

Anforderungen an MusiktherapeutInnen im basalen Interaktionsprozess bei schwerst mehrfachbehinderten Kindern

Simone Schwab

Begegnet man Kindern mit einer schweren Mehrfachbehinderung, so scheinen sie in ihrer eigenen Welt zu leben, zu der wir als Gegenüber keinen Zugang haben. Die offensichtliche Sprachlosigkeit auf Seiten des Kindes zeigt sich auch in einer Sprachlosigkeit auf Seiten der Eltern, Geschwister, Therapeuten, des Pflegepersonals und anderen, die sich mit dem Kind beschäftigen wollen. Alle Beteiligten stehen vor der besonderen Herausforderung, einen Weg zu finden, um mit dem Kind in einen Kontakt zu kommen. Gelingt es, die eigene Behinderung im Kontakt zu überwinden, können Begegnungen entstehen, die sogar ein Entwicklungspotenzial aufzeigen können. In der Interaktion kann nicht nur das Kind einen Fortschritt erleben, sondern auch die Person, die sich mit dem Kind auf einen anders gestalteten Kontakt einlassen kann. Aus der Behinderung auf beiden Seiten kann sich eine echte Begegnung entwickeln.

Dass sich Kinder mit einer sehr schweren Mehrfachbehinderung nicht über sprachliche Äußerungen mitteilen können ist verständlich. Sie sind aber keinesfalls sprachlos. Sie verfügen über ihre ganz eigenen Möglichkeiten der Verständigung oder des Ausdrucks, die es zu entdecken und in das eigene Verhalten zu integrieren gilt. Dadurch kann sich eine anfängliche Sprachlosigkeit in eine ganz eigene Sprache verwandeln. Die Musiktherapie bietet mit all ihren musikalischen Parametern die Möglichkeit, diese besondere Sprache zu entdecken, zu entwickeln und eine Kommunikation entstehen zu lassen. Dies kann aber nur gelingen, wenn sich die Musiktherapeutin den besonderen Herausforderungen einer basalen Interaktion stellt. Es erfordert eine spezielle musiktherapeutische Methodik und eine innere Haltung der Musiktherapeutin, damit sich eine beidseitige Kommunikation entwickeln kann.

Es ist Aufgabe der Musiktherapeutin, die beidseitige Behinderung zu überwinden, wobei man sich in kleinste Bereiche musikalischer Prozesse begibt. Es geht immer wieder um das Aufspüren kleinster Impulse, die mit der Sprache der Musik aufgegriffen und in Kontakt gebracht werden. Auch die Stille, das Warten auf die nächste Äußerung und die langen Pausen erfahren eine unglaubliche Bedeutung und Wertigkeit. Die große Herausforderung in der Arbeit mit diesen Kindern hat mir die Erfahrung gebracht, dass auch bei scheinbar völliger Kontaktlosigkeit eine Begegnung stattfinden kann.

Immer wieder bin ich in den Musiktherapiestunden auch mit meinen eigenen inneren Prozessen beschäftigt. Es tauchen Fragen auf, wie z.B.: Hat das Kind heute überhaupt gespürt, dass ich da war? Waren seine Äußerungen zufällig oder hatten sie einen Bezug zu meinem Verhalten? Kann ich jemals eine Entwicklung fördern? In manchen Stunden fühle ich Ohnmacht, Hilflosigkeit, Nicht-Wahrgenommen-Werden,

Überforderung ja manchmal sogar Ärger und Wut (Kann das Kind nicht? Oder will es nicht?).

Welche Erklärungsmodelle kann es für das eigene therapeutische Handeln geben?

Wie kann ich mit musiktherapeutischen Methoden ein schwer interaktionseingeschränktes Kind in eine Kommunikation und sogar zu einer Entwicklungsmöglichkeit führen?

Welchen besonderen Anforderungen und Herausforderungen stehe ich als Musiktherapeutin gegenüber?

Zunächst wird ein Überblick über Grundlagen und Begriffsbestimmungen gegeben. Anschließend wird sich eine Videomikroanalyse, sowie die Verbindung der Ergebnisse in einem Interaktionsmodell aus der Sichtweise der Therapeutin.

1. Grundlagen und Begriffsbestimmungen

Eine *schwerste Mehrfachbehinderung* ist gekennzeichnet durch die Komplexität an stark verzögerten oder stagnierten Entwicklungsbereichen (Wahrnehmung, Sprache, Motorik). Daraus resultiert eine stark eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit durch fehlende Kompetenzen. Lebt das Kind in Isolation?

Interaktion (nach Watzlawick) ist ein Geschehen zwischen Personen, die wechselseitig aufeinander reagieren und sich dabei gegenseitig beeinflussen und steuern.

Basale Interaktion bezeichnet Fröhlich als voraussetzungslos. An das behinderte Kind werden keine Vorbedingungen für das Zustandekommen einer Kommunikation gestellt. Das Kind darf bleiben, wie es ist. Die Therapeutin ist gefordert, sich auf die kommunikativen Fähigkeiten des Kindes einzustellen

Ein kurzer Blick in die Musiktherapie-Forschung:

Auffällig ist, dass Fachliteratur und Forschung stark klientenorientiert und nur wenig therapeutenzentriert sind. Zu erwähnen ist hier die Studie von Plahl (2000), die sich mit der Wirksamkeit der Orff-Musiktherapie auf die präverbale Kommunikationsentwicklung bei mehrfachbehinderten Kindern befasst hat.

