im Autismus-Spektrum, für die keinerlei Methoden oder Materialien basierend auf deren Einschränkungen aufgrund des Autismus passend sind. Diese Menge ist sehr klein, was primär aus den mannigfaltigen Möglichkeiten in der Kunsttherapie resultiert. Da eine klare Definition von Kunsttherapie jedoch schwierig ist und somit eine Unschärfe bezüglich der Definition von Kunsttherapie gegeben ist, muss diese Menge ausgewiesen werden. P5 (Z. 364–371) beschrieb dies folgendermaßen: „[P]ersönlich gibt’s keine Grenzen, aber es kommt, glaube ich, drauf an, wie man selbst Kunsttherapie definiert“.

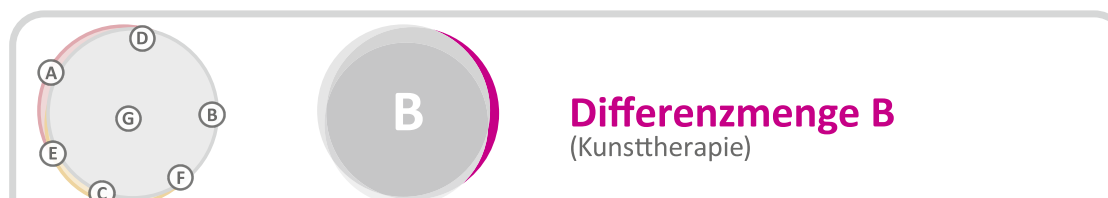


Abb. 6: Differenzmenge B (eigene Darstellung)

Der Bereich B ist jener Teilbereich von A, der weder Merkmale des Spiels aufweist noch für Menschen im Autismus-Spektrum geeignet ist. Dieser Bereich umfasst starre Konzepte, die der Freiheit und im Speziellen der Abwesenheit von Zwang und Druck und der Eröffnung von Freiräumen in der Definition des Spiels widersprechen. Konkrete Methoden oder Materialien

wurden weder in der Literatur noch in den Interviews entdeckt.

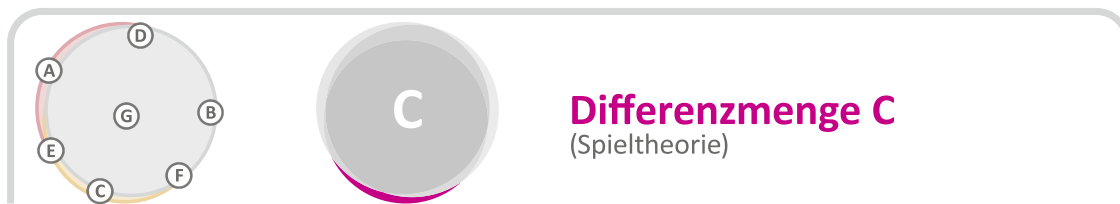


Abb. 7: Differenzmenge C (eigene Darstellung)

Der Differenzbereich C umfasst Bereiche des Spiels, die für die Kunsttherapie bzw. bei Menschen im Autismus-Spektrum nicht zutreffen. In diese Gruppe fallen laut P2 (Z. 457–463) teilweise Gesellschaftsspiele und Brettspiele. Eine umfassendere Beschreibung ist aus den Forschungsergebnissen nicht abzuleiten.

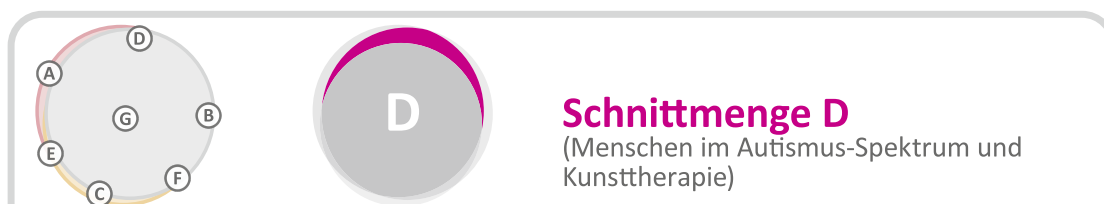


Abb. 8: Schnittmenge D (eigene Darstellung)

Der Bereich D beinhaltet kunsttherapeutische Methoden, die für Menschen im Autismus-Spektrum geeignet sind, aber nicht den Kriterien des Spiels entsprechen. Diese enthalten jene Interventionen, die sehr stark angeleitet sind, bei denen es klar fixierte Gestaltungsaufgaben gibt oder bei denen das Bestehen auf ein fixes Material nötig ist. Dies beschrieb P5 (Z. 291–297) anschaulich:

*„[D]ass sie alles, was sie in die Hände bekommen hat, einfach isst (...) ich meine, natürlich habe ich Farben genommen, die nicht schädlich sind, wenn man sie isst, aber wenn sie sie nur isst und nichts auf's Papier kommt, (...).“*

Hierbei handelt es sich wiederum um eine sehr kleine Differenzmenge, da die Auswahl der Interventionen im Allgemeinen auf die Klientel abgestimmt wird.

