

GraduierungsArbeiten

zur "Integrativen Therapie"
und ihren Methoden

Aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit
und dem "Fritz Perls Institut für Integrative Therapie"

03/2006

Förderung von Gruppenkompetenz und –
performanz mit musiktherapeutischen Metho-
den bei körperbehinderten Kindern

Klara Koolen, Schmallenberg*

Herausgegeben durch den Prüfungsausschuss der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit von
Prof. Dr. mult. Hilarion Petzold, Prof. Dr. Waldemar Schuch, MA, Prof. Dr. Johanna Sieper

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.
Redaktion: Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Achenbachstrasse 40, 40237 Düsseldorf
e-mail: Forschung.EAG@t-online.de

Copyrightinweis: Mit der Veröffentlichung gehen sämtliche Verlagsrechte, insbesondere das der
Uebersetzung, an die FPI-Publikationen, D-40237 Düsseldorf. Auch der Auszugsweise Nachdruck bedarf der
schriftlichen Genehmigung.

* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“, staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Düsseldorf, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>)
Quelle: Graduierungen: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit bei: www.fpi-publikationen/graduierungen

Inhaltsverzeichnis:

Besondere Förderung für besondere Kinder - Einführung	3
Teil 1	4
1. „Entstellte“ Körper - gefährdete Identität? (Moosecker 2003) Aspekte des Leibkonzeptes in der Integrativen Therapie	4
2. „Wenn Kinder aus dem Rahmen fallen“ (Voss 2004) - Diagnose AD(H)S	7
3. Protektive Faktoren und Prozesse, Resilienz bei „Risikokindern“	8
4. Fehlende Gruppenkompetenz und -performanz körperbehinderter Kinder als Folge „gestörter“ Ko- respondenzprozesse.....	11
5. Musik fördert Resilienz.....	13
6. Integrative Gruppentherapie	14
7. Integrative Musiktherapie	15
7.1 Die Bedeutung des Spiels in der Musiktherapie mit Kindern.....	17
7.2 Integrative Musiktherapie als gruppentherapeutisches Angebot	17
8. Mehrperspektivische Analyse	17
8.1. Diagnostik und Zieldimensionen	18
Teil 2	20
9. Symptomdiagnostik (deskriptiv- phänomenologisch)	20
9.1. Leib- und Bewegungsphänomenologie.....	20
9.2. Ausgesprochene und unausgesprochene Themen	20
9.3. Interaktionsverhalten.....	21
9.4. Klinische Testergebnisse zur Zeit der Einschulungsfrage	21
9.5. Kontextbedingungen.....	22
9.6. Krankheitsgeschichte und bisherige Fördermaßnahmen	22
9.7. Musiktherapeutische Exploration.....	22
9.8. Klassifikation nach ICD- 10	23
10. Strukturdiagnostik (beziehungsorientiert- psychodynamisch).....	24
11. Systemdiagnostik (lebensweltlich- sozial).....	25
12. Diagnostischer Befund.....	27
13. Therapieziele und Behandlungsplanung für Benedikt.....	27
14. Therapieverlauf - Tetradisches System	29
15. Interventionsstrategien, Methoden und Techniken.....	29
15.1 Emotionale Differenzierungsarbeit	30
15.2 Therapeutische Beziehung, Übertragung/Gegenübertragung, Affiliation/Reaktanz	31
15.3. Die 4 Wege der Heilung	32
15.4. Wirkfaktoren.....	33
Teil 3	34
16. Prozessdokumentation	34
16.1. Das setting.....	34
16.2. Die Gruppe.....	34
16.3. Das Spielvorhaben „Im Tiergehege“	36
16.4. Beschreibung der Stunden	36
17. Zielevaluation und Weiterentwicklung	48
Schlussreflexion.....	49
Zusammenfassung.....	50
Summary	51
Literaturverzeichnis	51

Der Möglichkeitsraum, der sich beim Nachdenken über die „Sache der Kinder“ erschließt, gestaltet sich „um so reicher, je häufiger es Kindertherapeuten und Kindertherapeutinnen gelingt, theoretisch hochzusteigen, gleichzeitig emotional tief zu be-greifen, um sodann in der konkreten Praxis wieder einfach zu werden.“
(Metzmacher, Petzold, Zaepfel, „Integrative Kindertherapie“)

Besondere Förderung für besondere Kinder - Einführung

Behinderte Kinder und Jugendliche bedürfen einer besonderen Förderung, um am gesellschaftlichen Leben möglichst aktiv partizipieren zu können. Die Schule für Körperbehinderte bietet den Kindern neben dem sonderpädagogischen Unterricht in der Regel ein breites Angebot an Fördermaßnahmen: Krankengymnastik, Ergotherapie, Sprachtherapie, Psychomotorik, Reittherapie und verschiedene Angebote an Arbeitsgemeinschaften, die sowohl therapeutische als auch freizeitpädagogische Ziele verfolgen. Durch ihre meist schwerwiegenden körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen sind die behinderten Kinder von den vielen Möglichkeiten der Lebensgestaltung und Lebensqualität isoliert und entfremdet. Sie werden morgens und nachmittags von Behindertenbussen abgeholt. Manche Kinder verbringen täglich zwei Stunden im Bus. Nach der Schule bleibt für die meisten nur noch Zeit zum Essen und Fernsehen. Einige müssen noch zusätzliche Therapien oder regelmäßige Arztbesuche in Anspruch nehmen. Die Kinder haben kaum Beziehungen zur Nachbarschaft. Sie sind auf gegenseitige Besuche innerhalb der Klassen - oder „Busgemeinschaften“ angewiesen, um überhaupt außerhalb von Schule Kontakte aufzubauen und zu pflegen. Die Kinder haben kaum Chancen, ein „gesundes“ Freizeitverhalten zu erlernen. Viele von ihnen sind „kontaktgestört“.

Deshalb besteht der sonderpädagogische und therapeutische Auftrag der Körperbehindertenschule umso mehr darin, den Kindern einen **Lernort** und einen **Lebensraum** zu bieten, ihnen kleine „Inseln“ zu schaffen, wo adäquate Entwicklungsmöglichkeiten gegeben sind, wo sie emotional begleitet und gestärkt werden, wo sie Beziehungsqualitäten erleben können.

Der Bereich der Arbeitsgemeinschaften hat an unserer Schule deshalb auch einen hohen Stellenwert bekommen. Unterschiedlichste Angebote wie Fußballspielen, Judo, Bastelwerkstätten, Inliner fahren, Klettern, Golf spielen, Ski fahren, Schulband, Instrumentalunterricht in Kleingruppen und die „Musik-AG“ in der Primarstufe, deren Inhalt und Methodik Thema meiner Arbeit ist, finden mindestens einmal wöchentlich statt.

In meiner Tätigkeit als Musikpädagogin und Musiktherapeutin nutze ich die besondere Wirkung von Musik, die an dieser Stelle nur kurz umrissen sein soll: Musik schafft Atmosphären, Musik drückt etwas aus, was in der Sprache nicht möglich ist. Musik

kann regulieren. Musik ist Spiel, „ich spiele ein Instrument“ (Hilke 1996, 449) und damit ist Musik kreatives Tun. Kreativität fördert menschliche Entwicklung. Schöpferisch zu sein bedarf keiner besonderen Begabung. Kreativität ist nach *Winnicott* eine Art globale Wahrnehmung und Verarbeitung, die dem Leben jeweils individuellen Sinn und originale Bedeutung gibt (vgl. Bürgin 1996, 305).

Der Kreativitätsaspekt ist Grundlage meiner gruppenmusiktherapeutischen Arbeit mit den behinderten Kindern, bei der ich mich auf das in meiner Ausbildung gelernte Verfahren der „Integrativen Therapie“ (von H. Petzold entwickelt) und das daraus entwickelte Verfahren der Integrativen Musiktherapie beziehe. Voraussetzung der Gruppenteilnahme für die Kinder ist das Einverständnis der Eltern, therapeutische Methoden anwenden zu dürfen. Die Inhalte und methodischen Schwerpunkte werden den Eltern dargelegt und von ihnen schriftlich unterzeichnet.

Das hier dokumentierte Spielvorhaben „Im Tiergehege“ entwickelte sich im zweiten Schulhalbjahr, nachdem im ersten während einer diagnostischen Phase die jeweiligen Stärken, Nöte, Ängste und „Defizite“ offenkundig wurden. Anhand von Tonbandaufzeichnungen wertete ich die Stunden aus und evaluierte die Ergebnisse jeden Stundenverlaufs, so dass ein wichtig gewordenen Ziel **Förderung von Gruppenkompetenz und -performanz mit musiktherapeutischen Methoden bei körperbehinderten Kindern** das Thema der vorliegenden Arbeit wurde. Es wird in drei Schritten dargestellt:

Im **1. Teil** geht es um grundlegende theoretische Konzepte der Integrativen Therapie und der Integrativen Musiktherapie bezogen auf die behinderten Kinder. Im **2. Teil** wird am Beispiel eines Kindes die kindertherapeutische Diagnostik der Integrativen Therapie dargestellt und die wesentlichsten Interventionsstrategien beschrieben, während der **3. Teil** der Arbeit die Prozessdokumentation des Spielvorhabens beinhaltet.

Teil 1

1. „Entstellte“ Körper – gefährdete Identität? (Moosecker 2003) Aspekte des Leibkonzeptes in der Integrativen Therapie

Manche unserer Kinder sind offensichtlich behindert, durch einen frühkindlichen Hirnschaden gelähmt oder durch einen Unfall auf Hilfsgeräte wie Gehhilfen oder Rollstuhl angewiesen. Viele Kinder sind aber auch weniger augenscheinlich eingeschränkt. Auffälligkeiten wie das so genannte ADS (Aufmerksamkeits- Defizit- Syndrom) tauchen zunehmend mehr an der Schule für Körperbehinderte auf. Die noch kurzen Lebenswege dieser Kinder zeichnen sich oft durch eine Verkettung von „negativen *events*“ (Petzold 1993c, 380) aus, die Störungen in der kindlichen Entwicklung zur Folge haben können. Die individuellen Entwicklungsverläufe sind höchst kompliziert. Unzählig viele Faktoren

bei den Kindern, den jeweiligen Bezugspersonen und ihrer Umwelt spielen zusammen und sind innerhalb jeder kindlichen Karriere wiederum unterschiedlich. Es gibt keine allgemein gültigen Voraussagen über die Wirkung von bestimmten Einflüssen. Jedoch tragen entwicklungspsychologische Erkenntnisse zum Verstehen und Beeinflussen von entwicklungsfördernden oder entwicklungsschädigenden Bedingungen bei. Auf die Bedeutung von so genannten Schutzfaktoren und Resilienzen wird an späterer Stelle noch eingegangen.

Der „entstellte“ Körper kann ein behindertes Kind in der Ausbildung seiner Identitätsstrukturen gefährden. Bevor die so genannten Gefährdungspotentiale näher erläutert werden, sollen zunächst einige Begrifflichkeiten und Aspekte des Leibkonzeptes der Integrativen Therapie dargelegt werden, weil daran der Zusammenhang zwischen der Entwicklung des Körpers, des Leibes und der Identität deutlich wird.

Mit dem Begriff „**Körper**“ wird die Gesamtheit aller biologischen, biochemischen und physiologischen Lebensprozesse bezeichnet. Der Begriff **Leib** ist im Verfahren der Integrativen Therapie von zentraler anthropologischer Bedeutung (Konzeption des Leibes nach *Merleau-Ponty*). Der Mensch *ist Leib* durch die Verschränkung der organisch- materiellen Realität (= Körper) mit der transmateriellen Wirklichkeit, d.h. den wahrgenommenen und gespeicherten Empfindungen, Gefühlen, sozialen Beziehungen und Erfahrungen. Der Körper existiert so betrachtet nur in einem großen Zusammenhang. Die Verwendung des veraltet wirkenden Wortes Leib soll diese Einheit der materiellen und transmateriellen Realität des Menschen ausdrücken, um ihm in seiner Komplexität eher gerecht zu werden (vgl. Petzold 1996a, 187).

Ein **körper-** behindertes Kind nur unter dem physiologischen Aspekt zu betrachten und zu therapieren wird sicherlich immer nur eine fragmentarische Arbeit sein, bei der die Ausbildung einer reifen integrierten Persönlichkeit auf der Strecke bleibt.

„**Identität**“ ist eine Dimension von Persönlichkeit. In der Integrativen Therapie wird Persönlichkeit als „Zusammenwirken von angelegten Reifungsprozessen und Sozialisation gesehen“ (idem. 1996a, 37), die als „wechselseitige Veränderung von Systemen entlang eines Zeitkontinuums“ (Petzold/Bubolz 1976, cit. Petzold 1996a, *ibid.*) durch „die Internalisierung von Atmosphären, Szenen und Szenensequenzen definiert wird“ (Petzold/Mathias 1983, cit. *ibid.*). Die sich entwickelnde und entwickelte Persönlichkeit setzt sich aus drei Grundkategorien zusammen, **Selbst**, **Ich** und **Identität**, die nicht nebeneinander, sondern sich ineinander verwoben ausprägen.

Der grundlegende Teil ist das **Selbst**, das den Leib mit seiner perzeptiven, memorativen und expressiven Fähigkeit umschließt, aber auch kollektive Vorstellungen, überlieferte Geschichten, Beziehungskonstellationen, Motivationen und Zukunftsvorstellungen. Dieses „archaische Leibselbst“ (vgl. Petzold 1993, 528f.) bildet sich bereits im Mutterleib. Die Fähigkeiten des Leibes können im Verlauf der Entwicklung und Sozialisation positiv oder negativ beeinflusst werden, was für die therapeutische Praxis von Bedeutung sein kann.

Das archaische Leibselbst mit den sich differenzierenden Hirnleistungen und komplexen Lernprozessen bildet die Grundlage für das archaische **Ich**, das nach und nach

zu einem eigenständigen Ich wird. Das Ich nimmt das Selbst in den Blick. Es besitzt die Fähigkeit zur Exzentrizität. Das „reife Ich“ wird durch das Zusammenwirken aller Ich-Funktionen gekennzeichnet. Die primären Ich-Funktionen: bewusstes Wahrnehmen, Fühlen, Wollen, Erinnern, Denken, Werten und Handeln (Petzold 1996a, 284) differenzieren sich während der reifenden Identitätsentwicklung zu sekundären Ich-Funktionen: intentionale Kreativität, Identitätskonstitution, innere Dialogik, bezogene Autonomie, Selbstreflexion, Metareflexion, soziale Kompetenz und Demarkation (ibid.). „Das Ich vermag auf das Leib-selbst zu reflektieren“: „*Ich* schaue in den Spiegel und sehe mich *Selbst* - auf körperliche Weise“ (idem. 1996a, 38).

Die Bilder über das Selbst („Identifikationen“) bilden eine Quelle für den Aufbau von **Identität**. Eine andere Quelle sind Rollenzuschreibungen („Identifizierungen“) von Seiten der Umwelt. „**Identifizierungen**“ (von außen) haben meistens auch ein bewertendes Moment. Sie werden vom Ich wahrgenommen, bewertet und gegebenenfalls mit „**Identifikation**“ (von innen) belegt und in das „reife Selbst“ integriert. Identität ruht auf fünf Säulen:

1. Leiblichkeit, 2. Soziales Netzwerk, 3. Arbeit und Leistung, 4. Materielle Sicherheit und 5. Werte (ibid., 41).

Nach diesen Ausführungen stellt sich nun die Frage, an welcher Stelle genau sind behinderte Kinder, die eine Schule für Körperbehinderte besuchen, „entfremdet“ (vgl. Einleitung) und „gefährdet“? Wie können Störungen oder Auffälligkeiten entstehen? Wenn in der Integrativen Therapie der Begriff „**Entfremdung von sich als Leib**“ (Grund et al. 2004, 230) benutzt wird, ist damit der Verlust des Kontaktes zum eigenen Leib gemeint. Das kann für ein (körper-) behindertes Kind bedeuten, sich nicht mehr als Ganzes zu erleben, sondern seinen Körper als funktionierenden oder nicht funktionierenden Apparat. Diese Kinder sind in ihrer frühkindlichen Entwicklung schon vielen Untersuchungen und Testungen ausgeliefert, häufig verbunden mit Krankenhausaufenthalten und daraus resultierenden Deprivationen. Sie haben kaum Möglichkeiten, eine Beziehung zu ihrem Leib zu entwickeln, ihn wahrzunehmen, zu erfahren zu verstehen oder ihn in seiner Schönheit zu begreifen. Die Integrität und Entwicklung der Kinder wird durch diese äußeren und dadurch auch bereits verinnerlichten Zumutungen verletzt und behindert, zumindest bedroht (vgl. Schneewind 1996, 244). *Moosecker* spricht in diesem Zusammenhang von „Stigma“ (Moosecker 2003, 118). Dieses ist durch negativ bewertete Zuschreibungen von außen gekennzeichnet. Dabei differenziert er die Stigmatisierung in den „Grad der Visibilität“ und der „Intensität“ (vgl. ibid.). Eine stark auffällige Behinderung wie z.B. die Kiefer- Gaumen- Spalte löse eher Zurückhaltung bis hin zu Ekel aus, eine motorische Beeinträchtigung z.B. symbolisiert durch einen Rollstuhl, aktiviere eher die Reaktion des Mitleides (ibid.). Ein weiteres „Gefährdungspotential“ (ibid.) für die sich entwickelnde Identität sieht *Moosecker* in Beeinträchtigungen der Intelligenz (geistige Behinderungen, Lernbehinderungen). Ein Mensch mit beeinträchtigter Intelligenz hat keinerlei Einfluss auf normgebende Prozesse und ist somit seiner Umwelt hilflos ausgeliefert. Ein zutiefst verunsichertes Individuum, das in Interaktionen nur Missachtung erntet, soziale Kontakte als „Falle“ (ibid., 117) empfindet (vgl. später *Chanta*), wird sich aus Kommunikations- und Interaktionsprozessen zurückziehen (vgl. ibid.).

Es soll hier deutlich werden, wie sehr ein behindertes Kind geprägt sein kann. Welchen zusätzlichen zu seiner ohnehin schon mehr oder weniger auffälligen Behinderung krankmachenden Einflüssen es in seiner frühen Entwicklung ausgeliefert ist: Die Vorgeschichte und aktuelle Lebenssituation der Eltern, das Geburtstrauma an sich und die frühkindliche Entwicklungsgeschichte, die Zeit in der sich die Identitätsstrukturen bilden, sind entscheidende Faktoren. Es sind die zwischenleiblichen Beziehungserfahrungen (**Leib- selbst**) und das reflektierte Ich, die auf den Menschen wirken. Jeder Mensch ist angewiesen auf positive identitätsstiftende Rückversicherungen. Bleiben diese bei den Kindern aus, kann es schon sehr früh zu „negativen Selbstkonzepten und beginnenden Negativkarrieren führen, als Ergebnis chronifizierter interaktioneller und sozialer Entwertungsprozesse...“ (Schneewind 1996, 246).

In der Integrativen Therapie wird bei der Entstehung von Schädigungen zwischen **Trauma, Defizit, Störung** und **Konflikt** unterschieden, wobei diese meistens nie isoliert in „reiner“ Form auftreten. Bei **Traumatisierungen** handelt es sich um Über- Stimulierungen, z.B. schwere Unfälle, sexueller Missbrauch oder Gewalterfahrungen am eigenen Leib oder in der Familie. **Defizite** entstehen aufgrund fehlender oder mangelhafter Stimulierungen z.B. durch fehlende emotionale Zuwendungen oder kognitive Anregungen. **Störungen** manifestieren sich durch unberechenbare Stimulierungen von Seiten der Bezugspersonen. Ein Kind weiß beispielsweise in Bezug auf Näheangebote nicht, worauf es sich verlassen kann, weil es ständig in seinem Grundvertrauen im Hinblick auf Verlässlichkeit gestört wird. **Konflikte** sind widersprüchliche oder uneindeutige Stimulierungen, z.B. ein Säugling wird von einer unruhigen, unaufmerksamen Mutter in einer angespannten Situation oder verräucherten Kneipe gestillt oder einem Kind wird gesagt, es werde genauso geliebt wie seine Geschwister, aber Mimik, Gestik, Tonfall und Verhalten sprechen eine andere Sprache (vgl. Rahm 2004, 64).

2. „Wenn Kinder aus dem Rahmen fallen“ (Voss 2004) - Diagnose AD(H)S

Inzwischen gibt es an Schulen für Körperbehinderte eine hohe Anzahl von Kindern mit der Diagnose AD(H)S. Weil zwei von ihnen an meiner musiktherapeutischen Gruppe teilnehmen, folgt hier eine kurze Auseinandersetzung mit dem Thema.

Bei inzwischen mehr als fünf Prozent aller Kinder in Deutschland zwischen 6 und 15 Jahren wird die Aufmerksamkeitsdefizitstörung mit oder ohne Hyperaktivität diagnostiziert. Es gibt allerdings keine objektivierenden Tests, sondern nur Fragebögen, mit denen Beobachtungen erhoben werden. ADS und Hyperaktivität sind demnach phänomenologische Diagnosen, die das Verhalten von Kindern in bestimmten Lebenssituationen beschreiben. Es handelt sich dabei nicht um ein grundlegendes Defizit, sondern eher um „ein in der psychischen und kognitiven Organisation sehr weit oben organisiertes Verhaltensmerkmal“ (Du Bois 2002).

In der Fachliteratur wird weniger von Ursachen, sondern in erster Linie von gestörten neurobiologischen Abläufen im Gehirn gesprochen. Jedoch „einen wissenschaftlichen

Nachweis des Zusammenhangs zwischen dem Verhalten und irgendeiner organischen Krankheit gibt es bis heute nicht." (Grindler 2002, 41).

Das Dilemma um die Diagnose und den Umgang damit zeigt vor allem die Diskussion um das Medikament **Ritalin**, das durch den enthaltenen Wirkstoff Methylphenidat (Amphetamin) die Neurotransmittertätigkeit von Dopamin beeinflusst. Den Befürwortern dieses Medikamentes werfen die Kritiker „mechanistisches Denken“ (Baulig 2003, 55) vor. Durch den „Griff zur Pille“ (ibid., 57) werde eine mangelnde Bereitschaft und Fähigkeit zur Auseinandersetzung mit sich und anderen deutlich. Denn gerade diese Aspekte werden durch die Medikation unterbunden (vgl. ibid.).