Das Ergebnis zeigt eine Verbesserung der kommunikativen präverbalen Fähigkeiten und eine Zunahme der kommunikativen Beiträge der Kinder. Zudem sieht Plahl wichtigen Untersuchungsbedarf in Bereichen des Therapeutenverhaltens, um die Art des Vorgehens zu konkretisieren. Plahl fordert eine „eingehendere Untersuchung des therapeutischen Verhaltens, da sich dadurch konkretisieren ließe, wie die Musiktherapeutin durch die Art ihres Vorgehens eine Zone nächster Entwicklung für das Kind herstellt“ (Plahl 2000, 216). Eine Analyse der verwendeten Modalitäten kann „Aufschluss über das spezifisch entwicklungsfördernde Verhalten der Musiktherapeutin geben“ (Plahl 2000, 216).

Zunächst zum Begriff der *Kommunikation*:

Woraus besteht sie? Wie kommunizieren Menschen überhaupt?

Watzlawick schreibt: „Man kann nicht nicht kommunizieren“ (2007,15). Sobald sich zwei Menschen wahrnehmen können, findet Kommunikation statt. Allein das Zusammensein und die Nähe zu einer Person ist Kommunikation. Man beachte die Bedeutung dieser Aussage für die Arbeit mit schwerst Mehrfachbehinderten!

Im Kommunikationsmodell nach Mall (1987) werden Kanäle genannt, mittels derer eine Kommunikation stattfindet: Blickkontakt, Atemrhythmus, Sprache, Lautäußerungen, Mimik, Berühren, Gestik und Bewegung. Er differenziert diese in basale und fortgeschrittene Kanäle, wobei Atemrhythmus, Lautäußerungen, Berührung und Bewegung den basalen Kanälen zugeordnet werden.

Kommunikation bei schwerster Mehrfachbehinderung findet laut Mall auf der Ebene der vier basalen Kanäle statt. Aus einer asymmetrischen kann sich dann eine symmetrische Kommunikation entwickeln. Die Therapeutin hat also die Aufgabe, eine stimmige Kommunikationskette zwischen ihr und dem Kind zu entwickeln, die auf einer gleichen Basis der Verständigung erfolgt. Das heißt Verwendung des gleichen bzw. eines basalen Kanals. Darin kann der Schlüssel für die Überwindung der Kommunikationsbarriere liegen. Dadurch kann die Therapeutin aus dem Gefühl der Hilflosigkeit aussteigen.

Wie wichtig die Überwindung der beidseitigen Kommunikationsbarriere durch die Möglichkeit der basalen Kommunikation ist, benennt Mall mehrmals: „Die basale Kommunikation dient (...) zur Herstellung und Verbesserung der Beziehung zwischen Möglichkeiten und Behinderungen. (...) Auch für mich als Partner des behinderten Menschen ist das Erlebnis befreiend, da ich darin die Möglichkeit erfahre, meine Gefühle, mein Interesse, meine Zuneigung dem andern zu vermitteln“ (Mall 1987, 3). Die klare Benennung der beidseitigen Behinderung stellt die Herausforderung des Therapeuten im Interaktionsprozess in den Fokus.

Basale Kommunikationsmodelle

Weitere Beispiele für basale Kommunikationsmodelle sind die „Basale Stimulation“ nach Fröhlich (1975), die „Basale Kommunikation“ nach Mall (1987) und die „Musikbasierte Kommunikation“ nach Meyer (2009). Schnittpunkte tauchen bei Dagmar Gustorffs Ansatz in der Musiktherapie mit komatösen Patienten auf.

2. Die Musiktherapeutin im Kommunikationsprozess

Anschließend sollen verschiedene intra- und interpersonelle Aspekte einer Musiktherapeutin in der Begegnung und Behandlung mit schwerst mehrfachbehinderten Kindern aufgezeigt werden.

Handlungsgrundlagen

Basis für jedes Handeln ist das Humanistische Menschenbild. Es geht davon aus, dass jeder Mensch mit seinen vorhandenen Fähigkeiten auf Wachstum ausgerichtet ist, auch wenn die Ressourcen gestört oder eingeschränkt sind. Zudem ist die Haltung geprägt von Empathie, Wertschätzung und Kongruenz. Beim Umsetzen der drei Haltungen geht es um eine sensible und differenzierte Wahrnehmung und gleichzeitig um eine strukturierte intuitive Handlungsweise der Therapeutin.

Ethische Richtlinien sind unabdingbar. Man denke an die Abhängigkeitssituation, in der sich das Kind befindet, da es nicht für sich selber sprechen oder entscheiden kann.

