

## **1. Einleitung**

### **1.1. Zu meiner Person und meinem beruflichen Werdegang**

Ich bin achtunddreißig Jahre alt, lebe in Trier mit meinem Lebenspartner und meinen beiden Kindern. Zur Zeit befinde ich mich im Mutterschutz. Charakteristisch für meine Arbeit als Diplom-Pädagogin in Leitungsfunktionen während der letzten 10 Jahre waren die Auseinandersetzung mit verschiedenen Klientengruppen und deren Bedürfnissen (speziell Kinder im Vorschulalter mit und ohne Behinderung, Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Behinderung/ Schwerstmehrfachbehinderung), Erziehungsberatung, das Kennenlernen von Organisationsstrukturen und –kulturen und das Miterleben und Gestalten von Teamprozessen als Führungskraft.

### **1.2. Mein Weg zur Musiktherapie**

Nachdem ich im Rahmen beruflicher Fortbildungen einige Musiktherapeuten erlebt hatte, informierte ich mich weiter über die verschiedenen musiktherapeutischen Richtungen. Meist schreckten mich die Aufnahmebedingungen oder andere Rahmenbedingungen ab. Für mich äußerst passend entdeckte ich die Bezeichnung „Musikalisch-therapeutische Zusatzausbildung für Sozialarbeiter, Sozialpädagogen und Angehörige anderer helfender Berufe“ und entschied ich mich schließlich im Mai 1998 zum Aufnahmetag nach Siegen zu fahren.

Besonders aufregend fand ich die Vorstellung, dass jeder Absolvent im Verlauf der Ausbildung die Gelegenheit hat, sein eigenes individuelles Konzept zu erarbeiten. Genau deshalb stehe ich heute hier, um Ihnen meine Art musiktherapeutischen Arbeitens vorzustellen.

### **1.3. Entscheidung zur Praxistätigkeit in der Villa Kunterbunt**

Als ich vor zwei Jahren meine Praxistätigkeit aufnehmen wollte, übte ich eine Leitungsfunktion auf meiner Arbeitsstelle aus. Wenn ich also meine musiktherapeutische Praxis hier eingebunden hätte, wäre ein unlösbarer Rollenkonflikt beim Ausüben der damit verbundenen Tätigkeiten vorprogrammiert gewesen. Hinzu kam der Stellenumfang von 50%, so dass mir ein Integrieren der Praxisstunden in diesem Rahmen nicht sinnvoll erschien. Ich wählte die Villa Kunterbunt in Trier, weil ich mir zum einen erhoffte, durch die Arbeitsweise meiner Praxisbegleiterin, die mich beeindruckte, gut im Hause eingebunden zu sein. Zum anderen besteht mein Klientel aus

Kindern im Vorschulalter, einem Bereich in welchem ich schon einige Jahre Berufserfahrung gesammelt hatte.

## **2. Die Villa Kunterbunt in Trier (als meine Praxisstelle)**

### **2.1. Infrastruktur und Interdisziplinäres Versorgungsangebot**

Seit 6 Jahren arbeitet ein multiprofessionelles Team bestehend u.a. aus Kinderärzten, Krankengymnasten, Pädagogen und Ernährungsberaterin in diesem Hilfezentrum für schwerstkranke Kinder und ihre Familien. Es liegt im Zentrum der Stadt Trier direkt neben dem oben genannten Krankenhaus.

Durch die Villa Kunterbunt werden die vorhandenen Nachsorgemöglichkeiten in der Region Trier koordiniert und fehlende Nachsorgeleistungen angeboten, da aufgrund besonderer Anforderungen bei den einzelnen chronischen Erkrankungen entsprechende Spezialisierungen einzelner Therapeuten oder Berater im ambulanten Sektor eher selten sind (vgl. Arbeitskonzept Villa Kunterbunt 2004).

Die Diagnosen reichen von Krebserkrankungen, über Diabetes mellitus, Stoffwechselerkrankungen bis hin zu Autoimmunerkrankungen.

### **2.2. Chronisch und schwerstkranke Kinder und ihre Familien**

Diese Kinder sind aufgrund ihrer Krankheit einer Vielzahl von Belastungen ausgesetzt: Sie leiden unter den Symptomen der Krankheit, werden während der Behandlung teils schmerzhaften, teils angsterzeugenden medizinischen Eingriffen psychisch schwer belastet, wobei häufig sogar die Behandlung wesentlich negativer erlebt wird als die Erkrankung selbst. Beispiele für Nebenwirkungen der Behandlung u.a.

mit Zytostatika: (Chemotherapie)	Erbrechen, Übelkeit, Haarausfall, Abmagerung, Infekte, Blutungen, Schleimhautläsionen
durch Bestrahlungen:	Apathiesyndrome
von Tumoren:	verstümmelnde Operationen

Diverse Einschränkungen wurden und werden ihnen auferlegt, hierzu zählen u. a. die Beeinträchtigung der Bewegungsfreiheit, die Trennung von der Familie, von der Kindergartengruppe und den Freunden während des Krankenhausaufenthaltes. Körperkontakte zu Bezugspersonen müssen eingeschränkt werden, wenn das Immunsystem aufgrund der Krankheit und Behandlung zu schwach ist. Die schmerzlichen Veränderungen führen zu einer erheblichen Einschränkung der Lebensfreude, was

Stimmungslabilität, Depression und Aggression bei den Kindern auslösen kann. Vor allem aber erleben sie, dass ihr „Anderssein“ mit unterschiedlichen Ängsten verbunden ist.

Die Diagnosestellung einer schweren oder chronischen Erkrankung führt oft zu einer dramatischen Krisensituation innerhalb der Familie. Das Kind wird aus der gewohnten Umwelt herausgetrennt, was für Eltern und Geschwister neben dem persönlichen Verlust auch einen Verlust an Autonomie bedeutet. Denn die Familie ist nun mit einer Vielzahl von Aufgaben und Anforderungen, mit Experten unterschiedlichster Professionen konfrontiert, die teilweise massiv in die Selbstbestimmung des Systems eingreifen. Überforderung ist vorprogrammiert. Die gesamte Familie droht an der Krankheit des Kindes zu erkranken.

### **3. Arbeitsweise**

#### **3.1. Indikatoren und Ziele in der Musiktherapie bei chronisch und schwerstkranken Kindern**

Für die Therapieplanung ist das Wissen um die Prognose des kranken Kindes von grundlegender Bedeutung. In jedem Fall sollte die Musiktherapie ressourcenorientiert und stützend eingesetzt werden (vgl. *Frohne-Hagemann, I. und Pleß-Adamczyk, H. 2005, S.172*).

