

„Zeige mir was du brauchst“ - Musiktherapie mit verhaltens-auffälligen, behinderten und schwerst- mehrfach behinderten Kindern

Wolfgang Armbrust

Das Kinderzu Hause Burbach

Das Kinderzu Hause in Burbach ist die Kurzzeitpflegeeinrichtung der DRK-Kinderklinik Siegen. Kinder und Jugendliche, die auf medizinische Überwachungs- und Beatmungsgeräte und/oder Ernährungssonden (PEG-Systeme) angewiesen sind, werden im Kinderzu Hause von einem interdisziplinären Team betreut. Das Pflegeteam besteht aus Kinderkrankenschwestern /-pflegern, Krankenschwestern /-pflegern, HeilerziehungspflegerInnen, ErzieherInnen und HeilpädagogInnen.

Es gibt hier zehn Kurzzeitpflegeplätze für Kinder und Jugendliche mit schweren Mehrfachbehinderungen. Die Kurzzeitpflege ist speziell zur Entlastung der Familie gedacht, damit diese für einen begrenzten Zeitraum Erholung finden kann. Mit den Eltern zusammen wird für die Kinder ein individuelles Betreuungskonzept entwickelt.

Kurzzeitpflege im Kinderzu Hause

Ziel der Einrichtung ist einerseits die oft sehr komplexe Pflege zu gewährleisten, andererseits die individuelle Entwicklung der motorischen, kognitiven, sprachlichen und sozialen Fähigkeiten der Kinder und Jugendlichen zu fördern.

Neben der Kurzzeitpflege sind im Gebäudekomplex drei Wohngruppen untergebracht, in denen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in den Pflegestufen 0 bis 3 ein dauerhaftes Zuhause finden. Hier gibt es insgesamt 24 Plätze. Träger dieser Einrichtung sind die von Bodelschwingh'schen Anstalten Bethel. Es ist ein stationäres Angebot in der Region im Sinne des SGB XII, § 53 und § 35a KJHG. Im „Haus Burgweg“ wird eine vielschichtige pädagogische und pflegerische Betreuung angeboten.

Wohngruppen „Haus Burgweg“

Die Einrichtung des musiktherapeutischen Angebots

Da ich das Glück hatte, das musiktherapeutische Angebot im Kinderzu Hause erstmalig einzurichten, begann mein Praxisjahr mit der Anschaffung von Instrumenten.

Musiktherapie im Kinderzu Hause

Die pädagogische Leitung im Kinderzu Hause, stimmte mit mir ab, bei welchen Kinder Musiktherapie indiziert sein könnte. Dabei berücksichtigten wir vor allem schwerst- mehrfach behinderte Kinder, die sonst kaum Angebote erhalten können. Bei den weniger beeinträchtigten Kindern überlegten wir, wer sich für Musik interessiert und vor allem auch, bei welchem Kind ein ausgleichendes Angebot besonders notwendig wäre.

Auswahl der Kinder

Herbert Bruhn ist der Auffassung, dass Musiktherapie mit Behinderten entweder erlebniszentriert oder übungszentriert durchgeführt wird. Die Therapie soll hierbei nicht auf eine bestimmte Anzahl von Stunden begrenzt bleiben, wie es in der konfliktzentrierten Musiktherapie üblich ist.

*erlebniszentrierte und
übungszentrierte
Musiktherapie* Bei der erlebniszentrierten Musiktherapie steht der emotionale Umgang mit dem durch die Behinderung erschwerten Leben im Mittelpunkt. Es wird auf emotionale Stabilität, Zufriedenheit und Selbstsicherheit hingearbeitet. Die übungszentrierte Musiktherapie konzentriert sich auf Entwicklungen im kognitiven, motorischen, sozialen und verbalen Bereich. „Die Musik kann hier zum einen im lerntheoretischen Sinn als Verstärker für die Lernvorgänge wirken. Zum anderen kann Musik die Struktur oder Aktivität bieten, auf Grund derer ein gewünschtes Lernergebnis möglich wird“ (Bruhn 2000, 79).

Musiktherapeutisches Setting Manche Kinder besuchte ich mit den Instrumenten in ihren Zimmern, die meisten aber holte ich in den großen Bewegungsraum. Die Einheiten hatten eine Dauer von durchschnittlich 30 Minuten.

Team Der regelmäßige Austausch mit der Ergotherapeutin und der pädagogischen Leitung über aktuelle Entwicklungen und Auffälligkeiten, ermöglicht eine erweiterte Wahrnehmung der Kinder.

Im Folgenden soll an Hand zweier Fallbeispiele einen Einblick in meine Arbeit im Kinderzuhause gewährt werden. In der ersten Falldarstellung geht es um einen 7-jährigen Jungen mit der Diagnose *Atypische idiopathische¹ fokale² Epilepsie*. Die zweite Falldarstellung stellt am Beispiel eines 12-jährigen Jungen die Arbeit mit schwerst-mehrfach behinderten Kindern vor.

Falldarstellung Reiner

Reiner kam im Juli 2005 in die Wohngruppe „Bethel 3“ im Haus Burgweg. Zu diesem Zeitpunkt war die Gruppe 3 gerade neu entstanden. Insgesamt fanden hier vier Jungen und ein Mädchen ein neues Zuhause.

Geburtsverlauf Reiner ist im Oktober 1997 von gesunden Eltern, nach unauffälliger Schwangerschaft als das zweite von drei Kindern geboren. Der Geburtsverlauf war kompliziert. Fetale Bradykardien³ in der Austreibungsperiode, machten eine Notsectio aus Schädellage erforderlich. Hierbei wurde ein echter Nabelschnurknoten festgestellt. Reiner wird als ein postnatal schlaffes, nicht atmendes, bradykardes Kind beschrieben. Nach der Darreichung von Atropin und einer Sauerstoff Maskenbeatmung erholte er sich schnell. Wegen Anpassungsstörung und Trinkschwäche wurde Reiner postnatal sofort in der Klinik aufgenommen.