Die Beziehungsgestaltung im therapeutischen Prozess ist gekennzeichnet durch folgende Komponenten:

- Kohärenz (feste Rituale, wiederkehrende Abläufe)
- Synchronizität (musikalische Spiegelung des Verhaltens, manchmal der einzige Gegenstandsbezug mit schwer interaktionseingeschränkten Patienten)
- Reziprozität (abwechselndes Spiel)
- Gegenwärtigkeit, Gegenseitigkeit, Ausschließlichkeit

Gegenübertragungsgefühle in der musiktherapeutischen Arbeit mit schwerst mehrfachbehinderten Kindern

In der musiktherapeutischen Arbeit mit schwerst mehrfachbehinderten Kindern wird die handelnde Musiktherapeutin immer wieder stark mit ihren eigenen Gefühlen konfrontiert. Es tauchen „Gedanken, Eindrücke, Empfindungen auf, die zu einer stetigen Infragestellung der eigenen Bemühungen führen und mit der Schwere der Behinderung in Zusammenhang gebracht werden“ (Becker 2002, 11). Als Therapeutin kann man sich immer wieder in einem Gefühl von Überforderung und ohnmächtigem Verhalten angesichts der besonderen Art der Interaktionsstörung wiederfinden. Kuntsche beschreibt, dass die „auftauchenden Gegenübertragungsgefühle als Botschaften des Kindes ebenfalls anzunehmen sind und sowohl die Isoliertheit der Kinder spüren lassen, wie auch Verzweiflung und Wut über das Nicht-Wahrgenommen-Werden als Gegenüber“ (Kuntsche 2011, 58). Maria Becker beschreibt in ihrem Buch „Begegnung im Niemandsland“ (2002) die therapeutische Beziehung als Extremsituation, da auf Seiten der behinderten BeziehungspartnerIn weder eine Sprach- noch eine Handlungskompetenz vorausgesetzt werden kann. „Der Bezugspunkt für das therapeutische Handeln liegt allein im Verständnis der Gegenübertragung, in der Analyse der Empfindungen der Therapeutin. Die Therapeutin muss (...) ein immens hohes Maß an Unsicherheit und Nicht-Wissen aushalten“ (Becker 2002, 11). Gestärkt wird diese Aussage von Gessner (2004), der das Nutzen von innerer Achtsamkeit als Handlungsgrundlage im

Beziehungsgeschehen betont. „Auftauchende Regungen, Bilder, Befindlichkeiten und Gefühle werden (...) als mögliche Informationsquelle für die emotionale Innenwelt des Patienten genutzt“ (Gessner 2004, 11).

Aus der Erwartung heraus, dass eine gemeinsame Interaktion oder zumindest ein kleiner Moment der Begegnung stattfindet, kann bei der Therapeutin auch das Gefühl aufkommen, besonders aktiv werden zu müssen. Dabei können dann schnell wieder Gefühle der Hoffnungslosigkeit, ja sogar Wut und Erschöpfung auftauchen. Es stellen sich dann immer wieder die Fragen: Kann das Kind nicht? Oder will es nicht? (Schumacher in Kuntsche 2011, 69). Entstehen im Prozess dann Momente der Begegnung, des gemeinsamen Erlebens, kann dies an einer Veränderung der Gegenübertragungsgefühle wahrgenommen werden. „Der Augenblick des Erlebens »ich bin gemeint« - des Verstehens – war oft wie ein Lichtstrahl, durch den das vorherige Dunkel des »Sich-nicht-gemeint-Fühlens« als solches überhaupt erst erkennbar wurde (Becker 2002, 170). Der bisherige Eindruck einer Bedeutungslosigkeit oder Ziellosigkeit der Gesten, Laute und Bewegungen eines schwermehrfachbehinderten Menschen konnte eine Wendung erfahren, den sie als „Lichtstrahl“ bezeichnet.

Für den musiktherapeutischen Prozess ergibt sich daraus, dass die Musiktherapeutin sich immer wieder aufs Neue auf die Suche begeben muss, Momente der Begegnung zu entdecken, zu entwickeln und zu fördern. Hilfreich ist hier die Orientierung an den basalen Kommunikationskanälen, da sie der Weg und der Schlüssel für eine Interaktion und damit eine Begegnung mit schwerst mehrfachbehinderten Kindern sind. Sie müssen im musiktherapeutischen Prozess bewusst und zielgerichtet eingesetzt werden, um verborgene Dialoge sicht- und hörbar machen zu können. Dann kann sich die Musiktherapeutin von den Gefühlen der Hoffnungslosigkeit und Ohnmacht hin zu einem sinn- und bedeutungsvollen Arbeiten wenden.

3. Die Musik im Kommunikationsprozess

Warum eignen sich musikalische Elemente als basale Interaktionsform?

Musikalische Prägungen als Grundlage musiktherapeutischen Handelns

Bereits pränatal findet eine Kommunikation zwischen Mutter und Kind mittels basaler Kontaktkanäle über Rhythmus, Bewegung und Atmung statt. Als Musiktherapeutin kann ich mich auf diese Erfahrungen des Kindes in meiner Arbeit stützen.

Musiktherapeutische Bausteine

Die Auswahl und Anwendbarkeit der Materialien bzw. des Instrumentariums orientiert sich stark an der multisensorischen Verwendung in der Orff-Musiktherapie. Die Selbstwirksamkeit muss für das Kind leicht erlebbar (z.B. Saiteninstrumente) und die Möglichkeit der sensorischen Stimulation durch Instrumente gegeben sein. Zudem sei hier kurz der feinfühlig Einsatz der Stimme in all ihren Facetten erwähnt.