Isabelle Frohne-Hagemann und Heino Pleß-Adamczyk listen Indikationen für Musiktherapie bei solchen Patienten folgendermaßen auf

- *Verlust sozialer Beziehungen und Bezüge, Isolation und Einsamkeit.*
- *Angst durch Bedrohung des eigenen Lebens und der Identität.*
- *Hilflosigkeit durch Verlust der Kontrolle über Selbstbestimmung.*
- *Gefühl des Ausgeliefertseins durch die Eingriffe in die körperliche Integrität.*
- *Regression. (a.a.O. S.172f)*

Durch die Musiktherapie soll eine weitgehend ungehinderte Persönlichkeitsentwicklung ermöglicht werden. In der Villa Kunterbunt wurde von Fall zu Fall entschieden, ob und wie lange die Musiktherapie beim jeweiligen Kind angewandt werden sollte. Kriterien wie Anzahl der Therapien/Inanspruchnahme von Angeboten oder familiäre Zusammenhänge (z.B. Belastungssituationen der Familie) spielten dabei eine Rolle.

Bei den (Global-)Zielen unterscheiden die beiden oben genannten Autoren nach Persönlichkeit, Struktur und Störung bei Kindern und Jugendlichen sowie dem Kontext und biographischen Lebenszusammenhang:

- *Gesundung,*
- *Bewältigung von Leidenszuständen,*
- *emotionale und soziale Unterstützung,*
- *Verbesserung bestimmter Fähigkeiten und Fertigkeiten,*
- *Förderung von Potentialen und Gestaltungsmöglichkeiten oder auch*
- *Förderung von Autonomie und Selbstbestimmtheit (a.a.O. S.20)*

Indikation zur Gruppenmusiktherapie:

In Anlehnung an Frohne-Hagemann und Pleß-Adamczyk verstehe ich die Gruppe als eine sich durch und miteinander entwickelnde Gemeinschaft (vgl. a.a.O. S.110). Die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes steht im Vordergrund.

*„Das Entscheidende an der Gruppentherapie ist, dass die Dyade zwischen Kind und Therapeut in die erweiterte Triade zwischen Kind/Jugendlichem und Gruppe übergeführt wird, so dass nicht so sehr die biographische Arbeit, sondern die Identitätsförderung durch den Blick anderer auf einen selbst im Vordergrund steht.“ (a.a.O. S.110).*

### **3.2. Evaluation (Anamnese, Diagnostik, Kontrakt, Auswertung)**

Im Vorfeld der musiktherapeutischen Gruppe (der Kontakt zu den Eltern bestand ja bereits über das Villa-Personal) sammelte ich bereits anhand eines Fragebogens (s. Anhang), der sich durch zwei Kolleginnen unserer Supervisionsgruppe entwickelte, Informationen über die Kinder. Mit Fragestellungen wie Kurzbeschreibung der Lebenssituation, Begründung für die Teilnahme an der Therapiegruppe (Hilfebedarf/Fragestellung), Erwartungen an die Gruppenteilnahme (Zielsetzung) kontaktiert, konnten sich die Eltern bereits vor der Therapie Gedanken über ihre Erwartungen an die Musiktherapie machen. Gleichzeitig wollte ich so ein Stück gegenseitige Verbindlichkeit einbringen. Nach zwei – drei Einheiten mit den Kindern führte ich mit deren Müttern anhand eines Anamnesebogens Gespräche (s. Anhang), um Auskunft über das familiäre Umfeld, die Krankheitsgeschichte usw. zu erhalten. Dabei nutzte ich zusätzlich die Gelegenheit, etwas über die Inhalte meiner musiktherapeutischen Arbeit zu vermitteln. Um mir über die Indikationen und Ziele bezüglich der einzelnen Kinder klar zu werden, war es für mich ein wichtiger Schritt, mit jedem Elternteil einen Kontrakt (s. Anhang) zu erstellen. Ich wollte vermeiden, dass die einzelnen Therapien endlos vor sich hin liefen, nur weil ich mir zunächst für meine Praxistätigkeit an sich kein zeitliches Limit gesetzt hatte. Außerdem sollte der Therapieprozess so

transparent wie möglich gestaltet sein. Dazu zählte auch eine regelmäßige Rückmeldung an die Eltern. Mit Hilfe der Kontrakte konnten wir gemeinsam das Erreichen/Nichterreichen der Ziele überprüfen.

### **3.3. Meine Begleitung**

Meine Begleiterin Ulrike Schmitt Klein, Sozialpädagogin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, sorgte dafür, dass meine musiktherapeutische Tätigkeit im Hause unterstützt und integriert war. Dies zeigte sich sowohl in der materiellen Ausstattung (s. Neuanschaffung Instrumente und Schänke, Verfügbarkeit der Räumlichkeiten) als auch im Informationsaustausch mit dem Team der Villa Kunterbunt. Durch meine wöchentlichen Besprechungen (+ Telefon + E-Mail) mit Frau Schmitt Klein war ich über das Wesentliche, was gerade in der Einrichtung passierte, informiert, wenn es Wichtiges aus der Musiktherapie an die Kollegen zu vermitteln galt, traf sie ebenfalls die entsprechenden Maßnahmen.

Während unserer Zusammenarbeit verknüpften wir spieltherapeutische und musiktherapeutische Elemente. Häufig war die mangelnde Spielkompetenz der Eltern und ihre Auswirkungen auf Verhaltensweisen der Kinder eines unserer Gesprächsthemen. Die Musiktherapiegruppe in der Villa sollte den Kindern Raum geben für einen „*intermediären Spielplatz*“ (laut Petersen, Dietrich. /Thiel, Eckhard. 2001, S.43). Beim Spielen können sie Üben und Ausprobieren, was in der Realität vielleicht nicht möglich oder gar bedrohlich ist. So kann eine Basis für mögliche Veränderungen geschaffen werden. Ein Spielen mit Bedeutungen, Szenen und den dazugehörigen Affekten kann ermöglicht werden und die Stellen, an denen Bewegungen erstarrt oder ins Stocken geraten sind, können ausgemacht werden, um diese wieder in Bewegung zu bringen (vgl. ebda S.43). Im folgenden werde ich noch einmal auf das Thema „Spiel“ beim musiktherapeutischen Arbeiten zurückkommen.

### **3.4. Meine therapeutische Haltung**

Aus meiner beruflichen Erfahrung als Pädagogin ist mir die Elternarbeit ein sehr wichtiges Anliegen mit dem Ziel, verschiedene Hilfestellungen zu geben in Bereichen wie Umgang mit Krisensituationen oder die Entwicklung tragfähiger und menschlicher Beziehungen (vgl. Leube, Konrad in Kreft, Dieter und Mielenz, Ingrid. (Hrsg.) 1988, S.155). Von Anfang an war es mein Anspruch, die Kinder aus ihrem sozialen Milieu (Umfeld) heraus in Empfang zu nehmen und ihr von zu Hause 'Mitgebrachtes' in der

Therapie aufzugreifen. Dies kann jedoch nur durch Information und Austausch mit den Eltern gut gelingen. So sehe ich die Elternarbeit als einen Prozess, der nur in einem akzeptierenden Klima des Vertrauens entstehen und sich entwickeln kann, in dem Lernende und Lehrende gleich wichtig sind (vgl. ebda S. 155).