Entwicklungsstörungen Es wird berichtet, dass Reiner schon als Säugling auffällig war, nicht gelächelt habe und nicht mit den Eltern schmusen wollte. Früh zeigten sich Koordinationsstörungen und kombinierte Entwicklungsstörungen. Ferner ist den Akten zu entnehmen, dass Reiner nachts kaum schlafte, sehr empfindlich, z.T. gar panisch auf Körperkontakt reagiere. Mit 23 Monaten beginnt er zu laufen, mit 26 Monaten spricht er die ersten Worte. Die Befunde der ersten Jahre konstatieren einheitlich, dass Reiner, von einer ständigen Unruhe geplagt, sich nur wenige Sekunden mit einer Sache beschäftigen kann. Bei Untersuchungen verweigert er oft seine Mitarbeit. In den Berichten über die stationären Aufenthalte wird er als wild und chaotisch beschrieben, er esse nur unter Zwang und erbreche aus Protest. Außerdem

¹ Idiopathisch = auf erblicher Basis

² Fokal = örtlich

³ Herzaktion des Feten bei der Geburt mit Basisfrequenz < 120/min., dabei besteht die Gefahr einer Schädigung des Herzens durch eine zu niedrige Herzfrequenz

spiele er nicht mit anderen Kindern, sondern überwiegend allein. Es wird eine Rehabilitationsmaßnahme mit gleichzeitiger Verhaltenstherapie vorgeschlagen.

Im Alter von 6 Jahren wird in einem psychologischen Befund von einer globalen Retardierung im Sinne einer geistigen Behinderung gesprochen. Diagnosen

Bis 2002 stellte die Klinik folgende Diagnosen:

- Allgemeine Entwicklungsretardierung (ICD 10 - F83)⁴.
- Landau-Kleffner-Syndrom (ICD 10 - F80.3)⁵.
- Störung des Sozialverhaltens (ICD 10 - F91.3)

Die aktuelle Diagnose vom 01.09.2006 postuliert:

- eine Atypische idiopathische fokale Epilepsie (ICD 10 - G40.1), also Anfälle ohne Störung des Bewusstseins, z.B. Muskelzucken, mit Entwicklung zu sekundär generalisierten Anfällen, wobei nur ein Bereich einer Gehirnhälfte betroffen ist⁶. *Atypische idiopathische fokale Epilepsie*
- erhebliches auto- und fremdaggressives Verhalten (ICD 10 - F91.9) *Auto- und Fremdaggression*
- mittelgradige Intelligenzminderung (ICD 10 - F71) IQ-Bereich von 35-49, also eine deutliche Entwicklungsverzögerung in der Kindheit; die meisten können aber ein gewisses Maß an Unabhängigkeit erreichen und eine ausreichende Kommunikationsfähigkeit und Ausbildung erwerben. *Intelligenzminderung*

Aktuell wird Reiner mit Anti-Epileptika⁷ behandelt. *Medikation*

Zwischen der Mutter und Reiner zeichnete sich früh eine Interaktionsstörung ab. Die Gespräche zur Diagnostik diesbezüglich verweisen auf die traumatische Geburt. Das Kind musste reanimiert werden, die Mutter verspürte Hilflosigkeit nach der Geburt, weil sie keine Informationen hatte, aber das Gefühl „da sei etwas nicht in Ordnung“ begleitet von panischer Angst. Darüber hinaus hatte die Mutter nach der Geburt erst sehr spät Kontakt zum Kind. Sie beschreibt, dass sie keinen rechten Kontakt zu Reiner habe aufbauen können. Sie habe ihn dann wohl auch abgelehnt. Insgesamt führten Reiners permanenten Durchschlafprobleme und Essensauffälligkeiten zu einer erheblichen Überforderung der Mutter. *Familiärer Hintergrund Bindungsstörung*

Monika Nöcker-Ribeapierre und Marie-Luise Zimmer bezeichnen die ersten Minuten und Stunden nach der Geburt für den Prozess der Mutter-Kind-Bindung als höchst sensible Phase. Für eine günstige spätere Entwicklung brauchen Mutter und Kind sofort engen Körperkontakt. „Damit eine Mutter ihr Baby als eigenständiges und reales Kind annehmen kann, muss das Kind auf sie reagieren und Kontakt zu ihr aufnehmen. Dies ist die ganz besondere und individuelle Form der Interaktion eines Mutter-Kind-Paares - ein wichtiger Baustein für die Bindung“ (2004, 38f). Kommt ein Kind zu früh oder mit Komplikationen auf die Welt kommt es vor, dass es Schwierigkeiten im Kontakt aufweist. Es reagiert und lächelt weniger, verweigert eventuell auch Nahrung oder Berührung. Eltern fühlen

⁴ Dies ist eine Restkategorie für Störungen, bei denen eine Mischung von Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, schulischer Fertigkeiten und motorischer Funktionen vorliegt, wovon jedoch keine so dominiert, dass sie eine Hauptdiagnose rechtfertigt.

⁵ Dies ist eine Störung, bei der ein Kind, welches vorher normale Fortschritte in der Sprachentwicklung gemacht hatte, sowohl rezeptive als auch expressive Sprachfertigkeiten verliert, die allgemeine Intelligenz aber erhalten bleibt.

⁶ Bei Reiner zeigt sich dies durch sein Grimassieren und durch seinen Zwinkertick.

⁷ Ergenyl chrono; Lamictal

sich durch dieses Verhalten oft gekränkt oder abgelehnt, was Schwierigkeiten in der Eltern-Kind-Interaktion mit sich bringt und Störungen im normalen Bindungsprozess zur Folge hat (vgl. ebd. 40f).

