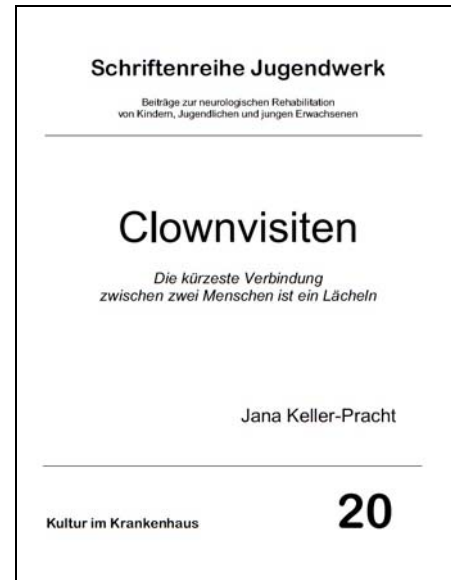


Schriftenreihe Jugendwerk, Heft 20
Download
Keller-Pracht, Jana :
Clownvisiten,
Gailingen, 2003



Die Autorin Jana Keller-Pracht ist Heimerzieherin und arbeitet seit 1996 im Sozialpädagogischen Dienst im Hegau-Jugendwerk in Gailingen. Über die Jonglage fand sie zum Spaßmix-Projekt und zur heutigen Arbeit als Clowndoktor in den Abteilungen Frührehabilitation und Frühmobilisation des Hegau-Jugendwerks..

Das Hegau-Jugendwerk in Gailingen ist ein überregionales Rehabilitationszentrum für die neurologische Rehabilitation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Mit zur Zeit 200 Betten bietet es die ganze Rehabilitationskette von der noch intensivmedizinischen Frührehabilitation über alle Formen medizinischer, sozialer und schulischer Rehabilitation bis hin zur beruflichen Rehabilitation zum Beispiel in Form von Förderlehrgängen.

Die Schriftenreihe Jugendwerk ist ein in erster Linie internes Forum für die fachliche Auseinandersetzung mit den Fragen neurologischer Rehabilitation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Die einzelnen Hefte der Schriftenreihe stehen aber auch jederzeit allen externen Interessierten zur Verfügung und können als pdf-Datei von der Homepage des Hegau-Jugendwerks kostenfrei heruntergeladen werden.



Neurologisches Fachkrankenhaus und Rehabilitationszentrum Hegau-Jugendwerk
Kapellenstr. 31, 78262 Gailingen am Hochrhein

Telefon 07734 / 939 - 0
Telefax Verwaltung 07734 / 939 - 206
Telefax ärztlicher Dienst 07734 / 939 - 277
Telefax Krankenhausschule 07734 / 939 - 366
schriftenreihe@hegau-jugendwerk.de
www.hegau-jugendwerk.de

Redaktion der Schriftenreihe: Jörg Rinninsland, Wilhelm-Bläsig-Schule

1. Einleitung	5
1.1. Begründungszusammenhang	6
1.2. Zielsetzung	8
2. Theoretisch/Methodische Grundlagen für Clownvisiten in einem Neurologischen Rehabilitationszentrum	10
2.1. Theoretische Grundlagen	10
2.1.1. Das Dialogische Prinzip nach Martin Buber	10
2.1.2. Gestalttherapie nach Fritz Perls	14
2.1.3. Humor – Theorien, Konzepte und Projekte	17
2.2. Methodische Grundlagen und Praxisbeispiele	20
2.2.1. Die Clownfigur	20
2.2.2. Das Spiel	22
2.2.3. Die Musik	24
2.2.4. Das Zaubern	26
2.2.5. ...und das Lachen verbindet!	28
3. Praktische Umsetzung von Clownvisiten in einem Neurologischen Rehabilitationszentrum	30
3.1. Beschreibung des Arbeitsfeldes	30
3.1.1. Das Hegau-Jugendwerk	30
3.1.2. Die Abteilungen Frührehabilitation und Frühmobilisation	32
3.1.3. Frühe Remissionsphasen	33
3.2. Vorstellung des Patienten Maik	35
3.3. Planung und Ablauf von Clownvisiten	38
3.4. Clownvisite mit Maik am 07.08.2001	41
3.5. Reflexion der Clownvisiten mit Maik	44
3.5.1. Subjektive Ebene	44
3.5.2. Eigene subjektive Ebene	45
3.5.3. Dialogische Ebene	46
4. Die Bedeutung von Clownvisiten in einem Neurologischen Rehabilitationszentrum	48

4.1. Die Bedeutung eines Aufenthaltes im Rehabilitationszentrum für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene	48
4.2. Der Clown als Therapeut oder Spaßmacher	51
4.3. Clownvisiten als Möglichkeit zur Beziehungsentwicklung	55
4.4. Clownvisiten als Möglichkeit zum Erfahren von Lebensfreude	57
5. Zusammenfassung und persönliche Einschätzung	60
Literaturverzeichnis	64



1. Einleitung

Ich möchte mit einigen Gedanken zu einem der ältesten menschlichen Phänomene beginnen, das im täglichen Leben so selbstverständlich und allgegenwärtig ist wie der menschliche Herzschlag: das Lächeln und das Lachen.

Der kalifornische Lachforscher Professor William Fry vermutet, dass das Lachen in seinen ersten primitiven Formen bereits 6,5 Millionen Jahre alt ist. Ursprünglich diente das Lachen zur Entschärfung einer gefährlichen oder peinlichen Situation. Es gehört zum Repertoire menschlicher Ausdrucksweisen, und nach Meinung von Lachforschern ist das Lachen nicht erlernt, sondern angeboren und geht entwicklungs geschichtlich der Sprache voraus¹, denn bereits „in den ersten Lebenstagen zeigt das Neugeborene mimische Verhaltensweisen, die als spontanes, endogen ausgelöstes Lächeln bezeichnet werden. (...) Das volle Lächeln tritt (...) um die fünfte bis achte Lebenswoche auf“², und mit vier Monaten lächelt ein Kind ihm vertraute Personen an und entwickelt ein herzhaftes Lachen. Kinder lachen durchschnittlich ungefähr 400mal am Tag, Erwachsene nur noch 20mal, und in Gesellschaft wird 30mal mehr gelacht als allein. Das Lächeln wird schneller und aus einer größeren Entfernung erkannt als jeder andere mimische Gesichtsausdruck³. Wie allgemein bekannt, bedarf es mit etwa viermal so vielen Muskeln für ein grimmes Gesicht weit größerer Anstrengung als für ein Lächeln.

Nicht nur das Lachen wirkt sich positiv auf die Gesundheit aus. Schon beim Lächeln verändert sich mit der Gesichtsmuskulatur auch die Blutzufuhr im Gehirn. Der Blutzufluss erhöht sich, und diese „Sauerstoffdusche“ führt zu einem positiven emotionalen Zustand. Es werden sämtliche Körpersysteme beruhigt, und es kann zur Ausschüttung von „Glückshormonen“, den Endorphinen kommen. Sogar die positive Auswirkung eines „bewussten Lächelns“, selbst in traurigen oder gar depressiven Momenten konnte von dem Emotionsforscher Paul Ekman nachgewiesen werden.⁴

Das Lächeln hat wie das Lachen einen verbindenden Charakter. Es bedeutet in der Regel eine positive Bestätigung des Anderen und signalisiert die Bereitschaft zur Kontaktaufnahme. Gleichzeitig liegen das Lächeln und Lachen als Ausdruck

¹ Vgl. Kölner Stadtanzeiger 4./5. März 2000.

² Oerter/Montada 1987, S. 175-176, (Auslassungen durch d. Verf.).

³ Vgl. Mayer-List 1997, S. 16-29; Vgl. auch Kölner Stadtanzeiger 4./5. März 2000.

⁴ Vgl. Psychologie Heute 9/1995, S. 24.

von Emotionen nah beieinander und wirken beide ansteckend. Wenn Menschen das Lachen miteinander teilen, kann es sich vervielfachen.

Körperliche und seelische Spannungen können sich in befreiendem Lachen und in Lächeln auflösen, denn im „Lachen steigen wir aus jeglicher Selbstkontrolle aus. Wir überlassen uns ganz der ‚Weisheit des Körpers‘ - so wie das auch ein neugeborenes Kind tut. Damit kann die ursprünglichste und reinste Lebensfreude fließen“⁵. In einem Gespräch mit Freunden über dieses Thema hörte ich den Ausspruch: „Lachen ist Weltsprache, Lebensfreude ihr Ausdruck“.

In der Rolle des Clowns sehe ich eine Möglichkeit der Ansprache. Es ist eine Möglichkeit, unmittelbaren und positiven Kontakt zu jungen Menschen in einem Rehabilitationszentrum aufzunehmen und dabei sowohl Beziehungen entstehen zu lassen als auch über die Begegnung und das gemeinsame Lachen Momente der Lebensfreude zu schaffen. Mit diesen Gedanken beschäftige ich mich in der vorliegenden Arbeit ausführlich und erläutere im folgenden meine Motivation und Zielsetzung.

1.1. Begründungszusammenhang

„Bisher kommt die Freude als positivstes menschliches Gefühl in der Psychologie und der Therapie zu kurz, dabei ist sie eines der besten Mittel gegen emotionale Störungen“⁶. In meiner Arbeit in einem Neurologischen Rehabilitationszentrum bedarf es eines ständigen Reflektierens der eigenen Sichtweise im Umgang mit den Patienten⁷. Die Therapien berücksichtigen zwar auch die Ressourcen, orientieren sich in ihrer Zielformulierung jedoch in erster Linie an den Defiziten der Patienten. Ich sehe die Gefahr, dass sich ein defizitorientiertes Erleben in den Alltag einschleicht und möchte eine solche Sichtweise aufbrechen helfen und über eine neue Möglichkeit der Bewertung abfedern. Jeder Mensch besitzt die Fähigkeit, das Positive wahrnehmen und leben zu können. Diese Fähigkeit scheint im Krankenhaus aus dem Gleichgewicht zu geraten, um so wichtiger erachte ich gerade bei einem Aufenthalt im Krankenhaus oder Rehabilitationszentrum die Betonung positiver Emotionen wie der Freude, denn bei „einer ganzheitlichen Pflege und Behandlung dürfen lebensbejahende Eigenschaften nicht übergangen werden“⁸ und

⁵ Rütting 2001, S. 34.

⁶ www.kunstrat.de. 14.10.2000.

⁷ Um ein flüssiges Lesen zu ermöglichen, verwende ich die männliche Form und spreche häufig vom Kind, Jugendlichen und jungen Erwachsenen als Patient. All diese Formulierungen verstehe ich in diesem Zusammenhang als wertfrei.

⁸ Pflege Aktuell 11/96.

gerade „Emotionen treffen den Menschen ganzheitlich, und erst wenn wir emotional gepackt sind, handeln wir auch“⁹. Diese Ganzheitlichkeit beinhaltet für mich auch das bewusste Wahrnehmen und Aufsuchen von Ressourcen im Patienten als Mensch. Dies wird mir in der Rolle als Clown möglich und bedeutet ein wesentliches Motiv für meine Arbeit als Clowndoktor und die Wahl des Themas für meine Zulassungsarbeit.

Seit April 1996 arbeite ich im Neurologischen Rehabilitationszentrum Hegau-Jugendwerk in Gailingen mit Kindern und Jugendlichen mit körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen. Die Erfahrungen mit diesen jungen Menschen sind für mich eine wertvolle Bereicherung bei der Betrachtung meiner eigenen Werte. Oft erlebe ich, wie Kinder nach Schicksalsschlägen wie Unfall oder einer schweren Krankheit wieder lernen, fröhlich zu sein und zu lachen. Sie lernen, Probleme neu zu bewerten und veränderte, auch negative Situationen zu akzeptieren und mit neuem Leben zu füllen. Von ihnen kann ich lernen, meine Sichtweisen und Wertungen ebenfalls zu hinterfragen und zu ändern. Diese Erfahrung wiederum möchte ich gern weitergeben und kann genau das mit Hilfe der Clownvisiten tun: ein Bild auf den Kopf stellen, durch die getönte Brille betrachten, eine Situation völlig neu aus der Distanz bewerten, und vielleicht gelingt mir diese Absicht auch über die Clownvisite hinaus in dieser schriftlichen Arbeit.

Ein drittes Motiv für die Wahl des Themas liegt in den persönlichen Erfahrungen mit der Rolle des Clowns in der Arbeit und in meiner Freizeit. Die Idee des Clowns (in mir) wuchs allmählich über das Jonglieren als ein gemeinsames Hobby mit meinem Mann Frank. Einem ersten gemeinsamen Auftritt mit Kollegen anlässlich eines Jubiläums der Einrichtung folgten weitere, so z.B. im Rahmen eines wöchentlich stattfindenden Programmes für Kinder und Angehörige, dem sogenannten „Spaßmix“, später innerhalb der Clownvisiten in den Abteilungen Frührehabilitation und Frühmobilisation des Hegau-Jugendwerkes und auch im privaten Bereich bei Kindergeburtstagen, Hochzeiten und anderen Anlässen. Dabei ist die Clownerie das verbindende Element, und diese Verbindung findet sich ebenso in der Begegnung mit Menschen. In der Rolle des Clowns erlebe ich oft einen raschen wie herzlichen Zugang zu anderen Menschen; das gemeinsame Lachen und Staunen verbindet miteinander, und diese Momente tragen wesentlich zum Erleben meiner eigenen Lebensfreude bei. Die Begegnungen mit dem Patienten Maik ließen im Verlauf der Clownvisiten eine herzliche Beziehung entstehen, die mich in meiner Arbeit als Clowndoktor beeinflusst und bestärkt hat, was ich in dieser schriftlichen Arbeit beispielhaft darstellen möchte.

⁹ Ergotherapie & Rehabilitation Heft 6/11 1998, S. 430.

Ich möchte mit dieser Arbeit den Leser für die Clownarbeit sensibilisieren, ihn berühren und sein Verständnis wecken. Ich würde mich freuen, könnte es mir gelingen, den einen oder anderen mit diesem Thema anzustecken¹⁰.

1.2. Zielsetzung

Zu meiner Arbeit als Clowndoktor werde ich häufig gefragt, nach welcher Idee oder welchem theoretischen Hintergrund ich arbeite, ob es irgendwelche Methoden dafür gibt oder die Clownarbeit einfach „aus dem Bauch heraus“ geschieht, und ob und was denn die Clownvisiten bewirken können. Aufgrund vielfältiger Erfahrungen als Dr. Miracoli sowie Anregungen durch verschiedene Fortbildungen tauchten immer wieder grundlegende Überlegungen auf, die mich zur Formulierung von drei Fragestellungen für diese Arbeit führten:

- ◆ Welches sind die theoretischen Grundlagen für meine Arbeit in Clownvisiten?
- ◆ Wie lassen sich diese methodisch-praktisch umsetzen?
- ◆ Welche Bedeutung nehmen Clownvisiten bei der Beziehungsentwicklung in einem Neurologischen Rehabilitationszentrum für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene ein und wie können sie zum Erfahren von Lebensfreude beitragen?

Ich möchte die Clownvisite als einen gangbaren Weg in der Ansprache und Begegnung mit jungen Menschen in einer schwierigen Lebensphase während ihres Aufenthaltes in einem Neurologischen Rehabilitationszentrum aufzeigen und deren Bedeutung, welche ich in der Arbeit als Clowndoktor sehe, verdeutlichen.

Immer wieder taucht die Frage auf, inwiefern Patienten, insbesondere in den frühen Remissionsphasen wie dem apallischen Syndrom (siehe Kapitel 3.1.3.), überhaupt ansprechbar sind. Ich bin der Meinung, dass es für Außenstehende schwierig und wohl auch nicht möglich ist, diese Frage klar zu entscheiden. Eine mögliche Antwort könnte der folgende Brief eines betroffenen ehemaligen Patienten sein¹¹:

¹⁰ Anstecknadeln erhältlich beim Verfasser.

¹¹ PATZ, Patientenzeitung des Hegau-Jugendwerkes von Patienten für Patienten, 13. Ausgabe 12/99.

Gedanken im Kranken - bett - haus - zimmer

Bitte sagt nicht von mir, ich sei „nicht ansprechbar!“ Ich liege in meinem Bett, bin schwach und unfähig, die Augen zu öffnen oder ein Wort zu sagen. Ja, nicht einmal den Druck Eurer Hände kann ich erwidern. In meinem Kopf herrscht eine merkwürdige Dämmerung: Es ist nicht die Zeit der klaren Gedanken.

Wenn Ihr mich so liegen seht, dann mögt Ihr denken, ich schlafe oder ich sei gar völlig ohne Bewusstsein. Ich spüre, wie manch einer an mein Bett tritt. Ratlos, hilflos, wie er darauf bedacht ist, nur schnell wieder fortzukommen. Ich habe gehört, wie jemand sagte: „Was sollen wir hier? Der spürt ja doch nichts von uns.“ Und dann kam das schreckliche Wort: „Der ist nicht ansprechbar!“

Glaubt mir, ich höre Eure Worte: die Kalten, die mit mir umgehen, als sei ich schon tot, aber auch die Warmen, die Lieben, die Guten. Es mag sein, dass mein Verstand nicht alles versteht, was Ihr sagt. Aber meine Sinne sind wach und empfänglich für den Klang Eurer Stimmen, voller Sehnsucht nach dem, was freundlich, warm und ehrlich klingt, erzitternd, erstarrend von den harten Tönen. Auch wenn ich nicht antworten kann auf das, was Ihr sagt - ansprechbar bin ich. Bitte, sprecht mich an!

Und Eure Hände! Ihr könnt Euch nicht vorstellen, wie wohl es tut, wenn sie mir warm und lieb über den Kopf streichen, wenn sie meine Hand halten und es mich spüren lassen: „Du bist nicht allein! Ich bin bei Dir. Ich bleib auch bei Dir. Ich geh nicht so schnell wieder fort!“ – Ja, bitte bleib bei mir, solange Du kannst; aber wenn Du gehen musst, geh ruhig. – Nur, bitte sag mir, dass Du wieder kommst. Vielleicht gibt es ja auch einen, der Dich ablösen kann. Es ist schön, wenn jemand da ist. Alleinsein ist schwer.

Noch eines: Wenn Du spürst, dass es mit mir zum Sterben geht, dann, bitte, lass mich nicht allein! Ich hab doch Angst! Bitte, geleite mich an Deiner Hand bis an das dunkle, helle Tor. Du brauchst keine Angst zu haben, brauchst nicht zu fürchten, das sei zu schwer für Dich. Du kannst das! Gott gibt Dir die Kraft dazu! Und wenn es dann soweit ist, dann wird Dir ganz leicht sein. Dann wird Er meine Hand fassen und mich durch das Tor geleiten; aber ein Strahl von seinem Licht wird auf Dich fallen, und in Deinem Herzen wird es warm und hell sein.

Arne Lenius, 16.09.1999

2. Theoretisch / Methodische Grundlagen für Clownvisiten in einem Neurologischen Rehabilitationszentrum

Es gibt unterschiedliche theoretische und methodische Ansätze für die Arbeit als Clowndoktor. Ich möchte meine Grundlagen für die Clownvisiten im folgenden darstellen.

2.1. Theoretische Grundlagen

Bei der Auseinandersetzung mit den theoretischen Grundlagen meiner Arbeit als Clowndoktor wurde mir bewusst, dass meine innere Haltung in der Begegnung mit Menschen zwei grundsätzliche Fragen aufwirft:

- ◆ Welches Menschenbild spiegelt sich in meinen zwischenmenschlichen Beziehungen wieder?
- ◆ Nach welchen Prinzipien gestalte ich meine Begegnungen mit Menschen?

Die Antwort auf beide Fragen fand ich in den Gedanken Martin Bubers in seinem Dialogischen Prinzip sowie dem Gestalttherapeutischen Ansatz von Fritz Perls. Bei der Suche nach dem konkreten Ansatz für meine Clownarbeit beschäftigte ich mich mit verschiedenen Humorthorien, -konzepten und -projekten, die ich im dritten Teil dieses Kapitels vorstellen werde.

2.1.1. Das Dialogische Prinzip nach Martin Buber¹²

Beim Dialogischen Prinzip geht der Religionsphilosoph und Soziologe Martin Buber von einer grundsätzlichen Haltung aus, mit welcher der Einzelne der Wirklichkeit und damit seinem Gegenüber begegnet, denn die „Sphäre des Zwischenmenschlichen ist die des Einander-Gegenüber, ihre Entfaltung nennen wir das Dialogische“¹³. Wie diese Begegnung geschieht und wie sie in ein lebendiges „Zwischen“ den Menschen und in einen echten Dialog münden kann, verdeutlicht Buber mit seinen Gedanken zum Dialogischen Prinzip, denn „auf die Authentizität des Zwischenmenschlichen kommt es an“¹⁴. Buber beschreibt ausführlich sein Verständnis des Dialogischen Prinzips und dessen wesentliche Merkmale, zu denen

¹² Das Kapitel 2.1.1. habe ich weitgehend unverändert aus meiner Hausarbeit (Mai 2002) entnommen.

¹³ Buber 1992, S. 276.

¹⁴ Buber 1992, S. 280.

er die Annahme des Partners, das Vertrauen in das Potential des Partners und die Echtheit im Gespräch zählt.

Die Annahme des Partners bezieht sich auf die Hinwendung, die „von der ganzen Person ausgeht und sich auf die ganze Person bezieht“¹⁵ in ihrer Einzigartigkeit und Individualität. Sich den Partner in seiner Ganzheit zu vergegenwärtigen und ihn so anzunehmen, beschreibt Buber mit dem Begriff der Realphantasie und des Innewerdens, denn „Sache des dialogischen Innewerdens ist die persönliche, ‚betroffene‘ Wahrnehmung dieser Einzigartigkeit“¹⁶ und „dass ich mir vorstelle, was ein anderer Mensch eben jetzt will, fühlt, empfindet, denkt, und zwar nicht als abgelösten Inhalt, sondern als (...) einen Lebensprozess dieses Menschen“¹⁷. Die Gesprächspartner versuchen, einander zu verstehen und darüber hinaus die jeweils andere Sicht- und Denkweise in die eigene Wirklichkeit einzubeziehen und sich so zu vergegenwärtigen. Sie übernehmen nun auch Verantwortung dafür, im Dialog angesprochen und berührt zu werden und darauf zu antworten, denn die „menschliche Wahrheit ist hier an die Verantwortung gebunden“¹⁸.

