

Schriftenreihe Jugendwerk, Heft 21
Download
Marti, Gisèle :
Ich lobe den Tanz, denn er befreit den
Menschen ..., Gailingen, 2003



Die Autorin Gisèle Marti ist Schauspielerin und Regisseurin mit einer Zusatzausbildung zur Bewegungspädagogin und Tanztherapeutin PSFL. 2001/2002 arbeitete sie ein Jahr lang als Praktikantin im Hegau-Jugendwerk.

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 Rehabilitationkette 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

Dank	4
1. Einleitung	6
1.1. Was ist Tanztherapie ?	6
1.2. Ausbildungsmöglichkeiten.....	7
1.2.1. Allgemein.....	7
1.2.2. Mein persönlicher Ausbildungsweg	7
1.2.3. Wodurch ist die psychosomatische Funktionslehre nach Bet Hauschild-Sutter gekennzeichnet?	8
2. Zustandekommen und Rahmenbedingungen des Praktikums	10
2.1. Wie das Praktikum zustande kam.....	10
2.2. Arbeitspensum und Arbeitszuweisung.....	10
2.3. Arbeitsort	11
2.4. Vorgaben/ Begleitung/ Berichte	11
3. Durchführung des Praktikums im Kinderhaus.....	12
3.1. Vorbemerkungen.....	12
3.2. Falldarstellungen.....	13
3.2.1. Patientin M.D.....	13
3.2.2. Patientin L.C.....	15
3.2.3. Patient N.M.....	21
3.2.4. Gruppenarbeit mit A.G. / N.L./ R.I./ E.D.....	26
4. Durchführung des Praktikums in der Frühmobilisation.....	30
4.1. Vorbemerkungen.....	30

4.2. Falldarstellungen	31
4.2.1. Patientin T. Z.	31
4.2.2. Patientin N. O.	36
4.2.3. Gruppenarbeit mit J.G./ K.U./ C.D.....	40
5. Schlussbemerkungen	44
Anhang: Mittel der Bewegungs- und Tanztherapie PSFL	48
Quellenverzeichnis	49

Dank

An erster Stelle meines Erfahrungsberichtes soll der Dank an alle diejenigen Personen stehen, welche zum erfolgreichen Gelingen meines Praktikums im Hegau-Jugendwerk beigetragen haben. Allen voran gilt mein Dank Dr. Gerhard Ebner, dem ärztlichen Leiter des Psychiatricentrum Schaffhausen, welcher mir den Kontakt zu Dr. Arne Voss, dem ärztlichen Leiter des Hegau-Jugendwerks vermittelte. Dr. Voss schulde ich Dank für seine Bereitschaft, mein Anliegen in das Team des Kinderhauses einzubringen, womit er den Weg zu diesem außergewöhnlichen Praktikum ebnete.

Bedanken möchte ich mich ebenfalls beim leitenden Oberarzt der Abteilung Frühmobilisation, Dr. Dieter Schmalohr für sein Interesse an meiner Arbeit und im speziellen für seinen „Leitfaden zur Sensorischen Stimulation“, welcher für die Wahl meiner Arbeitsmittel auf dieser Abteilung sehr aufschlussreich war. Weiteren wichtigen Dank schulde ich Dr. Wolfgang Elmlinger, Arzt auf der Abteilung Frühmobilisation, welcher mir trotz großer Arbeitsbelastung stets ein offenes Ohr schenkte und mir mit klugem Rat zur Seite stand, wenn ich mit drängenden Fragen bei ihm an der Tür klopfte.

Bedanken möchte ich mich des Weiteren beim Team des Kinderhauses unter der damaligen Leitung von Oberärztin Dr. Brigitte Philipp. Mein allergrößter Dank geht an das Krankengymnasten-Team, welches mich unter der Leitung von Susanna Freivogel betreute. Frau Freivogel vermittelte mir anlässlich einer internen Elternfortbildung in eindrücklicher Art und Weise das therapeutische Credo des Hegau-Jugendwerks. Ebenso verschaffte sie mir Zugang zu wichtigen Unterlagen zum Thema Neurologische Rehabilitation.

Im Besonderen bedanken möchte ich mich bei Waltraud Sailer, Stephan Daub, Rainer Mack und Erika Klingert, welche mir in vorbildlicher Weise jederzeit mit Rat und Tat zur Seite standen. Ohne ihre kompetente fachliche Beratung und ohne ihre unvoreingenommene Offenheit und ihr Interesse Neuem gegenüber und - nicht zuletzt - ohne ihre anteilnehmende tägliche Begleitung wäre dieses ungewöhnliche Praktikumsprojekt wohl kaum so erfolgreich verlaufen.

In meinen Dank einschließen möchte ich aber auch das gesamte Krankengymnasten-Team der Abteilung Frühmobilisation und das dortige Heilpädagogenteam, welches mir im Rahmen seiner Veranstaltung „Spaßmix“ jeweils großzügig Platz für meine Gruppen-Aufführungen einräumte.

Mein spezieller Dank gilt schließlich auch Jörg Rinninsland, Sonderpädagoge und Kunsttherapeut des Hegau-Jugendwerks, welchen ich anlässlich einer Fachtagung im Hegau-Jugendwerk kennen lernte. Seine Theorie der „Drei Arten des Malens“ hat mich in meiner eigenen Arbeit maßgeblich inspiriert. Just zu einem Zeitpunkt, als ich dringend auf künstlerische Reflexionen von außen angewiesen war. Auf seine Anregung ist auch der Erfahrungsbericht für die Schriftenreihe des Hegau-Jugendwerks entstanden. Eine willkommene Gelegenheit, dieses äußerst interessante, an menschlicher und fachlicher Erfahrung reiche Praktikumsjahr gedanklich weiter festzuhalten und zu verdichten.

Schaffhausen und Gailingen im Juni 2003

Gisèle Marti

1. Einleitung

1.1. Was ist Tanztherapie ?

Tanz diente den Menschen bis weit ins Mittelalter als Ausdruck der Sinnesfreude, der Wut, des Schmerzes, der Trauer und der Ekstase. Tanz diente religiösen Zwecken ebenso wie dem symbolischen Wiedererleben von Verschmelzung. Dieses Wissen um die symbolischen Inhalte des Tanzes ging im Laufe der Zeit dem aufgeklärten Menschen aber nach und nach verloren (Elaine V. Siegel 1986, 19).

An der Schwelle vom 19. zum 20. Jahrhundert bahnten sich neue Entwicklungen der Menschheit an. Große gesellschaftliche und technische Umwälzungen kündeten sich an. Die Feudalherrschaft wurde endgültig ihrer Macht enthoben. In Europa und Amerika entstanden leistungsfähige Massenindustrien, u. a. Auto- und Flugzeugindustrien, die die Welt nachhaltig verändern sollten.

Der Arzt und Naturwissenschaftler Sigmund Freud veröffentlichte 1899 in Wien seine Traumtheorie, die erste Schrift seiner bahnbrechenden Forschungen über die Psyche des Menschen. In Wissenschaftlerkreisen waren diese revolutionären Theorien Sigmund Freuds auf das Heftigste umstritten, die Künstler der Avantgarde aber waren schon bald fasziniert und begeistert von der Lehre, welche die Selbstverwirklichung des Menschen zum Ziel hat.

Die Idee des „neuen, authentischen Menschen“ griff in alle Bereiche der Kunst hinein. Maler, Schriftsteller, Schauspieler, Bühnenbildner und Regisseure, sie alle waren auf der Suche nach dem neuen Menschen.

Auch das klassische Ballett wurde von jungen Tänzern als zu starr, zu wenig authentisch empfunden. Isadora Duncan, Mary Wigman, Rudolf von Laban, Georges Balanchine, um nur ein paar der berühmtesten Namen zu nennen, suchten und fanden neue Formen, um dem Tanz seine ursprüngliche Ausdruckskraft zurückzugeben. Igor Strawinsky komponierte zwischen 1910 und 1913 seine berühmten Ballettwerke „Feuervogel“ „Petuschka“ und „Sacre du Printemps“, welche bis heute nichts von ihrer suggestiven Ausstrahlungskraft verloren haben.

In dieser Zeit des Umbruchs entstanden in der Folge neue tanzpädagogische Lehransätze. Mary Wigman sprach als eine der ersten von einer Choreografie des Unbewussten und gab ihr Wissen und Erfahrung an zahlreiche Schülerinnen weiter. Eine dieser Schülerinnen, Mary Whitehouse, war als Tanzpädagogin tätig und bot in ihren Kursen auch Selbsterfahrungsgruppen an. Ihr Ziel war es, die Symbolik der Bewegung zu erkennen. In ihrer Arbeit verband sie die Lehre der Selbstverwirklichung durch aktive Imagination C.G. Jungs, eines Schülers von Sigmund

Freud, mit Wigmans Bekenntnis zur spontanen Bewegungsäußerung. Ihr tanztherapeutisches Ziel bestand darin, durch solche Bewegungsäußerungen ein Gleichgewicht der Person zu erzielen (Elaine V. Siegel, 1986, 20).

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde das Wissen und die Erfahrung dieser Tanzpädagoginnen in Psychiatriekliniken durch Berufstätigerinnen wie Trudi Schoop weiter erprobt und entwickelt. Dank der Arbeit dieser Pionierinnen konnte sich die Tanztherapie als eine eigene Form der Ausdruckstherapie in Psychiatriekliniken etablieren. Ausdruckstherapien haben zum Ziel, über nonverbale Mittel einen Zugang zu unbewussten seelischen Gefühlsinhalten zu erschließen.

1.2. Ausbildungsmöglichkeiten

1.2.1. Allgemein

Heute gibt es ein Verständnis von Tanztherapie im engeren oder weiteren Sinn. Im engeren Sinn will Tanztherapie über Bewegung Zugang zu persönlichen Problemen finden und mit psychotherapeutischen Methoden an ihrer Lösung arbeiten.

Die Ausbildung zur Tanztherapie im engeren Sinn erfordert ein Studium der Psychologie und des Tanzes.

Im weiteren Sinn ist Tanztherapie Selbsterfahrung und Hilfe zur Selbsthilfe durch den Körper. Die unbewussten seelischen Gefühlsinhalte und spontanen Bewegungsäußerungen werden im Unterschied zur Tanztherapie im engeren Sinn nicht mit der Methode der Psychotherapie interpretiert und aufgearbeitet (Detlef Kappert, 1993, 42).

Tanztherapie im weiteren Sinn kann über eine Grundausbildung als Sporttherapeut, über ein Gymnastikstudium oder eine andere therapeutische oder pädagogische Grundausbildung mit Weiterbildung zum Tanztherapeuten erlernt werden.

1.2.2. Mein persönlicher Ausbildungsweg

In der Schweiz bietet seit Herbst 1999 das Heiligberg Institut in Winterthur eine 3½-jährige Ausbildung zur Bewegungs- und Tanztherapeutin nach Bet Hauschild-Sutter an, wovon das 5. und 6. Semester als Praktikumsjahr in einer klinischen Institution konzipiert ist. Dieser Ausbildung liegt eine Psychosomatische Funktionslehre zugrunde.

Die Psychosomatische Funktionslehre wurde bereits in den fünfziger Jahren des letzten Jahrhunderts u.a. an der Bircher Benner Klinik in Zürich durch die Tanzpädagogin Bet Hauschild-Sutter entwickelt und erfolgreich angewandt. Daraus entstand in der Folge ein Seminar für Psychosomatische Funktionslehre.

Altershalber schied die Gründerin anfangs der neunziger Jahre aus dem Seminar aus und übergab das Zepter zwei ehemaligen Absolventinnen ihrer Schule, Henriette Bezzola und Carmen Pittini. Diese überarbeiteten das Konzept von Grund auf und fügten der psychosomatischen Funktionslehre, abgekürzt PSFL, die Tanztherapie auf der Basis der PSFL hinzu. Das Seminar ist somit als Tanztherapie-Ausbildung im weiteren Sinn zu verstehen.

Seit 1989 war ich als freie Schauspielerin und Regisseurin an verschiedenen Kleintheaterbühnen der deutschsprachigen Schweiz tätig. Der Prozess des Werdens und Gestaltens einer Rolle mittels Körper und Geist hat mich immer begeistert. Das Mittel des Schauspielers, das imaginierte „so tun als ob“, welches Körper und Geist als Ganzes beteiligt, ist dem Spiel von Kindern nahe verwandt. Und es ist darüber hinaus mit einem therapeutischen Aspekt verbunden. Bei zahlreichen Bühnenproduktionen für und mit Kindern und Jugendlichen hatte ich oft die Gelegenheit, erstaunliche Verwandlungen bei jugendlichen Mitspielern beobachten zu können.

Dies führte mich im Herbst 1999 dazu, mich für den Pilot-Lehrgang des Heiligberginstituts anzumelden.

1.2.3. Wodurch ist die psychosomatische Funktionslehre nach Bet Hauschild-Sutter gekennzeichnet?

Die PSFL ist eine funktionelle Bewegungsmethode, die einen Lernprozess auslöst. Sie ist an der Bewegungsentwicklung des Menschen orientiert. Ihre spezifisch funktionelle Anordnung löst einen kognitiven Prozess aus, indem die Eigenwahrnehmung durch die Bewegung geschult, vertieft und geordnet wird. Die Bewegungsabläufe werden auf verschiedenen Ebenen wie Liegen, Sitzen, Stehen und Gehen durchgeführt und mündlich angewiesen. Das Anliegen der PSFL ist das Üben des natürlichen Gehens. Daraus wiederum entwickeln sich einfache tänzerische Formen, welche auf den natürlichen Ausdruck angelegt sind.

Schwerpunkte der PSFL sind:

- Schulung der Eigenwahrnehmung
- Ruhe durch Lösung und Entspannung erfahren
- Atmungsregulation
- Ausloten der Lage der Gelenke in der Schwerelinie, um so eine ökonomische, gesunde Haltung zu erreichen
- Erhöhung der Konzentration
- Koordination
- Beweglichkeit

(Def.: C.Pittini, gekürzte Version, in Unterlagen Heiligberginstitut)

Auf dieser Grundlage der PSFL hat sich die spezifische Tanztherapie PSFL entwickelt. Sie ist ein psycho/physisch orientiertes Verfahren, welches durch Bewegung und Tanz die emotionale und körperliche Integration des Menschen fördert.

Sie ist eine Ausdruckstherapie und geht von der Emotion zur Motion oder umgekehrt.

Sie ist nicht defizitorientiert, d.h. sie orientiert sich nicht an den Defekten des Patienten, sondern an seinen gesunden Anteilen. Durch die Bewegung sollen Gedanken, Emotionen, Phantasien und Ängste von innen nach außen gebracht und gestaltet werden. Es gilt, den urtümlichen Ausdruck in der Bewegung zu finden, um nonverbale Erlebnisse bewusst zu machen und aufzuarbeiten.

Die Bewegungselemente sind frei von technischen Vorschriften und festgelegten tänzerischen Formen. Somit kann die Integration von Leib und Seele beziehungsweise von Gefühl und Körperlichkeit erlangt werden. Tanztherapie dient dem differenzierten Körper- und emotionalen Bewusstsein.

Die Erfahrung führt zu Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten, zu sozialer und emotionaler Kompetenz durch die Auseinandersetzung mit sich, dem Material, dem Du und der Gruppe.