„Das Neugeborene kennt von der Welt nur die Beziehung zu seiner Mutter,“ schreibt Alfred Tomatis, „wenn diese es zu verlassen scheint, was bleibt ihm dann noch? Wie könnte es den Kontakt zu ihr wiederherstellen? Es sperrt sich, verschließt sich einer feindlich gewordenen Umwelt. Die psychischen Konsequenzen sind katastrophal“ (Ders. 1999, 50f).

Reiners Vater ist an der Erziehung eher unbeteiligt. Der Junge spricht auch nicht von ihm. Reiner hat eine ältere Schwester mit Drogenproblematik und eine jüngere Schwester, zu der er sich oft aggressiv verhält.

Aufnahme im Haus Burgweg Zum Zeitpunkt seiner Aufnahme im Haus Burgweg war Reiner 7 Jahre alt. Anfangs wirkte er oft sehr müde, dünn und blass, hatte tiefe Ringe unter den Augen und litt unter sehr starken Stimmungsschwankungen. Er trug noch Windeln und bekam die Flasche. Es war möglich, ihm beides sehr schnell abzugewöhnen.

Stimmungsschwankungen und Aggressionen Reiner wirkt innerlich zerrissen zwischen Aggressionen und starker Traurigkeit. Impulsdurchbrüche mit Beißen, Treten, Beschimpfungen aber auch heftige Traurigkeit sind an der Tagesordnung. Oftmals beißt oder kneift er sich auch selbst in den Arm. Diese Ausbrüche dauern bis zur totalen Erschöpfung an, manchmal bis zu 1,5 Stunden.

Zwanghaftigkeit Zwanghaftigkeiten zeigen sich im Sammeln und Horten bestimmter Gegenstände (Kronkorken, Plektren, aufgeweichte Silvesterknaller), einem „Zwinkertic“ und der Neigung zum Grimassieren. In Gegenwart von Ärzten verweigert sich Reiner total. Auch die Pflegesituation ist anfangs sehr problematisch. Wenn es ums Duschen, Anziehen oder Zähne putzen geht, weigert Reiner sich häufig und wird aggressiv. Sehr oft verweigert er auch das Essen und ist nur auf bestimmte Nahrungsmittel wie z.B. Fleischsalat oder Würstchen fixiert.

Verweigerung Die „Zu-Bett-Geh-Situation“ ist auch sehr schwierig. Verlässt der/die BetreuerIn das Zimmer, fängt er an zu schimpfen, wirft Gegenstände, tritt gegen Tür oder Schrank. Zwei Mitarbeiterinnen des Kinderzuhause besuchen regelmäßig Beratungsgespräche bei einem Psychotherapeuten bezüglich seiner Entwicklung.

Schwierige Situationen Die „Zu-Bett-Geh-Situation“ ist auch sehr schwierig. Verlässt der/die BetreuerIn das Zimmer, fängt er an zu schimpfen, wirft Gegenstände, tritt gegen Tür oder Schrank. Zwei Mitarbeiterinnen des Kinderzuhause besuchen regelmäßig Beratungsgespräche bei einem Psychotherapeuten bezüglich seiner Entwicklung.

Ludwig Janus beschreibt eine vergleichende empirische Untersuchung, der Entwicklung von Kindern mit Sauerstoffmangelsituation während der Geburt und Kindern ohne Geburtsbelastung. Bei den Kindern mit Sauerstoffmangelsituation waren folgende Verhaltensabweichungen festzustellen:

1. ein höherer Grad von Sensitivität,
2. intensive Reaktionen, die in keinem Verhältnis zum Anlass stehen,
3. vermehrte Irritationen besonders bei neuen Situationen(vgl. Janus 1997, 108).

Zum Thema Essensverweigerung schreibt Janus: „In der Not und Unsicherheit der Gegenwart beschwört das Kleinkind die Sicherheit der früheren Existenzform. Das gleiche gilt für den Säugling, der sich, etwa bei einer Essensverweigerung, aus Protest gegen eine Misshelligkeit auf die Illusion eines imaginären pränatalen Ernährtheits durch die Nabelschnur zurückziehen will“ (ebd. S. 155).

Samstags hat Reiner immer Elternbesuch. Er wird dann entweder von der Mutter geholt und abends zurückgebracht, oder es findet ein Besuch in der Wohngruppe verknüpft mit einer Aktion (z.B. Spaziergang) in der Umgebung, statt.

Elternkontakt

Um Reiners Ressourcen zu erfassen, seine Vorlieben und Fähigkeiten zu stärken und um seine Verhaltensproblematik zu bearbeiten wurde beschlossen, ihm Musiktherapie anzubieten. Vor allem sollte ein Rahmen geschaffen werden, in dem Reiner zur Ruhe kommen und Entspannung erfahren kann.

Indikation für Musiktherapie

Die Idee, Reiner und einen Mitbewohner aus der Wohngruppe zu einer Kleinstgruppe zusammenzufassen, erwies sich als nicht praktikabel. Mir wurde sehr schnell klar, dass Einzelarbeit den jeweiligen Bedürfnissen der beiden besser entsprechen kann.

Die ersten Musiktherapiestunden

Mein Fallbericht beginnt mit der dritten Stunde. Reiner weigert sich mitzukommen. Er will einfach nicht und versteckt sich. Nach ein wenig Geduld und wiederholtem Nachfragen stürmt er dann doch los in den Musiktherapieraum.