Ein weiteres Merkmal des Dialogischen Prinzips sieht Buber im Vertrauen in das Potential des Partners. Er schließt hier an das Wahrnehmen der „Anderheit“ des Partners an und verlangt deren Akzeptanz, denn „die dialogische Beziehung lebt von dieser Anderheit, sie kann nur dort gedeihen, wo Anderheit wahrgenommen und respektiert wird“¹⁹. Die Akzeptanz dieser Anderheit führt wiederum zu Vertrauen in den Partner und seine Fähigkeiten und Potentiale. „Das Sein der gebenden Person wird durch das bereichert, was sie empfängt: durch die Weltsicht des Anderen, durch seine Fähigkeiten, Meinungen und Argumentationsmöglichkeiten, vor allem aber durch seine Person selbst, die sich mir zuwendet. Ein grundsätzlicher Verzicht auf Gegenseitigkeit würde somit letztlich einen Verzicht auf das Werden des Ich ‚am Du‘ bedeuten, auf die Gewinnung eigener Identität, die eben dialogisch verläuft“²⁰. Jeder Mensch sehnt sich danach, von seiner Umwelt und den ihn umgebenden Menschen in seiner Anderheit bestätigt zu werden und kann sich im Wissen dieser Bestätigung erst wirklich frei in seiner Persönlichkeit entfalten und seine Potentiale nutzen. „In seinem Sein bestätigt will der Mensch durch den Men-

¹⁵ Werner 1994, S. 31.

¹⁶ Werner 1994, S. 38.

¹⁷ Werner 1994, S. 38, (Auslassungen durch d. Verf.).

¹⁸ Buber 1992, S. 266.

¹⁹ Werner 1994, S. 49.

²⁰ Werner 1994, S. 57.

schen werden und will im Sein des andern eine Gegenwart haben. Die menschliche Person bedarf der Bestätigung, weil der Mensch als Mensch ihrer bedarf“²¹.

Die Echtheit im Gespräch basiert auf der Annahme des Partners und dem Vertrauen in ihn. Er kann sich nun seinem Gegenüber öffnen, sich im Gespräch „echt“ zeigen, seine Gedanken und Gefühle ohne Scheu mitteilen und in dieser wahren und ehrlichen Begegnung die Bestätigung, die er selbst erfährt, erwidern, „da der Sinn etwa eines Gesprächs sich weder in der einen noch in der anderen Seele finde, sondern ‘ihrem leibhaftigen Zusammenspiel, diesem ihrem Zwischen“²², und „das Entscheidende liegt hier offenbar in der Komplementarität von Geben und Nehmen, in der inneren Öffnung auf beides hin“²³.

Diese wesentlichen Merkmale des Dialogischen Prinzips nach Martin Buber ermöglichen die Entwicklung einer Beziehung, die in der gegenseitigen, bestätigenden Annahme und der Chance des aneinander und miteinander Wachsens besteht, denn wo „das Gespräch sich in seinem Wesen erfüllt, zwischen Partnern, die sich einander in Wahrheit zugewandt haben, sich rückhaltlos äußern und vom Scheinewollen frei sind, vollzieht sich eine denkwürdige, nirgendwo sonst sich einstellende gemeinschaftliche Fruchtbarkeit. Das Wort ersteht Mal um Mal substantiell zwischen den Menschen, die von der Dynamik eines elementaren Mitseins in ihrer Tiefe ergriffen und erschlossen werden. Das Zwischenmenschliche erschließt das sonst Unerschlossene“²⁴ und mündet in diesem Sinne in eine zwischenmenschliche Beziehung, wie ich selbst sie mir wünsche und im täglichen Miteinander anstrebe.

Ich sehe hier für die Menschen das Grundbedürfnis, zu sich selbst zu finden, die eigene Identität zu entdecken und auf dieser Entdeckungsreise die kontinuierliche Bestätigung des „Soseins“ über die Beziehungen zu den Mitmenschen zu erfahren. Ich gehe aus von den Begegnungen, denn sie „sind die Bausteine einer Beziehung - in ihnen soll das Gemeinsame, das wirkliche Verstehen und das darauf bezugnehmende Handeln gelingen. (...) Zwischenmenschliche Beziehungen bedeuten, dass vom Ich zum Du bzw. zum anderen Ich eine Relation hergestellt wird“²⁵. Hier schließt sich nach meinem Verständnis der Satz von Martin Buber an: „Beziehung ist Gegenseitigkeit. Mein Du wirkt an mir, wie ich an ihm wirke“²⁶. Dabei geht die Beziehung in ihrem Wesen von der Absicht nach Gleichberechtigung

²¹ Werner 1994, S. 53.

²² Werner 1994, S. 59.

²³ Werner 1994, S. 56.

²⁴ Buber 1992, S. 295.

²⁵ Köhn 2001, S. 19, (Auslassungen durch d. Verf.).

²⁶ Buber 1995, S. 16.

und Gleichstellung aus und kennzeichnet eine ganz bestimmte Form der Beziehung: „Symmetrische Beziehungen zeichnen sich also durch Streben nach Gleichheit und Verminderung von Unterschieden zwischen den Partnern aus“²⁷. Wenn Menschen Beziehungen zueinander eingehen und pflegen, brauchen sie Zeit, die sie gemeinsam verbringen, um Bezug aufeinander nehmen zu können. Es entstehen Gefühle, die etwas über die Qualität der Beziehung aussagen, sie lebendig machen und ihren Wert ausdrücken. Neben den Gefühlen entstehen innere Haltungen wie z.B. die des gegenseitigen Vertrauens, denn „Vertrauen lässt im anderen das wachsen, was ich in ihm sehe“²⁸. Ich möchte dieses Kapitel mit einem Gedicht von Erich Fried beenden, welches mir persönlich sehr viel bedeutet, wenn es um die Frage nach zwischenmenschlichen Beziehungen und letztlich um die Definition meines Menschenbildes geht.

Dich

Dich dich sein lassen ganz dich

Sehen dass du nur du bist wenn du alles bist was du bist

Das Zarte und das Wilde das was sich losreißen und das was sich anschiegen will

Wer nur die Hälfte liebt der liebt dich nicht halb sondern gar nicht

Der will dich zurechtschneiden amputieren verstümmeln

Dich dich sein lassen ob das schwer oder leicht ist?

Es kommt nicht darauf an mit wie viel Vorbedacht und Verstand

Sondern mit wie viel Liebe und mit wie viel offener Sehnsucht nach allem –

Nach allem was du bist

Nach der Wärme und nach der Kälte

Nach der Güte und nach dem Starrsinn

Nach deinem Willen und Unwillen

Nach jeder deiner Gebärden

Nach deiner Ungebärdigkeit Unstetigkeit Stetigkeit

Dann ist dieses dich dich sein lassen vielleicht gar nicht so schwer

Erich Fried²⁹

²⁷ Hobmair 1997, S. 355.

²⁸ Geck 1997, S. 35.

²⁹ Fried 1996, S. 34-35.

2.1.2. Gestalttherapie nach Fritz Perls

Fritz Perls, Begründer der Gestalttherapie, entwickelte dieses psychotherapeutische Verfahren um 1930. Als anerkannter Freudscher Psychoanalytiker ging er von Grundgedanken der Psychotherapie aus, nahm in seine Überlegungen auch kritische Elemente der Freudschen Theorie auf und verarbeitete später wesentliche Elemente der Gestaltpsychologie - die Gesetze der Wahrnehmung. Diese beweisen, dass der Mensch die Gegenstände nicht als unzusammenhängende Bruchstücke wahrnimmt, sondern im Prozess der Wahrnehmung zu einem sinnvollen Ganzen organisiert und sie in Beziehung zueinander setzt, ihnen Bedeutungen zuordnet und Zusammenhänge knüpft und somit zur "guten Gestalt" tendiert. Davon ausgehend, dass die psychisch-physische Gesundheit des Menschen die Fähigkeit beinhaltet, die eigenen Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken, sah Perls einen wesentlichen Zusammenhang zwischen den Gefühlsäußerungen, dem körperlichen Befinden sowie psychischen und kognitiven Vorgängen im Menschen und bezog sich somit auf die Ganzheit des Menschen. Er „wollte Menschen erfahren lassen, wie sie nicht über Gefühle reden, sondern wie sie diese erleben und ausdrücken können“³⁰. Für ihn bedeutete „Gestalttherapie ein offenes System, das in einem Prozess kreativer Auseinandersetzung mit jeder neuen Wirklichkeit steht“³¹. In diesem Prozess zwischen Therapeut und Klient kann eine Ich-Du-Beziehung entstehen, in deren „Zentrum die Entwicklung der eigenen Persönlichkeit steht“³² - das Ziel der Gestalttherapie. „Gestalt ist keine Technik, kein therapeutisches Schnellverfahren, sondern ein ernster Weg, sich selbst zu finden und zu wachsen“³³.

Die Gestalttherapie beinhaltet folgende Prinzipien:

Leib-Seele-Geist-Einheit

Die Ganzheit des Menschen besteht in der Einheit dieser drei Bereiche, welche sich ständig durchdringen und einander beeinflussen und untrennbar zusammengehören. So wirkt sich jedes psychische Erleben auch auf körperlicher und geistiger Ebene aus, und ebenso bedeutet jede körperliche Aktivität eine Veränderung im psychischen wie kognitiven Bereich.

³⁰ Caritasverband (Herausgeber) 1999, S. 68.

³¹ Perls 1989, S. 10.

³² Perls 1989, S. 11.

³³ Perls 1989, S. 11.

Hier und Jetzt

Die aktuelle Situation und die augenblickliche Verfassung des Menschen stehen im Mittelpunkt. Sein Verhalten und seine Reaktionen in der Gegenwart, im „Hier und Jetzt“ sind wichtig für die Beobachtung und die Arbeit in der Therapie. Sein jetziges Verhalten bringt auch Erfahrungen aus der Vergangenheit sowie Erwartungen an die Zukunft zum Ausdruck.

Figur-Grund

Um das Verhalten eines Menschen wirklich verstehen zu können, bedarf es der Betrachtung dieses Menschen als „Figur“ in seiner Lebenswelt, dem „Hintergrund“. Eine ganzheitliche Sicht wird möglich, wenn der Mensch in seinem Umfeld, seinen Beziehungen und der daraus entstehenden, ganz persönlichen Lebensgeschichte gesehen wird.

Selbstheilungskräfte

Jeder Mensch verfügt über Selbstheilungskräfte, die aufgrund von Störungen in der Leib-Seele-Geist-Einheit durch negative Erfahrungen und Einflüsse geschwächt sein können. In der Gestalttherapie versucht der Therapeut, den Klienten wieder mit seinen eigenen positiven Kräften in Kontakt zu bringen, so dass er den eigenen Handlungsspielraum neu entdecken kann und dies in einer Umgebung, die Sicherheit bietet und sich möglichst frei von Druck gestaltet oder wie Perls es ausdrückt: „Treibe den Fluss nicht an, er strömt von selbst“³⁴.

Selbstverantwortung

Die Gestalttherapie geht von dem Grundsatz aus, dass jeder Mensch für seine Entscheidungen und sein Handeln selbst verantwortlich ist. So ist der Zugang zu den eigenen Kräften möglich und lässt sich das Gefühl der Selbstwirksamkeit erfahren und das Selbstwertgefühl heben.

Erfahrung und Bewusstsein

Um die Selbstheilungskräfte in sich kennen lernen und für sich selbst Verantwortung übernehmen zu können, muss sich der Mensch seiner selbst und seiner Mög-

lichkeiten und Fähigkeiten bewusst sein. Dieses Bewusstsein kann der Klient durch entsprechend positive und vielfältige Erfahrungen in der Gestalttherapie erlangen.

Kontakt

Wesentlich bei der „Menschwerdung“ des einzelnen und seiner Persönlichkeitsentwicklung ist der Kontakt mit sich selbst und mit anderen Menschen. Die Gestalttherapie setzt hier mit dem Versuch an, den Kontakt lebendig, ehrlich und echt zu gestalten (siehe Martin Buber, Kapitel 2.1.1.), um so Ängste und negative Erwartungen abzubauen und der Selbstwahrnehmung und dem Selbstaussdruck die Chance der positiven Entwicklung zu geben³⁵.

Bei der Auseinandersetzung mit der Gestalttherapie, ihren Grundgedanken und Inhalten wurde mir bewusst, wie wirklichkeits- und lebensnah sie als Lebensphilosophie verstanden werden kann, und meine Motivation, sie in meinen Arbeitsalltag, die Clownvisiten, ebenso wie in mein Privatleben einfließen zu lassen, findet sich in folgenden Formulierungen eines Schülers von Perls wieder:

- ◆ „Lebe jetzt. Kümmere Dich um die Gegenwart, statt um die Vergangenheit und die Zukunft“. Vergangenheit und Zukunft, das sind Phantasien, Gedanken...
- ◆ 'Lebe hier. Beschäftige Dich mit dem Anwesenden, statt mit dem Abwesenden'. Es müssen viele 'unerledigte Geschäfte' aus der Vergangenheit erledigt werden, 'unfertige Gestalten' geschlossen, bis man im Hier und Jetzt leben kann.
- ◆ 'Höre auf, Dir etwas vorzustellen. Erfahre die Realität'. Die Therapie besteht im wesentlichen darin, dem Klienten zu helfen, zwischen seiner Phantasie und der Wirklichkeit zu unterscheiden.
- ◆ 'Höre auf, unnötig zu denken. Besser: Probier und schau'. Experimentiere mit Dir!
- ◆ 'Drücke Dich lieber aus, anstatt zu manipulieren, zu rechtfertigen und zu urteilen'.

³⁴ Caritasverband (Herausgeber) 1999, S. 68.

³⁵ Vgl. Caritasverband (Herausgeber) 1999, S. 68-69.

- ◆ 'Lass Dich auf Unerfreuliches und Schmerz ebenso ein wie auf Freude. Schränke Deine Bewusstheit (awareness) nicht ein'. Also: Vermeide nichts!
- ◆ 'Akzeptiere keine „sollte“ oder „müsste“ außer Deinen eigenen. Bete keine Götzenbilder an'.
- ◆ 'Übernimm die volle Verantwortung für Deine Handlungen, Gefühle, Gedanken'.
- ◆ 'Akzeptiere Dich (und die Anderen), wie Du jetzt bist (wie sie jetzt sind)'. 'Nur wenn wir die Unausweichlichkeit des jetzigen Zustandes akzeptieren, können wir neue Bewusstheiten akzeptieren, entwickeln und neue Seinsweisen im nächsten Augenblick ausprobieren'³⁶.

2.1.3. Humor – Theorien, Konzepte und Projekte

Ob es nach dem Dialogischen Prinzip Bubers um die Annahme des Partners geht und das Vertrauen in ihn oder ob seine Selbstheilungskräfte, das Hier und Jetzt oder andere Gedanken aus der Gestalttherapie angesprochen werden: es stellt sich immer die Frage nach der konkreten Gestaltung des Kontaktes. Ich sehe im Humor eine wertvolle Möglichkeit zur Kontaktaufnahme, sogar bis hin zur Beziehungsentwicklung. Ich möchte in diesem Kapitel das Thema Humor kurz in Form einiger theoretischer Gedanken sowie bestehender Konzepte und Projekte vorstellen und somit den Bezug schaffen zum praktischen Teil dieser Arbeit - der Arbeit als Clowndoktor.

Der Begriff Humor lässt sich sehr verschieden betrachten und definieren: So bedeutet Humor aus dem Lateinischen (h)umor die Temperamente der Menschen, beruhend auf der unterschiedlichen Mischung der Körpersäfte; seit dem 16. Jh. wird er verstanden als Stimmung, Laune und Gemütszustand und später als heitere Gemütsverfassung³⁷. Der Neurologe und Psychiater Frankl „hat den Humor als Ausdruck der geistigen Fähigkeit des Menschen ausgewiesen“³⁸. Der Duden benennt den Humor als „Fähigkeit, Gabe eines Menschen, der Unzulänglichkeit der Welt und der Menschen, den Schwierigkeiten und Missgeschicken des Alltags mit heiterer Gelassenheit zu begegnen, sie nicht so tragisch zu nehmen und über sie und sich lachen zu können“³⁹. Humor kann neben der Fähigkeit zur Distanzierung von Problemen und dem Lachen darüber auch die Empathie eines Menschen zei-

³⁶ Kriz 1991, S. 184.

³⁷ Vgl. Brockhaus 1997, S. 320.

³⁸ Titze/Eschenröder 1998, S. 157.

³⁹ Duden, Band 5 1990, S. 320.

gen, denn das „Wesen des Humors ist Empfindsamkeit, warmes Mitgefühl mit allen Formen des Daseins“⁴⁰. Hier begibt sich Humor auf die Ebene des Zwischenmenschlichen.

In der Sozialen Theorie des Humors werden die sozial bindenden Aspekte desselben betrachtet. So bewirkt gemeinsames Lachen eine starke emotionale Nähe zwischen den einzelnen Mitgliedern, ein vergnügliches Wir-Gefühl entsteht, und die gruppeninterne Kommunikation wie auch die Entwicklung sozialer Beziehungen werden gefördert⁴¹. In der Inkongruenztheorie bedeutet der Humor die „rahmensprengende Kraft“, welche die Vernunft aus den Angeln hebt und anstelle logischer Schlussfolgerungen etwas völlig Unlogisches, Überraschendes oder Paradoxes geschehen lässt⁴². Der Clown beispielsweise nutzt diese Wahrnehmung der Inkongruenz und telefoniert mit dem Fön oder geht mit dem Einkaufsnetz ins Internet u.s.w.

Die Bedeutung von Humor für das Wohlbefinden des Menschen, und das nicht nur im physiologischen Sinne, wird mittlerweile zunehmend erkannt und schlägt sich in einer wachsenden Zahl von Humorkonzepten und -projekten nieder. So bahnt sich Humor in vielfältiger Weise zunehmend den Weg in die Krankenhäuser. Einer davon ist das Modellprojekt „Kultur-imPulse im Krankenhaus“ an den Universitätskliniken Münster, welches 1992 von dem Kulturreferenten Christian Heeck, Diplompädagoge mit Schwerpunkt Kunst und Erwachsenenbildung ins Leben gerufen wurde, mit dem Ziel, die gesunden Anteile der Patienten anzusprechen. Künstlerisch-kulturelle Darbietungen und Angebote verschiedenster Art sollen die Möglichkeit bieten, die Zeit im Krankenhaus im positiven Sinne zu nutzen, Abstand zur Krankheit zu gewinnen und Chancen zu deren Verarbeitung zu finden sowie das Krankenhaus als einen Lebensraum zu sehen und neu zu definieren. Diese Sichtweise entspricht einer Ganzheitlichkeit in der Versorgung der Patienten und in ihren Genesungsprozessen und schlägt sich nieder in einem breiten Angebot von regelmäßigen Veranstaltungen wie z.B. „Theater im Flur“, „Klaviermatinée am Sonntag“ oder die „Clinic-Clowns“ mit ihren Besuchen auf der Kinderambulanz und Stationen mit schwerkranken Kindern bis hin zu besonderen Veranstaltungen wie die Auftritte renommierter Künstler, Kultur auf Bestellung für infektionsgefährdete oder immobile Patienten, so z.B. „Mozart am Bett“, das Jugend-Kultur-Café als

⁴⁰ Bokun 1999, S. 55.

⁴¹ Vgl. Titze/Eschenröder 1998, S. 49.

⁴² Vgl. Titze/Eschenröder 1998, S. 50-52.

gemeinsamer Treffpunkt oder aber Ausstellungen mit Werken talentierter Mitarbeiter bzw. junger Künstler aus der Region⁴³.

Mit einer wegbereitenden Idee näherte sich Patch Adams der ganzheitlichen Patientenversorgung mit seinem „Gesundheit!-Institut“ in West Virginia an, wo Humor, Spaß und Lachen als Lebenselixier verstanden werden und zusammen mit Vertrauen, Mitgefühl und freundschaftlicher Fürsorge die Arzt-Patient-Beziehung durchdringen⁴⁴. Patch Adams hatte selbst eine schwere Lebenskrise durchlebt und will nun mit seinen Mitarbeitern mit dem „Gesundheit!-Institut“ anstelle eines „Kranken-Hauses“ einen Platz schaffen, „wo Menschen etwas über Freundschaft und Familie, Liebe und Humor, Wunder und Kuriosität lernen können“⁴⁵.

Humor kennt keine Altersgrenze. In jedem Alter darf und soll gelacht werden; dies spiegelt sich in der zunehmenden Anwendung von Humor in der Geriatrie wieder. So wendet sich beispielsweise Prof. Dr. Dr. Rolf D. Hirsch seinen älteren Patienten in ihrer nicht immer einfachen Lebensphase zu und fördert das gemeinsame Lachen, denn für ihn gilt: „Lachen ist Menschenrecht, in allen Institutionen!“⁴⁶

Immer öfter hört man von ihnen in den Medien und die Zahl der Projekte und Vereine der sogenannten Clowndoktoren wächst, welche in Krankenhäusern kleine und auch größere Patienten besuchen und versuchen, sie zum Lachen zu bringen, Ängste zu reduzieren oder die Krankheitsbewältigung zu erleichtern. Die Idee dieser Krankenhausclowns mit einer Verkleidung in Mischung aus Clown und Arzt und originellen Namen wie Dr. Schwuppdwupp, Rosali u.ä. entstand durch Michael Christensen, den Mitbegründer des New Yorker Big Apple Circus. Die Idee kam Anfang der 90-er Jahre nach Europa und etablierte sich mit den Clowndoktoren in Wiesbaden, den CliniClowns in Österreich, der Fondation Theodora in der Schweiz und mittlerweile in vielen Vereinen mehr⁴⁷.