Das Verfahren der Tanztherapie PSFL orientiert sich an:

- Entwicklungspsychologie
- Psychoanalyse
- Grundsätze der Jung'schen Psychologie
- Psychopathologie
- Gesprächsführung und Kommunikation

(Def.: C. Pittini, gekürzte Version, in Unterlagen Heiligberg Institut)

2. Zustandekommen und Rahmenbedingungen des Praktikums

2.1. Wie das Praktikum zustande kam

Wie in der Einleitung beschrieben, ist die Tanztherapie heute vor allem in Psychiatriekliniken etabliert. Bedingt durch meine langjährige Erfahrung als Schauspielerin und Regisseurin war es jedoch von Beginn der Ausbildung an meine persönliche Vision, das Tanztherapiespektrum zu erweitern. Mein Ziel, mit Kindern und Jugendlichen zu arbeiten, wurde von der Schulleitung unterstützt. Ich bekam grünes Licht, um selbständig einen geeigneten Praktikumsort zu suchen.

Auf Vermittlung von Dr. Gerhard Ebner, Leiter des Psychiatrie Zentrums Schaffhausen, konnte ich bei Dr. Arne Voss, dem ärztlichen Leiter des Hegau-Jugendwerks in Gailingen vorsprechen.

Mein Anliegen traf im Ärzte- und Therapeuten-Team des Kinderhauses auf offene Ohren. Es wurde beschlossen, mich vorerst für die Dauer von sechs Monaten in die Krankengymnastik-Abteilung als Praktikantin zu integrieren.

Es folgte ein Vorstellungstag im Kinderhaus im September, wo ich Gelegenheit hatte, die verschiedenen Teams und Therapierichtungen des Kinderhauses zu besichtigen und mich selbst als zukünftige Tanztherapie-Praktikantin zu präsentieren.

Aufgrund der positiven Erfahrungen des ersten halben Jahres im Kinderhaus wurde nach Absprache mit dem Ärzte- und Therapeuten-Team auch der zweite Teil meines insgesamt einjährigen Praktikums im Hegau-Jugendwerk bewilligt.

In der Folge arbeitete ich auf der Abteilung Frühmobilisation und konnte auf diese Weise meine Erfahrungen weiter vertiefen.

2.2. Arbeitspensum und Arbeitszuweisung

Um die Zulassung zur Diplomprüfung zu erlangen, wird ein 60- bis 80% Arbeitspensum verlangt. In Absprache mit der damaligen Oberärztin des Kinderhauses einigten wir uns auf ein 60%-Pensum. Ein Tag der Woche ist dem Schulbesuch vorbehalten, u.a. zum Zweck der Supervision.

Eine Krankengymnastin des Teams im Kinderhaus erklärte sich bereit, mich während der kommenden sechs Monate als Praktikumsleiterin zu betreuen. Zusammen legten wir auch die Arbeitszeit von morgens 11 Uhr bis Nachmittags 17 Uhr an vier Tagen die Woche fest.

Die ersten zwei Wochen verbrachte ich mit Zuhören und genauem Beobachten der Patienten in der Krankengymnastik und mit dem Studium der spezifischen Krankheitsbilder von Schädel- Hirn- Trauma- Patienten. Um dem ganzen Haus- Team des Kinderhauses einen Einblick in meine zukünftige Arbeit zu geben, veranstaltete ich zu diesem Zweck Ende der zweiten Woche eine praktische Demonstration der PSFL.

Daneben fanden viele intensive Gespräche mit meiner Praktikumleiterin statt, so dass auch sie sich ein Bild machen konnte, welche Patienten für die Tanztherapie in Frage kommen würden. Die Zuweisung meiner Patienten erfolgte in den ersten Wochen durch das ganze Krankengymnasten-Team des Kinderhauses. Später ergaben sich auch Zuweisungen durch Ärzte, Psychologen oder durch Hinweise aus der Pflege auf den Kinderhausgruppen.

Die Patientenzuweisungen im zweiten Praktikumhalbjahr auf der Abteilung Frühmobilisation fanden in der ersten Zeit ebenfalls durch die Krankengymnasten statt. Später erfolgten die Zuweisungen meist direkt durch Ärzte und Neuropsychologen.

2.3. Arbeitsort

Um in Ruhe arbeiten zu können und gleichzeitig auch niemand von den anderen Therapeuten bei ihrer Arbeit durch die Musik zu stören, war es notwendig, einen Behandlungsraum zu finden. Das gesamte Krankengymnasten-Team machte sich mit vereinten Kräften auf die Suche nach einem geeigneten Arbeitsort für mich.

Bald schon wurde eine Lösung im Haus A gefunden: Ein ehemaliger Logopädie-raum, welcher nicht mehr benutzt wurde. Dieser Raum hatte zusätzlich den Vorteil, dass ich ihn ganz nach meinen eigenen Vorstellungen einrichten durfte, weil das Haus A vor einer umfassenden Renovierung und Umstrukturierung stand.

Wenn immer möglich arbeitete ich auch im zweiten Halbjahr auf der Abteilung Frühmobilisation mit den Patienten in meinem Arbeitsraum im Haus A. Es gab hier aber auch Patienten, mit welchen ich zuerst auf der Station selbst zu arbeiten begann.

2.4. Vorgaben/ Begleitung/ Berichte

Für das Praktikum bestehen am Heiligberginstitut verschiedene Richtlinien. Vorschrift ist, dass die Praktikantin in ein Therapeuten-Team integriert wird. Weiter soll sie Gelegenheit bekommen, an internen Besprechungen teilzunehmen und wenn möglich auch an internen Weiterbildungsangeboten. Sie soll sowohl Gruppen- als auch Einzeltherapiestunden erteilen.

Seitens des Hegau-Jugendwerks wurden mir keine Auflagen gemacht, hingegen darauf Wert gelegt, dass ich die Bewegungs- und Tanztherapie PSFL selbständig in das bestehende Therapieangebot einbringe .

Die tägliche Gesprächsbegleitung durch das Krankengymnasten-Team des Kinderhauses war im ersten halben Jahr von größter Bedeutung.

Im zweiten Halbjahr auf der Abteilung Frühmobilisation war ich ohne direkt zuständige Praktikumeiterin. Sehr wichtig war hier deshalb die regelmäßige Teilnahme an der wöchentlichen interdisziplinären Hausbesprechung und an internen Fallbesprechungen, wo ich jeweils auch entsprechende Patienten-Berichte für den behandelnden Arzt zu verfassen hatte.

3. Durchführung des Praktikums im Kinderhaus

3.1. Vorbemerkungen

Wie bereits erwähnt, verbrachte ich die ersten zwei Wochen meines Praktikums im Kinderhaus mit Zuschauen und präzisiertem Beobachten bei meinen Teamkollegen der Krankengymnastik und der Psychomotorik.

Das Kinderhaus nimmt Kinder und Jugendliche von 2 bis 16 Jahren auf. Bei der Mehrheit dieser Kinder und Jugendlichen handelt es sich um Patienten nach erworbenen Hirnschädeltumata. Es gibt aber auch Patienten mit angeborenen Hirnschäden, welche im Kinderhaus therapiert werden.

Die zwei Wochen der Hospitanz waren für die Gestaltung meiner zukünftigen eigenen Stunden von großer Wichtigkeit, lernte ich dabei doch nicht nur die jungen Patienten kennen, sondern erfasste in diesen Stunden auch das therapeutische Credo des Hegau-Jugendwerks, welches sich zur Aufgabe macht, die Therapien dergestalt aufzubauen, dass sie „Aufforderungscharakter“ für den Patienten erhalten. Ziel des Unterrichts soll es sein, den Patienten möglichst den ihnen adäquaten Anreiz zur Eigeninitiative anzubieten. Bei der Arbeit mit Kindern heißt dies in der Praxis vor allem, über das Medium des Spiels mittels geeigneter Spielgeräte zu arbeiten. Nach den zwei Einführungswochen begann ich die Arbeit.

Während des ersten halben Jahres im Kinderhaus betreute ich verschiedene jüngere und ältere Einzelpatienten und Gruppen. Sie alle zu erwähnen, würde den Rahmen dieses Erfahrungsberichtes bei weitem sprengen. Ich beschränke mich deshalb auf diejenigen, welche für mich in irgend einer Art und Weise ganz besonders wichtig waren. Ebenso beschränke ich mich innerhalb des geschilderten Falles auf das meiner Ansicht nach wesentliche Geschehen im Verlauf des gesamttaft erfolgten Unterrichts.

3.2. Falldarstellungen

3.2.1. Patientin M.D.

Meine erste kleine Patientin aus dem Kinderhaus war 4 Jahre alt. M.D. war motorisch bis auf ihre linke Hand glücklicherweise wenig eingeschränkt. Ziel war es, dem Mädchen den Gebrauch seiner linken Hand wieder beizubringen, ohne dass sie verbal dauernd darauf hingewiesen wurde, weil sonst die Gefahr der Verweigerung bestand. M.D. war ein fröhliches und aufgewecktes Mädchen. Der Kontakt zu ihr war rasch hergestellt mit dem Versprechen, zusammen zur Musik ein Pantomimespiel zu machen.

Die Wirkung der Musik war in dieser ersten Stunde sofort von Erfolg begleitet; begeistert amte M.D. die Gesten und die Bewegungen des Hampelmannes im Lied nach. Den linken Arm und die linke Hand zog sie ohne nachzudenken mit in die Bewegungen ein. Nach zwei Durchgängen war M.D.'s Aufmerksamkeit aber bereits erschöpft. Im Geiste war ich unserem Entwicklungspsychologie-Dozenten vom Heiligberg Seminar dankbar für seinen guten Unterricht (welches Spiel in welchem Alter?), denn in der noch verbleibenden Therapiezeit entwickelte ich zusammen mit meiner kleinen Patientin ein Märchen von einem Prinzen und seiner Prinzessin bis sie sich zum Schluss der Stunde wieder so weit erholt hatte, dass wir ein letztes Mal die Hampelmann-Pantomime- Musik durchspielen konnten.

Von dieser ersten Stunde an entwickelte sich die Hampelmann-Musik als eine Art Erkennungsritual zwischen M.D. und mir. Erst wenn wir den Hampelmann einmal durchgespielt hatten, konnte die Stunde so richtig beginnen. Dasselbe galt für den Abschluss der Stunde.

In den Stunden, wo es möglich war Musik einzusetzen, arbeitete ich v.a. themenzentriert, d.h. zu einer „Pferdchenmusik“ erfand ich einen passenden Spielrahmen wie zum Beispiel einen Hindernislauf, ausgehend von einem imaginären Stall, mit im Raum ausgelegten Gegenständen. Diese waren nach vorher bestimmter Anweisung als „Pferdchen“ auf vier Füßen zu umgehen. Oder ich änderte den Hindernislauf, indem ich Musikstopps einschaltete, bei welchen das „Pferdchen“ dann eine bestimmte Aufgabe erfüllen musste, z.B. an Ort erstarren, in einen Holzreifen hüpfen, die Richtung ändern. Oder - was immer besonders viel Lachen und Quiet-schen auslöste - sich in einen großen, mit Styroporkügelchen gefüllten Sack plumpsen lassen usw. Mit in der Musik inbegriffen waren Tempo- und Rhythmuswechsel. Auf diese Weise wurde ganz nebenbei das Gehör meiner Patientin geschult und somit auch ihre Aufmerksamkeit und Reaktionsfähigkeit gefördert.

Wichtig dabei war auch mein eigenes Mitspielen, d.h. ich musste genauso bereit sein, das „Pferdchen“ zu spielen, wie ich es von meiner kleinen Patientin verlangte. Nur so gelang es mir, sie zu motivieren und ihre Konzentration und Belastbarkeit langsam zu steigern.

Damit stellten sich im Umgang mit der kleinen Patientin des Kinderhauses bereits die ersten Grunderfahrungen heraus, welche im Verlauf der weiteren Arbeit ihre Gültigkeit haben sollten: Das gemeinsame Entdecken von immer gleichen Begrüßungs- und Abschiedsritualen als Orientierung und Sicherheit gebende Stütze für das Kind, meine persönliche Beteiligung am Spiel zur Motivationssteigerung und die ansteckende Kraft der Musik, welche Aufforderungscharakter erster Güte darstellt.

Da M.D. kognitiv keine wesentlichen Einschränkungen vorwies und auch sonst keinerlei soziale Auffälligkeiten zeigte, war die Arbeit mit ihr leicht, und ich lernte viel über spontanes, direktes Spielverhalten eines vier Jahre alten Kindes mit ihr.

Ich hatte sie in der Regel dreimal die Woche für jeweils eine halbe Stunde im Einzel-Unterricht. Zusammen erfanden wir verschiedene Spiele wie zum Beispiel das „Würfel-Säckchen“-Spiel, bei welchem sich M.D. entweder auf den Bauch oder auf den Rücken auf einem großen Kissen hinlegte. Ich würfelte mit einem großen bunten Schaumgummiwürfel eine Zahl, nahm entsprechend der gewürfelten Zahl ein paar mit Sand oder Kaffeebohnen gefüllte bunte Stoffsäckchen und legte oder versteckte sie M.D. an verschiedenen Stellen auf dem Körper. Nun musste M.D. die verschiedenen Körperstellen, wo die Säckchen lagen, laut benennen. Hatte sie dies richtig gemacht, zählten wir gemeinsam bis drei, darauf durfte sie aufspringen und sich der Säckchen durch Hüpfen oder Wegschmeißen (begleitet von viel Gekicher) entledigen. Dann wechselten wir die Rollen; nun durfte sie würfeln, und ich musste die jeweiligen Körperteile benennen.

Dieses „Würfel-Säckchen“-Spiel machte M.D. viel Freude und ich erwähne es deshalb, weil es sich später als ein Spiel herausstellte, welches in der Folge bei fast allen meinen Einzelpatienten zur Anwendung kam. Es fördert die Körperwahrnehmung und Orientierung bei gleichzeitiger Stärkung der Konzentration und der Kommunikation; es macht Spaß, weil es keine hohe kognitive Anforderung stellt und zudem über die Haut als Sinnesorgan geht, was die meisten Patienten als sehr angenehm empfinden. Darüber hinaus stellte sich dieses Spiel auch als guter Test bei besonders desorientierten Patienten heraus (z.B. waren sie in der Lage ihre Körperteile mit dem richtigen Namen zu benennen? War dies nicht der Fall, musste ich die Therapieziele entsprechend anpassen). Bei M.D. erfüllte es zusätz-

lich den Zweck des motorischen Übens der Handfunktion durch das Tragen der Säckchen.

Die Arbeit mit M.D. war für mich in verschiedener Hinsicht sehr wichtig. Einerseits war ich durch ihre anfänglich nicht sehr lang anhaltende Konzentration und geringe Belastbarkeit (bedingt durch ihre erlittene Hirnblutung) gezwungen, aus dem Moment heraus für sie ihr angepasste Spiele, welche sie im Gebrauch der linken Hand unterstützten, zu erfinden. Andererseits konnte ich mit ihr die improvisierten Spiele sehr gut testen, weil M.D. kognitiv nicht eingeschränkt war. Die Erfahrungen, die ich mit dieser ersten kleinen Patientin machte, waren wegweisend für die später noch folgenden sehr viel anspruchsvolleren Patienten.