Festzuhalten ist, dass die Problemkinder Störungen der sensorischen Integrations-, Regulations- und Steuerungsfähigkeit sowie Reizdiskriminations- und Aufmerksamkeitsdefizite zeigen. „Die Kinder können nur kurz in Kontakt bleiben, sie lösen durch ihre Unruhe die Verbindung zum Anderen, vielleicht auch zur eigenen unangenehm empfundenen Wahrnehmung, um sich durch den Kontaktabbruch vor einer Reizüberflutung und Überstimulation zu schützen“ (Fink 1998, 301).

Nach neueren Hirnforschungsergebnissen ist weiterhin festzuhalten, dass die Entwicklung des Gehirns bis in die anatomischen Dimensionen hinein ständig von Umwelteinflüssen mitbestimmt wird. Die Inhalts- und Erfahrungsdimension, die Erlebnisstrukturen des Lebens also, strukturieren das Gehirn. Informationen werden vom Gehirn kognitiv gefiltert und emotional bewertet (vgl. Baulig 2003, 55f.).

Die Bedeutung dieser Erkenntnisse wird im Zusammenhang mit den therapeutischen Konsequenzen für die musiktherapeutische Arbeit in der Kindergruppe später noch weiter ausgeführt. (Siehe 15.1.)

3. Protektive Faktoren und Prozesse, Resilienz bei „Risikokindern“

Integrative Kindertherapie geht von einer Sichtweise innerseelischer Entwicklung aus, die das psychische Leid eines Kindes in seinem Zusammenhang mit den Bedingungen, unter denen das Leid erlebt wird, sieht. Sie versucht, die gesellschaftlichen und sozialen Kontextbedingungen des Kindes zu erfassen, zu verstehen und mit einzubeziehen. Es ist ein Therapieverständnis, das die Perspektive von Gesundheit und Krankheit nicht voneinander trennt und in dem es keinen einseitigen Blick auf Pathologie gibt.

Ein Schwerpunkt der Arbeit liegt zunächst im Auffinden von Ressourcen aller Art, deren spätere Einbeziehung in die therapeutische Art den identitätsstiftenden Entwicklungsprozess fördern soll. Der Blick wird weniger auf die Defizite eines Menschen gerichtet, sondern auf Selbsthilfefertigkeiten und -möglichkeiten, die in seinem Alltag und seinen sozialen Netzwerken angelegt sind.

Der Begriff „**Salutogenese**“ von *Antonovsky* (1979, 1987, cit. Metzmacher et al. 1996/1, 78) erhält zentrale Bedeutung in der Integrativen Kindertherapie, deren diagnostisches Vorgehen zum einen nach der Pathogenese fragt:

Welche lebensgeschichtlichen szenischen Erfahrungen des Kindes, welche genetischen Faktoren etc. haben vermutlich bei der Entstehung der Störung mitgewirkt? Welche innerseelischen, interaktionellen und sozialen Bedingungen unterhalten die Störung im Hier und Jetzt?

Zum anderen wird aber auch ressourcenorientiert nach den Fertigkeiten, den Begabungen und den entwicklungsfördernden, den heilenden (salutogenen) und beschützenden (**protektiven**) Einflüssen des Kindes gefragt.

Diese sich wechselseitig beeinflussenden so genannten positiven und negativen Stimulierungskonstellationen (dies können beispielsweise gute, schlechte oder fehlende Beziehungserfahrungen im sozialen Netz sein) bestimmen die Neurobiologie des Menschen als „informiertem Leib“ (Petzold/Müller 2004, 14) und damit seine „Vitalität und Vulnerabilität“ (ibid.). Der Begriff **informierter Leib** meint das Zusammenwirken differenzieller Informationen, die ein Mensch aufnimmt und verarbeiten muss: Es sind propriozeptive und exterozeptive Wahrnehmungen und Gedächtnisleistungen, die Wahrgenommenes und die Reaktion auf das Wahrgenommene speichern. Der informierte Leib konstituiert sich über dieses Vermögen, bildet sich aus und wächst in einem schöpferischen Prozess von Wahrnehmung, Differenzierung, Integration und Kreation (vgl. Petzold 1996a, 192).

Dem Auffinden und Bereitstellen von „**protektiven**“ **Faktoren und Prozessen** kommt in der Kindertherapie auch deshalb eine besondere Bedeutung zu, weil in der Entwicklungsforschung herausgefunden worden ist, dass so genannte „Risikokinder“ (Petzold/Goffin/Oudhof 1993, 357) eine große psychische Widerstandsfähigkeit (**Resilienz**) aufweisen. Sie sind in der Lage, trotz negativer Einflüsse und schwerer Belastungen, Probleme zu bewältigen und eine gesunde Lebensführung zu verwirklichen. **Resilienz** ist ein so genannter „internaler“ (Petzold/Müller 2004, 15) protektiver Faktor. Es handelt sich um verinnerlichte positive Erfahrungen. Auf neurobiologischer Ebene sind es Einflüsse im Entwicklungsgeschehen, die ein optimales Funktionieren der Genregulationen und die Nutzung neuronaler Netzwerkverbindungen gewährleisten. Sie beeinflussen die kognitiven „Landkarten“ (ibid.) d. h. neuronales, kognitives, emotionales, volitives, und sozial-kommunikatives Lernen und können dadurch neurophysiologisch und immunologisch belastende Außeneinflüsse abpuffern. Dadurch können Bewältigungsstrategien „coping“ (ibid.) oder kreative Lösungen unterstützt und das Ausbilden „dysfunktionaler Bahnungen“ (ibid.) verhindert werden (vgl. ibid.).

Unter „Resilienzfaktoren“ (ibid., 16) versteht man folgende Phänomene:

1. Eine hereditäre Disposition zur Vitalität, die eine gewisse Unempfindlichkeit gegenüber Belastungsfaktoren gewährleistet,
2. die Fähigkeit, Belastungen oder Risiken effektiv zu bewältigen,
3. die Fähigkeit, sich nach traumatischen Erfahrungen schnell und nachhaltig zu erholen,
4. die Fähigkeit, Situationskontrolle und Kompetenz unter akutem Stress und in Konfliktsituationen aufrechtzuerhalten,
5. die Fähigkeit, sich an Belastungssituationen so anzupassen, dass Möglichkeiten bestehen, in ihnen zu überleben, ohne dass psychische oder psychosomatische Schädigungen feststellbar werden,

6. die Möglichkeit, Belastungserfahrungen zu kommunizieren und aufgrund von Netzwerkorientierung und guter interaktiver Kompetenz und Performanz Schutzpersonen zu mobilisieren.

Protektive Faktoren sind also einerseits „internal“ und andererseits „external“, d.h. spezifische und unspezifische Einflussgrößen des sozioökologischen Lebenskontextes. Sie können vorhandene „Risikofaktoren“ (ibid., 20) vermindern, Gefühle von Ohnmacht und Wertlosigkeit verringern und negative Ereignisketten kompensieren. Sie interagieren miteinander und fördern Resilienz.

„Potentiell protektive Faktoren“ (ibid., 17) sind:

1. Soziale Unterstützung innerhalb des sozialen Netzwerkes, d.h. in der und außerhalb der Familie,
2. eine verlässliche Beziehung zu einem „significant caring adult“ innerhalb und/oder außerhalb der Familie,
3. „schützende Inselerfahrungen“ und „gute Zeiten“ im Verlauf der Entwicklung,
4. positive Temperamenteigenschaften (emotionale Flexibilität, Kontaktfähigkeit, Affektregulation),
5. positive Erziehungsklimata (Wärme, Offenheit, Akzeptanz) in Segmenten der Lebenswelt (mit einem Elternteil, in der Schule, in der Kirchengemeinde etc.),
6. Möglichkeitsräume, in denen Gestaltungsimpulse und Selbstwirksamkeit erfahren werden können, so dass sich positive Selbst- und Identitätsschemata entwickeln können,
7. soziale Vorbilder, die Werte und Sinnbezüge vermitteln und die konstruktives Bewältigungsverhalten modellhaft zeigen,
8. realistische Selbsteinschätzung und positive Zukunftsorientierung, Leistungsmotivationen und Impetus zur aktiven Problembewältigung,
9. kognitive und emotionale Integrationsfähigkeit, die einen „sense of coherence“ (Antonovsky 1987) ermöglichen,
10. sozioökologische Kontexte, die einen breiten Aufforderungscharakter haben, so dass Handlungskompetenzen gewonnen werden können,
11. dosierte Belastungen, die Immunisierungen und das Ausbilden von Bewältigungsstrategien ermöglichen, weil sie die Coping- Kapazitäten und die vorhandenen Ressourcen nicht überfordern,
12. Angebote für kokreative (Iljine et al. 1990) sinnvolle Aktivitäten (Hobbys, Sport, Spielmöglichkeiten), die Entlastung, Erfolgserlebnisse und Kreativitätserfahrungen bieten
13. ein positiver ökologischer Rahmen (Landschaft, Garten etc.) , der durch Naturerleben Kompensationsmöglichkeiten schafft,
14. Netzwerkorientierung, d.h. die Fähigkeit, soziale Netzwerke aufzubauen und sie zu nutzen,
15. Haustiere, deren protektive Funktion gar nicht hoch genug eingeschätzt werden kann,
16. Phantasiepotential, die Möglichkeit, innere Welten in neuer und außergewöhnlicher Weise zu sehen und zu nutzen,
17. das Vorhandensein sozialer Sicherungssysteme und Hilfsagenturen.

Folgende Risikofaktoren seien genannt:

1. Psychiatrische Probleme bei einem Elternteil (DSM- Diagnose)
2. Die Mutter hat mehrere Belastungspunkte (Rutter 1979)
3. Im abgelaufenen Jahr fanden sich 20 oder mehr „stressfull life events“
4. Die Mutter hat keinen Hauptschulabschluss
5. Der Ernährer der Familie ist arbeitslos
6. Es ist kein Vater in der Familie anwesend

7. Die Familie hat vier oder mehr Kinder
8. Die Familie gehört einer ethnischen Minderheit an
9. Die Eltern haben rigide Erziehungsvorstellungen
10. Es findet sich eine schlechte Qualität der Mutter- Kind- Interaktion
11. Das Kind hat dysfunktionale emotionale Stile
12. Das Kind hat keinen „significant caring adult“
13. Das Kind hat keine Netzwerkorientierung und geringe soziale Kompetenz
14. Es stehen keine angemessenen Hilfsagenturen bzw. Systeme sozialer Sicherung zur Verfügung

4. Fehlende Gruppenkompetenz und -performanz körperbehinderter Kinder als Folge „gestörter“ Ko-respondenzprozesse

Die Bedeutung des Leibkonzeptes wurde im ersten Abschnitt angesprochen: Alle Interaktionen und Kommunikationen sind begleitet von leiblich- sinnhaften Wahrnehmungen (sensumotorisch, kinästhetisch, propriozeptiv, auditiv, optisch). Darauf folgen psychophysiologische Reaktionen, emotionale Bewertungen und kognitive Einschätzungen. Es entwickelt sich also bei jedem Menschen ein komplexer Informationsverarbeitungsprozess, der wiederum seine Handlungsmotivation, seine Willenskraft und die Selbstwirksamkeit beeinflusst (vgl. Petzold/Leuenberger/Steffan 1998h, 5). Während dieses Verarbeitungsprozesses finden cerebrale Aktivitäten (**Lernprozesse**) statt, die selbst und durch die mitlaufenden Prozesse auf der Verhaltensebene beständig neue Informationen generieren: *„movement produced information“* (Sieper/Petzold 2002, 20). Das geschieht auf einer konkret leiblichen Ebene: die cerebralen und physiologischen Systeme wirken zusammen mit den externalen Informationen aus dem soziokulturellen Lebensumfeld und den internalen Informationen aus der Leibsphäre. Innerhalb dieser Informationsflüsse bildet sich das personale Selbst mit seiner persönlichen Identität fortwährend weiter. Der Mensch wird durch bewusste und nicht bewusste Informationen zum „informierten Leib“ (vgl. 3.). Das vielschichtige Funktionieren von Transmittiertätigkeit bis zur Grobmotorik, von der Wahrnehmung zum Gedanken im reflexiven Bewusstsein wird im sog. **„Leibgedächtnis“** (ibid., 27) festgehalten. Die entstandenen Strukturen aus Informationen, archivierten Erfahrungen und externer Wertschätzung und Bestätigung ermöglichen Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen als Basis eines positiven Grund- und Lebensgefühls. Durch ihre „entstellten“ Körper, durch ihre manchmal „befremdende“ ungewöhnliche Kontaktaufnahme, also ihre andere Ausdrucksart, sind die (kör-per-) behinderten Kinder in ihrer Leiblichkeit gestört. Ihre Identitätsentwicklung ist gefährdet. Ihre Verhaltensprobleme, insbesondere die der hyperaktiven Kinder (ADHS), sind sowohl Ausdruck mangelnder Affekt- und Verhaltenskontrolle als auch Zeichen unzureichender **Kompetenz** und **Performanz** in der Gestaltung sozialer Situationen. (vgl. später *Peter, Benedikt, Markus*). Sie sind teilweise einem Meer von ungefilterten Reizen hilflos ausgeliefert. Die Förderung sozialer Kompetenz und Performanz unter Berücksichtigung persönlich bedeutsamer kognitiver, emotionaler, psychomotorischer und sozialer Lernprozesse, erhält dabei besondere Bedeutung. Sie dient der Entwicklung und Stabilisierung der Identitätsstruktur.

Behinderte Kinder haben zum einen häufig ein schlecht ausgeprägtes Selbstgefühl und Selbstwertgefühl, zum anderen kaum gelernt, sich in andere (nicht behinderte) Kinder einzufühlen und so mit ihnen zu kommunizieren, dass sie verstanden werden. Konflikte sind vorprogrammiert. Die Kinder sind wenig anerkannt, werden möglicherweise aggressiv oder vereinsamen. Hinzu kommt ihre spezielle Problematik der sozialen Isolation aufgrund der Abgelegenheit der Sonderschulen im Umkreis von 50 Kilometern. Lange Bustransporte am Morgen und am Nachmittag (Ganztagsschule) verhindern „normales“ Freizeitverhalten und Integration in das Nachbarschaftsmilieu. Die Eltern müssen oft zusätzlich noch weitere therapeutische Fördermaßnahmen in Anspruch nehmen. In der Lebenswelt eines (körper-)behinderten Kindes finden zu wenige **Ko-responsenzprozesse** (vgl. Petzold 1993, 52ff.) statt. Ihr Alltag ist zutiefst fragmentiert und verinselt.

Hierzu in Kürze ein grundlegender Gedanke der Integrativen Therapie: Der Mensch steht in ständiger Bezogenheit zu anderen Menschen. Auch wenn er alleine ist, ist er bezogen. Dieser Austauschprozess wird als „Ko-respondenz“ bezeichnet. Ko-respondenz schafft Gemeinschaft und die Möglichkeit zu kooperieren. Ko-respondenz findet auch in den intrapersonalen Prozessen statt (primordiale Ko-respondenz = Grundvertrauen). Die Voraussetzung von Ko-respondenz ist die Fähigkeit zur Empathie (vgl. Rahm et al. 1993, 79f.). Findet keine Ko-respondenz statt, tritt Fremdheitserleben von der Realität, von den Mitmenschen, vom eigenen Handeln, vom eigenen Selbst oder vom eigenen Körper ein. Fehlende Ko-respondenz ist krankmachend und verhindert echte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Unter Einbeziehung dieser erschwerten Bedingungen ist die Arbeit in einer Gruppe besonders geeignet, um soziale Kompetenz und Performanz zu fördern.

In der integrativen Therapie wird **Kompetenz** definiert als: *„die Gesamtheit aller Fähigkeiten (allen Wissens) des Subjekts - verstanden als personales, identisches Selbst - die in der Interaktion mit dem Kontext /Kontinuum zur Lösung von Problemen, Nutzung von Ressourcen, Erschließung von Potentialen und zur Planung und Erreichung von Zielen erforderlich sind“* (Petzold 1996, Bd. 1, 232). **Performanz** wird definiert als: *„die Gesamtheit aller Fertigkeiten (allen Könnens) des Subjekts, die zur Umsetzung von Kompetenz in einem Kontext/Kontinuum zum praktischen Lösen von Problemen, zum Nutzen von Ressourcen, Erschließen von Potentialen und zur konkreten Verwirklichung von Zielen gebraucht werden“* (ibid.).

Gruppenarbeit bietet Vielfältigkeit und Vielschichtigkeit. Der Einzelprozess eines Kindes kann sich mit den Einzelprozessen anderer Kinder verweben und damit wiederum den gesamten Gruppenprozess beeinflussen. Entwicklungsverläufe können sich gegenseitig anregen, unterstützen und bestätigen. Kürzere Einzelepisoden sind möglich, weil die Sicherheit besteht, sich wieder distanzieren zu können. In der Gruppe bestehen mehr Möglichkeiten, Exzentrizität zu entwickeln. Nicht zu unterschätzen ist die Chance, die eine Gruppe bietet, gute Erfahrungen mit unterschiedlichsten gleichaltrigen Kindern zu machen. (vgl. **„Spielkultur“ 15.1.**)

„**Emotionale Differenzierungsarbeit**“ (Petzold 1996, Bd. 2, 173ff.) in guter und beschützender Atmosphäre, die an anderer Stelle dargestellt wird, ist eine Strategie Integrativer Kindertherapie, um neue Performanzmuster aufzubauen, die zu einer Erweiterung sozialer Kompetenz führen kann.

5. Musik fördert Resilienz

Es wurde bis hierhin herausgearbeitet, wie wichtig die Entwicklung und Stabilisierung der Identitätsstruktur durch die Förderung von Gruppenkompetenz und -performanz bei behinderten Kindern ist.

Weiterhin ist die Bedeutung des Einflusses von positiven und negativen Stimulierungserfahrungen auf die Neurobiologie des Menschen als „informiertem Leib“ erwähnt worden. (Siehe 1.)

Die Informationen des Leibes prägen wesentlich auch alle Arten des **komplexen Lernens**: des neuronalen, kognitiven, emotionalen, volitiven und sozial-kommunikativen Lernens. Innerhalb dieses Entwicklungsgeschehens haben die genannten Risikofaktoren, die protektiven Faktoren und die Resilienzen eine große Bedeutung hinsichtlich der psychischen Grundkonstitution. In der Therapie mit behinderten Kindern ist es notwendig, die Risikofaktoren (vgl. 3.) zu berücksichtigen, „um ihnen kompensatorisch mit der Bereitstellung von protektiven Faktoren zu begegnen oder zur Ausbildung von Resilienzen beizutragen“ (Petzold/Müller 2004, 20f.). Die Nutzung vorhandener protektiver Faktoren und Resilienzen gilt in der integrativen Kinder- und Jugendlichen-therapie als therapiewirksame Komponente.

Ein bedeutender protektiver Faktor und eine halt gebende Ressource ist für viele Kinder und Jugendliche die **Musik**. „Oft bietet nur die Musik Trost für seelischen Kummer und damit die Chance, positive und stärkende Erfahrungen im Gedächtnis zu speichern und entsprechend neurologisch als komplexes Erfahrungsmuster im Leib zu verankern“ (Frohne-Hagemann/Pleß-Adamczyk 2005, 34). *Frohne-Hagemann und Pleß-Adamczyk* ordnen der Musik verschiedene Funktionen zu, die für die musiktherapeutische Methodik und Resilienz fördernde Arbeit mit behinderten Kindern und Jugendlichen relevant sind.

Musik wird hier als Kommunikationsmedium, als Repräsentation und Symbol sowie als wirkendes Mittel in der Therapie verstanden. Die Musik kann auch mehrere therapeutische Funktionen gleichzeitig haben.

Folgende Funktionskategorien lassen sich bestimmen:

- Musik wirkt durch sich selbst mit ihren Eigenschaften wie Klangspektrum, Klangfarbe, Rhythmus, Dynamik, Harmonie, Phrasierung, Form und Zeit. Sie kann auch neurobiologische Prozesse beeinflussen (Musik als Rahmen, Vehikel oder Katalysator)

- Musik trägt zur Entwicklung des Leibselbst und grundlegender Beziehungsqualitäten bei (Musik als Möglichkeit, emotionale Resonanz zu geben/ Musik als Übergangsobjekt)
- Musik kann verschiedene Anteile musikalischer oder nichtmusikalischer Situationen, Atmosphären oder Szenen miteinander verbinden (integrative Funktion von Musik)
- Musik kann Ausdruck für den Aufbau intersubjektiver Beziehungen sein (Musik als Intermediärobjekt)
- Musik als Ausdruck identitätsstiftender Prozesse (soziokulturelle Funktion)
- Musik als Projektionsfläche und Stimulus imaginärer und kreativer Prozesse (Symbolcharakter von Musik)

Bevor die Musiktherapie als spezielles gruppentherapeutisches Angebot zur Förderung von Gruppenkompetenz und -performanz beschrieben wird, geht es im folgenden Abschnitt um die allgemeine Bedeutung von Gruppentherapie.

6. Integrative Gruppentherapie

In der Integrativen Therapie hat Therapie in der Gruppe einen besonders hohen Stellenwert, weil der Mensch als personales System im Geflecht umliegender Systeme gesehen wird, als Figur vor dem Hintergrund, als Mensch in der Lebenswelt. Im Zusammenwirken wechselseitiger Identifizierungen (vgl. 1.) wird die Gruppe zur **Matrix der Identität**, in der nachsozialisierendes Wachstum und Entfaltung kreativer Potentiale ermöglicht werden kann. Gruppentherapie ist **prozessorientiert** ausgerichtet. Übungen werden im Prozess eingesetzt und entwickelt. Therapieziele und Interventionen werden bestimmt durch die jeweiligen Konzepte von Gruppe. Die Integrative Therapie vertritt das Modell der Gruppe als Bühne.

Das Gruppengeschehen wird mit einer Bühne verglichen, auf der jedes Gruppenmitglied seine ganz konkrete leibliche Gegenwart mit den gesamten im Leibe gespeicherten und archivierten Szenen seiner Vergangenheit einbringt. Die Inhalte des so genannten „Leibarchivs“ beeinflussen das Verhalten.

„Die leibliche Präsenz der Gruppenmitglieder bildet in deren Aufeinandertreffen den Grundstock für das im therapeutischen Prozess zu entwickelnde Stück“ (Petzold/Schneewind 1986, 137). Jedes Gruppenmitglied hat eine bestimmte Rolle. In der Verschränkung von Leib und Szene, von Innen - und Außenwelt, von Individuum und sozialem Umfeld, von Rollenzuschreibung und Rollenverkörperung liegen die Grundlagen der Identität, in der ich mich selbst, **mein Selbst** (vgl. 1.) erlebe, wodurch die anderen wiederum mich erleben. Zur Gewinnung von Identität gehört also sowohl **Identifikation** als auch **Identifizierung**. Jeder Spieler und jede Spielerin im „Lebenstheater“ will auch mit seinem/ihrer bedeutsamen Umfeld im gemeinsamen Spiel gesehen werden. So kann Identität wachsen. „Gesundes Wachstum ist dort möglich, wo sich Identifizierung und Identifikation zumindest annähernd decken, Krankheit entsteht dort, wo dies nicht der Fall ist“ (Heinl/Petzold 1980, cit. Petzold/Schneewind 1986, 141).

