

Gliederung

1. Einleitung	Seite 1
2. Einrichtung	Seite 2
3. Auftrag und Ziele	Seite 2
4. Musiktherapeutische Gruppe	Seite 3
4.1 Auswahl der Gruppenmitglieder	Seite 3
4.2 Betreuer	Seite 4
4.3 Inhomogene Gruppe	Seite 4
4.4 Verlauf der Gruppenmusiktherapie	
4.4.1 Zu Beginn der Gruppenmusiktherapie	Seite 5
4.4.2 Während der Gruppenmusiktherapie	Seite 5
4.4.3 Zum Abschluss der Gruppenmusiktherapie	Seite 7
4.5 Spezifische Kennzeichen der Gruppenmusiktherapie	Seite 7
4.6 Fazit der Gruppenmusiktherapie	Seite 8
4.7 Ein kleiner Ausblick zu folgenden Sitzungen	Seite 8
5. Einzelmusiktherapie mit Anna	Seite 9
5.1 Definition West- Syndrom	Seite 9
5.2 Anamnese	Seite 9
5.3 Kulturelle Lebenswelt, sozialer Kontext, biografisch bedeutsame Lebensereignisse	Seite 10
5.4 Therapieziel	Seite 11
5.5 Zu Beginn der Einzelmusiktherapie	Seite 11
5.5.1 Basale Stimulation	Seite 12
5.6 Während der Einzelmusiktherapie	Seite 12
5.6.1 Bedeutungsvolle Zeichen	Seite 13
5.6.2 Musiktherapie im Schlaf	Seite 14
5.6.3 Persönliche „Lebensphilosophie“	Seite 14
5.6.4 Musik machen mit Oceandrum	Seite 15
5.6.5 Humor	Seite 15
5.6.6 Rezeptive Musiktherapie	Seite 16
5.6.7 Ziele im Verlauf der Musiktherapie	Seite 17
5.7 Zum Abschluss der Musiktherapie mit Anna	Seite 17
6. Resümee zu meiner musiktherapeutischen Arbeit	Seite 18
7. Literaturverzeichnis	Seite 19

1. Einleitung

Mein Name ist Tanja Saßmannshausen. Hauptberuflich arbeite ich seit 16 Jahren als Erzieherin in der DRK Kinderklinik Siegen. Meine Aufgabe dort ist die pädagogische Arbeit mit den Patienten von unterschiedlichen Stationen mit unterschiedlichen Erkrankungen. Mit Liedern und rhythmischen Spielen habe ich schon von Anfang an einen leichten Zugang und Beziehungsaufbau in meiner pädagogischen Tätigkeit erreicht und damit gute Erfahrungen gemacht.

Ursprünglich wollte ich für meine pädagogische Arbeit „lediglich“ mein Repertoire an Liedern und rhythmischen Spielen erweitern. Bettina Schreiber, die als Musiktherapeutin in der DRK Kinderklinik Siegen tätig ist, verwies mich auf das Seminarheft der musiktherapeutischen Zusatzausbildung an der Universität Siegen. In diesem Moment dachte ich noch: „ich will keine Therapeutin werden, nur neue musikalische Impulse für meine Arbeit haben.“

Nach dem Aufnahmetag war mir jedoch klar: „ja, das will ich!“

Durch die Arbeit in der Kinderklinik sind mir Kinder und Jugendliche mit Mehrfachbehinderungen und akuten lebensbedrohlichen Erkrankungen bekannt. Die intensivste Erfahrung jedoch habe ich vor 12 Jahren innerhalb der Familie gemacht. Mein Neffe und Patenkind, damals 14-jährig und völlig gesund, lag nach einem Asthmaanfall 10 Tage im so genannten künstlichen Koma auf der Intensivstation, bevor er starb. Zu diesem Zeitpunkt hatte ich glücklicherweise Urlaub, konnte jeden Tag bei ihm sein und ihn auf seinem letzten Weg begleiten.

Ohne zu wissen was Musiktherapie ist, hab ich sie schon zum Teil angewendet. Ich habe ihm sein Lieblingskinderlied „Warum bin ich so fröhlich?“ und „Der Mond ist aufgegangen“ vorgesungen und ihm „die Ärzte“ von CD vorgespielt.

2. Einrichtung

Die Einrichtung in der ich musiktherapeutisch tätig war, ist das Kinderzuhaus und Haus Burgweg in Burbach.

Zusammengefasst ist das eine Einrichtung der Behindertenhilfe nach SGB XII, eine Kurzzeitpflegeeinrichtung nach § 42 SGB XI, und eine Einrichtung, die im Rahmen des § 53 ff SGB XII, Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit schweren und schwersten geistigen und Mehrfach-Behinderungen leistet.

In vier Gruppen werden insgesamt 34 Kinder und Jugendliche rund um die Uhr von einem pädagogischen, pflegerischen und therapeutischen Team versorgt.

Die Bewohner haben folgende Diagnosen:

- Schwere- und mehrfache Behinderungen, zum Teil mit einem hohen Bedarf an Überwachung
- Auto- und fremdaggressive Verhaltensstörungen
- Seelische Behinderungen

3. Auftrag und Ziele

Die Arbeitsabsprache treffe ich mit meiner Praxisbegleiterin, der pädagogischen Leitung, der Einrichtung. Im so genannten Kontraktgespräch arbeiten wir den Anlass der Musiktherapie, den Auftrag, die Erwartungen und die Befürchtungen heraus. Die Bewohner, die Musiktherapie erhalten sollen, werden von den Gruppenleitern ausgewählt und mir von ihnen vorgestellt.

Wegen der vielen strapazierenden Therapiemaßnahmen, die die Bewohner erdulden müssen, durch Medikamente, medizinische Eingriffe und Physiotherapie zum Beispiel, lautet der Auftrag für die Musiktherapie: die Bewohner sollen sich während der Musiktherapie wohl fühlen, ihnen soll die Möglichkeit gegeben werden, eine schöne Stunde erleben zu können, sie sollen Genuss erfahren.