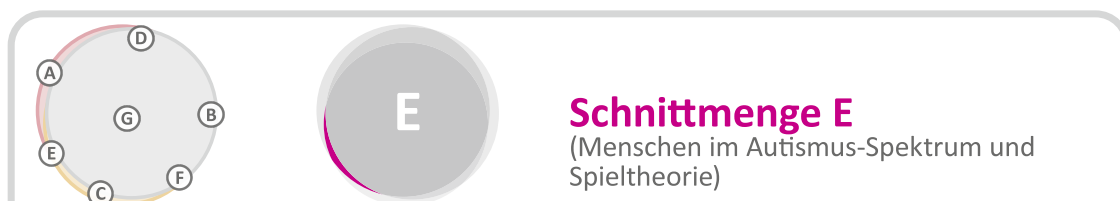


Abb. 9: Schnittmenge E (eigene Darstellung)

Der Bereich E stellt die Verbindung aus der Spieltheorie und deren Anwendungen für Menschen im Autismus-Spektrum dar. Dieser Bereich wird der Vollständigkeit halber angeführt, hat aber keine Relevanz für diese Forschung.



Abb. 10: Schnittmenge F (eigene Darstellung)

Die Differenzmenge F von Kunsttherapie und Autismus-Spektrum-Störung bildet jene kunsttherapeutischen Interventionen und Materialien ab, die für Menschen im Autismus-Spektrum nicht geeignet sind. Die erhobenen Daten zeigen, dass diese Menge sehr klein ist und auch nicht ganz klar abgegrenzt werden kann. Dennoch sind Interventionen ohne oder mit wenig Struktur und offenen Regeln in Raum und Zeit, das Arbeiten mit abstrakten und unklaren Themen wie z. B. Gefühlskärtchen und manche Materialien dieser Menge zuzuordnen.

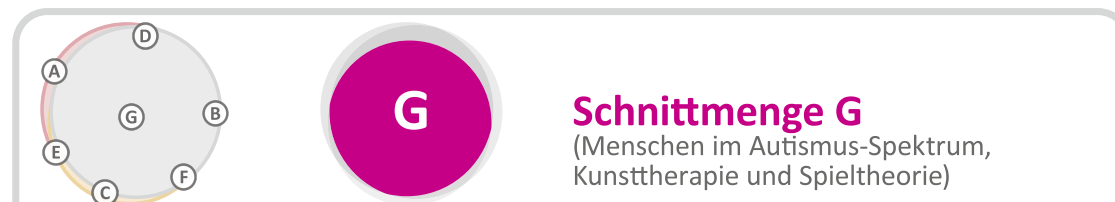


Abb. 11: Schnittmenge G (eigene Darstellung)

Die Schnittmenge G inkludiert jene kunsttherapeutischen Interventionen, die für Menschen im Autismus-Spektrum geeignet sind und den definierten Kriterien des Spiels entsprechen. Im Vergleich zu den Bereichen A–E ist dieser Bereich breit gefächert.

Die Interviewpartner\*innen beschrieben die Kunsttherapie bei Menschen im Autismus-Spektrum als sehr gut einsetzbar und wirkungsvoll. Ausschlaggebend für die Wahl des Rahmens, des Settings, der Methode und Materialien sind die individuellen Ziele für die die Personen der Klientel unter der Berücksichtigung ihrer Besonderheiten.

Kunsttherapeutische Interventionen verfügen über das große Potenzial, positive Ressourcen abzubilden und Fähigkeiten zutage zu fördern, die zuvor weder für den Menschen im Autismus-Spektrum noch für das Umfeld und die kunsttherapierende Person sichtbar waren. Diese Ressourcenwerke bleiben sichtbar und wirken auch bei Menschen mit geringen Aufmerksamkeits- und Merkspannen im Alltag nach bzw. können immer wieder angesehen, berührt usw. werden.

Im kunsttherapeutischen Tun können Menschen im Autismus-Spektrum ihre Erfahrungen und Erlebnisse aufarbeiten, die häufig unangenehm bis traumatisierend sind. Ebenso können diese ihre Wahrnehmungen und Gefühle in eine persönliche Ordnung bringen.

Gerade der oft fehlende oder reduzierte verbale Ausdruck zeigt, wie relevant das Anbieten nonverbaler Ausdrucksmöglichkeiten für Menschen im Autismus-Spektrum ist. Bildnerien, Skulpturen, Musik, Theater oder Tanz bieten zusätzliche Möglichkeiten, Gefühle, Stimmungen oder Wünsche zu kommunizieren. Dies führt häufig zu Entspannung und einem Gefühl der Akzeptanz und beugt destruktives Verhalten vor. Auch stereotype Verhaltens- und Denkmuster können erweitert oder abgebaut werden, die ein Diagnosekriterium für Autismus-Spektrum-Störung sind. Die Kunsttherapie kann helfen, neue Wege für schwierige Situationen und Aufgaben zu finden. Diese kann erlebbar machen, dass es mehrere Wege für das Erreichen eines Zieles gibt. Diese Erlebnisse und Erkenntnisse wirken im Alltag weiter und erweitern somit den eigenen Handlungsspielraum.



## 9. Resümee und Ausblick

Das Ergebnis dieser Masterarbeit hat gezeigt, dass ernsthafter Spaß und ein sicheres Setting die Basis für das Gelingen von kunsttherapeutischen Interventionen bei Menschen im Autismus-Spektrum sind. Vorerfahrungen in der Beratung dieser Zielgruppe sind wichtig, um die Methoden und Materialien passend abzustimmen und das richtige Maß an Herausforderungen zu wählen.

Aus der durchgeführten Forschung geht hervor, dass kunsttherapeutische Unterstützung vielen Menschen im Autismus-Spektrum sowohl in der persönlichen Entfaltung und Zufriedenheit als auch im Alltag und in der Kommunikation mit anderen beim Erlangen von mehr Selbstsicherheit hilft.