Während der Stunden mit M.D. lernte ich, mich auf meine eigene Beobachtungs- und Improvisationsfähigkeit gepaart mit Fachwissen zu verlassen, wenn es darum ging, die richtigen Mittel und Wege zu finden, um dem Aufforderungscharakter der Therapiestunde gerecht zu werden. Diese offene Arbeitsweise, entsprechend der jeweiligen momentanen Verfassung des Patienten ein geeignetes Spielangebot bereit zu halten, sollte sich in Zukunft als eigentliche Arbeitsmethode entpuppen.

M.D. entwickelte sich rasch weiter und konnte schon nach wenigen Wochen wieder nach Hause in ihre gewohnte Umgebung entlassen werden.

3.2.2. Patientin L.C.

Eine weitere, für mich wichtige Patientin wurde mir vom Psychomotorik-Therapeuten des Krankengymnasten-Teams zugewiesen. Die Patientin war in eine seiner Gruppen eingeteilt, wo sie sich nicht integrieren konnte oder wollte. L.C., dem Geburtsdatum nach 13 Jahre alt, litt im Säuglingsalter an einer Hirnhautentzündung, entwickelte sich daraufhin sehr verzögert und verhaltensauffällig. L.C. ging an ihrem Wohnort in eine Sonderschule und war zum Zweck der Abklärung ihrer weiteren Schulungsmöglichkeiten nach Gailingen gekommen. Emotional und sozial wies L.C. große Störungen auf. Körperlich war sie ebenfalls auffällig kindlich geblieben, doch schien es als ob sie langsam doch in die Pubertät käme. Den Therapeuten der Psychomotorik provozierte sie öfter aufs Größte, indem sie ihn mit verbalen oder gestischen Obszönitäten konfrontierte, die ihr großen Spaß zu machen schienen.

In der Gruppe war sie eine Einzelgängerin, die durch extreme Wortkargheit - bei intaktem Sprachverständnis - und soziale Isolation auffiel. Sie sprach mit nieman-

den von sich aus. Auf Ansprache hin reagierte sie meist nur mit Mimik oder Gestik. Sie schloss all ihre Habseligkeiten zwanghaft in ihrem Schrank ein und versteckte ihr Gesicht hinter ihren langen Haaren. Traf man sie zufällig auf dem Flur, so wich sie wenn immer möglich großräumig aus. War dies nicht möglich, wandte sie sich mit ihrer ganzen Körperachse zur Seite und neigte den Kopf zum Boden, so dass sie keinerlei Sicht- oder Körperkontakt aufnehmen musste. Aus demselben Grund ging sie innerhalb des Hauses immer eng den Wänden entlang, außerhalb des Kinderhauses auf den Gehwegen des Klinikgeländes meist am Rand der gepflasterten Wege oder auf dem angrenzenden Rasen. Dabei legte sie kein normales Gehtempo an den Tag. Sie ging immer unnatürlich schnell; oft rannte sie von einem Haus zum anderen, nur um möglichst niemanden zu begegnen.

Ihre Diagnose wog schwer und ließ keinen großen Spielraum vermuten: Selektiver Autismus. Ziel des Unterrichts: Verbesserung der Kommunikation, wenn irgend möglich auch Kommunikation durch Sprache.

Nach vielen Gesprächen und Rückfragen u.a. auch bei der zuständigen Neuropsychologin fasste ich mir ein Herz und versuchte mit L.C. zu arbeiten. Bis zu diesem Zeitpunkt hatte ich keinerlei Erfahrung mit Autismus, wusste also im Grunde genommen nicht wirklich, was auf mich zukommen würde. Entsprechend vorsichtig gestaltete ich die erste Stunde.

L.C. kam, soweit erkennbar, willig mit, als ich sie auf der Station zur Therapie abholte, allerdings ohne direkten Blickkontakt zu mir und indem sie mir immer mindestens 2 Meter vorauseilte.

Es war Herbst draußen, und so wählte ich die Jahreszeit zum Thema unserer ersten Stunde. Ich hatte eine entsprechende Musik zur Verfügung, welche sausenden Herbstwind und fallende Blätter in Tönen erklingen lässt. L.C. und ich stellten uns frontal zueinander mit ca. 2 Meter Abstand voneinander im Raum auf. Ich forderte L.C. auf, der Musik gut zuzuhören und dann mit mir zusammen mit dem eigenen Körper die Bewegungen der Herbstblätter im Wind und beim Fallen auf den Boden ohne Musik pantomimisch nachzuspielen.

L.C. schaute mir erst einmal - seitlich abgewandt durch ihre Haare hindurch - von unten herauf ohne eine Regung zu, wie ich das machte. Dann hatte ich die Eingebung, den Wind mit den Lippen nachzupfeifen und gleichzeitig die Bewegungen dazu zu machen.

L.C. fand dies erstaunlicherweise lustig, lächelte deutlich sichtbar und begann zaghaft, die Bewegungen zu imitieren. Ich sah, dass sie immer nur entweder den Oberkörper oder dann nur den Rumpf und die Beine gleichzeitig bewegte, aber niemals den ganzen Körper zusammen. Ich änderte die Aufgabe dahingehend, dass sie jetzt auf meine Anweisung hin entweder nur den Oberkörper bewegte mit

Betonung auf ganz deutliche Bewegungsführung des Windes und der fallenden Blätter, oder dann den Unterkörper mit Einbezug der Beine.

Nachdem dies recht gut gelang, versuchten wir die Bewegungen zusammen zur Musik zu koordinieren. Dabei stellte ich fest, dass L.C. ein ausgezeichnetes Musikgehör und -gedächtnis hatte; sie wusste bereits beim zweiten Abspielen der Musik ganz genau, wo der Rhythmuswechsel des Stücks stattfand, und wartete nur darauf, bis der Wind die Blätter von den Bäumen fegte.

Wir wechselten die Rollen, nun sollte sie mit dem Mund die Windgeräusche produzieren und ich ließ mich von ihrem „Wind“ bewegen. Diese Aufgabe klappte auf Anhieb. Es schien L.C. großen Spaß zu bereiten, mich mittels Pfeifen, Heulen und Blasen durch den ganzen Raum zu bewegen. Dabei entstand wie von selbst ein erstes gemeinsames „Gespräch“, das L.C. so gut gefiel, dass sie dabei sogar ihre abgedrehte Körperhaltung aufgab.

Das Ende der Stunde beschlossen wir zusammen, indem beide noch einmal mit imaginären leisem Wind als Blatt auf den Boden fielen und uns lang und entspannt hinstreckten.

Abrupt stand L.C. auf und verschwand rennend, zur Seite geneigt und grußlos aus dem Raum, nachdem ich ihr den Schluss der Stunde ansagte.

Die erste Zeit mit L.C. bedeutete ein vorsichtiges Herantasten an die Möglichkeiten und Grenzen meiner Patientin. Sie kam viermal die Woche in die Stunde. Meine erste und oberste Zielsetzung war, für L.C. eine emotionale Vertrauensbasis zu schaffen. Denn nur so würde eine Entwicklung überhaupt möglich sein. Auf der einen Seite stellte ich rasch fest (anhand solcher Stunden wie z.B. diejenige mit der Herbstmusik), dass L.C. gute kognitive Leistungen zeigte. Sie verfügte über eine rasche Auffassung sowie ein sehr gutes Gedächtnis und über eine gute räumliche Orientierung. Andererseits sprach sie weiterhin kein Wort mit mir. Ebenso hatte sie größte Schwierigkeiten mit Körperkontakt; einander die Hand zur Begrüßung und Verabschiedung zu reichen, war schlicht unmöglich. Ich ließ sie gewähren und versuchte die Spiele so zu gestalten, dass sie im indirekten, nonverbalen Dialog mit mir bleiben konnte.

Bereits in der zweiten Woche der Arbeit mit L.C. passierte folgendes: Wie immer wartete ich um die festgelegte Zeit nach der Mittagspause auf meine Patientin. Als sie nicht pünktlich erschien, was sehr ungewohnt war, wollte ich sie auf der Station im Kinderhaus abholen. Ich fand L.C. im Essraum ihrer Gruppe, sichtlich verstört. Auf meine Aufforderung zum Unterricht zu kommen, rannte sie in Windeseile weg und war kaum mehr dazu zu bringen, ihre warme Jacke anzuziehen für den Weg vom Kinderhaus zum Haus A. Man teilte mir auf der Station mit, dass L.C. kein

Mittagessen hatte, weil sie sich entgegen der Abmachung mit den Sozialpädagogen strikt geweigert hatte, mit einem gesprochenen Satz um das Essen zu bitten (L.C. bekam für jeden gesprochenen Satz Belohnungspunkte als pädagogisch/therapeutische Maßnahme).

An diesem Tag waren wir das erste Mal unterwegs zu meinen neu bezogenen Therapieraum im Haus A. L.C. sollte mir beim Transport von Holzreifen zur Hand gehen. Trotzig schüttelte sie den Kopf. Ich beschloss, dieses Nein zu ignorieren und drückte ihr die Ringe einfach in die Hand. Und siehe da, sie behielt die Ringe in der Hand und trug sie für mich. Sie hatte sich also noch nicht in der totalen Verweigerung verbarrikadiert. Trotzdem war höchste Alarmstufe angesagt. Ihr Körper war extrem zur Seite abgedreht. Ihr Kopf tief gegen den Boden gerichtet. Der ganze Körper und die Mimik meiner Patientin signalisierten Flucht und Rückzug.

Schweigend gingen wir den Weg nebeneinander her zum Haus A. Fieberhaft überlegte ich mir indessen, wie ich den Einstieg in die Stunde für L.C. gestalten sollte. Instinktiv spürte ich, dass heute die dünne Vertrauensbasis zwischen L.C. und mir ein erstes Mal auf die Probe gestellt wurde. Da kam mir der rettende Gedanke: Umkehrung der Rollen. L. C. durfte selbst wählen und bestimmen, was wir in der Stunde machen würden! Ich bot ihr an, entweder eine bereits eingeübte Bewegungsfolge zu Musik zu machen. Oder ein Versteckspiel mit verschiedenen Nüssen, Kastanien und Orangen. Und ich bot ihr darüber hinaus an, selbst zu bestimmen, wer von uns beiden was machen sollte. Meine Strategie schien aufzugehen; L.C. wählte das Versteckspiel. Und sie wählte es, indem sie sprach! Ein Wort nur, aber immerhin direkte Rede. Und sie gab noch einen weiteren, diesmal einen Zwei-Wort-Satz zur Antwort auf meine Frage, wer von uns beiden denn als erste mit Verstecken beginnen sollte. Sie sagte leise, aber deutlich: „Ich verstecken!“

Ich nutzte die Gunst der Stunde, und wies L.C. an, mir über die Worte „heiss“ oder „kalt“ Hinweise bei der Suche nach den von ihr versteckten Herbstfrüchten zu geben. Bei der ersten Runde klappte dies noch nicht. Sie steuerte mich wie gewohnt mittels Mimik und Gestik. Bei der zweiten Runde wollte ich mich mit ihr auf genau abgemachte Gesten einigen. Da sprach sie die Worte, nun aber von sich aus. Bei der letzten Runde legten wir die gefundenen Früchte in einen der mitgebrachten Holzreifen auf den Boden. So entstand mit jeder neu gefundenen Frucht langsam ein Gesicht. Als das Gesicht vollständig war, durfte sich L.C. daraus etwas zum Mitnehmen auswählen. Da schaute sie mir das erste Mal direkt in die Augen und schien mich zu fragen: Bist du ganz sicher? Ich forderte sie noch ein zweites mal auf. Da nahm sie endlich die Orange, packte ihre Schuhe und ihre Jacke und stürmte wie gewohnt aus dem Raum.

Diese Stunde war die Durchbruchstunde. Von nun an ließ sich meine Patientin auf den gemeinsamen Prozess des Begegnens auf der sozialen Ebene ein. Sie begann, mich mehr und mehr zu testen. Mit schier unendlicher Phantasie zeigte sie mir immer wieder aufs Neue, welche Spiele sie gern spielte. Und welche sie nicht gerne mochte. Wenn möglich natürlich immer ohne zu sprechen. Im Gegenzug versuchte ich, all ihre Impulse aufzunehmen und ein sinnvolles Spiel daraus zu machen. Als gemeinsames Begrüßungsritual entpuppte sich bald nach dieser Stunde ein Versteckspiel. L.C. stellte sich in einen Türrahmen im Eingangsbereich des Hauses A. Nun wartete sie, bis ich sie suchte und fand. Vorher konnten wir die Stunde nicht beginnen. Beim Abschluss der Stunde erfand sie ein ähnliches Ritual. Sie ging nur auf Umwegen aus dem Haus, schaute dabei immer über die Schulter, um sicher zu sein, dass ich ihr folgte, und wartete dann mit kindlicher Freude darauf, dass ich sie aus dem Haus jagte. L.C. öffnete sich mehr und mehr. Sie ließ mich nun auch körperlich viel näher an sich heran. Wenn es das Spiel erforderte, durfte ich sie überall berühren. Ich änderte das Therapieziel dahingehend, dass L.C. vermehrt ihre Sprache einsetzen sollte und wir Spiele spielten, bei denen es ein soziales Miteinander gab.

Aufgrund meiner Therapieprotokolle stellte ich bald fest, dass L.C. meiner Ansicht nach keine kognitiven Einschränkungen aufwies. Dies stand aber in einem krassen Gegensatz zur sozialen und emotionalen Reife von L.C., welche völlig unterentwickelt waren. Es galt nun für mich im weiteren Verlauf herauszufinden, auf welcher Stufe, aus entwicklungspsychologischer Sicht betrachtet, L.C. sich befand. Darum forderte ich meine Patientin zum Schluss der Stunden manchmal auf, ihre Gefühle in einer Zeichnung auszudrücken. Diese waren anfänglich sehr karg und gerade dadurch aufschlussreich. Leichter fiel L.C. dagegen, sich in Worten auf dem Papier auszudrücken. Da war die Aufgabenstellung jeweils so, dass ich wissen wollte, was ihr in der Stunde gefallen oder nicht gefallen hatte. Dies war wiederum sehr wichtig für die Gestaltung der weiteren Stunden. Ein weiterer eminenten Faktor bei diesen Reflexionen auf der nonverbalen Ebene war die Tatsache, dass ich ihre schriftlich notierten Inhalte zur Stunde niemals bewertete. Sie durfte innerhalb der vier Wände meines Arbeitsraumes auf dem Papier alles „sagen“ - also auch bewusste Provokationen oder Nonsense - ohne dafür bestraft oder als dumm verurteilt zu werden. Auf diese indirekte Weise stärkte ich ihr Selbstvertrauen und ihre Eigenständigkeit.