Als eine Methode der Sozialarbeit/Sozialpädagogik wende ich die soziale Gruppenarbeit an, bei der mit den Kenntnissen, Meinungen und Verhaltensweisen von Individuen in Kleingruppen gearbeitet und worauf entsprechend sozialpädagogisch Einfluss genommen wird (vgl. Müller, C.Wolfgang in Kreft, D. und Mielenz, I. (Hrsg.) 1988, S.257). Dabei begleiten mich folgende Leitsätze:

- Anfangen, wo die Gruppe steht und sich mit ihr in Bewegung setzen
- sich überflüssig machen
- Raum für Entscheidungen geben
- Nicht mit den Schwächen, sondern mit den Stärken der Gruppenmitglieder arbeiten
- Zusammenarbeit mehr pflegen als Einzelarbeit

Fließend gestaltet sich dabei der Übergang zur freien musikalischen Gruppenimprovisation.

Die freie Improvisation ist grundlegend für meine Arbeit. Inge Kritzer beschreibt dies folgendermaßen: *„Die freie Improvisation, die Via Regia der Musiktherapie, die von mir in die Struktur einer Spielvorgabe eingebettet ist, ermöglicht es den Kindern, eine meist bisher nicht erlebte Erfahrung und Begegnung mit Musik als Zugang zu den eigenen schöpferischen und kreativen Ressourcen herzustellen“* (Kritzer, I. 2006 ).

Beim musiktherapeutischen Arbeiten ordne ich dem Spiel eine besondere Bedeutung zu. Musikinstrumente und –stücke werden gespielt, also hat Musizieren auch immer etwas mit Spielen, also auch mit Spaß zu tun. Kinder im Vorschulalter können sprachlich nicht ihr musikalisches Spiel reflektieren, aber über das Spielen selbst können sie sich ausdrücken. Petersen, D. und Thiel, E. vergleichen dieses weitergehende Spielen mit dem aufarbeitenden Gespräch in der Erwachsenentherapie. Kinder stellen das Musizieren häufig in einen bestimmten (szenischen) Zusammenhang und wechseln im Verlauf des Spielens fließend oder abrupt die Spielebene. Wenn das Musizieren dann unterbrochen oder abgebrochen wird und das Kind etwas völlig anderes anfängt, sagt der Abbruch wie der Inhalt des neuen Spiels etwas über das Vorangegangene aus (vgl. Petersen, D./Thiel, E. 2001, S.54).

Da ich der Überzeugung bin, dass psychisches Wohlbefinden soziales Wohlbefinden einschließt und sogar voraussetzt, betrachte ich die Musiktherapie auch als eine soziale Therapie, die sich auf den Menschen in seinen komplexen sozialen Zusammenhängen bezieht.

Während meiner praktischen Tätigkeit in der Villa Kunterbunt führte ich neben der im folgenden ausführlich dargestellten Gruppenmusiktherapie wöchentlich auch Einzelmusiktherapien mit chronisch kranken und schwerstmehrfach behinderten Kindern durch. Jede Therapie beinhaltete Elemente aus den Bereichen Spieltherapie sowie Musik und Bewegung unter Berücksichtigung der Altersgruppe Kinder im Vorschulalter. Alle Angebote setzten in der Regel während der Dauertherapiephase an, welche hauptsächlich im ambulanten Bereich erfolgt.

### **3.5. Vorstellung des Projektes Musiktherapiegruppe in der Villa Kunterbunt und seine Entwicklung**

Meine Arbeit in der Villa Kunterbunt begann im September 2004. Neben einigen Einzelmusiktherapien bereitete ich zunächst mit Frau Schmitt Klein unser Projekt Musiktherapiegruppe vor und hatte außerdem das große Vergnügen, für ein Budget von 3000,- € Instrumente aussuchen und bestellen zu dürfen. Unser Projekt startete dann im November 2004 mit einer Gruppe von 4 Kindern im Alter von 3 – 6 Jahren. Alle Kinder waren krebskrank und befanden sich in der ambulanten Nachsorgetherapie, so dass sie einmal wöchentlich (Mittwochnachmittags) die Kinderambulanz zur Blutentnahme für einige Stunden aufsuchen mussten. Wir wählten diesen Zeitpunkt, um durch unser Angebot zu einer Verkleinerung der großen Wartegruppe vor der Ambulanz beitragen zu können. Im Laufe der Zeit änderten wir jedoch den Zeitpunkt für unsere Musiktherapiegruppe aus zwei Gründen: Erstens trug unser Angebot nicht zur „Entzerrung“ bei. Zweitens waren wir nicht die einzigen Therapieanbieter während der Kinderambulanz. Es entwickelte sich eine Art „Therapiekonsum“ bei einigen Kindern, so dass sie von einem Termin zum nächsten gereicht wurden. Die Musiktherapie konnte somit nicht gezielt nachwirken. Wegen des neuen Termins (Dienstagvormittags) hatten wir zunächst Bedenken, ob sich die Eltern (die meisten kommen aus einem Umkreis von ca. 50 – 70 km) „extra“ auf den Weg machen würden, denn die Musiktherapie war im Gegensatz zur Blutentnahme ein freiwilliges Angebot. Da jedoch alle vom Projekt und dem Vorteil für die Kinder so angetan waren, stellte dies kein Problem dar. Die Projektzeit, über die ich im folgenden konkret berichte, verlief

in 3 Phasen: September – Dezember 2005, Januar – April 2006, Mai – Juli 2006 zu je 15 Einheiten. Zielgruppe waren onkologisch und chronisch kranke Kinder (maximal sechs Kinder) und deren Eltern. Während die Kinder an der musiktherapeutischen Gruppenarbeit teilnahmen, konnten die Eltern parallel durch Gruppen- oder Einzelberatung des Villa Kunterbunt Personals betreut werden.

Die Kinder fanden den Weg in die Musiktherapie über das Team der Villa Kunterbunt. Frau Schmitt Klein nutzte regelmäßig die Teamsitzungen, um nach Bedarf an Musiktherapie im Hause zu fragen und um Rückmeldungen aus der Therapie zu geben. Durch unseren wöchentlichen Austausch war ich durch sie, wie oben erwähnt, immer gut informiert sowohl was die Klienten als auch das Team anbelangte.

### **3.6. Die kleinen Teilnehmer im Einzelnen (Beschreibung zum Zeitpunkt September 2005)**

**Mathias**, 4,8 Jahre, befindet sich zu Beginn der dargestellten Therapiephase in der Erhaltungskemotherapie wegen einer akuten lymphatischen Leukämie.

Matthias besucht erst seit Mai den Regelkindergarten und dies aufgrund der Infektionsgefahr nur sehr unregelmäßig.