Später, wenn ich von der therapeutischen Arbeit berichte, zeige ich die daraus entwickelten fachlichen Ziele auf.

Nach nur wenigen Wochen stellt sich heraus, dass nicht immer alle ausgewählten Kinder in der Einrichtung verweilen. Sei es wegen Arztterminen, Klinikaufenthalten oder Besuch bei der Familie. Die Mitarbeiter der Gruppen schlagen mir „Ersatz-Klientel“ vor.

Zunächst bin ich etwas empört, da ich den Eindruck habe, dass den Mitarbeitern die Bedeutung der Musiktherapie nicht bewusst ist. Dass es eben keine rein musikalische Einheit oder „Bespäung“ ist.

Da ich nur den einen Tag für die musiktherapeutische Arbeit in dieser Einrichtung zur Verfügung habe, beschließen die Praxisbegleiterin und ich, dass die Anzahl der ausgewählten Kinder bzw. Jugendliche erhöht wird. Diejenigen, die im Hause sind, kommen dann in den Genuss der Musiktherapie.

In den Schul-Ferien sind sehr viele Bewohner da, die von Musiktherapie profitieren können.

Die Methode, nur zu wenigen, bestimmten Zeitpunkten, mit Bewohnern mehr oder weniger zufällig, musiktherapeutisch zu arbeiten, entspricht nicht meinen derzeitigen Vorstellungen der musiktherapeutischen Arbeit, ich will ja prozessorientiert tätig sein.

Jedoch unterstreicht diese Arbeitsweise die These, die der Titel des Vortrags ankündigt:

Musik machen
Therapie erleben

Zusammen mit der Sozialpädagogin, die für die Tagesstruktur verantwortlich ist, gründe ich die:

4. Musiktherapeutische Gruppe

Die Gruppenmusiktherapie findet jeden Donnerstag unter meiner Leitung in der Ferienzeit für alle Bewohner der Einrichtung statt.

4.1. Auswahl der Gruppenmitglieder

Das pädagogische und pflegerische Personal wählt sechs Bewohner aus unterschiedlichen Gruppen aus, die daran teilnehmen können und dürfen.

Zunächst gehören feste Gruppenmitglieder dazu, doch schon nach drei Sitzungen trifft auch hier aus den schon genannten Gründen die Situation ein, dass nicht alle Bewohner zu diesem Zeitpunkt anwesend sind.

Somit wechselt die Gruppenzusammensetzung.

Das heißt, einige haben schon an der vorherigen Sitzung teilgenommen, und es muss mit einigen neuen Mitgliedern gerechnet werden.

Ich kann mich nicht auf die Gruppe „einstimmen“, da mir die Teilnehmer erst an diesem Tag bekannt sind.

Für jedes Gruppenmitglied bestehen individuelle Therapieziele, wie besseren Zugang zur eigenen Körperwahrnehmung, Emotionen erfahrbar machen, Entwicklung von Kreativität, gezielte Formung von Lauten und Weitere.

Ich stelle fest, die Anforderungen sind sehr hoch.

„Vor Beginn einer Therapie muss geprüft werden, was und warum wünschenswert, möglich und was lebbar ist, aber auch, was im Rahmen einer Therapie nicht möglich ist und daher auch nicht erwartet werden sollte.“ (Frohne - Hagemann, Pleß – Adamczik, Indikation Musiktherapie, Göttingen 2005, S. 21)

Gemeinsam mit den Betreuern konkretisiere ich zunächst das Ziel:

- Kommunikationsfähigkeit durch Musik

Das ist bei **der vorgesehenen** Anzahl der Sitzungen für alle Gruppenmitglieder ein erreichbares Ziel.

4.2 Betreuer

Hier möchte ich darauf aufmerksam machen, dass ich in meinem Vortrag für das Personal der Einrichtung den Begriff Betreuer verwende. Es sind sowohl pflegerische als auch pädagogische Fachkräfte.

Es ist notwendig, dass die Betreuer während der Musiktherapie anwesend sind, um bei Krampfanfällen oder Sauerstoffabfall direkt handeln können.

Ich bitte die Betreuer, sich an der Gruppenmusiktherapiestunde aktiv zu beteiligen, damit für die Bewohner keine „Kontrollsituation“ entsteht, und sich ein Prozess entwickeln kann.

Wie sich bei den Sitzungen herausstellt, ist es für die Betreuer nicht einfach, dieser Bitte nachzukommen.

Dies ist im Verlauf erkennbar.

„Bei jedem Treffen erfordert dies ein neues Zusammenfinden. Die Teilnehmer müssen von ihrem (Berufs-) Alltag weg- und in der Gruppe ankommen, ihre Konzentration aufs Musikmachen und auf ihre Mitspieler richten. Was dabei den einzelnen an Alltäglichem durch den Kopf geht, soll nicht weg- geschoben, sondern auf die musikalische Ebene verschoben werden. Das geschieht von alleine, wenn alle Spieler ein Instrument haben, das ihnen ermöglicht, ihre Stimmung umzusetzen.“

(vgl. Matthias Schwabe, Musik spielend erfinden, Kassel 1992, S. 20)

Anhand von „Stichpunkten“ einer Gruppenmusiktherapie-Sitzung stelle ich den Prozess dar. Auf den ersten Blick zeigt sich eine

4.3 Inhomogene Gruppe

Zur Gruppe gehören zwei Betreuer, ein Mädchen und fünf Jungen im Alter von dreieinhalb bis achtzehn Lebensjahren.

Die Spanne des kognitiven Entwicklungsalters reicht von etwa einem Jahr bis etwa sieben Jahren.

Alle Bewohner haben pädiatrische und/oder neurologische Erkrankungen und sind in ihrer psychomotorischen Entwicklung verzögert. Das ist der gemeinsame Nenner.