Gegen Ende ihres bald viermonatigen Aufenthaltes in Gailingen, hatte ich herausgefunden, dass L.C. beim Spielen am meisten Freude und Interesse zeigte, wenn wir Spiele spielten, die dem Reifegrad eines ca. sechs- bis siebenjährigen Kindes entsprachen. Wenn wir z.B. das Telefonspiel spielten - sie war das Telefon mit

ihrem ganzen Körper, ich „drückte“ auf die Tastatur und benutzte dazu ihren Bauch - so sprach L.C. mit mir wie ein Buch. Sie erzählte mir lange Geschichten voller Phantasie. Begleitet von Tönen und viel Gekicher. Wie weggewischt war dabei ihre Sprachverweigerung; im Gegenteil, sie fand bei diesem Spiel jeweils nur schwer den Schluss. Wie alle Spiele, welche wir zusammen spielten, hatte sich auch dieses Telefonspiel aus der Beobachtung der Patientin heraus entwickelt. Hierbei war ein stillgelegter Telefonanschluss mit noch hängendem Kabel in meinem Behandlungsraum sozusagen Pate gestanden. L.C. nahm das Kabel eines Tages in die Hände und begriff sofort, dass es sich dabei um einen Telefonanschluss handelte. Ich amte mit meiner Stimme das Klingelzeichen nach, und L.C. stieg auf das Spielangebot ein, indem sie sich mit einem „Hallo?“ meldete.

Auf der sozialen Verhaltensebene war sie oft sehr schwierig und - nebst ihrer angelernten Verhaltensstörung - eindeutig auch in der Pubertät. Manchmal vermischten sich die verschiedenen Ebenen in ein und derselben Stunde. Ich lernte dabei, mich autoritär durchzusetzen, wenn der Teenager ein Machtspielchen mit mir treiben wollte. Ich lernte aber auch, dem Grundschulkind Verhandlungsangebote zu machen, auf die es einsteigen konnte.

In der Gruppe auf der Kinderhausstation machte L.C. inzwischen sehr große Fortschritte. Sie sprach wie ein Wasserfall; und sie fand eine Freundin, mit welcher sie ein Herz und eine Seele war. Beides große und unerwartete Schritte im Leben von L.C.. Gerne hätte ich sie auf diesem Weg weiter begleitet, doch ihre Entlassung nach Hause stand kurz bevor, nachdem man in der Nähe ihres Wohnortes eine geeignete Schule für sie fand.

Der langsame Prozess des gegenseitigen Begegnens und das wechselseitige Herauskrystallisieren der verschiedenen Reifegrade von L.C., bedeuteten eine wichtige Grunderfahrung für mich. Eine Erfahrung, welche sich ein paar Monate später bei der Arbeit mit sehr verwirrten Patienten von großem Nutzen erweisen sollte. Denn mit L.C. hatte ich gelernt, dass Verweigerung oft aus Überforderung entsteht. Eine Überforderung, welche aus der Diskrepanz der verschiedenen Ebenen zueinander begründet ist. Also unterschiedliche Leistungen der Kognition, der sozialen und emotionalen Reife sowie der motorischen Möglichkeiten in ein und derselben Person.

3.2.3. Patient N.M.

Die Erinnerung an die Arbeit mit diesem außerordentlichen Patienten wird mich auf all meinen zukünftigen Wegen begleiten. N.M., ein als Säugling schwer an Epilepsie erkrankter, fünfjähriger Junge, welcher sich nach einer Gehirnopration zur Rehabilitation im Kinderhaus aufhielt, war mir bereits im September bei meiner Vorstellung im Kinderhaus aufgefallen. N.M. sprach nicht und musste noch immer gewickelt werden. Er sah (im wahrsten Sinne des Wortes) nicht ein, weshalb und wozu er gehen sollte. Seine Motorik war normal entwickelt. Doch konnte er als Folge der Operation nicht mehr gut sehen. Meist wollte er sich nur auf den Boden setzen. Zudem litt er an großen Stimmungsschwankungen und weinte oft. Stereotype Bewegungsmuster mit den Händen und dem Kopf dienten der Eigenstimulation zur Beruhigung. Ohne seinen Schnuller wollte er niemals sein. Ziel und gleichzeitig Hoffnung war es, N.M.s Interesse an der Umwelt und seine Eigeninitiative zu wecken. Vor der Operation hatte der kleine Patient manchmal mit bis zu hundert Krampfanfällen pro Tag zu kämpfen. Er konnte sich in der Folge nicht weiter entwickeln. Konventionelle Behandlungsmethoden zeitigten keinen Erfolg. Die einzige Chance zu einer Verbesserung seines Zustandes bestand deshalb nur in diesem großen chirurgischen Eingriff.

Eines Tages, nachdem ich schon beinahe drei Monate im Kinderhaus ein und ausging, sprach mich die Mutter von N.M. auf dem Flur an. Sie fragte mich, ob ich bereit wäre, mit ihrem Sohn zu arbeiten, da sie gehört hätte, dass ich mit Musik arbeite. Denn ihr Sohn, erklärte sie mir, würde stark auf Musik reagieren, deshalb wäre es bestimmt gut für ihn, mit mir zu arbeiten.

Wie im Fall von L.C. traute ich mir erst einmal überhaupt nicht zu, mit einem so anspruchsvollen Patienten adäquat arbeiten zu können. Ich wollte die Mutter aber nicht gleich vor den Kopf stoßen und versprach ihr, die Angelegenheit mit meinen Teamkollegen zu besprechen. Der Krankengymnast, der N.M. schon seit September betreute, und der behandelnde Neuropsychologe fanden jedoch, dass die Sache auf jeden Fall einen Versuch wert sei. Vorausgesetzt, ich würde es mir selbst zutrauen. Ich sprach noch einmal mit N.M.s Mutter, erklärte ihr, dass ich keine Musiktherapeutin wäre. Zu meiner Absicherung, damit es nicht zu Verwechslungen und falschen Erwartungen käme. Und ich vergewisserte mich auch dahingehend, dass ich die Möglichkeit zum Abbruch des Experimentes gehabt hätte. Nach diesem erneuten Gespräch wollte die Mutter noch immer, dass ich mit ihrem Sohn arbeiten würde.

Weil ich mich im Team gut aufgehoben fühlte, sprang ich in's kalte Wasser und begann mit N.M. zu arbeiten. Die ersten Stunden mit ihm waren schwierig für alle

Beteiligten. Was für ein Ziel sollte ich formulieren? Ich entschied, dass das erste Ziel der Aufbau von Vertrauen und Sicherheit sein sollte. Dazu musste ich N.M. erst einmal in Ruhe beobachten. Dies galt umgekehrt genauso für meinen kleinen Patienten. Da N.M. sich gleichzeitig an eine neue Therapeutin als auch an eine neue Umgebung gewöhnen sollte, forderte ich die Mutter auf, die ersten Stunden mit dabei zu sein. Es kam mir so vor, als ob N.M. wie ein ausgesetztes kleines Rehkitz mit der Nase zu wittern versuchte. Er weinte beinahe durchgehend und war sichtlich verstört. Er setzte sich mitten im Raum auf den Boden und nahm ganz deutlich die für ihn ungewohnte Umgebung meines Arbeitsraumes wahr. Und deutlich war auch, dass ihn meine Anwesenheit sehr verunsicherte. Ich beschränkte mich deshalb auf ein Beobachten aus der Distanz. Fragte die Mutter nach seinen Vorlieben und Abneigungen, und nach der Interpretation seiner Mimik. Währenddessen konnte sich N.M. an meine Stimme und an meine körperliche Präsenz gewöhnen. Bereits bei der dritten Stunde konnte die Mutter den Raum verlassen. Ich ließ N.M. weiter am Boden sitzen und beobachtete ihn aus der Entfernung von ca. einem Meter. Ich stellte schnell fest, dass ihn Musik eher überforderte in der neuen Umgebung. Also ließ ich es bleiben mit der Musik. Ich versuchte, ihm langsam näher zu kommen mittels eines Tamburinschlägels, mit welchem ich einen einfachen Rhythmus auf den Boden klopfte. Gespannt drehte N.M. den Kopf in die Richtung der Töne. Er weinte aber sofort wieder, als ich ihm für seinen Geschmack zu nahe kam. Es folgten weitere Stunden des gegenseitigen „Beschnuppens“ und Annährens in denen ich N.M. nur beobachtete, wenig mit ihm sprach und ihm auch nichts zu seiner Ablenkung anbot außer das Klopfen mit dem Schlägel auf den Boden und auf seine nackten Fußsohlen. Ich versuchte damit herauszufinden, auf welchen Sinnesreiz N.M. am stärksten reagierte.

Eines Tages bemerkte ich auf dem Weg in das Haus A (den er meist nur ein paar Meter selbständig ging, den Rest transportierte ich ihn im Kinderwagen), dass N.M. wieder ganz deutlich den Kopf und den Oberkörper einer regelmäßig vernehmbaren Tonquelle zuwandte. Diesmal waren es hohe, klappernde Absätze einer Mutter, welche an uns vorbeiging. In der Folge begann ich mit dem Trommeln eines immer gleichen Rhythmus auf dem Tamburin. Es handelte sich dabei um einen nordamerikanischen Indianer-Rhythmus, den ich von einer CD meiner Musiksammlung übernahm. Das Resultat war so verblüffend wie durchschlagend; N.M. setzte sich nicht mehr wie gewohnt in der Mitte des Raumes auf den Boden, sondern er blieb wie angewurzelt stehen, wandte sich der Tonquelle zu und begann dann im Kreis zu gehen, ja zu springen und zu hüpfen. Dieses im Kreis gehen war

- im Unterschied zu sonst - diesmal nicht orientierungslos. N.M. setzte einen Fuß vor den anderen ohne mit seinen Gliedmassen ins „Stricken“ zu kommen. Es schien, als ob seine gesamte Muskulatur eine größere Spannung bekam und er dadurch viel gezielter seine Motorik benützen konnte.

Lange Zeit verbrachten wir die Stunden immer nach diesem Muster. Inzwischen hatte N.M. soweit Fortschritte gemacht, dass er den ganzen, weiten Weg mit mir zu Fuß vom Kinderhaus in das Haus A ging, sofern ich das Tamburin mit dabei hatte. Im Behandlungsraum angekommen, ließ ich ihm keine Ruhe mit dem Rhythmusklopfen. Es hielt ihn beständig auf den Beinen. Meine Hoffnung war, dass er dann von selbst anfing, sich für all die herumliegenden Dinge in meinem Raum zu interessieren. Oft weinte und quengelte er. Dann ließ ich ihn zur Beruhigung mit dem Wasser des Waschbeckens spielen. Auch versuchte ich ihn manchmal über den Hautkontakt seiner Fußsohlen zu beruhigen. Nach einer solchen Weinstunde, bei der nichts zu seiner Beruhigung helfen wollte, geschah es dann unerwartet. Beim Schuhe anziehen zum Schluss der Stunde kniete ich vor N.M. in einer gebeugten Haltung. Er selbst überragte mich, denn er saß auf einem Stuhl. Gerade als ich ihm die Schnürsenkel binden wollte, griff mir N.M. mit der einen Hand kräftig in mein Haar. Und er ließ nicht mehr los, sondern er nahm auch seine andere Hand hinzu. Starr vor Freude ließ ich ihn gewähren, wenn auch das Ziehen meines Haares inzwischen schon ganz schmerzhaft wurde. Ich wusste, nun hatte er mich wahrgenommen. Von dieser Stunde an begann N.M. mit dem Entdecken seiner Umwelt mittels Tasten, Schmecken und Riechen. Er verbrachte viel Zeit mit dem Abtasten der Wände im Behandlungsraum, aber auch im Kinderhaus und überall sonst, wo er sich aufhielt. Er nahm von sich aus sozialen Kontakt auf, indem er den Kindern seiner Gruppe und auch all seinen Betreuungspersonen die Gesichter abtastete. Besonders viel Spaß machte es ihm, wenn es ihm gelang, seine ganze, kleine Hand seinem Gegenüber in den Mund zu stecken und die Zähne darin abzutasten. Gleichzeitig wurde er viel ausgeglichener in seiner Gemütsverfassung. Oft war er nun ausgesprochen fröhlich und lachte viel während der Stunde.

Ich blieb weiterhin beim Trommeln auf dem Tamburin, versuchte nun aber N.M. für das Trommeln zu interessieren, indem ich manchmal einfach aufhörte zu trommeln. Und auch dies traf eines Tages ein; N.M. griff sich das Tamburin, tastete es ausgiebig und fing dann mit der einen Hand, an darauf zu klopfen.

Inzwischen war N.M. so gut orientiert und emotional ausgeglichen, dass ich es mit einer ganz einfachen Drei-Ton-Musik versuchte. Und auch dies war nun möglich. Aufmerksam, mit zur Musikquelle geneigtem Ohr, verharrte er an Ort und Stelle.



Beim zweiten Abspielen der gleichen Musik begann er sich im Takt zu wiegen und in die Hände zu klatschen. Laut lachte er dazu und gab Töne von sich. Nicht jede der folgenden Stunden war von solchen großen Fortschritten begleitet. Der eigentliche Fortschritt bestand in meinen Augen jedoch vor allen Dingen in der deutlich verbesserten Gemütslage von N.M.. Er war nun kaum mehr quengelig und weinte nur noch, wenn er krank war oder Kopfschmerzen hatte. Er war meist zufrieden und fröhlich. Er begann zu lautieren und war damit manchmal so sehr beschäftigt, dass alles andere in den Hintergrund trat. Und er begann auch andere, deutliche Emotionen zu zeigen, Wutanfälle zum Beispiel. Oder er konnte unvermittelt sein Bedürfnis nach Körperkontakt zeigen, indem er mir ganz nahe kam und auf den Schoß sitzen wollte. Es konnte auch vorkommen, dass er mich umarmte und drückte als Zeichen seiner Sympathie und seines Vertrauens.

Gegen Ende meiner Zeit im Kinderhaus wurde N.M. nach Hause entlassen, wo er weiterhin in entsprechenden Institutionen gefördert wird. Ich bin seiner Mutter noch heute dankbar, dass ich dank ihr und ihrem Sohn bereits am Beginn meiner Praktikumszeit eine solch tiefgreifende Erfahrung machen konnte.

Im Anschluss daran, wollte ich natürlich wissen, was ich bei diesem Patienten durch das Trommeln bewirkt hatte. Ich las u.a., dass das Gehör ein uraltes Organ ist, welches im Laufe der Evolution nur sehr wenig neue Entwicklung erfuhr. Sodann ist das Gehör in der sechsten Schwangerschaftswoche im Mutterleib bereits voll ausgereift. Man weiß inzwischen, dass sich der Fötus im Bauch der Mutter nach den Schallwellen ausrichtet. Tiefe Töne haben für den Menschen eine beruhigende Wirkung, hohe Töne sind eher anregend. Dies in Kürze die wichtigsten Erkenntnisse.

Dieses Ausrichten nach den Schallwellen des Fötus im Mutterleib war bei N.M. deutlich sichtbar. Wohl, weil es der einzige vertraute Sinnes-Reiz aus der Außenwelt war, den er einordnen konnte, da sein Gehör vollkommen intakt war. Die tiefen Töne des Tamburins bewirkten bei meinem anfänglich doch sehr verstörten Patienten offenbar eine Beruhigung. So konnte er sich öffnen für weitere Informationen, die er sich nun über den Tastsinn erarbeitete. Weiter vermute ich heute aus der Rückschau, dass es ihm bei mir so langweilig wurde durch die ewige Trommellei, dass er gar nicht mehr anders konnte als sich selbst zu beschäftigen. Denn er war ja seit Jahren gewohnt, dass ihm seine Umgebung alles was ihn vielleicht interessieren könnte, unter die Nase gehalten hatte.