Diagnosen nach ICD-10: C91.0 Akute lymphatische Leukämie (c-ALL), in Remission (Normalisierung der Werte) unter Erhaltungskemotherapie (21.01.04). F43.2 Psychische Belastung bei eigener Krebserkrankung.

Langzeitanamnese: M. sei vor der Leukämie-Erkrankung nie ernsthaft krank gewesen. Durch die seit Januar 2004 bestehende Krankheits- und Behandlungsphase ist Matthias einer Vielzahl von Belastungen ausgesetzt. Außerdem kann er aufgrund der hohen Infektionsgefahr (z.T. noch immer) nicht an diversen sozialen Gemeinschaften (z.B. Kindergarten) teilnehmen. Sein Umfeld, insbesondere die Familie, Eltern und zwei ältere Schwestern, versuchen diesem Umstand Rechnung zu tragen. So sind Matthias Grenzen im Umgang mit seiner Familien und anderen sehr weit ausgedehnt.

Seit einem  $\frac{3}{4}$  Jahr nimmt Matthias an der Musiktherapiegruppe teil.

**Lukas**, 6,11 Jahre, ist zu Beginn der dargestellten Therapiephase wegen eines inoperablen Hirntumors abwechselnd in stationärer und ambulanter Behandlung durch die Klinik des gleichen Trägers. Seine weitere Diagnosen:

Opticus-Gliom (Tumor in Augennähe)



Zustand nach subtotaler Resektion (Teilentfernung)

Panhypopituitarismus (Tumor in Nähe der Hypophyse, dadurch eingeschränkte Hormonsteuerung)

Schwerste Beeinträchtigung des Sehvermögens

Latrogene (nicht angeboren) mittelgradige Innenohrschwerhörigkeit bds.

Adipositas (starkes Übergewicht > 50kg 7 J.)

Zu den weiteren sekundären Problemen seiner Erkrankung zählen diverse Hormongaben, Entgleisungsgefahr (Natriummangel), Krampfgefahr, so dass der gutartige Tumor latent lebensbedrohliche Folgen haben kann.

Er bekam über 1 Jahr lang Chemotherapie.

Er besucht einen Förderkindergarten im Nachbarort. Lukas weist nach dem Wiener Entwicklungstest in allen Bereichen Entwicklungsverzögerungen von bis zu 2 Jahren auf. Durch die seit Jahren bestehende Krankheits- und Behandlungsdauer bleibt Lukas einer Vielzahl von Belastungen ausgesetzt. Diverse Einschränkungen wurden und werden ihm auferlegt, hierzu gehört u. a. die Beeinträchtigung der Bewegungsfreiheit, die wiederholte Trennung von der Familie, von der Kindergartengruppe und den Freunden während des Krankenhausaufenthaltes. Die schmerzlichen Veränderungen und die anhaltenden sekundären Probleme seiner Krankheit führen zu einer erheblichen Einschränkung der Lebensfreude, was Stimmungslabilität, Depression und Aggression bei Lukas auslösen kann. Vor allem aber erlebt auch er sein „Anderssein“ in angstbesetzter Weise. Auch seine Umgebung verhält sich ihm gegenüber anders als vor seiner Krankheit. Der Gesundheitszustand des Kindes ängstigt die ganze Familie. So wurden auch bei Lukas die Grenzen im Umgang mit seiner Familie und anderen sehr weit ausgedehnt.

Lukas nimmt seit Bestehen der Musiktherapiegruppe (1 Jahr) daran teil.

**Elisa**, 4,6 Jahre, ist seit eineinhalb Jahren in ambulanter und stationärer Behandlung in der onkologischen Kinderstation der benachbarten Klinik. Sie leidet an einer Langerhanszell-Histiozytose (einer Krankheit, die wie Krebs behandelt wird) in der gesamten Wirbelsäule. Der Diagnosestellung gingen Monate der Ungewissheit voraus, um welche Erkrankung es sich handelt. Dies belastete die Familie sehr. Elisa besucht den Regelkindergarten vormittags. Auf Grund ihrer Erkrankung muss Elisa sich einer intensiven chemotherapeutischen Behandlung unterziehen. Für das Kind stellten sowohl die umfassende Bewegungseinschränkung als auch die wiederholte

Durchführung der Chemotherapie mit immer wiederkehrenden schmerzhaften medizinischen Maßnahmen und Auftreten von Übelkeit und Erbrechen eine ausgeprägte physische und psychische Belastung dar, die sich u.a. in massiven Ängsten und regressiven Verhaltensweisen äußerte. Selten beklagt Elisa ihre körperlichen Einschränkungen und hat diese fast selbstverständlich angenommen.

Seit 4 Monaten nimmt Elisa an der Musiktherapiegruppe teil.

**Justin**, 5 Jahre, ist seit gut 2 Jahren in ambulanter und stationärer Behandlung in der kinderchirurgischen Station der benachbarten Klinik. Er hat das Kurzdarmsyndrom (Malrotation – Darm dreht sich, so dass das Blut abstirbt und Teile entfernt werden müssen). Seit Ausbruch der Krankheit musste er vier Notoperationen über sich ergehen lassen. Fünf Wochen lebte er mit einem künstlichen Darmausgang und vier Monate mit einer Magensonde, anschließend ein Jahr lang eine PEG (Sonde). Zur Zeit hat er noch einen zentralen Proviakkatheter, über welchen er zusätzlich nachts zehn Stunden lang parenteral (über das Blut) ernährt wird (kann nicht genügend Nährstoffe aus Nahrung ziehen). Justin besucht den Regelkindergarten.

Durch die seit Oktober 2003 bestehende Krankheits- und Behandlungsphase ist Justin einer Vielzahl von Belastungen ausgesetzt. Sein Umfeld, insbesondere die Familie, Eltern und eine jüngere Schwester, versuchen diesem Umstand Rechnung zu tragen. So sind in einigen Bereichen Justins Grenzen im Umgang mit seiner Familie sehr weit ausgedehnt.

Justin nimmt von Januar - Juli an der Musiktherapiegruppe teil.

**Außerdem** nahmen an der Gruppe jeweils für einige Monate Daniil und Tom, (beide Diabestes mellitus I), Sofia (Sprachverzögerung, epileptische Auffälligkeiten), sowie sporadisch das ein oder andere „Besuchskind“, was sich gerade in akuter Behandlung auf einer Station der benachbarten Klinik aufhielt, teil. Dieses offene Angebot zeigte sich als gute Möglichkeit, durch Musiktherapie den Alltag der Einrichtung zu unterstützen. Dadurch war die Musiktherapie in das Konzept der Einrichtung integriert.