Zwei Bewohner werden im Rollstuhl gefahren.
Allen ist es körperlich möglich, ein Instrument zu spielen.
Verbal kommunizieren können zwei der Teilnehmer,
weitere zwei verstehen alles was gesagt wird, können jedoch nicht verbal antworten.
Eine reagiert auf Ansprache mit Gestik und Mimik,
ein Junge bietet wenig Kontaktmöglichkeit.

4.4 Verlauf der Gruppenmusiktherapie

4.4.1 Zu Beginn der Gruppenmusiktherapie nehme ich Unruhe, Ungeduld, Neugier und Freude wahr.

Es wirkt ein wenig chaotisch.

Ich eröffne die Sitzung mit einem Begrüßungslied. Die Melodie ist schnell einprägsam, hat einen eingängigen Rhythmus. Das Lied hat einen einfachen Text, beinhaltet Bewegungen, und es wird jeder Teilnehmer in einer persönlichen Strophe mit Namen angesprochen.

„Die musiktherapeutischen Rituale, Begrüßungs- und Abschiedslieder singen, dienen der Vermittlung von Sicherheit, der Stabilisierung und der Ichstärkung.“

(vgl. Frohne – Hagemann und Pleß – Adamczik, S. 96)

Ein Junge äußert: „, ich finde Singen blöd.“

4.4.2 Während der Gruppenmusiktherapie

Wie erwartet ziehen die Instrumente bei den meisten Teilnehmern großes Interesse und Neugier auf sich. Insbesondere die Donner-Trommel, die allen unbekannt waren. Zwei der Jungs „streiten sich darum“, wer sie spielen wird, bis der eine das Zimbalon entdeckt und sich von ihm faszinieren lässt.

Hier ist die Funktion, die Instrumente als **Übergangsobjekt** zu wählen, zu beobachten. Er funktionalisiert das sanft klingende Zimbalon, ohne dass auf ihn selbst mit eigenen Gefühlen Bezug genommen werden muss. (vgl. Frohne - Hagemann und Pleß - Adamczyk, S. 100)

Für diese Art der Gruppenkonstellation biete ich **konkrete Spielformen**, aus verschiedenen Gründen an: die Teilnehmer sind sehr unterschiedlich kognitiv entwickelt und sie benötigen eine Struktur innerhalb des Spielens, woran sie sich orientieren können.

Die Grenzen werden erfahrbar: Zum Beispiel darf ich wirklich so laut spielen wie ich will? Dieses ist auch für die Betreuer sehr gewöhnungsbedürftig.

Bei diesem Praxisbeispiel zeigt sich, dass sich **Pädagogik und Therapie** verweben. Zum Beispiel ist meine Funktion, Grenzen aufzuzeigen, indem ich den umsichtigen Umgang mit dem Instrument einfordere (Pädagogik), andererseits Grenzen erfahrbar mache, indem ich zum Beispiel einen Teilnehmer so lang laut spielen lasse, bis er es von sich aus unterlässt, und nicht bis ich ihm es verbiete.

Auch Maßregelungen der Betreuer wie:

- Bleib doch mal sitzen, hör doch mal zu, oder Ähnliches werden durch meine musikalischen Interventionen ersetzt. Durch Spiegeln des Verhaltens, zum Beispiel Aufstehen und Bewegen beim Spiel, zeige ich den Bewohnern, dass ich sie verstehe, ich zeige ihnen, was sie machen und gebe die Erkenntnis, dass es in diesem Setting in Ordnung ist.

Die laut spielenden Jungen bemerken, dass ein Mädchen im Spiel verharrt und sich die Ohren zuhält. Sie machen die Erfahrung, dass laut spielen erstens sehr anstrengend ist, zweitens in den Ohren wehtut und drittens andere Gruppenmitglieder stört. Sie werden leiser.

„Es wird Vertrauen erlebt und Lernprozesse in Gang gesetzt.“

(vgl. L. Bunt, Weinheim und Basel, 1998 S. 35)

Es kommt zu einer Spielidee mit rhythmischen Strukturen. Der Rhythmus eines Spielers wird von der Gruppe angenommen und gespielt.

Hier ist die **Haltefunktion der Musik** zu beobachten.

„... eine freie Improvisation wird meist in einem Rhythmus enden, was darauf hindeutet, dass die Spieler erst einen sicheren Rahmen brauchen (und sich schaffen), bevor sie weitergehen können.“ (vgl. Frohne - Hagemann und Pleß - Adamczyk, S.97)

An dieser Stelle erwähne ich den Disput eines Jungen, hier genannt Aaron, mit seiner Betreuerin, den sie kurz vor der Musiktherapie – Stunde hatten. Aaron hat sich nicht an die abgemachten Regeln gehalten.

Diesen **Konflikt** bringen beide, Kind und Betreuerin mit in die Sitzung.

Ich habe den Eindruck, dass zu diesem Zeitpunkt eine Verarbeitung dieser Situation stattfindet:

Aaron gibt ein leises Platschen auf der Djembe an. Es wirkt, als wolle er nicht einen neuen Impuls für das Spiel geben, sondern, dass er sich dem Gruppengeschehen entziehen will.

Seine Spielform wird von einem Jungen, hier genannt Belan, angenommen und gespielt. Mit Blickkontakt zu Aaron folge ich. Die meisten anderen setzen ein. Ich halte auch guten Blickkontakt zur Betreuerin. Sie setzt ebenfalls ein.

Aaron hat erfahren, (Spiel-)Regeln werden, zunächst von Belan, dann auch von ihm selbst eingehalten.

Verbal habe ich nicht das thematisiert, was passiert ist, und welche Tatsache auf was zurückzuführen ist,

sondern wir sind alle in den musikalischen Dialog gegangen.

Dort wurden „Regeln setzen und einhalten“ zum Thema gemacht, Aaron und die Betreuerin konnten so die Selbstachtung bewahren und zu einem Konsens kommen.

