

GraduierungsArbeiten

zur "Integrativen Therapie"
und ihren Methoden

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

04 / 2003

Konzept für
Musiktherapeutische Entwicklungsförderung
im Setting einer
Sonderschule für Körperbehinderte*

eingereicht von:
*Anne Kuhlemann***

Herausgegeben durch den Prüfungsausschuss der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit
von Prof. Dr. mult. Hilarion Petzold, Dr.med. Susanne Orth-Petzold, Dipl.-Sup. Prof. Dr. Waldemar Schuch, MA,
Prof. Dr. Johanna Sieper

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.
Redaktion: Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Wefelsen 5, 42499 Hückeswagen
e-mail: Forschung.EAG@t-online.de

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

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

** Anne Kuhlemann, Am Fangberg 7 49545 Tecklenburg

Ich bin von meinem tiefen Wunsch geführt,
meine Aufgaben, in dem Land, in dem ich aufgewachsen bin,
immer mehr in Anmut mit Leidenschaft, Verstand und Mühe zu gestalten.

Ich widme diese Arbeit meinen Eltern
Annemarie und Friedrich Kuhlemann
durch die ich viel Bindung und Liebe erfahre.



0.

Einleitung:

In dieser Arbeit beschreibe ich das Angebot „musiktherapeutische Entwicklungsförderung“, welches ich an meinem Arbeitsplatz, der Sonderschule für Körperbehinderte, geschaffen habe.

Dazu untersuche ich im ersten Teil den modernen Rehabilitationsbegriff im Hinblick auf die Bedeutung für die Sonderschule und gehe auf das allgemeine Ziel der Rehabilitation ein.

Mein musiktherapeutisches Angebot wird dem Bereich der Prävention durch schulisch-pädagogische Rehabilitation zugeordnet. Zu dem Konzept der Salutogenese werden Ressourcen aufgezeigt und Risikofaktoren genannt. Danach werden die Resilienz- und Schutzfaktoren der Integrativen Kindertherapie dargestellt.

Im zweiten Teil der Arbeit betrachte ich das Arbeitsfeld: „Zielgruppe, Setting, Ziele der Musiktherapie, Therapiestruktur und die Wirkung der therapeutischen Beziehung.“

Ich gebe einen Überblick über die möglichen Wirkungen der Musikauswahl und über einen Therapiestundenverlauf, orientiert an Aussagen der integrativen Therapie und Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen. Dazu werden in 2 Protokollbögen im Anhang die Beobachtungsfelder gezeigt.

Im dritten Teil der Arbeit soll der Formenkreis „Die autistischen Entwicklungsstörungen“, mit ihren Symptomen und Erklärungsansätzen aus dem aktuellen Forschungsstand dargestellt werden. Ich beschreibe, wie ich an den Erkenntnissen der Forschung orientiert, musiktherapeutisch behandle und spreche Interventionsverfahren an.

Zuletzt stelle ich Ausschnitte aus der Therapie mit einem autistisch behinderten Jugendlichen dar. Seine Störung wird mit dem Mehrperspektiven-Analysemodell zur multidiagnostischen Betrachtung von Krankheitsursachen betrachtet und es werden Hypothesen zur Sinnstruktur für sein Verhalten gefunden. Ziele und Behandlungsmethoden werden genannt. Die Entwicklung des Jugendlichen innerhalb des Therapieprozesses wird anhand von musikalischen Phänomenen und anhand der Beziehungsebene dargestellt. Dazu werden die jeweils wirksamen Heilfaktoren der Integrativen Therapie benannt. Mit einem Résumé und Ausblick des Therapieprozesses wird die Arbeit abgeschlossen.

Inhaltsverzeichnis:

0.	Einleitung	S. 2
1.	Rehabilitation	S. 4
1.1	Rehabilitationsforschung (Koch/Bengel).....	S. 4
1.2	Die Bedeutung des Salutogenesemodells für die Rehabilitation, Risiko-, Resilienz-, Schutzfaktoren	S. 4
1.3.	Musiktherapie in der schulisch-pädagogischen Rehabilitation	S. 7
2.	„Musiktherapeutische Entwicklungsförderung“	S. 8
2.1.	Arbeitsfeld Sonderschule	S. 8
2.2	Konzept für diese Schule	S. 9
2.2.1.	Settings (Organisation, Räume, Material, Kollegium, Transparenz)	
2.2.2.	Die Struktur der Therapie	S.10
2.2.3.	Ziele der Musiktherapie	S.11
2.2.4.	Die therapeutische Beziehung als Wirkfaktor	S.12
2.2.5.	Musikauswahl und ihre Wirkungen	S.12
2.2.6.	Therapiestundenverläufe anhand des tetradischen Modells.....	S.14
3.	Die autistischen Entwicklungsstörungen	S.17
3.1.	Beschreibung der Symptome	S.18
3.2.	Das „Asperger Syndrom“	S.18
3.3.	Erklärungsansätze für autistische Entwicklungsstörungen und musiktherapeutische Behandlungsmöglichkeiten „Theorie of Mind“ „Intersubjektivitätstheorie“, „Erregungsmodell“ „Affektmodell“	S.19
3.4.	Interventionsverfahren	S.21
4.	Prozessdokumentation	S.22
4.1	Theorie der Mehrperspektivischen Analyse	S.22
4.2	Versuch einer mehrperspektivischen Analyse für den Jugendlichen W. S.23	
4.2.1.	Die Perspektive des Individuums und des Netzwerkes	S.23
4.2.2	Die Perspektive des Kontextes	S.24
4.2.3	Die Perspektive des Kontinuums.....	S.25
4.2.4	Hypothesen über Sinnstrukturen	S.25
4.2.5	Therapieziele und Behandlungskonzept	S.26
4.2.6	Prozessverlauf	S.26
4.2.6.1.	1. Therapiestunde.....	S.26
4.2.6.2.	2. Therapiestunde.....	S.27
4.2.6.3.	5. Therapiestunde	S.27
4.2.6.4.	7 . Therapiestunde	S.28
4.2.6.5	8. bis 20. Therapiestunde.....	S.29
4.2.6.6	21. Therapiestunde	S.30
4.2.6.7	22. bis 44. Therapiestunde	S.31
4.2.6.8	45. Therapiestunde.....	S.32
4.2.7	Résumé und weiterer Ausblick	S.32
5.	Literatur	S.34
6.	Anhang	S.36

1.1.**Rehabilitationsforschung**

(Literatur: J. Bengel, U. Koch Hrsg. Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften Springer 2000)

Allgemein akzeptiertes und final verstandenes Ziel der Rehabilitation ist die soziale Integration des Behinderten. Damit ist die möglichst weitgehende Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gemeint.

„Das Rehabilitationsverständnis zielt darauf, mit Leistungen der medizinischen, beruflichen, schulisch-pädagogischen und psychosozialen Rehabilitation chronisch kranken und behinderten Menschen dazu zu verhelfen, die Erkrankung und Behinderung sowie deren Folgen zu bewältigen, um möglichst weitgehend und selbständig am normalen Leben in Familie, Beruf und Gesellschaft teilnehmen zu können.“ (Koch/Bengel, S.10)

In der Schule für Körperbehinderte wird an der schulisch-pädagogischen Rehabilitation gearbeitet, und nicht an der medizinischen, wie in Rehabilitationskliniken. Der moderne Rehabilitationsbegriff orientiert sich am biopsychosozialen Modell von Gesundheit und Krankheit der WHO. Rehabilitation meint in dem Kontext, die Bemühungen, ...“ *eine Funktionsstörung nicht zu einer dauerhaften Einschränkung bzw. Beeinträchtigung der persönlichen, sozialen und beruflichen Lebensumstände werden zu lassen oder zumindest die Auswirkungen auf die genannten Lebensbereiche auf ein Minimum zu reduzieren.“* (Koch/Bengel S. 9)

Die Ziele rehabilitativer Leistungen bestehen in der Verringerung der Einschränkungen (Beeinträchtigungen) und im Bemühen, Verschlechterungen zu vermeiden. Die Rehabilitationswissenschaften entwickeln und evaluieren rehabilitative Interventionen: Diagnostik, Begutachtung, Indikationsstellung, Zuweisungsprozesse, Therapiesteuerung. In der Schule wird nicht diagnostiziert. Sonderschullehrer begutachten, weisen Kinder speziellen Schulen zu oder initiieren auf organisatorischer Ebene Begleitungen und Behandlungen.

1.2.**Die Bedeutung des Salutogenesemodells für die Rehabilitation**

(Literatur: N. Gerdes, J. Weis „Zur Theorie der Rehabilitation“ in J. Bengel U. Koch 2000)

In jüngerer Zeit erlangte neben dem pathogenetischen Modell das in den letzten 30 Jahren entwickelte Konzept der Salutogenese zunehmende Bedeutung.

Antonovsky prägte den Begriff der Salutogenese. Er untersuchte, auf welche intrapsychischen Bewältigungsmechanismen Menschen zurückgreifen können, die unter schwersten und belastendsten Bedingungen zu existieren und zu überleben vermögen. Das Salutogenesemodell dient der Erklärung der Wechselwirkungen von Aufrechterhaltung der Gesundheit und Entstehung von Krankheit. Es ist auf das Auffinden von entwicklungsfördernden Voraussetzungen, auf Ressourcen des Menschen gerichtet:

Ressourcen sind:

1. Orientierung an den Fähigkeiten und der Selbstverantwortung.
2. Individuelle Problemlösungskompetenz.
3. Die Entwicklung der Persönlichkeit in den Bereichen Ich und Identität:
 - Das Ich als „Selbst in actu“, als bewusstes Selbst mit den Fähigkeiten zum Wahrnehmen, Fühlen/ Spüren, Memorieren, Denken, Phantasieren, Wollen, Handeln, Kontakt herstellen, Synthetisieren, Reflektieren und der Fähigkeit zur Exzentrizität.
 - Die Identität als internalisierte, prozesshafte Muster der charakteristischen interpersonalen Beziehungen (P.Osten, S. 269) entstehend aus Identifikation und Identifizierung.
4. Soziale Unterstützungssysteme:

Die Gesundheit des sozialen Netzwerkes (familial und amikal) stehen in der Kindertherapie (s.u.) zentral. Deshalb sind Eltern- und Familienarbeit und die dazugehörige Theorie von besonderer Bedeutung. (Petzold, Müller 2000)
5. Das Kohärenzgefühl:

Zentrale personale Ressource ist in Antonovskys Modell das Kohärenzgefühl. („Sense of coherence“). Das Kohärenzgefühl wird als globale Orientierung verstanden, die dem Menschen ein generalisiertes, überdauerndes Gefühl des Vertrauens vermittelt. Dazu gehört ein positives Selbstbild der Handlungsfähigkeit, der Bewältigbarkeit von externen und internen Lebensbedingungen und das Bestreben, den Bedingungen einen subjektiven Sinn zu geben und sie mit den eigenen Wünschen und Bedürfnissen in Einklang zu bringen. Die drei Komponenten des Kohärenzgefühls sind: Verstehbarkeit, Machbarkeit, Sinnhaftigkeit.