Es drängt sich die Frage auf, warum kunsttherapeutische Interventionen trotz dieser vielen positiven Auswirkungen bei Menschen im Autismus-Spektrum wenig angeboten bzw. genutzt werden. Sowohl die Interviews als auch persönliche Erfahrungen zeigen, dass kunsttherapeutische Methoden in der Arbeit in Werkstätten, Tagesstrukturen oder Ateliers für Menschen mit Beeinträchtigung und Sonderschulen sowohl von kunsttherapeutisch ausgebildeten Mitarbeitenden als auch einem fachfremden Personal verwendet werden, ohne diese explizit als solche zu betiteln. Diese werden somit oft nicht als kunsttherapeutisch verortet.

Die Kunsttherapie ist als Therapieform in Österreich noch nicht anerkannt. Diese ist somit weniger bekannt und wird weniger genutzt als andere Therapieformen. Dieser Fakt ist ein Aspekt für das geringe Angebot und die reduzierte Nutzung.

Die unterschiedlichen Zugänge, Spezialgebiete und stark individuellen Ausprägungen der Kunsttherapeutin bzw. des Kunsttherapeuten im Einsatz von Methoden und Materialien sind oft unüberschaubar und für fachfremde Menschen mit Unklarheiten und Unsicherheiten verbunden. Der ÖBKT versucht mit einer Liste der Kunsttherapeutinnen und Kunsttherapeuten und der Auflistung ihrer Spezialgebiete dem entgegenzuwirken und die Kunsttherapiesuchenden zu unterstützen. In Oberösterreich fungiert die Clearingstelle für Psychotherapie<sup>10</sup> u. a. als Informationsstelle zum Therapieangebot und leistet eine wertvolle Orientierungshilfe für Unterstützungssuchende. Die Aufnahme des kunsttherapeutischen Angebotes in diese zentrale Clearingstelle ist erstrebenswert. Selbst bei dem besten

---

<sup>10</sup> Website: <https://www.proges.at/psychotherapie-clearingstelle>

Koordinationsangebot bleibt jedoch die Frage offen, ob die ‚Chemie‘ zwischen Klientin oder Klienten und Therapeutin oder Therapeuten stimmt.

Ein eigenes Berufsgesetz würde die Aufnahme in diese Clearingstelle erleichtern und die Präsenz der Kunsttherapie in Österreich erhöhen. Die Kosten könnten mit den Gesundheitskassen abgerechnet und die finanziellen Ressourcen für Krankenhäuser und andere Unterstützungsangebote eher lukriert werden. Somit könnte die Kunsttherapie flächendeckender angeboten und genutzt werden.

Während des Forschungsprozesses sind Themen aufgetaucht, die sich für weitere Forschungen anbieten. Durch das groß gefächerte Spektrum des Autismus wären spezifische Forschungen für die einzelnen Ausprägungen (nach ICD 11: 6A02.0, 6A02.1, 6A02.2, 6A02.3, 6A02.4, 6A02.5) im Hinblick auf Chancen und Grenzen, Setting, Methodik und Material spannend. Auch eine Analyse innerhalb der nonverbalen Therapieformen wie z. B. Musiktherapie für Menschen im Autismus-Spektrum würde wichtige Erkenntnisse für Kunsttherapeutinnen und Kunsttherapeuten ermöglichen.

Die kunsttherapeutische Arbeit mit Menschen im Autismus-Spektrum ist eine sehr fordernde, zugleich aber erkenntnisreiche Erfahrung. Kunsttherapeutinnen und Kunsttherapeuten sollten den Mut haben, sich mit dieser Zielgruppe zu beschäftigen und deren oft sehr besonderen Zugänge und Blickwinkel auf die Welt kennenzulernen. Die Autorin dieser Arbeit freut sich jedenfalls auf viele weitere interessante und spannende Erfahrungen in ihrer kunsttherapeutischen Arbeit mit Menschen im Autismus-Spektrum.

## 10. Literaturverzeichnis

Aach-Feldmann, S. & Kunkle-Miller, C. (2010). Kunsttherapie unter entwicklungspsychologischem Aspekt. In A. Rubin (Hrsg.), *Richtungen und Ansätze der Kunsttherapie. Theorie und Praxis* (S. 268–288). Karlsruhe: Gerald.

Aissen-Crewett, M. (2002). *Kunst und Therapie mit Gruppen. Aktivitäten, Themen und Anregungen für die Praxis* (5. Aufl.). Dortmund: modernes lernen.

Attwood, T. (2010). *Asperger-Syndrom. Das erfolgreiche Praxis-Handbuch für Eltern und Therapeuten* (3. Aufl.). Stuttgart: TRIAS.

Attwood, T. (2019). *Leben mit dem Asperger-Syndrom: Von Kindheit bis Erwachsensein – alles was weiterhilft* (3. Aufl.). Stuttgart: TRIAS.

Bianchi, B. (2021). In den Spielzonen der Kindheit. *Kunstforum International*, 276, S. 153–162.