Diese drei Fälle waren wichtige Grunderfahrungen. Sie flossen täglich auch in die Stunden mit den anderen Patienten ein. Ebenso waren sie wichtig für die Arbeit mit

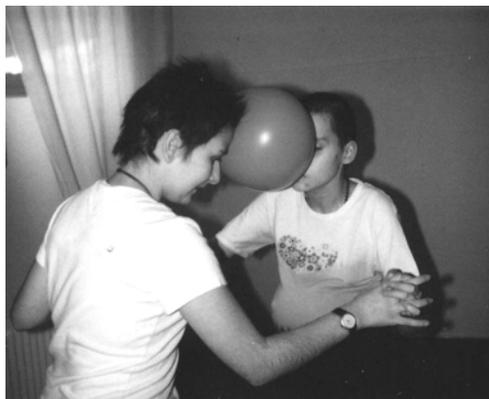
den Tanztherapie-Gruppen. Denn auch hier zeigte es sich sehr rasch, dass ich zuerst einmal die Voraussetzungen zur eigentlichen Tanztherapie schaffen musste. Die erste Gruppenarbeit begann schon in der zweiten Praktikumswoche mit zwei Mädchen im Pubertätsalter.

3.2.4. Gruppenarbeit mit A.G. / N.L./ R.I./ E.D.

A.G., 13 Jahre alt (maligner Hirntumor) und Patientin N.L., 12 Jahre alt (Hirnschlag). Beide Mädchen hatten eine äußerst schwere und lange Leidenszeit hinter sich. Sie wiesen beide schwere motorischen Störungen sowie kognitive Schädigungen auf. Patientin A.G. litt zusätzlich an einer Sehstörung und Patientin N.L. an einer Sprachstörung. A.G. hatte eine Operation und sechs Chemotherapiebehandlungen hinter sich. Sie war über ihren malignen Tumor vollumfänglich informiert. Beide Patientinnen litten an Depressionen, welche sich v.a. in somatischen Bauch- und Kopfschmerzen, aber auch in allgemeinen großen Stimmungsschwankungen äußerten. Beide waren seelisch und sozial vermindert belastbar. Dazu gehörte auch die Trauer um den Verlust ihrer vormals langen Haare.

Nach anfänglichen Missverständnissen über den Begriff „Tanztherapie“ (die Mädchen erwarteten von mir perfektes Vortanzen und sie würden versuchen nachzutanzten) hatten die beiden Patientinnen soweit zu mir Vertrauen gefasst, dass es bereits in der dritten Stunde möglich wurde, sie zu einem ersten, tänzerischen Bewegungsablauf mit Musik zu animieren. Es handelte sich dabei um einen vereinfachten Grundsultanz. Zuvor waren aber die ersten zwei Stunden nach meinem Dafürhalten mehr oder weniger ins Wasser gefallen. Ich überforderte die Mädchen, indem ich zu viel verschiedene Musik einplante. Und indem ich die Mädchen frei ließ in der Wahl der körperlichen Ausgangsposition. In der ersten Stunde z.B. legte sich A.G. auf eine Matte am Boden und rührte sich nicht mehr von der Stelle. N.L. setzte sich in eine Ecke, wo ich sie möglichst nicht richtig sehen konnte. Und sie bewegte während dieser ersten Stunde ein einziges Mal ihren rechten Zeigefinger (diesen Zeigefinger werde ich als Bild noch lange vor meinem inneren Auge haben). Die Anfangsposition ließ ich die Mädchen natürlich von jetzt an nicht mehr selbst wählen. In der zweiten Stunde ging es schon etwas besser, doch ich sah deutlich, dass sie meine Musikwahl nicht sehr „cool“ fanden. Nachdem ich als Abschluss ihre Meinung zur zweiten Stunde hören wollte, offenbarten sie mir dann ihre Vorstellung von Tanztherapie. Immerhin ein erstes wichtiges Zeichen von Vertrauen in mich.

Auf diese Weise kam ich sehr schnell darauf, dass ich zuerst etwas anbieten musste, dass rasch zu einem tänzerischen Erfolg führte. Und ich begriff, dass ich



am Beginn einer solchen Gruppenarbeit nicht zu viel verschiedene Musik einsetzen durfte. Und vor allen Dingen musste ich Musik nehmen, die den Mädchen gefiel. In ihrem Fall war dies Musik aus der Hitparade.

Zu den beiden Mädchen kam bald einmal ein Drittes hinzu. Patientin R.I., 10 Jahre alt. Dieses Mädchen litt, im Unterschied zu den anderen beiden Mädchen, an einem angeborenen Hirnschaden. Sie saß im Rollstuhl und war zur weiteren Stärkung ihrer Rumpfmuskulatur in Gailingen. R.I. wies wenig kognitive Einschränkungen auf. Sie war ein lebhaftes und fröhliches Mädchen am Beginn der Pubertät.

Und sie hatte einen unbändigen Willen, trotz ihrer schweren motorischen Behinderung zu tanzen und sich mit und im Rollstuhl zu bewegen.

Zunächst war es natürlich ein persönliches Wagnis eine Patientin im Rollstuhl in diese Gruppe aufzunehmen. Würde ich sie integrieren können? Eine Frage, die sich jedoch rasch erübrigte, denn R.I. steckte mit ihrer Fröhlichkeit und Lebendigkeit die anderen beiden Mädchen sofort an. Wir beschlossen, für den kommenden 6. Dezember beim Besuch des Nikolauses im Kinderhaus eine Tanzaufführung zu machen. Dazu nahmen wir die selbst gewählte Musik von Patientin A.G. Und wir schafften es tatsächlich, trotz der verschiedenen Einschränkungen, eine einfache, eigene Bewegungsfolge zur Musik zu entwickeln und einzustudieren. Auch bei dieser Arbeit kam mir das zufällige Beobachten zu Hilfe. Ich hatte R.I. eines Tages von Weitem beobachtet, wie sie in Windeseile und kraftvoll die Rollstuhlräder mit ihren Armen zur Fortbewegung in Gang setzte. Sie befand sich auf dem Weg von der Schule ins Kinderhaus zurück. Als ich ihr ein Hallo zurief, stoppte sie und drehte sich mit ihrem Rollstuhl gekonnt um die eigene Achse und winkte mir zu. Diese Szene baute ich in die Choreografie ein. Sie sollte dann bei der Aufführung für großen Applaus sorgen. Die anderen zwei Mädchen hielten Tücher in der Hand, rhythmisch bewegt, sorgten sie für Schwung und Dynamik. Die schönen Seidentücher hatten die Funktion des „sich an Etwas halten“ können und gleichzeitig sind Tücher auch Ausdruck von Weiblichkeit. Beides Themen, welche von Beginn des Unterrichts mit den pubertären Mädchen deutlich im Vordergrund standen.

Nach der gelungenen Aufführung wurde es gruppenspezifisch jedoch zunehmend schwierig. Einerseits hatten die Mädchen noch immer nicht ganz verstanden, dass es in der Tanztherapie nicht ohne eigenes Zutun geht. Und andererseits äußerten die älteren zwei Patientinnen dem Mädchen im Rollstuhl gegenüber offene Ablehnung. Nun galt es, diesen Konflikt zum Thema in der Therapie zu machen. Es stellte sich heraus, dass die beiden älteren Mädchen das Jüngere zu „kindlich“ fanden. Ich war nicht dieser Ansicht. In der Folge versuchte ich über verschiedene spielerische Wahrnehmungsübungen und Partnerkontaktübungen zu Musik mit verschiedenen Aufgabenstellungen, das Problem anzugehen. Zugespitzt hatte sich die Situation inzwischen auch noch durch ein weiteres Gruppenmitglied.

Patientin E.D. Sie litt ebenfalls an den Folgen einer Hirntumoroperation. E.D., dreizehn Jahre alt, war stark untergewichtig und allgemein in sehr schlechter körperlicher und seelischer Verfassung. Patientin A.G. und E.D. kannten sich bereits aus der Zeit in der Akutklinik, in welcher beide operiert worden waren. Dies verschärfte die Gruppendynamik aufs Neue. Ich entschloss mich deshalb, noch einmal eine kurze Choreographie mit allen Vier gemeinsam einzustudieren. Diesmal flossen schon erstaunlich viele eigene Bewegungsideen der Mädchen zur Umsetzung des

ausgewählten Popsongs ein. Das choreographische Muster war deutlich komplizierter. Alle mussten die Musik genau kennen, um sie dann in den festgelegten Bewegungsfolgen repetieren zu können. Diese Arbeit war in dreierlei Hinsicht besonders wertvoll. Erstens trainierten wir spielerisch das Gedächtnis. Zweitens war es eine Gruppenarbeit, welche die soziale Kompetenz der Mädchen förderte. Und drittens wurde ihr Ehrgeiz durch die Aussicht auf eine Aufführung gesteigert. Und last but not least wurden durch das repetitive Üben des Tanzes Bewegungsführung und Gleichgewicht wie von selbst optimiert.



Patientin R.I. war inzwischen nach Hause zurückgekehrt und ich arbeitete mit den verbliebenen drei Patientinnen weiter. Ziele wie nonverbale Traumaverarbeitung, Arbeit am persönlichen Ausdruck sowie individuelle Kreativitätssteigerung waren jetzt an der Reihe. Die Mädchen hatten sich inzwischen gut erholt. Alle waren wieder bei ihrem Normalgewicht angelangt und sie waren ausdauernder und belastbarer geworden. Gegen Ende der halbjährigen Gruppenarbeit waren die Mädchen in

der Lage, mit mir zusammen an einer weiteren Produktion zu arbeiten. Diese hatten sie nun weitgehend selbst gestaltet. Die Auswahl des Themas - die Geschichte eines jungen Liebespaares, das durch viele Prüfungen hindurchgehen muss, bis es ein Happyend gibt - wurde von der Gruppe selbst bestimmt. Wir fabrizierten gemeinsam in den Stunden Gipsmasken, welche dann bei der Produktion eingesetzt werden sollten. Ein großes Fallschirmtuch sollte ebenso eine Rolle spielen bei der Umsetzung ihrer Ideen. Leider kam es nicht mehr zu einer Aufführung dieser Eigenproduktion, da die Mädchen alle innerhalb derselben Woche nach Hause entlassen wurden. Die Arbeit an dem Liebesgeschichten-Thema war aber trotzdem sehr wichtig für alle drei Patientinnen. Denn über den Mythos der tragischen jungen Liebe, die schließlich in ein Happyend mündet, konnten sie viel ihrer eigenen traumatischen Erlebnisse hineinbringen. Alles auf der nonverbalen Ebene, nur über das kreative Gestalten und das körperliche Erleben. Das angestrebte Ziel der Tanztherapie – Integration von Leib und Seele - konnte ich mit dieser Gruppe nun das erste mal in der Praxis erfahren. Auch diese Arbeit sollte sich in Zukunft als wegweisend herausstellen.

4. Durchführung des Praktikums in der Frühmobilisation

4.1. Vorbemerkungen

Die Abteilung Frühmobilisation des Hegau-Jugendwerks nimmt Kinder und Jugendliche aller Altersstufen auf. Die Mehrheit dieser Patienten befindet sich am Beginn ihrer Rehabilitation. Oft kommen sie direkt aus einer einweisenden Akutklinik nach Gailingen. Nach heutigem Wissensstand ist es für Patienten nach erworbenem Schädelhirntrauma von größter Bedeutung, so rasch als möglich mit einer adäquaten Rehabilitation zu beginnen.

Die Patienten dieser Abteilung befinden sich in der Regel in einer sogenannten Durchgangsphase nach erworbenem Schädelhirntrauma. Das heißt, sie sind motorisch z.T. noch sehr eingeschränkt, haben Schluck- und Sprechprobleme. Ebenso sind ihrer geistigen Belastbarkeit enge Grenzen gesteckt, ihre Gemütsverfassung ist oft verwirrt und großen psychischen Schwankungen unterworfen.

Dies stellt sowohl an die Ärzte als auch an die Pflege und an das gesamte Therapeutenteam höchste Ansprüche. Denn kein Fall verläuft wie der andere. Es gilt festzustellen, welche Therapien für den jeweiligen Patienten zur Anwendung kommen sollen, um eine erfolgreiche Rehabilitation einzuleiten.

4.2. Falldarstellungen

4.2.1. Patientin T. Z.

T.Z. war ein knapp sechzehn Jahre altes Mädchen, welches an den Folgeschäden einer Enzephalitis mit sehr heftigem Verlauf litt. Aufgrund der schweren Erkrankung war sie eher untergewichtig bei gleichzeitiger voller sexueller Reife. Der geistig/seelische Pubertätsprozess war, soweit erkennbar, noch nicht abgeschlossen. Nebst motorischen Problemen stellten sich vor allem Probleme im sozialen Verhalten ein. T.Z. benahm sich in Gruppen und auf der Station sehr auffällig. Sie konnte keine natürliche Distanz zu ihren Mitpatienten, Therapeuten und Pflegern halten. Sie war laut und schlug mit Armen und Händen immer wieder auf ihr gegenüber ein, ohne wahrnehmen zu können, dass diese „Zärtlichkeiten“ für den Partner meist sehr schmerzhaft waren. Daneben litt sie aber auch stark unter Minderwertigkeitsgefühlen. Sie war sie psychisch sehr instabil und litt an depressiven Verstimmungen.

Erstes Therapieziel für T.Z. war deshalb, eine Vertrauensbasis auf der Beziehungsebene zu schaffen. Sodann ihr Selbstvertrauen zu stärken. Und aufbauend darauf wollte ich versuchen, an der Wahrnehmung von Nähe und Distanz mit T.Z. zu arbeiten.

T.Z. kam zu Beginn des Unterrichts dreimal die Woche zu mir. Aus der Erfahrung mit den jungen Mädchen aus dem Kinderhaus versuchte ich bei dieser Patientin von Anfang an, mit Popmusik zu arbeiten. Die Wahl schien zu stimmen. T.Z. war von der ersten Stunde an sehr kooperativ und motiviert. Durch ihre verminderte Distanz musste ich sie nicht lange bitten, sich zu bewegen; sie machte begeistert mit. Es schien, als ob sie auf meinen Unterricht geradezu gewartet hätte. Anfänglich war sie noch stark sturzgefährdet, bedingt durch die Gleichgewichtsstörungen. Rückwärtsgehen und Drehen um die eigene Achse war nicht möglich. Doch die Arbeit mittels einfachen Bewegungsabläufen zu Musik, welche ich sie selbst bestimmen ließ, damit ihre selbständige Entscheidungskraft gefördert wurde, trug sehr schnell Früchte. T.Z. war rhythmisch ausgesprochen begabt. Durch die Freude an der Musik und ihren Mut, sich bewegen zu wollen, war es ihr bereits nach zwei Wochen möglich, sich um die eigene Achse zu drehen. Ohne dabei zu stürzen und ohne die Orientierung im Raum zu verlieren. Im Takt zur Musik auf einer geraden Linie durch den Raum zu gehen, klappte ebenfalls bereits nach zwei Wochen wieder. Der Patientin half dabei eine optische Unterstützung in Form eines ausgelegten, bunten Bandes.

Gestärkt durch den raschen Fortschritt fasste T.Z. gleichzeitig wieder Lebensmut. Dies drückte sich in einer verbesserten emotionalen Verfassung aus. So entstand

auch wie von selbst die angestrebte Vertrauensbasis zwischen ihr und mir. Sie erzählte mir von ihren Ängsten, ihrer Familie und davon, was ihr Spaß machte. Die Zeit war reif, um an das Thema von Nähe und Distanz zu gehen.