Die Arbeiten von Antonovsky zeigen, dass das menschliche Leben in einer komplexen Interaktion von Risiko- und Schutzfaktoren steht, die ein persönliches „Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“ konstituieren. (Metzmacher, Petzold, Zaepfel 1996 S.78, S. 189)

Die **Risikofaktoren** sind:

1. Psychiatrische Probleme bei einem Elternteil (DSM-Diagnose).
2. Mehrere Belastungspunkte der Mutter (Siehe Metzmacher, Petzold, Zaepfel S.193).
3. Mehr als 20 „stressful life events“ im abgelaufenen Jahr.
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 4 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 protektiven „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.

In der Integrativen Kindertherapie wurden **Resilienzfaktoren** herausgearbeitet:

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 die Belastungssituationen so anzupassen, dass Möglichkeiten feststellbar werden.
6. Die Möglichkeit, Belastungserfahrungen zu kommunizieren und aufgrund von Netzwerkorientierung und guter interaktiver Kompetenz und Performanz Schutzpersonen zu mobilisieren.

Studien zur Copingforschung ergaben, dass die Verfügbarkeit eines breiten Spektrums unterschiedlicher Verarbeitungsstrategien sowie die flexible Verwendung der Strategien für die Verarbeitung („Adaption“) förderlich sind.

In der integrativen Kindertherapie werden folgende **Schutzfaktoren** - potentiell protektive Faktoren - systematisch in ihrer Verschränkung mit den Resilienzfaktoren fokussiert, um den Risikofaktoren kompensatorisch begegnen zu können:

1. Soziale Unterstützung innerhalb des sozialen Netzwerkes (inner-/ außerhalb der Familie).
2. Eine verlässliche Beziehung zu einem „significant caring adult“ inner-/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...).
6. Möglichkeitsräume (potential space), in denen Gestaltungsimpulse und Selbstwirksamkeit erfahren werden können, so dass sich internal orientierte Kontrollüberzeugungen und konstruktive selbstreferentielle Emotionen und Kognitionen, d.h. positive Selbst- und Identitätschemata entwickeln können.
7. Soziale Vorbilder, die Werte und Sinnbezüge vermitteln und die konstruktives Bewältigungsverhalten modellhaft zeigen.
8. Realistische Situationseinschätzung und positive Zukunftsorientierung, Leistungsmotivationen und Impetus zur aktiven Problembewältigung.
9. Kognitive und emotionale Integrationsfähigkeit, die einen „Sense of coherence“ ermöglichen (s.o.).
10. Sozioökologische Kontexte, die einen breiten Aufforderungscharakter haben und eine Vielfalt von affordances bereitstellen, so dass Handlungskompetenzen (effectivities)

gewonnen werden können.

11. Dosierte Belastung, die Immunisierungen und das Ausbilden von Bewältigungsstrategien ermöglichen, weil sie die Coping-Kapazitäten und die vorhandenen Ressourcen nicht überfordern.
12. Angebote für kokreative 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 Fähigkeit 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.

(Literatur: Petzold/Müller 2002)

1.3. Musiktherapie in der schulisch-pädagogischen Rehabilitation

Das primäre Interesse der salutogenetischen Modelle ist auf den gesamten Bereich der Prävention gerichtet.

Ich sehe meinen Aufgabenbereich in der Schule für Körperbehinderte an dieser Stelle. Sie bietet den Rahmen für präventive rehabilitative Prozesse.

Die Musiktherapie ist ein Bereich in dem die Identifikation und Förderung der personalen Ressourcen möglich ist und in der die Schutzfaktoren wirksam werden können. (siehe 2.2.3. „Ziele der Musiktherapie“).

2. „Musiktherapeutische Entwicklungsförderung“

2.1. Arbeitsfeld Sonderschule

Die Schüler und Schülerinnen einer Sonderschule für Körperbehinderte sind durch verschiedene Noxen langandauernd und schwerwiegend körperlich beeinträchtigt. Durch die körperlichen Behinderungen und durch ihre Folgen (Sekundärbehinderungen) ist ein besonderer Unterricht mit vielfältigen therapeutischen Interventionen im Schulalltag notwendig.

Mit dem Ziel der Entwicklung und Förderung der personalen Ressourcen werden die folgenden Entwicklungsstörungen erkannt und behandelt:

Störungen der körperlichen Funktionen:

Selbstwahrnehmung, Gleichgewicht, Grob- und Feinmotorik, Koordination mit Auswirkungen auf Atmung, Sprache, Gang, sozialem Erleben und Verhalten, Lernen der Kulturtechniken.

Störungen der Ich-Funktionen:

Impulswahrnehmung und –kontrolle, kognitive Diskriminationsfähigkeit, Fremdwahrnehmung, Memorieren, Reflektieren, Entwerfen, Abgrenzen von der Außenwelt, Adaption der eigenen Bedürfnisse, Frustrationstoleranz, Angsttoleranz, Rollenrepertoire, Rollenflexibilität (Vergl.: P. Osten S. 466)

Störungen der seelischen Entwicklung durch Erziehungsprobleme und Umweltreaktionen:

Wenig Grenzsetzungen; Überbehütung; Verwöhnung; Mangel an Feinfühligkeit der Eltern wenn sie die Fremdartigkeit des Kindes nicht nach empfinden können; Irritationen der Blickkontakte der Mitmenschen als Reaktion auf das Anderssein des Kindes; Probleme im Kontext: Scheidung, Heimsozialisation, Prostitution der Mutter, Heimatverlust der Familie, fremdländische z.T. gemischte Kulturen.

Aus therapeutischer Sicht auf die Störungen in der Entwicklung der Persönlichkeiten gesehen, können wir die Einschränkungen in der Selbstwahrnehmung und die Störungen bei der Ich- und Identitätsentwicklung der körperbehinderten Kinder und Jugendlichen fokussieren:

Ihre basale Leiblichkeit ist durch neurologische Störungen und durch operative Eingriffe und längere, häufige Krankenhausaufenthalte gestört. Regungen und vorsprachliche Erlebnisformen sind z.T. unbeantwortet, unverstanden, unbewusst. Die Selbstkenntnis und die Selbsterkenntnis zeigt Defizite.

Sie verfügen über ein wenig ausgeprägtes Ich, das bewusste Selbst mit den obigen Fähigkeiten Wahrnehmen (siehe Kapitel 1.2. Ressourcen) ist vielfach gehemmt, gestört, verhindert.

Die Identität, (siehe Kapitel 1.2. Ressourcen) ist durch identifizierende Zuschreibungen im ungünstigsten Fall auf die Behinderungen, das „behindert sein“ begrenzt. Im anderen Extrem wird das Handicap nicht wahrgenommen und aus dem Wachbewusstsein verdrängt.

2.2. Konzept für diese Schule

2.2.1 Zum Setting

Organisatorisch ist es so, dass ich als Sonderschullehrerin elf meiner Unterrichtsstunden für Einzel- und Gruppentherapie nutzen kann. Das ist möglich, weil die Schule ein Stundendeputat für Doppelbesetzungen hat. Im Differenzierungsunterricht können verschiedene Richtlinien, Unterricht nach unterschiedlichem Lernstand und spezielle Förderbedürfnisse, z.B. für autistisch behinderte Kinder verwirklicht werden. Mit der musiktherapeutischen Entwicklungsförderung kann ich das inhaltliche Angebot der Schule bereichern. Ich habe den Rahmen, um in der Struktur der Institution zu wirken, ohne auf der

äußeren Strukturebene etwas verändern zu müssen. Die Beschäftigung von Musiktherapeuten ist auch in Sonderschulen noch nicht vorgesehen.

Räumlich finden die Therapien z.Zt. noch im Musikunterrichtsraum statt. Im Musikraum sind mit wachsender Ausstattung Instrumente aus vielen musikalischen Bereichen vorhanden.

Die Atmosphäre im Musikraum ist vom Musikunterricht für Gruppen geprägt.

In der Therapie verändert sich die Atmosphäre, das einzelne Kind findet seinen individuellen Platz in einem Sitzsack oder anderen, für Unterricht ungewöhnlichen Plätzen mit neuen Perspektiven: Sitzen auf der Fensterbank, auf dem Klavier, in der Klangwiege, auf einer Decke, im verdunkelten Musikraum.

In der weiteren Entwicklung der musiktherapeutischen Ideen und gemeinsamen Erfahrungen im schulischen Kontext suche ich nach einer kreativen Möglichkeit zum Ausbau eines geeigneten Therapieraumes.

Material: Ich habe einen Transportwagen (große Kiste mit Rädern) mit einer Grundausstattung: Trommel, Shaker, Didgeridoos, Flöten, Mundharmonikas, Windrohr, Cassetten, Cd's, Mini- Discetten und Player und Mikrophon, Bilderbüchern, Liederbüchern für Kinder und Jugendliche auch mit ausländischen Liedern, Plüschtieren, Kaleidoskop, Stetoskop, Spiegel, Zeichenblock, Wachsmalstifte, Specht-spielzeug mit zeitstrukturierendem Charakter.

Die Bass-Schlitztrommel (Bigbom) hat einen Rollwagen, das Klavier hat Räder. So kann ich mit Instrumenten in den Spielraum oder einen Schwarzlichtraum ausweichen, in dem ich auch den großen Gong an einem Wandhaken aufhängen kann.

Im Kollegium bin ich gleichzeitig Therapeutin und Lehrerin. In der Überschneidung der beiden Professionen liegt neben der Gefahr von Uneindeutigkeit oder Überforderung eine Chance: ich habe Erfahrung und Wissen über die Situation, die Anforderung, die Atmosphäre von Unterricht in Gruppen und ich kenne die Sicht- und Herangehensweisen von Individualtherapeuten. Für die Arbeit in den Teams ist das eine Chance für prägnanteren Kontakt, Kommunikation, Kooperation, Konsensfindung und Konzeptbildung.

Eine Transparenz meiner Arbeit ist notwendig, um immer wieder neu die Möglichkeiten der Musiktherapie aufzuzeigen und um Indikationen immer klarer stellen zu können. Die Bedeutung der Einzelsituationen zusätzlich zum sonderpädagogischen Unterricht in Kleingruppen wird deutlich.

Dazu biete ich Erfahrungsvorträge an und bemühe mich um Intervisionen damit sinnvolle Kooperationen entstehen.

Die Musiklehrer sind sehr froh ob der musiktherapeutischen Ergänzung, die für die Therapie angeschafften Instrumente sind auch im Unterricht nutzbar.

Zeitlicher Rahmen: Schule bindet sich an Halbjahres- und Jahresrhythmen. Im ambulanten Bereich dauern mittelfristige Kinder- und Jugendtherapien mindestens 20 bis 30 Sitzungen in einem Zeitraum von bis zu zwei Jahren.

Ich habe für die Schüler ein Halbjahr mit ein oder zwei Wochenstunden Musiktherapie je nach Behinderung vorgeschlagen. Bei autistisch behinderten Kindern verlängert sich die Zeit auf ein oder zwei Schuljahre, bis eine Perspektive, z.B. eine ambulante Therapie in einem Autismuszentrum gefunden wird.