#### **Therapieziele der vier dargestellten Kinder zusammengefasst:**

- Durch die Teilnahme an der Gruppe erhalten die Teilnehmer eine Möglichkeit, Gemeinschaft zu erleben. Eine Kontinuität ist hier gegeben, da die Infektionsgefahr begrenzt ist. Es besteht die Möglichkeit hier Beziehungen aufzubauen. (Matthias, Elisa)

- Im Zusammenspiel mit den anderen Kindern soll gelernt werden, auf andere Rücksicht zu nehmen. Dies kann sich zeigen, indem beispielsweise Spielregeln konstant akzeptieren werden. (Matthias)
- Während der therapeutischen Gruppenstunde sollen Grenzen erfahrbar sein/neu entwickelt werden in den Bereichen Motorik (Lukas, Elisa) und in den Bereichen Selbsteinschätzung / sich selbst etwas zutrauen und Anforderungen / Verhaltensregeln. Dies kann sich in der Ausdauer am Spiel, im Mitgehen mit der Dynamik der Gruppe zeigen. (Matthias)
- Vergnügen und Freude, Mitteilen können von Gefühlen wie Ängste, Traurigkeit und Wut sollen mit Hilfe der Musik erfahrbar werden. Dies kann dem Kennenlernen der eigenen Gefühlswelt dienen und zu einem ausgewogenen Wohlbefinden beitragen. (Lukas, Elisa, Justin)
- Nähe und Distanz sollen erlebbar werden. Dies kann sich zeigen, wenn beispielsweise Berührung zugelassen wird. (Lukas, Justin)
- Durch die Teilnahme an der Gruppe besteht die Möglichkeit soziales Verhalten aufzubauen. So kann beispielsweise der Umgang mit Konflikten durch das Erlernen/Kennenlernen verschiedener Verhaltensweisen trainiert werden. (Lukas)
- Während des „Musikmachens“ soll Gelegenheit bestehen, positive Erfahrungen zu sammeln. (Justin)

#### **4. Beispiele/Wirkungsweise der Gruppenmusiktherapie unter verschiedenen Aspekten**

##### **4.1. Ablauf einer Therapiestunde am Beispiel der 1. Stunde (Projektphase 09 – 12/2005):**

Es ist die erste Stunde nach der Sommerpause. Frau Schmitt-Klein ist als Ko-Therapeutin mit dabei. Daniil, 5 Jahre alt, Diabestes Mellitus I, Erstmanifestation, ist das einzig neue Kind in der Gruppe. Die anderen Kinder kennen sich untereinander durch die Musiktherapiegruppe. In der Dokumentation benenne ich die Stunde ‚ Kennen lernen und wieder Zusammenfinden‘. Zum ersten mal findet die Gruppe morgens statt. Wir erleben die Kinder als sehr wach, aufnahmefähig und aktiv und fühlen uns dadurch in der Terminverschiebung bestätigt. Ich bereite den Raum meistens folgendermaßen vor:

Die Mitte des Raumes wird durch einen mit Kissen ausgelegten Sitzkreis gebildet. Innerhalb des Kreises befinden sich, sehr beschränkt, ausgewählte Instrumente / Gegenstände für ein erstes Spiel oder Lied. Da heute Kennenlernen von und mit Daniil ein Schwerpunkt ist, liegt dort ein Plastik-Mikrofon, mit welchem sich die Stimme verfremden lässt. Wir beginnen mit dem Lied „Komm wir machen heut' Musik“. Alle Kinder haben sich Trommeln zum Mitspielen ausgewählt. Das Lied muss schon nach kurzer Zeit einem wilden Getrommel weichen. Hier zeigt die Gruppe, welches Energiepotenzial an diesem Tag in ihr steckt. Nach einer ersten Vorstellungsrunde mit dem Mikrofon verwenden wir einen Ball beim Namenspiel, um dem Bewegungsdrang der kleinen Teilnehmer entgegen zu kommen. Hier ein Vorteil der Turnhalle, die natürlich viel Platz für Bewegung bietet und entsprechende Spielgeräte beherbergt (Bälle in unterschiedlichen Größen, Tücher, Pedalo, Matten, Kissen, Decken), die in Schränken verstaut sind.

Im Anschluss an das/die ersten Spiele findet meist eine Improvisation mit Instrumenten statt. Grundregel hierbei ist: Wir fangen aus der Stille an und enden in der Stille. Dazu erteile ich gegebenenfalls eine Anweisung entsprechend der aktuellen Situation der Kinder (zeigt sich beim Ankommen wenig, erfolgt der Input mit dem Spielen z.B. eines Tieres oder einer Szene wie Dschungel, Eisenbahn mit Instrument / Stimme; ist ein Kind mit einem Thema beschäftigt, z.B. eine Unternehmung mit der Familie oder eine Aktion mit dem Kindergarten, greife ich dies im Gespräch auf, gebe den Kindern einzeln Gelegenheit, ihres dazu der Gruppe zu erzählen und entwickle daraus eine Spielanweisung wie etwa ‚wählt Euch ein Instrument, mit dem ihr so einen „Zug“ z.B. spielen könnt‘ oder eröffne mit den Kindern zusammen ein Spiel, bei welchem das Erzählte den Ausgangspunkt für eine Szene bildet, die wir dann im Idealfall musikalisch gestalten.

Die Anzahl der Instrumente begrenze ich meist, weil die Kinder sonst mit der großen Auswahl überfordert sind und schnell sich und die Gruppe in eine chaotische Situation bringen. Heute stehen Trommeln, Gitarre, Kalimbas und Plastik-Mikrofon zur Verfügung.

Der weitere Verlauf der Stunde ist inhaltlich oft abhängig von der Spielidee, die sich in, aus oder nach der Improvisation entwickelt. Den Abschluss bildet meist ein letztes Ritual ‚das Schlafliedchen‘. Gegen Ende der Stunde treten häufig Müdigkeitserscheinungen auf – ideal um daraus die Aufforderung zu machen „Der XY ist müde – komm ruh Dich aus – ich spiel Dir ein Schlaflied“. Ist es bis dahin ohnehin nicht zum

Nest- oder Höhlenbau (einem selbstentwickelten Ritual der Kinder aus der allerersten Projektphase) gekommen, fordern sich die meisten Teilnehmer Decken und Kissen ein, um es sich gemütlich zu machen. Die Kinder kommen dann etwas zur Ruhe und können sich auf das Ende der Stunde einstellen. Ich spiele mit der Gitarre ‚Schlaf‘ mein Kindchen, schlaf ein Schläfchen‘ und wandle den Text situationsbezogen um. Wenn es dann ganz still ist, nutze ich die Gelegenheit zu flüstern :“Wer von Euch hat denn schon die Mamas vor der Tür gehört“ und löse damit die Stunde auf. Im Folgenden werde ich die Wirkungsweise der Gruppenmusiktherapie unter verschiedenen Aspekten und die sich daraus ergebenden wesentlichen Entwicklungen der Gruppe aufzeigen.