Ich begann mit T.Z. an Körperwahrnehmung- und Differenzierung mittels Atemübungen, Lösungsarbeit (ein passives Bewegen von Rumpf und Extremitäten) und Grundlagenarbeit nach der PSFL-Methode zu arbeiten.

Dazwischen baute ich erste Tanztherapiestunden ein. Diese setzte ich entweder funktionell oder mittels geführter Fantasie an. Eine solche Stunde konnte wie folgt aussehen: Als erstes wies ich T.Z. an, auf nackten Sohlen durch den Raum zu gehen und dabei den Boden unter ihren Füßen gut zu spüren. Ich gab ihr dann genauere Anweisungen; so sollte sie zuerst die große Zehe, dann alle Zehen zusammen beim Auftreten auf den Boden versuchen zu spüren. Auf diese Weise ging es weiter, bis sie den ganzen Fuß, d.h. also zuerst die Zehen, dann die Fußballen, dann die Ferse und dann den Fuß als Ganzes beim Abrollen wahrnehmen konnte. Als nächstes musste sie sich einen Platz im Raum suchen, wo es ihr wohl war und sie gut stehen konnte, Füße parallel zueinander ausgerichtet, so weit auseinander wie ihre Hüftgelenke. Dann wies ich sie nochmals an, den Boden unter ihren Füßen zu spüren. Gleichzeitig sollte sie auch versuchen, ihre Atmung bewusst wahrzunehmen. War die Atmung flach oder war sie angespannt? Ging sie bis tief in den Bauch oder kam die eingeatmete Luft vielleicht nur bis unter ihre Rippenbögen? Danach durfte sich T.Z. am Boden auf einer Matte auf den Rücken legen. Nun sollte sie ihre Atmung im Liegen versuchen wahrzunehmen. Hatte sich etwas verändert dabei? Alle diese Fragen wurden nicht laut beantwortet. T.Z. hatte die Aufgabe, diese Fragen innerlich für sich selbst zu beantworten. Erst zum Schluss der Stunde konnten sie Gegenstand meines Nachfragens über ihre Befindlichkeit während der Stunde werden.

Nun ging die Stunde im Liegen weiter. T.Z. sollte versuchen, die Augen wenn immer möglich geschlossen zu halten. Ich wies sie an, sich vorzustellen, dass sie auf einer einsamen Insel am Strand im warmen Sand liege. Sie sollte ihre Zehen und ihre Füße in diesem imaginierten Sand bewegen. Den Sand zwischen den Zehen durchrieseln lassen. Ich gab weitere Details zu der vorgestellten Strandszene. Von den Füßen ging es nun zu den Unterschenkeln, den Kniekehlen, den Oberschenkeln usw., bis wir am Kopf angelangt waren. Während dieser Reise in der Fantasie wurde die Temperatur immer höher, die Wellen des Meeres kamen immer näher, so dass T.Z. sich aufsetzen musste. Vom Sitzen ging es in den Kniestand, von da weiter ins Stehen und ganz zum Schluss rannten wir zusammen durch den Raum/Strand (jetzt natürlich mit offenen Augen), bis wir schließlich im angenehm kühlen Schatten wieder zur Ruhe kamen.

Der nächste Schritt bestand darin, das Erlebte in eine Zeichnung zu fassen. Hier gab ich wieder präzise Anweisung. Die Zeichnung sollte nicht perfekten zeichnerischen Ansprüchen gerecht werden. T.Z. sollte vielmehr die Eindrücke wiedergeben, welche für sie während der geführten Fantasieübung besonders eindrücklich waren. Sie konnte dies auch über entsprechende Farben machen, ohne den Druck einer figürlichen Wiedergabe. Ich gab ihr dazu knapp zehn Minuten Zeit. T.Z. malte eine Insel mit Strand, Wasser, Sonne und Palmen. Sich selbst malte sie am Strand, beim Sonnenbad liegend. Sie hatte sich also für figürliches Malen entschieden. Nun musste sie sich wieder wie vorher auf die Matte am Boden legen. Ich ließ eine entsprechende „Inselmusik“ von ca. vier Minuten Dauer ablaufen. T.Z. sollte sich jetzt selbständig zur Musik bewegen. Das klappte bereits beim ersten Durchgang gut. So erweiterte ich die Aufgabe dahingehend, dass T.Z. versuchen sollte, zwei selbstgewählte Details ihrer Zeichnung in Bewegung umzusetzen. Für diese Aufgabe spielte ich wieder die Inselmusik ab. T.Z. wählte Wasser und Wind zum Gegenstand ihres Versuchs, Gemaltes mit Bewegung zum Ausdruck zu bringen.

Jetzt fragte ich das erste Mal nach, was sie bei dieser Aufgabe erlebt hatte. Ihre Schilderungen fielen so aus, dass ich beschloss, auch die letzte Stufe der Übung durchzuführen: eine gemeinsame Bewegungsimprovisation. Dabei nahmen wir die gewählten Elemente von T.Z. auf. Wind und Wasser. Sie sollte das Wasser verkörpern, ich den Wind. Ganz zum Schluss der Stunde musste sich T.Z. noch einmal auf den Boden legen. Wieder wies ich sie an, ihre Körperteile und ihre Atmung wahrzunehmen. Hatte sich etwas verändert seit dem Beginn der Stunde? Diese Frage sollte sie mir jetzt direkt beantworten. Ebenso besprachen wir die ganze Stunde. Was hatte sie alles erlebt? Was hatte ihr gefallen, was weniger? Spielregel bei diesem abschließenden Gespräch war dabei immer, dass T.Z. den Inhalt erzählte, den sie mir auch wirklich erzählen wollte. Keinesfalls war sie dazu gezwungen. Wichtig war dabei, dass das Gesagte nicht kommentiert wurde. Wenn nötig, erfolgte höchstens ein neutrales Feedback.

Die oben geschilderte Stunde ist ein sehr gutes Beispiel, wie in der Tanztherapie gearbeitet wird. Das Einsteigen über die funktionelle Grundbewegung des Gehens im Raum, das Weiterentwickeln über die geführte Fantasie, den Einsatz von Musik und Zeichnung, den Einbezug der Elemente Sand, Wasser, Sonne und Wind, den Aufbau vom Ich zum Du und zu guter Letzt das gemeinsame Gespräch. Dies sind die verschiedenen Ebenen, welche, zusammengeführt, die Integrität von Leib und Seele ergeben. Auf diese Art und Weise wird individuelles Erleben möglich. Dies ist der wichtigste Bestandteil der Tanztherapie, im besonderen für solch traumatisierte Patienten wie T.Z. es war.

Im Anschluss an eine solche Stunde werden die Ergebnisse immer in einem Protokoll festgehalten, u.a. auch zum Zweck, dass die Nachbereitung wieder zur Vorbereitung der nächsten Stunde wird. Dies ist meines Erachtens ein weiterer wichtiger Faktor, der die Tanztherapie so erfolgreich macht. Die Tatsache, dass sie Themen, welche sich während des Unterrichts durch die Patienten ergeben, aufgreifen und in die Stunde integrieren kann. So ergibt sich eine sehr direkte Arbeitsweise, ganz nah an der Befindlichkeit der Patienten.

Bei der Arbeit mit T.Z. kamen noch viele andere Mittel der Tanztherapie wie beispielsweise Partnerübungen zum Einsatz. Dies konnte folgendermaßen aussehen: Wir stellten uns einander gegenüber im Raum auf, mit ungefähr zwei Metern Abstand. T.Z. hatte sich zuvor einen Musiktitel wünschen können. Ich wies sie an, im Rhythmus der Musik auf mich zuzugehen. Ich würde dasselbe tun. Am Kreuzpunkt angekommen, klatschten wir uns einmal in die eigenen Hände, das zweitemal gegenseitig, ein drittes Mal wieder jede für sich. Dann ging es weiter an den gegenüberliegenden Platz, immer im Takt der Musik. Jetzt wechselten wir wieder die Positionen. Wieder mit dem Klatschen in der Mitte. Meist ergab sich dann wie von selbst die weitere Gestaltung der Schrittfolge (kompliziertere Kreuzen und/oder schwierigere Tanzschritte) und des Klatschens. Bei diesem Klatschen ging es mir darum, dass T.Z. selbst merkte, wie viel Kraft sie dazu einsetzen musste, ohne mir wehzutun. Ich ließ sie deshalb beim Ankommen an ihrem Platz auch noch mit den flachen Händen an die Wand klatschen. Es war eine Freude zu sehen, dass sie sehr schnell bemerkte, dass sie sich beim zu starken Klatschen selbst weh tat. Und beim nächsten Klatschen mit mir schon viel weniger Energie einsetzte.

In einer anderen Stunde ließ ich sie zuerst Musik hören. Es war ein klassisches Stück von Mozart. Sie sollte genau hinhören, um die Rhythmuswechsel in dem Stück voneinander zu unterscheiden. Beim nächsten Abspielen der Musik sollte sie versuchen zu unterscheiden zwischen den hohen Tönen der Geigensoli und den tieferen Tönen des ganzen Orchesters. Da T.Z. sehr musikalisch war, gelang ihr dies mühelos. Für den nächsten Schritt der Übung setzten wir uns zusammen Rücken an Rücken und an den Händen haltend auf eine Matte am Boden. Nun ließ ich dieselbe Musik nochmals abspielen. Als erstes musste sie mich mit ihren Händen und ihrem Oberkörper bewegen; ich würde mich ganz ihrer Führung überlassen. Das hieß, sie sollte bei den hohen Tönen versuchen, fließende, weiche und langsame Bewegungen zu machen. Und bei den tieferen Tönen schnellere, heftigere Bewegungen.

Nach anfänglichem Gekicher über die ungewöhnliche Ausgangslage fand T.Z. rasch Gefallen an dem Thema. Sie ließ sich ein in dieses Wechselspiel der weichen und harten Bewegungen. Und sie spürte dabei die Reaktionen meines Rückens.

ckens und meiner Arme. Sie fand heraus, wie viel sie z.B. an meinen Armen ziehen konnte, bis es nicht mehr weiter ging, Der Unterschied zwischen weich und hart wurde so für sie ohne Worte erfahrbar. Gleichzeitig durfte sie mir ganz nahe sein, ohne dass es unpassend war. Im Gegenteil, durch den rhythmischen Gleichklang der gemeinsamen Bewegung und durch die Tatsache, dass sie ganz alleine bestimmte, wie und was bewegt wurde, stellte sich eine tiefe Ruhe und Konzentration zwischen uns ein. Genau so verlief es, wenn wir die Rollen tauschten. Sie musste und durfte sich nun meiner Führung anvertrauen. Dieses Thema des „Führen und Geführt werden“, ist ebenfalls ein Grundthema der Tanztherapie, welches sich in vielen Varianten gestalten lässt. Bei T.Z. hatte ich den Eindruck, dass sie nach dieser Stunde wesentliche Fortschritte machte in Bezug auf Nähe und Distanz. Bedingt durch den nahen Körperkontakt und das gemeinsame Bewegen Rücken an Rücken (Wiegen ist eine Urform von Bewegung) fühlte sie sich zusätzlich auch auf der emotionalen Ebene sehr wohl. Es vermittelte ihr ein Gefühl des Aufgehoben- und Angenommenseins.

Nach knapp eineinhalb Monaten der Einzeltherapie hatte T.Z. so viel Fortschritte gemacht, dass es an der Zeit war, sie in eine Gruppe zu integrieren. Sie selbst hatte immer wieder diesen Wunsch geäußert. Glücklicherweise waren gerade wieder zwei Mädchen neu auf der Station aufgenommen worden. Sie waren zwar etwas jünger als T.Z., doch dies störte sie nicht weiter. T.Z. fügte sich problemlos ein, ja sie war so etwas wie „die Erfahrene“ der Tanztherapie. Sie positionierte sich in der Gruppe als Leaderin. Es tat ihr sichtlich gut, als großes Mädchen bewundert und bestaunt zu werden. Auch hier arbeitete ich zu Beginn der Arbeit mit der Gruppe an einer gemeinsamen Choreographie, welche wir dann in der Frühmob aufführen wollten. T.Z. machte dann aber so rasche Fortschritte, dass sie nach der Verlegung ins Kinderhaus schon bald in der Nähe ihres Wohnortes einen passenden Platz fand. So konnte sie leider nicht mehr die Früchte ihres Einsatzes genießen. In meinem Herzen wird T.Z. immer einen reservierten Platz haben; ihren Humor und ihre Direktheit (Distanzlosigkeit war es mittlerweile keine mehr) werde ich so schnell nicht vergessen.

T.Z. ist in verschiedener Hinsicht ein beispielhafter Fall. Einerseits werden darin die verschiedenen Mittel und Wege der Tanztherapie sehr klar. Andererseits werden aber auch die verschiedenen Arbeitsebenen der Tanztherapeutin deutlich. Oft ist die therapeutische Situation so, dass man sowohl auf der Beziehungsebene wie auch auf der pädagogischen und der therapeutischen Ebene agieren muss. Meistens vermischen sich sogar innerhalb ein und derselben Stunde die verschiedenen Ebenen miteinander. Aus diesem Grunde ist das nachträgliche Protokoll von gro-

ßer Wichtigkeit. Ebenso die interdisziplinären Fallbesprechungen. Beides dient der Eigenreflektion der Tanztherapeutin.

4.2.2. Patientin N. O.

Sie war wohl der schwierigste Fall in meinem ganzen Praktikumsjahr. Ebenso wie T.Z. hatte ich mit ihr bereits noch zu meiner Kinderhauszeit Kontakt aufgenommen. Sie war 15 Jahre alt und litt ebenso wie T.Z. an den Spätfolgen einer Enzephalitis. Doch ihr Krankheitsverlauf war ein völlig anderer. N.O. war vor ihrer Erkrankung noch zur Schule gegangen. Erlebte eine unglücklich verlaufene erste große Liebe. In der Folge kapselte sie sich zuhause immer mehr in ihrem Zimmer ein und kommunizierte nur noch das Nötigste. Sie war tief traurig und verlor das Interesse an sozialen Kontakten. Ihre schwere Erkrankung wurde erst in einem späten Stadium entdeckt. Bei ihrer Ankunft in Gailingen hatte sie bereits mehrere Klinikaufenthalte hinter sich. Man hatte mich kontaktiert, weil sie scheinbar keine Fortschritte machte und immer wieder Gedanken des totalen psychischen Rückzugs äußerte, wenn sie überhaupt ansprechbar war. Motorisch war sie nicht eingeschränkt. Sie ging ohne irgendwelche Gleichgewichts- oder sonstige motorische Störungen. Die Sprache war intakt, doch schien sie sehr verwirrt zu sein.