Das Szenen- oder Bühnenmodell der Gruppe darf nicht statisch verstanden werden. Innerhalb eines Gruppengeschehens spielen sich Folgen von Szenen ab, die häufig problemlösende Prozesse darstellen. Je komplexer das Geschehen auf der Bühne ist, desto mehr sind Strategien der Komplexreduktion (vor allem bei Kindern) notwendig. Der prozesshafte Charakter eines Gruppengeschehens erfordert eine hohe Interventionskompetenz der Gruppenleitung. Eine mehrperspektivische Sichtweise ist erforderlich, um die **„Strukturen hinter den Phänomenen“** (Rahm et al. 1993, 27) wahrzunehmen, zu erfassen, zu verstehen und damit umzugehen.

Mehrperspektivität bedeutet, gleichzeitig die unterschiedlichen Ebenen zu erkennen, dabei aber nicht von außen auf die Gruppe zu schauen, sondern die Atmosphäre von innen mitzuerleben und trotzdem eine gewisse innere Distanz zu wahren. Diese therapeutische Haltung des „partiellen Engagements und der selektiven Offenheit“ (ibid., 353) macht **„szenisches Erfassen und Verstehen“** (Petzold/Schneewind 1986, 142) möglich. Es erfordert von der Gruppenleitung eine besonders ausgeprägte Fähigkeit der Wahrnehmung.

Nach diesem hier nur kurzen aber wesentlichen Ausschnitt aus der Interventionslehre der Integrativen Therapie sollen nun die Argumente für Therapie in der Gruppe noch einmal (vgl. 4.) zusammengefasst werden (vgl. Petzold/Schneewind 1986, 128f.):

- Der Mensch ist ein soziales Wesen, das von seiner Leiblichkeit her auf Kommunikation mit der Welt und den Mitmenschen ausgerichtet ist (anthropologisches Argument).
- Als soziales Wesen, als „Mitmensch“, versucht er sich in der Welt zu erkennen und zu verstehen. Erkenntnis eines Menschen ist an den Leib mit seinen cerebralen Prozessen gebunden und findet nur in sozialer Abstimmung, im Konsens statt (erkenntnistheoretisches Argument).
- Die Persönlichkeit des Menschen wird im intersubjektiven Prozess ausgebildet. Der Mensch wird in Gruppen zur Person. Die Beziehungen der Primärgruppe werden verinnerlicht. Sie sind grundlegend für spätere Beziehungsmöglichkeiten und Beziehungsstile (persönlichkeitstheoretisches Argument).
- Nichts geschieht in einem wertfreien Raum, sondern immer in einem gesellschaftlichen Kontext. Die Wertvorstellungen der IT orientieren sich am Intersubjektivitätsideal: Menschen sind aufeinander bezogen, sie stehen in Wertgemeinschaften zueinander, d.h. es gilt in Freiheit, Liebe und Engagement miteinander zu leben. Ethische Vorstellungen müssen in Korrespondenzprozessen untereinander ausgehandelt werden (politisches Argument).

7. Integrative Musiktherapie

Die integrative Musiktherapie basiert auf der Theorie der Integrativen Therapie. Die wichtigsten, für die therapeutische Arbeit mit behinderten Kindern relevanten, theoretischen Überlegungen sind bisher vor allem in den Abschnitten 1. (Leibkonzept), 3. (Gesundheits- und Krankheitsverständnis), 4. (Therapeutische Konsequenzen) und 6. (Bedeutung von Gruppe) in Kürze dargestellt worden.

Als ein mögliches Verfahren der Kreativitätstherapien existieren in der Integrativen Musiktherapie drei Arbeitsformen (Petzold 1997w, 283):

1. Die übungszentriert - funktionale Modalität

Hier werden die Möglichkeiten des vokalen und instrumentalen Ausdrucks durch Übung geschult, um die Wahrnehmungsfähigkeit und Expressivität des Menschen zu fördern, um ihm schließlich eine bessere Orientierung in der Welt zu ermöglichen.

2. Die erlebniszentriert - stimulierende Modalität

In dieser Modalität kommt das künstlerische Moment der Musiktherapie zum Tragen. Es geht um die Ermöglichung alternativer Erlebnisqualitäten, wobei auch andere Medien und Formen z.B. Bewegung, Tanz, Theaterspiel, Farben etc. einbezogen werden können. Durch Improvisation und vielfältige Stimulierungen soll Freude am Erleben faszinierender, schöner, interessanter Klänge, Rhythmen oder anderen Spielformen geweckt werden. Zielsetzungen sind dabei emotionale Differenzierungsarbeit, Verbesserung sozial- kommunikativer Aktivität und die Erweiterung von kognitiven und kreativen Fähigkeiten.

3. Die konfliktzentriert - aufdeckende Modalität

Diese Modalität ist biographisch orientiert. Es geht um Bearbeitung verdrängter, unbewusster Konflikte. Musikalische Improvisationen werden auf projektive Qualitäten untersucht. Die Beziehungen in der Gruppe und zur Therapeutin hin werden in ihren Übertragungsqualitäten gesehen.

Weiterhin unterscheidet die Integrative Musiktherapie zwischen der aktiven, der rezeptiven, der rezeptiv-produktiven und der psychophysischen Musiktherapie (vgl. *ibid.*, 285). Diese Vielfalt an Arbeitsformen schließt sich nicht aus, sondern lässt sich je nach Indikation auch miteinander kombinieren. Hier kommt es entscheidend auf die kreativen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Therapeutin an. Es lässt sich konstatieren: *„Musiktherapie bietet die Möglichkeit der gezielten Entwicklung persönlicher Potentiale und ist deshalb für Selbsterfahrung, Identitätsförderung und Entwicklung kommunikativer Kompetenz und Performanz von herausragender Bedeutung“* (*ibid.*, 286)

Diesem Verständnis von Musiktherapie liegt die anthropologische Grundidee des **„schöpferischen Menschen“** (Petzold 1993, 497) zu Grunde. Der Mensch wird in der Existenz mit anderen kreativ bzw. ko-kreativ (vgl. Petzold 1993, 495). Besonders in der **Therapie mit Kindern** kommt die Kreativitätseigenschaft des Menschen in Form des spielerischen Gestaltens zum Tragen. Die leibliche Ausstattung des Kindes, insbesondere die sinnhafte Wahrnehmung führt im Entwicklungsgeschehen zu kreativen Ausdrucksformen: Jedes kleine Kind ist „Maler“ (es macht begeistert Kritzelzeichnungen), „Komponist“ (es improvisiert und singt vor sich hin), „Dichter“ (es spielt mit Lauten, Wortschöpfungen, Versen, Reimen), „Schauspieler“ und „Meisterkoch“ (vgl. Ra-

min/Petzold 1987, 1109). All diese kreativen Fähigkeiten können gefördert oder zum „Verstummen“ gebracht werden.

7.1 Die Bedeutung des Spiels in der Musiktherapie mit Kindern

In der Musiktherapie mit Kindern hat das Spielen eine besondere Bedeutung. Vor allem behinderte Kinder haben häufig nie richtig spielen gelernt, weil die Auffälligkeiten der Behinderung zu sehr im Vordergrund ihrer frühkindlichen Entwicklung standen.

Musiktherapie ist ein intermediärer Spielplatz und ein potenzieller Raum (vgl. Winnicott 1973). Phänomenologisch wird deutlich, welche Beziehungsqualitäten erfahren oder noch nicht erfahren wurden. Spiel ist für die Entwicklung der Identität unverzichtbar (vgl. Petersen/Thiel 2001). Spielentzug führt zu Defiziten und Störungen. Spiel verbindet inneres Erleben und Phantasie mit äußerer Erfahrung. Spiel ermöglicht die kreative Erschaffung und Erprobung neuer Realitäten und vielfältiger Möglichkeiten, Dinge durch Experimentieren zu integrieren. Spiel ist Imagination und gleichzeitig Handlung. Im Spiel können Lösungen erprobt werden. Im Spiel wird auch Lernen herausgefordert. Spielen kann sozialisieren. Lebenswelt wird inszeniert und schöpferisch neu gestaltet. Die Entwicklung des Spielverhaltens ist besonders für die Entwicklung von **Gruppenkompetenz und -performanz** beispielsweise durch das **Rollenspiel** in der Gruppe von großer Bedeutung.

7.2 Integrative Musiktherapie als gruppentherapeutisches Angebot

Die folgende Zusammenstellung der Funktionen von Musik kann besonders in der Gruppenmusiktherapie zum Tragen kommen (vgl. 5.)

Die entscheidende Wirkung in der Gruppenmusiktherapie ist die Schaffung von Kohärenz oder Kohäsion. Musikbezogene Rituale (z.B. Begrüßungsrunde mit Instrumenten) können dazu beitragen (Rahmengebende Funktion von Musik).

Weiterhin kann musikalisches Spiel in der Gruppe einem Gruppenmitglied sein Verhalten spiegeln (Resonanzgebende Funktion von Musik). Durch das gemeinsam produzierte musikalische Spiel in der Gruppe werden Beziehungserfahrungen ermöglicht (Übergangsobjekt und Intermediärfunktion).

Durch improvisierte Musik im gemeinsamen Spielen können sich gruppendynamische Prozesse inszenieren und durchleben (Katalysator- und Vehikelfunktion). Schließlich können im musikalischen Spiel bestimmte Gruppenthemen ausgedrückt werden (Projektionsfunktion).

8. Mehrperspektivische Analyse

Die Integrative Therapie ist ein entwicklungsorientiertes Verfahren. Menschliche Entwicklung wird in den Zeitdimensionen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft be-

trachtet. Der Mensch befindet sich in einem **lebenslangen** Prozess der Entwicklung und Selbstregulierung in der Lebenswelt. Eine solche lebenslaufbezogene Perspektive hat für die praktische Arbeit mit Kindern grundlegende Konsequenzen: Kinder müssen immer im „Netz ihrer Interaktionen“ (Petzold 1996, Bd. 1, 181) gesehen und behandelt werden. Schon bei der Erhebung der Diagnose ist die Lebenswelt des Kindes als Gesamtheit seiner sozialen Beziehungen und relevanten Organisationen mit deren Ressourcen, Potentialen und Perspektiven mit einzubeziehen.

Kindliche Entwicklung ist auch vom sozioökologischen Kontext nicht abzutrennen. Wohnlage und soziales Umfeld beeinflussen stark die Sozialisation des Kindes. Auch therapeutische Situationen werden unter dieser Perspektive als Sozialisationsgeschehen gesehen. Die Therapeutin oder der Therapeut tritt konkret in das soziale Netzwerk ein und wird vielleicht eine bedeutsame Bezugsperson. Diese **mehrperspektivische** Analyse ist notwendig, um Kinder aber auch Erwachsene in der Therapie zu verstehen.

Eine entwicklungs- und mehrperspektivisch orientierte Therapieform sollte deshalb alle entwicklungspsychologischen Felder des Menschen einbeziehen:

1. Seine Sensumotorik, 2. seine Emotionalität, 3. seine Kognition, 4. seine Sozial-kommunikative Kompetenz und 5. seine Sozialisation und sein Netzwerk.

Es sei hier nochmals das Auffinden der vorhandenen positiven, negativen und defizitären Einflussgrößen betont. Aus ihrem Verständnis von Gesundheit und Krankheit heraus ist in der Integrativen Therapie der diagnostische Blick besonders auf die gesundheitsfördernden, „salutogenen“ Einflüsse (siehe protektive Faktoren und Resilienzen) gerichtet. Denn menschliches Leben findet in komplexer Interaktion von „Risiko- und Schutzfaktoren“ statt. Therapeutisches Handeln in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie hat deshalb auch das Bereitstellen protektiver Faktoren durch die Ermöglichung guter Beziehungsqualitäten und „**schützender Inselerfahrungen**“ (ibid., 191) zu einem wesentlichen Ziel. Dabei ist allerdings genau zu untersuchen, ob nicht die „schützende Insel“ in der Therapiesituation die desolate Situation zu Hause noch verstärkt.

8.1. Diagnostik und Zieldimensionen

Der diagnostische Vorgang wird in der Integrativen Therapie als Teil des therapeutischen Prozesses betrachtet und darum als „prozessuale Diagnostik“ (Petzold 1993, 592) bezeichnet. Es gilt der Grundsatz: „Von den Phänomenen zu den Strukturen zu den Entwürfen“ (Petzold et al. 1998a, 19). Alles, was in der verbalen Exploration und in den kreativen Medien zur Darstellung kommt, wird nach Regelmäßigkeiten abgesucht:

- die verbal dargestellten expliziten und impliziten Themen
- im Zusammenspiel mit der leiblichen Expressivität
- mit dem Ausdruck in kreativen Medien
- mit dem Interaktionsverhalten

Denn was verbal erzählt, was nonverbal ausgedrückt wird und was zusammen mit den inneren Resonanzen der Therapeutin auf das interaktional Erlebte entsteht, stellt am Ende ein komplexes Ganzes dar: Dysfunktionale und funktionale Anteile eines Menschen zeigen sich in bestimmten Phänomen- mustern. Es erschließen sich nicht direkt sichtbare Strukturen, die das **Selbst**, das **Ich** und die **Identität** betreffen und **Kompetenz und -performanzerwartungen** zulassen. Mit dem Blick auf die Persönlichkeitsstrukturen werden die Informationen gesammelt, ausgewertet, gesichtet, sinnvolle Bezüge hergestellt und Strukturhypothesen gebildet.

Metzmacher und *Zaepfel* gliedern diesen Prozess in der Integrativen Kindertherapie in drei Teile (Metzmacher et al. 1996, 82):

a) Symptomdiagnostik (deskriptiv- phänomenologisch)

Sie beschreibt das Störungsbild des Kindes so verhaltensnah und sinnlich wie möglich auf verschiedenen Ebenen z. B. Beziehungs- und Kontaktverhalten, Leib- Selbsterleben, Gefühlswahrnehmung und -Ausdruck

b) Strukturdiagnostik (beziehungsorientiert- psychodynamisch)

Sie erarbeitet mittels tiefenhermeneutischen Sinnverstehens verinnerlichte szenische Strukturmuster auf Seiten des Kindes

c) Systemdiagnostik (lebensweltlich- sozial)

Sie untersucht die Kontextbedingungen, so wie sie real gegeben sind und wie sie sich im Erleben des Kindes auffinden lassen. „**Soziales Sinnverstehen**“ (ibid., 101) ist dabei eines von verschiedenen methodischen Zugangsweisen. Dieser Teil der Diagnostik ist von besonderer Bedeutung, weil hier die wichtigen Hinweise auf die **protektiven Faktoren** und **Resilienzen** (vgl. 3.) gefunden werden können.

Nach der Analyse der Symptome, der Systeme und Strukturen unter Einbeziehung der Klassifikation nach ICD- 10 oder DSM- IV, folgen die Behandlungsplanung und die Zielbestimmung für das einzelne Kind.

Die Ausführungen zur Gruppentherapie und Gruppenmusiktherapie im Hinblick auf die Arbeit mit meiner musiktherapeutischen Kindergruppe ergeben folgende **Zieldimensionen** (vgl. Orth 1995b, 205f.):

Förderung bzw. Ermöglichung von:

- Gruppenstabilität, Gruppenidentität und Kohäsion
- Kommunikative Kompetenz und Performanz durch Ko-respondenzprozesse innerhalb der Gruppe. Dazu ist die Fähigkeit zur **Kooperation**, das Aushandeln von (dominanten) **Rollen** und die **Integration** verschiedenster äußerer Einflüsse (anderer Personen, Räume etc.) gefragt.
- Verschiedensten Beziehungsmodalitäten, ausgehend von den Formen der Relationalität (vgl. Petzold 1993, 1064f.) Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abhängigkeit

- Kreativität und Potenzialen

Nachdem in den Abschnitten 1, 2 und 4 allgemeine Phänomene (körper-) behinderter Kinder und Fördermöglichkeiten durch Gruppenmusiktherapie beschrieben worden sind, erfolgt im **zweiten Teil** dieser Arbeit exemplarisch die mehrperspektivische Analyse **eines Kindes**, gegliedert nach seinen Symptomen, Strukturen und dem System. Nach Erstellung des diagnostischen Befundes, der konkreten Zielbestimmung und der Behandlungsplanung schließen sich außerdem noch kurze Ausführungen zum Therapieverlauf und zu den relevanten Interventionsstrategien an.

Der **dritte Teil** der Arbeit beinhaltet die Darstellung des musiktherapeutischen Entwicklungsprozesses während meines Spielvorhabens, **personenzentriert, gruppentzentriert** und **themenzentriert** dokumentiert.

Teil 2

Benedikt (10 Jahre)

9. Symptomdiagnostik (deskriptiv- phänomenologisch)

9.1 . Leib- und Bewegungsphänomenologie

Mittlere Größe, leicht adipös, blasse Gesichtsfarbe, Brillenträger, gepflegtes Äußeres („ordentlich“ gekleidet, ohne modischen Ansprüche), schlaffe Körperspannung, unrythmischer Gang, Oberkörper nach vorne geneigt, Füße nach innen rotiert, wodurch er oft über seine Beine stolpert, unkoordinierte Alltagsbewegungen z. B. beim An- und Ausziehen, Tisch decken, spülen, Ranzen aufsetzen, Stuhl hochstellen etc., große feinmotorische Ungeschicktheit z.B. Halten des Stiftes beim Schreiben oder Malen (Schriftbild kaum lesbar), Schneiden, Basteln etc., starkes offenes Näseln mit nasalem Stimmklang, motorische Unruhe, oft „zappelig“ in Stuhlkreisen (fällt häufig „einfach so“ mit seinem Stuhl hin), spielt gerne den „Clown“, reagiert auf Ansprache erst beim 3. Mal, vermeidet im direkten Gespräch Blickkontakt, reagiert sehr ängstlich auf Insekten (allergische Hautreaktion und lautes Jammern), driftet viel mit der Aufmerksamkeit ab, wechselt häufig den Brennpunkt des Interesses, Abwarten fällt ihm schwer, vergisst schnell alltägliche Dinge, verliert oft seine Sachen, zerstört häufig ungewollt Alltagsgegenstände (z.B. seine Brille), „schusselig“ beim Einschenken von Getränken, kaum Eigenorganisation und Überblick, will oft seinen Willen durchsetzen, kann sehr schnell vergessen und Enttäuschungen wegstecken

9.2. Ausgesprochene und unausgesprochene Themen

Liebt in seiner Freizeit das Spielen am Computer (Strategie- und Fatasyspiele), lebt stark in der Welt seiner Lieblingsfernsehserien (z. Zt. „Sponge- Bob“), erzählt gerne ausführlich davon in Erzählkreisen, spielt leidenschaftlich gerne Szenen - oder Rollenspiele aus dem Fernsehen nach, ist auf der Suche nach „echten“ Freunden, mit denen er diese Welt teilen kann, erzählt auch sehr stolz von besonderen Erlebnissen mit seinen Eltern am Wochenende, zeigt sich gerne vor einem kleinen Publikum oder erfindet

„shows“, am Esstisch fällt er gerne auf durch besonders komische (teilweise eklige oder alberne Geschichten), hat ein extrem starkes Spielbedürfnis mit anderen Kindern, weiß aber nicht gut wie er am besten seine Ideen verwirklichen kann

9.3. Interaktionsverhalten

Pflegt im Moment einen engeren Kontakt zu einem anderen, ebenfalls stark sprachbehinderten Mädchen in der Schule, zu Hause ist er jedoch meistens alleine und hat keine Beziehungen zu Nachbarskindern, mit Jungen seines Alters „eckt“ er eher an, da diese ihn als „albern“ oder zu stark auf seinen Interessen beharrnd erleben, seine Unruhe, Ungeschicktheit oder „Clownerie“ verzögern häufig das Gruppengeschehen, die Kinder und Erwachsenen reagieren dann „genervt“, weil sie nicht mehr die anderen genügend im Blick haben können, es entsteht ein Gefühl, als „erzwingen“ B. die Erwachsenen zu Maßnahmen (manchmal auch zu körperlichen, z.B. bei länger andauernder „Zappeligkeit“ Herausschieben aus der Klasse), die diese eigentlich nicht ausführen wollen und die sich je nachdem negativ auf die anderen Kinder auswirken können, teilweise scheint B. grundsätzlich Maßnahmen gegenüber resistent zu sein, er spricht häufig ungefragt Erwachsene an, während diese mit etwas anderem beschäftigt sind, dies wirkt manchmal distanzlos und aufdringlich, andererseits sind seine Ideen oft auch sehr kreativ und können einen Gruppenprozess weiter bringen, die Erzählungen aus den Fernsehserien sind auch ein Anknüpfungspunkt bzw. Kontaktversuch zu anderen Kindern, wenn sie sich nicht ständig wiederholen, B. hat noch nicht das richtige Maß der gleichen „Schwingung“ zwischen anderen Menschen gefunden

9.4. Klinische Testergebnisse zur Zeit der Einschulungsfrage

Entwicklungspsychologische Testergebnisse

Kognitive Leistungen insgesamt im unterdurchschnittlichen Bereich (aufgrund einer starken Wahrnehmungsproblematik und mangelnder Fein- und Grobmotorik), Schwächen im einzelheitlichen Denken, ganzheitliches Denken ist besser entwickelt, deutliche Defizite im räumlichen- konstruktiven Denken und in der Umsetzung graphischer Designs (Formzerfall), recht gutes Gedächtnis für graphomotorische Bewegungsabläufe, noch keine altersgerechte Menschzeichnung, während der Testung impulsiv und unkonzentriert, schnell ablenkbar, leicht ermüdbar, dabei aber freundlich und kooperativ, mangelnde Flexibilität

Der Vorschlag, eine medikamentöse Behandlung mit „Ritalin“ zu versuchen, wird von den Eltern angenommen

Klinische Untersuchungen

Dysmorphien ohne syndromologische Zuordnungsmöglichkeit, pathologisches EEG (nach einmaligem Krampfanfall), zusätzliche medikamentöse Einstellung (Orfiril) gegen Krampfanfälle, Funktionelle „Rhinolalia aperta“ (offenes Näseln, psychogen = ohne organische Ursache), auffallend hypotone Körperspannung, primäre Enuresis nocturna (nächtliches Einnässen, Kind war nie trocken), die medikamentös behandelt wurde, ist manchmal immer noch vorhanden, z. B. auf Klassenfahrten