Gehe ich nun an den Ausgangspunkt dieses Kapitels zurück, zum Dialogischen Prinzip Bubers, kann ich seine wesentlichen Elemente, die Annahme des Partners und das Vertrauen in ihn sowie die Echtheit im Gespräch von der Theorie in die beschriebenen Humorkonzepte und Projekte übertragen und dort wiederfinden, ebenso wie die Grundprinzipien der Gestalttherapie in der konkreten Arbeit mit Humor lebendig werden und Form annehmen. Die Ganzheitlichkeit als Leib-Seele-

⁴³ Vgl. Heeck 1997, S. 8-21.

⁴⁴ Vgl. Adams 1997, S. 40-83.

⁴⁵ Adams 1997, S. 43.

⁴⁶ Prof. Dr. Dr. Hirsch, Chefarzt der Abteilung Gerontopsychiatrie in der Rheinischen Landesklinik Bonn,
bei einem Vortrag am 09.10.1999 am Humor-Kongress in Basel.

⁴⁷ Vgl. Keller 2000, S. 29-31.

Geist-Einheit tritt m.E. bei der Idee von Patch Adams deutlich in den Vordergrund, ebenso werden die Selbstheilungskräfte im Hier und Jetzt angesprochen; das Entstehen einer ehrlichen Beziehung wird über den lebendigen Kontakt gefördert, so dass der Patient positive Erfahrungen sammeln und das Bewusstsein für die Entfaltung von Selbstwertgefühl und Selbstverantwortung öffnen kann. Diese „gelebten“ Grundhaltungen werden gleichfalls sichtbar im Projekt „Kultur-imPulse“ oder der Arbeit als Clowndoktor. In den Gedanken von Martin Buber sowie dem Gestalttherapeutischen Ansatz von Fritz Perls finde ich Ansätze für meine theoretischen Grundlagen für die Arbeit als Clowndoktor und sehe die Möglichkeit, meine Grundhaltung im Umgang mit Menschen auf eine kreative wie auch erfüllende Art in Verbindung mit Humor zum Ausdruck zu bringen. Zur Vielschichtigkeit des Begriffes Humor gehört m.E. auch die Ausweitung seines Verständnisses auf die gesamte Lebensführung. So bedeutet für mich Humor eine grundsätzlich bejahende Einstellung zum Leben, die den Blick für das Schöne, die Intensität der Gefühlswelt und alle Aspekte des täglichen Lebens einschließt. Jedes offene und herzliche Lachen bedeutet für mich Annahme, die Annahme des Lebens in genau diesem Moment.

2.2. Methodische Grundlagen und Praxisbeispiele

Seit meiner ersten Clownvisite im April 2000 konnte ich zahlreiche Erfahrungen als Clowndoktor sammeln. Dabei haben sich für mich das Spiel, die Musik und das Zaubern als geeignete Methoden herauskristallisiert. Die Basis in der Arbeit bildet die Clownfigur. Auf ihr bauen alle drei Elemente auf und lassen sich durch sie mit Lachen und Humor verbinden. Die Clownfigur im allgemeinen und meine persönliche Clownfigur sowie die Elemente Spiel, Musik und Zaubern und ihre Verbindung mit dem Lachen möchte ich im folgenden vorstellen und erste Praxisbeispiele beschreiben. Auf die Bedeutung der einzelnen Elemente im Sinne von Wirkungsmöglichkeiten gehe ich in Kapitel vier ausführlich ein.

2.2.1. Die Clownfigur

Der Clown hat einen wichtigen Freund – das Kind. Ein Kind hat die Fähigkeit, mit spontanem Erfindungsreichtum und seiner schöpferischen Kraft eine eigene Phantasiewelt aufzubauen und in ihr zu leben. Dem Kind ist die Clownfigur noch vertraut, sie gehört in seine Phantasiewelt hinein, wenngleich der Clown als Symbolfigur verschiedenste Formen annehmen kann. Beide, der Clown und das Kind, können grenzenlos träumen und staunen. Auf dem Weg des Erwachsenwerdens be-

deutet es eine ständige Herausforderung, trotz negativer Erfahrungen wie Beschämungen, Ungeliebtsein oder nach einer schweren Krankheit oder einem Unfall mit schweren körperlichen und seelischen Folgen dieses „unverletzte“ Kind in sich zu wahren, das phantasievoll und fröhlich spielen und zusammen mit anderen lachen möchte. Symbolisch steckt dieses unverletzte Kind in jedem Menschen als Ausdruck von Lebenslust und -energie.

Der Clown ist „das Sinnbild des ´un-verschämten´ Kindes, das seine aggressive Lebensenergie konstruktiv, im Sinne einer lustvoll-lustigen Selbstbehauptung, nutzen kann“⁴⁸. Seine rote Nase trägt der Clown als Zeichen der Ausklammerung von der Sphäre des Erwachsenseins und distanziert sich damit von Kategorien wie Macht, Vernunft und Perfektion in der „normativen Realität“ der Erwachsenen und setzt sie außer Kraft⁴⁹, und gleichzeitig kann der Clown in die Welt der Erwachsenen eindringen. Er wird zum Vermittler zwischen dem Erwachsenen und dessen innerem „un-verschämten“ Kind, und er ist Vermittler des Lachens und der Unbeschwertheit, lässt Sorgen und Beschwerden vergessen und fördert die Kraft, trotzdem zu lachen. Der Clown hat Zeit und nimmt sich Zeit. Er weckt das Kind im Erwachsenen und verbündet sich mit ihm. Er „ver-führt“ zum Lachen, selbst wenn dieses erst später im stillen Kämmerchen passiert. Der Erwachsene darf in der Deckung des Clowns alle Vernunft und Zwänge ablegen und sich trauen, frech, ungeniert und „un-verschämt“ zu sein⁵⁰. Vorsicht! Ansteckungsgefahr!

„Das Grundprinzip des Clowns ist, dass er niemals aufgibt, dass er „Ja“ sagt zum Leben und immer eine Lösung findet, und sei sie auch noch so absurd. Diese andere Sicht auf die Welt vermittelt sich den Patienten, viele lernen mit Hilfe des Clowns – der in der sterilen Welt der Klinik auch ein Gesprächspartner ist – in ihrer schwierigen Situation wieder zu lachen und neuen Lebensmut zu schöpfen“⁵¹.

Bereits seit Jahrtausenden gehört der Clown bei vielen Völkern zu den Medizinern und Schamanen, welche eine tiefere Wahrheit präsentieren. So hat der Clown jede Angst vor Krankheiten, Schmerz und Tod überwunden⁵² und kann mit seinem Lachen wieder an der Lebenslust des „un-verschämten“ Kindes anknüpfen.

Bei der Erarbeitung meiner eigenen Clownfigur komme ich auf die grundsätzliche Frage nach meinem Menschenbild zurück. Als Clown möchte ich etwas ganz We-

⁴⁸ Titze 1999, S. 211.

⁴⁹ Vgl. Titze 1999, S. 298-304.

⁵⁰ Vgl. Hirsch 3. Februar 1999.

⁵¹ Kölner Stadtanzeiger 4./5. März 2000.

⁵² Vgl. Südstadt Anzeiger 28. Juli 1999.

sentliches vermitteln: Aus meiner verspielt-naiven Sichtweise als Clown möchte ich mein Gegenüber in meiner Welt willkommen heißen und annehmen als einen Teil dieser Welt. In dieser Welt gibt es kein Richtig oder Falsch, kein Gut oder Böse und auch keine Unterscheidung zwischen echt oder unecht. Das versuche ich als Clown über eine möglichst natürliche Ausstrahlung zu vermitteln. Ich bin im Wesen ein neugierig-aufgeweckter und dennoch ruhiger Clown. Gern lache ich laut, kann aber auch nur still vor mich hin schmunzeln. Oft komme ich interessiert und munter, dabei teilweise etwas zurückhaltend, manchmal sogar schüchtern (ich bin noch ein sehr junger Arzt und habe gerade erst meine zwölf Silvester storniert, äh studiert) und ab und an auch müde über den Gang geschlurft. Ich kann auch sehr traurig sein und schluchzend Trost bei den Patienten suchen, z.B. wenn sich meine Schnecke Fräulein Langsam „angesteckt“ hat (Handpuppe Schnecke mit großer Stecknadel und Zettel dran: „angesteckt“). Ich versuche, echt zu sein und nutze als Clown die Freiheit, meine eigenen Gefühle in verschiedenste Geschichten und Situationen „einzupacken“ und dem Patienten auf diese Art und Weise nahezubringen. Beispielsweise bin ich mal schlecht gelaunt nach einem Rüffel von Prof. Dr. Oberpimpf, traurig wegen der „angesteckten“ Fräulein Langsam oder himmelhochjauchzend glücklich und zufrieden, weil ich befördert werde (Clownkollege „befördert“ mich im ausrangierten Putzwagen über den Gang und durch die Zimmer). Gleichzeitig kann der Patient Kontakt zu seinen Gefühlen aufnehmen, sie selbst annehmen und in das Spiel einbringen. Ist ein Kind z.B. traurig, kann ich mit ihm traurig sein, und warum sollte ein Clown nicht auch weinen können? Bei geäußerten Schmerzen kann ich Mitgefühl zeigen, ihm helfen wollen und kann mich, je nach Situation, respektvoll zurückziehen. Auf Wiederhören! Bis zum nächsten Clownspiel.

2.2.2. Das Spiel

Der Brockhaus beschreibt Spiel als „jede Tätigkeit, die aus Freude an dieser selbst geschieht“⁵³. Verschiedene Theorien benennen in ähnlicher Weise das Spiel als eine humane Grundfähigkeit des Menschen, die ihm unabhängig von Kultur und Gesellschaft gegeben ist. Vom Homo sapiens oder Homo faber, dem schaffenden Menschen abgeleitet, wird der Mensch auch zum Homo ludens, dem spielenden Menschen. So ist das Spiel durch verschiedene Merkmale gekennzeichnet:

⁵³ Brockhaus 1985, S. 835.

„Alles Spiel ist zunächst und v.a. ein freies Handeln“⁵⁴, das intrinsisch motiviert ist und durch freie Wahl zustande kommt. Es bewegt sich innerhalb eines Spielraumes, der räumlich wie inhaltlich verstanden werden kann, hat starken Gegenwartsbezug, womit der „Hier und Jetzt–Charakter“ hervorgehoben wird. Das Spiel ist wiederholbar und somit sind es auch die im Spiel erfahrenen positiven Erlebnisse. Das Spielverständnis reicht von der Vorbereitung auf die Erwachsenenwelt über den Erwerb sensomotorischer und kognitiver Fähigkeiten u.a.m. bis hin zum bloßen Spielgedanken, der freiwilligen Hinwendung zum Spiel aus dem Bedürfnis nach Vergnügen heraus⁵⁵.

Hier findet sich die Verbindung zu meinem Verständnis von Spiel. Die Grundaussage des Spiels sehe ich im Absichtslosen, einer Tätigkeit frei von jedem Zweck. Das Spiel darf sich selbst genügen.

Im Kontext des Rehabilitationszentrums kann das Spiel für die Patienten eine Erleichterung und ein Loslassen vom anstrengenden Therapiealltag bedeuten, welcher sie immer wieder ihre Grenzen und Defizite erfahren lässt. Ihre Rolle während des Clownspiels ist völlig offen und das Spiel für sie unverbindlich. Sie können daran aktiv teilnehmen, ebenso das Geschehen still beobachten oder aber sich abwenden. Dieses Spiel lässt sich in seinem Wesen in keinerlei feste Strukturen einordnen. Es enthält Elemente des Rollen- und Funktionsspiels, ist gleichzeitig frei in der Gestaltung der Spielregeln und wechselt ständig seinen Spielcharakter. In meinem Clownkoffer befindet sich immer eine kleine Auswahl an Spielsachen wie z.B. Kreisel, Kuscheltier und Seifenblasen. Auch Gebrauchsgegenstände packe ich gern hinein. So können sich beispielsweise ein Teesieb beim Reinigen der Luft, ein kleiner Handstaubsauger als Bakterienfänger oder der Meterstab beim Messen der Körpertemperatur (von Kopf bis Fuß) und beim Erstellen einer Fieberkurve als sehr nützlich erweisen. Je nach Situation und Möglichkeit beziehe ich Spielsachen, Bücher, Poster und andere Gegenstände am Bett oder aus der näheren Umgebung des Patienten ein. Das Spiel orientiert sich unmittelbar an den Reaktionen der Patienten, was ein weiteres Mal den „Hier und Jetzt - Charakter“, das aktuelle Geschehen betont. Aufgrund oftmals erheblicher sprachlicher und körperlicher Einschränkungen der Patienten bedarf dieses möglichst gemeinsame Spiel vieler Impulse sowie der generellen „Spieleitung“ durch den Clown. Häufig sind die Patienten sowohl kognitiv als auch motorisch stark verlangsamt, reagieren in der Situation unverständlich, unklar oder für den Beobachter rein äußerlich nicht wahrnehmbar. Solche Situationen verlangen viel Gespür und Einfühlungsvermögen für

⁵⁴ Lehr 1999, S. 8.

⁵⁵ Vgl. Lehr 1999, S. 8-88.

den Moment sowie Phantasie. Ich erinnere mich an einen Jungen, der, während ich vor seinen Augen jonglierte, fast einschlief. Ich wusste die Reaktion nicht zu deuten, reagierte aber im Spiel spontan darauf und holte die Spieluhr mit einem Schlaflied hervor, zog sie gemeinsam mit ihm auf und wollte mich neben ihn zum Schlafen auf den Stuhl legen, der nach einigem Hin und Her doch zu klein blieb, und ich verabschiedete mich gähnend von dem Jungen und wankte scheinbar schlaftrunken aus dem Zimmer mit der Entschuldigung, das Schlaflied habe mich angesteckt, und wegen der Ansteckung müsse ich nun selbst zum Doktor. Hier sehe ich auch die Möglichkeit für den Patienten, Kontakt zu den eigenen Gefühlen herzustellen und die eigene Befindlichkeit wahrzunehmen. So äußert sich mancher Patient klar zu seinem momentanen Befinden, und ich versuche dieses in das Spiel einfließen zu lassen. Hat der Patient z.B. keine Lust auf Clowns, hab ich vielleicht gerade auch gar keine oder finde Clowns überhaupt langweilig. Um mich von meiner Langeweile abzulenken, (was nicht leicht ist, schließlich bin ich Clown!) schlage ich dem Patienten vor, gemeinsam Löcher in die Luft zu gucken. Jeder Patient mit jeder Art von körperlicher Einschränkung lässt sich in dieses Spiel einbeziehen, sei es über ein Augenzwinkern, den „Ja-Nein-Code“, das Festhalten von „Luftauffanggeräten“ wie Lupe, Vogelkäfig oder das Sichtbarmachen der gefangenen Luftlöcher per Seifenblasen (vielleicht sogar selbstgepustet!) oder beim Betrachten und Bewundern derselben durch das Kaleidoskop. Der Spielraum weitet sich hier fast endlos, begrenzt allein durch die Phantasie und natürlich! durch den Willen des Patienten. Lehnt er die Begegnung mit dem Clown deutlich ab, respektiere ich dieses ebenso deutlich, und mein Telefon klingelt vielleicht plötzlich und Prof. Dr. Oberpimpf wünscht ein dringendes Gespräch oder ich hab einen Termin bei meiner Kosmetikerin etc. Diese Erfahrung mache ich jedoch äußerst selten. Häufig lassen sich neben Kindern auch Jugendliche und selbst junge Erwachsene gern auf das Clownspiel ein, und mit ihnen genießen Eltern, Geschwister und andere Besucher und auch das Personal den ansteckenden Spielgedanken und vor allem die entstehende Freude.

Der Patient steht im Mittelpunkt der Clownvisite und „bestimmt den Ablauf“. Darüber hinaus versuche ich, wenn möglich, Eltern und Angehörige und Mitarbeiter einzubeziehen, was mitunter ebenso wichtig sowohl für die Atmosphäre in der Clownvisite als auch für das Befinden aller Beteiligten sein kann.

2.2.3. Die Musik

Musik bedeutete im antiken Griechenland als „Kunst der Musen“ die Bildung von Gemüt und Geist und wird in heutiger Zeit als die Tonkunst als Ausdrucksmittel des menschlichen Seelen- und Gefühlslebens definiert. Die Gestaltungsmerkmale der Musik sind u.a. Rhythmus, Melodie und Harmonie⁵⁶. Sie begleitet den Menschen von Geburt an durch sein gesamtes Leben bis hin zum Tod und findet sich im weiten Sinne in allen Lebensrhythmen wieder, denn auch „der Mensch ist durchdrungen von Rhythmen. Dazu zählen Herzschlag/Puls, Atem-, Bewegungs-, Sprachrhythmus“⁵⁷. Eine Vielzahl von Informations- und Bedeutungsebenen wirken in der Musik zusammen, wobei eine besondere Bedeutung der emotionalen Komponente zukommt, denn „als eine Sprache der Gefühle zeigt (sie) in den verschiedenen Kulturen und Epochen eine unendliche Differenzierung des Ausdrucks, die mit sprachlichen Mitteln nicht adäquat wiedergegeben werden kann“⁵⁸. Dies lässt sich auch in bezug auf den beeinträchtigten oder kranken Menschen aussagen, der in seinen sprachlichen und körperlichen Ausdrucksfähigkeiten oftmals eingeschränkt ist. Hier gewinnt die Musik als Medium für die Wahrnehmung und den Ausdruck von Emotionen an großer Bedeutung, denn vor „allem sind es zwei emotionale Bereiche, die immer wieder zum Ausdruck gebracht werden: Freude und Trauer“⁵⁹. Das ist ein wichtiger Grund, warum ich in meinen Clownvisiten gern mit Musik arbeite: ich möchte die Patienten über das Hören von Tönen und Melodien emotional berühren und dazu anregen, sich auf den Klang der Musik und damit auf Emotionen einzulassen und sie wahrzunehmen, sich bei vertrauter Musik zu erinnern oder aber die Phantasie wandern zu lassen und für einen Moment in eine andere Welt zu reisen, denn gerade „bei kleinen oder verängstigten Kindern ist auch zu bedenken, dass durch Singen vertrauter Kinderlieder ein Kontakt hergestellt werden kann, der an den ‘gesunden’ Anteilen des Kindes, an Altbekanntem, Stabilem anknüpft und so in der neuen angstmachenden Situation des Krankenhauses sozusagen eine Brücke bildet, die trägt, hält. Das Krankenhaus ist nicht mehr nur ein Ort des Schreckens - es wird teilweise zu einem ‘Spielraum’ umgewandelt, in dem gesungen, gespielt und geblödeln darf“⁶⁰. Mit dem Spielgedanken im Vordergrund können sich Kinder und auch Jugendliche am Musizieren beteiligen. Musikinstrumente haben einen starken Aufforderungscharakter und zudem eine große Palette von Gebrauchsfunktionen, angefangen beim Spielzeug bis hin zum nonverbalen Kommunikationsmittel.

⁵⁶ Vgl. Brockhaus 1985, S. 595.

⁵⁷ Dank 1995, S. 31.

⁵⁸ Bruhn/Oerter/Rösing 1994, S. 579, (Hinzufügung durch d. Verf.).

⁵⁹ Bruhn/Oerter/Rösing 1994, S. 579.

⁶⁰ Herrlen-Pelzer/Sponholz/Baitsch 1991, S. 50.

Als Musikinstrumente verwende ich neben der Gitarre, der Mundharmonika und dem Akkordeon gern ausgefallene Instrumente wie ein Kazoo oder ein indisches Harmonium und Spieluhren. Auch andere Geräuschemacher wie kleine Bälle, Löffel, Heuschläuche und ein „Pupskissen“ kommen zum Einsatz. Diese können im gemeinsamen Spiel sofort umfunktioniert werden, z. B. kann der Heuschlauch, der eben noch heulte, zum Fern- oder Sprachrohr werden, ein „Pupskissen“ gibt einen effektvollen Basston im Chor und den Tennisball lassen Kinder gern über ein Xylophon hüpfen. Es bleibt dem Patienten selbst überlassen, ob er die Musik einfach anhört und auf sich wirken lässt, oder ob er aktiv wird und in welcher Form er mitwirkt. Häufig erlebe ich, wie neben Kindern auch Jugendliche und junge Erwachsene auf Musik positiv reagieren, indem sie einen freudigen Gesichtsausdruck annehmen, manchmal mitsingen oder –summen oder, wenn sie körperlich-motorisch dazu in der Lage sind, selbst nach dem Musikinstrument greifen und in irgendeiner Form mitmusizieren. Manchmal ist es auch nur die Körperhaltung, die sich entspannt oder ein Schreien, das nachlässt oder aber eine Kopfdrehung zur Musik hin, die bezaubert.

2.2.4. Das Zaubern

Bei der Suche nach einer allgemeingültigen Definition des Begriffes Zaubern stieß ich in verschiedenen Literaturquellen auf die Magie und deren Ursprünge bei Natur- und Kulturvölkern in bereits vorgeschichtlicher Zeit. „Schon auf steinzeitlichen Höhlenbildern finden sich Hinweise auf Magische Praktiken. Die Priester im Altertum verwendeten Zaubertricks, um auf sich aufmerksam zu machen und dem Volke angeblich von den Göttern vollbrachte Wunder zu präsentieren; Religion und Zauberei waren eng miteinander verbunden“⁶¹. Die Magie und der Zauber waren an den Glauben gebunden, dass es möglich sei, „sich durch bestimmte geheimnisvolle Handlungen, Zeichen und Formeln übernatürliche Kräfte dienstbar zu machen und mit ihnen irdische Ereignisse beeinflussen zu können“⁶². Im griechischen Altertum begann die Herausbildung einer weltlichen Zauberkunst, welche sich heute in vielfältigsten Formen der Unterhaltungskunst präsentiert wie z.B. in der Straßenzauberei, der Bühnenmagie, der Comedy Magic, der Mentalmagie u.a.m. In der Unterhaltungskunst wird mittlerweile anstelle der durchaus Missverständlichen Magie oder Zauberei auch von Zauberkunst oder der Kunst der freundlichen Täu-

⁶¹ Neumeyer 2000, S. 14.

⁶² Brockhaus 1985, S. 544.

schung gesprochen⁶³. Sie arbeitet mit den Prinzipien der Täuschung und der Ablenkung und ist „die einzige Kunst, die sich die Mangelhaftigkeit der menschlichen Wahrnehmung zu ihrem grundlegenden Thema gewählt hat“⁶⁴.