Biscaldi, M. (2013). Symptomatik und Klassifikation von Autismus-Spektrum-Störung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In L. T. van Elst (Hrsg.), *Das Asperger-Syndrom im Erwachsenenalter und andere hochfunktionale Autismus-Spektrum-Störungen* (S. 13–23). Freiburg: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Biscaldi, M. & Paschke-Müller, M. (2013). Gruppenpsychotherapie: KJPP-Konzepte. In L. T. van Elst (Hrsg.), *Das Asperger-Syndrom im Erwachsenenalter und andere hochfunktionale Autismus-Spektrum-Störungen* (S. 291–299). Freiburg: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Bölte, S. (2009a). Autismus im Film, in der Literatur und bei historischen Persönlichkeiten. In S. Bölte (Hrsg.), *Autismus – Spektrum, Ursache, Diagnostik, Intervention, Perspektiven* (S. 13–18). Bern: Hans Huber.

Bölte, S. (2009b). Entwicklung, Verlauf und Prognose. In S. Bölte (Hrsg.), *Autismus – Spektrum, Ursache, Diagnostik, Intervention, Perspektiven* (S. 75–84). Bern: Hans Huber.

Bölte, S. (2009c). Fragebogen, Beobachtungsskalen, Interviews. In S. Bölte (Hrsg.), *Autismus – Spektrum, Ursache, Diagnostik, Intervention, Perspektiven* (S. 155–174). Bern: Hans Huber.

Bölte, S. (2009d). Historischer Abriss. In S. Bölte (Hrsg.), *Autismus – Spektrum, Ursache, Diagnostik, Intervention, Perspektiven* (S. 21–30). Bern: Hans Huber.

Bölte, S. (2009e). Symptomatik und Klassifizierung. In S. Bölte (Hrsg.), *Autismus – Spektrum, Ursache, Diagnostik, Intervention, Perspektiven* (S. 31–45). Bern: Hans Huber.

Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.

Buchhart, D. (2005). Über die Dialektik von Spielregeln und offenem Handlungsfeld. *Kunstforum International*, 176, S. 39–55.

Buland, R. & Gollschild, N. (2018). Der kunsttherapeutische Prozess als Spiel im Sinne von play. In F. von Spreiti, P. Martius & F. Steger (Hrsg.), *KunstTherapie. Wirkung – Handwerk – Praxis* (S. 135–143). Stuttgart: Schattauer GmbH.

Clausen, J. J. & Riedl, A. (2016). *Basiswissen: Autismus-Spektrum-Störung bei Erwachsenen*. Köln: Psychiatrie.

Czech, K. (o. J.). Stern-Methode. Der Malort Arno Sterns und das Ausdrucksmalen. *Integrale Kunstpädagogik*, Verfügbar unter: [http://www.integrale-kunstpaedagogik.de/assets/ikp\\_kpm\\_stern-methode.pdf](http://www.integrale-kunstpaedagogik.de/assets/ikp_kpm_stern-methode.pdf) (20-11-2021)

Dachverband österreichische Autistenhilfe. (2022). *Häufigkeit und Ursachen*. Verfügbar unter: <https://www.autistenhilfe.at/was-ist-autismus/haeufigkeit-und-ursachen> (18-03-2022)

Dempster, M. & Hanna, D. (2017). *Forschungsmethoden der Psychologie und Sozialwissenschaften für dummies*. Weinheim: WILEY-VCH.

Döhle, R. (2013). Selbsthilfekonzepte. In L. T. van Elst (Hrsg.), *Das Asperger-Syndrom im Erwachsenenalter und andere hochfunktionale Autismus-Spektrum-Störungen* (S. 322–328). Freiburg: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Duketis, E. & Holtmann, M. (2009). Neurologische, genetische und körperliche Untersuchung. In S. Bölte (Hrsg.), *Autismus – Spektrum, Ursache, Diagnostik, Intervention, Perspektiven* (S. 205–218). Bern: Hans Huber.

Dziobek, I. & Bölte, S. (2009). Neuropsychologie und funktionelle Bildgebung. In S. Bölte (Hrsg.), *Autismus – Spektrum, Ursache, Diagnostik, Intervention, Perspektiven* (S. 131–152). Bern: Hans Huber.

Eberhart, H. & Knill, P. J. (2010). *Lösungskunst. Lehrbuch der kunst- und ressourcenorientieren Arbeit*. Göttingen: V&R.

Edwards, M. (1987). Kunsttherapie in Anlehnung an die Analytische Psychologie C. G. Jungs. In J. A. Rubin (Hrsg.), *Richtungen und Ansätze der Kunsttherapie. Theorie und Praxis* (S. 111–132). Karlsruhe: Gerardi.

Egger, B. (2002). *Faszination Malen. Praktisches Erzieherisches Anregendes* (2. Aufl.). Bern: Zytglogge.

Elpers, M. (2006). Zur medikamentösen Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit Autismus. In B. Schirmer (Hrsg.), *Psychotherapie und Autismus* (S. 107–110). Tübingen: dgvt.

Freitag, C. M. (2009). Neurobiologie: Umweltfaktoren, Immunsystem, Neuroanatomie, Neurochemie und Neurophysiologie. In S. Bölte (Hrsg.), *Autismus – Spektrum, Ursache, Diagnostik, Intervention, Perspektiven* (S. 108–130). Bern: Hans Huber.

Freitag, C. M., Kitzerow, J., Medda, J., Soll, S. & Cholemkey, H. (2017). *Autismus-Spektrum-Störung*. Göttingen: Hogrefe.