#### **4.2. Individualität in der Gruppe**

Eine besondere Herausforderung stellt immer wieder die individuelle Disposition der Kinder dar. Auf der einen Seite Matthias und Justin mit viel Bewegungsdrang und gesteigerter Aktivität, für die es absolut wichtig ist, Grenzen zu setzen und einen Rahmen vorzugeben, innerhalb dessen sie sich bewusst und sicher bewegen können. Auf der anderen Seite Elisa und Lukas, deren Bewegungsdrang durch die Krankheit enorm eingeschränkt ist und die spezielle Motivation brauchen, um über ihre eigenen Grenzen hinausgehen zu können.

Diese beiden Pole wirken noch gegensätzlicher, wenn einzelne Belastungsfaktoren hinzukommen. So kann Matthias wochenlang nicht den Kindergarten besuchen, weil dort ständig Kinderkrankheiten im Umlauf sind und eine Infektion für ihn zu viel Risiko bedeutet. Klar, dass er jetzt das Spektrum einer Turnhalle, in der die Musiktherapiegruppe stattfindet, voll ausnutzt. Trampolin und Klettergerüst sind während dieser Phase seine Lieblingsspielorte. Seine Instrumentenwahl betrifft fast ausschließlich die Trommeln. Er baut ein von Stunde zu Stunde wachendes Schlagzeug um sich herum auf und legt dann laut und sehr dynamisch darauf los.

Justin muss sich alle 4 – 6 Wochen einer Eiseninfusion (nachts über einen Zeitraum von 10 Stunden) unterziehen. Die ersten Tage danach ist er total aktiv, wirkt sehr aufgeputscht. In der Turnhalle versucht er immer wieder irgendwelche Bälle, im besonderen den großen Gymnastikball, auf dem es sich so gut wippen lässt, zu ergattern, Aber auch sämtliche anderen Materialien wirbelt er durch die Luft (bis auf die Instrumente, da gibt's absolutes Verbot). Er wählt sich in diesen Zeiten meist die

kleinen Handbecken aus, mit denen er sich auf allen vieren lautstark auf den Boden schlagend als Dinosaurier durch den Raum bewegt.

Elisa trägt die ersten Monate ein Stützkorsett, das über den Rücken hoch bis zur Stütze des Halses reicht. Sie kann sich daher nicht so gut bücken und muss auch immer noch aufpassen, dass sie nicht hinfällt, d.h. also auch die Bewegungen der anderen im Blick haben, so dass sie nicht ins Stolpern gebracht werden kann. Von ihr kommt öfters der Satz :“Das kann ich nicht“ und sie sucht sich eine Stelle im Raum, an welcher sie sich vorwiegend allein bewegen kann. Von den Instrumenten wählt sie während dieser Periode meist eine kleine Caxixi aus.

Lukas hat sich im Sommer das Bein gebrochen und muss erst einmal wieder gehen lernen. Besonders schwierig ist das Aufstehen und Hinsetzen. Zu gerne nimmt er jede (Bewegungs-)Hilfe in Anspruch und fordert diese auch allzeit geschickt ein. Seinen Instrumentenradius schränkt er auf das ein, was in seiner „Reichweite“ liegt. Am liebsten ist ihm eine kleine Trommel, die er bevorzugt mit den Händen spielt.

Mit dem Ziel, eine Annäherung der beiden Pole zu erzielen, leite ich an solchen Tagen einen „Improvisationszyklus“ an. Alle wählen sich ein Instrument ohne Vorgabe aus. Wir spielen ein Stück (beginnend aus der Stille und endend in der Stille) und wechseln anschließend reihum das Instrument , um ein neues Stück zu spielen. So kommt es zu vier bis fünf Improvisationen mit einer Dauer zwischen 2 – 4 Minuten. Es wird viel mit den Instrumenten experimentiert. Mal bestimmen laute und schnelle Passagen ein Stück, mal überwiegen rhythmische Sequenzen und auch leise, melodische Teile werden zunehmend möglich. Dabei achten die Kinder von Runde zu Runde mehr aufeinander. Dies zeigt sich in der Art, wie sie auf Gespieltes der anderen in ihrem eigenen Spiel reagieren. So lässt sich Lukas beispielsweise vom lauten Powerplay eines Matthias anstecken oder Justin gelingt es, mit zunehmender Kontrolle leise Töne aus seinem Instrument hervorzubringen – eine Imitation von Elisas Spielweise zu Beginn der Projektphase.

#### **4.3. Bedeutung des Spiels**

Zwischen Spielen, Bewegung und Musikmachen kann in dieser Gruppe nicht deutlich getrennt werden. Mahns, W. 1998 und Glogau, 1998 in Plahl, C. & Koch-Temming, H. 2005 bezeichnen den spontanen Ebenenwechsel zwischen Musikmachen, Spielen, Sprechen und Bewegung, das Ineinandergreifen von Musik und Szene als ty-

pisch für die Kindermusiktherapie (vgl. ebda S. 90). Dies alles geschieht in unserer Gruppe sehr schnell.

Häufig werden die Musikinstrumente als Spielgegenstände verwendet. (Schlagzeugschlegel = Zauberstab, Schwert des Ritters; Kugelrasseln = Berliner zum Essen; congaähnliche Trommel = Pferd, Regenmacher = Kanone usw.). Nicht selten sieht die Turnhalle am Ende der Stunde wie ein „Schlachtfeld“ aus – oberflächlich betrachtet. Wenn ich dann aber meine Dokumentation erstelle, kann ich mich gut anhand der kreuz und quer liegenden Instrumente orientieren und das Szenario der Stunde zurückverfolgen.

Justin liebt das Spiel „Musikmaschine“. Dabei gibt es einen Maschinenmeister, alle anderen sind Maschinen oder Maschinenteile – ausgestattet mit Instrumenten -, die vom Maschinenmeister bedient – also zum Klingen gebracht werden - oder zur Reparatur gebracht werden. Immer wieder wählt er sich die Rolle des Maschinenmeisters aus. Es ist derjenige, der hier ohne Einschränkung über den Einsatz der Maschinen – der Musik - bestimmen darf. Von seiner Mutter weiss ich, dass er beim Spielen mit seiner jüngeren Schwester aggressiv auf deren „Nein-Sagen“ reagiert. Die Mutter interpretiert dieses Verhalten als ein Spiegeln seiner Situation bei der Blutentnahme oder beim Verbandswechsel, wo sein „Nein-Sagen“ auch nicht akzeptiert wird. Beim Spiel „Musikmaschine“ findet für Justin ein Ausgleich zu unangenehmen Erlebnissen und Gefühlen statt, dabei handelt es sich aus psychoanalytischer Sicht um einen Lustgewinn, um die Vermeidung von Unlust und um eine Spannungsreduktion (vgl. Petersen, D. /Thiel, E. 2001, S.25). Justin kann sich in der Rolle des Maschinenmeisters zum Herrn der Lage machen. Er kann sich seinen Wunsch, groß zu sein, erfüllen und so tun wie die Großen. Nachdem er einige Wochen an der Gruppe teilnimmt, erzählt seine Mutter, dass das aggressive Verhalten gegenüber der kleinen Schwester sich deutlich reduziert hätte. Sie führe dies auf die Musiktherapie zurück.