Die Wirkungsmöglichkeiten des Zauberns als Medium im Umgang mit den jungen Patienten im Rehabilitationszentrum sind m.E. sehr vielfältig zu sehen. Im Kapitel vier möchte ich diesen Zusammenhang deutlich aufzeigen und nenne hier nur kurz einige Motive für die Arbeit mit diesem „zauberhaften“ Element. Während sich kleinere Patienten der Clownfigur meist rasch öffnen und ihr im Spiel neugierig begegnen, kann das Zaubern mit kleinen Zaubertricks für Jugendliche und junge Erwachsene mitunter das passendere Mittel in der Kontaktaufnahme mit dem Clown bedeuten. In der Figur des zaubernden Clowns können Berührungängste, Schamgefühle und andere Hemmungen in den Hintergrund treten, quasi „weggezaubert werden“, und einen Zugang zum Patienten erleichtern. Ich mache immer wieder die Erfahrung, dass sich mit Hilfe des Zauberns bereits der erste Kontakt sehr positiv gestaltet, das Interesse der Patienten geweckt wird und sie sich bald zur Re-Aktion aufgefordert fühlen. Oft erlebe ich nach wenigen Minuten eine gesteigerte Aufmerksamkeit der Patienten, ihre Freude am Geschehen und den wachsenden Wunsch mitzuzaubern und den Zaubertrick zu durchschauen oder die Zauberutensilien zu untersuchen und zu einem neuen Zweck zu gebrauchen. Ich zaubere mit kleinen Schaumstoffbällen, Murmeln, Seilen, Karten und ähnlichen Materialien. Soweit möglich, zaubere ich mit den Patienten gemeinsam, unterstütze ihre Handführung, lasse sie z.B. die Zaubermagie⁶⁵ (ein Fläschchen Maggi) verteilen und lenke die Wirkung des Zaubertricks weitgehend auf sie. So kann ich mich bei ihnen für den gelungenen Zaubertrick bedanken, trete in der Handlung selbst in den Hintergrund, und die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen können auf einfache und spielerische Weise sich selbst positiv erleben. Die Zaubertricks sind immer in Geschichten eingebunden, und die Absicht zu zaubern, wird selten angekündigt und damit deutlich. So gibt es oftmals Momente des Stauens, wenn ein Patient plötzlich bemerkt, dass er soeben gezaubert hat. Einem 21-jährigen jungen Mann, der fast komplett eingeschränkt in seinen Bewegungen im Bett lag, erzählte ich eine Geschichte, in die ein Kartentrick eingeflochten war. Wie nebenbei stellte ich am Ende die Karten vor ihm auf das Bett und bat ihn um die Erklärung für die erfolgte Auflösung, da ich sie selbst nicht verstünde. Der Patient hatte die ganze Zeit über das Geschehen aufmerksam beobachtet und begann

⁶³ Vgl. Michel-Andino 1994, S. 11.

⁶⁴ Michel-Andino 1994, S. 47.

nun zu lachen. Ein anderes Mal fing ich Seifenblasen oder vielmehr Gesundheitsblasen für ein kleines Mädchen ein (das Mädchen pustete und fing tüchtig mit) und wollte sie ihr gerade als Nachschub in die Hosentasche stecken, als ich bemerkte, dass sich eine besondere unter den Gesundheitsblasen befand – eine knallrote, zum Aufsetzen auf die Nase. „Merkwürdig, wo kommt die denn her? Warst Du das?“, fragte ich, und das Mädchen lachte und strampelte vergnügt mit Armen und Beinen.

2.2.5. ...und das Lachen verbindet!

„Lachen ist etwas Soziales, schafft Verbindungen, ist eine Art Kommunikation“⁶⁶. Es sind sehr schöne Momente im Leben, in denen es gelingt, über ein offenes und befreiendes Lachen den Kontakt zu anderen Menschen herzustellen oder eine bestehende Beziehung durch das gemeinsame Lachen vertiefen zu können.

„Musik ist auch eine Art von Kommunikation“⁶⁷ und geschieht wie das Lachen ohne Worte, denn „Menschen, die nicht lachen können, sind oder werden krank. Ebenso geht es einem Menschen, dem Musik vorenthalten wird. Das Lachen und die Musik, zwei unzertrennliche Geschwister? Unzweideutig Ja! Wann singt der Mensch, macht also selbst Musik? Wenn er locker, gelöst, gut aufgelegt ist – unter der Dusche oder mit einem Schwips“⁶⁸. Musik muss nicht unbedingt Belustigung und herzhaftes Lachen auslösen, ich sehe hier vielmehr den tieferen Sinn von Humor angesprochen, wie ich ihn in Kapitel 2.1.3. beschrieben habe.

Auch das Zaubern ist eine Form der Kommunikation und „ein hervorragendes Hilfsmittel, um eine positive Beziehung herzustellen und den ersten Kontakt lebendig und spaßbringend zu gestalten“⁶⁹. In meiner Arbeit erfahre ich immer wieder, wie nahe Zaubern, Staunen und Lachen beieinander liegen. Wenn ich mit Patienten zaubere, steht der Spielcharakter im Vordergrund und das „Zaubern geschieht dabei sozusagen nebenbei“⁷⁰, womit sich für mich eine nächste Verbindung zur Methode des Spiels ergibt. „Auch Schillers ästhetisches Ideal des zweckfreien Spiels ist dafür hervorragend geeignet, denn wer würde das Ideal der Zweckfrei-

⁶⁵ Glücklicherweise befindet sich das Zentrum für Maggi, äh Magie in Singen, unweit meines Wohnortes.

⁶⁶ Lanfranchi 1997, S. 103.

⁶⁷ Lanfranchi 1997, S. 103.

⁶⁸ Koch/Vaßen 1995, S. 81.

⁶⁹ Neumeyer 2000, S. 31.

⁷⁰ Michel-Andino 1994, S. 52.

heit mehr verwirklichen als der Unterhaltungskünstler, dessen Aufgabe es ist, die Zuschauer zu Teilnehmern eines letztlich zweckfreien Spiels zu machen“⁷¹. Das Lachen, Staunen und die Freude sind ein wesentlicher Teil der drei Elemente Spiel, Musik und Zaubern. Auf zauberhafte Weise und spielend leicht lässt sich eine Verbindung komponieren - über die Clownfigur. Der Clown hat jede Narrenfreiheit und kann die Dinge nehmen, zweckentfremden und „verzaubern“, wie er will. Da ist es egal, ob er die Patienten auf Flöhe untersucht, die er braucht, weil er ja auf den Flohmarkt will oder das Blutbild des Patienten durch ein Kaleidoskop bewundert oder aber einen Stuhl untersucht, der zuvor merkwürdige Geräusche von sich gab („Pupskissen“ zum Sitzen unter den Po gelegt) und nun wegen schlechten „Stuhlgangs“ mit Toilettenpapier verarztet werden muss. Es kann aber auch passieren, dass das Akkordeon als Heizkörper in Kraft treten muss, da die zwei Haustiere „Wischi und Waschi“ sehr schüchtern sind und einige Zeit brauchen, um sich „aufzuheizen“ bzw. mit der neuen Umgebung warm zu werden. Beim Musizieren kann der Patient selbst Tasten auf dem Akkordeon drücken oder ein einfach zu handhabendes Instrument wie ein Xylophon, eine Hupe, Glocke oder Rassel bedienen und ebenso als Zuhörer einbezogen werden. Bei Musik und Tanz wird den beiden rasch warm und für den Fall einer Überhitzung kann ein Modellierballon in der Funktion eines Temperaturableiters nutzbringend sein (auch anwendbar, wenn mit dem Meterstab erhöhte Temperatur gemessen wird). Falls dann der Hunger kommt, sind zum Glück Spaghetti in der Packung Miracoli (drei unterschiedlich lange Seile), so aber schwer verdaulich, da zu kurz oder zu lang. Mit etwas Zaubermagie (dem Fläschchen Maggi) und der Hilfe des Patienten ist schnell Abhilfe getan, und die drei Spaghetti sind gleich lang. Guten Appetit! Leider klingelt in diesem Moment das Telefon; Prof. Dr. Oberpimpf wünscht mich zu sprechen u.s.w. So und ähnlich kann eine Clownvisite erfolgen, wobei, wie bereits erwähnt, die aktuelle Situation und die momentane Befindlichkeit des Patienten den Verlauf wesentlich beeinflussen.

⁷¹ Michel-Andino 1994, S. 17-18.

3. Praktische Umsetzung von Clownvisiten in einem Neurologischen Rehabilitationszentrum

Clowndoktoren arbeiten mittlerweile in wachsender Zahl in Kinderkliniken. Seit April 2000 finden auch im Neurologischen Rehabilitationszentrum Hegau-Jugendwerk regelmäßig Clownvisiten statt.

3.1. Beschreibung des Arbeitsfeldes⁷²

Das methodische Vorgehen bei den Clownvisiten steht im unmittelbaren Zusammenhang mit den spezifischen Gegebenheiten des Arbeitsfeldes in der Neurologischen Rehabilitation. Die unterschiedlichen Aufnahmeindikationen (s.u.) mit den vielfältigsten Schädigungen des Nervensystems, schweren körperlichen Beeinträchtigungen, Sprach-, Wahrnehmungsstörungen u.a.m. erfordern das Wissen um wesentliche Rahmenbedingungen und Besonderheiten im Umgang mit den Patienten, um in der Begegnung mit ihnen sowohl verständnisvoll und behutsam als auch spontan und flexibel arbeiten zu können. Aus diesen Gründen gehe ich im folgenden neben der Vorstellung der Einrichtung näher auf die sogenannten Frühen Remissionsphasen ein, welche die Patienten in den Abteilungen Frührehabilitation und Frühmobilisation häufig in jeweils individueller Form durchlaufen.

3.1.1. Das Hegau-Jugendwerk

Das Hegau-Jugendwerk in Gailingen am Hochrhein ist ein Neurologisches Fachkrankenhaus und Rehabilitationszentrum für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Es bietet ein umfassendes Konzept zur stationären Behandlung und Rehabilitation von Erkrankungen oder Verletzungen des Nervensystems und beinhaltet als Fachkrankenhaus der Phase zwei neben der medizinischen auch die schulische, berufliche und soziale Rehabilitation. Wesentliche Bestandteile des Rehabilitationszentrums sind somit eine staatl. anerkannte Krankenhausschule und eine berufstherapeutische Abteilung.

Als bundesweite Modelleinrichtung speziell für Kinder und Jugendliche 1972 gegründet, ist das Hegau-Jugendwerk seit 1999 eine Gesellschaft im Gesundheits-

⁷² Das Kapitel 3.1. habe ich weitgehend unverändert aus meiner Verhaltensbeobachtung (Juli 2002) entnommen.

verbund Hegau mit den Gesellschaftern Hegau-Klinikum in Singen und dem Trägerverein Jugendwerk Gailingen e.V. Die Kosten für die Aufenthalte werden übernommen von Krankenversicherungen, Rentenversicherungen, Unfallversicherungen, Arbeitsamt, Landeswohlfahrtsverbänden und Selbstzahlern.

Das umfassende diagnostisch-therapeutische Angebot verlangt ein multiprofessionell zusammengesetztes und interdisziplinär arbeitendes Mitarbeiterteam, das aus Ärzten, (Neuro-)Psychologen, Pflegekräften, Fachtherapeuten (Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Musiktherapie, Berufstherapie, Massage- und medizinische Bäderabteilung/Physikalische Therapie, Schwimm- und Sporttherapie), Sozialarbeitern, Sozialpädagogen und Lehrern der staatlich anerkannten Krankenhausschule besteht.

Ständiger Informationsaustausch, inhaltliche Absprache der im einzelnen erforderlichen Therapien, die Veränderung von Therapieinhalten bzw. -schwerpunkten entsprechend dem Therapieverlauf sowie dessen kritische Überprüfung sind Aufgabe der regelmäßig stattfindenden Teamkonferenzen, insbesondere in Form des Case-Managements.

Die Patienten im Alter von ungefähr zwei bis 21 Jahren werden aus dem gesamten Bundesgebiet sowie aus dem nahen Ausland stationär wie auch teilstationär im Hegau-Jugendwerk aufgenommen. Die Aufenthaltsdauer beträgt je nach Schwere der Schädigung und individueller Problematik mehrere Wochen bis Monate und in Ausnahmefällen auch länger als ein Jahr.

Ziel der Rehabilitationsmaßnahmen ist die Hilfe zur Wiedereingliederung in die Familie, in die Schule oder den Beruf und das soziale Umfeld⁷³.

„Die Aufnahmeindikationen (sind):

- ◆ Erworbene Hirnschädigung durch Unfall, cerebralen Gefäßprozess, Hirntumor, cerebrale Hypoxie, entzündliche Erkrankungen des zentralen Nervensystems (insbesondere auch Multiple Sklerose)
- ◆ Angeborene/frühkindliche Schädigung des (zentralen) Nervensystems, z.B. perinatale/frühkindliche Hirnschädigung, Spina-bifida
- ◆ Cerebrale Krampfleiden
- ◆ Erkrankungen/Schädigungen des peripheren Nervensystems, z.B. Guillain-Barre-Syndrom, Plexusläsionen
- ◆ Schulische Leistungsproblematik aufgrund neuropsychologischer Teilleistungsstörungen
- ◆ Kognitive und intellektuelle Defizite

- ◆ (Neuro-) muskuläre Erkrankungen
- ◆ Degenerative und stoffwechselbedingte Erkrankungen des Nervensystems

Ausschlussindikationen/-kriterien:

- ◆ Endogene Psychosen und manifeste Suchtleiden
- ◆ Patienten mit akuter Suizidalität bzw. mit Selbst- oder Fremdgefährdung⁷⁴

In den Abteilungen Frührehabilitation, Frühmobilisation sowie der Weiterführenden Rehabilitation (Jugendhäuser und Kinderhaus) verfügt das Hegau-Jugendwerk insgesamt über 222 Betten. Im folgenden möchte ich näher auf die beiden erstgenannten Abteilungen eingehen.

3.1.2. Die Abteilungen Frührehabilitation und Frühmobilisation

In der Abteilung Frührehabilitation stehen 12 Betten zur Verfügung. Dort werden komatöse/apallische Patienten ohne erhöhten Hirndruck und mit stabilen Vitalfunktionen sowie Patienten in frühen Remissionsstadien nach Hirnschädigung aufgenommen, welche noch eine intensivmedizinische Überwachung benötigen. Patienten, die beatmungsbedürftig sind, werden ebenfalls aufgenommen. Die Frührehabilitation schließt an die Akutphase auf der Intensivstation an und betrifft Patienten mit verschiedenen Graden von Bewusstseinstörungen, Patienten im apallischen Syndrom und in der Aufwachphase.

Die Verlegung der Patienten in die Abteilung Frühmobilisation kann dann erfolgen, wenn sie keiner intensivmedizinischen Überwachung mehr bedürfen und die aktive Therapieteilnahme möglich wird. Ebenfalls aufgenommen werden Patienten mit evtl. länger zurückliegender Schädigung und daraus resultierender Beeinträchtigung oder zum wiederholten Aufenthalt zur intensiven pflegerischen und therapeutischen Versorgung⁷⁵.

Allgemeine Behandlungs- und Rehabilitationsziele in der Frührehabilitation und Frühmobilisation sind:

- ◆ „Minderung des Ausmaßes und der Auswirkungen der Schädigungen des ZNS
- ◆ Vermeidung sekundärer Komplikationen
- ◆ Regulation der vegetativen Funktionen wie Schlaf-Wach-Rhythmus

⁷³ Vgl. Jugendwerk Gailingen e.V. 1998, S. 1-3.

⁷⁴ Jugendwerk Gailingen e.V. 1998, S. 4, (Hinzufügungen durch d. Verf.).

- ◆ Anbahnen physiologischer und sozialer Funktionen
- ◆ Besserung des Bewusstseinszustandes
- ◆ Normalisierung des Muskeltonus und Mobilisierung
- ◆ Training der Selbständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen
- ◆ Herstellen der Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit
- ◆ Hilfe bei der psychischen Bewältigung der Unfall- oder Erkrankungsfolgen
- ◆ Planung und Einleitung der weiteren Rehabilitationsschritte⁷⁶

Beim Rehabilitationsverlauf nach einem Mittelhirnsyndrom in den genannten Abteilungen lässt sich von typischen Verlaufsphasen sprechen. Die Einteilung in Frühe Remissionsphasen nach Gerstenbrand hilft bei der Diagnose und dem therapeutischen Vorgehen.

3.1.3. Frühe Remissionsphasen

Die Frühen Remissionphasen setzen sich zusammen aus:

- Akutphase mit Mittelhirnsyndrom/apallisches Syndrom
- Phase der primitiven Psychomotorik
- Phase des Nachgreifens
- Klüver-Bucy-Phase

Apallisches Syndrom

Apallisch (ohne Hirnmantel) bezieht sich auf die Trennung kortikal/subkortikaler Strukturen vom Hirnstamm. Der Patient ist in dieser Phase nicht mehr im Koma, d.h. die Augen werden auf Schmerzreize, akustische Reize oder spontan geöffnet. In diesem auch als Wachkoma bezeichneten Zustand kann der Patient noch nicht mit den Augen fixieren und schaut ins Leere. Akustische Reize werden teilweise aufgenommen, führen jedoch rasch zur Habituation. Taktile Reize können eine Verstärkung der Streck- oder Beugemechanismen sowie vegetative Reaktionen bewirken. Das apallische Syndrom geht mit einer Tonuserhöhung aller vier Extremitäten einher. Die Arme gehen dabei häufig in eine Beugehaltung und die Beine in Streckstellung. Ein an die Tageszeiten gebundener Schlaf-Wach-Rhythmus ist noch nicht erkennbar.

⁷⁵ Vgl. Jugendwerk Gailingen e.V. 1998, Anlage zur Informationsbroschüre.

⁷⁶ Jugendwerk Gailingen e.V. 1998, Anlage zur Informationsbroschüre.

Phase der primitiven Psychomotorik

Sie ist gekennzeichnet durch motorische Unruhe, Schreien, vegetative Entgleisungen mit Tachykardien, Blutdruckschwankungen, Schwitzen und unspezifischen Angstreaktionen. Letztere können jetzt durch taktile Stimulationen verstärkt bzw. beruhigend abgebaut werden. Reaktionen auf optische und akustische Reize werden allmählich sichtbar, das Fixieren wird möglich, aber noch kein Verfolgen von Objekten mit den Augen. Eine körperliche Entspannung auf beruhigende akustische und vestibuläre Reize kann beobachtet werden.

Phase des Nachgreifens

Taktile und optische Reize werden jetzt vom Patienten horizontal, später auch vertikal verfolgt, das Greifen nach Gegenständen auf Reize beginnt. Gegenstände werden in den Mund genommen und weggeworfen. Eine Hinwendung zum akustischen Reiz wird sichtbar. Auf angenehme Reize folgt zunehmende Entspannung und allmählich auch die Kopplung an positive Reaktionen. Im Übergang zur Klüver-Bucy-Phase beginnen die Patienten mit den Gegenständen zu hantieren, ein anfängliches Situationsverständnis zeichnet sich ab.

Klüver-Bucy-Phase

In dieser Remissionsphase setzt das Sprachverständnis ein. Die Patienten können jetzt „Ja/Nein-Signale“ lernen, einfachen Aufforderungen wie „gib mir/zeig mir“ nachkommen und erste Laute äußern. Einfache Handlungen können ausgeführt werden, unmittelbar vor den Augen der Patienten versteckte Dinge werden gefunden und Gegenstände in sinnvollen Bezug gesetzt. Zum Ende der Phase sind die Patienten in der Lage, einzelne Worte zu sprechen, oft in Form einer Echolalie, und es treten vermehrt motorische Schablonen in Form von Handkuss- oder Begrüßungsschablonen auf, so auch Aggressivität und Schmeicheln⁷⁷.

In allen genannten Frühen Remissionsphasen ist verbale Kommunikation noch nicht möglich. Sie lassen sich des weiteren zeitlich nicht festlegen, sind vom individuellen Rehabilitationsverlauf des Patienten abhängig, und nicht immer liegt auch eine Schädigung des Mittelhirns vor, welche in die typischen Verlaufsphasen mündet.

Ich möchte an dieser Stelle deutlich machen, dass die Einteilung in die Frühen Remissionsphasen für die Arbeit als Clowndoktor in einem Neurologischen Rehabilitationszentrum nicht unabdingbar ist, und dass ich die Patienten nicht konkret in

⁷⁷ Vgl. Liebenstund 1997, S. 57-59.

die Phasen einordne. Vielmehr war mir die Auseinandersetzung mit den Frühen Remissionsphasen hilfreich für die Reflexion der Clownvisiten in der Gegenüberstellung meiner Clownrolle und der Reaktionen der Patienten. Während mir die Reflexion meiner Arbeit anfangs schwer fiel, die Patienten z.T. anders reagierten, als die Situation vermuten ließ, hilft mir inzwischen das Wissen um die Remissionsphasen, um das Verhalten von Patienten in den Clownvisiten besser einordnen, sie verstehen und mich nach einer stattgefundenen Begegnung von meiner Rolle als Clown wieder distanzieren zu können.

3.2. Vorstellung des Patienten Maik

Maik (geb. 1987) kommt mittlerweile zum vierten stationären Aufenthalt in das Hegau-Jugendwerk. Kurz nach seiner zweiten Aufnahme in die Einrichtung im Juni 2000 nahmen wir beide im Rahmen der Clownvisite Kontakt zueinander auf. Ich beziehe mich bei der Vorstellung des Patienten auf die Diagnose und Anamnesen bei seiner Erstaufnahme in die Abteilung Frühmobilisation im Februar 2000 und den folgenden Rehabilitationsverlauf. Maik war nach mehrmonatigen Unterbrechungen für jeweils zwei bis fünf Monate in der Abteilung Frühmobilisation stationär untergebracht. Am 12.10.2002 ging sein vierter Aufenthalt zu Ende. Ich sehe es als notwendig, den Patienten ausführlich vorzustellen, um ein möglichst umfassendes Bild für den Gesamtzusammenhang zu vermitteln.