Das Aufnahmegespräch führe ich mit den Bezugslehrern. Sie beschreiben die Problematik und den Bezug des Kindes zur Musik aus ihrer Sicht. Wir finden gemeinsam einen Behandlungsauftrag mit für den Schulalltag relevanten Therapiezielen. Wir nehmen immer dann Kontakt auf, wenn Auffälligkeiten im Unterrichts- oder Therapieprozess auftreten. Kooperationen mit außerschulischen Fachkräften finden sporadisch statt.

Es gibt ein mal jährlich Fallbesprechungen im gesamten Team. Diese sind von der Schulstruktur vorgegeben. Weitere Besprechungen finden ein mal halbjährlich am Elternsprechtag statt.

Am Ende einer jeden Therapie schreibe ich einen Bericht für das Lehrer- und Pädagogen team und in einzelnen Fällen auch für die Eltern. Ich beschreibe meinen Eindruck über die Entwicklung des Schülers in den Therapiesituationen. Die Berichte werden in den Schülerakten abgeheftet und dienen den folgenden Teams als Information.

Inhaltlich arbeite ich mit Techniken aus der rezeptiven und aktiven Musiktherapie. Dabei werden unterschiedliche Heilfaktoren der integrativen Therapie wirksam, die ich in der Falldokumentation im Prozess zusammen mit den musiktherapeutischen Interventionen beschreibe.

2.2.3.

Ziele der Musiktherapie

Das Richtziel der Rehabilitation ist die „soziale Integration“. Das Richtziel „Prävention“ erwächst aus den Erkenntnissen des Salutogenesemodells (Siehe Kapitel 1.2). Im Sinne des dafür wichtigen Kohärenzgefühls soll die Musiktherapie helfen, den „persönlichen Lebenssinn“ zu finden.

Weitere Metaziele sind: Intersubjektivität, Ko-respondenzfähigkeit, Empathiefähigkeit, Kooperations- und Konsensfähigkeit.

Kontextbezogene Grobziele:

Bewusstheit und Aufmerksamkeit für die Individualität im Kontakt mit dem Kind im Kontext der Lerngruppe schaffen. Daraus sollen Hilfen in der Anpassung der äußeren Bedingungen an die spezifischen Bedürfnisse des Kindes entstehen.

Persönlichkeitsbestimmte Grobziele:

1. Raum, Zeit, Begleitung zur Verfügung zu stellen, in der das Kind in der Institution Schule in seiner individuellen Selbst-, Ich- und Identitätsentwicklung fortschreiten kann.
2. Förderung der Kompetenz und Performanz des Kindes, um sich in der Institution zurechtzufinden und belastbar zu werden. => Entwicklung der Strukturen des Kindes um Anpassung an die äußeren Bedingungen zu ermöglichen.

Feinziele, die im Therapieverlauf erreicht werden sollen (vergl. 2.1. Arbeitsfeld Sonderschule)

- Förderung der Körperwahrnehmung
- Entwicklung der Körperfunktionen: Koordination, Anpassung, Entspannung, Grob- und Feinmotorik
- Förderung von Ausdruck (Verbal, nonverbal, mimisch, gestisch, Ausdruck von Kraft, Ausdruck über Sprache, Ausdruck von Zartheit...)
- Emotionale Differenzierung
- Affektregulierung
- Förderung von Rollenflexibilität
- Kreativitätsförderung
- Förderung von Kontaktfähigkeit

2.2.4. Die therapeutische Beziehung als Wirkfaktor

Eine nahe, wertschätzende und supportive Bezugsperson ist der stärkste protektive Faktor (siehe Kapitel 1.2).

Ich versuche durch die therapeutische Beziehung dem Kind eine längerfristige, schützende „Inselerfahrung“ bereitzustellen, als Therapeutin ein „signifikant caring adult“ zu sein, den das Kind als „inneren Beistand“ internalisieren kann.

Die wirkenden Performanzen sind, neben den Unterstützungen durch die Musik, eine insgesamt wache und wertschätzende Haltung, die ich gegenüber dem Kind einnehme, z.B. in liebevollen Blicken, in der Kontaktaufnahme, in einzelnen Begegnungen und in der Kontinuität der Beziehung.

2.2.5. Musikauswahl und ihre Wirkungen

Die Musik ist zunächst nach den beschriebenen Intentionen von mir ausgewählt worden. Die Sammlung bildet ein veränderbares Repertoire. Im Wandlungsprozess der Therapien werden immer wieder neue Stücke und Genres benötigt, die ich dann beschaffe.

Deuter „Land of Enchantment“:

Diese Musik kann durch entspannende und anregende Schwingungen eine lockere Atmosphäre erstellen, sie erleichtert das Ankommen im musikalischen Raum. Sie ist feinfühlig, sie regt die Phantasiewelten an, sie öffnet Kanäle zur Kreativität. Seelische Anteile werden angerührt, durch die Leichtigkeit in den Arrangements wird Vertrauen erweitert.

Special: „Petite fleur“

Tom-Waits „Big Time“:

Diese „dreckige Rock-“ Musik kann mit ihrer Unkonventionalität Hemmungen lösen und Grenzen erweitern. Tom Waits kann mit seiner tiefen Männerstimme väterlich anrühren. Es kann tiefe Ausgelassenheit, Ruhe, Zeit für sich selbst, Entspannung evoziert werden.
Special: „Time“ „Telefonate call from Istanbul“

Jablkon „Baba aga“:

Diese tschechische Musik kann Vitalität und Kreativität anregen. Es ist eine „nette“ Musik auf die Mensch sich gerne einlässt und sie ist etwas „crazy“ - Freiräume entstehen. Dazu schwingen die Stimmexperimente, die folkloristische Gitarren-Begleitung und das Schlagzeug Vertrautes an. Interessante dynamische Tempi und Instrumentenvielfalt laden zur feinmotorischen Bewegung ein.
Special: „Kolicek /The Peg“

Saent-Sains „Karneval der Tiere“

Die Rahmenhandlung gibt einen sicheren Halt um darin eigenen Impulsen nachzugehen und Impulse vom Gegenüber aufzunehmen. Die Geschichte bietet viele Anknüpfungspunkte zu - Bewegung („Finale“), - Rollenspiel (Die Waldameise tippt dem Kauz auf die Schultern; 6 wilde Esel toben über die Arena; die Eichhörnchen springen auf den weißen und den schwarzen Tasten...),- Berührungen (im „Aquarium“ gründeln die Fische).
Kraftvoll gespielte Pianosequenzen können im eigenen Mitschwingen mit der Stimme oder in der Hängematte Kraft stärken.

Walt Disney „Dschungelbuch“

In der Geschichte und in den Liedern sind viele Charaktere enthalten. Emotionale- und Verhaltensfolien, ein Spektrum von emotionalem, sozial interaktivem und leiblichem Ausdruck wird angeboten. Anregungen zum Rollenspiel mit Rollenwechsel, zu lautmalerschen Dialogen werden gegeben. Bewegungen werden durch das Wahrnehmen von innerer und äußerer Bewegung aus der Darstellung der Musik initiiert, das Erleben von unterschiedlichen Beziehungsformen ist möglich.

Mozart Konzerte und Sinfonien

Wie Don Campbell in seinem Buch „Die Heilkraft der Musik“ beschreibt, fördert besonders die Musik von Mozart und seinen Zeitgenossen Kreativität, Lernen, Gesundheit und Heilung. Mozarts Musik verkörpert die Unschuld, den Einfallsreichtum und das Versprechen eines neuen kommenden Zeitalters.

Ihre Wirkung auf das räumliche Denken ist nachgewiesen. Diese Musik wirkt auf die Konzentrationsfähigkeit und trainiert das Denken der höheren Gehirnfunktionen.

Nach meinen Erfahrungen nehmen die Kinder das Hören von klassischer Musik ernst, sie tun es bewusst, wenn sie sich erst mal darauf eingelassen haben und zentrieren ihre Aufmerksamkeit auf sich selbst.

Einzelstücke

Zur Einstimmung in der Initialphase oder zur Anregung der Bewegungsmodalitäten „Wiegen“, „Stampfen, Toben, Schütteln“, „Drehen“ „Träumen“, „Hüpfen“, „Laufen“, „Tanzen“, „Fliegen“ habe ich speziell für Kinder und Jugendliche für meine Arbeit verschiedene Musiken zusammengestellt. Die Stücke können isoliert oder als Folge gehört werden. Bewegungen werden stimuliert oder in Form eines Spiels oder als Übung mit Musik angeleitet.

Derwisches

Eine Musik der Sufis, die von Derwischen zur Übung der Orientierung vor dem Drehen genutzt wird. Sie ist klar strukturiert, und kann die vorgegebene Bewegungsform stützen. Die Bewegungen in die vier Himmelsrichtungen können von Mal zu Mal komplexer werden, so dass dem Übenden immer hohe Aufmerksamkeit abverlangt wird. Die Übungen betonen die Ausatmung. Die Dynamik schwellt an und parallel dazu das Körperempfinden in der 10-minütigen Übungszeit.

Verschiedene Musik (von den Kindern mitgebracht)

Wenn die Kinder ihre Musik so gut kennen, dass sie fast mitsingen, ist es leichter als bei fremder Musik Bewegungsspiegelungen zu verlangen. Sie zeigen sich mit ihrem Eigenen und lassen sich sehen. Ihre Vorlieben und ihr Geschmack wird anerkannt, wertgeschätzt, gewürdigt.

Regengeräusche

Die visuelle und akustische Wahrnehmung wird verknüpft, Erinnerungen werden gefördert. Die Verknüpfung der Wahrnehmung von Bild (visuell) und Geräusch (auditiv) kann trainiert werden, wenn die Fähigkeit zur amodalen Wahrnehmung nicht entwickelt ist (eine mögliche Teilstörung bei Autismus). Solche Umweltmusik gibt im Spiel und Gespräch Hinweise auf Vorlieben des Kindes.

Kronos Quartett „Pieces of Afrika“

Die Musik der Streicher kann den taktilen Sinn öffnen und berühren. Die wechselnde Dynamik und die interessant wechselnden Rhythmen regen Bewegungsimprovisationen und Bewegungsspiegelungen an.

Yo-Yo Ma „The silk road Journeys“

Diese – für die meisten Menschen fremd anmutende – Musik, ist im vertrauten Raum anregend für die Begegnung mit dem Fremden. Die Musik ist geeignet, Gedanken und freie Assoziationen in Form einer Geschichte oder als Bilder auszudrücken und mitzuteilen.

Solitudes “Journey with the whales”

Eine ruhige Musik, wenige Gitarren-, Flöten- oder Klavierklänge zu authentischen Wal-Gesängen können Geborgenheit vermitteln.

Die Therapiestunde dauert 45 Minuten. Danach habe ich 5 Minuten Zeit für eine ganz kurze Zusammenfassung. In dieser Zusammenfassung beschreibe ich stichpunktartig folgende Kriterien: Sprache/Körper/Musik; Resonanz/ Gegenübertragung; Beziehung; Hypothetisches Thema; Interventionen; Erkenntnis/Veränderung; Nachklang/Ausblick. Im Anhang ist beispielhaft ein Protokollbogen zur Ansicht beigefügt.