Einzelmusiktherapie mit Reiner

Dort beschäftigt Reiner sich ausgiebig mit den Klangschalen und probiert die verschiedensten Spielvariationen aus. Er versucht möglichst laut und schnell zu spielen, dreht die Schale um, stellt die große auf die kleine Schale. Dann schaut er zur Steeldrum. Ich biete ihm an, mit mir zusammen darauf zu spielen, aber er möchte lieber alleine spielen. Also lasse ich ihn spielen, und beginne nach einiger Zeit ihm leise mit der Djembé zu antworten, was ihm gefällt. Schließlich unterbricht Reiner das Spiel mit einem lauten „Stopp“, weil er sich hinlegen muss, um sich, wie er sagt, auszuruhen. Er legt sich auf die Bodenmatte und möchte ungefähr nach fünf Sekunden von mir wieder aufgeweckt werden. Ich mache einen Trommelwirbel auf der Djembé. Reiner springt auf, kehrt zur Steeldrum zurück und zählt uns nach einem mir unverständlichen Zahlensystem wieder ein. Beim Zählen deutet er auf verschiedene Stellen der Steeldrum. So spielen wir wieder bis Reiner nach ca. 15 Sekunden, erneut unterbricht. Die gleiche Prozedur beginnt von vorn. Das geht insgesamt etwa siebenmal so.

Klangschalen

Steeldrum



Meine anfängliche Frage „sollen wir zusammen spielen“ verneint Reiner ganz unmittelbar und spontan. Das macht er übrigens in den folgenden Stunden immer wieder. Wenn ich ihn gewähren lasse, und mich vorsichtig einbringe, lässt er sich aber dann doch gerne auf das Zusammenspiel ein. Reiner genießt es sichtlich, das gemeinsame Spiel zu steuern. Er findet eine Möglichkeit sich selbst eine Auszeit zu verschaffen, wenn er sie braucht. Das gibt ihm Sicherheit. Womöglich hat er im Alltag des öfteren mit Überforderungssituationen zu kämpfen in denen er sich eine Auszeit wünschen würde.

Reflexion der ersten Einzel-MT Sitzung

In den folgenden Stunden taucht Reiners „Einzähl- und Weck-Ritual“ immer wieder auf. Da in seinem Spiel wenig Dynamik zum Ausdruck kommt, rege ich ihn zu Variationen wie „laut und leise“ oder „wenig und viel“ an.

Übungen zur Dynamik

An manchen Tagen kommt es vor, dass Reiner sich weigert mitzukommen. Wenn ich in die Gruppe komme, kneift er die Augen zu, kauert sich zusammen und schreit „ich will nicht“. Meistens lässt er sich dann aber doch überreden. Häufig versucht Reiner die Stunde vorzeitig abubrechen und wegzulaufen.

Verweigerung

Das Problem des „Weglaufens“ lösen wir relativ schnell mit dem Abschiedslied. Ich erkläre Reiner, dass mir das Abschiedslied wichtig ist und dass ich es auf jeden Fall am Schluss gerne für ihn spielen möchte. Gleichzeitig biete ich ihm an, mir zu signalisieren, wenn er nicht mehr kann, so dass wir die Stunde dann bald beenden. Das schafft er auch. Er sagt dann immer leise und fast ein wenig traurig „ich möchte jetzt nicht mehr“. Beim Abschiedsritual ist er ganz ruhig und aufmerksam und scheint sich zu freuen, wenn sein Name auftaucht im Lied.

Rituale

Frage- und Antwortspiele Nach wie vor beschäftigt sich Reiner gern mit der Steeldrum, manchmal auch mit verschiedenen Trommeln. Oftmals begleite ich sein Spiel auf der Gitarre, wobei ich auf seine Töne rhythmisch und harmonisch eingehe. Auf Djembén spielen wir Frage- und Antwortspiele.

Gemeinsam auf der Gitarre In der 12. Sitzung befassen wir uns nur mit Saiteninstrumenten. Reiner erkundet ausgiebig die Gitarre. Ich zeige ihm wie die Töne hoch und tief klingen, wie man sie verändern kann. An dieser Stelle spielen wir zum ersten Mal zu zweit auf einer Gitarre. Das geht folgendermaßen. Ich setze mich hinter Reiner und greife die Akkorde. Er macht den Rhythmus. Das gemeinsame Spiel auf der Gitarre begleitet uns bis heute und taucht immer wieder auf. Reiner geht hierbei ganz differenziert vor. Manchmal möchte er den Spielverlauf genau bestimmen und gibt mir Anweisungen wie „Jetzt oben“ (z.B. G-Dur) oder „Jetzt unten“ (z.B. D-Moll) zu greifen.

Dur und Moll Verschiedene Autoren haben sich über die Wirkung von Moll und Dur Gedanken gemacht. Herbert Bruhn gibt in einer Toncharakteristik an, dass D-Moll etwas Dumpfes, Schwermütiges, C-Moll etwas Dramatisches, E-Dur etwas fröhlich Aufjauchzendes innehaben soll. D-Dur wird als strahlend hell beschrieben (Ders. 2000, 28). Joachim-Ernst Berendt trennt Moll und Dur nach den Geschlechtern. Er schreibt Dur einen männlichen (durus=hart) und Moll einen weiblichen (molli=weich) Charakter zu (Ders. 1985, 209).

körperliche Nähe als Beziehungsangebot Zurück zum gemeinsamen Gitarrenspiel. Oft gibt Reiner auch keine Anweisung, lässt mich einfach spielen und konzentriert sich dann auf seinen Spielpart. Er spielt manchmal sehr impulsiv und schnell alle Seiten an und entwickelt eigene Rhythmen. Dann wieder spielt er ganz langsam und feinfühlig einzelne Seiten an und lässt die Klänge auf sich wirken. Dabei wird er ganz ruhig und verfolgt konzentriert sein Spiel. Die besondere Qualität dieses Spiels wurde mir in dem Moment bewusst, als Reiner sich an mich lehnte und somit von sich aus Nähe herstellte, eine für ihn nicht ganz selbstverständliche Angelegenheit.