Diagnose

- ◆ Hypoxische Hirnschädigung nach Status asthmaticus mit Herz-Kreislauf-Stillstand und Reanimation sowie mehrwöchiges apallisches Syndrom
- ◆ Allergisch gebundenes Asthma bronchiale
- ◆ Neurodermitis
- ◆ Neurologische Ausfälle: Anarthrie, Dysphagie, links- und armbetonte spastische Tetraparese
- ◆ Neuropsychologische Einschränkungen: Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Konzentrationsvermögen

Anamnese

Spezielle Anamnese

Im November 1997 war bei Maik auf einer Klassenfahrt im Rahmen eines Status asthmaticus ein etwa fünfzehn Minuten dauernder Atem- und Herz-Kreislauf-Stillstand aufgetreten. Nach Reanimation, Intubation und Beatmung erfolgte die intensivmedizinische Stabilisierung in einer Universitäts-Kinderklinik. Nach dieser schweren hypoxischen Hirnschädigung befand sich Maik mehrere Wochen im apallischen Syndrom. Von Dezember 1997 bis März 1999 erfolgte eine stationäre Frührehabilitationsbehandlung. In diesem Zeitrahmen waren kleinere Fortschritte bezüglich Mobilisierung im Rollstuhl und oraler Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr sichtbar. Die Prognose wurde aufgrund der schweren und generalisierten cerebralen Hypoxie (das letzte CCT vom September 1998 ergab eine erhebliche Großhirnatrophie) als insgesamt schlecht eingeschätzt. Nach der Entlassung aus der Kinderklinik erhielt Maik zu Hause ambulante Therapien: Krankengymnastik, Ergotherapie, Schwimmtherapie, Logotherapie und chirotherapeutische Anwendungen.

Frühere Anamnese

U.a. wird berichtet, dass bei Maik bereits mit 1¼ Jahren asthmatische Beschwerden aufgetreten seien und er in den ersten Jahren häufiger Asthma-Anfälle gehabt habe. Er sei deswegen auch öfter in Kuren gewesen und eine Asthma-Medikation sei erfolgt.

Vegetative Anamnese

Maik habe einen guten Appetit und könne mittlerweile kleingeschnittene Vollkost (Brot würde eingeweicht) und „je nach Tagesform“ unangedickte bzw. angedickte Flüssigkeit oral zu sich nehmen. Beim Trinken käme es gelegentlich zum Verschlucken. Es bestünde Stuhl- und Urininkontinenz. Maik würde fast immer merken, wenn er eingenässt habe und könne gelegentlich Harn- bzw. Stuhldrang auch signalisieren. Maik könne nachts gut schlafen, habe aber Einschlafprobleme.

Aktuelles Befinden bei der Aufnahme im April 2000

Seit geraumer Zeit könne sich Maik von der Seit- in die Rückenlage aktiv bewegen, nächtliche Lagewechsel durch eine Hilfsperson seien nicht notwendig. Ebenfalls könne er willkürlich die Finger der rechten Hand bewegen, die linke Hand und Arm seien stärker gelähmt, ebenfalls seien beide Beine (vor allem links) in ihrer Beweglichkeit eingeschränkt. Maik sei mittlerweile tagsüber im Rollstuhl mobili-

siert, während der ca. einstündigen Mittagsruhe würde er im Bett liegen. Er habe des Weiteren eine Schiene am linken Bein und beidseitige Armschienen.

Maik könne nicht sprechen, beginne jedoch zu lautieren, damit könne er auch eingeschränkt seine Befindlichkeit mitteilen. Das Sprachverständnis sei, zumindest im Groben, intakt. Epileptische Anfälle seien nicht aufgetreten.

Maik sei ein ruhiger, kontaktfreudiger Junge, der seine Vorlieben und Abneigungen (gegenüber Personen) deutlich zeigen könne. Er könne sich Sachverhalte, die für ihn wichtig seien, behalten, ebenfalls könne er einzelne Buchstaben und Zahlen erkennen. Der Ja/Nein-Code („Ja“ = Nicken, „Nein“ = Schütteln des Kopfes) sei unsicher.

Neurologischer Befund

Hirnnerven: Das Sehvermögen ist nicht wesentlich eingeschränkt, Maik fixiert und zeigt Blickfolge, die Augenfolgebewegungen sind horizontal und vertikal flüssig. Es besteht u.a. klinisch kein Hinweis für höhergradige Höreinschränkung, der Kopf wird nach rechts geneigt und linksgedreht gehalten, auffallende Kaubewegungen und Stoßbewegungen der Zunge sind beobachtbar.

Sensibilität: Leichte Berührungs- bzw. Schmerzreize werden wahrscheinlich wahrgenommen.

Koordination: Selbständiges Drehen von der Seiten- in die Rückenlage sei möglich, so auch gehaltenes Sitzen mit ausreichender Kopfkontrolle und nur sehr eingeschränkter Rumpfkontrolle für wenige Minuten. Der Kopf kann auf Aufforderung gehoben und in die Mittelebene zurückgebracht werden.

Psychischer Befund

In der Untersuchungssituation ist Maik wach und interessiert und im Rahmen seiner eingeschränkten Möglichkeiten kooperativ und freundlich.

Sprache

Es besteht der Eindruck, dass Sprache, zumindest im Basalen, verstanden wird, die Sprachproduktion ist nicht möglich, ein seltenes Lautieren feststellbar. Laut Eltern könne „ja“ und „nein“ mittlerweile (Aktennotiz vom 09.10.2001) an den Lippen abgelesen werden und emotionale Regungen über Modulation des Lautierens zum Ausdruck gebracht werden.

Therapie und Verlauf

Schwerpunkte der intensiven und multidisziplinären, stationären Rehabilitationsbehandlung stellten Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie und gezielte Reha-

bilitationspflege dar. Begleitend erfolgten sozialpädagogische Betreuung, der Versuch der medizinischen Belastungserprobung innerhalb der Neuropädagogik sowie Musik- und Schwimmtherapie.

Die krankengymnastische Mobilisierung wurde durch die Beugekontraktur im linken Kniegelenk erheblich eingeschränkt und verbesserte sich wenig. Logopädisch zeigten sich Fortschritte bei der willkürlichen Kaubewegung, beim verbesserten Mundschluss und der willkürlichen Phonation. Die orale Nahrungsaufnahme und Flüssigkeitszufuhr (z.T. gering angedickt) sind mittlerweile weitgehend problemlos. Im Rahmen der Neuropädagogik wurde mit Maik am Ja/Nein-Code gearbeitet und weitere Möglichkeiten zum gezielten Bedienen eines Schalters zum späteren Bedienen eines Kommunikationshilfsmittels ausprobiert. Innerhalb der Ergotherapie wurde schwerpunktmäßig an der aktiven Funktion des linken Armes gearbeitet, zum Schluss war es geführt und mit Hilfsmitteln möglich, dass Maik Nahrung mit dem Löffel zum Mund führen konnte. Sehr gut reagierte er auf vestibuläre und taktile Reize. Besonders in der Schwimm- und Musiktherapie zeigte sich Maik sehr motiviert und entspannt. Bei den pflegerischen und hygienischen Verrichtungen war und ist Maik komplett auf fremde Hilfestellung angewiesen⁷⁸.

3.3. Planung und Ablauf von Clownvisiten

Seit April 2000 gibt es die Clownvisiten im Hegau-Jugendwerk, welche zum einen auf positiven Erfahrungen in der Arbeit mit Humor in verschiedenen Projekten im Hegau-Jugendwerk und zum anderen auf intensiven Vorbereitungen für diese Arbeit als Clowndoktor aufbauen. Dazu zählen Fortbildungen wie die Teilnahme am Humorkongress in Basel 1999 und folgende interne Fortbildungen durch Elke Maria Riedmann, eine der CliniClowns in Österreich sowie eine Hospitation bei diesen im Kinderspital Dornbirn/Vorarlberg. Allmählich formte sich die Idee zur Organisation und Umsetzung von Clownvisiten. Als nächstes erfolgten federführend durch Hans-Georg Lauer, Konrektor der Krankenhausschule im Hegau-Jugendwerk, Gespräche mit der Geschäftsleitung, der Stationsleitung und den Mitarbeitern der Frührehabilitation und Frühmobilisation, um ein Interesse zu wecken und die Möglichkeiten der Umsetzung von Clownvisiten in Erfahrung zu bringen. Die Idee wurde begrüßt, von der Geschäftsleitung der nötige Arbeitszeitraum von 15.30-17.30 Uhr jeden Dienstag zur Verfügung gestellt und die Durchführung der Clownvisiten intensiv vorbereitet. Das Konzept der „Rehahaclowns“ bezieht sich in erster Linie auf den Clown ohne therapeutische Absichten, eine unbedingte Kontinuität in Form

eines wöchentlichen Angebotes, das grundsätzlich allen Patienten, unabhängig vom Grad ihrer Einschränkung und ihres Alters zugänglich ist und die Bereitschaft des Clowns, die Eltern und Angehörigen sowie Mitarbeiter (wenn möglich) in die Begegnung mit den Patienten einzubeziehen und auch sie mit einer Dosis Humor zu „behandeln“⁷⁹.

Es entstanden ein Informationsplakat sowie ein Faltblatt für Eltern und Angehörige, welche auf liebe- und humorvolle Art und Weise zur Organisation der Clownvisiten und deren Anliegen informieren und einen ersten „clownesken“ Eindruck vermitteln und im Anhang dieser Arbeit enthalten sind.

Von den Clowns wurde ein Fragenkatalog erarbeitet, welcher die nötigen Informationen für die individuellen „Behandlungen“ liefert. Bei der Erarbeitung dieses Fragebogens wurde darauf geachtet, dass nur Informationen erfragt werden, die eine unmittelbare Bedeutung für die Clowns in der Begegnung mit dem Patienten haben. Dabei ist es für das Spiel in der Clownvisite weit wichtiger, etwas zu Hobbies, Vorlieben oder auch Möglichkeiten der Kommunikation und Wahrnehmung des Patienten zu erfahren als zum Krankheitsbild, welches emotional belastend sein könnte. Der Fragekatalog ist ebenfalls im Anhang dieser Arbeit aufgeführt.

Die Stationsleitung sucht gemeinsam mit Mitarbeitern beider Abteilungen die jeweils zu „behandelnden“ Patienten aus und reagiert auf die Anfragen und Wünsche von Eltern. Die Clownvisite wird von den Terminkoordinatoren in die Therapiekarten der Patienten eingetragen.

In der Anfangszeit führte ich die Clownvisiten allein durch, nach dreimonatiger Arbeit übernahm eine zweite Kollegin einen Teil davon, und die Zahl der Clowndoktoren wuchs innerhalb eines Jahres auf insgesamt fünf an. Ab Mai 2001 waren Clownvisiten zu zweit möglich, was eine neue Erfahrung sowie Bereicherung für uns Clowns bedeutete. Aufgrund von Arbeitsortveränderungen sind derzeit drei Clowndoktoren als Rehaclowns im Einsatz.

Ich darf vorstellen: Dr. Made Rote Socke, Dr. Dr. Weiße Weste und ich als Dr. Miracoli.

Die Clownvisite beginnt Dienstag Nachmittag 15.30 Uhr mit dem kurzen Anmelden auf den beiden Stationen und dem Erkundigen nach dem aktuellen Befinden der Patienten sowie zu beachtender Besonderheiten. Danach führt der Weg in das Büro der Stationsleitung, wo in Ruhe das Umkleiden und Schminken erfolgt. Die Informationen zu den Patienten, Utensilien und Elemente der Clownvisite können jetzt noch einmal gedanklich sortiert werden. Vor dem Öffnen der Tür und dem of-

⁷⁸ Krankenakte des Patienten, Name geändert.

⁷⁹ Der Gesundheitsminister empfiehlt: Humor fördert die Gesundheit!

fiziellen Beginn der Clownvisite halte ich es für wichtig, mit einem kleinen Ritual bewusst in die Rolle als Clown einzusteigen. Ich schaue in den Spiegel und begrüße mich lachend als Dr. Miracoli.

Es ist 16.00 Uhr, die Visite beginnt. Je nach Spielidee geht es nun mit einem fröhlichen, verschlafenen oder traurigen „Guten Morgen“ über den Flur, mal winke ich jemandem zu, schaue neugierig durch die offene Tür in den Therapieraum hinein, wo sich manchmal schon das erste Spiel mit Patienten, Eltern oder auch Mitarbeitern ergibt, frage einen Patienten, wo er seinen Rollstuhlführerschein gemacht habe und ob er schon mal „geblitzt“ worden sei oder erzähle aufgeregt von meinem Vorhaben in der kommenden Clownvisite. Im Gruppen- und Wohnbereich der Frühmobilisation angekommen, suche ich den Patienten (oft auffällig umständlich) und lande vor seiner Zimmertür oder im Gruppenraum, wo sich oft schon andere Kinder versammelt haben, um zuzuschauen. Meist beginne ich mit der Frage: „Darf ich rein kommen?“, um auf mich aufmerksam zu machen und dem Patienten zu ermöglichen, sich auf mich vorzubereiten und ebenso meinen Respekt vor dem anderen auszudrücken. Dann folgt gewöhnlich eine umständliche Begrüßung mit vielen Verwechslungen. Der Patient wird zum Besucher oder Arzt und Geschwister zu Eltern u.s.w. Bei Clownvisiten zu zweit stellen eine Kollegin und ich gern einander vor. Das geht z.B. so: Darf ich mich vorstellen? Und stellt sich vor den anderen Clown und schaut so eine kleine Weile den Patienten fröhlich an, bis der andere Clown äußert, dass auch er sich gern vorstellen möchte und sich wiederum vor den anderen Clown stellt und nun seinerseits ganz beglückt strahlt. Natürlich ist es auch möglich, Patienten und Eltern einander vorzustellen...

Die Clownvisiten gestalten sich sehr individuell und werden je nach personeller Möglichkeit allein oder zu zweit durchgeführt, mit oder ohne weißen Kittel, der bunt bemalt und bedruckt ist und nur in der äußeren Form an den Arztkittel erinnert. Zu den wesentlichen Elementen gehören viel Zeit und Konzentration auf einen Patienten, ihm Zeit zu lassen für die Reaktion, und auch wenn keine Reaktion sichtbar wird oder möglich ist, den Patienten auf erdenkliche Art in das Clownspiel einzu beziehen. Dazu zählen das Aufgreifen des körpersprachlichen Ausdrucks, der Mimik und Gestik, weiterhin sensomotorische Anregungen über auffällige, bunte Clownutensilien, visuelle Bewegungsabläufe beim Jonglieren, Zaubern etc., das Verwenden von Duftstoffen und akustischem Material sowie Gegenständen zum Greifen, Betrachten, Ertasten u.v.m. Der Patient wird, soweit möglich, aktiv in das Geschehen einbezogen, und gemeinsam wird gespielt, musiziert, gezaubert... – und gelacht. Die nähere Umgebung und insbesondere persönliche Gegenstände des Patienten wie z.B. Kuscheltiere werden einbezogen. Die Eltern und Angehörigen werden oftmals spielerisch beteiligt (Könnten Sie die Tasche halten? Assistie-

ren Sie bitte! Machen Sie ein Foto von uns? Sie schauen so interessiert, sind Sie von der Presse? u.s.w.). Mitunter wartet ein zu besuchender Patient schon im Aufenthaltsraum auf uns und mit ihm andere interessierte Patienten und deren Angehörige, und auch Mitarbeiter können sich mitunter die Zeit nehmen und zuschauen. Sie alle lassen sich im Bezugsrahmen der Clownvisite, z.B. als Mitwirkende im Orchester oder applaudierende Zuschauer mehr oder weniger einbeziehen. Hier nimmt die Clownvisite einen etwas veränderten Rahmen an. Idealerweise besuchen wir Clowns die Patienten in Ruhe in ihrem Zimmer und können uns dort ganz individuell auf sie einstellen. Wir möchten aber kein Kind aus dem Aufenthaltsraum holen, weil jetzt seine Clownvisite im Zimmer beginnt, und gleichzeitig gehen wir gerne auf den Wunsch anderer Patienten, Angehöriger und Mitarbeiter ein, die auch dabei sein möchten.

Eine Viertelstunde ist um, Prof. Dr. Oberpimpf erwartet mich oder ich muss den Bus noch erwischen. Die Verabschiedung ist häufig ähnlich kompliziert und herzlich wie die Begrüßung, dann geht es zur nächsten Visite. Auf Wiederhören und der nächste bitte!

Gegen 17.00 Uhr enden die Clownvisitenbesuche. Im Kardex werden die Beobachtungen zur Reaktion, Wachheit und Aufmerksamkeit der „behandelten“ Patienten und zur wahrgenommenen emotionalen Beteiligung aufgeschrieben, und die Clownvisite schließt mit dem Abschminken, Umkleiden und Ablegen der Clownrolle gegen 17.30 Uhr.

3.4. Clownvisite mit Maik am 07.08.2001

Während seines zweiten Aufenthaltes im Hegau-Jugendwerk lernte ich Maik am 11.07.2000 in einer Clownvisite kennen und besuchte ihn in der Folgezeit und in den darauffolgenden zwei Aufenthalten in den Jahren 2001 und 2002 bei insgesamt 16 Clownvisiten.

An manchen Tagen besuchte ich Maik allein, an anderen Nachmittagen gestalten eine Kollegin und ich gemeinsam den Besuch. Die Clownvisite, welche ich im folgenden beschreiben werde, fand am 07.08.2001 statt. Meine Clownkollegin Dr. Made Rote Socke und ich alias Dr. Miracoli bereiteten uns zusammen auf die Visite vor und planten ein Schlafentzugs-EEG (viele der Patienten erfahren oft selbst ein solches EEG, bei dem sie eine Nacht über wach bleiben müssen, damit im Anschluss die Hirnströme gemessen werden können). Während sich Dr. Made Rote Socke ständig schlafen legen wollte, sollte ich mich unentwegt bemüht zeigen, sie mit verschiedenen Therapieformen und guter Unterhaltung wach zu halten. Maiks

Mutter nahm an der Visite selbst kaum aktiv teil. Sie fotografierte und filmte das Geschehen der Clownvisite.

07.08.2001 , 16.00 Uhr - Die Clownvisite beginnt auf dem Flur, wo uns Maik und seine Mutter schon vor ihrem Zimmer erwarten. Schlaftrunken torkelt Dr. Made Rote Socke den Flur entlang und schläft im nächsten Moment im Stehen, an die Wand gelehnt, ein.

Ich bin mächtig froh, Maik zu sehen: „Da sind Sie ja! Ich hab Sie schon gesucht. Sie können mir helfen, Frau Dr. „Müde“ Socke darf nicht einschlafen, sie hat doch Schlafentzugs-EEG“. Maik und seine Mutter lachen und nehmen mir auf meine Bitte Koffer und Tasche ab, die ich ihnen umständlich in die Hand drücke und zu Maik auf den Rollstuhl lege. Das indische Harmonium alias Alarmanlage braucht auch noch Platz auf dem kleinen, an Maiks Rollstuhl befestigten Tisch. Ich zeige ihm, wie die Alarmanlage funktioniert und lege seine Hände behutsam an das Harmonium, das nun direkt vor ihm steht und einen tief brummenden Ton von sich gibt. „Oh nein! Frau Socke schläft ja. Bitte kommen Sie mit ins Zimmer und helfen sie mir, Frau Socke wach zu halten!“ Ich sehe Maik hilfeschend an und schiebe im nächsten Moment schon meine „Arztkollegin“ in Maiks Zimmer. Die beiden kommen lachend hinterher, und Maiks Mutter schiebt ihn im Rollstuhl neben sein Bett, von wo aus er uns gut beobachten kann. Ich kann gerade noch den Koffer, die Tasche und das Harmonium, begleitet von nervösem Gemurmel, auf den Tisch packen, als Dr. Made Rote Socke auch schon ihren Kopf auf den kleinen Tisch vor Maik legt und schnarcht. Ich hole die Spieluhr (Kuschelteddy mit eingebauter Spieluhr) aus dem Koffer, zeige sie Maik, lege sie ihm in die Hände und ziehe die Spieluhr zusammen mit ihm auf. Maik lacht, als Dr. Made Rote Socke kurz aufzuwachen scheint, freudig die Spieluhr nimmt und zur Musik tanzt, um dann gleich wieder einzuschlafen. Diesmal legt sie sich in Maiks Bett, worauf Maik laut zu lachen beginnt. Seine Augen sind weit geöffnet und er verfolgt das weitere Geschehen aufmerksam. Verzweifelt stelle ich fest, dass Dr. Socke schon wieder schläft. „Wenn das Prof. Dr. Oberpimpf erfährt...ich muss mir etwas einfallen lassen“, stürme zum Tisch, wühle hektisch im Koffer und finde - die Schocktherapie, drei Jonglierbälle, die bei Erschütterung jeweils klirren, pfeifen und lachen. Ich beginne zu jonglieren und bin verunsichert, meine ich doch, als ich die Töne höre, jemand lacht über mich und pfeift mich aus. Das ist ein Schock! Und siehe da, er funktioniert. Frau Socke wird munter, setzt sich im Bett auf und rückt näher zu Maik. Sie schaut abwechselnd zu den Bällen und zu Maik und lacht. Maik lacht auch. Leider schlägt die Müdigkeit schon wieder zu, und diesmal erwischt sie auch mich. Nur einen Moment will ich mich ausruhen und setze mich neben Frau Socke auf das Bett. Zu spät! Unsere Köpfe aneinander gelehnt, die Augen geschlossen, schlafen wir beide und schnar-

chen vor uns hin (und hören Maik lachen). Plötzlich springe ich auf und bin wieder hellwach. Frau Socke kippt seitlich in das Bett und schläft weiter. Ich spreche mit Maik, frage ihn, was ich nur tun soll und stelle fest, dass er schon wieder lacht. „Ja, Sie haben gut lachen“. Ich beziehe Maik fortwährend in das Gespräch und in die Aktion ein, erkläre ihm die Funktionsweise einer Therapie und interpretiere sein Lachen oft als Zustimmung meiner Vorgehensweise.