Für die autistisch behinderten Kinder arbeite ich zusätzlich in größeren Zeitabständen mit einem Beobachtungsbogen, um einen Überblick über die Entwicklung der Selbstempfindung zu erhalten. Im Anhang ist ein Formular enthalten.

Nach dem idealtypischen **tetradischen Modell** beginnt die Therapie mit der Initialphase an einem „guten Platz“: Sitzsack, Fensterbank, Klangwiege, Decke. Es findet immer ein Vorlauf statt, in dem sich das Kind mit seiner Aktivität, seinem Bedürfnis, seinem Gefühl, seiner Atmosphäre diesen Raum nimmt.

Musik wird vom Kind ausgesucht oder von mir vorgegeben und abgespielt. Das Bewusstsein für die Atmung wird fokussiert. Es kann Kontakt zwischen mir und dem Kind entstehen. Einige Kinder gehen jedoch sofort zum Klavier oder holen sich sofort das ihm bekannte Buch aus der Kiste.

Meine Aufgabe ist es, das Kind mit seinen Themen wahrzunehmen. Aus den Impulsen des Kindes und meinen Ideen dazu entwickeln wir eine Aktion, z.B. ein musiktherapeutischer Dialog, Bewegungsübungen oder ein Rollenspiel, in dem das Kind mit seinem Thema agiert.

Bei den autistisch behinderten Kindern versuche ich hier Übungen zur Körperwahrnehmung einzubringen um die Entwicklung des subjektiven Leib-Selbst zu unterstützen.

In der Aktion sehe und spüre ich das unbewusste Reservoir der Kinder. Die Leibarchive zeigen Kränkungen und Entbehrungen. Es äußert sich im Verhalten. Ich gebe dem Kind in der Therapie mit dem Material die Möglichkeit der Selbstempathie und der Expression.

Ich erfasse die Erlebniswelt des Kindes und trage das Mitgeteilte mit. Ich versuche es zu verstehen, tröste, erkläre, stelle alternative Szenen bereit, zeige neue Wege auf.

In der musikalischen Improvisation spielen wir im Einssein, im Nebeneinander, im Miteinander oder im Gegeneinander. Es entsteht Konfluenz oder Kontakt. Wir können korrespondieren. Unsere Koexistenz wird hörbar.

Ich begleite das Kind

- stützend, z.B. durch das Hinzufügen eines Grundschlages zu einer unruhigen, fragmentarischen Melodie,
- stimulierend, z.B. durch das Aufzeigen eines Ausganges aus einem sich wiederholenden Motiv,
- kontrastierend, ich spiele das Gegenteil,
- spiegelnd, ich imitiere,
- provozierend, ich spiele Unerwartetes,

- variierend, ich nehme auf und verändere.

(vergl.: Andrea Hilke "Musiktherapie in der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie, Graduiierungsarbeit FPI)

Die Musik wird wertgeschätzt, der Ausdruck benannt, kommentiert. Durch die Identifizierung mit der Musik und der Bewertung der Identifizierungen reift die Identität des Kindes (siehe Integrations- und Neuorientierungsphase).

Ich versuche als Kindertherapeutin im „partiellen Engagement“ und „selektiver Offenheit“ Spielpartnerin zu sein, betrete dabei die altersspezifisch verschiedenen „Provinzen des Kinderlandes“, und versuche die Sichtweise des Kindes in seiner „social world“ zu teilen.

Ich leite meine Interventionen und Therapieziele aus diesen gemeinsamen Erfahrungen ab, und wirke im Sinne des Parenting-Konzeptes. „Parenting“ wird als die „Bereitstellung elterlicher Qualitäten im Rahmen der therapeutischen Beziehung in einer Art und Weise, dass die Patienten Atmosphären, Szenen, Beziehungskonstellationen und die mit ihnen verbundenen Werte und Haltungen und Werte internalisieren können, um vorhandene Defizite auffüllen zu können“, verstanden.

(Literatur: Integrative Therapie mit Kindern Ramin/Petzold 1987).

Meine besondere Aufmerksamkeit gilt dem auftretenden Gefühlsausdruck.

Die Affekte der autistisch behinderten Kinder bekommen Resonanz. Ich helfe mit meiner Stimme oder meinem Instrument die Affekte wahrzunehmen, zu verstärken und zu regulieren. Das gelingt mit der Kraft des Blickes, der Mimik, Gestik oder Körperhaltung. Siehe hierzu das Grundkonzept der Integrativen Therapie „Leiblichkeit“.

Die Kontaktbereitschaft, die sich zeigt, wenn das Kind mich anschaut, mich anruft, mit mir in einem gemeinsamen Affekt schwingt, sind unser gemeinsamer Gewinn an Kontakt, der eine Basis für die folgenden Kontakte bietet. Die Angst vor Kontakt weicht zurück und Vertrauen entsteht (siehe Kapitel 2.2.4: Die therapeutische Beziehung).

Fast immer nehme ich die Musik, das Gespräch oder das akustisch wahrnehmbare Spiel mit einem Mini-Disc-Recorder auf. Resonanz entsteht dann im gemeinsamen Anhören der Aufnahme. Manchmal ist auch ein Kind als Spielpartner zum Anhören und Resonanz geben dabei. Hierin liegt die Möglichkeit einer heilenden Solidaritätserfahrung.

Eine Integrations- und eine Neuorientierungsphase erfolgt in der Kinder- und Jugendlichkeitstherapie nicht immer innerhalb der Therapiestunde. Die Kinder verfügen noch wenig über Reflexionsfähigkeit und ihr Drang im Schulalltag von dem Einen zum Nächsten zu laufen, ist manchmal nicht zu bremsen. Ihre Entwicklung findet in der Bewegung statt. Integration kann dann gleichzeitig mit den Aktionen passieren, wenn die Entwicklung der Reflexivität bereits angebahnt ist. Dazu gehören die Qualitäten der Selbstempathie, des Selbstwertgefühls und der Selbsterkenntnis. Um dieses zu erreichen, nutze ich sprachliche Begleitungen oder unterbreche die Aktion mit Fragen nach der Befindlichkeit, mit dem Betrachten und Besprechen von passenden Bildern und Geschichten. Außerdem führe ich

Gespräche mit Hilfe der Intermediärobjekte, der Plüschtiere und der Instrumente. Durch das Formulieren der Erkenntnisse wächst das Bewusstsein.

Einige Kinder sind in der Lage, das Erlebte im letzten Teil der Stunde zu betrachten. Wenn es die aufkommende Reflexionsfähigkeit des kindlichen „Ich's“ oder des Jugendlichen ermöglicht, gehen wir zusammen gedanklich die einzelnen Handlungen der Stunde mit begleitenden Fragen durch „Welche Instrumente hast du gespielt?“ „Wie war das?“ „Das war neu!“ „Das hat dir Spaß gemacht, oder?“

Auch das Anhören der Aufnahme bietet Integrationsmöglichkeiten und ist bei den Kindern sehr beliebt. Manche möchten die Musik gerne mit ihrem Freund, oder ihrem Mitschüler gemeinsam hören. Die Kommentare dazu haben eine wichtige identitätsbildende Funktion: „Da höre ich deine Kraft“. „Das ist deine Stimme“. „Jetzt spielst du, jetzt spiele ich“. „Ich kann dich gar nicht hören“. „Das ist eine schöne Musik“. „Du spielst schnell“...

Am Ende hören wir oft im Sitzsack und auf einer Decke sitzend eine einfach strukturierte Musik an oder lassen, wenn es im Nachbarraum nicht zu laut ist, in der Stille die Erfahrungen in uns wirken.

Die Neuorientierung gelingt manchmal in der Wiederholung der Aktion in Form eines Spiels zusammen mit einem anderen Kind in der nächsten Therapiestunde. Dieses Konzept des mitgebrachten Kindes ist eine gute Möglichkeit, um die Interaktionsfähigkeit der autistisch behinderten Kinder zu üben.

3. Die Autistischen Entwicklungsstörungen

Literatur:-Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und –psychotherapie,

Hrsg.: F. Petermann Hrsg. Hofgrefe, Göttingen 2000

-Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD10

Im Gegensatz zur quantitativen Verzögerung des Entwicklungsverlaufes bei der „geistigen Behinderung“ ist die „Autistische Entwicklungsstörung“ eine „tiefgreifende Entwicklungsstörung mit qualitativer Abweichung vom normalen Entwicklungsverlauf“ (ICD 10 F84).

Unter den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen ist der „frühkindliche Autismus“ (ICD 10 F84.0 - „Autistische Störung“, „Frühkindliche Psychose“, „Infantiler Autismus“, „Kanner-Syndrom“) eine Form, die sich vor dem 3. Lebensjahr manifestiert. In der Regel gibt es keine Periode einer unauffälligen Entwicklung.

3.1 Beschreibung der Symptome

Die Symptome zeigen sich:

In der qualitativen Beeinträchtigung der sozialen Interaktion:

Unangemessene Einschätzung sozialer und emotionaler Signale, Fehlen von Reaktionen auf Emotionen anderer Menschen, fehlender Verhaltensmodulation im sozialen Kontext, geringer Gebrauch sozialer Signale, Fehlen von sozialer und emotionaler Gegenseitigkeit.

In der qualitativen Beeinträchtigung der Kommunikation:

Fehlen des sozialen Gebrauchs vorhandener sprachlicher Fertigkeiten, Beeinträchtigungen im „So tun als ob“ und sozial imitierendes Spiel, Fehlen von Gegenseitigkeit im Gesprächsaustausch, geringe Flexibilität im Sprachausdruck, Mangel an Kreativität im Denkprozess, Mangel an emotionaler Resonanz auf verbale und nonverbale Annäherungen anderer Menschen, beeinträchtigter Gebrauch von Veränderungen der Sprachmelodie durch Stimmsenkung und –hebung, Mangel an Begleitgestik.

In eingeschränkten Interessen und Aktivitäten:

Tendenz, alltägliche Aufgaben starr und routiniert auszuführen, spezifische Bindung an ungewöhnliche Objekte, Verharren im Ausüben von bestimmten Handlungsritualen, stereotype Beschäftigung mit Daten, motorische Stereotypen.

Andere unspezifische Probleme können Befürchtungen, Phobie, Schlaf- und Essstörung, Wutausbrüche, Aggressionen, Selbstverletzungen sein.

3.2

Das Asperger Syndrom

Die in der Schule für Körperbehinderte unterrichteten Kinder und Jugendlichen mit autistischen Behinderungen haben „Asperger Störungen“ (ICD 10 F 84.5)

Sie „haben eine normale Intelligenz, erscheinen in ihrem Verhalten plump und behäbig, sind sehr von ihren ... Interessen eingenommen und haben zwar Interesse am anderen Menschen, können aber an normalen Interaktionen nicht teilnehmen.“ (Petermann S. 433)

Zu den für Autismus spezifischen qualitativen Beeinträchtigungen sind bei Asperger-Autisten zusätzliche charakteristische Symptome:

- Unbehinderter, jedoch unangepasster Sprachgebrauch
- Wunsch nach Beziehungen, Misslingen der Reaktion auf oder der Initiierung von Kontaktangeboten
- Ungeschick
- Idiokratische aber fesselnde Interessen
- Beeinträchtigter nonverbaler Ausdruck (Stimmfarbe, Gesichtsausdruck, Gestik, Blickkontakt, Körperposition).