Wasserklingschale Reiners Beziehungsangebote, seine Suche nach körperlicher Nähe treten ganz unmittelbar und plötzlich auf. Zu Beginn der 14. Sitzung weigert er sich wieder einmal massiv mitzukommen. Ich setze mich zwecks Gespräch mit einer Betreuerin an einen Tisch in der Wohngruppe. Nach ein paar Minuten kommt Reiner ganz unvermittelt auf meinen Schoß und ich halte ihn. Dann will er Musik machen. In dieser Stunde singt er mit der Gitarre in der Hand: „Mama, du willst dass ich weggehe“. Ich bin überrascht, weiß erst gar nicht so recht wie ich reagieren soll. Nach einer Spielpause frage ich ihn dann schließlich, ob er seine Mama vermisse und wie es für ihn ist im Kinderzuhause zu sein.

In der Woche zuvor hatten wir schon mal kurz die Wasserklingschale ausprobiert. Die möchte er jetzt spielen. Wir füllen also gemeinsam Wasser hinein und spielen darauf zusammen bis zum Ende der Stunde. Die Wasserklingschale kommt noch einige Male zum Einsatz, dann gerät sie etwas in Vergessenheit.



Reflexion Die Wasserklingschale eignet sich gut, um obertonreiche Klänge nicht nur zu hören, sondern auch zu sehen und zu fühlen. Um sie zum Klingeln zu bringen ist intensiver manueller Kontakt nötig und auch Geduld erforderlich. Reiner gelingt dies relativ schnell. Er mag den Kontakt zum Wasser und konzentriert sich in aller

Ruhe auf sein Spiel. Im Zusammenspiel teilen wir uns die Klangschale; er bespielt die eine - und ich die andere Seite. Ich habe die Fantasie, dass die Wasserklangschale Reiner eine symbolische Auseinandersetzung mit seiner Mutter ermöglicht, indem sie an seine vorgeburtliche Erlebniswelt erinnert. Hans-Helmut Decker Voigt schreibt Musikinstrumenten neben ihren Materialqualitäten, Größe, Gewicht und Klangfarbe auch eine individuelle Bedeutung zu. Sie werden vom Spieler als „Übergangsobjekt“ behandelt und mit einer persönlichen Bedeutung besetzt (2000, 312). Beim Improvisieren auf den Instrumenten geht es nicht, wie Decker-Voigt betont, um den Ausdruck bereits definierter Gefühle (z.B. traurig, wütend oder überdrüssig), sondern eher umgekehrt: „Man könnte sagen, dass sich im Spiel wie von selbst eine Art musikalische Szenerie einstellt. Diese Szenerie ist in den Klängen und Rhythmen sinnlich wahrzunehmen und in der Wirkung in Affekten und Gefühlsbewegungen zu spüren“ (ebd., S. 330).

In der nächsten Zeit improvisieren wir viel, u.a. mit Gitarre, Kantele und Steeldrum. Wir spielen diverse Improvisationsspiele mit und auf Instrumenten. Einmal spielen wir „Urlaub mit dem Bobbycar“, wobei wir ein Bobbycar mit Anhänger mit Instrumenten beladen und damit in Urlaub fahren, um eine Urlaubsmusik zu machen. In einer anderen Sitzung spielen wir das „Zugspiel“. Diesmal ist noch ein weiteres Kind aus der Gruppe dabei. Wir sitzen mit großen Trommeln hintereinander; der erste ist Lokführer und pfeift mit einer Trillerpfeife; dann fährt der Zug los - erst langsam; allmählich schneller; superschnell, allmählich wieder langsamer. Am Bahnhof rutscht der Hintermann nach vorn. Dieses Spiel eignet sich gut zum Synchronisieren und um Tempo zu üben.

Improvisationsspiele mit diversen Instrumenten

„Urlaubsreise“

„Zugspiel“



In der 26. Stunde entdeckt Reiner das Didgeridoo. Zunächst bespiele ich ihn an verschiedenen Körperstellen und Reiner fängt an zu kichern. Ich spreche ihn durch das Rohr an. Reiner antwortet mir sofort und hat sehr viel Spaß daran. Nach einer Weile sagt er in spaßigem Ton Schimpfwörter in das Rohr, die er sonst nicht sagen darf. Ich sage dann im gleichen Ton zurück, dass ich so was gar nicht gerne höre und benenne Reiner mit Pseudoschimpfwörtern wie z.B. „du Apfelkuchen“. Darüber lachen wir gemeinsam.

Das Didgeridoo als Sprachrohr

Mit dem Didgeridoo spielen wir auch oft „Hummel und Biene“. Ich soll dann für Reiner eine Hummel oder eine Biene imitieren, die nach gewisser Zeit abstürzt.

Spiele mit Didgeridoo

Eines von Reiners Lieblingsspielen wird nun folgendes: Ich soll Didgeridoo spielen. Nach einiger Zeit hält Reiner das Instrument vorne zu, so dass der Ton in einem „Pupston“ erstickt. Ein anderes Mal steckt er großen Schlegel hinein - mit der gleichen Wirkung. Er hat Spaß dabei und lacht.

Meine Fantasie dazu ist, dass dies das Bedürfnis ist, anderen, in diesem Fall mir, einfach mal den Mund zuzuhalten; einfach die Macht zu haben zu sagen „du bist jetzt mal still“.

Dietrich Petersen und Eckhard Thiel beschäftigen sich ausführlich mit dem Spielaspekt in der Musiktherapie. In den Regieanweisungen von Kindern sind oft klare Rollen verteilt. „Die eine Rolle ist mit Macht ausgestattet, die andere hingegen geprägt von Ohnmacht und Hilflosigkeit - eine Hilflosigkeit, die nicht nur sichtbar, sondern auch fühl- und somit erlebbar wird“ (Dies. 2001, 55). Reiner kann hier durch ein kinderleichtes Einwirken seinerseits den „mächtigen“ Ton des Didgeridoo zum Verstummen bringen. Er erlebt hier eine hohe Selbstwirksamkeit.