„Musikalische Polaritäten (Konsonanz, Dissonanz, ..., Laut und Leise usw.) behandeln Themen, die nicht bewusste, entwicklungspsychologisch und psychodynamisch, aber oft relevante Inhalte transportieren.

In der gemeinsamen Improvisation wird der Umgang mit Konfliktthematiken wie Autonomie und Abhängigkeit, Anpassung und Durchsetzung, Auseinandersetzung und Konsens, ...hörbar.“ (vgl. Frohne - Hagemann und Pleß - Adamczyk, S. 43)

Da ich nur „Stichpunkte“ der Gruppenmusiktherapie erwähnen möchte, komme ich nun

4.4.3 Zum Abschluss der Gruppenmusiktherapie

Nach dem Abschiedslied zeigen sich die Gruppenmitglieder erwartungsvoll. Meines Erachtens ist „noch was offen“.

Ich biete den Gruppenmitgliedern an, dass wir uns gegenseitig einen Klang mit der Klangschale schenken. Die Teilnehmer geben sich, teils mit meiner Unterstützung, wortlos die Klangschale und den Ton.

Es ist eine ruhige Atmosphäre entstanden. Die offenen Bedürfnisse scheinen befriedigt zu sein.

Die Stille nach dem letzten zu hörenden Ton vermittelt, dass alles „gesagt ist“.

4.5 Spezifische Kennzeichen der Gruppenmusiktherapie

(vgl. Leslie Bunt, Weinheim und Basel 1998, S.38 ff)

Im Unterschied zu pädagogischen Einheiten, zeige ich hier einige der spezifischen Kennzeichen der Gruppenmusiktherapie auf, die bei der Sitzung zu erkennen sind.

Es besteht die Freiheit einer aktiven Auswahl der Instrumentenwahl innerhalb der Grenzen des Verfügbaren.

Die Betonung liegt in der Interaktion durch Klänge.

Eine musikalische Geste beeinflusst sofort das Verhalten einer anderen Person, und wirkt sich auf die Art und Richtung jeder improvisierenden Musik direkt aus.

Improvisierendes Musikmachen beinhaltet das Potenzial, Menschen auf gleicher Ebene zusammenzubringen.

Die Musiktherapeutin ist als begleitende Hörerin und Mitspielerin Katalysator, der ermöglicht, dass dieser kreative Prozess beginnt, Form annimmt und sich entfaltet.

Dies geschieht bereits innerhalb einer Sitzung.

Es entfalten sich gruppenspezifische Prozesse, Konflikte werden gestaltet und bewältigt, Beziehung erlebt und gelebt.

4.6 Fazit der Gruppenmusiktherapie

„In dieser Art von Setting muss jede Gruppensitzung als einmalige und für sich selbst stehende Erfahrung betrachtet werden: Es soll ein musikalisches Erlebnis angebahnt werden, das möglichst viele Bedürfnisse befriedigt.“

(Leslie Bunt, Weinheim und Basel 1998, S.33)

Diese Gruppen-Musiktherapie war für mich eine positive Erfahrung, seit dem wende ich für die Gruppen-Musiktherapie die „sporadische Methode“ an:

Wir machen Musik! Um 14.00 Uhr!

Wer da ist, kann teilnehmen!

Bzw. wen die Betreuer bringen, kann teilnehmen.

„Die Musik macht ihre Arbeit, ob hinterher darüber gesprochen wird, oder nicht.“ (Kapteina, 2006, in dem Seminar Musikpsychologie)

4.7 Ein kleiner Ausblick zu folgenden Sitzungen:

In der nächsten Sitzung wählt das Mädchen, welches sich vor den lauten Tönen geschützt hat, eine Djembe mit Schlägel. Sie spielt sie sehr energisch und laut. Ihre Gesichtsmuskeln sind dabei stark angespannt. In einer anderen Sitzung lehnt sie Trommeln ab. Sie wählt bewusst die Instrumente aus, um sich damit auszudrücken.

Der Junge, der Singen blöd findet, klatscht schon bei der nächsten Sitzung beim Lied mit, und ist sichtlich erfreut über die persönliche Ansprache im Lied.

Ein neuer Teilnehmer wird von der Gruppe einladend aufgenommen, und von den Mitgliedern unterstützt.

Meine anfänglichen Bedenken, mit wechselnden Teilnehmern Musiktherapie zu machen, könne keinen Prozess beinhalten, wurden widerlegt.

Ich weiß nun, in diesem Zusammenhang heißt:

**wir machen Musik
und erleben Therapie!**

Eine ganz andere Art von **Musik machen** werde ich nun darstellen anhand einer

5. Einzelmusiktherapie

In meinem Fallbeispiel schildere ich die Musiktherapie mit Anna, ein 12-jähriges Mädchen, welches unter dem so genannten West-Syndrom leidet.

5.1 Definition West - Syndrom

West-Syndrom ist eine seltene und schwer zu behandelnde Form der Epilepsie.

Die Ursachen können vielfältig sein (Polyätiologie), häufig liegen dem Syndrom organische Hirnschäden zugrunde.

Die Epilepsie ist

generalisiert (die Ausbreitung einer Erkrankung, bzw. die Auswirkungen der Erkrankung auf den ganzen Körper oder ein Organsystem) und

maligne (lat. malignitas bedeutet Bösartigkeit; der Begriff wird verwendet, um eine Erkrankung oder Krankheitsverlauf zu kennzeichnen, der fortschreitend zerstörerisch wirkt und möglicherweise zum Tod führt).

Das Erscheinungsbild des West-Syndroms sind die Blitz-, Nick-, Salaam - Krämpfe.

(Gryter de, Walter, (HG), Pschrymbel, Berlin, 2007)

5.2 Anamnese

Bei Anna ist das West-Syndrom bei Geburt aufgetreten, infolge einer Hirnschädigung.