Der Unterschied zum frühkindlichen Autismus ist in erster Linie durch das Fehlen einer allgemeinen Entwicklungsverzögerung, das Fehlen des Entwicklungsrückstandes der Sprache oder der kognitiven Entwicklung, gekennzeichnet.

3.3 Erklärungsansätze und musiktherapeutische Behandlungsmöglichkeiten

Die unterschiedlichen Erklärungsmodelle für die autistischen Störungen sind „Theorie of Mind“, „Intersubjektivitätstheorie“, „Erregungsmodell“, „Affektmodell“ (Petermann S. 444).

Ich ordne im Folgenden den in der jeweiligen Theorie fokussierten Auffälligkeiten eine Behandlungsmöglichkeit zu.

1. „Theory of Mind“: Biologische Faktoren

Untersuchungen autistischer Kinder zeigen neurologische Veränderungen im hinteren Kortex und Kleinhirn. Behandlungsmöglichkeiten richten sich nach den medizinischen Erkenntnissen.

2. „Intersubjektivitätstheorie“

Die „Top-Down“ Ansätze (Rogers und Pennington (Petermann S. 445)) verstehen die autistischen Störungen als Auswirkung einer neurologisch verursachten Störung der Ausbildung und Koordination von Repräsentationen der eigenen und anderer Personen. In dieser Arbeit wird die tiefgreifende Störung der Imitationsfähigkeit und der soziale Rückzug thematisiert.

Imitationsfähigkeit:

Die Probleme autistischer Kinder, andere zu imitieren, gehören zu den deutlichsten Störungen. Vermutlich ist die beeinträchtigte Imitationsfähigkeit eine Vorstufe der reduzierten sozial-kognitiven Kompetenz.

Behandlungsmöglichkeit:

Die Imitationsfähigkeit kann mit Methoden der Leib- und Bewegungstherapie mit Musik in der erlebniszentriert-stimulierenden Modalität geübt werden. (Beispiele: Spiegeln von Bewegungen, Gestik, Mimik, Ausdruck)

Sozialer Rückzug:

Die autistischen Kinder differenzieren unzureichend zwischen sich und anderen Personen. Es resultiert sozialer Rückzug und selbststimulierendes Verhalten.

Die Diskrepanz bei den Menschen mit Autismus zwischen dem Verständnis von Personen und dem Verständnis von Gegenständen wird damit begründet, dass der Umgang mit der physikalischen Welt eher durch Vorhersagbarkeit und geringen Veränderungen gekennzeichnet ist (ähnlich wie selbstgerichtete Verhaltensweisen, Stereotypien) als der Umgang mit anderen Personen.

In sozialen Interaktionen treten multiple oder multimodale (motorische, sensorische, visuelle, auditive) Reize auf, die oft neu und unvorhersagbar sind. Daraus resultiert das Verhalten, andere zu funktionalisieren.

Behandlungsmöglichkeit:

Die zunächst verunsichernden, unvorhersagbaren sozialen Interaktionen können mit Gegenständen, Spielfiguren oder vorhersagbarer Musik (z.B. Musicalaufnahmen) als sicherer Rahmen aus der physikalischen Welt ermöglicht werden. Dadurch werden die Distress-

fördernden multimodalen Reize zusammen mit der benignen Erfahrung mit dem Material zu Eustress-Situationen, in denen sich das Kind entwickeln kann.

Die Möglichkeit, einen Mitschüler mit in die Einzeltherapie zu bringen, wirkt ebenso: mit Unterstützung der Therapeutin können unvorhersagbare Situationen dosiert erlebt werden, Verhaltensanpassung wird gefordert und begleitet. Die Therapeutin lässt sich zunächst funktionalisieren, Mitschüler nicht. Aus der Sicht der exzentrischen Position kann die Therapeutin mit den Kindern stützen, Verhalten erklären, Verhaltensweisen üben.

3. „Erregungsmodell“:

Im „Bottom up“ Ansatz (Dawson (Petermann S. 445)) wird die Schwierigkeit der psychophysischen **Regulation von Erregungszuständen** und die Verarbeitung neuer und unvorhersagbarer Informationen bei autistischen Kindern schon vor der Geburt im Zusammenhang mit der Interaktionsfähigkeit, die sich im ersten Lebensjahr entwickelt, gesehen.

Behandlungsmöglichkeit:

Die Regulation von Erregungszuständen gelingt im entstandenen Kontakt und kann in der übungszentriert-funktionalen Modalität spielerisch wiederholt werden. Musiktherapeutische Methoden und Techniken unterstützen die Entwicklung der Kontaktfähigkeit.

(Beispiele: Übungen und Spiele mit der Stimme, Klangwiege, Bassschlitztrommel, Schlagzeugspiel, Aufnahme und Anhören der gespielten Musik.)

4. „Affektmodell“

Autistische Menschen zeigen Auffälligkeiten in emotionalen Reaktionen und emotionalem Verständnis. Es wurde festgestellt, dass autistische Kinder in den komplexeren Formen der Selbst- und Fremdwahrnehmung und beim Aufbau des affektiven Selbst beeinträchtigt sind.

Das Erkennen von Zusammenhängen zwischen den eigenen affektiven Zuständen und denen anderer Personen während sozialer Austauschprozesse ist nicht möglich. Dadurch ist keine Empathie möglich.

Behandlungsmöglichkeiten:

Emotionale Reaktionen und emotionales Verständnis werden mit Bildergeschichten, Comics, Texten, Symbolkärtchen, Spiegeln, Rollenspielen verstärkt, geübt. Es wird emotionale Differenzierung geübt.

Das affektive Selbst kann durch emotionale Erfahrungen im Kontakt mit einem anderen Menschen aufgebaut werden. Dabei stützt die Musik, gibt einen Boden und Rahmen zum gemeinsamen Erleben und Ausprobieren.

Empathie wird durch die Empathie des Therapeuten als kontinuierlicher Wirkfaktor erfahren und gelernt. Angebote der Therapeutin: „Ich höre Dir zu“, „Höre dir selbst zu“, „Spiele das Klavier, als ob du das Klavier bist“ sind möglich.

Die „selektive Offenheit“ und das „partielle Engagement“ als Methode des Parenting-Konzeptes werden angewandt.

3.4. Interventionsverfahren

Es gilt als gesichert, dass durch die Früherkennung und Frühförderung autistischer Kinder ihre Entwicklungsprognose deutlich verbessert werden kann.

Bei den neueren Interventionsansätzen liegt ein Ziel darin, die Eltern autistischer Kinder aufzuklären und in ihrem Umgang mit dem Kind zu schulen. Die Interventionen werden in die natürliche Umgebung der Kinder verlagert: in die Schule und in das Zuhause.

In einer entwicklungsbezogenen Verhaltenstherapie sollen den Kindern Verhaltenskompetenzen vermittelt werden, die nach Beendigung der Situation bestehen bleiben und auf neue Situationen generalisiert werden können. (Petermann S. 446, 447)

Folgende grundlegende therapeutische Kriterien für Interventionen werden in der Schule umgesetzt:

- Kontextbezogenheit:

Einbeziehung der Eltern durch Beratung, Zusammenarbeit mit der Ambulanz sowie Einbeziehung der Mitschüler und des Pädagogen-Teams.

- Verlaufsbezogenheit:

Musiktherapeutische Entwicklungsförderung geht altersphasenbezogen über mehrere Wochenstunden und Schulhalbjahre und die Übergänge und Therapeutenwechsel werden langfristig angebahnt und begleitet.

- Störungsbezogenheit:

Es wird kein inhaltlich festgelegtes musiktherapeutisches Programm angewendet, sondern ich gebe den Kindern die Möglichkeit, den Raum mit ihrer Person zu füllen, über sich und Störungen in der Entwicklung Auskunft zu geben, und passe daran meine Interventionen an.

4. Prozessdokumentation

4.1. Theorie der mehrperspektivischen Analyse

Eine Zugangsweise der Integrativen Therapie, um die multiplen Ursachen eines Krankheitsgeschehens besser in den Blick zu bekommen, bietet das Mehrperspektiven-Analysemodell zur multidagnostischen und multitheoretischen Betrachtung von Krankheitsursachen. (Petzold 1993, S.1320)

Im Lebenszusammenhang ist die Perspektive des Individuums ein „Zipfel“

in der Perspektive seines sozialen Netzwerkes (Gruppe).

Drumherum kreist die Perspektive des Kontextes auf den Ebenen von Mikro (Familiensituation),

Meso (allgemeine Lebenssituation, Beruf, Freundeskreis, Nachbarschaft, soziale Schicht) und Makro (Kulturkreis) bis zur Megaebene (mundaner Zusammenhang).

Die ganze Perspektivenverbindung liegt auf der Zeitachse in der Gegenwart und ist in die Vergangenheit und in die Zukunft gerichtet.



In meiner Perspektive als Therapeutin versuche ich, die Beobachterin aus einer exzentrischen Position mit hoher Bewusstheit und wenig unbewusster Ausblendung zu sein. Ich bediene mich multipler Optiken mit korrespondierenden Sichtweisen.

Ich nutze die Optiken der

- phänomenologischen Wahrnehmung (Wahrnehmungen der musikalischen Phänomene)
- psychoanalytischen Theorie (Übertragungen- und Gegenübertragungen)
- körpertherapeutischen Diagnostik (Muskeltonus, Haltung, Bewegungen, Atmung)
- behavioralen Diagnostik (Verhalten im Klassenverband, bei bestimmten Personen)
- entwicklungs-, emotions-, und Theorien („Intersubjektivitätstheorie“, „Affektmodell“)
- psychiatrischen Diagnostik (ICD 10).

Die Perspektive der Angehörigen ist die der Beobachtung aus teilexzentrischer Position mit teilweise unbewusster Ausblendung.

Die Perspektive des Betroffenen ist die Selbstbeobachtung mit hoher unbewusster Ausblendung durch Involviertheit.

Das Ziel der Analyse ist, Sinnstrukturen zwischen den Ereignissen im Lebenszusammenhang des Individuums herzustellen. In der Korrespondenz mit den Fachkräften und dem Kind können Ursachen herausgefunden werden, die zu einer hinreichenden Stimmigkeit führen und darauf aufbauend können Behandlungskonzepte und Therapieziele entwickelt werden.

4.2. Versuch einer mehrperspektivischen Analyse für den Jugendlichen Waldemar

Vorinformationen:

Bei Behandlungsbeginn war Waldemar 12;11 Jahre alt. Er wiederholt mit seiner gesamten Lerngruppe die 4. Klasse und ist normal intelligent.

Waldemar wurde von seinem **Klassenlehrer**, der auch sein Musiklehrer ist, zur Musiktherapie angemeldet. Neben den fachlichen, sonderpädagogischen Aussagen schwang im Gespräch von ihm unausgesprochen eine persönliche Klage mit. Waldemar stört die erwünschte angenehme Atmosphäre im Musikunterricht durch sein übertriebenes Ausdrucksverhalten und seine Ausbrüche.