#### **4.4. Symbolik der Musikinstrumente**

Hans Helmut Decker-Voigt (1991, S.312) schreibt zur symbolischen Bedeutung von Instrumenten: *„Einerseits ‚sind‘ sie schon etwas, verfügen über bestimmte Materialqualitäten (Holz, Metall, Fell), Größe und Gewicht, Klangfarbe, Resonanz etc. und kulturelle Bedeutung, eine Geschichte etc. Andererseits ‚werden‘ sie im Spiel für die Spieler zu etwas, sie bekommen individuelle Bedeutung. Sie werden durch die Spie-*

*ler ‚besetzt‘ – nach ihren persönlichen Absichten und Bedürfnissen und vor dem Hintergrund ihrer bisherigen Erfahrungen.“*

Die ersten Monate über musiziert Elisa überwiegend auf kleinen Instrumenten (lange nur Caxixi oder andere kleine Rasseln, Mini-Kalimba, kleines Glockenspiel). Sie spielt meistens leise und orientiert sich an den anderen Kindern, ist bemüht, Kontakt zu ihnen aufzunehmen. Die Mutter beschreibt ihre Tochter vor Beginn des Projektes als ein Kind, das die schwere Lebenssituation, die durch die Krankheit entstanden ist, sehr gut, fast selbstverständlich angenommen hat und auch die körperlichen Einschränkungen nur selten beklagt. Als ich in einer der ersten Stunde die Rasseln aus dem Angebot nehme, fällt mir auf, wie aktiv und viel sie auf einmal in Bewegung ist. Es geht in dieser Stunde hauptsächlich ums Höhlenbauen. In der Art und Weise, wie sie ihre Höhle baut, hinterlässt sie bei mir einen sehr selbstbewussten, ja dominanten Eindruck. Ab diesem Zeitpunkt erweitert sie ihre Instrumentenauswahl (s.o.) bis sie schließlich in der 11. Einheit das Xylophon nimmt. Während der Improvisation spielt sie überwiegend laut, schnell und hat mächtig Spaß dabei, die Klanghölzer durch das heftige Draufschlagen zu lösen. Später nimmt sie das Plastik-Mikrofon und brüllt kräftig hinein. Die Instrumente dienen Elisa als Übergangsobjekte, als Brücke zwischen innerem Erleben und äußerer Welt. Während die kleinen Instrumente anfänglich die Geborgenheit der Mutter (sie war in der akuten Krankenphase die absolute Bezugsperson) repräsentieren, erleichtert das Spiel auf dem Xylophon die allmähliche Loslösung von der Mutter. Es gelingt Elisa neue Handlungsweisen zu erproben. Sie hat Macht über das Ding (Xylophon) und das Durcheinanderbringen der Klanghölzer sind die ersten autonomen Handlungen des kreativen Selbsterlebens. Die Mutter meldet ab diesem Zeitpunkt regelmäßig Aufmüpfigkeiten von zu Hause und aus dem Kindergarten zurück. Auch Elisas Bewegungsdrang wird immer größer. Sie springt regelmäßig auf dem Trampolin (eine enorme Leistung angesichts der Tatsache, dass sie 2 Jahre lang eine völlig instabile Wirbelsäule hatte). Von Stunde zu Stunde ist ein Wachsen ihrer motorischen Fähigkeiten zu erkennen.

#### **4.5. Gestaltung der Atmosphäre und Rituale/Beziehungsgestaltung**

Meine Therapeutenrolle in dieser Gruppe ist gekennzeichnet durch die Anforderung gleichzeitig eine einfühlsame begleitende Haltung aber auch deutlich strukturierende und anleitende Elemente einzubringen. Für Matthias, das jüngste Gruppenmitglied, erleichtert ein klar strukturierter Verlauf der Stunde seine Möglichkeiten des sozialen Lernens. Rituale wie Begrüßungs- und Abschiedslied; Trinkpause bieten ihm durch



ihre regelmäßig wiederkehrenden Abläufe Sicherheit und Orientierung. Als Folge einer besonders schwierigen Situation in der Familie (Tod der Oma, partnerschaftliche Probleme der Eltern) ist er eine Zeit lang nicht in der Lage, Verhaltensregeln der Gruppe zu akzeptieren. Immer wieder büchst er aus (auf/unter das Trampolin, Klettergerüst usw.) Jeder Gegenstand / Person / Störung (z.B. Klopfen an der Tür) sind willkommene Ablenkung, um eine Anforderung nicht erfüllen zu müssen. Nach einer intensiven pädagogischen Intervention meinerseits (ein Gespräch mit ihm aus der Gruppensituation heraus vor der Tür, in welchem ich die bereits gemeinsam festgelegten Regeln noch einmal verdeutlichte, aber auch Alternativen aufzeigte „wenn du keine Lust auf Musiktherapie hast, musst Du nicht mehr kommen“) und einem Gespräch mit der Mutter (sie meldet zurück, im Kindergarten sei er z.Z. auch sehr auffällig; ich gebe ihr den Tipp, sich einmal täglich intensiv Zeit mit Matthias zu nehmen) läuft es in den nachfolgenden Stunden besser mit ihm. Besonders interessant entwickeln sich die Gruppenimprovisationen. In den vorherigen Improvisationen zeigte Matthias mit seinem „Schlagzeugspiel“ die Fähigkeit, rhythmische und dynamische Veränderungen eines Stückes wahrzunehmen, nach- und mitzuspielen. Jetzt wählt er öfter das kleine Glockenspiel und beginnt Melodien darauf zu spielen. Im nun folgenden Tonbeispiel (einer Gruppenimprovisation) ist Matthias am Glockenspiel zu hören. Sein Metrum bestimmt das Stück, welches sich in drei Teile gliedert: Forte – piano – forte. Matthias spielt hier sehr kraftvoll, überwiegend Staccato mit einem Schlegel, den er manchmal mit beiden Händen festhält. Die Melodie bildet er durch recht gleichmäßiges Auf – und Abspielen die Klangstäbe entlang. Häufig trifft er das Holz des Glockenspiels. Es ist deutlich zu hören, dass er jeweils das Ende der Teile bestimmt. Beim piano - Teil steigt er mit ein und imitiert kurzzeitig das Kalimbaspiel. In der Gruppenimprovisation zeigt er also schon den Umgang mit unterschiedlichen sozialen Rollen zwischen Anpassung (nachspielen), Partnerschaftlichkeit (mitspielen) und Dominanz (Melodiebildung, trifft Entscheidungen). Diese musikalische Realität gilt es jetzt auch in anderen Gruppensituationen umzusetzen. Beispielsweise die Rolle des kleinen ausbüchsenden Nashorns einzutauschen gegen Mutter- oder Vater-nashorn oder gegen einen Tierpfleger.