Funktionen der Musik

Musik bietet eine Struktur- und Haltefunktion (z.B. Begrüßungs- und Abschiedslieder als Rituale), eine Spiegelfunktion (Hörbarmachen eines Gegenüber) und eine Funktion als Intermediärobjekt (Gemeinsamkeit zwischen Therapeutin und Kind, z.B. Instrument, gleicher Kommunikationskanal).

4. Mikroanalyse

Mittels einer Video-Mikroanalyse werden die aufgeführten theoretischen Aussagen überprüft. Die mikroanalytische Auswertung einzelner Therapiesequenzen hat das Ziel, das therapeutische Verhalten in Bezug auf die Kommunikationsprozesse zu analysieren. Dabei wird der Fokus maßgeblich auf die Therapeutin und nicht auf das Kind gerichtet. Die Zuordnung unterschiedlicher Verhaltensmuster erfolgt durch die Bildung verschiedener Kategorien, damit diese dann in einem Analyseschema erfasst werden können.

Grundlage der Analyse ist eine Einzelmusiktherapie mit Niklas, 8 Jahre, schwerst mehrfachbehindert. Die wöchentliche 50minütige Musiktherapie findet zu Hause statt. Er zeigt eine schwere bilaterale linksbetonte spastische Zerebralparese, symptomatische fokale Epilepsie mit generalisierten tonischen Anfällen, Kniegelenksbeugekontraktur beidseitig, schwere Intelligenzminderung, tiefgreifende Entwicklungsstörung, Harn- und Stuhlinkontinenz und Abhängigkeit vom Rollstuhl. Das methodische Vorgehen ist stark geprägt von den basalen Kommunikationsmodellen und der Orff-Musiktherapie.

Durch die Zerebralparese zeigt Niklas wenig Initiative, sich zu bewegen. Er sammelt daher wenig Erfahrung über seine Umwelt und lernt dabei, dass er wenig Einfluss auf die Ereignisse in seiner Umgebung hat. Daraus entwickeln sich wiederum Probleme in der Wahrnehmung und der sozial-emotionalen Entwicklung. Das primäre Ziel, in der musiktherapeutischen Arbeit mit Niklas, besteht im Einfangen und Fokussieren seiner Aufmerksamkeit. Dies kann durch eine sensorische Stimulation mit einer Verschaltung verschiedener musikalischer Reize mit taktilen, visuellen und kinästhetischen Erfahrungen erreicht werden. Durch seine scheinbare Kontaktlosigkeit ist dies der erste Weg, um überhaupt mit ihm in einen Kontakt treten zu können, um dann entwicklungsfördernde Impulse zu setzen.

4.1. Ablauf der Video-Mikroanalyse

Die Mikroanalyse erfolgt in fünf Schritten:

1. Schritt: Videoaufnahme der Musiktherapiesitzungen
2. Schritt: Auswahl der Videosequenzen (Lautieren, Bewegen)
3. Schritt: Bildung des Kategoriensystems
4. Schritt: Videoanalyse
5. Schritt: Interpretation

Die *Auswahl der Videosequenzen* stellt einen Einblick in die musiktherapeutischen Prozesse dar. Es wurden Sequenzen ausgesucht, die in den kurzen Phasen ein gutes Bild möglicher Interaktionen und methodischer Vorgehensweisen der Musiktherapeutin darstellen.

Kategorienbildung

Nachdem die Videosequenzen festgelegt wurden, müssen die Kategorien bestimmt und definiert werden. Bei der Bildung der Kategorien habe ich mich an Plahls „KAtegoriensystem in der MUSikTHERapie KAMUTHE“ orientiert (Plahl 2000).

Kategorien	Kategorienbeschreibung	Abkürzung
Niklas		
Lautieren	Lautieren nach oben gerichtet Lautieren nach unten gerichtet Lautieren auf einem Ton Jammern, Schluchzen	LAU 1 LAU 2 LAU 3 LAU 4
Musiktherapeutin		
Musikalisch	Stimme: Lautieren nach oben gerichtet Lautieren nach unten gerichtet Lautieren auf einem Ton Klang/Instrument Melodische Tonsequenz mit Text Lied mit instrumentaler Begleitung	MUS 1 MUS 2 MUS 3 MUS 4 MUS 5 MUS 6
Verbal	Kommentar Lob Frage Aufforderung	VER 1 VER 2 VER 3 VER 4
Nonverbal	Angebot des Instrumentes Bewegen des Instrumentes Berühren des Kindes Bewegen des Kindes	NON 1 NON 2 NON 3 NON 4

Videoanalysen

Zwei Videosequenzen mit einer Dauer von jeweils zwei Minuten wurden im Sekundenabstand analysiert. Die Videosequenzen nehmen den Kommunikationskanal Lautieren in den Fokus. Tritt das kategorisierte Verhalten auf, wird das entsprechende Feld farblich markiert.