Im Unterricht werden diese mit starker Reglementierung beantwortet.

Waldemar ist einziger Sohn der bis zu seiner Geburt in Russland lebenden deutschen Eltern. Seine Mutter ist herzkrank. Seine Behinderung wird von den Eltern nicht erkannt. Sie

akzeptieren die Sonderschule nicht und setzen Waldemar unter Leistungsdruck. Er soll wie sein Vater Ingenieur werden.

4.2.1. Die Perspektive des Individuums und des Netzwerkes

Er zeigt besondere Verhaltensweisen, die in den **Berichten des Arztes** und des **Sonderschullehrers** mit „autistisch“ benannt werden.

In den schulischen Berichten werden Wahrnehmungsstörungen im propriozeptiven, vestibulären und taktilen Bereich beschrieben. Diese drücken sich in Störungen der Grobmotorik, der Körperkoordination und in starker Überempfindlichkeit bei Berührungsreizen aus und haben Auswirkungen auf sein Sozialverhalten

Außerdem zeigt er autistische Verhaltensweisen:

- „leben wie in einer abgeschotteten Welt“, fehlender Kontakt
- gar kein oder übertriebenes Ausdrucksverhalten
- bei freieren Anforderungen: Hemmungen, Angst
- körperlich stereotype und soziale Rückzugstendenzen
- im Musikunterricht: monotoner Singsang, Ausbrüche im Rhythmischen

Es wird vermutet, dass bei Waldemar ein Asperger Syndrom (ICD–10 F84.5) vorliegt.

In der sonderpädagogischen Stellungnahme heißt es:

„Die autistischen Verhaltensweisen beziehen sich auf die veränderte zentrale Verarbeitung seiner Körperwahrnehmung und auf die von Isolation und Überbehütung geprägte familiäre Situation“.

Die **Mitschüler** nehmen Waldemar vermutlich als einen Schüler wahr, der wie sie selbst den Schulalltag mit vielen Schwierigkeiten bewältigt. Alle 12 Schüler dieser Klasse haben motorische Einschränkungen, Defizite und Störungen in ihrer gesamten Entwicklung. Insgesamt können sie Waldemar nur begrenzt „berühren“, sie haben von sich aus sehr wenig Kontakt und lassen ihn in seiner abgeschotteten Welt.

4.2.2. Die Perspektive des Kontextes

In der Mikroebene **Familie und Nachbarschaft** spielen laut Aussage des Vaters und laut Waldemars Mitteilungen viele Cousins und Cousinen eine Rolle. Sie beziehen Waldemar in ihre Spiele ein, z.B. in ein gemeinsames Tanzspiel „Ballett“. Es gibt eine Jungengruppe, die Waldemar zum Spielen abholen und ihn auch laut Aussage des Vaters in seinem Haus einmal bestohlen hat. Das enttäuschte und verunsicherte Waldemar sehr.

Waldemars allgemeine Lebenssituation ist vom Zeitalter der Computer- und Video-Spiele geprägt. Die Art, wie er in den ersten Therapiestunden mit Plüschtieren spielt, erinnert mich atmosphärisch und szenisch an Zeichentrickfilme und Video-Spiele.

Die **Perspektive der Angehörigen** ist zum Teil exzentrisch. Waldemars Mutter sieht in ihrem einzigen Kind einen zukünftigen Ingenieur. Sein Vater übernahm aufgrund der Herzkrankheit der Mutter von Schulbeginn an die regelmäßigen Gespräche mit dem Sonderschulteam. Er engagierte sich daraufhin für Waldemars Teilnahme an außerschulischen Maßnahmen: heilpädagogische Nachmittagsbetreuung und eine psychotherapeutische Behandlung für ½ Jahr, ohne jedoch Verständnis für die im Lebensraum Schule auftretenden Probleme Waldemars zu zeigen.

„Ich habe auch manchmal Angst vor meinem Chef. Das ist doch normal.“

Insgesamt ist Waldemar in seinem Mikro- und Meso- Kontext integriert. Es scheint mir, als ob er dort jedoch im Hinblick auf seine Störungen keinen angemessen stützenden und fördernden Kontakt erlebt.

Auf der Makroebene betrachtet, lebt Waldemar als Aussiedlerkind in einer für seine Eltern fremden Umgebung und wird in einer für seine Eltern fremden Sprache erzogen. Obwohl Deutsch für seine Eltern eine Fremdsprache ist, sprechen sie nur in dieser mit ihm.

4.2.3. Die Perspektive des Kontinuums

Waldemar wurde in Deutschland aufgrund seiner Verhaltensauffälligkeiten in einem heilpädagogischen Kindergarten gefördert. Dieser Zeit weisen seine Eltern eine Schuld zu: „Die kranken Kinder dort haben Waldemar geschlagen“. Durch diese Kränkung waren Beratungen der Heilpädagogen und später der Sonderpädagogen in der Schule sehr problematisch. Waldemars Probleme und Förderbedürfnisse rückten in Gesprächen immer wieder aus dem Fokus heraus.

Die integrative Musiktherapie kann zwischen Therapie und Unterricht stehen. Die neue therapeutische Maßnahme war für Waldemar und seine Eltern eine neue Chance, seine Persönlichkeit im Kontakt mit der Therapeutin neu zu betrachten. Möglichkeiten zeigen sich auf, die am Ende in einer Beratung zum Klavierunterricht für Waldemar münden.

4.2.4. Hypothesen über Sinnstrukturen

Hypothese 1:

Prosodische Botschaften werden in einer fremden Sprache nicht authentisch mitgeteilt. Klang, Rhythmus, Akzent werden mit Unsicherheiten weitergegeben.

Erklärung:

Mit Prosodie ist der paralinguistische Anteil in der Sprache gemeint, der auch musiktherapiespezifisch interessant ist. Kinder erkennen zum Zeitpunkt der Geburt bereits

wesentliche prosodische Charakteristika: Rhythmus, Intonation, Silbengewicht, Betonung. Mit 3 Jahren sind die meisten prosodischen Aspekte produktiv vorhanden.

(Literatur: Mehler, J., u.a.1988)

Hier könnte eine Ursache für Waldemars Kommunikationsstörungen (Asperger-Syndrom, monotoner Singsang im Musikunterricht) liegen.

Die Emotionen der belasteten Lebensumstände, und die Alltagssprache der Familie in ihrem Herkunftsland wurden deutlich und bewusst in Deutschland in den Hintergrund gedrängt, bzw. verdrängt. „Wir sprechen Deutsch, weil wir in Deutschland sind. Wir sind Deutsche.“ Seine Mutter erregte sich stark, als ich ihr die Bedeutung ihrer ursprünglichen Sprache für ihr Kind aufzeigte.

In einer Therapiestunde erschreckt Waldemar vor seinem auftauchenden Affekt, als er mir von dem Großvater erzählt, der in Russland geblieben und dort gestorben ist. Er verdrängte den auftauchenden Affekt ganz schnell aber für mich deutlich erfahrbar. Im Raum breitete sich die Atmosphäre der unterdrückten Trauer aus.

Hypothese 2:

Die Aussiedlung seiner Eltern könnte dazu geführt haben, dass diese hier im „sicheren Land“, im Heimatland der Vorfahren durch Arbeit und ausreichenden Wohlstand materielle Sicherheit erlangen und die Emotionen, die mit dem Verlassen der Heimat auftreten aber nicht verbalisieren können, vielleicht nicht teilen können, nicht mitteilen können.

Waldemars Mutter ist herzkrank. Sein Vater arbeitet sehr viel.

Waldemar hat die Emotionen atmosphärisch aufgenommen und gespeichert. Da er damit und darüber nicht in einen Austausch kommen kann, zieht er sich in eine eigene Welt zurück und zeigt „autistische Verhaltensweisen“.

4.2.5. Therapieziele und Behandlungskonzept

Für Waldemar gelten in unterschiedlicher Wichtigkeit sämtliche in Kapitel 2.2.3. genannten Feinziele um ihn im Hinblick auf seine tiefgreifenden Entwicklungsdefizite zu stützen und zu fördern. Die therapeutische Beziehung wird zunächst der grundlegend wirksame Behandlungsfaktor sein.

Ich behandle Waldemar zwei mal wöchentlich musiktherapeutisch mit Methoden der aktiven und rezeptiven Musiktherapie. Intermediäre Quergänge sind häufig. Weitere inhaltliche Schwerpunkte sind Tanz, Bewegung, Spiel mit Plüschtieren oder Seilen oder Bällen, sowie Malen, Gespräche und Kooperationen mit einem von ihm gewählten Spielpartner.

4.2.6. Prozessverlauf

Im Folgenden beschreibe ich den Verlauf der Therapie mit Waldemar. Es werden Angaben über den Stundeninhalt gemacht, um zunächst einen Überblick über das Geschehen zu vermitteln. Danach werden musikalische Phänomene und die Beziehungsebene beschrieben,

um die Atmosphäre in der Stunde abzubilden. Neue Therapieziele und die jeweils zur Wirkung gekommenen einzelnen Heilfaktoren der Integrativen Therapie werden hinzugefügt.

Die Beschreibungen wurden nach einer Auswertung der Musik- und Gesprächsmitschnitte der 5.; 7.; 21. und 45. Stunde in Absprache und Kooperation mit einer Musiktherapeutin verfasst.

4.2.6.1.

1. Therapiestunde

In der ersten Stunde kommt Waldemar auf einem ungewöhnlichen Weg durch die Glastür des Innenhofs in den Musikraum. Er erscheint als ein Junge, der „folgsam“ meine Fragen beantwortet und mir mitteilt, dass er in der Therapie gerne Klarinette lernen möchte. Er kann bei dem Spielangebot Rhythmen imitieren und bohrt parallel dazu die Spitze des Trommelstocks in das Trommelfell. Er windet den Hals eines Plüschtieres um die Trommelstöcke. Die Dynamik seines Trommelspiels ist aufbrausend. Sein Blick geht zum Schlagzeug.

Auswertung, Ziele:

Ich erlebe in der Übertragung Leistungsorientierung und Agression. Ich möchte Spiele anbieten, in denen ich mehr von Waldemars Kraft zum Thema machen kann. Sein Körperbewusstsein soll über Übungen geschärft werden und ein spielerisch-kreativer Umgang mit den Musikinstrumenten soll ihm ermöglicht werden.

4.2.6.2.

2. Therapiestunde

In der zweiten Stunde findet nach der Übung „Instrumentenverwandlung“ sein impulsives Klavierspiel mit mehreren Plüschtieren in den Händen statt. Es ist „platschig“. Dazu tönt seine Stimme: „Ich bin eine Bösewicht“ und „Ich bin ein Liebewicht“. Über Zeichnungen, die ich mit ganz direkten Nachfragen zum Spiel, damit er mein Interesse an seiner Person deutlich spürt, anfertige, finden wir gemeinsam auf der ikonischen Ebene einen Sinn seines Spiels. „Ist dieser ein Bösewicht?“, Welche sind die Liebewichte?“, „Gehört er zu dieser Gruppe?“, „Worum kämpfen sie?“ Waldemar blickt mich an (1. Blickkontakt), er führt meine Hand, malt damit weiter. Er teilt mir mit wenig Sprache die Bedeutung der Spielfiguren und den Sinn der Kämpfe mit: die Eroberung der Welt von den Bösewichten gegen die Liebewichte. (siehe Kontextanalyse Mikroebene, Videospiele)

Auswertung, Ziele:

Mir fällt beim Spiel auf, dass die vielen Berührungen der einzelnen Figuren immer sehr kurz und von seinem explosiven Stimmklang begleitet sind.