Die erste Stunde erfolgte auf der Station. Es wurde durch einen glücklichen Zufall eine erfolgreiche erste Begegnung. Ich fand N.O. im Aufenthaltsraum auf dem Sofa liegend. Sie war teilnahmslos und mit geschlossenen Augen, jedoch nicht schlafend. In meiner mitgebrachten Plastiktüte steckten ein Igelball, bunte Straußenfedern, ein kleines Kuschelbärchen und verschiedene Musik-CDs. Die Patientin war abwehrend und fühlte sich durch meine Anwesenheit sichtlich gestört. Es gelang mir jedoch, sie in ein Gespräch zu verwickeln. Danach war sie bereit, mit mir ein Tastspiel mittels des Igelballs zu spielen. Ich zog den Ball aus der Tüte. Die Patientin brach bei seinem Anblick in zustimmende Begeisterung aus; er war blau, ihre Lieblingsfarbe! Der Anfang war gemacht, aber es sollte viele Tage und Wochen dauern bis N.O. so weit war, dass sie mit mir zusammen aus dem Haus ging um in meinem Therapieraum zu arbeiten. Zuvor vergaß sie mich jedes Mal nach dem Unterricht sofort wieder. Mit jeder Stunde begann ich praktisch von Neuem. Mein Ziel war dabei in dieser Zeit, N.O. einfach an meine Anwesenheit zu gewöhnen, damit sie mich eines Tages erkennen und „einordnen“ könnte.

Leider verschlechterte sich ihr Zustand weiter. Sie entwickelte große Ängste, hatte Wahnvorstellungen, schrie wenn ich sie abholen wollte, wies mich aggressiv ab oder aber sie schlief derartig tief, dass nichts sie aufwecken konnte. Ich blieb wei-

ter bei meinem Ziel, ihr Vertrauen zu gewinnen. Das hieß in der Praxis, N.O. auf der Station aufzusuchen, sie mit meiner Anwesenheit daran zu erinnern, wer ich war und wozu ich gekommen war. War sie einigermaßen ansprechbar, versuchte ich sie zu Spaziergängen außerhalb des Hauses zu bewegen. Wenn es ihr sehr gut ging, war sie sogar manchmal bereit den Weg zum Therapieraum unter die Füße zu nehmen. Mittlerweile erkannte sich mich jedes Mal, wenn ich kam. Dies war der erste Fortschritt welcher zu verzeichnen war. Den Weg zum Therapieraum und den Raum selbst konnte sie aber noch immer nicht memorieren.

Versuche, die Therapiezeit mit N.O. so zu gestalten, dass eine Entwicklung in Gang kam, scheiterten regelmäßig an der völligen Desorientierung und damit an der völligen Überforderung der Patientin. Selbst ihre eigene Lieblingsmusik konnte sie in dieser schwierigen Zeit nicht mehr erkennen. Das Einzige woran sie sich scheinbar halten und orientieren konnte, waren Farben. Es gab „gute“ Farben und es gab „böse“ Farben. Daran knüpfte ich an indem ich z.B. meine Arbeitskleidung auf „gute“ Farben abstimmte, wenn ich N.O auf ihrer Abteilung abholte. Auf unseren Spaziergängen auf dem Klinikgelände musste ich immer auf der Hut sein, denn irgend eine Kleinigkeit, die N.O. nicht einordnen konnte oder falsch interpretierte (z.B. ein am Boden liegendes, dunkles Blatt), konnte einen unkontrollierbaren Panikfall auslösen. Das hieß konkret, dass sie wie ein scheuendes Pferd wild davon rannte, oder sie blieb wie angewurzelt stehen und weigerte sich, einen weiteren Schritt zu tun. Da galt es jeweils alle Überredungskunst anzuwenden, um sie zur Rückkehr auf ihre Station zu bewegen.

Mittlerweile waren beinahe zwei Monate seit unserer ersten Begegnung vergangen. N.O. stellte die Abteilung mit ihren schwer einzuordnenden Problemen auf eine harte Probe. Auch ich war nicht frei von Zweifeln. War es richtig, in guten Momenten mittels „Spazieren gehen“ weiterhin nur auf der Beziehungsebene zu bleiben? Ich zog meine Protokolle zu Rate. Dabei stellte ich fest, dass unsere Spaziergänge seit zwei Wochen regelmäßig ohne große Unterbrüche stattfanden. Ebenso hatte sich die Dauer dieser Spaziergänge beinahe verdoppelt. N.O. war in dieser Zeit auch deutlich besser für diese „Ausflüge“ zu motivieren gewesen. Sie war viel schneller bereit, mit mir nach draußen zu gehen, und sie ließ dabei sogar Körperkontakt zu. Wenn sie etwas in Angst versetzte, so durfte ich sie jetzt jeweils an der Hand halten oder meinen Arm über ihre Schulter legen und sie auf diese Weise sicher um das „Hindernis“ herumführen. Das war bis anhin nicht möglich gewesen. Ich kam zum Schluss, dass dies deutliche Zeichen eines Fortschritts waren und blieb deshalb bei meinem formulierten Ziel der Vertrauensbildung (als Grundlage für die weitere Arbeit mit der Patientin).

Seit einiger Zeit wurde N.O. mit Angst hemmenden Medikamenten behandelt, auf die sie nun offenbar langsam positiv anzusprechen begann. Denn nun wurde es beinahe regelmäßig möglich, mit ihr in meinen Therapieraum zu gehen. Nicht immer wollte oder konnte sie dann mitmachen, was ich ihr für die Stunde vorschlug. Doch immerhin wusste sie nun verlässlich, wovon die Rede war, wenn ich sie auf meinen Raum hin ansprach. Im Raum selbst war sie deutlich orientierter, kannte den Ein- und Ausgang. Nun versuchte ich es wieder mit Farben. Ich ließ sie eine einfache Drei-Ton Musik hören. Dazu sollte sie eine Zeichnung der gehörten Töne machen. Dies gelang ihr sehr schön; mit größter Konzentration malte sie ein Bild, welches die Aufgabenstellung genau wiedergab. Weiterhin blieb ich aber auch auf der Vertrauensebene an der Arbeit mit ihr. Z.B. wenn N.O. sagte, sie könne nicht mehr, so akzeptierte ich dies ohne Widerrede und beendete den Unterricht im Raum. Für den Rest der Stunde versuchte ich sie noch zu einem unserer Spaziergänge zu bewegen. Auch dies gelang nun immer öfter. Ich ließ sie immer den Weg selbst bestimmen. Hielt mich peinlichst genau an das gemeinsam abgemachte Prozedere. Dies immer mit dem Ziel der Vertrauensbildung und damit natürlich der Förderung ihrer Sicherheit.

Plötzlich ging es mit N.O. sehr schnell aufwärts. Beim Abholen auf der Station war sie immer freundlich und meist in ein Spiel vertieft. Hatte sie dieses beendet, kam sie ohne weitere Umstände mit. Bei mir angekommen, willigte sie sofort auf meine Vorschläge ein und machte mit Freude mit. Zur Verbesserung ihrer Orientierung machte ich zuerst einfache Ratespiele über den Tastsinn. Aus einer Bananenschachtel hatte ich mir zu diesem Zweck einen „Fernsehkasten“ gebastelt. N.O. musste nun von hinten ihre Hände in den Fernsehkasten strecken und die Augen schließen. Dann legte ich ihr Alltagsgegenstände aus meinem Raum in die Hände mit der Aufgabe, diese zu tasten und zu erraten. Hatte sie alle Gegenstände erraten, durfte sie sie nun mit offenen Augen ansehen und noch einmal in die Hand nehmen. Als sie dies recht gut beherrschte, erweiterte ich die Aufgabe dahingehend, dass sie nun die ertasteten Gegenstände in einen zuvor definierten Holzreifen am Boden legte und ein Bild damit gestaltete. Nun wechselten wir die Rollen. N.O. sollte mir Gegenstände in die Hand legen, und ich versuchte sie zu erraten. Diese kleine Aufgabe zu übernehmen und zu erfüllen, war für N.O. ein bedeutender Schritt. Denn sie hatte ja bis dahin immer nur größte Ängste vor Gegenständen und dem Raum gehabt. Sie konnte nicht verstehen, was man von ihr wollte. Und nun klappte alles plötzlich wieder. Sie konnte Worte, Gegenstände und Orte wieder richtig einordnen. Und sie konnte wieder selbständig entscheiden, welche Gegenstände sie nehmen und mir in die Hände legen wollte.

Wenn ich sie jetzt auf der Station abholte, strahlte sie mich schon von Weitem an, lachte und winkte mir zu und war auf dem Sprung zum Gehen. Eine der letzten Stunden habe ich noch in lebhafter Erinnerung. Zusammen legten wir einen großen „Bilderrahmen“ aus bunten Bändern am Boden aus. Sie half dabei aktiv mit; eine Woche zuvor wäre eine solche Mithilfe nicht möglich gewesen. Anknüpfend an die Tastspiele - doch nun zum Zweck des Entfachens von Neugierde und der damit verbundenen Raumexploration - forderte ich N.O. auf, runde Gegenstände im Raum ausfindig zu machen und sie in den Bilderrahmen am Boden zu platzieren. Abwechselnd mit mir suchte N.O. runde Gegenstände, um sie in unser „Alles was rund ist Bild“ zu legen. Das Bild wuchs und wuchs. Gleichzeitig versuchten wir uns gegenseitig mit immer noch originelleren runden Gegenständen zu übertrumpfen. Zum Schluss hatten wir ein großes, wunderschönes Bodenbild gestaltet, gefüllt mit lauter runden Gegenständen (z.B. Handtrommel, Büchse, Deckel einer Cremetube, Glaskugeln, Schlaghölzer, Hut, Radiergummi etc.). Wir bestaunten es eingehend von allen Seiten. Da war die Stunde schon vorbei. Es war das erste Mal, dass N.O. die ganze geplante Zeit mit anhaltender Konzentration durchgearbeitet hatte. Als Belohnung bekam sie noch ein Polaroidfoto von unserem gemeinsamen „Kunstwerk“. Beide waren wir nach dieser Stunde sehr bewegt. Durch das Gestalten des Bodenbildes mittels der Gegenstände war ein gemeinsam erlebter Prozess in Gang gekommen. Ein Prozess, der nun für beide sichtbar am Boden seine äußere Gestalt gefunden hatte.

Nun hätte die Arbeit mit N.O. erst so recht beginnen können. Die Grundlagen dazu waren geschaffen beziehungsweise wieder vorhanden. Die Familie wohnte weit von Gailingen entfernt. Deshalb wurde N.O. rasch nach ihren großen Fortschritten wieder in die Nähe ihrer Familie in eine für sie geeignete Institution verlegt.

Persönlich nehme ich von diesem Fall mit, dass es sich lohnt auszuharren, selbst unter schwierigsten Bedingungen. Patienten wie N.O. spüren in ihrer ganzen Verwirrung dennoch sehr genau (oder gerade deshalb), ob man sie trägt oder ob man sie fallen lässt. Dieses Tragen bestand lange Zeit einfach nur darin, dass ich immer wieder kam. Mich nicht abweisen und nicht einschüchtern ließ, auch als die Lage geradezu hoffnungslos schien. Und weiter, dass es richtig war, so lange auf der Beziehungsebene zu bleiben, bis weitere Schritte möglich wurden. Denn erst durch die Bildung einer Vertrauensbasis kann man solche Patienten wie N.O. motivieren, weiter zu gehen (bei N.O. trifft dies im wahrsten Sinne des Wortes zu).

4.2.3. Gruppenarbeit mit J.G./ K.U./ C.D.

Eine weitere, grundlegende Erfahrung auf der Abteilung Frühmobilisation war die Arbeit mit einer Kleingruppe, bestehend aus J.G., einer 22 Jährigen Patientin im Rollstuhl nach einem schweren Autounfall, K.U., 25 Jahre alt, ebenfalls im Rollstuhl nach einem bereits länger zurückliegenden Autounfall und C.D., 22 Jahre alt, Fußgänger mit u.a. schwersten Koordinationsstörungen, ebenfalls nach einem Autounfall.

Alle drei Patienten waren in einer sehr eingeschränkten Verfassung. Patientin J.G. konnte sprechen, war aber schwierig im sozialen Kontakt. Sie lehnte alles, was sie nicht kannte, erst einmal vehement ab. Sie war oft entweder depressiv oder euphorisch. Ebenso litt sie unter Wahrnehmungsstörungen; z.B. empfand sie selbst die kleinste, an der Eingangstür hängende Spinne, als riesengroß und furchteinflößend. Ich musste sie deshalb großräumig an diesem schrecklichen Ding herum manövrieren. Dies war in der Praxis natürlich nicht immer möglich. Bereits der Gang von Haus B zu Haus A konnte auf diese Weise manchmal zu einem Spießrutenlauf werden. J.G. war bezüglich ihrer Rumpfmuskulatur wenig in der Bewegung eingeschränkt, konnte aber ihre Knie nicht mehr durchstrecken und weigerte sich überhaupt, aus dem Rollstuhl herauszukommen.

K.U. hatte von seinem schon längere Zeit zurückliegenden Unfall als Spätfolgen starke muskuläre Verkrampfungen in allen Extremitäten. Sprachlich war er sehr eingeschränkt. K.U. bemühte sich mit aller Kraft zu sprechen - er selbst verstand jedes gesprochene Wort seiner Umgebung - doch gelang es mir leider nicht, ihn verlässlich zu verstehen.

C.D. war verbal gut zu verstehen, zeigte im sozialen Umgang mit anderen Patienten jedoch etliche Auffälligkeiten.

Bei der Zusammenstellung dieser Gruppe war mir anfänglich natürlich etwas bang. Würde ich für alle gemeinsam ein adäquates Programm zusammenbringen können?

Ich beschloss, für die erste gemeinsame Stunde sitzend im Kreis zu arbeiten. Die Aufgabe der Flüsterpost machte allen drei recht viel Spaß. Der Anfang war gemacht.

Als nächstes sollten sie nun aus einem Angebot von verschiedensten Hüten einen für sie Passenden auswählen. Auch diese Aufgabe machte wieder viel Spaß, mussten doch der Reihe nach alle die Hüte auf dem eigenen Kopf ausprobiert, ausgiebig bestaunt und belacht werden.

Anschließend zählten wir alle laut bis drei, dann musste der Hut auf dem Kopf ergriffen und dem Nachbarn auf der rechten Seite weitergegeben werden. Dies war



nun schon etwas schwieriger in der Ausführung. Doch die anfänglichen Koordinationsprobleme legten sich erstaunlich rasch. Selbst Patient K.U., welcher mit seinen Muskelverkrampfungen Schwierigkeiten beim Greifen hatte, gelang es nach ein paar Runden, den Hut im Takt des Zählens weiterzugeben.

Die Aufgabe erweiterte ich nun, indem ich anstelle des Zählens Musik dazufügte. Die Patienten sollten versuchen, jeweils beim Refrain des Popsongs einmal in die Hände zu klatschen und dann ihren Hut nach rechts oder links im genauen Rhythmus weiterzugeben.

Nach ein paar Runden gelang auch diese Aufgabe sehr gut. Die Musik stachelte alle drei zu erhöhter Konzentration und Aufmerksamkeit an. Die Hüte wiederum landeten manchmal ziemlich schräg auf dem Kopf des Nachbarn, so dass die Gruppe zusammen herzlich über die dabei entstandene Situationskomik lachen konnte.

Zum Schluss der ersten Stunde war auf diese Weise bereits ein Anflug von Gruppengefühl entstanden. Allen dreien machte der Einsatz von Populärmusik offensichtlich große Freude, dies verrieten mir die glänzenden Augen, als wir uns bis zur nächsten Stunde voneinander verabschiedeten.