- Freyberger, H. J. & Dilling, H. (2015). *Geschichte psychiatrischer Klassifikation*, Verfügbar unter: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0038-1627598> (21-11-2021)
- Fuchs, R. (2005). Kunst-Sprache-Spiele. Dreiecksbeziehung in der Kunst der 60er und 70er Jahre. *Kunstforum International*, 178, S. 38–47.
- Fuchs, T. (2018). Kunst und das „Als-ob“. Anthropologische Anmerkungen. In von F. von Spreiti, P. Martius & F. Steger (Hrsg.), *KunstTherapie. Wirkung – Handwerk – Praxis* (S. 1–5). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Fuß, S. & Karbach, U. (2019). *Grundlagen der Transkription. Eine praktische Einführung* (2. Aufl.). Opladen: Barbara Budrich GmbH.
- Gaiss, S. (2021). Wahrnehmung als Grundlage für Kreativität. In M. J. Herschbach & A. Klein (Hrsg.), *Facetten der Kunsttherapie* (S. 159–164). München: UTZ.
- Gonzalez-Dolginko, B. (2020). *Art Therapy with Adults with Autism Spectrum Disorder*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Günther, M. (2009). Kugelfische, Frankensteins und Oschis. Winnicotts Squiggle-Technik in der kinderanalytischen und kinderpsychiatrischen Arbeit. In M. Kögler (Hrsg.), *Möglichkeitsräume in der analytischen Psychotherapie. Winnicotts Konzept des Spielerischen* (S. 79–100). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Haas, M. (2018). *Methoden der Kunsttherapie*. o. O.: o. A.
- Hartmann, H. (2018). Therapeutische Maßnahmen bei Autismus-Spektrum-Störung. In B. Rollett & U. Kastner-Koller (Hrsg.), *Praxisbuch Autismus für Erzieher, Lehrer, Psychologen, Therapeuten und Eltern* (S. 119–136). München: Urban & Fischer.
- Hartmann, H. & Jakobs, G. (2006). Die Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie (AIT) bei frühkindlichem Autismus. In B. Schirmer (Hrsg.), *Psychotherapie und Autismus* (S. 57–90). Tübingen: dgvt.
- Heimes, S. (2010). *Künstlerische Therapien*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Herbrecht, E., Bölte, S. & Poustka, R. (2008). *Kontakt Frankfurter Kommunikations- und soziales Interaktions-Gruppentraining bei Autismus-Spektrum-Störung*. Göttingen: Hogrefe.
- Herschbach, M. J. (2021). Vorwort. In M. J. Herschbach & A. Klein (Hrsg.), *Facetten der Kunsttherapie* (S. 7f). München: UTZ.
- Herschbach, M. J. & Klein, A. (2021). Facetten eines multiperspektivischen Feldes. In M. J. Herschbach & A. Klein (Hrsg.), *Facetten der Kunsttherapie* (S. 13–21). München: UTZ.
- Hippler, K. & Metzler, S. (2018). Asperger-Syndrom und hochfunktioneller Autismus. In B. Rollett & U. Kastner-Koller (Hrsg.), *Praxisbuch Autismus für Erzieher, Lehrer, Psychologen, Therapeuten und Eltern* (S. 169–181). München: Urban & Fischer.

- Huber, M. (2009). Interaktions- und Spezialinteressen – fokussierte Beratung. In S. Bölte (Hrsg.), *Autismus – Spektrum, Ursache, Diagnostik, Intervention, Perspektiven* (S. 345–356). Bern: Hans Huber.
- Hüther, G. & Quarch, C. (2018). *Rettet das Spiel! Weil leben mehr als funktionieren ist* (4. Aufl.). München: btb.
- Hutterer, C. (2020). Wege zur (Wieder-)Entdeckung der eigenen Kreativität. In C. Hutterer & I. Fackler (Hrsg.), *Die Wiederentdeckung der eigenen Kreativität. Der Selbstbestimmte zwei- und dreidimensionale Ausdruck in der pädagogischen Praxis* (S. 64–81). München: kopaed.
- Huzinga, J. (2007). *Homo Ludens. Versuch einer Bestimmung des Spielelementes der Kultur* (3. Aufl.). Köln: Akademische Verlagsanstalt Pantheon.
- Isaksson, A. (2013). Autismus-Spektrum-Störung und verändertes Essverhalten bzw. Essstörungen. In L. T. van Elst (Hrsg.), *Das Asperger-Syndrom im Erwachsenenalter und andere hochfunktionale Autismus-Spektrum-Störungen* (S. 229–233). Freiburg: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Kastner-Koller, U. (2018). Förderung der kognitiven Fähigkeiten bei Kindern mit Autismus-Spektrum-Störung. In B. Rollett & U. Kastner-Koller (Hrsg.), *Praxisbuch Autismus für Erzieher, Lehrer, Psychologen, Therapeuten und Eltern* (S. 63–118). München: Urban & Fischer.
- Kauke, M. (1992). *Spielintelligenz: spielend lernen – Spielen lernen?*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Kikol, L. (2021). Spiel! Spiel am Tollsten! Kindliches und Spielerisches als Motor der Kunst. *Kunstforum International*, 276, S. 42–55.
- Klascha, R. (2021). Malspiel am Malort. In M. Herschbach & A. Klein (Hrsg.), *Facetten der Kunsttherapie* (S. 117–122). München: Utz.
- Kögler, M. (2009). Vorwort. In M. Kögler (Hrsg.), *Möglichkeitsräume in der analytischen Psychotherapie. Winnicotts Konzept des Spielerischen* (S. 9–14). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Konvent der Barmherzigen Brüder Linz. (2022). *WORK\_out Autismus + Arbeit*. Verfügbar unter: <https://www.barmherzige-brueder.at/unit/issn/autismus/erwachsene> (18-03-2022)
- Kramer, E. (2018). *Kunst als Therapie mit Kinder*. München: Reinhardt.
- Künsting, W. (1988). *Spiel und Wissenschaft – Versuch einer Synthese naturwissenschaftlicher und geisteswissenschaftlicher Anschauungen zur Funktion des Spiels*. Köln: Academica Verlag Richarz.
- Lazar, R. A. (2009). Spiel enthält alles! Spielen ist das Universale (Winnicott). In M. Kögler (Hrsg.), *Möglichkeitsräume in der analytischen Psychotherapie. Winnicotts Konzept des Spielerischen* (S. 31–54). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Lechmann, C., Diepers-Perez, I., Grass, H. & Pfeiffer, F. (2009). Das Picture Exchange Communication System (PECS). In S. Bölte (Hrsg.), *Autismus – Spektrum, Ursache, Diagnostik, Intervention, Perspektiven* (S. 375–386). Bern: Hans Huber.