Der Moment der Berührung ist für mich interessant. Was passiert da im Spiel und was drückt Waldemar damit von sich aus? (siehe 5. Therapiestunde)

4.2.6.3.

5. Therapiestunde

Inhalt:

Waldemar spielt mit Plüschtieren und einem Obertonschlauch auf dem Teppich im Musikraum. Die Tiere werden abwechselnd gegeneinander geschlagen, gedrückt und mit dem Schlauch gepeitscht oder in seine Öffnung gequetscht. Dabei intoniert er sprachlich schwer verständlich eine Geschichte in der gegeneinander gekämpft wird. Ich spiele in räumlicher Distanz einzelne Schlagzeugklänge parallel zu den Berührungskontakten der Tiere.

Musikalische Phänomene:

Waldemars Stimme ist protestierend, aggressiv und heulend, jammernd, wimmernd. Es werden Entladungen hörbar: Prusten, Pusten, Flappern. Gesprächsfetzen, Kampfgeräusche: „Attacke“ „Booh“. Es gibt zwei Pole: Aggressor und Opfer. Das Spiel wirkt endlos.

Das Schlagzeug klingt drückend, penetrierend und übertönend. Meine Stimme klingt „genervt“, allein gelassen.

Beziehungsebene:

Kein Kontakt, Isolation.

Meine sprachliche Aufforderung wird von Waldemar nicht beantwortet. Keine Resonanz.

Eine Veränderung der Atmosphäre in Richtung Prägnanz tritt ein, als das Schlagzeug in einen gleichmäßigen $\frac{3}{4}$ Bass-Beat übergeht. Ich beende die Begleitung der Aktionen Waldemars damit und spiele meine eigene Musik. Das Schlagzeug baut einen klanglichen Raum auf, in dem Kontakt möglich ist. Der Beat erinnert an den Rhythmus eines Herzschlages. Danach steigert sich die Spannungsqualität von Waldemars Spiel in eine auf einen Höhepunkt zugehenden Dynamik. Beim Anhören der Aufnahme entsteht bei mir ein inneres Bild, welches unsere Beziehung zeichnet: *Ich bin oben auf einem steinigen Berg an einer Klippe zu einer Schlucht. Ganz weit unten taucht ein Mensch auf. Er agiert aktiv spielerisch in einer mir fremden Art.*

Heilfaktoren der IT:

1. Einführendes Verstehen, 2. Emotionale Annahme und Stütze, 4. Förderung emotionalen Ausdrucks, 7. Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation, psychophysischer Entspannung, 9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten.

In den nächsten Stunden kommen die Instrumente in Waldemars Aktionsradius. Er probiert aus.

4.2.6.4.7. Therapiestunde

In der 7. Therapiestunde nutzt er die therapeutische, wohlwollende Atmosphäre und spielt sich aus. In der Übertragung erlebe ich Waldemar, der wie in einem Musikunterricht

musiziert, in dem von ihm erwartet wird, Melodien, Rhythmen, Formen zu hören, zu üben, zu lernen und zu spielen, und es gibt Bewertungen von „richtig“ und „falsch“. Waldemar kann diesen Anforderungen aufgrund seiner tiefgreifenden Entwicklungsdefizite noch nicht entsprechen.

Sein Spielbedürfnis, sich auszuspielen, zeigt sich in den musikalischen Phänomenen, in der „wilden Dynamik“, der Intensität, mit der Qualität der Wahrnehmung von sich selbst.

Im Unterricht kann Waldemar mit seinem Bedürfnis nur stören oder verstummen, indem er gar keinen oder übertriebenen Ausdruck zeigt. Die Einzelsituation und die Möglichkeiten der Musiktherapie sind notwendig.

(Literatur: Müller/Petzold 1997: F. Hegi: Die heilenden Prozesse in der musiktherapeutischen Improvisation).

Inhalt:

Waldemar spielt zunächst alleine Klavier mit beiden Händen und singt und schreit in verständlicher Sprache: „das ist so cool“ „ich bin der Beste“. Ich höre ihm zunächst explizit mitgeteilt zugewandt zu und singe und schreie dann in ähnlicher Stimmlage mit swingendem Rhythmus.

Musikalische Phänomene:

Ouvertüre: Das Klavierspiel klingt wild. Tiefe und hohe Töne in ungleichmäßigem Wechsel kraftvoll angeschlagen. Dazu setzt Waldemars Stimme rhythmisch parallel zu der Handmotorik ein. Waldemar entlädt sich auf einem tiefen Klavierton, den er lange ausklingen lässt. Es ist still.

Heilfaktoren:

2. Emotionale Annahme; 4. Förderung des emotionalen Ausdrucks; 7. Leibliche Bewusstheit; 12. Prägnantes Selbst- und Identitätserleben und positive selbstreferentielle Gefühle und Kognitionen. Evidenzerfahrung: motorische und akustische Reize sind kongruent wahrnehmbar, Erfahrung der Urheberschaft.

Duett: Danach setze ich mit einem langen Stimmklang auf dem Klavierton ein. Waldemar singt in ähnlicher Tonhöhe dazu. Ich gleiche meinen Ton wieder an Waldemars Ton an. Wir singen. Waldemar schreit und bekommt meine Resonanz.

Heilfaktoren:

2. Einführendes Verstehen; 6.Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit (Mutualität).

Coda: Am Ende geht er wieder auf Sprache zurück, spielt und singt: „Halleluja“ „Wir spielen“ „Anne Kuhlemann“.

Beziehungsebene:

Über das Klavierspiel scheint Waldemar gut im Kontakt mit sich selbst zu sein: er genießt propriozeptive Reize. Mein Kontaktangebot des an das Klavierspiel angepassten Stimmklanges verändert die Beziehungsebene: er nimmt mich als Person (lat. personare=

durchklingen) wahr und reagiert auch auf mich. Ein gemeinsames Spiel entsteht, was Waldemar viel Freude erleben und ausdrücken lässt und von meiner Empathie und Anpassung geprägt ist. Er wird beim Schreien emotional gestützt und seine Person wird angenommen. Waldemars Bemühungen um Einschwingung sind hörbar.

4.2.6.5.

8. bis 20. Therapiestunde

Jetzt ist eine gemeinsame Basis für mehr Kontakt geschaffen. Aus einem Beratungsgespräch mit Waldemars Mutter entsteht die Hypothese 1 (Kapitel 4.2.4.).

Wir singen in den nächsten Stunden nach Waldemars Auswahl Lieder, die er aus dem Musikunterricht kennt und ich bringe ihm das russische Tanzlied „Kalinka“ und das Wiegenlied „Bajuschki Baju“ bei. Waldemar singt gerne und immer in einer für seine Stimme zu hohen Tonlage. Den Auftrag, das Lied mit seinem Vater zu singen, nimmt er folgsam an. Im Beratungsgespräch mit seinem Vater lächelt dieser: „Wenn ich singe, dann lachen alle.“

Seine Mutter war mit der Intervention nicht einverstanden. „Wir sind hier in Deutschland. Warum soll Waldemar ein russisches Lied lernen? Er soll auch kein Musiker werden. Es ist egal, wenn er in Musik nicht gut ist!“. Ich kann ihr meine Sichtweise nicht verständlich machen (siehe 4.2.3. Perspektive des Kontinuums), aber in dem Zeitraum kommt Waldemars Vater zu einem Elterngespräch und erklärt sich bereit, zu einer Kinder- und Jugendpsychiaterin zu gehen, um die von uns vermutete Krankheitsdiagnose „Autismus“ abzuklären und eventuell eine Behandlung in der Autismusambulanz zu beginnen.

Ich bin froh über diesen Konsens. Zukünftige Förderungsmöglichkeiten wurden rechtzeitig angebahnt. Da in der Ambulanz auch eine Integrative Therapeutin arbeitet, könnte es gelingen, für Waldemar einen sehr leichten Übergang zu bilden. (Siehe 4.2.7)

4.2.6.6.

21. Therapiestunde

In der 21. Stunde ereignet sich der erste direkte sprachlich emotionale Kontakt und Waldemar artikuliert eine wesentliche Erkenntnis. (*1. Weg der Heilung: Bewusstseinsarbeit, Sinnfindung*).

Inhalt:

Waldemar spielt und spricht mit verschiedenen Stimmen mit zwei Plüschtieren, Ich stelle Fragen an die Figuren.

Das Thema: Der Geist Kevin und ein Computer erklären mir ihre Beziehung zu Waldemar. Waldemar äußert die Erfahrung, verstanden worden zu sein.

Beziehungsebene:

Waldemar zeigt in der Gesprächsszene der beiden Spielfiguren einen Einblick in seine psychischen Strukturen: Die Figuren streiten in einer Macht/Ohnmacht-Polarität.

Waldemar nutzt die Intermediärobjekte, um in den Kontakt zu mir zu gehen. Er spricht für den Geist, der Gefühle hat, der Waldemar hilft, wenn ihn jemand ärgern will, der traurig ist, weil er so viel Hilfe braucht. Er spricht als der Computer, der die Gespräche für Waldemar erledigt. Er kann über die Intermediärobjekte die Emotionen der seelischen Anteile konkret ansprechen und verleugnet sie wieder, als ich genauer nachfrage (Hypothese 2). Mehr Kontakt in seiner Welt lässt er nicht zu.

Atmosphärisches:

Eine aktive Auseinandersetzung der beiden Figuren ist im Spielfluss. Es wirkt chaotisch, ambivalent, schizophren. Im Gespräch mit mir wird der Spielfluss unterbrochen. Die Welt Waldemars bleibt geheimnisvoll. Es ist unangenehm, sie zu zeigen.

Der freudige Abschluss zeigt eine positive Erlebnisqualität. Waldemars Worte: „Du bist das erste Mal, die uns alle so versteht“ als Rückmeldung an mich, zeigen mir, dass er meine Fragen zu seiner Person begrüßt. Sie sind sinnvoll, er freut sich, verstanden zu werden.

Heilfaktor der IT:

14.Ermöglichung von Empowerment- und Solidaritätserfahrungen.

Aus dieser Sitzung habe ich die Vermutung, dass der autistische Rückzug Waldemars Antwort darauf ist, sich noch nie verstanden gefühlt zu haben. Ein Ziel ist, die Erfahrung verstanden werden zu können auf andere Personen zu übertragen.

4.2.6.7.

22. bis 44. Therapiestunde

Nach insgesamt ½ Jahr Einzelförderung war genug Vertrauensbasis für eine weitere Herausforderung an Waldemars Kontaktfähigkeit geschaffen. In den folgenden Stunden werden andere Schüler nach Waldemars Wahl und meiner Absprache mit den Bezugspersonen einbezogen.