Anna hat eine allgemeine Entwicklungsstörung, eine zentrale Tonus- und Koordinationsstörung mit schwerer muskulärer Hypotonie (Floppy infant). Sie zeigt kaum Spontanmotorik. Anna kann nicht sprechen.

Viele Operationen musste sie erdulden, wie Mageneingangverengung (Fundoplicatio), Blasenkatheder legen, (suprapubisch, durch die Bauchdecke angelegt) und Anlage für die Ernährungssonde (Jejunum, Dünndarmabschnitt).

Sie kann den produzierten Schleim nicht abhusten und muss daher abgesaugt werden.

Anna hat hochgradig Osteoporose, bekommt viermal wöchentlich Physiotherapie und trägt Bein-Orthesen.

Anna muss viele unterschiedliche Medikamente einnehmen.

5.3 Kulturelle Lebenswelt, sozialer Kontext, biografisch bedeutsame Lebensereignisse

Die meiste Zeit der ersten zwei Lebensjahre hat Anna aufgrund sehr vieler Krampfanfälle in unterschiedlichen Kliniken verbracht.

Vor zehn Jahren wurde sie als erste Bewohnerin in der Kindervilla (früherer Name von Kinderzu Hause) aufgenommen.

Bei Aufnahme in der Einrichtung kann Anna passierte Kost essen, noch im selben Jahr muss die Flüssigkeitszufuhr über eine PEG Sonde laufen. Ein weiteres Jahr später auch die Sondenkost. Die Kindervilla hat mit dem Namenswechsel auch einen Sitzwechsel vollzogen, somit ist Anna mit der Einrichtung auch umgezogen.

Familie

Die Familie ist deutscher Herkunft, wohnt seit einigen Generationen etwa 20 km entfernt von Burbach. Sie hat einen guten sozialen Status. Die Eltern, die Großeltern, der vier Jahre ältere Bruder und die sechs Jahre ältere Schwester halten den Kontakt zu ihr aufrecht. Sie besuchen sie regelmäßig und häufig. Zum Zeitpunkt meiner musiktherapeutischen Arbeit mit Anna sind die Besuche jedoch reduziert. Die Mutter hält mit den Betreuern täglich telefonischen Kontakt, um sich nach dem Befinden von Anna zu erkundigen und ihren aktuellen Gesundheitszustand zu erfragen.

Durch viele Klinikaufenthalte kenne ich Anna. Etwa bis zu ihrem siebten Lebensalter habe ich ihren Werdegang miterlebt. Ihre Familie, insbesondere ihre Schwester und ihr Bruder sind mir vertraut.

Zu Beginn meiner musiktherapeutischen Arbeit im Kinderzu Hause teilt mir der Einrichtungsleiter mit, dass sich der gesundheitliche Zustand von Anna kontinuierlich verschlechtert hat, dass ich davon ausgehen muss, dass Anna voraussichtlich nicht mehr lang zu leben hat. Anna habe immer positiv auf Musik reagiert. Das ist die erste Indikation für Musiktherapie.

5.4 Therapieziel:

Aufgrund des Leidens unter der Erkrankung, deren Auswirkung und der daraus resultierenden Fremdbestimmung möchten die Betreuer mit der Einzelmusiktherapie ihr „was Gutes – was Schönes“ gönnen. Das ist der Auftrag. Die Zielsetzung lautet: sie soll sich wohl fühlen. Die Befürchtungen der Betreuer sind, dass Anna bei der Musiktherapie „nicht lange aushält“, dass ich „nicht viel zu erwarten habe“, da sie kaum zu etwas fähig sei, sie schlafe sehr viel.

Für den Auftrag, „was Gutes für Anna zu tun“, entwickle ich zunächst das Therapieziel:

- Bewältigung von Leidenszuständen

Die weiteren Therapieziele werde ich zu einem späteren Zeitpunkt erläutern.

5.5 Zu Beginn der Musiktherapie

In den ersten Sitzungen biete ich einen vorsichtigen **Beziehungsaufbau** an, mache sie mit meiner Stimme vertraut, indem ich mich verbal vorstelle und ihr die Situation erläutere. Ich nehme Körperkontakt auf, indem ich ihre Hände in meine nehme und singe ihr das Begrüßungslied.

„Musiktherapie ist undenkbar ohne Einbeziehung des Körpers. Es gibt keine Musik, die nicht von, mit, und durch ihn zum Klingen kommt. Körper ist, wie Musik auch, wie Leben überhaupt: Schwingung, Bewegung, Rhythmus, ..., Klang, ...“ (Gertrud Katja Loos, in „Lexikon Musiktherapie“, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Hogrefe, 1996, S.185)

Ich beobachte genau ihren Atemrhythmus, und schwinde mich auf diesen ein. Mein Körpergefühl ändert sich daraufhin, die Gegenübertragungsphänomene teilen mir etwas über das Befinden von Anna mit. Mit dieser Grundlage bewege ich mit ihren Händen in meinen ihre Finger über die Saiten des Zimbalon im Atemrhythmus.

Alle minimalen Äußerungen von Anna, wie Veränderung des Atems, unwillkürliche Bewegungen und Mimik greife ich musikalisch auf. So beziehe ich ihre Äußerungen in die Gestaltung der Kommunikation dieser Improvisation ein.

Trotz aller Kommunikationseinschränkungen sind wir auf der musikalischen Ebene gleichberechtigte Partner, die einander verstehen.

(vgl. Maret Jochheim in „Zwischenwelten“ von Baumann/Gessner, Wiesbaden 2004, S.28)

Manchmal schläft Anna auf dem Weg in ihr Zimmer und bei der verbalen Begrüßung. Beim Klang der Gitarre öffnet sie dann manchmal die Augen.

Mit geöffneten Augen macht sie Kopfbewegungen, als blicke sie im Raum umher.