- Lorenz, J. (2020). *Anders ist eine Variation von richtig. PEP und Kunsttherapie bei Autismus*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Matzies, M. (2006). Delphintherapie bei Autismus – eine wirksame Alternative?. In B. Schirmer (Hrsg.), *Psychotherapie und Autismus* (S. 91–106). Tübingen: dgvt.
- Matzies, M. (2010). *Sozialtraining für Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung (ASS)*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mayrhuber, S. (2018). *Künstlerisch-ästhetisches Gestalten in seiner Relevanz für Kinder und Jugendliche mit komplexen Behinderungen. Der Malraum als Möglichkeit dem Entwicklungsprozess Raum zu geben*. Linz (Masterarbeit)
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (11. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Melcher-Schönach, C. (2012). InSzene Kunsttherapie. In von F. Sprei, P. Martinus & H. Förstl (Hrsg.), *Kunsttherapie bei psychischen Störungen* (2. Aufl., S. 19–24). München: Urban & Fischer.
- Menzen, K. H. (2000). *Eine kleine illustrierte Geschichte der Kunsttherapie*. Butzbach-Griedel: Afra.
- Müller, R. (2021). Kinderzeichnung und Kunsttherapie. In M. J. Herschbach & A. Klein (Hrsg.), *Facetten der Kunsttherapie* (S. 91–96). München: UTZ.
- Notbohm, E. & Zysk, V. (2019). *1001 Ideen für den Alltag mit autistischen Kindern und Jugendlichen. Praxistipps für Eltern, pädagogische und therapeutische Fachkräfte*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Noterdaeme, M. (2009). Komorbidität und Differenzialdiagnose. In S. Bölte (Hrsg.), *Autismus – Spektrum, Ursache, Diagnostik, Intervention, Perspektiven* (S. 46–64). Bern: Hans Huber.
- Paschke-Müller, S. M., Biscaldi, M., Rauh, R., Fleischhaker, C. & Schulz, E. (2013). *TOMTASS – Theory-of-Mind-Training bei Autismusspektrumstörung*. Berlin: Springer.
- Peters, J., Ebert, D., Fangmeier, T., Lichtblau, A., Bicaldi, M. & van Elst, L. T. (2013a). Psychotherapie der Autismus-Spektrum-Störung im Erwachsenenalter. In L. T. van Elst (Hrsg.), *Das Asperger-Syndrom im Erwachsenenalter und andere hochfunktionale Autismus-Spektrum-Störungen* (S. 274–281). Freiburg: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Peters, J., Ebert, D., Fangmeier, T., Lichtblau, A., Bicaldi, M. & van Elst, L. T. (2013b). Das Freiburger Asperger Spezifische Therapiekonzept für Erwachsene (Faster-Konzept). In L. T. van Elst (Hrsg.), *Das Asperger-Syndrom im Erwachsenenalter und andere hochfunktionale Autismus-Spektrum-Störungen* (S. 300–309). Freiburg: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Petersen, P. (2011). Wie lässt sich Künstlerisch-Therapeutische Forschung gestalten? – Lebensrückblick eines Zwölfenders. In P. Petersen, H. Gruber & R. Tüpker (Hrsg.), *Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien* (S. 343–363). Wiesbaden: Reichert.