#### **4.6. Gruppeneffekte**

Wichtigste Aufgabe bei Lukas schien mir von Anfang an seine Ich-Stärkung, durch ein positives Selbstbewusstsein seine Selbstheilungskräfte so zu aktivieren, dass er mit den sekundären Problemen seiner Krankheit besser umgehen kann.

Ein halbes Jahr vor Beginn der dargestellten Therapiephase brach sich Lukas ein Bein. Dies führte zu gesteigerter Bewegungsunfreudigkeit, wodurch er weiter an Gewicht zunahm. Während dieser Zeit zeigt er kein Vertrauen in die eigenen Körperkräfte. Emotional sehr unausgeglichen gängelt er sein Umfeld mit Anweisungen. Im Juni 2005 besuche ich ihn in der Klinik (er ist dort wegen Hormon-/ Medikamenteneinstellung). Als ich den Flur der Station betrete, dringt mir lautes Geschrei aus einem Zimmer am Ende des Flurs entgegen. Lukas brüllt hysterisch Mutter, Schwestern, Ärzte um sich herum zusammen mit den Worten: „Ich hol’ die Polizei. Die soll Euch mitnehmen. Dann könnt ihr der in den Arm stechen....“ Familie wie auch Villa-Personal schildern mir noch zu dieser Zeit, dass diese Wutausbrüche relativ häufig auftreten. Ich habe Lukas in der Musiktherapie nie so erlebt. Ich werte dies als großen Vertrauensbeweis. Musik machen ist für Lukas absolut positiv besetzt. Sein Vater spielt als Hobby-Musiker in einer Band Gitarre. Über Musikmachen kann er sich mit ihm identifizieren. Während der Musiktherapiezeit kauften die Eltern Lukas ein kleines Schlagzeug, worauf er gerne zu Hause spielt.

In der ersten Phase erweitert Lukas seinen Radius, sowohl körperlich als auch in Bezug auf die Experimentierfreudigkeit mit Instrumenten und Spielgegenständen: er bewegt sich (rutscht über den Boden) zu den Instrumenten. Anstelle der kleinen Trommel wie sonst immer, greift er bald bevorzugt zu den Stabspielen: Kleines Glockenspiel, Metallophon, Xylophon. Lukas erlebt sich in der Musiktherapie konstant in einem sozialen Kontext und erfährt durch die Gruppe eine Anerkennung seiner Person und eine Bestätigung seiner Fähigkeiten. In der zweiten Phase schafft er es, mit Hilfe der Bank, alleine aufzustehen, am Ende sogar den anderen Kindern folgend in den Musikschrank zu klettern. Als einziger der Gruppe setzt er hin und wieder seine Stimme beim Spielen und Musikmachen ein. Er singt zum Monochord – und das auch noch passend. In den Rollenspielen wählt er Rollen mit ausgleichendem Charakter: Zirkus = Jongleur – Ritterspiel: der gute Ritterfreund. Seine Reaktion bei Verletzung: nicht lange jammern; weitermachen. In der Gruppe kann er wesentliche soziale Lernerfahrungen machen wie, sich einfügen, von den anderen abheben, im Mittelpunkt stehen, sich gegen andere durchsetzen, kooperieren, usw. Während der letzten Phase beschreibe ich ihn als „großen Jungen“: Müdigkeitserscheinungen tre-

ten völlig in den Hintergrund. Er klettert die Sprossenwand einige Stufen hinauf und traut sich, das Pedalo auszuprobieren. Seine Instrumentenwahl bezieht Klangfrosch, Oceandrum und Monochord mit ein. Kommt es zu chaotischen, unruhigen Szenen in der Gruppe, bleibt er die Ruhe selbst. Beharrlich fordert er seine Dinge ein. In einer der letzten Stunden spielt er zu einer Musik („Dschingala“) auf der Tischtrommel, während die anderen tanzen.

Die Musiktherapiegruppe verleiht Lukas durch ihre Verlässlichkeit Schutz und Sicherheit, so dass sein Selbstbewusstsein und sein Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten stetig zunehmen. Ich denke, eine wesentliche therapeutische Erfahrung für ihn ist, mit seinen eigenen Stärken und Schwächen von den anderen als Teil der Gruppe angenommen zu werden. Auch die Mutter meldet zurück, dass er ein großer Junge geworden ist. Sicher ist er in der letzten Zeit medikamentös sehr gut eingestellt – auf jeden Fall konnte er sein Handlungsspektrum erweitern.

## **5. Fazit**

Die Entscheidung die Praxistätigkeit berufsbegleitend durchzuführen war richtig und gut. Ohne jegliche Hemmnisse (wie z.B. unerfüllte Erwartungen eines Arbeitgebers oder Rollendiffusion) hatte ich Gelegenheit, das Projekt Musiktherapie umzusetzen. Als Ergebnisse möchte ich an dieser Stelle festhalten:

- Das Projekt Musiktherapie hat in der Villa Kunterbunt Spuren hinterlassen. Es gibt einen großen Fundus an Instrumenten, mit denen im heilpädagogischen und auch in anderen Bereichen gearbeitet wird. Musiktherapeutische Elemente führt Frau Schmitt-Klein in ihrer Arbeit weiter.
- Über das Stichwort Musiktherapie gab es im Rahmen meiner Praxistätigkeit eine Reihe von Kontakten wie z.B. Schüler /Studenten, die sich über diese Arbeit informieren wollten, Anfragen von Eltern, die sich positive Erfahrungen von dieser Therapie für ihre Kinder erhofften bis hin zu Spendern, die dieses Projekt finanziell unterstützten. Im letzten Viertel der Tätigkeit erhielt ich schließlich einen Honorarvertrag. Wie ich von den Mitarbeitern weiß, gibt es weiterhin Anfragen bezüglich der Musiktherapie.
- Eine Bestätigung und Wertschätzung unseres Projektes sehe ich auch in der Bereitschaft zur Terminverschiebung. Die Eltern nahmen den zusätzlichen Weg und den Zeitaufwand eines Vormittags auf sich, die Räumlichkeiten wurden problemlos freigestellt.

- Die ambulanten Musiktherapiestunden in der Villa trugen mit dazu bei, dass die Kinder mit weniger ausgeprägten Ängsten in die Klinik und zur Ambulanz zurückkamen. Dies zeigen die Reaktionen und Entwicklungen der Kinder und die Rückmeldungen der Eltern und Kollegen.

Rückblickend auf achteinhalb Jahre Teilnahme an der Musiktherapieausbildung in Siegen weiß ich es sehr zu schätzen, dass der zeitliche Rahmen für die Absolvierung der Ausbildung so individuell genutzt werden kann. Ich fühle mich jetzt bereit, meine konkreten Vorstellungen musiktherapeutischen Arbeitens umzusetzen. Lange schon ist es mein Ziel, vom „Leitungs“-pferd umzusatteln auf das „Musiktherapie“-fohlen. Das Zaumzeug steht mir schon zur Verfügung, vielleicht finde ich bald eine schöne Weide...