Jetzt kommt mir eine Idee! Natürlich, die Zwerchfellmassage hilft! Rasch hole ich aus dem Koffer das Zwerchfellmassagegerät (handgroßes Kuscheltier, das durch Aufziehen vibriert) und probiere es mit Maik aus. Wir finden schnell sein Zwerchfell und die Massage wirkt auch prompt; Maik lacht. Ich nehme das Gerät und setze es auf den Bauch von Frau Socke. Sie blinzelt, rekelte sich und schaut sich um, steht auf und genießt lachend die Zwerchfellmassage. Ich biete ihr die Gymnastik mit dem Turbowecker („Pupskissen“) an. Sie setzt sich auf das Kissen und – nichts passiert. In diesem Moment schaffen wir es nicht mehr, in der Rolle des nervösen und besorgten Dr. Miracoli und der schläfrigen Frau Socke zu bleiben. Wir lachen beide laut los, und das steckt Maik und seine Mutter ebenfalls zu herzhaftem Lachen an. Auch ein zweiter Versuch entlockt dem Kissen keinen Ton. Nun gut! Da Frau Dr. Made Rote Socke erneut schläfrig auf das Bett sinkt, ziehe ich mein letztes Register, drehe die Gitarre vom Rücken nach vorn und singe das freche Lied „Nackidei“. Ich erkläre Maik vorher noch, dass die „Müde“ Socke unanständige Lieder nicht mag und bestimmt munter wird. Das geschieht auch, und Dr. Socke singt bald mit und tanzt mit Maiks Mutter und beide klatschen im Rhythmus. Maik hat offensichtlich Spaß an dem Treiben, schaut abwechselnd von einem zum anderen, wirkt hellwach und lacht fast ununterbrochen. Ich bin sehr froh, dass Frau Socke nun endlich wach ist und hole als Dankeschön für die Unterstützung durch Maik und seine Mutter zum Abschied unsere Lieblingsmusik hervor – eine Lach-CD. Maik hört nun über Kopfhörer, die ich ihm aufsetze, nichts als schallendes Gelächter, und das verfehlt keinesfalls seine Wirkung⁸⁰. Wenn Maik zuvor schon viel und herzlich lachte, so strahlt er jetzt über das ganze Gesicht. Wir wollen auch Reinhören, und lauschen nah an Maiks Ohren mit, während seine Mutter fotografiert. Wir überlegen kurz laut und sind uns bald sicher, dass sie fotografiert, um für Prof. Dr. Oberpimpf das Gelingen des Schlafentzug-EEG's zu dokumentieren. Auch sie bekommt noch eine Kostprobe unserer Lieblingsmusik. Wir bedanken uns nun vielfach mit Händeschütteln für die Hilfe beider mit der Bitte, die Beweisfotos an Prof. Dr. Oberpimpf zu schicken. Wir verabschieden uns und wünschen ei-

⁸⁰ Vorsicht! Akute Ansteckungsgefahr!

ne gute Verbesserung, nehmen umständlich Koffer, Tasche und Harmonium auf und verlassen fröhlich und „Nackidei“-singend das Zimmer. Auf Wiederhören!

3.5. Reflexion der Clownvisiten mit Maik

Innerhalb seiner letzten drei Aufenthalte im Hegau-Jugendwerk in den Jahren 2000 bis 2002 besuchte ich Maik in insgesamt 16 Clownvisiten. Während dieser Zeit fand eine Veränderung in der Begegnung statt, und aus dem anfänglichen Kontakt wurde eine freundschaftliche Beziehung zwischen Maik, seiner Mutter und mir. Ich möchte im folgenden versuchen, das subjektive Erleben Maiks und meine eigene Befindlichkeit sowie die gemeinsame Ebene als Dialog in den vielen Begegnungen der zwei Jahre zu erfassen und darzustellen.

3.5.1. Subjektive Ebene

Maik nahm im wesentlichen über den Gesichtsausdruck und die Augen Kontakt zu den Menschen in seiner Umgebung auf. Während der ersten Clownvisiten war er oft müde und wirkte eher abwesend auf mich. Für nur kurze Momente fixierte er Personen oder Objekte und schien die Situation in der Clownvisite wenig zu registrieren. Ich erinnere mich an erste Momente des Lächelns, bevor er den Kopf wieder zur Seite drehte. Gleichzeitig hatte ich den Eindruck, Maik nehme akustisch das Geschehen wahr. Er lag bei den ersten Besuchen ruhig in der Kuschelecke, drehte mehrfach den Kopf in meine Richtung und fixierte mich zeitweise mit den Augen. Seine Körperhaltung war entspannt, und er fühlte sich sichtlich wohl. Auf diesen ersten Eindruck folgte eine sechsmonatige Pause, diese Zeit verbrachte Maik zu Hause bei seinen Eltern. Als wir uns im Mai 2001 wiedersahen, erkannte er mich gleich wieder (was seine Mutter im Gespräch bestätigte) und lachte mich an. Sie erzählte mir, er habe sich auf das Wiedersehen mit dem Clown gefreut. In den folgenden Monaten besuchte ich Maik oft, mitunter wöchentlich. Er zeigte sich in der Wahrnehmung wach und aufmerksam. Mit Interesse verfolgte er das Geschehen in der Clownvisite und drückte eine offene und bereitwillige Haltung aus, beispielsweise wenn ich ihn aufmunterte, mir zu assistieren beim Tasten drücken auf dem Klavier, Gesundheitsblasen pusten oder beim gemeinsamen Zaubern. Er lachte oft und hatte offensichtlich Spaß an den Clownvisiten. Häufig begann er schon zu lachen, wenn er mich auf dem Flur kommen sah oder wenn meine Clownkollegin und ich den Kopf zur Tür hereinsteckten. Wenn Maik richtig herzlich lachte, war ein tief-brummender Ton zu vernehmen und seine Augen strahlten

fröhlich. Manchmal lachte er so heftig, dass er sich dabei verschluckte. Ich hatte den Eindruck, dass Maik unsere Begegnungen als sehr schön empfand, sich auf seine Art sehr gern einbrachte und über seine körperliche Entspannung und Zuwendung und insbesondere über seinen strahlenden Gesichtsausdruck und die „sprechenden Augen“ seine intensiv empfundene Freude und den erlebten Spaß zum Ausdruck brachte. Meine Clownkollegin, welche Maik oft gemeinsam mit mir in den Visiten erlebte, bestätigte diesen Eindruck und Gespräche mit Maiks Mutter ergaben, dass Maik sich nach den Clownvisiten sehr wohl fühlte, entspannt und ausgeglichen und insgesamt sehr fröhlich wirkte.

3.5.2. Eigene subjektive Ebene

Nach etwa zweimonatiger Arbeit als Clowndoktor lernte ich Maik in der Clownvisite kennen und hatte zu diesem Zeitpunkt selbst noch geringe Erfahrung im Umgang mit dieser Rolle und im Umgang mit Patienten der Abteilungen Frührehabilitation und Frühmobilisation. In meinem beruflichen Alltag begegneten mir Kinder und Jugendliche, die sich weitgehend verbal äußern konnten und in größerem Umfang mobil und selbständig waren. Dies bedeutete für mich eine grundsätzliche Umstellung in der Kontaktaufnahme und in der Wahrnehmung meines Gegenübers. Der Erstkontakt zu Maik gestaltete sich ähnlich wie bei anderen Patienten: ich ging neugierig auf ihn zu und versuchte offen zu sein für die Situation und mich von Erwartungen wie erhofften Reaktionen zu lösen. Zum einen freute ich mich auf die Begegnung mit Maik, zum anderen war ich anfangs verunsichert, da ich nicht wusste, ob und welcher Art Reaktionen erfolgen würden. In den folgenden Visiten nahm ich Maik durchaus interessiert wahr, konnte jedoch Gesten wie Wegdrehen des Kopfes und Gähnen nicht zuordnen und wusste nicht einzuschätzen, ob ich Martin in irgendeiner Form erreicht hatte. Bei der zweiten Clownvisite kam sein erstes Lächeln, das ich als wohltuende Erleichterung wahrnahm. Mir wurde bewusst, wie wichtig es für mich war, eine Antwort von Maik zu erhalten. Meine Freude auf die Begegnung mit Maik und die Anteilnahme an seiner Person wuchsen, ich hatte zunehmend das Gefühl, an seinem Erleben und seinen Reaktionen teilhaben zu können. Die anfängliche Unsicherheit in meinem Verhalten nahm ab, ich lernte zunehmend, mich auf Maik einzustellen, den Ausdruck seiner Augen zu deuten, die Körperhaltung zu beachten und mich selbst im gemeinsamen Spiel entspannt und gelöst zu fühlen. Es war schön für mich zu erfahren, dass ich mich zunehmend auf Maik einlassen und ihn verstehen konnte und dass sich allmählich ein Dialog zwischen Maik und mir entwickelte.

3.5.3. Dialogische Ebene

Auf Maiks Erleben versuchte ich aus seinen nonverbalen Reaktionen zu schließen, insbesondere aus seinem Lachen und aus dem Ausdruck seiner Augen, die mich ebenfalls oft anlachten sowie aus den Äußerungen meiner Clownkollegin und aus den zahlreichen Gesprächen mit Maiks Mutter. Sie bestätigte (wie bereits erwähnt) den Eindruck, dass Maik sich bei den Clownvisiten sehr wohl fühle. Auch gäbe er ihr nach einer Clownvisite oft deutlich zu verstehen, dass er gern ein weiteres Mal dabei wäre. Dies veranlasste die Mutter von Maik wiederholt zur Clownvisite auf „Bestellung“. Des weiteren erzählte sie anderen Eltern von dieser Möglichkeit, den Therapiealltag der Kinder aufzulockern und motivierte auch ältere Kinder und Jugendliche zu einer derartigen „Kostprobe“. Maik selbst war bereits 14 Jahre alt, als wir uns in der Clownvisite kennen lernten, doch vermittelte er nie den Eindruck, das Clownspiel sei ihm zu albern oder er zu erwachsen. Sein erstes Lächeln berührte mich, und ich empfand es als eine Antwort und Verbindung zwischen uns. Ich nahm Maik als sehr lebendigen und fröhlichen Jungen wahr und erlebte ihn offen und kontaktfreudig. Er freute sich bei jedem Wiedersehen und genoß die Zuwendung, die Aufmerksamkeit und die vielen intensiven Momente. Wenn wir uns zufällig vor der Clownvisite begegneten oder er und seine Mutter mich während meiner Arbeit in einem anderen Haus der Einrichtung besuchten, strahlte mich Maik jedes Mal an und lachte.

Wenige Patienten konnte ich in der Clownvisite so intensiv begleiten wie Maik. Zwischen ihm und auch seiner Mutter und mir entstand im Laufe der Zeit eine herzliche, freundschaftliche Verbindung. Für mich wurden die Begegnungen mit den beiden zu Momenten der menschlichen Wärme und des gegenseitigen Berührens. Mit der Zeit wurde es für mich selbstverständlich, Maik auf seine andere und ganz eigene Art zu erleben und ihn auf diese Art und Weise anzusprechen und zu verstehen - über die Augen und das Lachen. In der Begegnung mit Maik habe ich erfahren, wie bereichernd es für mich selbst sein kann, den anderen in seinem So-sein anzunehmen, und wie in diesem Sinne beide Partner einander etwas geben können. Ich habe die Freude von Maik und seiner Mutter miterlebt und mir selbst wurden damit Momente der Lebensfreude geschenkt.

Die beschriebene Clownvisite am 07.08.2001 mit Maik steht beispielhaft für die Kontakte und Begegnungen mit vielen Patienten und für die gemachten Erfahrungen, und ich möchte das Kapitel mit dem Brief einer Patientin beenden, den sie an

mich schrieb und welcher später in der Patientenzeitung (vgl. Fußnote 11) des Hegau-Jugendwerkes veröffentlicht wurde⁸¹.

Visite von Dr. Miracoli

Vor kurzem sprach ich mit einer Sozialpädagogin und erzählte von meiner Zeit auf der Früh-Reha. Anfangs fand ich es sehr schlimm. Es ging mir schlecht, als ich merkte, dass ich nicht so war wie früher. Ich konnte nicht laufen, nicht sprechen und nicht essen, meine linke Seite funktionierte nicht mehr so wie früher. Ich war traurig und sehr enttäuscht von dem, was da passiert war.

Dienstags ist Clownvisite. Diesmal war ich dran. Ich war ja ganz schön skeptisch und fand die Idee albern und kindisch – eine Clownvisite für eine 13-jährige! Ich wollte den Clown wegschicken und zeigte „Nein“, denn ich konnte nicht sprechen. Während er mich „behandelte“, fand ich ihn doch ganz sympathisch. Am Ende winkte ich ihm nach. Einmal kam Dr. Miracoli mit einer Schnecke, die Fräulein Langsam hieß und dann einen Blondinenwitz erzählte. Von da an fand ich den Clown lustig und freute mich jedes Mal, wenn er mich besuchte.

Auf der Früh-Reha war es so trist und öde. Die Hoffnung fehlte mir manchmal und der Clown half mir sie wieder zu finden. Mir hat es gut getan, dass der Clown zu mir kam. Das hat mir so gut gefallen, dass ich heute meistens ganz gern in Spaßmix⁸² gehe.

von Stephanie Kohlstetter

⁸¹ Weitere Stimmen von Patienten, Eltern und Angehörigen sowie Mitarbeitern sind im Anhang beigefügt.

⁸² Das Spaßmix-Programm läuft seit August 1998 im Kinderhaus des Hegau-Jugendwerkes und bietet regelmäßig dienstags um 18.30 Uhr ein unterhaltsames Angebot für Kinder, z.B. mit der Märchentante, dem Zauberer OGI und dem Clown Gigolo.

4. Die Bedeutung von Clownvisiten in einem Neurologischen Rehabilitationszentrum

Die Erfahrungen von Clowndoktoren in Krankenhäusern zeigen auf eindrückliche Weise, wie wichtig es ist, das Lachen und die Freude in das Krankenhaus und in die Herzen der kleinen und auch großen Kinder zu bringen. Denn wer „könnte besser in dieser Erwachsenenwelt, bestimmt von Wartezeiten, Krankenscheinen und Krankheitsbildern und beklemmender Stille die Seele eines Kindes erreichen als ein Clown?“⁸³. Daraus ergibt sich für mich die Frage nach der Bedeutung von Clownvisiten in einem Neurologischen Rehabilitationszentrum für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im spezifischen Kontext. Im folgenden Kapitel werde ich zunächst auf die Bedeutung eines Aufenthaltes im Rehabilitationszentrum eingehen. Dabei stellt sich m.E. die Frage nach der Zuordnung des Clowns in seiner Funktion als Therapeut oder Spaßmacher. So möchte ich den therapeutischen Ansatz von Dr. Petra Klapps und Michael Titze in ihrer Arbeit mit Erwachsenen vorstellen und anschließend die Meinungen einiger Clowndoktoren und meine Sichtweise darstellen und insbesondere die Bedeutung, welche ich persönlich den Clownvisiten beimesse.

4.1. Die Bedeutung eines Aufenthaltes im Rehabilitationszentrum für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

Mit der Aufnahme in die Abteilungen Frühmobilisation und insbesondere Frührehabilitation eines Rehabilitationszentrums kommen die Patienten oftmals in eine Umgebung, die aufgrund vieler medizinischer Apparate und teilweise intensivpflegerischer Versorgung und Maßnahmen einen klaren Bezugsrahmen zum Thema Krankheit schafft, und „Krankheit ist eine ‚Zeit zwischen den Zeiten‘: der stationäre Aufenthalt reißt uns nicht nur heraus aus vertrauten Lebensbeziehungen, sondern auch aus vertrauten Erklärungs- und Deutungsmustern unseres Tuns und Seins in der Welt“⁸⁴. Der gewohnte und so selbstverständliche Lebensraum ist plötzlich nicht mehr vorhanden, und auch wenn sich ein Krankenhaus in der heutigen Zeit zunehmend farbenfroh und patientenfreundlicher gestaltet als in vergangenen Ta-

⁸³ Heeck 1997, S. 118.

⁸⁴ Heeck 1997, S. 22.

gen, so bietet es dennoch selten einen wirklichen Lebensraum⁸⁵. Kinder finden sich im Krankenhaus in einer neuen Welt wieder, die sie sich zum einen nicht erklären können und die zum anderen nicht zum Wohlfühlen und Verweilen einlädt. Da fehlen die Geborgenheit der Familie, die vertraute Umgebung und die Freunde. Die Trennung von den Bezugspersonen lässt diese Welt im Krankenhaus fremd und bedrohlich erscheinen. Dies wird verstärkt durch die vielen fremden Menschen mit merkwürdiger Kleidung und Sprache und die ebenfalls zahlreichen medizinischen Geräte, mit denen die Kinder konfrontiert werden. Besonders kleinere Kinder, die alles um sich herum als magisch und mystisch erleben, sind mit den aufkommenden Gefühlen des Alleinseins und der Angst überfordert. Sie empfinden „Krankheit oft als persönliche Erniedrigung, in die sich Schuld und Scham mischen können“⁸⁶ und geraten schnell in eine Krise, die ihr Vertrauensverhältnis zur Welt und damit zu den Erwachsenen betrifft, welche „sie für (all)mächtig halten und von denen sie Hilfe erwarten“⁸⁷. Während jüngere Kinder oft große Probleme mit der Abwesenheit von zu Hause und den sie umgebenden Veränderungen haben, sind ältere Kinder eher in der Lage, Zusammenhänge zu verstehen. Im Schulalter beschäftigen sie sich häufig mit der Frage, ob sie später wieder in ihre alte Schulklasse zurück können, und ab ungefähr dem elften Lebensjahr rücken erste Gedanken über ihre Zukunft näher.

Es gibt in der Verarbeitung von Krankheit Phasen der Bewältigung, die bei Kindern ab ungefähr dem neunten Lebensjahr zu beobachten sind. Meist besteht zu Beginn der Krankheitsverarbeitung keine Krankheitseinsicht. Allmählich wächst diese Einsicht, wobei ihre Ernsthaftigkeit noch nicht erkannt wird. Wenn den Kindern die Tragweite ihrer Krankheit oder des Unfalls bewusst wird, entstehen aus dieser Enttäuschung heraus Unsicherheiten und Zweifel, die sich in wechselnden Stimmungen, Wut, Weinerlichkeit und Gedrücktheit niederschlagen können. Die Phase der Lustlosigkeit, Depression, Resignation und Therapiemüdigkeit setzt ein⁸⁸.

Mehr noch als Kinder geraten Jugendliche und junge Erwachsene in eine Lebens- und Orientierungskrise. Für sie kann ein Unfall oder eine Hirnerkrankung mit einer möglichen Behinderung ohnehin eine existentielle Krise bedeuten. Anders als bei Kindern „spielen für sie auch Gedanken, Phantasien und Ängste über ihr Wesen, ihre Wirkung auf andere und über ihre Zukunft eine bestimmende Rolle“⁸⁹. Ihre Bezugsgruppe, an der sie sich bezüglich ihrer äußeren Attraktivität und ihres

⁸⁵ Vgl. Heeck 1997, S. 79-80.

⁸⁶ Heeck 1997, S. 27.

⁸⁷ Gérard/Lipinski/Decker 1996, S. 135.

⁸⁸ Vgl. Gérard/Lipinski/Decker 1996, S. 135.

⁸⁹ Gérard/Lipinski/Decker 1996, S. 142.

Selbstwertes definieren, rückt mit einem Mal in große Ferne. Statt dessen fühlen sie sich in der sterilen Atmosphäre enorm eingeschränkt bezüglich ihrer Freiheit und Autonomie. Die Angst wächst, bevormundet und damit nicht ernst genommen zu werden. Noch stärker kann sich die Angst einstellen, von der Clique, von nahestehenden Freunden und, oft noch tragischer erlebt, vom Partner verlassen zu werden.

Zu allen genannten Phasen und Erscheinungen kommen in den Abteilungen Frührehabilitation und Frühmobilisation im Neurologischen Rehabilitationszentrum noch spezifische Probleme hinzu. Das sogenannte Durchgangssyndrom, in dem der aus dem Gleichgewicht geratene Organismus versucht seine innere Ordnung wiederherzustellen, kann sich über Wochen und Monate erstrecken. In diese Zeit fallen auch die in Kapitel 3.1.3. beschriebenen Frühen Remissionsphasen, die viele Patienten durchlaufen. Diese Faktoren können eine bewusste Krankheitsverarbeitung stark verzögern und sie erschweren. So sind anfangs die Wahrnehmungsfähigkeit und die Verarbeitung von Eindrücken erheblich vermindert, werden im Gehirn elektrische Impulse nicht oder verlangsamt oder unkontrolliert weitergeleitet. Das Kind, der Jugendliche und junge Erwachsene nimmt sich in seinem Selbstbild verändert wahr, fühlt sich fremd und erlebt diese Unstimmigkeit später ebenso in seinen Beziehungen, er verhält sich unpassend und kann die Reaktionen anderer auf sein Verhalten nicht einordnen. Auch alte Überzeugungen, Werte und Glaubenssätze sind nicht mehr wirklichkeitsrelevant⁹⁰. Bei der Frage nach der Möglichkeit und m.E. auch bei der Frage nach der Berechtigung des Einsatzes von Humor bei jungen Menschen in derart schwierigen Lebensphasen möchte ich den Klinikclown Dr. Jojo zitieren: „Sie sind vom Schicksal schwer getroffen, haben einen Unfall erlitten, eine schwere Krankheit oder Sauerstoffmangel, der ihr Gehirn geschädigt hat, und sind jetzt ans Bett gefesselt und ihre Fröhlichkeit ist zum Verstummen gekommen. Ihnen diese Fröhlichkeit zurückzugeben ist meine Aufgabe“⁹¹.

Als eine Forderung nach Ganzheitlichkeit verstehe ich die Betrachtung und Behandlung der Patienten als Menschen mit vielseitigen Bedürfnissen, die das Lachen und das Erleben positiver Emotionen als Teil der Lebensfreude und damit als Teil des menschlichen Daseins unbedingt einschließen, denn „Emotionen treffen den Menschen ganzheitlich, und erst wenn wir emotional gepackt sind, handeln wir auch“⁹².

⁹⁰ Vgl. Gérard/Lipinski/Decker 1996, S. 55-143.

⁹¹ Natur & Heilen 4/2000, S. 23.