- Philipsen, A. (2013). Autismus-Spektrum-Störung und Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. In L. T. van Elst (Hrsg.), *Das Asperger-Syndrom im Erwachsenenalter und andere hochfunktionale Autismus-Spektrum-Störungen* (S. 200–206). Freiburg: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Preß, A. (2021). Heilpädagogische Kunsttherapie – ein Blick in die Praxis mit Kindern und Jugendlichen. In M. J. Herschbach & A. Klein (Hrsg.), *Facetten der Kunsttherapie* (S. 79–83). München: UTZ.
- Radtke, M. (2013a). Autismus-Spektrum-Störung und Depressionen. In L. T. van Elst, (Hrsg.), *Das Asperger-Syndrom im Erwachsenenalter und andere hochfunktionale Autismus-Spektrum-Störungen* (S. 186–192). Freiburg: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Radtke, M. (2013b). Autismus-Spektrum-Störung und Angststörung. In L. T. van Elst, (Hrsg.), *Das Asperger-Syndrom im Erwachsenenalter und andere hochfunktionale Autismus-Spektrum-Störungen* (S. 193–199). Freiburg: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Riedel, A. (2013). Klinische Diagnostik und Erfahrungen aus der Sprechstunde für Autismus-Spektrum-Störung. In L. T. van Elst (Hrsg.), *Das Asperger-Syndrom im Erwachsenenalter und andere hochfunktionale Autismus-Spektrum-Störungen* (S. 107–128). Freiburg: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Rollett, B. (2018a). Die Einbeziehung der Eltern in die therapeutische Arbeit: Ein Fallbeispiel. In B. Rollett & U. Kastner-Koller (Hrsg.), *Praxisbuch Autismus für Erzieher, Lehrer, Psychologen, Therapeuten und Eltern* (S. 45–53). München: Urban & Fischer.
- Rollett, B. (2018b). Kinder mit Autismus und sich typisch entwickelnde Kinder im Vergleich. In B. Rollett & U. Kastner-Koller (Hrsg.), *Praxisbuch Autismus für Erzieher, Lehrer, Psychologen, Therapeuten und Eltern* (S. 24–39). München: Urban & Fischer.
- Roth, E. A. (2010). Kunsttherapie unter verhaltenstherapeutischem Aspekt. In A. Rubin (Hrsg.), *Richtungen und Ansätze der Kunsttherapie. Theorie und Praxis* (S. 229–246). Karlsruhe: Gerardi.
- Schaller, U. M. (2013). Ätiologie der Autismus-Spektrum-Störung. In L. T. van Elst (Hrsg.), *Das Asperger-Syndrom im Erwachsenenalter und andere hochfunktionale Autismus-Spektrum-Störungen* (S. 65–80). Freiburg: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schirmer, B. (2006). Autismus und Psychotherapie. Ein Überblick über Behandlungsformen in den vergangenen 60 Jahren. In B. Schirmer (Hrsg.), *Psychotherapie und Autismus* (S. 11–25). Tübingen: dgvt.
- Schmeer, G. (2003). *Kunsttherapie in der Gruppe. Vernetzung, Resonanzen, Strategeme*. München: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Schumacher, K. & Calvet, C. (2006). Musiktherapeutische Interventionen bei Kindern mit Autismus. Ein Betrag zur emotionalen Entwicklung. In B. Schirmer (Hrsg.), *Psychotherapie und Autismus* (S. 30–35). Tübingen: dgvt.



Selbsthilfegruppe „Leben mit Autisten“ Biberach (o. J.). *Die „Autistischen Psychopathen“ im Kindesalter*. Verfügbar unter: [http://autismus-biberach.com/Asperger\\_Hans\\_Autistischen\\_Psychopathen.pdf](http://autismus-biberach.com/Asperger_Hans_Autistischen_Psychopathen.pdf) (15-01-2022)

Silberman, S. (2019). *Geniale Störung. Die geheime Geschichte des Autismus und warum wir Menschen brauchen, die anders denken* (2. Aufl.). Köln: DuMont.

Sinapius, P. (2009). Kunsttherapie als soziale Praxis. In M. J. Herschbach & A. Klein (Hrsg.), *Facetten der Kunsttherapie* (S. 141–145). München: UTZ.

Spiel, G., Gasser, A., Winkler, R. & Kastner-Koller, U. (2018). Autismus in der Fachdiskussion: Diagnostik und Ätiologie. In B. Rollett & U. Kastner-Koller (Hrsg.), *Praxisbuch Autismus für Erzieher, Lehrer, Psychologen, Therapeuten und Eltern* (S. 192–247). München: Urban & Fischer.

Stern, A. (2005). *Das Malspiel und die natürliche Spur*. Klein Jasedow: Drachenverlag.

Stern, A. (2016). *Spielen, um zu fühlen, zu lernen und zu leben* (2. Aufl.). München: Elisabeth Sandmann.

Streeck-Fischer, A. (2009). Spiel ist Kommunikation – zum Verständnis des Spiels aus entwicklungspsychologischer und -pathologischer Sicht. In M. Kögler (Hrsg.), *Möglichkeitsräume in der analytischen Psychotherapie. Winnicotts Konzept des Spielerischen* (S. 15–30). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Symalla, R. & Feilbach, T. (2009). Der TEACCH-Ansatz. In S. Bölte (Hrsg.), *Autismus – Spektrum, Ursache, Diagnostik, Intervention, Perspektiven* (S. 273–287). Bern: Hans Huber.

Theunissen, G. (2014). *Menschen im Autismus-Spektrum. Verstehen, annahmen, unterstützen*. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Theunissen, G. & Schubert, M. (2010). *Starke Kunst von Autisten und Savants. über außergewöhnliche Bildwerke, Kunsttherapie und Kunstunterricht*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Thomas, C. (2007). „Ich kann aber nicht malen“ – Geschichte, Verfahren, Möglichkeiten und Grenzen der Kunsttherapien. In W. Kraus (Hrsg.), *Die Heilkraft des Malens: Einführung in die Kunsttherapie* (S. 13–36). München: C.H. Beck.

Türk, I. H. (1986). Der Kunsttherapeut – zur Charakteristik einiger Unterrichtsmethoden. In K. H. Türk & J. Thies (Hrsg.), *Therapie durch künstlerisches Gestalten. Wider die Handlungsverarmung in unserer Zeit* (S. 40–52). Stuttgart: Urachhaus Johannes M. Mayer.