Weitere Ergebnisse der Testdiagnostik anlässlich der Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfes (VO-SF)

Allgemeine Entwicklungsverzögerung, Dyslalie, Dysgrammatismus, Entwicklungsrückstände in der sensomotorischen Entwicklung (Gleichgewicht, Koordination, Körperschema, Figur- Grundwahrnehmung), erhebliche motorische Unruhe, ungesteuerte und hektische Bewegungen, gestörte körpereigene Wahrnehmung, extreme Konzentrationsprobleme, kein altersgerechtes Lernverhalten, niedrige Intelligenz (Gesamt IQ 80, logisches Denken IQ 95)

9.5. Kontextbedingungen

B. lebt als Einzelkind mit Mutter und Vater zusammen, die Familie wohnt seit Benedikts Geburt in vertrauter Umgebung in einer Wohnung, die Einstellung der Verwandtschaft (Opa und Tante und Onkel) ist nicht wohlwollend gegenüber Benedikts Behinderung eingestellt, die Mutter berichtet, ihr sei Benedikts Verhalten vor den Verwandten oft „peinlich“ („kleinkindhaftes“ Benehmen), sie würde sehr viel Druck erleben („... stellt sich doch nur an, wenn der mehr tun würde, könnte der auch mehr...“), die Mutter arbeitet halbtags als Haushaltshilfe und ist ansonsten hauptsächlich mit der „Versorgung“ ihres Sohnes beschäftigt, der Vater ist vollberufstätig als Küchenchef, ein- bis zweimal pro Woche zusätzliche Sprachtherapie, einmal pro Woche zusätzliche Krankengymnastik, B. wird außerdem relativ häufig zu nachmittäglichen Verabredungen seiner Mutter mitgenommen, wobei nicht immer ein potenzieller Spielpartner für Benedikt ihn ist, B. darf nicht alleine draußen spielen, weil er irgendwohin laufen würde oder fremde Leute ansprache, es besteht ein großer Wunsch der Mutter nach einem Freizeitverein, aber auch dort bestünde die Gefahr, dass B. zu stark auffallen würde

Benedikts Wahl aus dem AG- Angebot in unserer Schule fiel als erstes auf die „Musik-AG“, weil er die spielerische Art aus meinem Musikunterricht kannte, schätzte und intensiver nutzen will („...dann habe ich nämlich zweimal in der Woche Musik!“)

9.6. Krankheitsgeschichte und bisherige Fördermaßnahmen

Es sind keine genaueren Angaben zur Schwangerschaft, Geburt und der Säuglingszeit gemacht worden: B. hatte Mühe beim Trinken, manchmal ist Nahrung aus der Nase entwichen, der Speichelfluss war vermehrt, das freie Laufen kam etwa mit 1 ½ Jahren, im zweiten Lebensjahr (bei der U 7) sind Störungen der motorischen Entwicklung und der Sprachentwicklung festgestellt worden, daraufhin wurden erste Maßnahmen vom Frühförderzentrum eingeleitet:

Zunächst Operation am Rachen und Trommelfell zur Verbesserung der Sprache, anschließend regelmäßige Sprachtherapie, Krankengymnastik und Betreuung durch das Frühförderzentrum, mit 3 Jahren Aufnahme in einen heilpädagogischen Kindergarten mit weiteren 8, teilweise schwerbehinderten Kindern, selbstständiges Essen noch nicht möglich, mit 4 Jahren Wechsel in einen Regelkindergarten, weil B. (nach Angaben der Mutter) sich „komische Angewohnheiten abgeguckt hätte“, weiterhin zusätzlich regelmäßige Sprachtherapie und Krankengymnastik, mit 6 Jahren Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfes und Einschulung in die Schule für Körperbehinderte, nach Abklärung einer möglichen Förderung in der Grundschule und der Schule für Sprachbehinderte, bei den Schuluntersuchungen ... „war er sehr leicht ablenkbar, hörte den Anweisungen nur anfänglich zu, um dann eine Bemerkung über andere Dinge zu machen, es entstand der Eindruck, als müsse er ständig die Aktion wechseln, er will Musik hören, läuft herum, geht an alle Sachen, hört nicht auf die Ermahnungen, entdeckt die Schulklingel und betätigt sie hemmungslos“... (Bericht eines Sonderschullehrers), im ersten Schulbesuchsjahr der KB-Schule setzten sich die Berichte der Lehrerinnen in dieser Weise fort, B. wird seit der Zeit aufgrund verschiedener sozialpädiatrischen Untersuchungen (siehe 9. 4.) mit Ritalin behandelt, jedoch ohne eindeutige Diagnose AD(H)S, laut Berichten der Mutter hat sich sein Verhalten im Laufe der letzten 3 Jahre verbessern können, aber noch lange nicht zu ihrer Zufriedenheit, die auffallendste Nebenwirkung des Medikamentes Ritalin ist z. Zt. Appetitlosigkeit, B. hat eine ausgeprägte Lese- Rechtschreibschwäche

9.7. Musiktherapeutische Exploration

Hat eine schöne Stimme, traut sich meistens als erster, eine gerade gelernte Liedmelodie alleine nachzusingen, wobei er meine Gitarrenbegleitung sehr genießt, singt aber auch ohne Begleitung selbst erfunden

dene Lieder, gerne mit Mikrofonverstärkung vor der gesamten Gruppe, die Inhalte handeln meistens von Freundschaft, außerdem fordert er beim Singen die anderen zum Mitmachen oder Musizieren auf, vor fast jeder Eingangsrunde scheint B. durch kleine Witzchen oder Geschichten, die ihm gerade in den Sinn kommen, Aufmerksamkeit erregen zu wollen, seine Witzchen und das geerntete Lachen der anderen Kinder animieren ihn zu weiteren „Albernheiten“, durch die er oft außer Kontrolle gerät (lautes Schreien, vom Stuhl fallen oder Raufereien mit den anderen), wird ihm daraufhin mit einem unerwarteten Reiz begegnet (Hervorholen eines Stofftieres oder einer CD) ist er in seiner Aufmerksamkeit wieder kontrolliert und ein konstruktives Arbeiten mit ihm kann beginnen, in „Not“ gerät er, wenn die anderen Kinder seine Spielvorschläge nicht verstehen (meistens aufgrund mangelnder Artikulation), er braucht dann eine Hilfestellung, durch die er sich erneut Gehör verschaffen kann, häufig sind seine Spielvorschläge aber auch sehr kompliziert oder verlangen von der Gruppe, sich ihm unterzuordnen, er verliert plötzlich den Kontakt dadurch, dass sich die anderen Kinder von ihm abwenden oder nicht auf ihn reagieren, eine verzweifelte Suche nach Verständnis schließt sich an, manchmal gelingt ihm ein erneuter Kontakt zu einem Partner, indem er nachgibt, häufig jedoch zieht er sich zurück und sucht sich das Keyboard, welches er als „Programmiergerät“ oder „Soundmaschine“ gerne erforscht, innerhalb der Klassengemeinschaft kommt es vor allem bei Gruppenspielen im Musikraum manchmal zu körperlichen „Offenbarungen“, z.B. durch Zeigen seines nackten Bauches, wird er daraufhin in seiner, von den anderen Kindern empfundenen „Peinlichkeit“ nachgemacht, reagiert er äußerst sensibel, weint plötzlich oder verlässt sofort den Raum, gleichzeitig schätzen ihn die Kinder auch gerade wegen seiner Originalität, die manche kreative Idee hervorbringt, B. ist nicht nachtragend, er geht nach Frustrationen schnell wieder zur Tagesordnung über

9.8. Klassifikation nach ICD- 10

Nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ist die Hauptsymptomatik von Benedikt in die Kategorie **F 90 Hyperkinetische Störung** oder nach **DSM IV ADHS** einzuordnen. Folgende charakteristische (auf Benedikt zutreffende) Merkmale seien hier hervorgehoben:

Früher Beginn (innerhalb der ersten 5 Lebensjahre), Kombination von überaktivem, wenig moduliertem Verhalten mit deutlicher Unaufmerksamkeit und Mangel an Ausdauer bei vorwiegend kognitiven Aufgabenstellungen, beides muss in mehr als einer Situation vorkommen, Verhalten ist zeitstabil und situationsunabhängig

Tendenz von einer Tätigkeit zu einer anderen zu wechseln, ohne etwas zu Ende zu bringen, desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende Aktivität, extreme Ausprägung von Herumlaufen, Herumspringen, Redseligkeit, Lärmen, Wackeln oder Zappeln, impulsiv, aus Unachtsamkeit zu Unfällen und Regelverletzungen neigend, daraufhin Konfrontation mit disziplinarischen Konsequenzen

Beziehungen zu Erwachsenen oft von Distanzlosigkeit und Mangel an Zurückhaltung geprägt, bei anderen Kindern unbeliebt, oft isoliert, kognitive Beeinträchtigung ist üblich, spezielle Verzögerungen der motorischen und sprachlichen Entwicklung sind überproportional häufig, sekundäre Komplikationen schließen dissoziales Verhalten und ein niedriges Selbstwertgefühl ein, bei Jungen häufiger als bei Mädchen, begleitende Lese- oder andere schulische Probleme sind verbreitet

Die beschriebenen Schwierigkeiten persistieren gewöhnlich durch die Schulzeit und sogar bis ins Erwachsenenalter, viele zeigen aber eine graduelle Besserung bzgl. Aktivität und Aufmerksamkeit, konstitutionelle Faktoren spielen eine entscheidende Rolle, jedoch fehlt bis jetzt Kenntnis über die spezifische Ätiologie

10. Strukturdiagnostik (beziehungsorientiert- psychodynamisch)

Vor allem die klinischen Testergebnisse und die Krankheitsgeschichte aus der symptomdiagnostischen Erhebung belegen die umfassende Behinderung von Benedikt. Die beschriebenen Verhaltensmerkmale, die dem **Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom mit Hyperaktivität (ADHS)** zuzuordnen sind, werden bei B. zusätzlich begleitet von einer stark auffallenden Sprachbehinderung (offenes Näseln), wodurch eine sehr spezielle Psychodynamik entsteht. Es zeichnet sich das Bild eines Kindes, das nicht nur mit den für ADHS typischen Wahrnehmungsverarbeitungsstörungen umzugehen hat, sondern auch noch mit den Folgen seiner kaum verständlichen Sprache.

Möglicherweise entwickelte B. schon früh auf der zwischenleiblichen Beziehungsebene, dem Leib- selbst (vgl. 1.) durch Operation, Sprachtherapie und Krankengymnastik ein Störungsbewusstsein, das mit der Aufnahme in einen Kindergarten für behinderte Kinder noch zusätzlich manifestiert wurde.

Benedikt hat mit Besonderheiten der Informations- Verarbeitung im neuronalen Netzwerk zu „kämpfen“. „Der Aufnahme- Filter für die Information und das Teamwork in der Verarbeitungs- Zentrale Gehirn funktionieren nicht optimal“ (Aust-Claus/Hammer 2001, 109).

Bei B. kommen viele verschiedene Informationen gleichzeitig und unsortiert im „Arbeitsspeicher“ an. Er hört das Quatschen seines Nachbarn genauso laut wie die Motorsäge des Hausmeisters und die Anweisung der Lehrerin. Hinzu kommt seine Schwierigkeit, Kontraste nicht adäquat einstellen zu können. Die Hintergrund- Reize werden als genauso wichtig wie die Reize im Vordergrund bewertet.

Weiterhin landen die aufgenommenen Eindrücke bei B. in einem Arbeitsspeicher des neuronalen Netzwerkes, der kleiner ist als bei Menschen ohne ADS. D.h. Bei Überlastung und zu großer Informationsflut stürzt der Arbeitsspeicher einfach ab und das gerade Aufgenommene wird vergessen (vgl. *ibid.*, 112). Der Junge lässt sich ständig von anderen Reizeindrücken ablenken und verliert dadurch den Bezug zu dem, was gerade von ihm gefordert ist.

In diesem Arbeitsspeicher werden aber nicht nur Buchstaben, Wörter und Zahlen verknüpft, sondern Informationen werden auch mit Gedanken, Gefühlen und Erinnerungen verbunden. Die Reaktion wird gelenkt durch Reflexion. Das bedeutet, vor dem Handeln einen Moment innezuhalten, Gedanken und Gefühle kurz zu sortieren, um dann kontrolliert und gezielt zu reagieren. Bei Benedikt ist wahrscheinlich genau diese Steuerung nicht oder nur in geringem Maße möglich. Zum einen kann er die Gedanken und Gefühle nicht genügend abspeichern. Er hat keinen Überblick über sich und reagiert zu schnell und impulsiv. Zum anderen konnte er seine Aktivitäten bisher selten mit positiver Erfahrung (Lob und Bestätigung) verknüpfen.

Eine Störung seiner Entwicklung, seines Lernprozesses ist die logische Konsequenz. Denn Lernen findet nur statt, wenn Wahrgenommenes gefiltert und emotional positiv bewertet werden kann.

Mangelnde Impulskontrolle führt zu einem schlechten Zeitgefühl, einer chaotischen Handlungskompetenz und -performanz und zu Schwierigkeiten, sich in Gruppen gut zu integrieren. Verzerrtes Ankommen von Informationen im neuronalen Netzwerk und der

daraus resultierenden Wahrnehmungs- Verarbeitungsstörungen führt bei Benedikt zu Entwicklungshemmungen auf den verschiedensten Ebenen: Er „eckt“ in Gruppen oft an (siehe 9.3.), weil für ihn die Spielregeln noch nicht klar sind. Er verliert den Überblick, legt dadurch völlig inadäquate Reaktionen, z.B. „kleinkindhaftes“ (siehe 9.5.) Benehmen oder „Clownerie“ an den Tag. In überschaubarer 1:1 Situation mit einem Freund oder mit seinem geliebten Computer passieren ihm solche Verhaltensweisen kaum. Die Probleme im Bereich der Motorik und des Körperschemas hängen ebenso mit den unsortierten Sinneseindrücken zusammen. Grobe Ergebnisse der Verschaltungszentralen und ausführenden Organe (Muskeln) führen zu unkoordinierten Bewegungen (siehe 9.1. *Ver-schütten von Getränken etc.*). Schließlich ist auch die verzögerte Sauberkeitsentwicklung (siehe 9.4. *„primäre Enuresis nocturna“*) eine Begleiterscheinung der ADHS- Kinder (vgl. *ibid.*, 145).

Durch die Schwierigkeit, Gefühle sortieren zu können, durch immer wieder auffallende ungesteuerte Impulsausbrüche, durch mangelnde Eigenwahrnehmung (siehe 9.7. *„Zeigen des nackten Bauches, plötzliches Weinen“*) kombiniert mit den vielen Frustrationserlebnissen und Enttäuschungen in Kindergarten, Schule und Familie entsteht bei Benedikt ein Teufelskreis seiner Identitätsentwicklung aus Misserfolg, Enttäuschungen und Ablehnung. Sein Ideenreichtum und seine Spontaneität (siehe 9.7.) bleiben auf der Strecke. Die Suche nach verlässlichen und verständnisvollen Beziehungen ist erklärbar.

11. Systemdiagnostik (lebensweltlich- sozial)

Vor und während der Zeit, in der Benedikt an der Musik- AG teilnimmt zeigt sich seine Mutter in den innerhalb der schulischen Elternarbeit stattfindenden Gesprächen sehr überfordert. Sie beklagt Benedikts Unvermögen, sich morgens zügig anzuziehen, wodurch ihre Zeiteinteilung durcheinander gerät. Sie berichtet mit Tränen in den Augen über die „Peinlichkeiten“ in der Verwandtschaft (Vater und Geschwister von ihr), vor allem dass B. immer noch nicht richtig lesen und schreiben könne. Sie wirkt hilflos und fragt in jedem Gespräch mehrfach „was kann man denn dagegen tun“ und ob sie mit ihrem Sohn nicht noch mehr üben solle. Die Sprachtherapie nutze auch nicht.

Erklärungen über die Behinderung von B., verständnisvolles Durchsprechen der häuslichen Problemsituationen und entsprechende Handlungskonsequenzen in der Familie kann sie kaum annehmen. Ihre Fragen sind immer wieder die gleichen.

Im Rahmen der Ritalin -Medikation lässt sie B. regelmäßig untersuchen. Zusätzliche therapeutische Hilfsmaßnahmen lehnte sie bisher ab. „Die sagen mir sowieso nichts Richtiges“.

Der Vater des Jungen wird nie besonders als Bezugsperson erwähnt. Die Mutter erzählt weiterhin von ihren Verabredungen mit Freundinnen am Nachmittag, bei denen sie B. mitnehmen müsste, da sie ja keine Kinderbetreuung hätte. Früher habe B. dann schon mal öfter unter dem Tisch gelegen. Heute bemüht sie sich, Kontakte zu pflegen, wo ein „potentieller Spielpartner“ (siehe 9.5.) für B. dabei ist.

Das soziale Netzwerk von Benedikt ist recht problematisch. Als Einzelkind ist er auf Kontakt zu anderen Kindern angewiesen. Die Kontakte in seiner Nachbarschaft fehlen aufgrund der Ängste seiner Mutter (*siehe 9.5.*). In der Verwandtschaft wird seine Behinderung nicht ernst genommen. Bei Freundinnen der Mutter wird diese „**unter den Tisch**“ gelegt wie es ein Hund tut. Benedikt hat keine Chance, sich zu zeigen, wie er wirklich ist. Seine Spielzeit wird portioniert und gebremst durch die ständigen nachmittäglichen Termine. Seine Körperwahrnehmung ist gekennzeichnet durch ein Störungsbewusstsein, dass sich in seinem „Leibgedächtnis“ (**vgl. 4.**) verankert hat. *Sein Oberkörper ist nach vorne geneigt, er stolpert häufig über seine eigenen Beine (siehe 9.1.)* In der Sprachtherapie muss er besser sprechen lernen. In der Krankengymnastik muss er besser turnen und zu Hause besser lesen und schreiben können.

Er wird im Kindergarten und in der Sonderschule teilweise mit schwer körperlichen und geistigen Behinderungen konfrontiert. Es fehlt ihm an sozial- emotionaler und körperlicher Auseinandersetzung mit seinen kindlichen Bedürfnissen und im Umgang mit seiner Behinderung. (*Seine Mutter ist stark übergewichtig und schwerfällig*)

Es existiert ein anregungsarmes, nur auf Funktionieren ausgerichtetes familiäres Klima. Benedikt wird spüren, dass er so wie er ist nicht richtig ist. Es bleibt ihm als wichtigster und verlässlichster Freund der Computer und die Fernsehserien. Einsamkeit und Unverständnis im wahrsten Sinne des Wortes (Näseln) führen zu mangelnder Fähigkeit, mit anderen Kindern umgehen zu können.

„Potentiell protektive Faktoren“ (**vgl. 3.**) werden bei B. zu „Risikofaktoren“. Aufgrund vieler Beobachtungen während der Gespräche mit der Mutter vermuten wir, dass auch bei ihr eine Form von ADS vorliegt. Es fehlt soziale Unterstützung innerhalb des sozialen Netzwerkes. Es gibt keinen „significant caring adult“. Die Eltern sind trotz aller Mühen nicht in der Lage, mit der Andersartigkeit ihres Sohnes umzugehen.

Benedikt sucht geradezu danach, körperlich wahrgenommen zu werden (*Zeigen seines Bauches*). „Schützende Inselerfahrungen“ (**vgl.8.**) hat es bisher im Verlauf seiner Entwicklung nicht gegeben.

Weder ein positives Erziehungsklima noch Angebote, die einen breiten Aufforderungscharakter haben (z.B. Sport oder Spielmöglichkeiten) konnten zur Gewinnung von Handlungskompetenzen oder Kreativitätserfahrungen beitragen.

Aufgrund der vielen fehlenden protektiven Faktoren ist bei Benedikt das Auffinden nach positiven Anknüpfungspunkten zur Entdeckung seiner Potentiale und Ressourcen und damit seiner „salutogenen“ (**vgl.3.**) Anteile von entscheidender Bedeutung für die therapeutische Arbeit.

Benedikt hat sich in einer weitgehend isolierten Welt mit dem Computer angefreundet. Durch ihn konnte er ein gewisses Phantasiepotential entwickeln. Er ist in der Lage dieses zu teilen, sich trotz seiner Sprachbehinderung mitzuteilen und somit in einen verbindenden kindlichen Kontakt zu gehen. Er schafft sich Kompensationsmöglichkeiten, indem er zu den Szenen aus der Fernsehwelt kreative Spielideen entwickelt. Er erntet von seinen Klassenkameraden für diese Fähigkeit Anerkennung. Sein Bedürfnis nach Freundschaft wird von den Kindern wahrgenommen. B. sucht sich sicherlich sehr bewusst eine ebenso sprachbehinderte Spielpartnerin, die ihn versteht. Er wird durch diese Solidaritätserfahrung vermutlich Selbstheilungskräfte entwickeln können. Eben-

so wird seine Musikalität wahrgenommen (*erfindet Freundschaftslieder vor der Gruppe und regt zum Mitmachen an, siehe 9.7.*). Sogar seine z.T. aus der Not geborene „Witzigkeit“ verschafft ihm Bestätigung.

Auf solche Weise ist es Benedikt gelungen, den Belastungssituationen mit einer gewissen psychischen Widerstandsfähigkeit (**Resilienz**) zu begegnen.

12. Diagnostischer Befund

Aus der symptom-, struktur- und systemdiagnostischen Analyse ergibt sich zusammenfassend folgender Befund des Jungen Benedikt:

Internal

- Wahrnehmungsverarbeitungsstörungen verbunden mit einer psychogenen Sprechstörung (Störung des perzeptiven Leibes)
- Defizitäre Speicherkapazität kognitiver und emotionaler Eindrücke im neuronalen Netzwerk (Störung des memorativen Leibes und des komplexen Lernens)
- Dadurch beeinträchtigte (Psycho-) Motorik und mangelnde Affekt- und Impulskontrolle (Störung des expressiven Leibes)

→ Störungen des Leib- selbst (Identifikationen)

external

- Gestörte und defizitäre emotionale Zuwendung
- Negative Rückversicherungen
- Misslungene Passung zwischen Eigenwahrnehmung und Fremdwahrnehmung (auch die jahrelange Sprachtherapie ersetzt keinen Mangel an zwischenmenschlichem Dialog)

→ negatives Selbstwertgefühl und Selbstkonzept (Identifizierungen)

- ⇒ gestörte Entwicklung der Identität
- ⇒ unzureichende Handlungskompetenz und -performanz auf der Verhaltensebene

13. Therapieziele und Behandlungsplanung für Benedikt

In der Therapie, vor allem in der Kindertherapie, müssen die operativen Ziele persönlich bedeutsam sein, denn die Frage der Motivation und der persönlichen Investition spielt bei der Zielrealisierung eine entscheidende Rolle.