Intuitiv möchte ihr eine Orientierung bieten. Dazu wende ich Gebiete der

5.5.1 Basalen Stimulation an.

„Basale Stimulation bedient sich unter Anderem der Möglichkeiten vestibulärer und vibratorischer Anregung zur Orientierung im Hier und Jetzt. Ein zentrales Ziel ist der Aufbau einer stabilen (Körper-)Identität.“ (Bienstein/Fröhlich, aus Fördern – Pflegen - Begleiten, Fröhlich, Bienstein und Haupt, S.13, Düsseldorf 1997)

Ich positioniere zwei Glockenspiele in ihrem Bett, eins am Fußende, eins oberhalb des Kopfes, ca. 20 cm entfernt. Neben ihren Armen lege ich zwei Zimbalon. Auf den Glockenspielen lasse ich unten ein C, und oben eine Quint höher das G erklingen. Die Saiten der Zimbalon lasse ich in G Dur erklingen und bewege die Zimbalon entlang ihres Körpers. Anhand der Klänge und der Vibrationen kann Anna die Begrenzungen des eigenen Körpers erfahren.

Ich beobachte die Bewegungen von Anna. Wenn sie den linken Arm bewegt, lasse ich das Zimbalon links erklingen, wenn sie den Kopf oder die Gesichtsmuskeln bewegt, das Glockenspiel am oberen Bettende, das Gleiche entsprechend mit den Instrumenten bei Bewegungen des rechten Armes oder den Beinen bzw. Füßen.

Etwa zwei Minuten nach Beendigung dieser Sequenz bekommt Anna einen Krampfanfall für 30 Sekunden. Im Gespräch mit den Betreuern erfahre ich, dass kurze Anfälle „normal“ seien. In der Eigenreflexion stelle ich fest, dass ich mit Anna im guten Kontakt bin, dass ich die Möglichkeit einer Überforderung doch in Erwägung ziehe, dass ich „entschleunigen“ möchte. Zitat, von Karl-Heinz Wortmann:

„Denn Verlangsamung bringt Wahrnehmungsgewinn!“ Für sie und für mich!

5.6 Während der Musiktherapie

In einer der Sitzungen reagiert Anna bei dem Begrüßungslied mit Speichelfluss und Schmatzen. Es stellt sich mir die Frage: „was will mir Anna durch ihre Körpersprache sagen?“

Ich verwende eine Tabelle von Zieger, die ich bei Sabine Burger in „Zwischenwelten“ gefunden habe. Diese Tabelle empfinde ich als sehr hilfreich im Umgang mit sehr beeinträchtigten Patienten.

Die „Entschlüsselung ist eine Übersetzung pathologischer, >sinnloser< Symptome in:

5.6.1 Bedeutungsvolle Zeichen

Zeichen für „sich öffnen“	Zeichen für „sich verschließen“	Zeichen für angestrengt und überfordert sein („Stress“)
Entspannen, „weich“ werden, Nachlassen der Beugespastik	Anspannen, Erstarren, Zunahme der Beugespastik	Anspannen, sich verschließen, Erstarren, Anstieg der Herzfrequenz, körperliche Unruhe (Zittern)
ruhiges atmen seufzen	unruhiges atmen	hektisches Atmen
hinsehen, fixieren, blinzeln	Blickwendung, wegsehen	häufiges Wegsehen, heftiges Wegdrehen des Kopfes
Augen öffnen	Augen schließen	Augen schließen
Mund öffnen Lippen öffnen und bewegen	Mund schließen Lippen schließen	Mund und Lippen zusammenpressen
Schlucken und Schmatzen	orales Erstarren	Erbrechen
Stirn glätten, mimisch Entspannen	mimisches Anspannen, Stirn in Falten legen	
Erröten	Erblassen	Rotwerden, Schwitzen
Lächeln	Furchtgrinsen	Angespanntes Gesicht, Weinen

(Tabelle 1: Kommunikation von Zwischenleiblichkeit, Zieger, 2001, S.28)

Zieger hat die Reaktionen der Patienten in mögliche Antworten auf therapeutische Interventionen gesetzt.

Ihre Zeichen, Schmatzen und Speichelfluss, für „sich öffnen“ ist ein Angebot für mich, ihr ein neues Instrument vorzustellen, ohne sie mit ungewohnten Reizen zu überfordern.

Mit den Klängen der Oceandrum gebe ich ihr die Möglichkeit, sich an den von ihr so geliebten Urlaub in Holland am Meer zu erinnern, als

Erinnerung an „gute Zeiten“.

Meines Erachtens ist dies gelungen, denn sie reagiert mit einem tiefen Seufzer.

Nach einigen Wochen treten wieder vermehrt Harnwegsinfektionen auf, es wird operativ ein Blasenstein entfernt.

Sie hat immer wieder Fieber und Atemaussetzer. Während der Musiktherapie schläft sie oft.

In diesem Zusammenhang möchte ich die Musiktherapie während des Schlafes mit einem Zitat erläutern:

5.6.2 Musiktherapie im Schlaf

„Hinsichtlich vegetativer Funktionsänderungen durch Musikeinwirkung, hier auf den Schlaf bezogen,

ist der erkennende, intellektuelle Teil unseres Seelenlebens, die so genannte >Noopsyche< von Bedeutung.

Die Tätigkeit wird während des Schlafs gründlich reduziert bzw. ausgeschaltet.

Und damit auch unsere Wahrnehmung von Musik,

was wiederum ein größeres >Ausgeliefertsein< gegenüber Musik (-beschallung) im Schlaf bedeutet.

In dieser Situation bekommt Musik somit einen **direkten Zugriff auf jenen Teil unserer Psyche**, der im Verbund mit dem Thalamus im Limbischen System als unser Gefühlszentrum gilt. (vgl. Decker-Voigt, Aus der Seele gespielt, München 2000, S.81)

Ich halte diese, in Forschungen gewonnene, Erkenntnis für sehr wichtig für meine musiktherapeutische Arbeit. Aufgrund der guten Beziehung zu meiner Klientin, kann ich ihr durch die Klänge der Oceandrum eine Stabilisierung auch im Schlaf bieten.