Videoanalyse 1 - Kommunikationskanal Lautieren

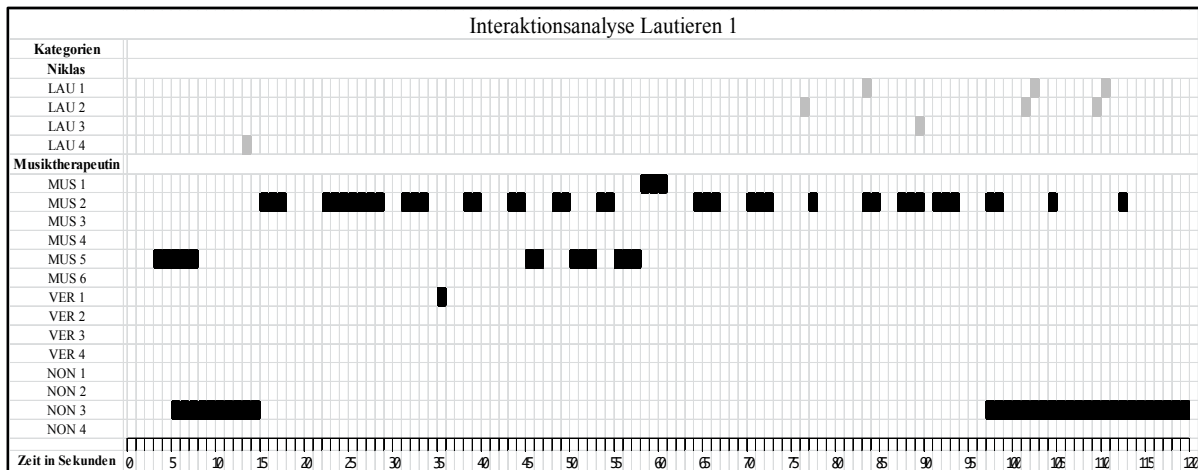


Abbildung 9: Videoanalyse 1 des Kommunikationskanals Lautieren

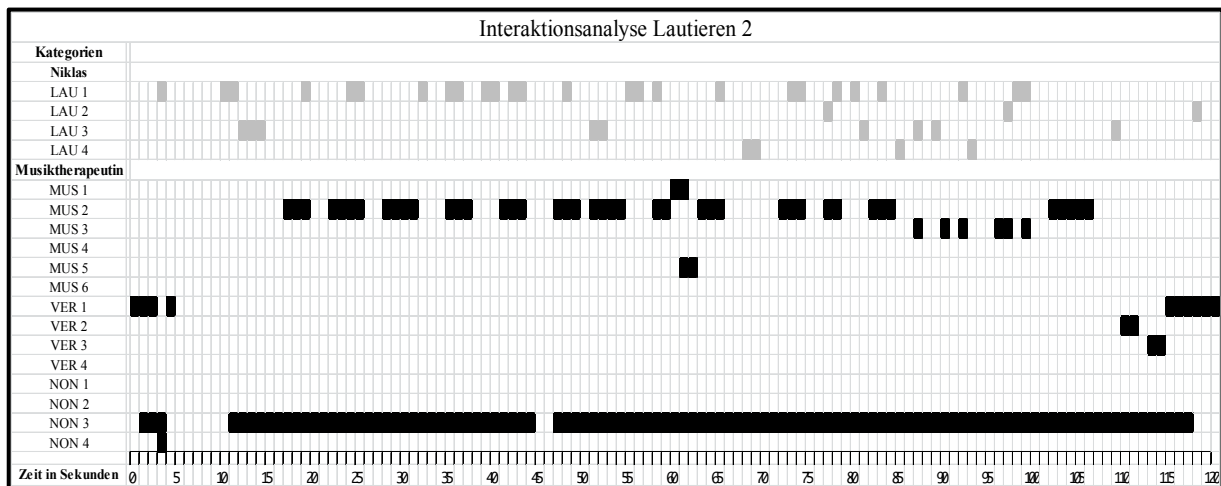
Niklas	
Kategorien	
LAU 1	Lautieren nach oben gerichtet
LAU 2	Lautieren nach unten gerichtet
LAU 3	Lautieren auf einem Ton
LAU 4	Jammern, Schluchzen

Musiktherapeutin	
Kategorien	
MUS 1	Stimme: Lautieren nach oben
MUS 2	Lautieren nach unten
MUS 3	Lautieren auf einem Ton
MUS 4	Klang/ Instrument
MUS 5	Melodische Tonsequenz mit Text
MUS 6	Lied mit instrumentaler Begleitung

VER 1	Kommentar
VER 2	Lob
VER 3	Frage
VER 4	Aufforderung
NON 1	Angebot des Instrumentes
NON 2	Bewegen des Instrumentes
NON 3	Berühren des Kindes
NON 4	Bewegen des Kindes

Beschreibung der Interaktionsanalyse Lautieren I:

Die Sequenz greift einen zweiminütigen Abschnitt am Stundenanfang (Minuten 4.30 – 6.30) heraus. Nachdem das Begrüßungsritual mit einem Anfangslied zu Ende ist, singe ich eine kurze melodische Sequenz mit Namensansprache und nehme Niklas Hände in meine Hände. Daraufhin zeigt Niklas ein kurzes schluchzendes Lautieren. Diesen Impuls greife ich auf und antworte mit einem beruhigenden Lautieren auf JA. Die melodische Richtung ist nach unten orientiert. Zeitgleich lasse ich Niklas Hände wieder los. Er zeigt keine Reaktion, so dass ich das nach unten gerichtete Lautieren wiederhole. Nach einer kurzen Pause verlängere ich mein Lautieren. Niklas bleibt still. Wieder ein kurzes Lautieren von mir, wonach sich ein kurzes Räuspern von mir anschließt. Ich verkürze mein Lautieren auf einen Abstand von zwei Sekunden und singe Niklas, abwechselnd zum Lautieren, mit seinem Namen an. Niklas zeigt äußerlich keine Reaktion. Daraufhin verändere ich das Lautieren, indem ich die melodische Richtung nach oben bringe. Auch hier zeigt Niklas keine Lautäußerung. Nach einem erneuten zweimaligen längeren Lautieren nach unten, zeigt Niklas eine kleine Äußerung, indem er auch kurz nach unten lautiert. Sofort greife ich die Äußerung auf und spiegle seinen Laut. Es entsteht eine Phase von 30 Sekunden, in der ein abwechselndes Lautieren von mir und Niklas stattfindet. Niklas verändert dabei die Qualität der Richtung, ich bleibe beim Lautieren nach unten gerichtet und spiegle am Ende seine kurzen Impulse sofort. Zeitgleich berühre ich Niklas wieder am Arm.