Aus dem Erleben der Isolation heraus äußert Benedikt offen seinen Wunsch nach Freundschaften.

Um ihm bei der Bewältigung seiner Störungen zu helfen und seine persönlichen Potenziale zu fördern muss dieses basale menschliche Bedürfnis unbedingt übergreifend

und richtungweisend für die Zielbestimmung und Therapieplanung sein. Insofern ergibt sich eine Ordnung von Zielen auf verschiedenen Ebenen:

Richtziele (übergeordnete Ziele)

- Intersubjektivität, Ko-respondenzfähigkeit (vgl. 4.), Empathiefähigkeit, Konsens- und Kooperationsfähigkeit
- Reflexionsfähigkeit
- Entwicklungs- und Regulationsfähigkeit bezüglich eigener Kompetenz, Performanz und Potentiale
- Kreativität bzw. gemeinschaftliche Ko-kreativität
- Fähigkeit zu Partnerschaftlichkeit

Grobziele

Persönlichkeitsebene

- Entwicklung personaler und sozialer Kompetenz und Performanz
- Ermöglichung von Selbst- Bestärkung zum Einstehen für sich selbst
- Erleben vertrauensvoller Beziehungen
- Ermöglichung von Fremdattributionen und Selbstattributionen zur Stärkung einer stabilen und prägnanten Identität
- Wahrnehmen, Ausdrücken, Realisieren und Regulieren eigener Bedürfnisse
- Ermöglichung von angemessener Relationalität (Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Kooperation, Abgrenzung, Konfliktfähigkeit)

Kontextebene

- Erfahrung „guter Zeiten“ und „schützende Inselerfahrungen“ (vgl. 8.)
- Hilfen zur sozialen Integration in die Nachbarschaft
- Nutzung der zugänglichen Ressourcen und Potentiale

Feinziele (instrumentell zur Erreichung der Grobziele)

Feinziele sollen als operative Ziele umgesetzt werden, d.h. sie müssen im verfügbaren Zeitrahmen sequentiell gestaffelt werden. Sie sollen nicht überfordern und können beständig im Prozessverlauf revidiert, adjustiert und optimiert werden. Sie erfordern praxeologische Überlegungen zu Interventionen, also zu den Methoden, Medien und Techniken (vgl. auch 5., 6. und 7.).

Aus der Strukturdiagnostik abgeleitet (vgl. 10.) soll an dieser Stelle zunächst folgendes Feinziel erster Priorität für Benedikt aufgestellt werden:

Anbahnung der Fähigkeit, emotional differenzieren zu können.

Aus der Systemdiagnostik (vgl. 11.) leitet sich eine **Behandlungsplanung** ab, die Benedikt eine lerntheoretische Erfahrung durch häufige Bestätigung, Validierung und Kohärenz innerhalb einer Gruppe ermöglichen könnte.

Das *setting* der Integrativen Gruppentherapie (vgl. 6.) in Form der „Integrativen Musiktherapie als gruppentherapeutisches Angebot“ (vgl. 7.1. und 7.2.) soll B. zur Erreichung der Zielebenen (s. o.) verhelfen.

14. Therapieverlauf – Tetradisches System

Die Integrative Therapie benutzt für kreative, problemlösende, verhaltens- und persönlichkeitsverändernde Prozesse ein Strukturierungsschema, das „**tetradisches System**“. Es unterscheidet 4 Phasen, die sich sowohl durch jede einzelne Sitzung durchziehen, als auch im Gesamtprozess der Therapie als Ganzes. Dieses Phasenmodell zeigt eine Richtung an, keine zwingende Abfolge, denn die einzelnen Phasen können unvollständig sein, abbrechen oder springen (vgl. Petzold et al. 1998h, 28).

1. Initialphase

In der Initialphase geht es um Kontakt, Vertrauen und Beziehung. Eine wertschätzende Atmosphäre soll aufgebaut werden, in der Geborgenheit, Verständnis, Geduld und Freiraum erfahren wird. Positive Erwartungen sind zu induzieren. Vermittlung erster Erfolgserlebnisse, Förderung der Interessen und Freude in der Arbeit mit kreativen Medien sind Ziele dieser Phase.

2. Aktionsphase

Die Aktionsphase wird auch als „Chaos-Phase“ bezeichnet. Hier brechen alte Wunden wieder auf, verschüttete Szenen und Dramen können sich erneut abspielen, werden erlebt und durchgearbeitet.

3. Integrationsphase

Es schließt sich eine Phase der Neuordnung an. Alte Gefühle und Verhaltensweisen sind verstanden worden, neue Aspekte können gesehen werden, was nicht bedeutet, dass die speziellen Erfahrungen in der Therapie zu einer positiven Veränderung führen müssen. Es können hier aber Rahmenbedingungen und Strukturierungshilfen für gute Neuorganisation bereitgestellt werden (vgl. Rahm et al. 1993, 372).

4. Neuorientierungsphase

Die neuen Möglichkeiten werden entwickelt, neues Verhalten kann auch erprobt und eingeübt werden, um es in den Alltag zu übertragen.

15. Interventionsstrategien, Methoden und Techniken

Im folgenden Kapitel werden die wesentlichsten Interventionsstrategien, Methoden und Techniken, die im Arbeitsprozess mit Benedikt und der Gruppe zur Anwendung kommen, dargestellt.

15.1 Emotionale Differenzierungsarbeit

Emotionale Differenzierungsarbeit als Strategie kindertherapeutischen Handelns fördert soziale Kompetenz und Performanz, an der es sowohl Benedikt als auch allen anderen körperbehinderten Kindern der Musik- AG mangelt (vgl. 4. Und 8.1.).

Ein Kriterium von sozialer Kompetenz ist die Einfühlung in einen emotionalen Zustand einer anderen Person und Kinder, die Gefühle gut „lesen“ und kommunizieren können, sind bei anderen Kindern besonders beliebt (vgl. Petzold 1996, Bd. 2, 173).

Petzold beschreibt verschiedene Möglichkeiten, diese Fähigkeit zu üben. „Gefühle raten“ anhand von Bildern ist eine Möglichkeit emotionaler Differenzierungsarbeit, direkte emotionale „Umstimmung“ eine andere. Entscheidend ist, dass ein Management von den sog. „**affordances**“ mit den „**effectivities**“¹ erlernt wird.

Für die Arbeit mit Benedikt und der Musiktherapie- Gruppe soll emotionale Differenzierungsarbeit durch den Aufbau einer neuen „**Spielkultur**“ (ibid., 175) stattfinden. Im Kontext von Schule werden ungewöhnliche, alternative Spielsequenzen angeboten, in denen neue „Performanzmuster“ (ibid.) zu entdecken sind, durch die bestimmte verinnerlichte Systeme beeinflusst werden können. Durch die fehlende Erfahrung konnte Benedikt nie lernen, seine Ideen und Spielarten mit denen seiner Mutter oder Nachbarkindern aufeinander abzustimmen. Es fand nur eine dysfunktionale „Passung“ (ibid.) statt. Diese gilt es zu verändern. In der Schule, in der die Kinder gewöhnlich lernen sollen, dürfen sie plötzlich spielen. Die sonst als Lehrerin auftretende Frau wird innerhalb der Gruppe (in geschützter Atmosphäre) zur Spielpartnerin, die Gefühle zeigt und Berührungen zulässt. Die neuen „affordances“ und die Möglichkeit, diese auch wahrzunehmen und auf sie mit neuen „effectivities“ zu reagieren ermöglicht performanzorientiertes Lernen (vgl. Sieper/Petzold 2002, 6f.) Performanzorientiertes Lernen, das mit kompetenzorientierten, sprach- und einsichtszentrierten Vorgehensweisen zum Einsatz kommt, ist „**Lernen durch Erleben und Handeln und Lernen durch Einfühlen und Verstehen**“ (vgl. ibid., 8).

Das Erfahrungslernen bietet gerade behinderten und auch kognitiv beeinträchtigten Kindern eine Chance, ihre Persönlichkeit zu entwickeln, weil leiblich Erlebtes mit emotional Erfahrenem verbunden werden kann. Die Integrative Therapie betont die besondere Bedeutung des Spiels und des Rollenspiels bei Kindern als Ausgangspunkt zur Beeinflussung von Verhalten. Es ist einerseits eine experimentierende Strategie (probieren bis es klappt !), andererseits ist es wichtig, wo Scheitern vorzusehen ist, von Seiten der Therapeutin etwas vorzumachen, denn Kinder lernen auch wesentlich „am Modell“ (vgl. ibid., 14). *Petzold* spricht in diesem Zusammenhang weiter vom **Lernen durch „Synchronisierung“** (ibid., 20) das durch Ausbildung sog. „Spiegelneurone“ (ibid.) stattfindet, deren Aktivität im Gehirn zu gewissen Imitationsleistungen in der Lage ist.

Kinder lernen durch Experimentieren, durch Erfahrung, durch Erleben, durch Faszination und Evidenz, durch Einfühlen, durch Nachahmung und schließlich aber auch durch

¹ nach Gibson 1979, (deutsch) „Der ökologische Ansatz in der visuellen Wahrnehmung“, sind „affordances“ auffordernde Handlungsangebote und „effectivities“ entsprechende Handlungsmuster, mit denen der Mensch auf die Angebote reagiert

gemeinsam stattfindende Lernprozesse, in denen die hinreichende **Passung** stattfinden kann. Dieser Art des Lernens liegt das Konzept des „**informierten Leibes**“ und des „**Leibgedächtnisses**“ (vgl. 4.) der Integrativen Therapie zu Grunde.

Emotionale Differenzierungsarbeit ist atmosphärisches Lernen, wie oben beschrieben, wo **korrigierende emotionale Erfahrungen** zur Wirkung kommen können, gleichzeitig aber ebenso fortwährend **Grenzen** ausgehandelt werden müssen. Es ist für ihre Entwicklung von Bedeutung, den Kindern eine adäquate Form von Größenerlebnis zu ermöglichen und dosierend zu begrenzen.

15.2 Therapeutische Beziehung, Übertragung/Gegenübertragung, Affiliation/Reaktanz

Die Voraussetzung für gelingende emotionale Differenzierungsarbeit ist die therapeutische Beziehung im Entwicklungsgeschehen. Sie ist der wichtigste Wirkfaktor und damit die Basis und gleichzeitig das Medium von emotionaler Differenzierungsarbeit. Als Therapeutin habe ich die Aufgabe, die Erlebniswelt des Kindes zu erfassen, auftauchende Szenen aufzunehmen, um mit ihm zu einer Beziehung zu kommen, die ihm entspricht und zugleich einen therapeutischen Charakter hat.

Kinder konstellieren für sich im Spiel mit anderen, mit Übergangs- oder Intermediär-objekten und mit der Therapeutin verinnerlichte Atmosphären in sich wandelnder Form wieder und wieder, um Lösungen für die in der Szene enthaltene Aufgabe zu finden. Im gemeinsamen Erleben mit den Kindern muss die Therapeutin durch den Wechsel in eine „**engagierte innere Distanz**“ und im „**partiellen Engagement**“ die Übersicht gewinnen (vg. 6.). Der Stil der therapeutischen Beziehung ist von „**Inter-subjektivität**“ (Petzold 1993, 1054) getragen, im Gegensatz zu einem „abstinenten“ (*Freud*) Stil, der bei Kindern nicht angezeigt ist. Es ist ein Stil der unverstellten, liebevollen Kontakt herstellt, durch den Evidenzerfahrungen ermöglicht werden und durch den die Therapeutin eine stützende Bezugsperson wird, die internalisiert zum „inneren Beistand“ (Rahm et al. 1993, 527) werden kann.

In einer gelungenen therapeutischen Beziehung treten **Übertragungen** als pathologische Beziehungsformen auf. Übertragungen sind die Vergegenwärtigung „alter“ Atmosphären und Szenen in einer Art und Weise, dass die Gegenwart verstellt wird und die Realitäten des anderen nicht gesehen werden können. Sie verhindern Intersubjektivität. Kinder „wiederholen“ unter dem Diktat der Dynamik im Unbewussten die „bösen Szenen“ mit den Personen, mit denen sie in Kontakt treten, auch mit Intermediär- und Übergangsobjekten (vgl. Petzold 1993, 1129). „Die **korrektive emotionale Erfahrung** bleibt unverzichtbar“ (ibid.).

Weiterhin kommt der „Übertragung der Therapeutin“ eine entscheidende Bedeutung zu. Es ist die unbewusste, in der Eigenproblematik der Therapeutin gründende, notorische Übertragungsdynamik, die in der Beziehung zum Kind ausagiert wird. Hiervon zu unterscheiden ist die **Gegenübertragung** der Therapeutin, die als eine bewusstseinsfähige Resonanz auf die Phänomene des Kindes verstanden wird (= empathische Reaktion) (vgl. ibid., 1130).

In therapeutischen Beziehungen können zu den Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen noch andere, aus der Sozialpsychologie kommende Interaktionsqualitäten hinzu treten. Die Qualitäten „**Affiliation**“, die als das intrinsische Bedürfnis des Menschen nach Nähe zum anderen Menschen verstanden wird, und „**Reaktanz**“, die als das ebenso intrinsische Bedürfnis nach Kontrolle und Selbstbestimmung verstanden wird, ergänzen den tiefenpsychologischen Verstehensansatz von Übertragung/Gegenübertragung und den integrativen Ansatz der Relationalitätstheorie (vgl. Müller/Petzold 2003, 2).

Schließlich gilt es als Therapeutin sich auch mit den Phänomenen **Widerstand und Abwehr** innerhalb der therapeutischen Beziehung auseinander zu setzen.

Allen Interaktionsqualitäten sollte die Therapeutin mit der nötigen, in der therapeutischen Ausbildung gewonnenen professionellen Kompetenz und Performanz (Lehranalyse, Kontrollanalyse, reflektierendes Team) begegnen.

15.3. Die 4 Wege der Heilung

Auf dem Weg der Entwicklung von Kompetenzen und Performanzen schlägt die Integrative Therapie vier Grundstrategien therapeutischen Handelns vor. Sie sind nicht hierarchisch geordnet, sondern werden kombinatorisch eingesetzt und gegenseitig ergänzt (vgl. Petzold et al. 1998h, 37). Die verschiedenen „**Modalitäten**“ (vgl. 7.) kommen hier situations- und indikationsspezifisch zum Einsatz.

1. Weg der Heilung (Bewusstseinsarbeit)

Bewusstseinsarbeit bedeutet Förderung von Exzentrität, Übersicht über den Lebenskontext, Sinnerleben und Evidenzerfahrungen, sowie Empfinden für eigene „Selbstsorge“ (Petzold 2000). Nach dem Modell der „**hermeneutischen Spirale**“ (vgl. Petzold 1993, 489) geht es um **Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen, Erklären und Verändern**. Leibliches Erleben verbindet sich auf der Grundlage zwischenmenschlicher Bezogenheit.

2. Weg der Heilung (Nachsozialisation, *Parenting/Reparenting*, emotionale Differenzierungsarbeit)

Die Stärkung des Vertrauens ist der elementare Ansatzpunkt des 2. Weges der Heilung. Vertrauen soll entwickelt und gefördert werden. Regressionsorientierte Arbeit, die defizitäre Strukturen durch korrigierende oder alternative Erfahrungen innerhalb einer tragfähigen therapeutischen Beziehung kompensiert. Die Therapeutin übernimmt für einen gewissen Zeitraum die Rolle der Eltern oder anderer Schutzpersonen. Durch die korrigierenden Erfahrungen findet eine „Nachnahrung“ statt. Die alten Atmosphären können gegenüber den realen Eltern abgeschwächt oder zumindest korrigiert werden.

3. Weg der Heilung (Ressourcenorientierte Erlebnisaktivierung)

Der dritte Weg der Heilung aktiviert die kreativen Fähigkeiten, fördert das Ausdrucksvermögen, verbessert die Ressourcennutzung und fördert Kompetenzen und Performanzen. Durch vielfältige Stimulierungen z.B. kreative Medien, Musik oder Spiel soll die Selbstwahrnehmung gefördert werden. Dieser Weg kommt besonders in der Kindertherapie zum Tragen.

4. Weg der Heilung (Alltagspraktische Hilfen und Förderung von Solidarität)

Im vierten Weg der Heilung geht es um die Erfahrung von Mitgefühl, von miteinander Handeln, vor allem in Gruppentherapien. Dieser Weg kann auch über die Arbeit im geschlossenen Raum hinausgehen, z.B. Initiierung und Unterstützung von Projekten oder konkrete Hilfe im sozialen Netzwerk.

15.4. Wirkfaktoren

Die Wege der Heilung und die **Modalitäten** werden so eingesetzt, dass sie im Zusammenwirken die Realisierung der individuell gesetzten Grob- und Feinziele unterstützen. Dabei wirken bestimmte therapeutische Faktoren, die die Integrative Therapie therapeutischen Prozessen insgesamt zugrunde legt.

Die sog. Wirkfaktoren sind letztlich Bedingungen „guten zwischenmenschlichen Miteinanders“ (Petzold 2000), die durch die Therapie wieder hergestellt werden sollten und mit Hilfe derer therapeutische Prozesse reflektiert und evaluiert werden können. Sie werden von der Therapeutin in unterschiedlicher Gewichtung prozessorientiert eingesetzt.

Folgende Faktoren werden in der Integrativen Therapie unterschieden (Petzold et al. 1998h, 40):

1. Einführendes Verstehen, Empathie
2. Emotionale Annahme und Stütze
3. Hilfen bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung
4. Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft
5. Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrungen
6. Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit
7. Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung
8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen
9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte
10. Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonten
11. Förderung eines positiven persönlichen Wertbezugs
12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen, d.h. „persönlicher Souveränität“
13. Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke
14. Ermöglichung von Solidaritätserfahrungen und „fundierter Partnerschaft“

Teil 3

16. Prozessdokumentation

16.1. Das setting

Wie in der Einleitung beschrieben, findet die von den Kindern gewählte „Musik- AG“ der Primarstufe über ein Schuljahr für eine Doppelstunde pro Woche statt.

Um den Kindern in der Gruppe mit ihren schwerwiegenden Problemen professionell distanziert und gleichzeitig partiell engagiert (vgl. 15.2.) und empathisch begegnen zu können, besteht die Gruppenleitung aus zwei Personen. Es kann dadurch sehr viel differenzierter auf die Einzelbedürfnisse der Kinder eingegangen werden. Vor allem können die Gruppenprozesse in anschließenden Nachbesprechungen gemeinsam reflektiert, analysiert und weiter geplant werden.

Deshalb wurde der nachfolgend beschriebene Gruppenprozess unterstützt von einer Sonderpädagogik- Studentin, die über zwei Jahre ein Dauerpraktikum in unserer Klasse machte und großes Interesse an Musiktherapie zeigte. Während der Gruppenstunde liegt die Leitung bei mir.

16.2. Die Gruppe

Die Gruppe findet in einem mit vielen Instrumenten und „Baumaterialien“ ausgestatteten Musikraum statt. Sie besteht aus 6 Kindern, 3 Mädchen und 3 Jungen.

Chantal (11 Jahre)

Chantal ist ein Mädchen türkischer Abstammung. Sie lebt mit ihren Eltern und 4 weiteren Geschwistern (8, 11, 12, 13, 15, eine Schwester und drei Brüder) in einer Wohnung. Die häusliche Situation ist durch Armut, Verwahrlosung und Gewalt geprägt. Chantal findet keine Unterstützung für schulische Belange (5 Schulwechsel durch Umzüge wg. Mietrückständen, mangelhaftes Essen und Kleidung). Die Eltern sind mit der Erziehung ihrer Kinder überfordert. Chantal wechselte nach dem 1. Schuljahr von der Grundschule zu unserer Schule.

Das Familienklima wird dominiert vom ältesten Sohn, der durch sein aggressiv- brutales Verhalten alle anderen terrorisiert. Chantal wird sehr oft von ihm geschlagen. Es ist auch zu sexuellen Übergriffen gekommen. Chantal ist täglich unausgeschlafen und müde. Sie kann sich kaum auf das Lernen in der Schule einlassen.

Sie verfügt nur über eine unterdurchschnittliche Intelligenz, sie hat Schwierigkeiten bei der Körperkoordination, beim Halten des Gleichgewichtes, bei der Seitendifferenz, bei der Praxie und der visuellen Wahrnehmung.

Chantal macht meistens einen gedämpften, traurigen Eindruck. Sie fühlt sich sehr schnell kritisiert und angegriffen. Ihre Stärken liegen im kreativen Bereich.

Nadine (10 Jahre)

Nadine ist ein Mädchen marokkanischer Abstammung. Sie erlitt als 3-jährige einen schweren Autounfall mit Schädelhirntrauma und Schädelbasisbruch. Seitdem ist sie gelähmt und sitzt im Rollstuhl. Sie kann auf dem Boden krabbeln. Ihre Arme kann sie nur begrenzt einsetzen. Ihre Sprache ist stark verlangsamt. Nadine verfügt ebenfalls nur über eine unterdurchschnittliche Intelligenz, bedingt durch die Unfallfolgen. Sie ist sehr lernwillig, kann sich über einen gewissen Zeitraum gut konzentrieren. Sie wirkt etwas schüchtern, meistens aber fröhlich. Nadine ist feinmotorisch geschickt und liebt kreative Dinge und Singen. Sie hat trotz ihres begrenzten Armeinsatzes viel Spaß am Umgang mit Instrumenten. Sie ist die älteste von 3 Kindern und lebt mit ihren sehr liebevollen und engagierten Eltern in einem Haus.

Irena (13 Jahre)

Irena ist ein Mädchen russischer Abstammung. Sie ist mit 3 Jahren mit ihrer allein erziehenden Mutter nach Deutschland gekommen. Irena hat von Geburt an eine spastische links betonte Lähmung. Sie musste sich als Kleinkind zwei Operationen in Russland und drei weiteren in Deutschland unterziehen. Sie ist nie gekrabbelt und lernte mit 4 Jahren laufen. Heute hinkt sie. Ihre Intelligenz ist sehr niedrig, ihre Sprache stark verwaschen mit Sprechstörungen und Speichelfluss.

Irena ist grundsätzlich recht kontaktfreudig, jedoch scheint sie im Moment zu spüren, möglicherweise pubertätsbedingt, dass sie anders ist als ihre Freundinnen. Sie zieht sich oft ganz plötzlich aus dem Spielgeschehen in der Gruppe heraus und wird traurig. Musik mag sie sehr gerne.