Die Arbeit mit dieser Gruppe war eine große Herausforderung für mich, denn oft waren die einzelnen Mitglieder in völlig unterschiedlicher Laune. Zwischen ihnen herrschte in den ersten Wochen öfters größere Spannungen. Patientin J.G. war vielfach aggressiv gegen Patient C.D. Sie mochte ihn nicht besonders gut leiden und machte aus dieser Tatsache keinen Hehl. C.D. wiederum reagierte auf ihre Unmutsäußerungen mit verbalen Provokationen. Oft musste zuerst Streit geschlichtet werden, bevor mit der eigentlichen Stunde begonnen werden konnte.

Mittlerweile hatten wir uns aber gegenseitig so gut kennen gelernt, dass beim abschließenden Reflektieren der Stunde manchmal ein Gespräch über die traumatischen Erlebnisse der einzelnen Mitglieder aufkam.

Etwa zur selben Zeit hatte ich entdeckt, dass C.D. aus dem Stegreif reimen konnte. C.D. war einverstanden, mir seine Unfall- und Krankheitserlebnisse reimend zu diktieren.

In Absprache mit den beiden anderen Gruppenmitgliedern beschlossen wir, den Text von C.D. in einer gemeinsam erarbeiteten Produktion zur Aufführung zu bringen.

Dies beschäftigte die Gruppe über mehrere Wochen. C.D. sollte den Haupttext mittels rhythmischen Sprechgesangs erarbeiten. Ich gliederte den Text in verschiedene Strophen. Beim Refrain zwischen den Strophen erarbeiteten wir zusammen eine rhythmische Bewegungsabfolge, welche für alle in ihren individuellen

Möglichkeiten umsetzbar war. Zusätzlich wählten wir alle zusammen noch eine Begleitmusik aus, welche das Ganze untermalen sollte.

Gleichzeitig erarbeitete ich damals mit einer zweiten Gruppe eine weitere kleine Choreografie zur Musik eines Popsongs. Zusammen führten wir die beiden Produktionen dann im Erdgeschoss der Abteilung Frühmobilisation auf. Mitpatienten, Eltern und Geschwister, Ärzte, Therapeuten und die Pflegerinnen der Abteilung waren unsere Zuschauer.

Die Aufführung wurde ein Erfolg. Und sie entfaltete anschließend ihre therapeutische Wirkung (Integration von Leib und Seele), indem die Gruppe sich untereinander nun wesentlich besser verstand. Zudem bekamen die drei Gruppenmitglieder für ihre Leistung ab und zu ein Kompliment von Pflegern, Therapeuten und Eltern, welche die Aufführung gesehen hatten. Ihr Selbstwertgefühl steigerte sich dadurch wie von selbst. Und last but not least erhöhte sich ihre Therapiemotivation nicht unwesentlich. Hatten sie doch nun am eigenen Leib erfahren, dass es sich lohnte, hart an einem gemeinsamen Ziel zu arbeiten.

C.D.s eindrückliche Schilderung seines Unfalls, den anschließenden Krankheitsverlauf und sein persönliches Erleben beim Aufwachen aus dem Koma sprach vielen Mitpatienten und Angehörigen aus dem Herzen. In der Folge wurde sein Text dann vergrößert und im Eingangsbereich der Abteilung Frühmobilisation an die Wand gehängt.

Mit dieser Gruppe arbeitete ich in wechselnder Besetzung bis zum Ende meines Praktikums weiter. Es war für mich zum Teil sehr eindrücklich zu verfolgen, wie einzelne der Patienten sich durch die nonverbale Ausdrucksarbeit in ihrem Selbstwertgefühl steigern konnten und dadurch rasch Fortschritte in ihrem Heilungsprozess machten.

Wichtig für den Erfolg der Tanztherapiestunden war auch der Umstand, dass ich über eine lange Zeitdauer mit denselben Patienten arbeiten konnte. Auf diese Weise gelang es, nach der Zeit des Grundlagenaufbaus im Rahmen des Bewegungsunterrichts zu der eigentlichen Tanztherapiearbeit überzugehen. Am Ende meines Praktikums war die Gruppe mit den jungen Erwachsenen Patienten soweit, dass wir als Abschlussarbeit eine körperlich/szenische Umsetzung ihrer erlebten Gefühle im Zusammenhang mit den erlittenen Schädel-Hirn-Traumata angehen konnten. Wir näherten uns dem Thema auf verschiedenste Art und Weise, z.B. über ein Gedicht von Hermann Hesse. Ich las es ihnen vor. Nun sollten sie versuchen herauszufinden, was für ein Gefühl dieses Gedicht zum Ausdruck brachte (Trauer). Weiter sollten sie eine mögliche Farbe dazu bestimmen. Dann versuchten wir die Stimmung und die Farbe mit Körperhaltungen auszudrücken. Dabei ergaben sich im Anschluss daran wichtige Gespräche über ihr eigenes Erleben von Trauer. In

einer weiteren Stunde spielte ich Musik mit den Themen Freude oder Trauer ab. Die Patienten mussten nun raten, welche Musik zu welchem Thema gehörte.

Als weiteres Mittel dienten große weiße Tücher, mit denen sie vorerst zur abgespielten Musik Bewegungsimprovisationen machten, jeder der Teilnehmer in seinen spezifischen Bewegungsmöglichkeiten. Nach der Stunde wurde über das Erlebte jeweils im gemeinsamen Gespräch reflektiert. Langsam aber sicher kam auf diese Art und Weise ein möglicher Handlungsverlauf zustande. Am Ende konnte ich mit dieser Gruppe wiederum auf der Abteilung Frühmobilisation die gemeinsam entwickelte Arbeit einem zahlreich erschienen Publikum „live“ vorstellen. Der Handlungsablauf begann mit einer fröhlichen Schulhofszene von vor dem Unfall oder der Krankheit, ging dann über zum Klinikaufenthalt und zur Zeit der Rehabilitation. Die Vorstellung endete mit einem hoffnungsvollen Ausblick in die Zukunft.

Diese Arbeit war für mich selbst wiederum sehr wichtig. Ich lernte dabei keine Angst vor der Gestaltung von Gefühlen zu haben. Im Gegenteil sah und hörte ich mit jeder Stunde mit eigenen Augen und Ohren, wie sinnvoll es für die Patienten ist, Gefühlen mittels nichtsprachlicher Ausdrucksmittel einen Rahmen zu deren Entfaltung zu bieten.

Die Tanztherapie als Mittel, um unbewusste Inhalte über Körper und Bewegung auszudrücken, diese zu gestalten und damit das Ziel der Tanztherapie zu erreichen, nämlich die Integration von Leib und Seele, wurde mit dieser Arbeit für alle Beteiligten erfahrbar und damit auch sichtbar gemacht.

5. Schlussbemerkungen

Ich hoffe, dass ich mit dem vorliegenden Erfahrungsbericht etwas zur Beantwortung der so häufig gestellten Frage: „Was ist Tanztherapie?“ beitragen konnte. Für die Aufarbeitung der gemachten Erfahrungen und für meine eigene Standortbestimmung hat er auf jeden Fall viel geholfen. Wusste ich zu Beginn meines Praktikums doch selbst nicht so recht, wie Tanztherapie in der Praxis und vor allen Dingen in der Neurologischen Rehabilitation angewandt werden sollte.

Die Devise war „learning by doing“. Bei dieser Arbeitsweise einen präzisen Überblick zu haben, war nicht immer möglich. Das Durchsehen meiner Protokolle und das Niederschreiben meiner Erfahrungen hat nun im Nachhinein noch einmal eine deutliche Klärung ergeben. Besonders im Hinblick auf die Unterscheidung von Basisbewegungsarbeit und eigentlicher Tanztherapie, und in der Unterscheidung der verschiedenen Ebenen (Beziehungsebene, pädagogische Ebene, psychologi-

sche Ebene) in welcher eine Bewegungs- und Tanztherapeutin arbeitet, hat der Bericht viel zu einem größeren Gesamtüberblick für mich beigetragen.

Bei der Arbeit mit den kleinen Kindern aus dem Kinderhaus stand die Basisbewegungsarbeit auf der Ebene der Beziehung im Vordergrund. D.h. hier ging es in erster Linie darum, den kleinen Patienten in einer Atmosphäre der Sicherheit und des Vertrauens ein ihnen adäquates Spielangebot zu machen mit dem Ziel, sie in ihrem jeweiligen Entwicklungspotential zu fördern. Denn Kinder mit angeborenen oder erworbenen Hirnschäden sind langfristig nur über eine persönliche Beziehung und über das Mittel des Spiels zur Mitarbeit zu motivieren.

Diese Erfahrung stellte sich in der täglichen Arbeit sehr bald als wichtigste Erkenntnis heraus. Denn auch bei den älteren Patienten ging es zuerst immer nur darum, eine Vertrauensbasis auf der Beziehungsebene herzustellen, um dann über die Basisbewegungsarbeit zu den eigentlichen Tanztherapiezielen vorstoßen zu können.

Die meisten Patienten konnten sich schlicht nicht vorstellen, je wieder tanzen zu können, und hatten erst einmal große Schwellenängste vor der „Tanztante“ zu überwinden. Erst wenn die Patienten sich genügend sicher in der Beziehung und in der Sache waren, konnte überhaupt an ein Ausdrücken und Gestalten von Gefühlsinhalten gedacht werden.

Hatten sie dieses Vertrauen aber einmal geschöpft und hatten sie verstanden, dass es bei der Tanztherapie nicht um perfektes körperliches Umsetzen einer vorgegebenen künstlerischen Choreografie geht, so war es für mich oft ganz erstaunlich mit anzusehen, in welchem Tempo die Kinder und Jugendlichen wieder Selbstvertrauen fassten und Freude und Kreativität am Tun entwickelten und auf diese Weise rasch Fortschritte machten.

Viel zum Gelingen der Arbeit hat die Verwendung von Musik beigetragen. Sie ist ein hervorragend geeignetes Mittel zur nonverbalen Kommunikation zwischen Therapeut und Patient. Gelang es mir herauszufinden, welche Musik den jeweiligen Patienten emotional ansprach, so war das Umsetzen von Zielen im Unterricht oft unerwartet leicht. Dieser Aspekt entspricht den Erkenntnissen der Musiktherapie, welche schon seit längerer Zeit erfolgreich in der Neurologischen Rehabilitation eingesetzt wird.

Noch eine weitere Tatsache, welche viel zum guten Gelingen dieses Tanztherapie-Experimentes beigetragen hat, wurde mir beim Verfassen des Erfahrungsberichtes immer klarer. Der nicht defizitorientierte Ansatz der Bewegungs- und Tanztherapie PSFL bietet in der Neurologischen Rehabilitation sehr viel Raum für eine individuell auf den Patienten zugeschnittene Therapiegestaltung. Von der Emotion in die Motion, dies scheint der Schlüssel zu sein. Gelang es mir nämlich, nebst „passender“

Musik (das Spektrum bewegte sich von Bach bis Techno) mittels genauer Beobachtung herauszufinden, was den Patienten außerdem noch besonders viel Freude machte, war es meist sehr einfach, ein motivierendes Spielangebot zu (er-)finden, um die Weiterentwicklung in ihren eigenen Möglichkeiten entscheidend voranzubringen.

Der Einsatz von Musik in Kombination mit nicht defizitorientierter Bewegungs- und Tanztherapie scheint in der Rehabilitation von hirnerkrankten Kindern und Jugendlichen besonders gut geeignet zu sein, die neurologisch begründeten Therapieziele umzusetzen. Sie bietet darüber hinaus Kindern und Jugendlichen mit mangelnden Selbstwertgefühlen ein ideales Forum, im Rahmen des Unterrichts Erfahrungen zu machen, welche sie in ihrem Selbstvertrauen stärken und in ihrer Sozialkompetenz fördern. Das ist mein persönliches Fazit aus diesem an Erfahrungen reichen Praktikumsjahr.

War ich zuvor noch voller Ängste, ob es mir überhaupt gelingen würde, mich in den Klinikalltag zu integrieren, die Ziele der Bewegungs- und Tanztherapie einzubringen und umzusetzen und vor allem, ob die Begegnungen mit den Patienten erfolgreich verlaufen würden, wichen diese Ängste bereits nach kurzer Anfangszeit der Neugierde und der Begeisterung für die Sache.

Die Zeit verging im Nu und ich bedauerte es sehr, wieder zurück in die Schule gehen zu müssen. Alle gesammelten Erfahrungen, die persönlichen Begegnungen mit Patienten, Eltern, Ärzten, Pflegekräften, Therapeuten und dem gesamten Klinikpersonal werden mich auf meinen künftigen Wegen, beruflichen wie privaten, stets begleiten.

Schließen möchte ich diesen Bericht mit einem überlieferten Text aus dem Altertum, welcher in poetischen Worten das Wesen des Tanzes wunderbar zum Ausdruck bringt:

Ich lobe den Tanz,
denn er befreit den Menschen von der Schwere der Dinge,
bindet den Vereinzelten zur Gemeinschaft.

Ich lobe den Tanz, der alles fordert und fördert,
Gesundheit und Geist und eine beschwingte Seele.
Tanz ist Verwandlung des Raumes, der Zeit, des Menschen,
der dauernd in Gefahr ist zu zerfallen,
ganz Hirn, Wille und Gefühl zu werden.

Der Tanz dagegen fördert den ganzen Menschen,
der in seiner Mitte verankert ist,
frei von Begehrlichkeit nach Menschen und Dingen
und von der Dämonie der Verlassenheit im eigenen Ich.

Der Tanz fördert den befreiten, den schwingenden Menschen
im Gleichgewicht aller Kräfte.

Ich lobe den Tanz.

O Mensch, lerne tanzen,
sonst wissen die Engel im Himmel mit Dir nichts anzufangen.

(Aurelius Augustinus, 354 - 430 n.Chr. zugeschrieben)

Anhang: Mittel der Bewegungs- und Tanztherapie PSFL

Erlaubt sind, neben dem Einsatz von passender Musik, alle Mittel welche dem Zweck dienen, der Phantasie sind also im Prinzip keine Grenzen gesetzt. Aus diesem Grunde erwähne ich deshalb nur diejenigen der Mittel, welche ich am häufigsten und mit Erfolg verwendet habe:

Alltagsgegenstände wie Haarbürste, Kamm, Schreibwerkzeug etc.

Bälle

Bambusstäbe

Federn

Gewichtssäckchen

Glaskugeln

Glöckchen

Gymnastikbänder

Holzklötze

Holzkugeln

Holzringe

Igelbälle

Malutensilien

Masken

Mundharmonika

Rundhölzer

Schaumgummiteile

Schnur

Steine

Tamburin

Tücher

Triangel

Trillerpfeife

Xylophon

Quellenverzeichnis

Elaine V. Siegel, Tanztherapie, Klett- Cotta, Stuttgart, 1997 (4. Auflage)

Detlef Kappert, Tanz zwischen Kunst & Therapie, Brandes & Apsel Frankfurt a. Main, 1993 (1. Auflage)

B. Grothe, Evolution der Akustischen Kommunikation (Phylogenese)
in: Musiktherapie in der Rehabilitation von erworbenen Hirnschäden,
Zusammenfassung der Referate anlässlich der Tagung vom 10. November 1995,
Städtisches Krankenhaus München- Bogenhausen

Diverse Ausbildungsunterlagen des Heiligberginstituts Winterthur