5.6.3 Persönliche „Lebensphilosophie“

Ich mache Urlaub. Gedanken, wie ergeht es Anna während meiner Abwesenheit, beschäftigen mich. Wird sie nach meinem Urlaub noch leben? Zu diesem Zeitpunkt wird mir wieder die Endlichkeit unseres Lebens bewusst. Meine Einstellung im Beruf und privat, die ich seit vielen Jahren entwickelt habe, hilft mir, damit umzugehen:

So dramatisch und traurig die Erkrankungen sind; ich kann einen Beitrag dazu leisten, dass es den Kindern und Jugendlichen – Menschen allgemein – in der ihnen zur Verfügung stehenden Zeit „gut geht“.

Ich glaube daran, dass alles seine Zeit hat. So hat auch jeder Mensch seine eigene Zeit.

Manche Reise des Lebens endet schon vor der Geburt, manche im Kindesalter, manche nach 80 Jahren oder später.

Nach meinem Urlaub ist Anna in einem recht stabilen Zustand.

5.6.4 Musik machen mit der Oceandrum

Oft biete ich ihr Bewegungs-Spiele mit modifiziertem Text, der sehr lustig ist, an.

Dazu machen wir mit der Oceandrum Musik. Ich sage bewusst: **wir machen Musik!**

Selbstverständlich bewege ich die Oceandrum, jedoch mit ihren Händen in meinen und im Rhythmus ihres Atems. **Also gibt sie den Takt an!**

Durch Betasten und Begreifen gebe ich Anna die Möglichkeit, taktile Erfahrungen zu machen. Die gemeinsam ausgeführten Bewegungen zeigen eine **Verknüpfung von**

Klangereignis und motorischer Koordination. Ich biete ihr das Erleben von Eigenaktivität.

Anna zeigt die Zeichen für „sich öffnen“.

Anna hält die ganze Zeit die Augen auf und wirkt mental beteiligt.

Es gibt Tage, da bitten die Betreuer um Entspannungsmusik für Anna, wenn sie zum Beispiel unter großer Anstrengung litt, zum Beispiel beim baden und abführen. Anna zeigt sich dann bei dem Begrüßungslied sehr aufgeschlossen für Bewegung und Aktion.

„Als **Ressource, Schutzfaktor und Nährsubstanz** legt die Musik brachliegende Potenziale frei, weckt und fördert Fähigkeiten, nährt nach und aktiviert vorhandene Fähigkeiten.“

(vgl. Frohne – Hagemann und Pleß – Adamczyk, S.102)

5.6.5 Humor

In der Arbeit mit Anna stellt meines Erachtens auch das Einbeziehen von Humor in der Therapie eine Interventionsmöglichkeit dar. Hier stellt sich natürlich die Frage, ob es

angesichts der Schwere des Krankheitsbildes überhaupt angebracht ist, Humor zu berücksichtigen.

„Das ... Potenzial des Humors wirkt nur dann konstruktiv, wenn die wichtigsten Grundvoraussetzungen, vor Allem die Empathie, die Wertschätzung, und die Bereitschaft von Therapeuten, auch die eigene Position gegenüber Klienten humorvoll beleuchten und relativieren zu können, erfüllt sind.“

(vgl. Hain, Kapitel Humor als therapeutische Intervention, in Hypnose und Kognition, München 1996 S.251ff)

Anmerkung der Autorin: das sind sie!

Lustige Lieder gehören zu meinem Humorreperoire. Mein Schwerpunkt liegt in solchen Momenten darauf, eine entspannte und heitere Atmosphäre zu schaffen, um so der Situation ein wenig von ihrer Schwere und Tragik zu nehmen.

„Humor ist, wenn man trotzdem lacht!“

Ich modifiziere spontan Texte zu der Melodie von bekannten Kinderliedern.

Zum Beispiel:

„Die Anna macht Urlaub an dem Meer,
und denkt sich, dass sie dort die Größte wär`,
und wälzt sich im Sand und singt:

Anna, dudel-du, di-dudel di dudel di dudel di du.“

(zu der Melodie von „Der Hühnerhof“ von Frederik Vahle)

Anna reagiert mit den Zeichen für „sich öffnen“ auf diese musiktherapeutische Interaktion.

Dann gibt es wieder Tage, wo Anna sehr erschöpft wirkt. In solchen Situationen findet Therapie statt, unter der Anwendung von

5.6.6 Rezeptiver Musiktherapie

Anna liegt im Bett, hält die Augen geschlossen, atmet unruhig. Das sind die Zeichen für „sich verschließen“. Ich mache ihr ein musikalisches Angebot, indem ich im Atemrhythmus die einzelnen Zungen der Sansula spiele. Nach etwa zwei Minuten atmet Anna ruhiger. Ich habe nicht den Eindruck, dass Anna schläft, sondern dass sie genießt.

Meine Absicht ist es, Anna ein „zu Ruhe kommen“ und Wohlbefinden zu ermöglichen.

Timmermann bezeichnet diese Vorgehensweise als „**Für-Spielen**“ im Unterschied zum Vorspielen. Er meint damit ein spontanes, improvisiertes Musizieren des Therapeuten für den Patienten. Sowohl das Instrument als auch die Art und Weise des Spiels werden vom Therapeuten durch Einfühlung in die Situation gewählt und entwickelt. Dies ist ein sehr persönlicher Vorgang. Die geforderte therapeutische Abstinenz ist erfüllt, sie ergibt sich daraus, dass der Therapeut nicht um seiner Selbst Willen „von sich“ spielt, sondern *für* den Patienten.