Van Elst, L. T. (2013a). Asperger-Syndrom und Autismusbegriff: historische Entwicklung und moderne Nosologie. In L. T. van Elst (Hrsg.), *Das Asperger-Syndrom im Erwachsenenalter und andere hochfunktionale Autismus-Spektrum-Störungen* (S. 3–12). Freiburg: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Van Elst, L. T. (2013b). Die hochfunktionalen Autismus-Spektrum-Störung im Erwachsenenalter – Symptomatik und Klassifikation. In L. T. van Elst (Hrsg.), *Das Asperger-*

*Syndrom im Erwachsenenalter und andere hochfunktionale Autismus-Spektrum-Störungen* (S. 24–33). Freiburg: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Van Elst, L. T. & Winter, K. (2013). Autismus-Spektrum-Störung und schizophreniforme Störungen. In L. T. van Elst (Hrsg.), *Das Asperger-Syndrom im Erwachsenenalter und andere hochfunktionale Autismus-Spektrum-Störungen* (S. 212–222). Freiburg: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Van Essen, U. (2013). Kunst ist der Anfang. Kunsttherapie bei Autismus-Spektrum-Störung. In Bundesverband Autismus Deutschland e.V. (Hrsg.), *Inklusion von Menschen im Autismus-Spektrum* (S. 282–300). Karlsruhe: Loeper.

Von Spreti, F. & Marten, D. (2018). Hand-Werk Kunsttherapie. In F. von Spreti, P. Martius & F. Steger, (Hrsg.), *KunstTherapie. Wirkung – Handwerk – Praxis* (S. 527–577). Stuttgart: Schattauer GmbH.

Vopel, K. W. (2021). *Kunsttherapie für die Gruppe. Spiele und Experimente*. Salzhausen: iskopress.

Waid, A. (2020). Gestalte dein Gehirn!. In C. Hutterer & I. Fackler (Hrsg.). *Die Wiederentdeckung der eigenen Kreativität. Der Selbstbestimme zwei- und dreidimensionale Ausdruck in der pädagogischen Praxis* (S. 16–33). München: kopaed.

Weisbach, C. R. (1986). Das Gespräch in der Kunsttherapie. In K. H. Türk und J. Thies (Hrsg.), *Therapie durch künstlerisches Gestalten. Wider die Handlungsverarmung in unserer Zeit* (S. 187–198). Stuttgart: Urachhaus Johannes M. Mayer.

Wetzel, T. (2005). *Geregelte Grenzüberschreitung: Das Spiel mit der Ästhetischen Bildung*. München: Kontext Kunstpädagogik.

Wichelhaus, B. (2010). Kunsttherapie in der Kindertherapie. In H. Gruber & B. Wichelhaus (Hrsg.), *Kunsttherapie mit Kindern und Jugendlichen. Aktuelle Bezüge aus klinischen und sozialen Anwendungsfeldern* (S. 9–30). Berlin: EB.

Winnicott, D. W. (2006). *Die therapeutische Arbeit mit Kindern. Die Technik des Squiggle oder Kritzelspiels*. Karlsruhe: Gerardi.

Winter, K. (2013). Autismus-Spektrum-Störung und die Schizotype Störung. In L. T. van Elst (Hrsg.), *Das Asperger-Syndrom im Erwachsenenalter und andere hochfunktionale Autismus-Spektrum-Störungen* (S. 177–185). Freiburg: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Zimpel, A. F. (2021). Autismus- und Neurodiversitätsspektren. Menschen. Zeitschrift für gemeinsames Leben, *Lernen und Arbeiten*, 6, S. 37–47.

## 11. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Sein Schnörkel, aus dem ich einen Fußball machte. (Winnicott 2006, S. 334). .....	52
Abb. 2: Mein Schnörkel, den er in einen Kopf verwandelte. (Winnicott 2006, S. 334).....	52
Abb. 3: Malraum nach Arno Stern. (Herschbach und Klein 2021, S. 120).....	53
Abb. 4: Überschneidungen der Kerngebiete der Masterarbeit (eigene Darstellung) .....	85
Abb. 5: Differenzmenge A (eigene Darstellung).....	85
Abb. 6: Differenzmenge B (eigene Darstellung).....	85
Abb. 7: Differenzmenge C (eigene Darstellung).....	86
Abb. 8: Schnittmenge D (eigene Darstellung) .....	86
Abb. 9: Schnittmenge E (eigene Darstellung) .....	86
Abb. 10: Schnittmenge F (eigene Darstellung).....	87
Abb. 11: Schnittmenge G (eigene Darstellung).....	87

## Leitgerüst für das Interview

---

### Zugänge

- Wie viele Menschen im Autismus-Spektrum hatten Sie schon in der Therapie? Bzw. kamen die Betroffenen wegen ihrer Diagnose Autismus-Spektrum-Störung
- oder anderen Anliegen? (Komorbiditäten, Selbsterfahrung)
  
- Durchschnittliche Verweildauer der Klientin bzw. des Klienten im Autismus-Spektrum/ Anzahl der Termine/Rahmen der Therapie (Schule, privat, Verein, Krankenhaus, ...)

### Intervention

- Welche und warum haben Sie diese Interventionen ausgewählt? (Beweggründe)
- Haben Sie bei Menschen im Autismus-Spektrum andere Methoden/Interventionen gewählt als bei Neurotypischen Menschen?

### Chancen / Grenzen

- Welche Erfahrungen haben Sie mit Menschen im Autismus-Spektrum gemacht? Welche „Ergebnisse“ / „Erfolge“ haben sie erlebt?
  
- Sehen Sie die Kunsttherapie als sinnvolle Interventionen für Menschen im Autismus-Spektrum? Wenn ja in welcher Hinsicht? Und wo sind die Chancen und Grenzen?