Der Spielaspekt in der MT

Zum Bespielen von Körperteilen mit dem Didgeridoo lässt sich sagen, dass Kinder im allgemeinen den Didgeridooklang sehr gern mögen.

Der Klang des Didgeridoo Nach Wolfgang Strobel lässt sich das Geräuschkolorit mit der Klangerfahrung, die wir im Mutterleib erleben, assoziieren (vgl. Schellberg 1993, 78). Gary Thomas, ein erfahrener Didgeridoo-Spieler hat mit seiner Methode gute Erfahrungen gemacht. Er bespielt in kreisenden Bewegungen von der linken Hand hinauf zum Hals und wieder hinunter zum rechten Knöchel. Anschließend von der rechten Hand in umgekehrter Richtung. Wichtig ist seiner Meinung nach, dass der Kopf nicht bespielt wird, damit wie er sagt, keine „Unordnung“ im Kopf entsteht (ebd., S. 69). Das Didgeridoo kann sehr lösend und entspannend wirken durch seine starke, andauernde Vibration.

Über einen längeren Zeitraum machen wir gemeinsam Musik mit der Djembé (Reiner) und dem Didgeridoo (von mir gespielt).

Faschingsrakete Sehr gerne mag Reiner auch das Spiel „Faschingsrakete“. Hierbei sammelt er alle Schlegel, die er finden kann in der Alutrommel und wirft sie genüsslich nacheinander nach oben. Meine Aufgabe ist dann die Raketen klanglich darzustellen.

Kinderlieder Ich spiele auch sehr oft verschiedene Kinderlieder für Reiner mit Gitarrenbegleitung. Manchmal begleitet er dazu auf der Djembé, manchmal singt er auch ein paar Worte mit. Sein Lieblingslied ist „Die Katze Musulunga“.

Reiner hat ein ausgeprägtes Interesse an Musik und Klang, wir haben viel miteinander musiziert, wobei er viele spontane Ideen eingebracht hat.

Zeitsprung zur 57. Stunde - in der Reiners innere Zerrissenheit deutlich wurde -.

Reiners innere Zerrissenheit Reiner kommt sehr gerne mit. Wir improvisieren. Reiner spielt die Gitarre, ich die Kantele. Nach einer Weile sagt er „Ich schlafe jetzt“ und legt sich zurück auf den Rücken. Ich schlage ihm ein Schlaflied vor. Das will er aber gar nicht. Stattdessen springt er auf und wendet sich der Handtrommel zu, die auf der Bodenmatte liegt. Er fängt an, darauf zu spielen mit zwei großen aber unterschiedlichen Schlegeln. Ich setze mich in einiger Entfernung auf eine am Boden liegende Djembé, und spiele in seinem Rhythmus mit. Anfangs spielt er kurze Sequenzen, die ich nachahme. Dann spielt er immer andauernder, schneller und auch impulsiver. Er trommelt richtig mit Kraft und sehr schnell, wird ganz rot im Gesicht dabei. Reiner schlägt dann den einen Schlägel mit dem anderen auf die Trommel. Er haut quasi den Schlägel und beschimpft ihn dabei mit „Dummkopf“ (meistens), „Sau“ und auch „Arschloch“. Ich frage ob, die beiden sich schlagen. Er: „Ja.“ Ich: „Warum denn?“ Er: „Weil der eine den ärgert.“ Ich: „Wie ärgert der den denn?“ „Du sollst nicht fragen“, sagt Reiner und fordert mich auf, weiter Djembé zu spielen. Als ich aufhören soll sagt er „Halt“. Schließlich fängt auch der andere Schlägel an zu „schlagen“; die beiden schlagen sich gegenseitig. So geht es eine Zeitlang unter großer Anstrengung von Reiner. Plötzlich legt er beide Schlägel neben die Matte. „Die werden jetzt vom Auto überfahren und sind tot“. Ich frage, ob die denn jetzt tot bleiben sollen. Er überlegt. Mit einem kräftigen Schlag mit dem Klangschalenklöppel auf das Handbecken weckt er die beiden Schlägel wieder zum Leben. Das Spiel beginnt wieder von vorne. Reiner trommelt heftig und schnell. Die beiden schlagen sich gegenseitig, begleitet von Beschimpfungen, bis beide wieder abseits der Matte liegen, vom Auto überfahren werden und tot sind, um vom Handbecken wieder zum Leben erweckt zu werden. Die Prozedur geht viermal so. Dann steht Reiner in aller Ruhe auf. Er wirkt plötzlich ganz gelöst und ruhig, reicht mir die Gitarre, und sagt: „Ich möchte hoch“. Ich spiele das Abschiedslied und wir gehen.

Die beiden Streithähne - Kampf der Schlägel

Reflexion Meine Fantasie hierzu ist, dass Reiner an den ambivalenten Gefühlen seiner Mutter gegenüber arbeitet. Auf der einen Seite vermisst er sie, auf der anderen Seite ist er auch wütend. Auslöser war die imaginierte „Zu-Bett-Geh-Situation“ und die damit verbundene Einschlafproblematik, mit der Reiner schon seit vielen Jahren zu kämpfen hat. Im Spiel lädt er mich mehrfach ein mitzumachen, sucht aber auch durch sein energisches „Halt!“ die Gewissheit, Herr der Situation zu sein. Er will bestimmen können, wie weit der Konflikt geht.

Vielleicht verabschiedet er sich hier symbolisch von einer problematischen Seite.

Dargestellt wird hier ein ungleiches, jedoch ähnliches Paar, was einen heftigen Kampf führt, stirbt und wiedergeboren wird. Dieses Bild könnte eine unbewusste Auseinandersetzung mit Reiners Geburtstrauma sein.

Beate Mahns beschreibt, dass sich Musikinstrumente besonders gut dafür eignen, nicht bewältigte Konflikte symbolisch zu bearbeiten. Es ist möglich eine Interaktionsstörung durch ein Interaktionsangebot zu bearbeiten (Dies. 1997, 82).