Peter (11 Jahre)

Bei Peter liegt eine stark ausgeprägte ADHS mit Intelligenzminderung vor. Hinzu kommen expressive und rezeptive Sprachstörungen, gravierende tiefensensible Funktions- und Koordinationsstörungen und Minderwuchs.

Peter lebt mit einer älteren Schwester und seinen Eltern in einer Wohnung. Die Eltern sind sehr bemüht, gleichzeitig aber auch sehr frustriert über kaum erkennbare Entwicklungsfortschritte ihres Sohnes. Peter wirkt noch sehr kleinkindhaft und verspielt. Er ist neugierig, kurzfristig interessiert, kann sich aber aufgrund seiner ADHS nicht länger auf eine Sache einlassen. Er hat oft gute kreative Ideen, vor allem im Musikbereich. Er kann es kaum aushalten, nicht im Mittelpunkt stehen zu dürfen.

In der Musik- AG fällt Peter immer durch Lautstärke auf (stimmlich oder mit seinem Instrument). Dadurch dominiert er in der Gruppe sehr.

Benedikt (10 Jahre)

s. o.

Markus (12 Jahre)

Markus ist der älteste von drei Kindern. Er wird nach langen „Odysseen“ (Zitat Mutter) zu Psychologen, Kinderärzten und einer Ritalinbehandlung als entwicklungsverzögert mit Asperger Autismus und Angststörungen beschrieben.

Außerdem sind visumotorische Wahrnehmungsstörungen, mangelnde Handlungskompetenz, Teilleistungsstörungen, Störungen im sozial- emotionalen Bereich und im Arbeitsverhalten bei normaler Intelligenz festgestellt worden.

Markus lebt mit seinen jüngeren, ebenfalls entwicklungsverzögerten Zwillingsschwestern und seinen Eltern in einer Wohnung. Beide Eltern sind voll berufstätig und arbeiten in einem selbständigen Betrieb. Sowohl die Familie als auch Markus Grundschullehrer beschreiben ihn als Einzelgänger, anstrengend und übertrieben in seiner Phantasie. Markus liebt Insekten, Dinosaurier und Meerestiere. Er nutzt jede Gelegenheit, darüber oder auch über andere Themen (meistens Katastrophen) zu referieren. Sein Opa, der ihm sehr viel bedeutete, starb als er ein kleiner Junge war. Seitdem sei Markus auffällig, so erzählte seine Mutter. Markus wechselte nach einer schweren 3- jährigen Grundschulzeit zu unserer Schule.

Die Musik- AG scheint Markus als einen Ort ohne Leistungsdruck zu genießen. Er zeigt sich offen und interessiert für alle Angebote. Er kennt viele Kinderlieder und Schlager mitsamt Text auswendig. Im Laufe der Woche grüßt er mich auf dem Flur „bis Freitag Frau Koolen!“

16.3. Das Spielvorhaben „Im Tiergehege“

Im ersten Schulhalbjahr habe ich versucht, mit Hilfe der Instrumente, die ich im Musikraum zur Verfügung habe, die Kinder wahrzunehmen, sie zu erfassen, ihr Verhalten zu verstehen und zu erklären.

Nach einer kurzen Befindlichkeitsrunde und einem Lied haben wir mit den Kindern gemeinsam Spielideen entwickelt. Die Kinder durften die verschiedenen Instrumente auf ihre Spielbarkeit, Lautstärke und Wirkung hin explorieren. Anschließend fanden musikalische Improvisationen mit dem jeweils entdeckten Lieblingsinstrument statt. Jedes Kind hatte dabei die Möglichkeit, durch ein vereinbartes Zeichen das Spiel zu stoppen, um sich vor Lautstärke oder unangenehmen Gefühlen zu schützen. Nach den einzelnen Runden sollten die Kinder versuchen, ihre Beobachtungen und Empfindungen zu äußern. Sie gaben sich teilweise schon differenzierte Rückmeldungen. Es fand Identifikation und Identifizierung statt.

Mit dem mehrperspektivisch- analytischen Blick entwickelten sich für die behinderten Kinder die Zieldimensionen, die ich im Kapitel 8 für die Gruppe und im Kapitel 9 für den Jungen Benedikt dargestellt habe.

Für das zweite Schulhalbjahr plante ich ein konkretes Rahmen gebendes Spielangebot zur Förderung von Gruppenkompetenz und -performanz über eine Sequenz von einigen Wochen, wobei zu den Instrumenten noch weitere Materialien (Tierhandpuppen, Tücher, Bauklötze, Decken, Bälle, Stöcke, etc.) einbezogen werden sollten: „**Im Tiergehege**“.

In der ersten Stunde ist ein vorgegebener Auftrag Anlass für die weitere Spielentwicklung. Den Kindern soll ermöglicht werden, neue Erlebens-, Spiel- und Handlungsräume zu entdecken. Die Stofftiere und die Instrumente haben eine beziehungsstiftende Funktion, dienen aber auch als „innere Beistände“ (**Intermediär- oder Übergangsobjekte**) (vgl. 15.2.). Sie sollen helfen, Verbindungen herzustellen, wo die direkte zwischenmenschliche Kommunikation erschwert ist, wie z.B. bei **Irena, Chantal oder Peter**.

Die Stunden stehen in der **erlebniszentriert- stimulierenden Modalität**. Es wird zunächst um das Wahrnehmen und Verstehen in einem vielschichtigen Geflecht von Kontakt und Bezogenheit unter den Kindern und mit den Erwachsenen gehen. Das Spielangebot darf durch die Ideen der Kinder verändert und weiter entwickelt werden.

16.4. Beschreibung der Stunden

Nachfolgend werden 4 Stunden in ihren Verlauf auf unterschiedliche Darstellungsweise, die verschiedenen Optiken der IT anwendend, beschrieben. Die ersten drei ver-

deutlichen mehr den Überblick, während mit der 4. Stunde die musiktherapeutische Arbeit exemplarisch gezeigt und detailliert dokumentiert werden soll.

16.4.1. Erste Stunde (Peter, Benedikt, Markus, Nadine)

Initialphase (Erkunden von Material, Bautechnik und „Hausmusik“, Wahrnehmen)

Die Kinder verbreiten eine aufgeregte Stimmung im Raum, weil sie die neuen Materialien entdeckt haben. Sie reden durcheinander und versuchen durch „Albernheiten“ Aufmerksamkeit zu bekommen, v. a. Benedikt und Peter. Ich interveniere durch eine geheimnisvolle Körperhaltung, Blick, Tonfall und Ansprache bezogen auf den mitgebrachten Sacksack, in dem die Tiere eingepackt sind. Benedikt erklärt mir daraufhin: „Man muss ja nicht immer Blödsinn machen, oder Frau Koolen?“ (**Neue „affordances“ lenken die Aufmerksamkeit**).

Peter will den Sack alleine öffnen, woraufhin heftiger Protest der anderen Kinder folgt. Ich lege Peter meine Hände auf seine Schultern und fordere ihn auf, die Kinder anzuschauen (**leibliche Intervention**). Er schlägt dann vor, die rote Kordel des Beutels gemeinsam anzufassen und wegzuziehen. Markus kommt beim Anblick der Tierhandpuppen erste Spielideen.

Nach einigen Minuten des Betrachtens und Ausprobierens gebe ich vor, sich für ein Tier zu entscheiden, aus den Materialien des „Psychomotorikwagens“ ein Gehege für das Tier zu bauen, in dem kleine Instrumente (Flöten, Glockenspiele, Kinderzitter, Rasseln, Trommeln, Triangeln, und andere kleine tragbare Perkussionsinstrumente) gespielt werden dürfen (**Identifikation**).

Peter nimmt nun alle roten Tücher und fast alle Bauklötze. Erneut regt sich Widerstand v. a. von Benedikt (**Benedikt erkennt sein Spiegelbild in Peter, der die einzelnen Gruppenteilnehmer noch nicht ausreichend wahrnehmen kann**). Durch meine Frage: „Bis wohin geht dein Haus?“ scheint Peter erkannt zu haben, dass er groß sein darf, aber trotzdem Grenzen einhalten muss. Er verkleinert sein Gehege um einige rote Tücher und Bausteine. Die Kinder suchen für ihre Tiere das passende Material und experimentieren mit den Instrumenten. Es herrscht ein wildes Durcheinander. Mit dem Blick auf den zeitlichen Rahmen und dem Ermöglichen von einem Erfolgserlebnis grenze ich die Bauzeit ein. Die Zeitvorgabe scheint Stress (gewohnter Leistungsdruck) zu verursachen, denn Benedikt wirkt plötzlich orientierungslos. Er kann sich nicht auf ein Tier festlegen. Peter „schlägt“ wild auf ein Becken ein (**Ich halte mir die Ohren zu, um ihm die erneute Grenzüberschreitung „leiblich“ zu demonstrieren**). Ich suche mir nun auch ein Tier, dem ich ein Gehege baue (**Rollenübernahme, Eröffnung der „Bühne“**). Benedikt schließt sich mit Nadine (seiner verlässlichen Klassenkameradin) zusammen. Dadurch scheint er im Chaos (Durcheinander von Schuhen, Spielmaterial und Instrumenten) an Sicherheit zu gewinnen. Peter bricht plötzlich in die „Gehege“ der anderen Tiere ein. Er sucht nach Fleisch für seinen Löwen. Ich spreche den Löwen daraufhin auf seinen schrecklichen Hunger an. Peter strahlt mich an, weil er sich anscheinend verstanden fühlt (**Empathie**). Schließlich will er alle noch verfügbaren Instrumente in sein Haus nehmen. Meinen Vorschlag, sich auf 3 zu beschränken, kann er annehmen (**Entlastung durch Strukturierung**).

Aktionsphase (Spielen, Ausspielen von Szenen, Erfassen)

Um Aufmerksamkeit für einander zu fördern, sich gegenseitig wahrzunehmen, um Gruppenkohäsion anzubahnen und schließlich ein Erfolgserlebnis zu evozieren, gebe ich zum Ende der Initialphase (mit Übergang in die Aktionsphase) den Auftrag, dem Gehege einen Namen zu geben. Die Kinder dürfen mit Kreide den Namen auf den Teppichboden schreiben (**Neue Erfahrung, mit Kreide umzugehen**). In einer Runde sollen die Kinder ihren gefundenen Gehegenamen vorstellen und dazu ihre Instrumente erklingen lassen (**Identitätsarbeit**). Auf dem Weg dahin „bricht“ bei Peter wieder „Chaos“ aus. Er trommelt so laut und anhaltend, dass die anderen Kinder sich gestört fühlen. Ich interveniere, indem ich meinem Affen eine hohe eindringliche Stimme gebe, die sich über den „Krach“ beschwert und mich dabei an die anderen Kinder wende (**Spiegelung, partielles Engagement und selektive Offenheit durch die Rolle**).

Es entsteht eine aufgeregte Szene, bei dem sich auch Peter wieder einfülen kann. Die Kinder freuen sich über die entstandene „Echtheit“ des Spiels (**2. Weg der Heilung**). Die Namensrunde kann stattfinden.

Integrationsphase (Ordnung, Selbstorganisation, Verstehen)

Anschließend spielen sich viele kleine Szenen um den lustigen Affen mit der hohen Stimme ab (**3. Weg der Heilung**). Die Kinder scheinen die neue Rolle von mir als **Spielpartnerin** sehr zu genießen („**Spielkultur**“). Schließlich versammeln sie sich alle in einem **Gehege (Affiliation)**. Benedikt und Markus glauben, das sei nicht erlaubt. Benedikt übernimmt die Rolle des Zoodirektors. Ich zeige den Kindern durch mein Spiel, wie schön ich es finde, miteinander gemeinsam zu spielen und zu singen. Nadine wirkt entspannt. Sie findet auch eine Stimme für ihr Tier. Wir unterhalten uns. Peter übernimmt jetzt die Rolle des „Tiereinfängers“, die sich auf Benedikt beziehen soll (**Reaktanz**). Die Szene mit dem Affen und den andern Tieren von Benedikt (Eisbär), Markus (Schildkröte) und Nadine (Giraffe) setzt sich fort. Peter nimmt sich mehr und mehr zurück.

Neuorientierungsphase (Festigung, neue Sicht, Erklären)

Die Stunde geht zu Ende. Ich kündige das gemeinsame Aufräumen an. Die Kinder sind traurig. Wir machen den Vorschlag, alles zu fotografieren, um nächste Woche wieder anknüpfen zu können (**die neue Lernerfahrung festhalten, um sich zu erinnern und zu wiederholen**). Die Praktikantin macht Fotos von den einzelnen Gehegen und vom gesamten Park. Wir räumen mit den Kindern auf. Dabei rufe ich noch einmal die entstandenen Szenen in Erinnerung und kommentiere sie mit meinen Erlebnissen (**Resonanz, hermeneutische Spirale: Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen, Erklären**). Markus stellt erst am Ende fest, dass ihm die beiden anderen Mädchen aus der Gruppe fehlen (**er hat über das erste Halbjahr hinweg Kontakt, Beziehung und möglicherweise schon Bindung zu Gruppenmitgliedern erfahren können**). Er fragt: „Machen wir das nächste Woche wieder?“

Reflexion/ Nachbesprechung

Bei der Nachbesprechung sprang uns das große, noch offenbar ungestillte Spielbedürfnis der Kinder ins Auge.

Weiter fiel uns die Szene von **Peter** in der Initialphase auf: Möglicherweise war das „Schlagen auf das Becken“ eine **Übertragung** einer „alten Wut“. Vielleicht war es auch die Überforderung, im „kreativen Chaos“ einen sichtbaren Platz in der Gruppe zu finden (Peter ist klein und kann sich verbal schlecht verständlich machen). Durch meine **Gegenübertragung** „Ohren zu halten“ konnte der Wirkfaktor „Förderung leiblicher Bewusstheit“ zum Einsatz kommen.

Auch **Benedikt**, ebenfalls ADHS- Kind, war vermutlich überfordert mit der Vielfalt der Medien. Als Konsequenz für die nächste Stunde nehmen wir uns vor, das Material zu sortieren und das Spielvorhaben zu strukturieren: 1. Die Einrichtung einer „Zurückzieh-Oase“, 2. nur für ein Tier soll ein Gehege gebaut werden, 3. kürzere Bauzeit und 4. ein kleines Partnerspiel mit Handtrommeln zur Wahrnehmung am Anfang der Spielzeit, speziell für Peter und Benedikt: „Anlocken und Stopp!“

16.4.2. Zweite Stunde (alle Kinder sind anwesend)

Zu Beginn der Stunde werden zunächst die beiden Mädchen, die letzte Stunde fehlten, ins Spielvorhaben eingeweiht. **Ich erinnere an die Bauphase, an Peters Umgang mit den Tüchern und Klötzen und erkläre dabei die neuen Spielregeln für diese Stunde.**

Während die Kinder sich ihre Plätze wieder einrichten, kündigt **Benedikt** laut ein „Tiershow“ an: „Ihr müsst euch benehmen, ihr müsst was vorbereiten, ihr müsst euch alle benehmen, gleich müsst ihr fertig sein!“

Wahrscheinlich überträgt Benedikt hier Szenen aus seinem Alltag zu Hause und in der Schule. Wenn ihm ein Ereignis oder eine Feier angekündigt wird, muss er sich benehmen, sich von seiner besten Seite zeigen. Alles muss hergerichtet sein, ohne zwischendurch zu „trödeln“. Seine aufgeregte Stimmung erzeugt ein wenig Hektik im Raum.

Benedikt hat als einziger sein Gehege nicht fertig, bzw. noch sehr chaotisch. Auf meine Frage, ob er keine Begrenzung habe, reagiert er hilflos. Er weiß nicht, wie er sich organisieren soll. **Ich versuche ihm durch Ordnungsvorschläge zu helfen und hole ihn damit wieder ins Gruppengeschehen.**

Als nächstes nehmen wir die Namensgebung aus der letzten Stunde wieder auf. Die Kinder erfinden teilweise neue Namen und schreiben sie selbst auf.

Peter trommelt mit der ausgegebenen Handtrommel relativ leise vor sich hin. Es wirkt, als wolle er sich beruhigen (**Erfahrung aus der letzten Stunde**).

Nach einer Vorstellungsrunde mit den gefundenen Namen leite ich das Trommelspiel an. Zunächst werden die Polarisierungen laut und leise, mit Stimme und ohne Stimme ausprobiert (**übungszentrierte funktionale Modalität**). Anschließend folgt die Partnerübung „Anlocken und Stopp!“, ein Spiel bei dem ein Kind einem anderen durch unterschiedliches Trommeln zeigen kann, wie weit vor oder zurück es kommen darf. Peter und **Benedikt** probieren verschiedene Variationen miteinander aus. Peter ist begeistert: „Super Spiel Frau Koolen!“. Nadine bezieht sich auf die Praktikantin. Ich „besuche“ Irena. Markus gesellt sich zu den beiden anderen Jungen. Chantal scheint mit sich alleine beschäftigt zu sein. Es herrscht eine entspannte und friedlich wirkende „Besuchsatmosphäre“.

Benedikt und Peter erinnern sich an die Idee aus der letzten Stunde „Tierfänger“ zu spielen. Chantal und Irena reagieren vehement mit Protest. **Ich nutze diesen Wunsch der beiden Jungen als Chance, sich in der Gruppe auseinandersetzen zu lernen und initiiere einen Klärungsprozess (Ko-responzenzprozess, vgl.4.) im Kreis auf dem Boden.**

Benedikt erklärt das Spiel. Ein Tier, das nicht essen würde, müsse ins Tierheim. **Eine erneute Übertragung, denn Benedikt isst z. Zt. zu wenig. Seine Appetitlosigkeit ist eine Nebenwirkung des Ritalin.** Chantal kritisiert sehr deutlich, dass bei dem Spiel keine Besuche möglich seien und man nicht spielen dürfte. Sie wird immer wütender und schimpft: „Wie Sklaven sollen wir sein...!“ Sie wäre sowieso gerne in die „Zurückzieh-ecke“ gegangen. (**aus Angst vor Nichtbeachtung?**) Markus und Nadine verhalten sich neutral. Es bietet sich noch keine Lösung an. Wir vertagen in Anbetracht der Zeit die Diskussion auf nächste Stunde. Peter hält Chantals Stimmung nicht gut aus. Er versucht sie umzustimmen. Beim Aufräumen, Falten der Tücher, Einrollen der Bänder kehrt wieder Ruhe ein. Markus erinnert sich an die Musik, die ihm heute besonders gefehlt habe. **Die verbale Auseinandersetzung scheint ihn zu überfordern.** Weiterhin stellt er fest, dass er ja zu Hause leider nicht so tolle Decken habe und nächstes Mal aber unbedingt wieder die Schildkröte mit ihrem Schutzpanzer nehmen würde.

Wir verabschieden uns mit der Aussicht, nächste Woche wieder neue Spielszenen zu erfinden. Chantal bleibt bei uns im Raum zurück. Sie will mit mir alleine sprechen: „Kannst du mir erklären, warum mich heute keiner besucht hat?“ **Damit hatte ich nicht gerechnet. Ihre Traurigkeit nachempfindend, versuche ich ihr eine Antwort zu geben. Vielleicht hätte sie ein deutliches Zeichen geben müssen.**

Daraufhin empört sie sich: „Ach jetzt gibst du mir die Schuld!“ **Ich versuche ruhig zu bleiben, obwohl mich die Not des Mädchens belastet. Ich nehme sie in den Arm und erkläre ihr, dass sie natürlich keine Schuld habe, es vielleicht mal mit einem Zeichen versuchen könnte.** „Dann lass aber die Tiere hier!“ ist ihre Antwort. **Hier zeigt sich die Wichtigkeit von Intermediärobjekten in der Arbeit mit Kindern.**

Reflexion/Nachbesprechung

1. Perspektive Benedikt

Benedikt bringt auf zweifache Weise sein Thema **Leistungsdruck, sich gut benehmen zu müssen** ein. Die Gruppe soll stellvertretend für ihn zeigen, wie man damit umgehen kann. Er zeigt sich in dieser Stunde deutlicher als in der ersten.

2. Perspektive Gruppe

Der größere Teil der Gruppe nimmt das „Tierfängerspiel“ nicht an bzw. ignoriert es. Der Leistungsdruck hat anscheinend beim Spielen keinen Platz. (Chantal: „Wie Sklaven...!“) Durch das Suchen nach einem Konsens ist der Boden für Gruppenkohäsion gelegt.

3. Perspektive Thema „Im Tiergehege“

In der nächsten Stunde wird sich zeigen, wie die Kinder mit dem Stress „Tierfängerspiel“ umgehen werden und wer welche Rolle einnehmen wird. Während der „Besuchsspiele“ ist ein weiteres Thema von Chantal aufgetaucht: **Wunsch nach Begegnung, Nähe und Selbstbestätigung** („Warum hat mich keiner besucht?“)

Für uns stellt sich die Frage, ob es zwischen diesen beiden Themen Konkurrenz geben wird, welche Einflussmöglichkeiten wir nutzen? Ist **Leistungsdruck, Ohnmacht bzw. Handlungsunfähigkeit** ein übergeordnetes **Gruppenthema**?

16.4.3. Dritte Stunde (alle Kinder und eine „Besucherin“)

Die Stunde wird ein wenig geprägt durch ein gut aussehendes, auffallendes Mädchen, das in der Schule aufgrund dessen ein hohes Ansehen genießt. Ihre AG fällt an diesem Tag aus. Sie wollte/musste (?) zu uns. Ich beschließe, das Mädchen nur soweit einzubeziehen, wie sie es selber möchte, um den Gruppenprozess nicht zu „stören“. Sie versucht sich auf das Spielen „Im Tiergehege“ einzulassen, wirkt aber insgesamt etwas zurückhaltend.

Nach einer kurzen Anknüpfung an das „Tierfängerspiel“ gebe ich zunächst eine Spielanweisung vor, aus der sich weitere Spielmöglichkeiten ergeben können. Die Kinder richten sich wieder das Gehege für ihr Tier ein, wählen ein Instrument aus und zeigen damit den anderen, wie sie klingen und wie die Stimmung im Gehege ist (**Förderung der Ausdrucksfähigkeit**). Es entsteht eine sehr aufmerksame Situation des gegenseitigen Wahrnehmens. In meiner Rolle als Affe schlage ich „Einladungen zu Besuch“ vor. Chantal schafft es, auf sich aufmerksam zu machen. Bei ihr im Gehege kann man Instrumente lernen. Nadine besucht sie. Mein Affe ist auch neugierig geworden und besucht den Leopard (Chantal) und die Giraffe (Nadine). In ihrem Spiel ist es Abend geworden. Chantal spielt Flöte und Nadine Zitter (**Musik als Katalysator oder Vehikel, vgl. 7.2.**). Ich stimme dazu ein Schlaflied an. Die beiden genießen die Atmosphäre sehr (**2. Weg der Heilung, Resonanzgebende Funktion von Musik**).