Niklas	
Kategorien	
LAU 1	Lautieren nach oben gerichtet
LAU 2	Lautieren nach unten gerichtet
LAU 3	Lautieren auf einem Ton
LAU 4	Jammern, Schluchzen

Musiktherapeutin	
Kategorien	
MUS 1	Stimme: Lautieren nach oben
MUS 2	Lautieren nach unten
MUS 3	Lautieren auf einem Ton
MUS 4	Klang/ Instrument
MUS 5	Melodische Tonsequenz mit Text
MUS 6	Lied mit instrumentaler Begleitung

VER 1	Kommentar
VER 2	Lob
VER 3	Frage
VER 4	Aufforderung
NON 1	Angebot des Instrumentes
NON 2	Bewegen des Instrumentes
NON 3	Berühren des Kindes
NON 4	Bewegen des Kindes

Beschreibung der Interaktionsanalyse Lautieren II:

Der Ausschnitt zeigt eine Situation kurz vor dem Ende der Musiktherapiestunde. Niklas ist motorisch unruhig. Ich kommentiere sein Verhalten. Ab hier beginnt die Szene.

Ich halte seine Hand mit meiner Hand fest, worauf ein kurzes nach oben gerichtetes Lautieren von Niklas erfolgt. Nach einer kurzen Pause verlängert er sein Lautieren, worauf ich ihn am Kopf berühre. Er lautiert weiter, allerdings verändert sich die Richtung seiner Töne, indem er über drei Sekunden auf einem Ton lautiert. Danach lautiere ich von oben nach unten und Niklas „antwortet“ mit eigenem Lautieren. Dies wiederholt sich zweimal, bis zu dem Punkt, an dem Niklas seine Pausen verkürzt und er die dialogische Sequenz anführt und ich ihm mit meinem Lautieren folge. Er lautiert von oben nach unten, ich lautiere in die andere Richtung. Kurz löse ich meine Hand von Niklas Kopf, woraufhin er nach vier Sekunden sein Lautieren ebenfalls kurz verändert, indem er auf einem Ton lautiert. In einer Pause von mir steigt er in sein gewohntes Lautiermuster wieder ein und tönt nach oben. Anschließend bringe ich einen neuen Impuls, indem ich nicht lautiere, sondern Niklas Namen singe. Es zeigt sich in der Folge eine Verdichtung der Lautimpulse. Niklas verkürzt seine Laute und bringt, im Vergleich zum Anfang der Sequenz, viel Abwechslung in sein Lautieren. Er springt in der Richtung, die Abstände werden kleiner und es tauchen neue Lautäußerungen des Jammerns auf. Dabei ist festzustellen, dass die Verdichtung von mir nicht gleich übernommen wird, sondern ich in meinem Lautieren nach unten bleibe. Nach zehn Sekunden steige ich in Niklas Töne mit ein. Wir lautieren in kurzen Momenten eng nacheinander. Auch die gleiche Kategorie, nämlich das Lautieren auf einem gemeinsamen Ton, ist in einem kurzen Moment der Synchronizität (Sekunde 87) erkennbar. Dann ist nicht eindeutig, wer auf wen

reagiert. Niklas beendet diese dichte Phase durch sein anfängliches Lautieren nach oben. Danach ist Niklas still. Es zeigt sich, dass Niklas keinen Laut mehr erzeugt und ich eine längere Sequenz nach unten lautiere. Ein kurzer Laut ertönt nochmals von Niklas. Danach lobe ich ihn für seine Töne und ziehe meine Hand von seinem Kopf zurück.

4.2. Aus der Mikroanalyse können folgende Schlussfolgerungen gezogen werden:

Eine basale Interaktion mit einem schwerst mehrfachbehinderten Kind kann hergestellt und gefördert werden, wenn die Musiktherapeutin

- den gleichen Kommunikationskanal verwendet
- ein hohes Maß an Synchronizität (spiegelndes Verhalten) und Kohärenz (Rituale, Wiederholungen) im Handeln zeigt, sowie
- ein ausgeprägtes responsives Verhalten (unmittelbare Rückmeldung jeder noch so kleinen Regung durch die Musiktherapeutin) anwendet

Die Kommunikationsfähigkeit des Jungen ist damit quantitativ und qualitativ positiv veränderbar. Reaktionen sind wiederholbar.