Dazu schreibt Wolfgang Strobel : „Die freie Improvisation in der Musiktherapie öffnet den expressiv-motorischen Bereich des spontanen Verhaltens und Erlebens. Mit der Förderung einer unreflektierten präverbalen Kommunikationsform ermöglicht sie einerseits eine agierende Wiederholung (d.h. eine Aktualisierung von traumatischem Material im Handeln), andererseits ein Entdecken präverbaler Problemlösungsmöglichkeiten (d.h. ein Probehandeln)“ (Ders. in Mahns 1997, 86).

Mein verbales Nachfragen in der Sitzung blockt Reiner mit den Worten „Du sollst nicht fragen“ ab. Die Sprache hat an dieser Stelle im musiktherapeutischen Prozess eine distanzierende Wirkung.

Beate Mahns rät zum behutsamen Umgang mit der verbalen Sprache in der Form des Fragens, Nachfragens und Deutens. „Sonst besteht die Gefahr, dass der/die KlientIn im Gespräch stets wieder in alte Abwehrmechanismen zurückfällt, die sich in der Musik bereits aufzulösen begonnen hatten“ (Dies. 1997, 79)

Zurück zur dargestellten Symbolik. Reiner ist in der Lage, den erbitterten Kämpfern, die einen plötzlichen Tod erleiden, mit Hilfe des Handbeckens wieder Leben einzuhauchen. Er kann also hier eine schützende Ressource mobilisieren. Ob er hier Aspekte seiner traumatischen Geburt bearbeitet oder sich einfach mit aggressiven Impulsen oder Enttäuschungen beschäftigt, weiß ich nicht. Insofern versuche ich mich an das zu halten, was offensichtlich ist.

Handbecken

Dazu noch einmal Hans-Helmut Decker-Voigt: „Entscheidend wichtig bei dieser Art therapeutischer Arbeit ist es, dass die Deutungen vom Klienten kommen und der Musiktherapeut ihm lediglich Deutungsangebote unterbreitet, ihn begleitet - sowohl im musikalischen Zusammenspiel als auch vom therapeutischen Ansatz her“ (ebd. 2000, 272).

Reiner ist mittlerweile neun Jahre alt. Seit anderthalb Jahren lebt er im Kinderzu- hause. Auf den klar abgesteckten Rahmen mit Regeln hat er positiv reagiert, ebenso auf die verlässlich regelmäßigen Besuchszeiten. Er wirkt innerlich wesentlich ruhiger. Sein nervöser „Zwinkertic“ hat fast vollständig aufgehört. Seine „Ausraster“ bzw. die Aggressivität gegen sich und andere ist deutlich zurückgegangen. Wir führen dies im Wesentlichen darauf zurück, dass Reiner mittlerweile besser ausdrücken kann, was ihm fehlt. Er kann sich auch besser kontrollieren. Reiner wäscht sich mittlerweile selbst und zieht sich selbst an. Die „Zu-Bett-Geh-Problematik“ hat sich auch entschärft. Reiner sucht viel Kontakt, er wird sogar als sehr anhänglich wahrgenommen. In der Schule gilt er als unauffällig und macht gut mit. Er ist jetzt auf der Hans-Reinhardt-Schule in Siegen. Die Hans-Reinhardt-Schule ist eine Förderschule der AWO mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung. Im Gegensatz zu früher, als er oft alles verweigernd unter dem Tisch kauerte, ein echter Erfolg. Es wird berichtet, dass er in der Schule jetzt auch zum ersten Mal das Begrüßungslied mitgesungen hat. Reiner geht gerne raus, besonders gern auf den Waldspielplatz. Er kann sehr lange und sehr meditativ kneten.

*Entwicklungs-
fortschritte*

Seine früher so herzerreißende Traurigkeit hat nachgelassen.

Reiner ist in der Lage, die Musik als Medium für sich zu nutzen. Die bisherige Arbeit förderte bei ihm die Fähigkeit, sich auf verlässliche und vertrauensvolle Beziehungen einzulassen, ohne Gefahr zu laufen, Erwartungen nicht zu erfüllen. Die Musiktherapie mit Reiner werde ich fortsetzen.

Fallbeispiel Marek

Marek ist ein schwerst- mehrfach behinderter 12-jähriger Junge. Kurzbeschreibung Marek Er lebt seit Oktober 2005 im Haus Burgweg. Marek kam unter sehr schwierigen Bedingungen auf die Welt. Seine Mutter verstarb an einer Fruchtwasserembolie. Sie wurde in klinisch totem Zustand in die Notaufnahme gebracht. Marek musste nach intrauteriner Asphyxie⁸ reanimiert werden. Er hat eine zentrale Bewegungsstörung (G 80.3 ICD 10) und eine schwere psychomotorische Entwicklungsretardierung (F 83 ICD 10). Außerdem leidet er an einer Dystrophie, was eine Eiweißmangelernährung zur Folge hat. Da Marek nach den Mahlzeiten oft erbricht, bekommt er zur Ernährungsergänzung 'Bioni', eine hochkalorische Nahrung für seine Gewichtsentwicklung.

Marek kann im Pinzettengriff zugreifen, hat aber wenig Kontrolle in den Armen. Mit beiden Armen strebt er, ohne Unterstützung, in Richtung Kopf und nicht nach vorne. Seine Beine kann er im Rollstuhl sitzend nacheinander gezielt anheben.

Oceandrum Musiktherapeutisch arbeite ich mit Marek sowohl im Rolli sitzend, als auch im Pränatalraum. Er interessiert sich sehr für Musik und Klänge, lacht und begeistert sich. Marek hat eine gute Kopfbewegung und hält gerne Blickkontakt. Ich arbeite mit ihm rezeptiv und aktiv und nutze dabei seine motorischen Möglichkeiten. Gute Erfahrungen haben wir mit der Oceandrum gemacht, die er mit Unterstützung selbstständig zwischen uns ausbalancieren kann.