(vgl. Tonius Timmermann in „Das Monochord. Eine Wiederentdeckung“ von 1989, gefunden in Musiktherapeutische Umschau, Forschung und Praxis der Musiktherapie, Band 10, DMTG (HG), Frankfurt, S.308 ff)

Anna wirkt auf mich entspannt und gelöst. Hier ist die **Haltefunktion der Musik** zu beobachten. „Sie beinhaltet leibliches Urvertrauen, Geborgensein und Getragensein.“ (vgl. Frohne – Hagemann und Pleß – Adamczyk, S.96)

Meine Intuition sagt mir, Anna lässt sich fallen, mit der Gewissheit Schutz zu haben.

Nachdem der letzte Ton verklungen ist, öffnet Anna ihre Augen, ihre Mundmuskeln zucken.

War das ein Lächeln oder würde sie mir was sagen wollen?

5.6.7 Ziele im Verlauf der Musiktherapie

An dieser Stelle möchte ich darauf hinweisen, dass die Musiktherapie das Ziel, Bewältigung von Leidenszuständen für Momente durch Wohlfühlen erreicht hat.

Im Therapieverlauf habe ich den Therapieplan durch folgendes ergänzt:

- Emotionale Unterstützung
- Aktivierung von Erfahrungs- und Gefühlsbereichen
- Förderung von Autonomie (Anna bestimmt, was während der Musiktherapie stattfindet)
- Förderung ihrer Potenziale

5.7 Zum Abschluss der Musiktherapie mit Anna

In meinen Dokumentationen der Musiktherapie von sechs Sitzungen steht, dass ich manchmal erst spät bemerke, dass die Zeit der Musiktherapiestunde um ist.

Anna leidet inzwischen unter vielen Infekten, die mit Antibiotika nicht mehr erfolgreich zu behandeln sind. Die Einstellung auf palliativ-medizinische Medikamenten ist erfolgt.

Ich biete ihr je nach Bedürfnis „aktive und rezeptive Musiktherapie“ an.

Anna zeigt mir durch die „bedeutungsvollen Zeichen“ was sie braucht.

In zwei Sitzungen ertönen sogar Laute von ihr. Will sie mir was sagen? Singt sie mit?

In meiner 25. und letzten Dokumentation der Musiktherapie mit Anna steht unter Anderem:

Die Ausdauer von Anna ist enorm!

Anna stirbt zehn Tage danach liebevoll umsorgt. Sie ist ganz ruhig eingeschlafen.

Die Musiktherapie konnte einen Beitrag dazu leisten, den Sterbeprozess zu begleiten.

Anna hat mir ihre Bedürfnisse gezeigt, die über die medizinische Versorgung hinausgehen.

Diese Bedürfnisse zeigen sich durch die „bedeutungsvollen Zeichen“, mit der sie die Musiktherapie aufgenommen hat.

6. Resümee meiner musiktherapeutischen Arbeit

Wie in der Einleitung gesagt, wollte ich gar nicht Therapeutin werden.

Karl-Heinz Wortmann sagte einmal: „Wenn es viele gute Pädagogen gäbe, bräuhete die Welt weniger Therapeuten.“

Ben Fuhrman, ein finnischer Facharzt für Psychiatrie formuliert es in seinem Buch „Es ist nie zu spät, eine glückliche Kindheit zu haben“ so:

„Es muss nicht immer Therapie bzw. ein Therapeut sein, der Menschen aus einer Krise hilft!“
(vgl. Ben Fuhrman, S.89, Dortmund, 1999)

Ich bin jedoch mittlerweile sehr glücklich darüber, Musiktherapeutin zu sein.

Die musiktherapeutische Kompetenz kann ich in meine Arbeit als Erzieherin in der Kinderklinik einfließen lassen. Sie bereichert meine pädagogischen und menschlichen Kompetenzen.

Zu meinem musikalischen – therapeutischen Konzept gehört die zu Beginn gestellte Frage:

„Wie sieht es mit <prozess-orientierter Arbeit> aus?“

Die kann ich nun mit: „es funktioniert!“ , beantworten.

Da ich in Kürze meinen Wohnsitz bei meinem Partner in Nordhessen haben werde, wünsche ich mir für meinen weiteren Berufsweg, dass ich eine Arbeitsstelle finde, in der ich weiterhin „entschleunigt“ musiktherapeutisch arbeiten kann, dass ich meine Kompetenzen erweitere, und dass ich meine eigene Begeisterungsfähigkeit an dieser Arbeit erhalte.

7. Literatur

Bienstein, Christel / Fröhlich, Andreas (1997): Fördern – Pflegen – Begleiten, Düsseldorf

Burger, Sabine (2004): Zwischenwelten, Baumann / Gessner (Hg.), Wiesbaden

Bunt, Leslie (1998): Musiktherapie / Eine Einführung in psychosoziale und medizinische Berufe, Weinheim und Basel

Decker-Voigt, Hans-Helmut (2000): Aus der Seele gespielt, München

Frohne-Hagemann, Isabell / Pleß-Adamczyk, Heino (2005): Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter, Göttingen

Fuhrman, Ben (1999): Es ist nie zu spät, eine glückliche Kindheit zu haben, Dortmund

Gryter de, Walter (Hg.) (2007): Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 261. Auflage, Berlin

Hain, Peter (1996): Hypnose und Kognition, München In: Internet:

www.drag.ch/sinniges/humor-definition.htm vom 20.05.2010

Jochheim, Maret (2004): Zwischenwelten, Baumann / Gessner (Hg.), Wiesbaden

Loos, Gertrud-Katja (1996): Lexikon Musiktherapie, Decker-Voigt / Knill / Wegmann (Hg.), Göttingen, Bern, Toronto, Seattle

Schwabe, Matthias (1992): Musik spielend erfinden, Kassel

Timmermann, Tonius (1989): Das Monochord. Eine Wiederentdeckung, Frankfurt.
In: Musiktherapeutische Umschau, Forschung und Praxis der Musiktherapie, Band 10, DMTG (Hg.)