⁹² Ergotherapie & Rehabilitation Heft 6 11/1998.

4.2. Der Clown als Therapeut oder Spaßmacher

Humor und Lachen gewinnen zunehmend an Bedeutung in der Therapie und sind u.a. in Krankenhäusern, insbesondere in Kinderkliniken, oder bei der Behandlung von depressiven und alten Menschen, in der Heilpädagogik und in der Psychotherapie vermehrt anzutreffen. Mittlerweile kommt Humor in über zehn verschiedenen Therapieformen zur Anwendung, u.a. als Clown mit der roten Nase.

Bei der Zuordnung des Clowns in seiner Bedeutung stellt sich die Frage, ob er in seiner Vorgehensweise und seinen Absichten als Therapeut zu verstehen ist oder ob der Spaß in Arbeit und Wirkung eines Clowns im Vordergrund steht. Ich möchte zunächst die Möglichkeit des therapeutischen Einsatzes der Clownnase von Medizinclown Dr. Petra Klapps sowie von Michael Titze als Psychotherapeut sowie die Meinungen verschiedener Clown Doktoren nennen. Anschließend gehe ich auf die m.E. generelle Möglichkeit des Einsatzes therapeutischer Mittel in der Clownvisite ein, nenne einige Beispiele aus meiner Erfahrung und bringe meine persönliche Meinung zum Thema Clown als Therapeut oder Spaßmacher zum Ausdruck.

Dr. Petra Klapps, Krankengymnastin und Medizinerin, leitet mit dem „Kolobri“ Deutschlands erstes „Institut für medizinische Clownerie und kreatives Selbstmanagement“, bietet für Erwachsene neben Therapien auch Clown-Workshops an und versucht als Clown Schwerkranke am Krankenbett aufzuheitern. Als therapeutischer Clown arbeitet sie im Neurologischen Therapiezentrum (NTC) in Köln mit Krankengymnasten in der Therapie zusammen. Sie nimmt regelmäßig an den Besprechungen der Ärzte und Therapeuten teil und trägt in ihrer Form der Therapiebegleitung zur Genesung der Patienten bei, vermittelt den Kontakt zu Selbsthilfegruppen und bezieht die Angehörigen in die Therapie ein⁹³. Dr. Petra Klapps ist an der Gestaltung der Therapieeinheiten von Krankengymnasten beteiligt und verfolgt in dieser Funktion ein therapeutisches Ziel.

Ebenso ist Michael Titze, Diplom-Psychologe und Psychotherapeut, um therapeutische Ziele bemüht. Er setzt mit seinem therapeutischen Humor auf andere Art an der Clownfigur an und wählt die rote Clownsnase als wichtiges Ausdrucksmittel bei der Ausklammerung der Erwachsenenwelt. So kann sich der Klient von der norm- und leistungsorientierten Erwachsenenwelt distanzieren und in der Identität des „Minimalclowns“, welcher die Welt der Kinder repräsentiert, in die unbefangene und unschuldige eigene Kindheit zurückgehen und schambesetzte Erfahrungen der Vergangenheit auf nun humorvolle, kreative Art und Weise in der Gruppentherapie

rapie mit Unterstützung eines therapeutischen Clowns als Co-Therapeut thematisieren⁹⁴.

Diese Beispiele zeigen die Möglichkeit einer sinnvollen Kombination zwischen Therapie und Clownerie.

Eine andere Ansicht vertritt z.B. Clown Kiko in seiner Arbeit mit Kindern. Als Clown Doktor der Fondation Theodora in der Schweiz sagt er: „Wir sind keine Therapeuten, Psychiater oder Doktoren. Wir sind immer noch Clowns, das ist unsere Rolle, das ist klar! Rote Nasen bedeuten Spaß, Freude, keine Schmerzen, keine Spritzen, keine schwere Therapie – nur Spaß, Lachen, sich gut fühlen“⁹⁵ und Laura Fernandez, die Begründerin der Clowndoktoren in Wiesbaden, betont, „dass die Clowns Clowns sind! Die Clown Doktoren behaupten nicht, dass sie Qualifikationen besitzen, die sie nicht haben. Sie sind keine Therapeutinnen und sie versuchen nicht, in diesen Bereich einzudringen. Dennoch wird ihnen oft nachgesagt, dass die eingesetzte Albernheit, die Clownlogik und die Gags therapeutisch wirken“⁹⁶. In persönlichen Gesprächen mit verschiedenen Clowns beim Humorkongress 2002 in Stuttgart äußerten manche Clowns ihre Bereitschaft, auf Hinweise und Wünsche seitens des Pflegepersonals wie auch der Therapeuten einzugehen und die Kinder, wenn möglich, spielerisch z.B. zum Trinken anzuregen oder bestimmte Handbewegungen im Spiel zu fördern.

Es ergeben sich sehr unterschiedliche Ansichten und Ansprüche in der Arbeit als Clown. Unabhängig von therapeutischen Absichten kann die Arbeit mit therapeutischen Mitteln erfolgen, welche m.E. auch ein Teil der Clownfigur sind.

So lassen sich beispielsweise humoristische Elemente des Gestalttherapeutischen Ansatzes von Fritz Perls in ähnlicher Form in den Visiten anwenden. Die Gestalttherapie arbeitet bei der Darstellung von Problemen z.B. mit dem Rollenspiel. Bei der Bearbeitung innerer Konflikte stellt der Klient die verschiedenen Seiten seiner Persönlichkeit im Rollenspiel dar, was in Gestaltseminaren oft zu Momenten gemeinsamen Lachens und Heiterkeit führt⁹⁷.

In den sechziger Jahren entwickelte der Sozialarbeiter Frank Farrelly mit der Provokativen Therapie einen Therapieansatz, bei dem der Humor eine entscheidende Rolle spielt. Er benutzt unterschiedlichste humoristische Methoden mit dem Ziel, Menschen mit einer Herausforderung zu konfrontieren, die sie zur konstruktiven Nutzung ihrer Potentiale anregt. Der Klient wird dabei vom Therapeuten auf provo-

⁹³ Vgl. Gesundheit und Gesellschaft 5/2000, S. 37-43.

⁹⁴ Vgl. Keller 2000, S. 23-24.

⁹⁵ Gloor 1997.

⁹⁶ Fernandez 1997, S. 99.

⁹⁷ Vgl. Titze/Eschenröder 1998, S. 94-95.

zierende und humorvolle Art gedrängt, sein selbstzerstörerisches Verhalten unbedingt beizubehalten. Farrelly lässt dabei Verständnis für die Situation des Klienten deutlich werden, was eine vertrauensvolle Beziehung fördert (Farrelly spricht vom „guten Draht“). Die Provokative Therapie arbeitet häufig mit bildhaften Ausdrücken, die ganz wörtlich genommen werden, auch überraschende Sichtweisen, absurde Umdeutungen und absichtliches Missverstehen werden genutzt⁹⁸, was sich ebenso für die Arbeitsweise eines Clowns aussagen lässt.

In den Clownvisiten nehme ich verschiedene Rollen ein und kann als Clown rasch einen Perspektivenwechsel vornehmen, mich als Patient z.B. schrecklich gelangweilt fühlen und von den Schwestern andauernd Cola und Himbeereis verlangen oder mir in der Wunschrolle als Prof. Dr. Oberpimpf mein schönstes Leben ausmalen. Zumeist bringe ich eine Rahmenhandlung oder eine Geschichte ein, die nicht im Zusammenhang mit dem Krankenhaus oder einem Arzt stehen muss. Dabei nutze ich häufig gewollte Missverständnisse und bringe meine z.T. sehr ungewöhnliche Sichtweise und Deutung von Situationen und Gegenständen ein. So kam ich bei einer Clownvisite zu spät zu meinem eigenen Konzert. Alle Zuhörer (der Patient, seine Eltern und Geschwister) waren schon versammelt. Ich hatte nur noch Zeit, den „Schluss“ zu spielen. Derselbe wurde aber auch sehr unterhaltsam, die Zuhörer applaudierten, riefen „Bravo“ und sogar „Zugabe“. Das musste natürlich zuvor mehrfach geprobt werden, mit steigender Spannung wie Begeisterung, versteht sich. Schade war nur, dass ich mich anschließend verabschieden musste, schließlich war Schluss. Aber ich konnte wenigstens noch gute Verbesserung wünschen und ein paar Gesundheitsblasen (Seifenblasen) verordnen. Oftmals haben die Patienten Glück und es sind Lachblasen dabei. Das ist daran zu merken, dass man plötzlich zu lachen anfängt, selbst ohne Grund. Die gute Wirkung dieser Medizin⁹⁹ wird meist sofort sichtbar und hörbar. Auf Wiederhören!

Diese positive Auswirkung kann durchaus als therapeutische Wirkung verstanden werden, welche ebenso wenig wie der Einsatz therapeutischer Mittel auf eine therapeutische Zielsetzung schließen lässt. In meiner eigenen Arbeit habe ich mich für den Clown als Clown ohne therapeutische Absichten entschieden. Statt ein therapeutisches Angebot zu machen, versuche ich in der Begegnung mit dem Patienten über das absichtslose Spiel eine vertrauensvolle Nähe aufzubauen, mein Gegenüber emotional zu berühren und damit einen Impuls zu geben. Diese Begegnung mit dem Patienten möchte ich frei von Bedingungen gestalten. Ich verlange nichts von ihm, fordere keine Leistung ein. Bei der Verknüpfung einer Leistungs-

⁹⁸ Vgl. Titze/Eschenröder 1998, S. 97-102.

⁹⁹ Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker.

erwartung mit spielerischen Elementen entferne ich mich vom Charakter des absichtslosen Spiels und sehe hier die Gefahr des Vertrauensbruchs. Für das Kind bin ich der spaßmachende Clown, der in dieser Rolle keine Therapie abverlangen darf, denn ein „Clown, der Therapie machen will, verletzt das Vertrauen des Kindes“¹⁰⁰. Die Patienten werden tagsüber vielfach in den Therapien gefordert, was ebenfalls ein Grund für mich war, persönlich dem Clown als „Spaßmacher“ zuzustimmen. Lachen, Spaß und Lebensfreude möchte ich in der Begegnung mit den Patienten vermitteln und verfolge in diesem Sinne natürlich Ziele. Entscheidend für mich ist, dass ich daraus keine therapeutische Zielsetzung ableite und keine verbindlichen Ziele formuliere, sondern dass es sich bei der Begegnung um ein freiwilliges, offenes Angebot handelt. Heck spricht in diesem Zusammenhang von dem „anderen Blick“ des Clowns, „mit dem er (...) in seinem Gegenüber immer wieder neu nur den Partner für ein neues Spiel sieht, das er beginnt, ohne seinen Ausgang zu kennen. Seine Möglichkeiten und Wünsche erfüllen sich in der Begegnung, nicht der Therapie. Wenn er beeinflusst oder interveniert, geschieht dies ‚absichtslos‘“¹⁰¹.

Ich möchte die eingangs gestellte Frage nach dem Clown in seiner Zuordnung als Therapeut oder als Spaßmacher nicht mit einem endgültigen Ja oder Nein beantworten. Als wichtig erachte ich die individuelle Entscheidung eines jeden Clowns entweder für den therapeutischen Clown oder für den Clown als Spaßmacher. Die Trennung muss klar sein, um die Erwartungen beiderseits klar formulieren und zuordnen zu können. Vor allem der Patient sollte eindeutig wissen, was in der Visite oder Therapie auf ihn zukommt. Ich möchte keine der beiden Möglichkeiten ausschließen, sehe beide als sinnvoll und wirkungsvoll im jeweils geeigneten Kontext, und in beiden sehe ich eine Möglichkeit für den beeinträchtigten Menschen, zurück zu finden zum Lachen, zur Freude, zur Genesung und damit zum Leben.

¹⁰⁰ Gloor 1997.

¹⁰¹ Heck 1997, S. 128.

4.3. Clownvisiten als Möglichkeit zur Beziehungsentwicklung

Viele junge Menschen nehmen neben physisch/psychischen Beeinträchtigungen oft auch eine Veränderung in ihrem Sozialverhalten wahr. Bestehende Sozialkontakte und Beziehungen können plötzlich abbrechen und sich auflösen, und häufig entstehen Verunsicherungen, Ängste und Hemmungen. Der Versuch, neue Kontakte aufzunehmen und zu pflegen, um Beziehungen entstehen zu lassen, gestaltet sich oft schwierig. In den Clownvisiten sehe ich eine Möglichkeit, auf etwas andere Art Kontakte zu knüpfen und Beziehungen anzubahnen. Aufgrund seiner Rolle kann der Clown sich allein auf das Positive konzentrieren, damit Frustrationen oder Versagensängste beim Patienten ausklammern und Raum geben für neue und insbesondere positive, soziale Erfahrungen, z.B. über das gemeinsame Lachen, denn nichts „in der Welt wirkt so ansteckend, wie Lachen und gute Laune“¹⁰² und vor allem „gemeinsames Lachen ist ganz wichtig“¹⁰³. Dieses gemeinsame Lachen entsteht in der Begegnung. Jede Clownvisite ist eine Begegnung, in welcher ein Kontakt zueinander hergestellt, nach Möglichkeit intensiviert und wieder abgelöst wird. Das Wesen einer solchen Begegnung liegt in der Unverbindlichkeit und seiner Einfachheit. Der Clown signalisiert vom ersten Moment an Offenheit, Neugierde am anderen und an dessen „Sosein“ ohne jede Zensur, und er vermittelt in der Begegnung das Prinzip der Gleichrangigkeit. Der Clown vermag Brücken zu „schlagen – auch zwischen ungleichen Parteien – und kann in neckender Zuwendung ein partnerschaftliches Wir-Gefühl entstehen lassen“¹⁰⁴. Er begibt sich auf die selbe Ebene, ja mehr noch, er ist auf die Hilfe, Unterstützung und das Wohlwollen des anderen angewiesen, denn der Clown lebt vor allem von einem - dem gemeinsamen Lachen. Der Clown lacht nicht über jemanden, sondern mit jemandem. Das bedeutet für mich als Clown, dass ich mich von Beginn an bis zum letzten Moment der Begegnung auf den anderen einlasse, Freude an und mit ihm haben kann und ihm meinerseits in seinen Kräften und seinem Wohlwollen vertraue. Humor und Lachen wirken in ihrer kommunikativen Funktion verbindend, entspannend und erfrischend, was eine persönliche und unverkrampfte Atmosphäre¹⁰⁵ und damit die Möglichkeit eines guten, intensiven Kontaktes bis hin zur Beziehung entstehen lässt. Die Patienten brauchen diese entspannte Atmosphäre für ihr Wohlbefinden,

¹⁰² Gruntz-Stoll 2001, S. 68.

¹⁰³ Kölner Stadtanzeiger 4/1999.

¹⁰⁴ www.humor.ch. 22.08.2000, S. 1.

¹⁰⁵ Vgl. Keller 2000, S. 18.

für ihre Selbstsicherheit. In ihr können sie den Mut finden, sich zu öffnen und auf den Clown zuzugehen, und hier sehe ich ein Hauptanliegen meiner Clownvisite; positive Erfahrungen zu machen, die sie in ihrem Selbst bestätigen und bestärken. Wo eine solche Öffnung geschieht, wird alles möglich, und alles ist erlaubt. Ein Clown darf schwach sein, er darf weinen oder Angst haben – es gibt für ihn keine Tabus. Damit kann er seinem Gegenüber hemmungslos selbst sein innerstes Ich offenlegen, und dass er dies auch tut und seine Schwächen ohne Angst und Scham auch zeigt, macht ihn stark. Er spricht damit ein Thema an, das viele berührt. Zum einen nimmt der Clown selbst das Allertragischste und lässt es zur Komik werden, womit er einen Perspektivenwechsel vornimmt. Zum anderen hält er seinem Gegenüber auf humorvolle Art und Weise einen Spiegel vor, wird dabei aber nicht verletzend, denn das Schauen in den Spiegel und sich Erkennen im Spiegel bleibt so freiwillig wie das gesamte Spiel und die Begegnung. Schließlich nutze ich als Clown viele Elemente, die das positive Umdeuten erlebbar und spürbar machen. Beim Zaubern können die Patienten ihre Selbstwirksamkeit erfahren und erleben sich in ihren Stärken. Die Musik weckt in ihnen Erinnerungen, Gefühle werden spürbar und können im gemeinsamen Musizieren gelebt werden. So ermöglicht auch das gemeinsame Spiel ein Umdeuten der Situation im Hier und Jetzt, der Patient kann die Spielsituation aktiv beeinflussen. Er übernimmt damit einen Teil der Verantwortung in dieser Begegnung, und er nimmt Kontakt auf, vielleicht über ein Medium wie das Zaubern, die Musik und das alles in einem Spiel, jedoch entsteht dieser Kontakt zwischen zwei Menschen, und er ist Teil dieses „Zwischen“. Die Qualität dieser Begegnung zwischen dem Clown und dem Patienten liegt in der Orientierung am ausschließlich Positiven und den Ressourcen im Menschen. Darin sehe ich eine wertvolle Basis für die Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen und spreche deshalb von der Bedeutung von Clownvisiten zur Beziehungsentwicklung. Ich sehe diese Aussage unabhängig von der Häufigkeit der Kontakte, welche auch nicht unweigerlich in eine Beziehung zueinander münden müssen. Vielmehr geht es mir in der Arbeit als Clowndoktor darum, zu vermitteln, wie ein Kontakt über das Lachen und humorvolles Miteinander hergestellt werden kann. Kontakte können wie eine Beziehung von Wärme und Herzlichkeit geprägt sein, und wenn ich in der Clownvisite einen Impuls in diese Richtung bewirke, ist m.E. schon viel erreicht.

Die Möglichkeit der Beziehungsentwicklung verstehe ich nicht nur innerhalb der Begegnung zwischen Menschen, sondern auch in einer wachsenden Beziehung zu sich selbst. Mit der Bereitschaft, sich zu öffnen und Gefühle zuzulassen und sich auf die Begegnung nach außen einzulassen, öffnet sich der junge Mensch auch nach innen und kann eine Beziehung zu seiner eigenen Person eingehen.

Die Fähigkeit, zu fühlen und zu empfinden, sich emotional berühren zu lassen, bedeutet für mich die Voraussetzung für das Erfahren von Lebensfreude. Damit komme ich zum nächsten Kapitel.

4.4. Clownvisiten als Möglichkeit zum Erfahren von Lebensfreude

Der Mensch zeichnet sich u.a. durch die Fähigkeit aus, Emotionen wahrzunehmen und zu empfinden. Die Freude sehe ich als positivste Emotion, die wir Menschen empfinden können. Aber was ist Freude und was ist Lebensfreude?

In der Literatur konnte ich keinerlei Definitionen des Begriffes Lebensfreude finden. Lebensfreude scheint etwas Elementares und Selbstverständliches zu sein, und gleichzeitig bedeutet es vermutlich für jeden von uns etwas individuell Verschiedenes. Ich möchte versuchen, eine nach meinem Verständnis mögliche Erklärung des Begriffes Lebensfreude zu finden und die Möglichkeit der Clownvisite zum Erfahren von Lebensfreude, wie ich sie sehe, aufzeigen.

Im Brockhaus wird das Leben beschrieben als Daseinsweise der Organismen mit den wichtigsten Merkmalen des Stoffwechsels, der Ausscheidung und Fortpflanzung. Die Lebensphilosophie bezieht als Grundbegriffe das Erleben, Verstehen, Einfühlen sowie die Intuition ein, und der Begriff Lebensqualität verweist auf jene schwer definierbaren Elemente, die Glück oder Zufriedenheit der Menschen ausmachen¹⁰⁶. Zu diesen schwer definierbaren Elementen zählen die positiven Emotionen wie die Freude, welche Glück oder Zufriedenheit bei den Menschen bewirken können, und bei dieser Betrachtung wird das Leben zu mehr als einer bloßen Daseinsweise. Es füllt sich – mit Emotionen – mit Tiefe – mit Leben. Welchen Platz nimmt nun die Freude im Leben ein und wie wird sie zur Lebensfreude?

Freude verstehe ich als „die Sonne, (den) Motor des Lebens“¹⁰⁷! Freude motiviert, Freude verleiht Kräfte und bringt Glücksmomente. Sie ist ein wesentlicher Lebensfaktor. Das Leben lässt sich nicht nur in schwierigen Zeiten besser (er)tragen mit einer positiv-freudigen Einstellung, es wird in seiner Qualität maßgeblich mitbestimmt vom Vorhandensein der Freude als Grundstimmung eines Menschen, welche die Betrachtung des Lebens als ein Wunder einschließt: „Freude beginnt da, wo man die Tatsache, dass wir am Leben sind, nicht einfach als etwas Selbstverständliches hinnimmt, sondern sich darüber Gedanken macht, dass das Leben das größte aller Wunder ist (...) (und) dass es eine großartige Chance ist, dass wir ü-

¹⁰⁶ Vgl. Brockhaus 1985, S. 514-515.

¹⁰⁷ Zöpfl/Wittmann/Huber/Seibert 1994, S. 15, (Hinzufügung durch d. Verf.).

berhaupt das Licht der Welt erblickt haben und überhaupt auf dieser Erde sind“¹⁰⁸. Diese Sichtweise hat meiner Ansicht nach viel damit zu tun, in welchem Maße wir in der Lage sind, die Gegenwart, den Augenblick, das Hier und Jetzt zu genießen und damit auch die Zeit als ein Geschenk zu betrachten, welche uns Momente der Trauer wie die der Freude schenkt. Sie haben alle ihre Berechtigung und ihre Zeit. Dieses Zulassen verstehe ich als ein sich Einlassen auf die Gegebenheiten und Umstände des Lebens. Es kann der Weg zur Annahme sein, welcher gerade nach Schicksalsschlägen wie Krankheit oder Unfall enorm an Bedeutung gewinnt, wo die Freude mehr als die Gabe des Menschen zu seiner Aufgabe werden kann. Es gilt, die Freude wieder zu entdecken und Dinge aufzuspüren, die Anlaß zur Freude sein können. Das beinhaltet auch das „positive Erkennen im scheinbar Negativen. Freude können wir nicht einfach machen, herstellen, aber wir können uns für sie offenhalten. (...) Freude hängt sehr viel davon ab, dass wir lernen, das Wunderbare in dieser Welt zu sehen, bzw. dass wir wieder Staunen lernen“¹⁰⁹. Das alles gehört für mich zur hohen „Kunst“ der Lebensfreude.