5. Entwicklung eines Handlungsmodells

Beim Basalen Musikinteraktionsmodell (BMIM) werden die Techniken, Prinzipien und Ergebnisse der Analyse in einen Verlaufsprozess eingeordnet. Sie dienen als Handlungsgrundlage für das Vorgehen der Musiktherapeutin, um aus der scheinbaren Kommunikationslosigkeit eine Kommunikation herzustellen.

Orff (1974) beschreibt dies mit den Worten: „Es gibt ein Beginnen, ein Einsteigen, ein Dabeisein, ein Ende.“

Wie äußert sich dieser Prozess nun in der basalen Interaktion?

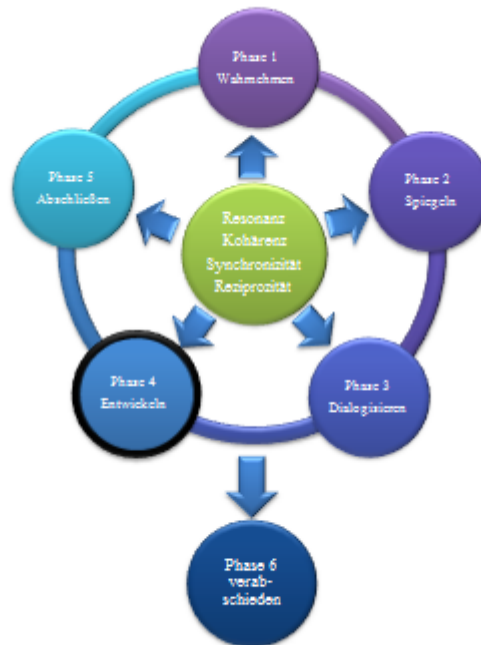
Welches Handeln zeigt die Musiktherapeutin?

Basales Musikinteraktionsmodell - BMIM

1. Phase: Wahrnehmen
2. Phase: Spiegeln der Wahrnehmungen
3. Phase: Dialogisieren
4. Phase: Entwickeln
5. Phase: Abschließen einer Intervention
6. Phase: Beenden der Stunde

Phasenkreislauf

Das Basale Musikinteraktionsmodell zwischen Musiktherapeutin und Kind wird hier als Kreisschema dargestellt, was die Verbindung der einzelnen Phasen im Prozess verdeutlicht.



Das Kreisschema der Basalen Musikinteraktion verdeutlicht die Verbindung und Abhängigkeit der einzelnen Phasen, in denen sich die Musiktherapeutin mit ihren Interventionen bewegt. Der Aufbau der Beziehungsgestaltung und damit auch das musiktherapeutische Verhalten im Kommunikationsprozess folgen kohärenten, reziproken und resonanzorientierten Grundparadigmen (Plahl, 2008). Die Synchronizität im musiktherapeutischen Verlauf charakterisiert das grundlegende therapeutische Handeln, gerade in der zweiten Phase. Das Kind braucht in seinem Interaktionsprozess einen verlässlichen Interaktionspartner, den die Musiktherapeutin mit diesem Modell geben kann. Wiederholungen, konsequentes Handeln und Pausen sind die Basis.

Das musiktherapeutische Verlaufsschema ist für die basalen Kommunikationskanäle (Mall, 1987) geeignet und stellt damit einen verlässlichen Handlungsstrang einer Musiktherapieeinheit dar. Es können Bewegung, Lautieren und Atmung durch die Musiktherapeutin wahrgenommen, gespiegelt, dialogisiert und entwickelt werden. Die Berührung, als weiterer basaler Kanal, kann vor allem in der ersten Phase der Kontaktaufnahme auftauchen und den weiteren Stundenverlauf immer wieder begleiten.

Der Phasenkreislauf macht auch deutlich, dass die einzelnen Phasen in ihrer Reihenfolge nicht strikt festgelegt, sondern abhängig vom Stundenverlauf und den

jeweiligen Fortschritten und Ergebnissen in den verschiedenen Phasen sind, und daher auch variabel in der Reihenfolge verlaufen können.

6. Perspektiven

An die Wahrnehmungsfähigkeit der Musiktherapeutin werden besondere Anforderungen gestellt: Zum einen braucht es ein überdurchschnittliches Maß an der Fähigkeit des empathischen Mitschwingens und zum anderen eine hohe Sensibilität für die Wahrnehmung von Mikroprozessen und Mikrointeraktionen. Die immer wieder auftauchenden starken Gefühle der Gegenübertragung müssen und dürfen innerhalb der Therapeutin ihren Raum finden. Daraus ergibt sich eine hohe Wertigkeit der Psychohygiene und Supervision auf Seiten der Therapeutin.

Erwähnt werden soll hier auch, dass die Thematik auch auf andere Patientenbereiche mit einer schweren Interaktionseinschränkung (Demenz, Wachkoma, Palliativversorgung) übertragen werden kann, da die Musiktherapeutin mit ähnlichen bzw. gleichen Gegenübertragungen beschäftigt ist/berührt wird.