Nach einer Weile insistiert Benedikt wieder mit dem Tierfängerspiel. Bei den Mädchen aus der Gruppe ist Angst spürbar. Die „Besucherin“ bleibt am Rand, sie erkennt vielleicht die gewachsene Gruppenatmosphäre. Trotzdem gebe ich dem Spiel jetzt einen Raum, weil scheinbar etwas erlebt werden muss, um daran zu lernen. Benedikt hat die Aufgabe, vorher genau die Spielregeln zu erklären (**Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit**). Die Kinder können sich auf die verabredeten Regeln einlassen. Es entsteht ein wildes Fangspiel im Raum v. a. zwischen Benedikt und Peter (**Förderung leiblicher Bewusstheit und Selbstregulation in konfliktzentriert-aufdeckender Modalität**). Mein Affe ist

schnell gefangen und fühlt sich sehr unwohl, so eingesperrt zu sein. In meiner **Gegenübertragung** zeige ich mit meinem Affen lautstarken Protest durch Trommeln (**Imitationslernen**). Währenddessen streiten sich Peter und Benjamin immer heftiger. Chantal gelingt es, sich in der Zurückzieh- ecke zu schützen (**Resilienz**). Das Spiel bringt die Konflikte zwischen den Kindern ans Tageslicht.

Hier breche ich die Spielsituation ab, um wieder die nötige Exzentrizität zu schaffen. Durch kindgemäßes Bewusstmachen der **Strukturen hinter den Phänomenen** anhand der Spielszenen. Die Kinder sollen lernen, durch „**Fremdattributionen**“ innerhalb der Gruppe (vgl. **4. Gruppenkompetenz**) sich besser zu sehen und zu verstehen. Das gemeinsame Aufräumen ist sehr angespannt. Markus persistiert mit einem Lied, das auf mich etwas „albern“ wirkt, sicherlich aber die nötige Entspannung verdeutlicht.

Reflexion/Nachbesprechung

Wir gestehen uns nach der Stunde einerseits ein Gefühl von Hilflosigkeit gegenüber der z. T. sehr starken Eigendynamik der Kinder zu, sehen aber andererseits die kleinen „Machtkämpfchen“ der Jungen auch als „Imponiergehabe“ vor den Mädchen, speziell vor der „Besucherin“, die in der Stunde zurückhaltend blieb. Im Gesamtprozess des mehrwöchigen Spielvorhabens „Im Tiergehege“ befanden wir uns in der **Aktionsphase** des tetradischen Systems. Hier darf „Chaos“ sein, um zur nächsten Phase der Integration gelangen zu können. Durch die Konflikte ist Intensität entstanden, die kommuniziert werden konnte.

In den nächsten Schritten gilt es, das emotional Erfahrene und Gelernte kompetent umzusetzen. Um die **Potentiale** der Kinder sich mehr entfalten zu lassen und sie aus nötiger Distanz zu betrachten, beschließen wir in der folgenden Stunde, uns deutlicher herauszuhalten. Zur weiteren Förderung der Gruppenkohäsion schlägt die Praktikantin vor, in Absprache mit den Kindern ein Gehege für alle Tiere mit Instrumenten einzurichten.

16.4.4. Vierte Stunde

Das Spielvorhaben war insgesamt für sechs Stunden geplant. In der vierten Stunde erlebte ich den gruppendynamischen Prozess der Kinder am intensivsten und möchte deshalb diese Stunde detaillierter nach dem mehrperspektivischen Gruppenmodell der Integrativen Therapie (vgl. Frühmann 1986) darstellen. Der 1. Teil der Stunde wird als „Vorbereitungszeit“ (Teil der Initialphase) im Verlauf zusammenhängend beschrieben. Anschließend wird dieser Teil aus den 5 verschiedenen Perspektiven: 1. Gruppe, 2. Individuum, 3. Szene/Kontext, 4. Zeit/Kontinuum: Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft und 5. Beobachterin betrachtet (vgl. **6. „szenisches Erfassen“**).

Der weitere Verlauf der Stunde wird tabellarisch dargestellt.

Vorbereitungszeit (Initialphase)

Im Stuhlkreis wird locker „geplappert“. Benedikt ist noch unruhig von der langen Busfahrt. Er greift das „alberne“ Lied von Markus auf. Chantal braucht ein Pflaster. Die Kinder fragen nach dem Mädchen aus der letzten Stunde. Das „Tierfängerspiel“ wird noch einmal in Erinnerung gerufen. Vorschläge für die heutige Stunde werden unter Leitung der Praktikantin gesammelt. Markus stellt seine Spielidee vor: „Ein Tier kommt neu in den Zoo!“ Die Kinder nehmen den Vorschlag gerne an. Die Landschaft wird aufgebaut

mit der Option „alleine oder zu zweit“. Der Aufbau verläuft relativ zügig und geregelt in folgender Zusammenstellung: Benedikt und Markus (Krokodil/Schildkröte), Chantal und Irena (Leopard/Zebra), Nadine und die Praktikantin (Giraffe/Panther), Peter (Löwe) und ich als Beobachterin. Die Kinder wünschen sich von mir wieder die Rolle des Affen. Sie probieren ihre Instrumente aus. Chantal sucht etwas Spezielles zum „Schlafen gehen“. Sie spielt ein harmonisches Glockenspiel. Peter entdeckt die verschiedenen Saiten der Gitarre. Er spielt einen gleich bleibenden Rhythmus. Irena trommelt. Markus empfindet die Stimmung „wie im wilden Westen, im Saloon“. Die Gehegenamen sollen von mir aufgeschrieben werden. Eine ältere Schülerin betritt den Raum. Jemand ruft: „Du störst!“

Perspektive Gruppe

Heute sind alle 6 Kinder anwesend. Sie sind mittlerweile gut aufeinander eingestellt, wissen wer welche Qualitäten hat und erzählen sich die kleinen Begebenheiten, die gerade wichtig sind (Busfahrt, Fernsehfilme vom Abend etc.). Sie kennen in etwa den Ablauf der Stunde, fühlen sich sicher. In dieser Stimmung darf auch „bemuttert“ werden (Chantals Pflaster). Die Frage nach der „kleinen Schönheit“ aus der letzten Stunde ist wichtig, um das „Revier“ klar abzugrenzen. Die Kinder können wieder so sein wie sie sind. Der Verständigungsprozess über die Spielideen findet kommunikativ kompetent statt. Bekannte Strukturen (Landschaftsaufbau) trägt zum Wohlfühlen bei und schafft gleichzeitig Raum für neue Erfahrungen: Die Instrumente haben bestimmte Funktionen (Chantal sucht Entspannung vom täglichen Stress in der Nacht, Vehikelfunktion von Musik). Die als „störend“ wahrgenommene Schülerin unterstreicht die intime beschützte Atmosphäre im Raum.

Perspektive Individuum (Benedikt)

Benedikt sucht sich heute den „interessanten“ Markus als Partner, weil er „coole“ Witze machen kann. Peter ist für ihn offensichtlich als Junge kein Vorbild, sondern nur Streit Anlass (letzte Stunde) bzw. bedeutet Konkurrenz.

Perspektive Szene/Kontext

Die Kinder teilen zwar alle die gleiche Schule, die gleiche AG am Freitag vor dem Wochenende, bringen aber jeweils andere Kontexte mit. Die „wohlbehütete“ Nadine, oder das Einzelkind Benedikt unterscheiden sich in ihrem Lebensgefühl extrem von Chantal, deren Kontext durch Stress, Gewalt, Armut und schlaflose Nächte gekennzeichnet ist. Die Spielzeit ist insofern als „Schützende Inselerfahrung“ ein wichtiger „protektiver Faktor“.

Perspektive Zeit/Kontinuum

Die Kinder bringen sich mit ihrer Vergangenheit in die Gruppe ein. Im Laufe der Zeit (ein Dreiviertel Jahr) ist zwischen uns ein Vertrauensverhältnis gewachsen. Sie haben erfahren, dass sie sein dürfen wie sie sind, ohne etwas „leisten“ zu müssen (im Gegensatz zum Unterrichtsalltag) und dass ihre Probleme ernst genommen werden. Durch Markus Spielidee könnte sich das Thema „Kontakt“ (vgl. 4. Gruppenkompetenz) als neuer oder als Außenseiter inszenieren. Die Kinder fühlen sich davon angesprochen.

Perspektive Beobachterin

Nach der intensiven Auseinandersetzung im Spiel der letzten Stunde, in der ich mich „partiell engagiert“ („zum Affen gemacht“) habe, mich dabei als sehr „echt“ empfand, gehe ich jetzt gespannt und mit neuer eigener Spielfreude an die Stunde heran. Ich freue mich auch über die kommunikative Kompetenz der Kinder bei der Vorbesprechung und über das in der Musik ausgedrückte Gefühl von Intensität und Aufgeregtheit. „Störungen“ (durch hereinkommende Personen) werden im Schulalltag manchmal zu viel beachtet.

Verlauf	Perspektiven	Therapeutin als Beobachterin
<p>Initialphase</p> <p><u>Fr.Koo</u> „Wie soll gespielt werden?“ <u>Chantal</u> „Ich will schlafen“</p> <p><u>Fr.Koo</u> „Wer soll das neue Tier sein?“ <u>Irena</u>: „Der Eisbär!“</p> <p><u>Chantal</u> „Markus, der kann besser spielen“. Markus zögert. Benedikt und Peter wollen beide. Eine Abstimmung wird angedacht. <u>Chantal</u> „Dann nehmen wir eben Peter, damit es keinen Ärger gibt!“ Alle Kinder werden gefragt und sind dafür. Auch Benedikt akzeptiert.</p> <p><u>Koo</u> „Markus, erkläre bitte als Spielleiter deinen Spielvorschlag“</p> <p>Marvin erklärt das Spiel etwas undeutlich zu mir gewandt, nicht an die Gruppe gerichtet. Ein Tier soll „eingeliefert“ werden und die anderen seien dann schon da. Dann würden die sich nach und nach kennen lernen, während der Zoodirektor das nicht sieht.</p> <p><u>Koo</u> „Markus, die Kinder hören nicht zu!“</p> <p>Markus richtet sich jetzt an die Kinder: „So wie in <i>Findet Nemo!</i>“ Benedikt ergänzt seine Erklärung.</p>	<p><u>Indiv.</u> Chantal wird sich an die schöne Atmosphäre der letzten Stunde und ihr großes Bedürfnis nach Entspannung und Rückzug erinnern. Möglicherweise ist es auch eine Form von Widerstand gegenüber einer anstehenden Auseinandersetzung.</p> <p><u>Ben.</u> Der Eisbär war bisher Benedikts Tier.</p> <p><u>Gruppe</u> Die Gruppe entscheidet sich für Peter, weil sie hoffen, Peter etwas konstruktiver zu erleben. Peter dominiert sonst meistens durch Lautstärke (Ruf nach Beachtung). <u>Ben.</u> sieht wahrscheinlich eher die Chance, eine Führungsrolle übernehmen zu können und kann deshalb abgeben.</p> <p><u>Kontinuum</u> Markus hat gute kommunikative Fähigkeiten, die auf diese Weise als Potential der Gruppe zur Verfügung stehen können, ist aber nicht gewohnt, dass ihm so genau zugehört wird, er gilt ein bisschen als „Spinner“, seine Wortwahl „eingeliefert“ erinnert an Psychiatrie. Möglicherweise ist er schon einmal in diesen Zusammenhang gebracht worden.</p> <p>Förderung der Wahrnehmung und der kommunikativen Kompetenz und Performanz durch Aufmerksam- machen</p> <p><u>Gruppe</u> Hier kann und soll sich auch die „Lebenswelt der Kinder“ (aus dem Fernsehen) re- inszenieren (Identifikation mit dem Neuen, der zunächst ein Außenseiter ist, sich dann aber behaupten kann).</p>	<p>Die Kinder erwarten, dass ich das Spiel eröffne und damit auch die Verantwortung übernehme. Bei meiner Frage merke ich schon, dass es eine leichte Rollenverwirrung geben wird.</p> <p>Ich gebe gerne ein bisschen Verantwortung für das Spiel ab, sehe auch den Stolz bei Markus.</p>

<p><u>Koo</u> „Habt ihr das Spiel jetzt verstanden?“</p> <p><u>Alle</u> „Ja!“</p> <p>Aktionsphase</p> <p>Das Spiel beginnt langsam, die Instrumente „plätschern“ vor sich hin.</p> <p><u>Koo</u> „Der Affe ist heute ein bisschen verletzt“</p> <p>Peter spielt den Eisbären, der in einem Wagen „eingeliefert“ wird. Die Kinder nehmen ihn wahr, aber Peter kann Markus erzählte Anleitung nicht umsetzen. Chantal ist unzufrieden.</p> <p><u>Markus</u> „Jetzt habe ich eine geniale Idee, jedes Tier hat einen Geheimgang, wo es dann das neue Tier unbeobachtet besuchen darf. Dann bekommt das der Zoodirektor gar nicht mit.“</p> <p><u>Koo</u> „ Schaut mal, wer das ist, ein neues Tier!“</p> <p>Inzwischen irrt Peter etwas ziellos zwischen den Gehegen und versucht mit einem Band Benedikts Krokodil einzufangen.</p> <p><u>Markus</u> wittert Gefahr und wird zu einer „Klapperschlange“. Er benutzt eine Rassel, um sich auszudrücken.</p>	<p><u>Ben.</u> sucht Kontakt zu einem Vorbild bzgl. Ausdrucksfähigkeit</p> <p><u>Gruppe</u> Die Gruppe soll mitbekommen, dass sie mit verantwortlich ist für das gute Gelingen.</p> <p><u>Kontext</u> Lange Erklärungen würden die Kinder überfordern.</p> <p><u>Markus</u> Er bekommt scheinbar mit, dass Peter hilflos ist und wieder in eine andere Rolle, nämlich die des Zoodirektors (der noch nicht festgelegt war) schlüpfen will. Er will Kontakt zur Gruppe. Die Kinder sollen sich aufeinander beziehen, aber nicht offensichtlich. Er möchte „geschützt“ im „Untergrund“ bleiben, weil er vielleicht sonst bei den „wilden“ Spielen schnell wieder den Überblick verliert.</p> <p><u>Gruppe</u> Die Kinder hören zwar die Geschichte, wirken aber unsicher und handlungsunfähig.</p> <p><u>Ben</u> Peter ist wieder in der alt bekannten Rolle des Tierfängers, hier als Zoodirektor. Er greift Benedikt offen an. Anscheinend muss der Kampf aus der letzten Stunde noch weiter geführt werden.</p> <p><u>Gruppe</u> Die Gruppe greift die gefährliche Stimmung auf. Die Kinder schreien durcheinander. Benedikt bekommt Hilfsangebote. Es herrscht Solidarität. (Grup-</p>	<p>Ich übernehme an der Stelle die Verantwortung für ein gutes Gelingen des Spiels.</p> <p>Ich nehme eine Atmosphäre von „Ruhe vor dem Sturm“ wahr. Ich verstärke durch leises Spielen der Gitarre.</p> <p>Tatsächlich habe ich eine Wunde am Finger (Vermittlung von Authentizität).</p> <p>Ich bringe mich mit meinem Affen hier ein, weil der Spielfluss gestoppt ist. Die Kinder scheinen überfordert. Sie brauchen konkrete Anleitung bzw. eine Initialzündung.</p> <p>Ich unterstütze die Einschätzung von drohender Gefahr durch aufgeregtes Rufen meines Affen.</p>
---	---	---

<p>Peter verliert die Kontrolle. Sein Spiel wird destruktiv.</p> <p>Der Affe trommelt unüberhörbar</p> <p><u>Koo</u> „Was ist jetzt da im Spiel passiert?“</p> <p><u>Peter</u> „Bin wieder reingerutscht ins Tierfängerspiel, wollte ich nicht, Entschuldigung“</p> <p><u>Chantal</u> „Das war aber auch cool!“</p> <p><u>Koo</u> „Aha, Peter hast du das gehört?“</p> <p><u>Peter</u> „Markus, cool deine Idee mit der Klapperschlange“</p>	<p>penidentität)</p> <p>Musik als Intermediärfunktion: Der Affe „trommelt alle zusammen“.</p> <p><u>Kontinuum</u> Peter entschuldigt sich immer sofort, sowohl in der Klasse als auch in der Gruppe. Es wirkt bei ihm etwas floskelhaft. Man könnte meinen, er verhalte sich wie ein kleines unerzogenes Kind.</p> <p><u>Chantal</u> identifiziert sich mit Peter, will offensichtlich von der zurückgezogenen Rolle in eine angreifende wechseln und etwas Neues ausprobieren. Ein deutliches Zeichen ihrer versteckten Aggressionen.</p> <p><u>Gruppe</u> Das sich angebahnte übergreifende Thema „Ohnmacht, Hilflosigkeit, Druck, und Handlungsunfähigkeit tritt in den Vordergrund.“</p> <p><u>Peter</u> kann in dieser Situation das Lob nicht annehmen, bzw. seine Freude darüber nicht zum Ausdruck bringen. Er lobt direkt Markus für die gute Idee mit der Klapperschlange. Vielleicht hat er sich somit Resilienz aufbauen können, die ihm hilft „Niederlagen“ zu überwinden (Peter ist mit seinem ebenso kleinen Vater im Judoverein).</p>	<p>Durch die Rolle des zusammen-trommelnden Affen (ich erkläre den Kindern die Redewendung) führe ich die Kinder wieder in eine exzentrische Position.</p> <p>Ich kenne Peter sehr gut aus meiner Klasse. Er zeigt hier bekannte Verhaltensweisen. Seine Hilflosigkeit tut mir leid. Der Gruppenprozess steht für mich jetzt im Vordergrund. Deshalb gehe ich nicht näher auf seine Szene ein.</p> <p>Somit ist eine Intervention ohnehin überflüssig geworden, denn Peter bekommt trotzdem ein gutes Feedback.</p> <p>Ich freue mich über Peter Ressourcen.</p>
<p>Integrationsphase</p> <p><u>Koo</u> „Wie spielen wir weiter?“</p> <p>Die Kinder möchten eine nächste Runde mit dem Eisbären, der neu in den Zoo kommt, spielen. Benedikt möchte der Eisbär sein. Peter kann die Rolle jetzt gut an ihn abgeben. Er will jetzt im Spiel ein „lieber“ Zoodirektor sein.</p>	<p><u>Gruppe</u> Für die Gruppe ergeben sich damit wieder neue Möglichkeiten.</p> <p><u>Peter</u> kann zwar für den Moment zurücktreten, braucht aber noch sehr viel Zeit, um mehr Selbstsicherheit zu gewinnen und zu festigen.</p> <p><u>Ben</u> Er hat nun endlich Gelegenheit, eigene Wege zu beschreiten.</p> <p><u>Kontinuum</u> Ein allen Kindern be-</p>	<p>Meine Frage bezweckt die Aufrechterhaltung der Intensität.</p> <p>Ich kann nun wieder in die beo-</p>

<p>Markus denkt sich schnell einen Übergang für die neue Geschichte aus. Benedikt erklärt, der Eisbär hätte am Anfang noch ein bisschen Angst. Er will mit dem Stofftier aus dem Raum gehen.</p> <p><u>Koo</u> „Benedikt, du hast dir einen tollen Spielbeginn ausgedacht!“</p> <p>Der Eisbär betritt von außen das Zoogelände und geht von Gehege zu Gehege.</p> <p>Peter will den Eisbären unbedingt herumführen. Er betont dabei immer, dass er jetzt „lieb“ sei.</p> <p><u>Koo</u> (als Affe zu den anderen Kindern) „Hoffentlich ist der Zoodirektor nicht wieder so böse...“</p> <p>Markus erklärt, dass der alte Zoodirektor tot sei und der neue ein „lieber“ ist.</p> <p>Chantal lacht laut und freut sich, was sie durch ihr Glockenspiel verstärkt. Sie singt: „Der ist tot, der kommt nie wieder“</p> <p>Der Eisbär nimmt Kontakt zu den anderen Tieren auf. Er spricht sie an, fragt was sie da in ihrem Gehege gerade machen, ist interessiert an Kleinigkeiten.</p> <p>Plötzlich „fliehen“ Chantal und Irena aus dem Zoo.</p> <p>Sie lassen ihre Tiere in Richtung Mikrophon fliegen.</p>	<p>kantes Gefühl wird von Benedikt einbezogen: Angst.</p> <p>Emotionale Differenzierungsarbeit</p> <p><u>Kontext</u> Benedikt setzt durch den Schulflur einen neuen Spielimpuls und beweist kreative Handlungskompetenz. Durch das „Heraustreten“ bekommt er eine feinere Wahrnehmung.</p> <p><u>Peter</u> sucht Bestätigung von der Gruppe. Er will sich wieder ins rechte Licht setzen.</p> <p>Förderung von Performanzen durch neue „affordances“</p> <p><u>Gruppe</u> Wieder erfährt Peter Unterstützung von einem Gruppenmitglied. Markus ist an einem guten Gruppengefühl interessiert.</p> <p><u>Chantal</u> In ihrer Übertragung, taucht möglicherweise ihr „böser“ Bruder auf, dem sie vielleicht manchmal etwas so schlimmes wünschen würde. Sie entlädt sich und wirkt ausgelassen.</p> <p><u>Ben</u> geht sehr gut mit seiner Rolle um.</p> <p><u>Chantal</u> ist nicht nur ausgelassen sondern „losgelassen“. Sie „fliegt“ aus, sucht sich eine Gefährtin, weil es ihr alleine sicherlich zu schwer wäre.</p> <p>Sie möchte wahrscheinlich außer Kontrolle geraten. Sie wagt einen Ausbruch aus ihrem Kontext.</p> <p>Weg der Heilung (Sinnerleben,</p>	<p>bachtende Rolle gehen.</p> <p>Wieder wirkt Peter wie „ferngesteuert“. Ich frage mich ob er wirklich nicht anders kann, als sich immer wieder in den Mittelpunkt zu rücken. Ich beschließe, ihn ein wenig zu herauszufordern.</p> <p>Eine vielschichtige Palette von Einzelprozessen drängt sich mir auf.</p> <p>Ich möchte Chantals empfundenes Freiheitsgefühl verstärken.</p>
--	---	--