Waldemar erfindet Wettspiele, in denen auf dem Weg zum Ziel schwierige Gefahren und Hindernisse überwunden werden müssen. Meistens stehen an den Positionen Instrumente, die angeschlagen werden oder nicht berührt (zum Klingen gebracht) werden dürfen. Die Spiele sind in Levels 1 bis 6 unterteilt.

Nachdem die Spiele in einer Stunde entwickelt und von Waldemar und mir gespielt werden, kommt in der nächsten Stunde der Mitschüler dazu. Waldemar geht im Therapieraum in eine fürsorgliche oder eine abwartende Rolle. Ich habe keinen emotionalen Kontakt zwischen ihm und einem Mitschüler erlebt.

In der 45. Stunde ändert sich das.

4.2.6.8.

45. Therapiestunde

In dieser Stunde wird der mehrperspektivische Zusammenhang hörbar. Die Wirksamkeit der musiktherapeutischen Einzelförderung zeigt sich im Rollenspiel und im direkten Kontakt zum Mitschüler.

Inhalt:

Waldemar kommt zusammen mit Florian. Er spielt zunächst alleine mit Plüschtieren. Ich nehme Worte von ihm auf und gebe Impulse mit Sprache und Instrumenten. Eine gemeinsame Geschichte wird gespielt.

Beziehungsebene:

Wir sitzen auf meinen Wunsch in einer Dreiecksform beieinander.

Waldemar ist zunächst mit sich und mit den Plüschtieren im Kontakt. Er spielt mit 2 Figuren. Er benennt seine Geschichte: „Eine Musikgeschichte. Heute lernen wir, wie wir mit Riesen umgehen.“ Er bezieht dann Florian über Sprache ein: „Was sagt denn der Herr?“ Nach Florians Antwort geht Waldemar über die Spielfiguren in Kontakt zu Frau Kuhleemann. Ich beziehe die Bass-Schlitztrommel ein und die Atmosphäre verändert sich.

Musikalische Ebene:

Das Spiel wird intensiver, als ich die Schritte eines sich nähernden Riesen auf einer Trommel spiele. Waldemar und Florian können sich auf mich beziehen und es entsteht eine Geschichte mit vielen Kontakten über Stimme und Sprache, Mimik, Gestik und Bewegungen. Waldemar äußert in diesem Spiel seine Gefühle. „Hilfe, ich habe Angst.“ Er geht damit in den Kontakt. Florian und Waldemar sind zusammen im Geschehen, sie beziehen sich gegenseitig aufeinander. Begegnungen passieren. Auf dem Höhepunkt der Geschichte bringt Waldemar seine Mitschüler in den Raum: „Guten Tag Florian, Jonas, Natalie und Herr Schwanenburg... Ich bin der Engel vom Küken.“

In dieser Sitzung war es Waldemar möglich, mit einem Mitschüler in einer Welt zusammen ausgelassen und bezogen kreativ zu sein. Er macht direkte Vorschläge, Spielangebote. Er reagierte. Er schwang mit und gab den Anstoß.

4.2.6.9

Resumée und weiterer Ausblick

Entwicklungspsychologisch ist Waldemar jetzt in die „Welt der Identitätserfahrung“ eingetreten. (Petzold 1992) Waldemar zeigt in der Situation ein reifes Selbst mit funktionsfähigem Ich. Seine Identität kann in der Erfahrung mit anderen reifen. (Kapitel 1.2 Ressourcen) Hier wird die qualitative Entwicklungsverzögerung (3.1.) noch mal deutlich, Waldemar beginnt eine Identitätsentwicklung mit 13 Jahren, die bei normalem Entwicklungsverlauf um das 4. Lebensjahr stattfindet und durch Internalisierung von Beziehungen weiter ausgebildet wird.

Um seine Entwicklung zu unterstützen, soll er weiterhin begleitet werden. Innerhalb der Schule bekommt er solange weiter musiktherapeutische Förderung, bis er einen Platz in der außerschulischen Autistenambulanz bekommt. Der Übergang dorthin und die Ablösung von mir soll sich zeitweilig überschneiden.

Die Erfahrung mit Waldemar hat mir gezeigt, dass im Setting von Sonderschulen auch bei schwerwiegenden Störungen Entwicklungsfortschritte erreicht werden, wenn die Rahmenbedingungen auf das Kind hin verändert werden können. Für Kinder mit Störungen der Kommunikation und Interaktion ist eine intensive Ausrichtung der Interventionen auf die zwischenmenschlichen Beziehung das Wichtigste. Dazu gilt es auch bei Klassenwechsel die Kontinuität in der Einzelbeziehung über den notwendigen Zeitraum hin aufrecht zu erhalten. Die direkte Anbindung der Therapie in das Lebensfeld Schule ist hilfreich. Die potentiellen Kontaktpartner des Kindes sind ohne organisatorische Komplikationen in die Therapie einzubinden.

Weitere Chancen sehe ich in der Integration der Mitarbeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Lern- und Arbeitsfeld Schule.

Für mich wird es interessant in meinem Arbeitsfeld noch mehr der Erkenntnisse der Kindertherapie anzuwenden. Ich denke an Arbeitsgruppen zum Thema Risikofaktoren und Ressourcen, Resilienz- und Schutzfaktoren.

Zusammenfassung: Konzept für Musiktherapeutische Entwicklungsförderung im Setting einer Sonderschule für Körperbehinderte

Die integrative Musiktherapeutin beschreibt in ihrer Arbeit ein Konzept für Entwicklungsförderung in einer Sonderschule für Körperbehinderte.

Dabei wird über eine Prozessbeschreibung der Persönlichkeitsentwicklung eines autistischen Jugendlichen die Arbeitsmöglichkeiten der Integrativen Therapie in der Schule praxisnah und lebendig dargestellt.

Zuvor werden die Ziele von Rehabilitation, das Salutogenesemodell zur Entwicklung von Krankheit und Gesundheit und die Verschränkung von Ressourcen, Risikofaktoren und Schutzfaktoren der Integrativen Kindertherapie dargestellt. Das Arbeitsfeld mit Zielgruppe, Setting, Therapiezielen und –strukturen und Beobachtungsprotokollbögen werden ausführlich beschrieben.

Aktuelle Forschungsergebnisse der Kinder- und Jugendpsychotherapie für autistische Störungen werden betrachtet und musiktherapeutische Interventionen beschrieben. Die Arbeit endet mit einem Resumée und weiteren konzeptionell interessanten Arbeitsmöglichkeiten im sonderpädagogischen Bereich.

Schlüsselworte: Schule für Körperbehinderte, Integrative Musiktherapie, autistisch behinderter Teenager

- bkj Bundesverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –therapeuten
Viele Seelen wohnen doch in meiner Brust, Identitätsarbeit in der Psychotherapie mit Jugendlichen (VFP Münster 2002)
- Campbell, D.: Die Heilkraft der Musik (Delphi München 1997)
- Frohne-Hagemann: Integrative Musiktherapie als psychotherapeutische, klinische und persönlichkeitsbildende Methode (aus:Frohne-Hagemann, I. (Hrsg.): Musik und Gestalt (Junfermann Paderborn 1990)
- Frohne-Hagemann, I.: Musiktherapie vor dem Hintergrund integrativer Theorie und Therapie
- Decker-Voigt, H.H.(Hrsg.): Schulen der Musiktherapie (Reinhard München 2001)
- Frohne-Hagemann, I.: Fenster zur Musiktherapie (Reichert Wiesbaden 2001)
- N. Gerdes, J. Weis: Zur Theorie der Rehabilitation (aus J. Bengel, U. Koch (Hrsg.): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften, Springer Berlin 2002)
- Hilke, A.: Musiktherapie in der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie (Grad.-arbeit FPI)
- Koch, Bengel: Die Entwicklung der Rehabilitationswissenschaften in Deutschland (aus J. Bengel, U. Koch (Hrsg.): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften, Springer Berlin 2002)
- Mahns, W.: Die musiktherapeutische Behandlung eines achtjährigen mutistischen Kindes (aus: Frohne-Hagemann, I. (Hrsg.): Musik und Gestalt (Junfermann Paderborn 1990)
- Mahns,W.: Symbolbildungen in der analytischen Kindermusiktherapie (Universität Aalborg1997)
- Mehler, J., u.a.: A precursor of language acquisition in young infants(*Cognition* 29)
- Metzmacher,B.,
Petzold,H,Zaepfel,H.(Hrsg.):Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes von heute (Junfermann 1996)
- Ortiz, J.M.: Das Tao der Musik (Barth, München 1999)
- Osten, P.: Die Anamnese in der Psychotherapie (Reinhard München 2000)
- Petermann, F (Hrsg.): Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie und – psychotherapie (Hofgreffe, Göttingen 2000)
- Petzold, H., Müller, L.(Hrsg.):Musiktherapie in der klinischen Arbeit (Fischer, Stuttgart 1997)

- Petzold, H.: Gong Singen Gong Bilder und Resonanzbewegung (aus: Frohne-Hagemann, I. (Hrsg.): Musik und Gestalt (Junfermann Paderborn 1990)
- Petzold, H.: Integrative Therapie Bd II 1, Bd II 2, Bd II 3 (Junfermann1993)
- Petzold, H.: Integrative Bewegungs- und Leibtherapie (Junfermann Paderborn1996)
- Petzold, H.: Zeitschrift Integrative Therapie (Junfermann)
Themenschwerpunkt Kinder- und Jugendlichentherapie, 24. Jahrgang,1998
Themenschwerpunkt Innovative Musiktherapie, 25. Jahrgang, 1999
- Petzold, H., Müller, L.2002: Charta-Kinder Integrative Kinder und Jugendlichentherapie
- Ramin, G.,Petzold, H.(1987):Integrative Therapie mit Kindern, in: Petzold 1993
- WHO: Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) (Huber Berlin 1993)

5. Beobachtungstabelle Entwicklungspsychologie: Die Entwicklung der Selbstempfindung

Merkmale:

Amodale Wahrnehmung, transmodale Form
Blickkontakt
Vitalitätsaffekte, Imitation
Affektregulierung
Auftaucherlebnisse

Störungen:

Autoagression
Stereotype Handlungen
Keine Umweltexploration
Rückzug

Merkmale:

Selbstgeschichtlichkeit
Selbstaffektivität (Wiederholungsliebe)
Selbstkohärenz (Klangqualität)
Urheberschaft (Ton solange wie er/sie will hören lassen)
Wir- Gefühl (positive Interaktion)

Störungen:

Zwänge, Spielunfähigkeit
Veränderungsängste
Kein zwischenmenschlicher Spielraum
Selbstinitiierte Stimulationen
Nichtwahrnehmen des anderen
Festhalten, stereotype Handlung, Gedanken
Verzögertes Erinnerungsvermögen

Merkmale:

Gemeinsamer Rahmen von Bedeutungen, Phantasie
Empathie erleben, Bedürfnis danach
Inter- Affektivität
Inter-Intentionalität
Inter-Attentionalität
Soziale Rückversicherung

Störungen:

Erschrecken beim Affekt des anderen
Auf sich selbst bezogen sein
Keinen Aufforderungen nachkommen
Fragen nach Affekten