Es konnte gezeigt werden, dass eine therapeutenzentrierte Sichtweise auf einen musiktherapeutischen Prozess in der Arbeit mit schwerst mehrfachbehinderten Kindern, einer speziellen Beobachtung und Beachtung bedarf. Um die Herausforderung der scheinbaren Kontaktlosigkeit anzunehmen, ist es notwendig, ein inneres Handlungskonzept zu haben. Es umfasst Wissen über die Krankheit, verschiedene Therapietheorien, allgemeine, musiktherapeutische Interventionstechniken und entwicklungspsychologische entwicklungspsychologische Theorien. Eine scheinbare Kontakt- und Kommunikationslosigkeit bei schwerst mehrfachbehinderten Kindern kann, mit dem nötigen Wissen, durch eine strukturierte Interaktionsform in eine Begegnung, einen Dialog und sogar zu einer Entwicklung geführt werden. Das Verständnis und die musikalische Umsetzung der erwähnten basalen Kommunikationskanäle nach Mall, ermöglichen Kommunikation auch mit schwerst mehrfachbehinderten Kindern. Das BMI-Modell kann für die Musiktherapeutin ein Leitfaden und ein inneres Handlungsmodell für ihr therapeutisches Verhalten sein.

Besondere Persönlichkeitsanteile und die Fähigkeit sich im musiktherapeutischen Prozess immer wieder mit seiner eigenen Befindlichkeit zu befassen, seine Emotionen und Wahrnehmungen auf einer sehr feinstrukturierten Ebene zuzulassen, sind unablässig für einen therapeutischen Erfolg. Der Erfolg darf sich jedoch nicht an Entwicklungsfortschritten, sondern an den besonderen „moments of now“ (Müller-Oursin 2005, 71), dem nur schwer in Worte zu fassenden Moment einer tiefen Begegnung zwischen Therapeutin und Kind messen lassen. Letztendlich kann nicht nur das Kind in seinen Kompetenzen wachsen, sondern auch die Musiktherapeutin.

Gelingt es der Musiktherapeutin, dem Kind auf seiner Ebene zu begegnen, so verändert sich ihr anfängliches Gefühl der eingeschränkten, also behinderten Kommunikationsmöglichkeit, in ein Aufspüren und Entdecken von tiefen

zwischenmenschlichen Erfahrungen. Es wurde gezeigt, dass eine multisensorische basale Verwendung von Musik und Stimme ein zentraler Baustein in der Kontaktgestaltung und Entwicklungsmöglichkeit ist. „Musik wird zum Träger einer Kommunikation“ (Meyer 2009, 36) und kann auf basaler Ebene auch schwerst mehrfachbehinderten Kindern einen Rahmen und eine Grundlage für Entwicklung bieten.

Ein musiktherapeutisch geleiteter Aufbau einer Beziehung mit schwerst mehrfachbehinderten Kindern macht es möglich, aus höchst asymmetrischen kommunikativen Voraussetzungen zwischen Kind und Musiktherapeutin, einen Weg des Kontakts aufzubauen und die anfängliche Barriere zu überwinden. Eine größere Beachtung durch vermehrte Forschung der therapeutischen Anforderungen in diesem Bereich, kann für alle betroffenen Kinder und andere Personengruppen mit schweren Beeinträchtigungen in der Kommunikation, aber auch für alle Musiktherapeuten, nur von größtem Nutzen sein.

Ein umfassendes Verständnis für das behinderte Kind, verbunden mit einem strukturierten inneren Handlungsmodell, einem Wissen über die Wirksamkeit basaler musikalischer Interaktionsformen und einem ressourcenorientierten Umgang mit den eigenen Kräften in der musiktherapeutischen Arbeit, kann eine schwere Interaktionsstörung in Momente „ungeahnter Innigkeit und Zartheit und dem Gefühl einer tiefen Menschlichkeit“ (Becker 2002, 7) entstehen lassen.

Literatur

Becker, M. (2002): Begegnung im Niemandsland – Musiktherapie mit schweremehrfachbehinderten Menschen. Weinheim.

Fröhlich, A. (1992): Basale Stimulation. Bundesverband für spastisch Gelähmte und andere Körperbehinderte. Düsseldorf.

Kuntsche, A. (2011): Kinder mit schweren Behinderungen in der Musiktherapie. Zwischen Annehmen, Spüren, Begegnen und Entdecken. Wiesbaden.

Mall, W. (1987): Basale Kommunikation – ein Weg zum Andern. Zugang finden zu schwer geistig behinderten Menschen. In: Internet: <http://www.winfried-mall.de/pdf/bk.pdf> (Download am 02.05.2012, 15:03 Uhr).

Meyer, H. (2009): Gefühle sind nicht behindert. Musiktherapie und musikbasierte Kommunikation mit schwer mehrfach behinderten Kindern. Freiburg.

Müller-Oursin, B. (Hrsg.) (2005): „Ich wachse wenn ich Musik mache“. Musiktherapie mit chronisch kranken und von Behinderung bedrohten Kindern. Wiesbaden.

Orff, G. (1974): Die Orff-Musiktherapie. Aktive Förderung der Entwicklung des Kindes. Frankfurt.

Plahl, C. (2000): Entwicklung fördern durch Musik. Evaluation musiktherapeutischer Behandlung. Münster.

Voigt, M., Plahl, C. (2007): Die Orff-Musiktherapie als kindzentrierte und entwicklungsfördernde Musiktherapie. In: Kindermusiktherapie. Richtungen und Methoden. Göttingen.

Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D. (2011): Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern.

Wosch, T., Wigram, T. (Hrsg.) (2007): Microanalysis in Music Therapy. Methods, Techniques and Applications for Clinicians, Researchers, Educators and Students. London.