Der Pränatalraum Der Pränatalraum ist ein unberuhigtes, beheiztes Wasserbett, in dem eine Stereoanlage und ein damit gekoppeltes Vibrationssystem integriert ist. Eine meist in rot gehaltene verschließbare Stoffkuppel sorgt für gedämpftes Licht und eine behagliche Atmosphäre. Über das Audiosystem kann jedes Tonsignal abgespielt werden, was dann als Musik oder Klang zu hören ist, gleichzeitig aber auch durch mehrere elektrische Spulen im Wasserbett zu spüren ist.

Bernd Vogel sieht die therapeutische Wirkung in der Kombination von Wellenbewegungen, angenehmer Wärme und erfahrbaren Schwingungen (Ders. 1991, 67). Er hat ein Konzept entwickelt, dass unter anderem auch darauf basiert, Herztöne und intrauterine Geräusche der Mutter einzuspielen, um eine intrauterine Atmosphäre herzustellen. Bei perinatal Geschädigten kann so ein Erfahrungsrahmen assoziiert werden, zu einer Situation in der die Schädigung noch nicht vorhanden war. Vogel erzielte gute Ergebnisse hinsichtlich Muskelentspannung und Wohlbefinden.

Schlusswort

Das Praxisjahr im Kinderzuhause habe ich als sehr bereichernd empfunden. Ich erlebe dort ein gutes und konstruktives Miteinander und einen sehr herzlichen Umgang mit den dort lebenden Kindern. Ich habe mich in der Einrichtung von Anfang an sehr wohlfühlt. Für dieses Jahr ist mir zugesagt worden, dort weiter-

⁸ Sauerstoffmangel

hin im Kinderzu Hause arbeiten zu dürfen.

Eine Herausforderung für mich, war die Umstellung von meinem alltäglichen musikpädagogischen Hintergrund auf die musiktherapeutische Arbeit. Meine Arbeitshaltung im Rockmobil ist zwar nicht-direktiv und demokratisch, - was heißt, dass ich mich mit den Jugendlichen auf die Musik mit der wir arbeiten einige -, jedoch habe ich immer ein fertiges Produkt im Kopf, eine Vorstellung „wie es sich anhören soll“.

Im Gegensatz dazu steht die Arbeit mit den schwerst- mehrfach behinderten Kindern, mit denen ich, je nach Ressourcen, überwiegend rezeptiv arbeite. Es ist ein immer dauernder Lernprozess für mich, hierbei kleinste Reaktionen, Gesten und Gebärden wahrzunehmen und zu interpretieren. Ich habe gelernt, dass es wichtig ist, sich nicht entmutigen zu lassen, wenn Reaktionen auch mal ausbleiben. Viele Behinderte haben eine schlechte Prognose, das heißt, dass ihr Zustand sich mit der Zeit verschlimmert. Andere bleiben einfach auf dem Stand in dem sie sich befinden. In meiner Rolle als Musiktherapeut musste ich mich diesbezüglich umstellen, musste mich im „Gewährenlassen“ und „Abwarten“ üben.

Der Wunsch nach Entwicklung oder einem günstigerem Verlauf der Krankheit weicht der Vorstellung von angenehmen Augenblicken mit der gemeinsamen Musik. Bedeutsam ist es die Musik zu erleben, zu hören und zu spüren, und die Gewissheit, dass Musik lebendig ist.

Literaturverzeichnis

- Alvin, Juliette (1988): Musik und Musiktherapie für behinderte und autistische Kinder. Stuttgart
 Berendt, Joachim-Ernst (1985): Das Dritte Ohr. Vom Hören der Welt. Reinbek bei Hamburg
 Bruhn, Herbert (2000): Musiktherapie. Geschichte, Theorien, Methoden. Göttingen
 Bunt, Leslie (1998): Musiktherapie. Eine Einführung für psychosoziale und medizinische Berufe. Weinheim und Basel
 Decker-Voigt, Hans-Helmut (2000): Aus der Seele gespielt. München
 Janus, Ludwig (1997): Wie die Seele entsteht. Heidelberg
 Mahns, Beate (1997): Musiktherapie bei verhaltensauffälligen Kindern. Ulm
 Nöcker-Ribeapierre, Monika / Zimmer, Marie-Luise (2004): Förderung frühgeborener Kinder mit Musik und Stimme. München
 Petersen, Dietrich / Thiel, Eckhard (2001): Tonarten, Spielarten, Eigenarten. Kreative Elemente in der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen. Göttingen
 Plahl, Christine / Koch-Temming, Hedwig (2005): Musiktherapie mit Kindern. Bern
 Plahl, Christine (2006): Dialoge in der Musik. Entwicklungspsychologische Aspekte in der Musiktherapie mit Kindern. In: Musiktherapeutische Umschau 2/2006. Göttingen, S. 118-129
 Schellberg, Dirk (2001): Didgeridoo. Havelte (NL)
 Smeijsters, Henk (1999): Grundlagen der Musiktherapie. Göttingen
 Tomatis, Alfred (1999): Klangwelt Mutterleib. Die Anfänge der Kommunikation zwischen Mutter und Kind. München
 Vogel, Bernd (1991): Lebensraum: Musik. Stuttgart

Zur Person

Wolfgang Armbrust

*1995 bis 2000 Studium Sozialpädagogik an der Universität Siegen
 seit 2002 Bandkurse und Instrumentalunterricht (E-Gitarre, Bass und Schlagzeug)
 beim Mobilen Musiktreff e.V.*

Momentan arbeite ich musiktherapeutisch im Haus Burgweg mit fünf schwerst-mehrfach behinderten und vier behinderten bzw. verhaltensauffälligen Kindern.