...und das Lachen verbindet! Es fängt schon beim kleinen Kind an und „ist immer Ausdruck der Freude. Und Humor hat für mich (Clown Dimitri, Anmerkung des Verf.) mit Freude zu tun. Die Freude am Leben – herzlich über etwas lachen können“¹¹⁰.

Ich möchte mit den Patienten lachen, staunen und mich mit ihnen freuen. In der Rolle des Clowns kann ich über die kleinen, unscheinbaren Dinge wie Momente staunen, kann über sie und auch über mich lachen und mich an ihnen freuen. Lachen befreit und lässt Freude zu. Diese Freude lässt sich vermitteln – und teilen, denn indem „ich meine eigene Freude, meine eigenen positiven Gefühle ausdrücken und dem anderen mitteilen kann, wächst, wenn die Gemeinsamkeit gut ist, die Freude in einen größeren Umkreis hinein“¹¹¹. Hier werden die Gedanken von Martin Buber deutlich, denn wenn der Mensch „erst am anderen zum Menschen wird, am Mitmenschen seine eigene Menschlichkeit immer voller und reicher entdeckt, in seiner ganzen Existenz, leiblich, materiell und seelisch, auf den anderen angewiesen ist, dann gilt dies mit Vorzug auch für die Freude“¹¹². So wie sich Freude mit anderen teilen und in der Begegnung mit ihnen erfahren lässt, kann sie sich auf das Erleben der eigenen Person und die Eigenwahrnehmung bis hin zur

¹⁰⁸ Zöpfl/Wittmann/Huber/Seibert 1994, S. 15-16, (Auslassung und Hinzufügung durch d. Verf.).

¹⁰⁹ Zöpfl/Wittmann/Huber/Seibert 1994, S. 19, (Auslassung durch d. Verf.).

¹¹⁰ Lanfranchi 1997, S. 67-68, (Hinzufügung durch d. Verf.).

¹¹¹ Zöpfl/Wittmann/Huber/Seibert 1994, S. 24.

¹¹² Zöpfl/Wittmann/Huber/Seibert 1994, S. 24.

Eigenliebe positiv auswirken. Als Clown öffne ich mich meinem Gegenüber und arbeite mit allen Gefühlen, auch den negativen. Ich nehme sie im Spiel so an, wie sie sind, zeige sie offen und lasse sie einen Teil des Spiels sein, womit sie sich auflösen oder umschlagen in etwas Erfreuliches oder Lustiges. Ich zeige damit auf spielerische Art, dass Freude und Trauer, Lachen und Weinen zusammengehören. Ich glaube, ein Clown kann „die Seele eines Kindes erreichen“¹¹³ und „mit ihm über gemeinsame Spielfreude einen Pfad zur Leichtigkeit (...) finden“¹¹⁴ und damit zurück zur Lebensfreude. Dabei auch negative Emotionen wahrzunehmen und als solche zuzulassen, bildet meiner Meinung nach die Voraussetzung für die Lebensfreude, welche nicht nur aus der Freude allein bestehen kann, sondern das „Sich-Berühren-Lassen“ von Emotionen einschließt und in eben diesem „Berührt-Werden“ überhaupt entstehen und fließen kann. Ich gehe davon aus, dass jeder von uns das innere Kind in sich weiß und dass es möglich ist, über den Clown Kontakt zu ihm aufzunehmen. Hier wird ein weiteres Mal deutlich, wie der Clown Brücken schlagen kann – zwischen der vernunftbetonten Welt der Erwachsenen und dem lust- und gefühlsbetonten Spiel der Kinder, denn im „Spiel finden vitale und schöpferische Kräfte des Menschen ihren lustvollen Ausdruck. Gerade das zweckfreie Tätigsein erfüllt den Menschen mit Spannung und Freude. (...) Das Spiel erfüllt den ganzen Menschen, da er dabei alle Kräfte einsetzt, die körperlichen wie die geistigen, die selbstbezogenen wie die gemeinschaftsbezogenen, das Realitätsdenken wie die Phantasie“¹¹⁵.

Lebensfreude existiert in vielen Formen des Lebens und der Liebe und kommt auch im folgenden Gedicht zum Ausdruck:

Aber

Zuerst habe ich mich verliebt in den Glanz deiner Augen

In dein Lachen

in deine Lebensfreude

Jetzt liebe ich auch dein Weinen und deine Lebensangst

und die Hilflosigkeit in deinen Augen

Aber gegen die Angst will ich dir helfen

Denn meine Lebensfreude ist noch immer der Glanz deiner Augen

*Erich Fried*¹¹⁶

¹¹³ Heeck 1997, S. 118.

¹¹⁴ Heeck 1997, S. 119, (Auslassung durch d. Verf.).

¹¹⁵ Senckel 1996, S. 295-296, (Auslassungen durch d. Verf.).

¹¹⁶ Fried 1996, S. 25.

5. Zusammenfassung und persönliche Einschätzung

Das Lächeln als menschliche Ausdrucksweise existiert entwicklungsgeschichtlich seit sehr langer Zeit und entwickelt sich beim Säugling bereits kurz nach der Geburt. Es hat ähnlich wie das Lachen eine gesundheitsfördernde Wirkung und zeigt sich darüber hinaus in seinem kommunikativ-sozialen Charakter. Es bedeutet ein Signal zur Kontaktaufnahme und ermöglicht damit eine Verbindung zwischen Menschen. Wie sich diese Verbindung weiterführend gestaltet und welcher Umgang miteinander gepflegt wird, hängt grundsätzlich von der Definition des eigenen Menschenbildes ab.

Das Dialogische Prinzip nach Martin Buber beschreibt eine grundlegend gleichberechtigte Haltung unter Menschen, welche auf der Annahme des Partners, dem Vertrauen in das Potential des Partners und der Echtheit im Gespräch als Leitgedanken fußt. Die Umsetzung dieser Grundhaltung im Alltag sehe ich als möglich in der Anlehnung an die Prinzipien der Gestalttherapie nach Fritz Perls, die in ihrer Aussage am Gedanken der Ganzheitlichkeit ansetzen, indem sie u.a. die Bedeutung der Leib-Seele-Geist-Einheit, des Lebens im Hier und Jetzt, die eigenen Selbstheilungskräfte und die Selbstverantwortung sowie den Kontakt zu sich selbst und anderen Menschen hervorheben.

Humor stellt ein geeignetes Mittel dar, um den Kontakt lebendig zu gestalten und über das Lächeln hinaus gemeinsames Lachen und Freude zu bewirken. Humor lässt sich theoretisch nicht eindeutig definieren, sondern ist vielmehr als individuelle Betrachtungsweise zu verstehen. Er nimmt vielfältige Formen an, was sich bei der Anwendung von Humor in den unterschiedlichen Konzepten und Projekten niederschlägt. So vermag der Clown eine Verbindung zu schaffen zwischen Humor und Elementen wie Spiel, Musik und Zaubern, denn - das Lachen verbindet und ermöglicht auf angenehme Weise ein emotionales Berühren.

Die Arbeit als Clowndoktor in einem Neurologischen Rehabilitationszentrum erfordert, die oft vielfältigen körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen der jungen Menschen nach einem schweren Unfall oder Krankheit und die sich ergebenden Besonderheiten im Umgang mit den Patienten bereits bei der Planung von Clownvisiten zu berücksichtigen. In der Rolle des Clowndoktors ist häufig ein spontaner und offener Kontakt zu den Patienten möglich, wobei auch ältere Jugendliche und junge Erwachsene die Clownvisiten gerne annehmen, was die beschriebene Clownvisite mit Maik und der dargestellte Prozess der Beziehungsentwicklung beispielhaft belegen.

Mit dem Aufenthalt im Rehabilitationszentrum werden Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene aus ihrem gewohnten Lebensumfeld herausgerissen; die neue

Umgebung wird als fremd und vor allem von Kindern häufig als bedrohlich erlebt, und die Trennung von den Eltern und den Freunden kommt erschwerend hinzu. In solchen „Krisenzeiten“ ist es besonders wichtig, die gesunden Anteile der Patienten anzusprechen und z.B. über die emotionale wie humorvolle Ansprache in der Clownvisite Kontakt zu ihrer Fröhlichkeit aufzunehmen und diese zu fördern. Bei der Betrachtung der Clownvisiten in ihrer Bedeutung ist es m.E. notwendig, eine Zuordnung des Clowns als Spaßmacher oder als Therapeut mit einer therapeutischen Zielsetzung vorzunehmen. In beiden Formen sehe ich eine wertvolle Bereicherung in der Arbeit mit Humor und entscheide mich persönlich für den Clown als Spaßmacher ohne therapeutische Absichten, aber mit durchaus therapeutischer Wirkung.

Der Clown vermag eine rasche Vertrautheit, ja Intimität im Kontakt zu den Patienten aufzubauen. Er zeigt Neugierde und Offenheit und lädt sein Gegenüber ein, sich ebenfalls zu öffnen. Der Clown denkt ausschließlich positiv und kann damit jedem Geschehen eine positive Bewertung geben und dem Patienten in der Begegnung einen Spiegel vorhalten, ohne ihn zu kritisieren oder gar zu verletzen. Er möchte mit dem anderen lachen, sieht ihn als Partner und ermöglicht so seinem Gegenüber, sich auf das Spiel einzulassen und neue, positive und selbstbestätigende Erfahrungen zu machen. Dabei werden Emotionen angesprochen, die den Zugang zu der häufig verdeckten Lebensfreude bedeuten können.

In der Clownvisite sehe ich eine Möglichkeit für die jungen Menschen, sich vertrauensvoll auf neue Beziehungen (auch zu sich selbst) einzulassen und zurückzufinden zu ihrer ursprünglichen Lebensfreude.

Bei der Auswahl der Literatur für diese Arbeit wurde mir bewusst, dass Martin Buber in seinem Dialogischen Prinzip Gedanken formuliert, welche ich selbst bisher schwer in Worte zu fassen vermochte, obwohl ich nach meinem bis dato existierenden Menschenbild diese Gedanken in vielen Bereichen intuitiv lebe.

Mit der Erstellung der vorliegenden Arbeit hatte ich die Gelegenheit, mich mit meinem Menschenbild intensiv zu befassen, es gedanklich zu erarbeiten und zu reflektieren. Es zieht sich durch meine Arbeit wie ein „roter Faden“, findet sich wieder in den Prinzipien nach Fritz Perls und den ausgewählten Methoden und lebt schließlich in meiner Arbeit als Clowndoktor.

Mit dem Kennenlernen des Gestalttherapeutischen Ansatzes nach Fritz Perls fand ich die Möglichkeit, die in meinem theoretischen Konzept verankerten Gedanken Martin Bubers in einen lebensnahen, praktischen Bezug zu setzen.

Über meine Arbeit in einem Neurologischen Rehabilitationszentrum hinaus erfahre ich das Wissen um die Prinzipien der Gestalttherapie als eine Bereicherung für

mein privates Leben, wobei ich die Gestalttherapie neben der Funktion als Therapie auf eine für mich generelle Sichtweise als Lebenseinstellung erweitern möchte. Eine große Herausforderung und schöne Aufgabe sehe ich in der Rolle des Clowns, eine solche Einstellung zu vermitteln, damit möglichst zum Nachahmen anzuregen und persönlich zu erfahren, wie schön es ist, bewusst im Hier und Jetzt zu leben, dieses zu gestalten und damit Verantwortung für sich selbst zu übernehmen. Dazu kommt die Erfahrung, in der Rolle des verspielten Clowns das eigene „innere Kind“ zu erreichen.

Wenn die Begegnung mit dem Patienten echt ist und etwas Gemeinsames entsteht wie z.B. Freude und Lachen, kann Lebensfreude fließen. Insofern hat für mich die Clownvisite in ihrem Inhalt und in ihrer Aussage eine neue Qualität gewonnen. So sehe ich nach wie vor den Spaß und das Lachen im Vordergrund, doch haben sie für mich eine Tiefe und Bedeutung erlangt, welche sich im Wunsch der Beziehungsentwicklung und dem Erfahren eines Moments der Lebensfreude spiegeln.

Eine intensive Begleitung und daraus resultierende Beziehung, wie ich sie aus der Begegnung mit Maik und seiner Mutter schilderte, ist aus verschiedenen Gründen selten möglich, und ich verstehe den Begriff Beziehung im weiten Sinne als Kontakt zur Umwelt, zu seinen Mitmenschen und zu sich selbst. Einen Impuls und eine Anregung dazu kann ich in jeder Clownvisite geben. Ich möchte darüber hinaus keine Therapieziele formulieren, da ich mich zum einen für den Clown als Spaßmacher entschieden habe und niemandes Vertrauen benutzen möchte und zum anderen, weil ich mit dem umfassenden wie intensiven Therapieangebot für die Patienten, insbesondere der Abteilungen Frührehabilitation und Frühmobilisation vielmehr die Notwendigkeit eines freiwilligen Angebotes sehe als die einer zusätzlichen Therapie und des weiteren für mich der Ansatz des absichtslosen Spiels im Vordergrund steht.

Inzwischen kann ich mich gut vor einer möglichen persönlichen Betroffenheit bewahren, wenn ich in der Clownvisite durch das Kind oder den Jugendlichen Ablehnung erfahre. Es gibt Kinder, welche Clowns (zunächst) ablehnen; ich selbst mochte nie den lauten, schrillen Clown, und das ist zu akzeptieren. Derartige Erlebnisse lassen sich in einer Supervision verarbeiten (welche uns in der Einrichtung bislang nicht zur Verfügung steht) oder aber weitgehend gut in der Zweiersituation mit einem Clownkollegen auffangen. Ich gehe mittlerweile gern zu zweit in die Clownvisite (was der „Stellenschlüssel“ der Clowndoktoren derzeit selten zulässt), da mir dies zum einen eine größere Freiheit im Spiel erlaubt und da zum anderen die Patienten so die Möglichkeit erhalten, eventuelle Berührungsängste abzubauen, indem sie das Clownspiel zunächst passiv als Zuschauer verfolgen.

Anfangs hatte ich in den Clownvisiten selbst viele Berührungsängste und war von den Schicksalen junger Menschen in der Frührehabilitation und Frühmobilisation teilweise sehr berührt, so dass es mir mitunter schwer fiel, diesen Patienten mit einem unbeschwerten, fröhlichen Lachen zu begegnen. Mittlerweile weiß ich, dass gerade solche Begegnungen in den zwei Jahren der Arbeit als Clowndoktor einen Prozess in mir in Gang gesetzt haben, der mich heute vieles aus einem anderen Blickwinkel sehen und mit Humor erleben lässt und mich zu einer größeren Achtsamkeit und Dankbarkeit gegenüber dem Leben führt. Danke !



Literaturverzeichnis

- Adams, P.** 1997: Gesundheit. Zwölf & Zwölf-Verlag Oberursel.
- Bokun, B.** 1987: Wer lacht, lebt. Emotionale Intelligenz und gelassene Reife. Heyne Verlag München.
- Brockhaus** 1985: In einem Band. Wiesbaden 2. Auflage.
- Bruhn, H./Oerter, R./Rösing, H.** 1994: Musikpsychologie. Ein Handbuch. Rowohlt Taschenbuch Verlag Hamburg.
- Buber, M.** 1992: Das Dialogische Prinzip. Verlag Lambert Schneider.
- Buber, M.** 1995: Ich und Du. Philipp Verlag.
- Caritasverband** (Herausgeber) 1999: Reader. Gestalttherapie mit Behinderten. Redaktion und Gestaltung Paul Glar.
- Dank, S.** 1995: Probier's mal mit Musik. Verlag Modernes Lernen Dortmund.
- Duden** Fremdwörterbuch 1990: Band 5. Dudenverlag Mannheim/Wien/Zürich. 5. Auflage
- Ergotherapie & Rehabilitation** 11/1998 Die Wiederentdeckung der Freude in der Therapie. Heft 6.
- Fernandez, L.** 1997: Humor für die Seele: Die Clown Doktoren in deutschen Krankenhäusern. VOGT-HILLMANN, M./BURR W. (Hrsg.), Kinderleichte Lösungen. Lösungsorientierte Kindertherapie. Borgmann-Verlag Dortmund.
- Fried, E.** 1996: Es ist was es ist. Verlag Klaus Wangenbach-Berlin. 1983, Neuauflage 1996.
- G+G** (3. Jg.) 2000:Medizinclown Dr. Petra Klapps. Ihr Rezept ist die rote Nase. 2000, 5, S. 37-43. G+G Gesundheit und Gesellschaft. Das AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft.
- Geck, K.** 1997:Erwachsen werden in Liebesdingen. Walter Verlag.
- Gérard, Ch./Lipinski, Ch./Decker, W.** 1996: Schädel-Hirnverletzungen bei Kindern und Jugendlichen. Georg Thieme Verlag.
- Gloor, K.** 1997: Dr. Clown - Mit dem Clown-Doktor auf Visite im Kinderspital. Schweizer Fernsehen.
- Gruntz-Stoll, J.** 2001: Ernsthaft humorvoll. Bad Heilbrunn.
- Heeck, Ch.** 1997: Kunst und Kultur im Krankenhaus: Gedanken und Erfahrungen zur Rückgewinnung des Krankenhauses als Lebensraum für Menschen. LIT-Verlag Münster.
- Herrlen-Pelzer, S./Sponholz, G./Baitsch, H.** 1991: Musik in Prävention und Therapie. Bericht über ein Projekt an der Universität Ulm. Armin Vaas Verlag.

- Hirsch, R.D.** 1999: Humor auf der Pflegestation: „Geri-Clown“ als „Humorträger“ – Vorstellung eines Modellprojektes. Pressekonferenz im Itzel-Sanatorium, 03.02.1999.
- Hobmair, H.** 1997: Psychologie. Stam Verlag.
- Jugendwerk Gailingen e.V. 1998:..... gute aussichten. Informationsbroschüre des Neurologischen Rehabilitationszentrum für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene Jugendwerk Gailingen e.V.
- Keller, F.** 2000: Lachen ist die beste Medizin. Diplomarbeit, vorgelegt bei der Berufsakademie Villingen-Schwenningen.
- Koch, G./Vaßen, F.** 1995: Lach- und Clownstheater. Die Vielfalt des Komischen in Musik, Film und Schauspiel. Brandes & Apsel Verlag. 1991, 2. Auflage 1995.
- Köhn, W. 2001: Heilpädagogische Erziehungshilfe und Entwicklungsförderung. Edition S.
- Kölner Stadtanzeiger** 4./5. März 2000: Laaach-Parade. Moderne Zeiten. Kölner Stadtanzeiger. Keine Seitenangabe.
- Kriz, J.** 1991: Grundkonzepte der Psychotherapie. Eine Einführung. Psychologie Verlags Union Weinheim.
- Lanfranchi, C.** 1997: Dimitri Humor. Gespräche über die Komik, das Lachen und den Narren. Verlag am Goetheanum. 1995, 2. Auflage 1997.
- Lehr, B.** 1999: Anregung zum selbständigen Spielen mit geistigbehinderten Kindern und Jugendlichen. Wissenschaftliche Prüfungsarbeit, vorgelegt bei der Universität Koblenz-Landau.
- Liebenstund, I.** 1997: Motorische Rehabilitation nach Schädelhirntrauma. Pflaum Verlag.
- Mayer-List, I.** 1997: Lachen, Ursprung, Sinn und Macht einer seltsamen Regung. GEO 8/1997.
- Michel, A.** 1994: Philosophie des Zauberns. Ein Essay über das Staunen. Verlag Dr. R. Krämer, Hamburg.
- Natur & Heilen** 4/2000: Ganzheitlich heilen. Wie Klinikclowns durch Humor heilen. Interview mit Klinikclown Dr. Jojo.
- Neumeyer, A.** 2000: Mit Feengeist und Zauberpuste. Zaubenhaftes Arbeiten in Pädagogik und Therapie. Lambertus-Verlag.
- Oerter, R./Montada, L.** 1987: Entwicklungspsychologie. Psychologie Verlags Union München-Weinheim, 2. neu bearbeitete Auflage.
- PATZ** - Patientenzeitung des Hegau-Jugendwerkes 12/1999: Gedanken im Kranken –bett, -haus, -zimmer. 13. Ausgabe.

- Perls, F.** 1989: Grundlagen der Gestalt-Therapie. Einführung und Sitzungsprotokolle. Verlag J. Pfeiffer, München. 1976, 7. Auflage 1989.
- Pflege Aktuell** 1996: Humor in der helfenden Beziehung. 11/1996.
- Psychologie Heute** (22. Jg.) 1995: Kraftquelle Humor. Die Psychotherapie entdeckt die heilsame Kraft des Lachens. 9/1995.
- Rütting, B.** 2001: Lachen wir uns gesund! Anleitungen zum Glücklichsein. Herbig Verlagsbuchhandlung München.
- Senckel, B.** 1996: Mit geistig Behinderten leben und arbeiten. Eine entwicklungspsychologische Einführung. C. H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung München. 1994, 2. Auflage 1996.
- Südstadt Anzeiger** 1999: Lachen ist gesund. Institut Kolibri setzt auf medizinische Clownerie. 28.07.1999.
- Titze, M.** 1999: Die heilende Kraft des Lachens. Mit Therapeutischem Humor frühe Beschämungen heilen. Kösel-Verlag München. 1995, 3. Auflage 1999.
- Titze, M./Eschenröder, Ch.** 1998: Therapeutischer Humor. Grundlagen und Anwendungen. Fischer-Verlag Frankfurt am Main. 1998, 2. Auflage April 1999.
- Werner, H.-J. 1994: Martin Buber. Campus Verlag.
- www.humor.ch.Humorcare.** Humor in der medizinischen Rehabilitation. 22.08.2000. S. 1 von 3.
- www.kunstrat.de/thema/klinik/Klinikclowns.** 14.10.2000. S. 2 von 2.
- Zöpfl, H./Wittmann, H./Huber, H./Seibert, N.** 1994: Humor und Freude in der Schule. Ludwig Auer GmbH Donauwörth. 1990, 2. Auflage 1994.