<p><u>Koo</u> (als Affe) „Oh, die hauen ja ab...“</p> <p>Chantal schreit nun sehr laut im Befehlston: „Kommt alle her..., sofort zurück...!“</p> <p><u>Nadine</u> „Schrei nicht so!“</p> <p>Peter sucht sich ein anderes Spielfeld als Tierarzt.</p> <p>Markus spielt unentwegt die „gefährliche“ Rassel der Klapperschlange.</p> <p><u>Chantal</u> schnauzt Benedikt verbal sehr brutal an.</p> <p>Markus kündigt an, dass der alte Zoodirektor wieder kommen würde. Chantal hat sich inzwischen etwas beruhigt und richtet sich erneut in ihrem Gehege ein, „so dass der Zoodirektor nichts merken kann.“ Sie spielt ihr Glockenspiel, singt dabei zwar vor sich hin, scheint sich aber noch auf Benedikt zu beziehen: „Der Arsch kann sich nicht retten“</p> <p><u>Ben</u> „Ja und, dann kommt eben der Zoodirektor!“</p>	<p>Bewusstseinsarbeit)</p> <p><u>Chantal</u> Wahrscheinlich war die Erkenntnis einer Flucht noch nicht von Chantal verstanden worden. Sie wirkt überfordert.</p> <p><u>Nadine</u> Zum ersten Mal regt sich Nadine sichtbar auf. Sie wirkt sehr erschrocken über die Aggression die plötzlich im Raum ist. <u>Gruppe</u> Nadine, die „ruhige“ spricht für die Gruppe. Sie drückt vielleicht stellvertretend aus: <i>...Bleib locker, du kannst auch anders, wir hören deinen Wunsch...wir können aber auch ruhig miteinander verhandeln...</i></p> <p><u>Peter</u> Hier beweist er wieder Resilienz, denn aggressive Stimmungen anderer Kinder machen ihm sonst Angst. Meistens hält er sich die Ohren zu, oder geht aus der Situation heraus.</p> <p><u>Markus</u> scheint die Szene eher spannend zu finden. Trotzdem ist für ihn die Rassel ein Anker. <u>Gruppe</u> Einzelne Teilnehmer der Gruppe tragen die Stimmung von Chantal mit. <u>Chantal</u> scheint zu glauben, mit ihrer Flucht etwas falsch gemacht zu haben. Sie ist wütend über sich selbst und verliert dabei die Kontrolle.</p> <p>Musik als Halt gebende Funktion</p> <p><u>Chantal</u> es scheinen sich bei ihr hier verschiedene Protagonisten und Stimmungen zu vermischen, auf die aber im Rahmen des Spielgeschehens und in Anbetracht der Zeit nicht eingegangen werden kann.</p> <p>Hilfsangebot als leibliche Intervention (Kontaktangebot)</p> <p><u>Ben</u>. Als Eisbär lässt er sich von der Stimmung nicht sichtbar be-</p>	<p>Die Intervention im ersten Weg der Heilung passt für Chantal an der Stelle (noch) gar nicht.</p> <p>Es ist durch die Musik eine sehr dichte Atmosphäre entstanden. Ich spüre bei Chantal ein Gefühl von Verzweiflung über ihren misslungenen Ausbruch. Das Bild ihrer Familienatmosphäre ist für mich erkennbar. Ich lasse die kurze Szene unkommentiert stehen. Chantal darf hier mal so sein.</p> <p>Die Musik spricht für sich!</p> <p>Ich versuche eine beschützende Haltung durch meine Nähe, Mimik und Gestik gegenüber Benedikt auszudrücken.</p>
--	---	---

<p>Neuorientierungsphase</p> <p><u>Koo</u> „ Die Zeit ist leider um. Unser Spiel muss hier enden. Wir räumen wie immer gemeinsam auf und versammeln uns noch einmal in Kreis.“</p> <p>Im Gespräch wird Peter von den Kindern kritisiert. Er wolle „immer nur Boss“ sein. Chantal äußert den Wunsch, auch mal „Bestimmer“ sein zu wollen.</p>	<p>einflussen. Ben. reagiert nicht persönlich gekränkt über Chantals Angriff (Resilienz). Für ihn scheint die Intensität im Spiel bedeutsamer zu sein, denn er möchte nächste Stunde die Fortsetzung der Geschichte spielen. Außerdem hat Chantal ihm möglicherweise auch die „show“ gestohlen, die er dann endlich zeigen könnte.</p> <p><u>Gruppe</u> Die Gruppe hat die „Prozesse“ der einzelnen Kinder bis hierhin integrieren können.</p> <p><u>Gruppe</u> Während des Aufräumens entladen sich noch letzte „Reste“ aus dem Spiel. Die Kinder sind traurig, dass die Stunde schon wieder um ist. Sie wirken ein wenig erschöpft. Irena ist sogar sauer, dass es nicht weiter gehen konnte. Sie hat wohl jetzt erst verstanden, was eigentlich im Spiel alles passiert ist. Sie spürt die entstandene Intensität.</p> <p><u>Peter</u> wird von den Kindern teilweise als „nervig“ erlebt.</p> <p><u>Chantal</u> hat durch ihren klar formulierten Wunsch am Ende noch die Gelegenheit, uns allen ihren „Ausbruch“ zu erklären.</p>	<p>Ich versuche mit den Kindern zum Abschluss der Stunde eine kurze Reflexion anzuschließen</p> <p>Ich lasse die Kritik der Kinder weitgehend unkommentiert, weil mir hier deutlich Peters Intelligenzminderung und seine mangelnde Sprachkompetenz verglichen mit den anderen Kindern (Benedikt, Markus, Chantal und Nadine) im Zusammenhang mit der ADHS Problematik gravierend ins Auge springt.</p>
---	--	---

17. Zielevaluation und Weiterentwicklung

Die Kindergruppe hat an vielen Stellen kommunikative Kompetenz und Performanz gezeigt: Sie war durch das Aushandeln von (dominanten) Rollen und Regeln und das Integrieren äußerer Einflüsse zur Kooperation fähig (siehe v. a. die Gruppenperspektive in 16.4.4.). Gruppenstabilität und Gruppenidentität konnte entstehen v. a. durch das „Aushalten“ der einzelnen Prozesse (Peter, Chantal). Es konnten im kreativen Spiel Beziehungsqualitäten ermöglicht und gefördert werden. Die Kinder haben ein Gespür für ihre Potentiale bekommen. Dies zeigte sich im gezielten Einsatz der Musikinstrumente an spannenden oder entspannenden Spielsituationen.

Die Ziele für Benedikt konnten über lerntheoretische Erfahrungen durch Bestätigung, Validierung und Kohärenz in der Gruppe erreicht werden: Vor allem in der vierten Stunde hat Benedikt das Spielgeschehen maßgeblich vorangetrieben. Nachdem die Kinder bei Peter als Eisbär im Unklaren blieben, bekamen sie durch Benedikt (Raum verlassen, Gehege anschauen, die Kinder fragen) Ideen, wie sie sich verhalten könnten. Seine Kreativität konnte durch das Rollenspiel mit den Tieren kanalisiert werden. Er erfuhr Performanzen z. B. durch die Fähigkeit der Auseinandersetzung und Abgrenzung gegenüber einem anderen Kind (Peter) oder durch die Fähigkeit zur Partnerschaftlichkeit mit Markus und Nadine. Benedikt übernahm eine Führungsrolle und Hauptrolle als Zoodirektor und als „neues Tier“. Hier konnte er endlich seine Kompetenzen zeigen, seine Empathiefähigkeit durch das Spielen der Angst des Eisbären. Er nahm die anderen Kinder in ihrem Spiel wahr und begann emotional zu differenzieren. Auf die verbale Attacke am Schluss von Chantal reagierte er besonnen und selbstbewusst.

Benedikt konnte die Notwendigkeit spüren, sich sortieren zu müssen, um Ideen erfolgreich umsetzen zu können und sich Gehör verschaffen zu können.

Er erfuhr durch die gemeinsame Reflexion, insbesondere zum Schluss der Stunden, eine adäquate Passung zwischen Eigen- und Fremdwahrnehmung, verbunden mit der Anforderung, miteinander kommunizieren zu müssen. Sein über die Jahre verinnerlichtes negatives Selbstkonzept konnte auf diese Weise ein wenig korrigiert werden.

Mit dem Spielvorhaben „Im Tiergehege“ konnte m. E. ein kleiner Beitrag nicht nur für Benedikt sondern auch für die Identitätsentwicklung der anderen Kinder auf ihrer Persönlichkeits- und möglicherweise auch auf ihrer Kontextebene geleistet werden.

Die zwei noch anstehenden für das „Tiergehege“ geplanten Stunden mussten aus AG organisatorischen Gründen (Krankheit mehrerer Kolleginnen) umgestaltet werden, so dass mit den Osterferien automatisch diese Spielphase endete.

Im weiteren Verlauf des Schuljahres nach meinem Projekt entwickelten die Kinder eigenständig kleine „Spielshows“ mit Musikuntermalung, die sie alleine probten. Wir mussten vor der Türe des Musikraumes warten und durften uns in mehreren Szenen überraschen lassen. Dieses setting haben wir selbst sehr genossen. Benedikt und Markus waren meistens abwechselnd die Erzähler bzw. Geschichtenerfinder. Peter hatte eher eine „untergeordnete“ Position. Chantal und Nadine erfanden viele schöne und stimmungsvolle Klänge während Irena eher eine schauspielerische Rolle einnahm.

Schlussreflexion

Ich hoffe, die vorliegende Arbeit hat demonstrieren können, welche Potentiale in behinderten Kindern mit und ohne ADHS stecken und wie wichtig es ist, sie auf ihrer Entdeckungsreise zu begleiten und ihnen Beziehung anzubieten. Denn der Hauptwirkfaktor bei pädagogischen und therapeutischen Maßnahmen ist m. E. die Art und Weise der Beziehungsgestaltung und die Mehrperspektivität. Dabei möchte ich mit den hier

von mir ausgewählten Sichtweisen und Hypothesen keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit erhoben haben.

Ein besonderer Fokus dieser Arbeit war auf den Jungen Benedikt gerichtet, ein Kind, das mit Ritalin behandelt wird, obwohl bisher keine sorgfältig klinisch diagnostizierten Ergebnisse vorliegen. Allerdings ist sicherlich auch nur schwer, bei der großen Bandbreite des Störungsbildes, eine eindeutige Diagnose zu konstatieren.

Ich stehe persönlich dem Medikament Ritalin kritisch gegenüber, habe aber im Laufe der Arbeit mit Benedikt beobachtet, wie die Musiktherapie unter Einbeziehung kindertherapeutischer Methoden die Wirkung der medikamentösen Behandlung ergänzen und beeinflussen kann. Meiner Meinung nach dürfte Ritalin nur in Kombination mit kindertherapeutischen Maßnahmen verschrieben werden, um den Kindern wirklich gerecht zu werden.

Benedikt ist inzwischen ein Junge geworden, der seine Klassenkameradinnen und Kameraden mit seinen Spielideen anstecken und begeistern kann. Er hat mehrere „echte“ Freunde gefunden und pflegt diese in der Schule mit viel Engagement. Er kann schwierige Situationen schon gut reflektieren und zeigt soziale Kompetenz - ein weiterer Schritt in seiner Identitätsentwicklung.

Benedikts Mutter hat sich auf den Weg gemacht, für ihren Sohn eine außerschulisch begleitende therapeutische Hilfe zu suchen. Wir bestärken sie darin, den Blick mehr auf die Fortschritte in der Persönlichkeitsentwicklung des Jungen zu richten, statt wie bisher vorrangig auf seine Leistungsfähigkeit.

Besondere Kinder haben eine besondere Förderung verdient, um als behinderte Menschen ein würdevolles Leben führen zu können. Es besteht leider im Zeitalter von „Pisa“ und dem damit verbundenen Leistungsanspruch auch im Sonderschulsystem die Gefahr, den mehrdimensionalen Blick auf die Kinder (körperliche, psychische und soziale Behinderung) zu verlieren.

Deshalb sehe ich für mich eine Chance darin, gleichzeitig Sonderpädagogin und Therapeutin zu sein, die ich nutzen möchte, um mir diesen Blick weiterhin für die Kinder zu bewahren.

Zusammenfassung

Es werden von der Autorin grundlegende theoretische Konzepte der Integrativen Therapie und Musiktherapie bezogen auf körperbehinderte Kinder vorgestellt. Diese Kinder haben aufgrund fehlender leiblicher, identitätsstiftender Rückversicherungen häufig negative Selbstkonzepte. Therapeutische Arbeit bei „Risikokindern“ setzt bei der Suche nach ihren protektiven Faktoren und Resilienzen an. Oft ist dies die Musik, weil sie Kindern Halt und Trost für seelischen Kummer geben kann. Musiktherapie als intermediärer „Spielplatz“ und potenzieller Raum wird hier in der Gruppentherapie mit den behinderten Kindern genutzt, um Identitätsentwicklung zu unterstützen und Grup-

penkompetenz und -performanz zu fördern. Im Kontext Schule werden alternative Spielsequenzen angeboten, in denen neue Performanzmuster zu entdecken sind. Neben dem besonderen Fokus auf einen Jungen mit ADHS werden die Prozesse der Kindergruppe analysiert und evaluiert.

Keywords:

Negative Selbstkonzepte, Resilienzen, intermediärer Spielplatz, alternative Spielsequenzen, neue Performanzmuster

Summary

The author introduces basic theoretical concepts of "Integrative Therapy" and "Music Therapy" focussed on physically disabled children. In many cases, these children have a negative self-image because they can not identify with or be reassured by their body. Therapeutical work with „children at risk“ starts with the search for their protective factors and their resiliences. Often, this is the music because it can give children support and comfort in times of sorrow. „Music Therapy“ as an intermediary „playground“ and a potential space (room) is used here in group therapy with disabled children to support development of identity and encourage group-competence and -performance. In a school context, alternative game sequences are made possible in which new performance structures can be discovered. In addition to the special focus on a boy with „ADHS“ the processes of the group of children are analysed and evaluated.

Keywords:

negative self-image, resiliences, intermediary playground, alternative game sequences, new performance structures

Literaturverzeichnis

Aust-Claus, E./Hammer, P.-M. (2001): Das ADS Buch. 6. Aufl. Oberstebrink Verlag GmbH, Ratingen, 2001.

Baulig, V. (2003): Hyperaktivität in systemischer Sicht. In: Behindertenpädagogik, 42. Jahrgang, S. 54-73, Heft 1/2, Psychosozial-Verlag, 2003.

Bürgin, D. (1996): Winnicott: klinisch relevante entwicklungspsychologische Konzepte. In: *Metzmacher, B./Petzold, H.G./Zaepfel, H.*, Hrsg. (1996): Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes von heute. Integrative Kinderthera-

- pie in Theorie und Praxis. Bd. 1, S. 303-319, Junfermann Verlag, Paderborn, 1996.
- Du Bois, Prof. Dr. im Olgahospital, Stuttgart* (2002): Die Ritalin Falle - Wer oder was macht angeblich immer mehr Kinder ADS- krank? Ein Interview erschienen im „Psychologie Report“, Abdruck der arte- TV Redaktion, www.arte-tv.com, 2002.
- Fink, A.M.* (1998): Integrative Therapie in der Arbeit mit hyperaktiven Kindern. In: Integrative Therapie, 24. Jahrgang, S. 298-313, Heft 3-4, Junfermann, Paderborn, 1998.
- Frohne-Hagemann, I./Pleiß-Adamczyk, H.* (2005): Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2005.
- Frühmann, R.* (1986): Das mehrperspektivische Gruppenmodell im „Integrativen Ansatz“ der Gestalttherapie. In: *Petzold, H.G.*, Hrsg. (1986a): Psychotherapie und Friedensarbeit, S. 255-281, Junfermann, Paderborn, 1986.
- Grindler, E.* (2002): Eine Pille gegen die Überforderung. In: Psychologie Heute, 29. Jahrgang, 10/2002.
- Grund, O./Richter, K./Schwedland-Schulte, G.* (2004): Das „komplexe Leibkonzept“ der Integrativen Therapie. In: Integrative Therapie, 30. Jahrgang, S. 216-236, Heft 3, Junfermann, Paderborn, 2004.
- Hilke, A.* (1996): Zwischen Keller und Dachboden. In: *Metzmacher, B./Petzold, H.G./Zaepfel, H.*, Hrsg. (1996): Praxis der Integrativen Kindertherapie. Bd. 2, S. 435-459, Junfermann, Paderborn, 1996.
- Metzmacher, B./Petzold, H.G./Zaepfel, H.* Hrsg. (1996): Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis. Bd. 1 und Bd. 2, Junfermann, Paderborn, 1996.
- Moosecker, J.* (2003): „Entstellter“ Körper - gefährdete Identität?. In: Behindertenpädagogik, 42. Jahrgang, S. 102-126, Heft 1/2, Psychosozial-Verlag, 2003.
- Müller, M./Petzold, H.G.* (2003): Affiliation, Reaktanz - sozialpsychologische Beziehungsmodelle und ihre Bedeutung für die Praxis der Supervision. In: Supervision, Interdisziplinäre Internet-Zeitschrift, FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper, Düsseldorf/Hückeswagen, www.fpi-publikationen.de/supervision, Ausgabe 08/2003.
- Orth, I./Petzold, H.G.* (1995b): Gruppenprozessanalyse- ein heuristisches Modell für Integrative Arbeit in und mit Gruppen. In: Integrative Therapie 2, S. 197-212, Junfermann, Paderborn, 1995.
- Osten, P.* (2002): Psychotherapeutische Diagnostik im Ansatz der Integrativen Therapie. Unveröffentlichtes Manuskript aus Anamnese- und Diagnostikseminar am Fritz Perls Institut. München, 2002.
- Petersen, D./Thiel, E.* (2001): Tonarten, Spielarten, Eigenarten. Kreative Elemente in der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen. Göttingen, 2001.
- Petzold, H.G.* (1988n): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I/1 und Bd. I/2. Junfermann, Paderborn, 3. revid. und überarbeitete Auflage, 1996a.
- Petzold, H.G.* (1993): Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn, Junfermann, 1991a, 1992a, 1993a.

- Petzold, H.G.* (1993c): Frühe Schädigungen- späte Folgen? Psychotherapie & Babyforschung Band 1, Junfermann, Paderborn, 2. Auflage 1997.
- Petzold, H.G.* (1994j): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie & Babyforschung Band 2, Junfermann, Paderborn, 1994j.
- Petzold, H.G.* (1996): Integrative Kindertherapie als sozial-ökologische Praxis beziehungsorientierter und netzwerkorientierter Entwicklungsforschung. In: *Metzmacher, B./Petzold, H. G./Zaepfel, H.* Hrsg. (1996): Praxis der Integrativen Kindertherapie Bd. 2, S. 143-188, Junfermann, Paderborn, 1996.
- Petzold, H.G.* (1996): Weggeleit, Schutzschild und kokreative Gestaltung von Lebenswelt - Integrative Arbeit mit protektiven Prozessen und sozioökologischen Modellierungen in einer entwicklungsorientierten Kindertherapie. In: *Metzmacher et al.* Bd. 1, S. 169-280, Junfermann, Paderborn, 1996.
- Petzold, H.G.* (1997w): Integrative Musiktherapie - eine Ausbildung mit klinischer, ästhetischer und psychotherapeutischer Schwerpunktbildung. In: *Müller, L./Petzold, H.G.* Hrsg. (1997): Musiktherapie in der klinischen Arbeit. Integrative Modelle und Methoden, S. 278-296, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, u. a. 1997.
- Petzold, H.G.* (2000): Kernkonzepte der Integrativen Therapie. Unveröffentlichte Materialzusammenstellung.
- Petzold, H.G.* (2004): Der „informierte Leib im Polylog“ - ein integratives Leibkonzept für die nonverbale/verbale Kommunikation in der Psychotherapie. In: *Hermer, M./Klinzing, H.G.*, Hrsg. (2004): Nonverbale Prozesse in der Psychotherapie. Tübingen, DGVT Verlag, 2004.
- Petzold, H.G./Goffin, J.J.M./Oudhof, J.* (1993): Protektive Faktoren und Prozesse - die „positive“ Perspektive in der longitudinalen, „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie. In: *Petzold, H.G.* Hrsg. (1993c): Frühe Schädigungen - späte Folgen?, S. 345-497, Junfermann, Paderborn, 2. Auflage 1997.
- Petzold, H.G./Leuenberger, R./Steffan, A.* (1998h): Ziele in der Integrativen Therapie. In: *Ambühl, H./Strauß, B.* Hrsg. (1998): Therapieziele. Hogrefe, Göttingen, 1998.
- Petzold, H.G./Müller, L.* (2004): Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie-Protektive Faktoren und Resilienzen in der diagnostischen und therapeutischen Praxis.
- Petzold, H.G./Schneewind, U.-J.* (1986): Konzepte zur Gruppe und Formen der Gruppenarbeit in der Integrativen Therapie und Gestalttherapie. In: *Petzold, H.G.* Hrsg. (1986a): Psychotherapie und Friedensarbeit, S. 109-254, Junfermann, Paderborn, 1986.
- Rahm, D.* (2004): Integrative Gruppentherapie mit Kindern. Junfermann, Paderborn, 2004.
- Rahm, D./Otte, H./Bosse, S./Ruhe-Hollenbach, H.* (1993): Einführung in die Integrative Therapie. Junfermann, Paderborn, 1993.
- Ramin, G./Petzold, H.G.* (1987): Integrative Therapie mit Kindern. In: *Petzold, H.G.* (1991a), S. 1089-1150, Junfermann, Paderborn, 1993.

- Schneewind, U.-J.* (1996): Leibtherapie bei Kindern mit frühen Persönlichkeitsschädigungen. In: *Metzmacher, B./Petzold, H.G./Zaepfel, H.* Hrsg. (1996): Praxis der Integrativen Kindertherapie. Bd. 2, S. 243-278, Junfermann, Paderborn, 1996.
- Sieper, J./Petzold, H.G.* (2002): "Komplexes Lernen" in der Integrativen Therapie - Seine neurowissenschaftlichen, psychologischen und behavioralen Dimensionen. In: POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ 10/2002.
www.fpi-publikationen.de/polyloge
- Schuch, H. W.* (2000): Grundzüge eines Konzeptes und Modells „Integrativer Psychotherapie“. In: Integrative Therapie, 26. Jahrgang, Heft 2-3, S. 145-202, Junfermann, Paderborn, 2000.
- Voss, K.* (2004): Zappelphilipp und kleine Träumer. Wenn Kinder aus dem Rahmen fallen - Kontroverse um die „Ritalin- Frage“. In: Kölner Stadtanzeiger, Seite 38, 27. Juli 2004.
- Winnicott, D. W.* (1973): Vom Spiel zur Kreativität. Klett, Stuttgart, 1973.