

MUSIKTHERAPIE IM SETTING EINER NEUROPÄDIATRISCHEN AKUTSTATION - CHANCEN UND HERAUSFORDERUNGEN

EINLEITUNG

Jan¹ ist ein sechsjähriger Junge mit einer globalen Entwicklungsstörung und einer Epilepsie. Vor knapp vier Wochen wurde er im Status epilepticus in die Kinderklinik aufgenommen. Eine Reduzierung des Allgemeinzustands und der Vigilanz sowie zunehmende pulmonale Probleme machten einen mehrwöchigen Klinikaufenthalt nötig – die ersten Wochen davon auf der Intensivstation.

Ich lerne Jan kennen, als ich mit einer kleinen Mitpatientin im selben Zimmer arbeite. Dabei gewinne ich den Eindruck, dass Jan tendenziell positiv auf Musik reagiert.

Als ich nun eine Woche später gezielt zu Jan gehe, hat er laut seiner Mutter einen ausgesprochen anstrengenden Tag und ist nach einem großen Krampfanfall sehr unruhig. Gerade war die Physiotherapeutin da, die aber, um ihn nicht weiter zu belasten, nicht mit ihm arbeitete. Jan liegt unruhig im Gitterbett, in der Hand ein Vibrationsgerät, das er an seine Zähne hält. Seine Mutter steht dabei und berichtet, dass dies seine Reaktion sei, mit extremer Spannung umzugehen. Auf Versuche, ihn von dem Gerät zu lösen, reagiert er, indem er sich laut weinend im Bett hin- und herwirft.

Ich stehe am Fußende des Bettes und beginne, mit Gitarrenbegleitung das Begrüßungslied zu singen. Jan zeigt darauf keine Reaktion. Dann nimmt seine Mutter das Vibrationsgerät von seinem Mund. Jan protestiert stimmlich und wendet sich ab. Er wird von seiner Mutter gestreichelt, die ihm ab und zu gut zuredet. Ich spiele auf der Gitarre lautere Akkorde und improvisiere stimmlich auf Vokalen und Silben, in Melodie und Dynamik angelehnt an das Weinen von Jan. Hierauf reagiert er aufmerksam: Er hält für kurze Momente inne und nimmt dann mit seinem stimmlichen Ausdruck hörbar Bezug zu mir. So folgt er der langsam ruhiger werdenden Musik. Es schließen sich entspanntere und aufgeregtere Phasen mit und ohne Lautäußerungen an. Anfangs ist Jan noch eine erhöhte Anspannung anzusehen, mit der Zeit wird er ruhiger und lacht ab und zu. Nach ca. 20 Minuten wendet er sich schließlich zufrieden eigenen Klangspielsachen zu, die in seinem Bett liegen. Ich wechsle noch wenige Sätze mit Jans Mutter und verabschiede mich nach insgesamt einer guten halben Stunde. Meine Arbeit mit Jan ist abgeschlossen, da er in der darauf folgenden Woche wieder zu Hause ist.

So weit eine beispielhafte Situation meiner Arbeit auf der neurologischen Kinderstation.

Der Schwerpunkt meines Vortrags liegt darauf, ein möglichst anschauliches Bild dieses eher untypischen musiktherapeutischen Arbeitsfeldes zu vermitteln. Die Unterschiede zu einer therapeutischen Praxis, einer Frühförderstelle oder einer Rehabilitationseinrichtung zeigen sich weniger im methodischen Herangehen, sondern vor allem in Besonderheiten der Rahmenbedingungen. Diese wirken sich wiederum auf Therapieprozess, Zielsetzung und Gestaltung des Arbeitstages aus. Um dies zu veranschaulichen, hat mein Vortrag einen narrativen Charakter und bezieht sich konkret auf die Erfahrungen meiner Arbeitsstelle am Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin (ZKJM) des Universitätsklinikums Heidelberg.

¹ Die Namen der Kinder in den genannten Fallbeispielen wurden geändert. Darüber hinaus beschränke ich mich aus Gründen der Lesbarkeit bei der Nennung von Berufsbezeichnungen je auf das weibliche oder das männliche Geschlecht.

Bevor ich näher auf besondere Herausforderungen und Chancen des musiktherapeutischen Arbeitens auf einer neuropädiatrischen Akutstation eingehe, möchte ich diesen Arbeitsbereich vorstellen.

KINDER IN DER NEUROPÄDIATRIE

Das Fachgebiet der Neuropädiatrie beschäftigt sich mit Erkrankungen des zentralen oder peripheren Nervensystems bei Kindern und Jugendlichen. Hierzu zählen Entwicklungsauffälligkeiten, Fehlbildungen, erbliche Erkrankungen, Schädigungen des Nervensystems und Epilepsien.

Die neuropädiatrische Station des ZKJM Heidelberg hat 18 Betten. Behandelt werden hier Kinder und Jugendliche, beginnend mit der Geburt bis zur Volljährigkeit. Das Bild der Erkrankungen ist ähnlich vielschichtig wie die Altersverteilung. Manch ein Patient ist mit einer leichten Commotio Cerebri („Gehirnerschütterung“) für einen Tag zur Überwachung in der Klinik, die er tags darauf gesund verlässt. Die meisten Aufenthalte dauern mehrere Tage, einzelne Kinder bleiben Wochen oder sogar Monate im Krankenhaus. Manche Kinder mit chronischen Erkrankungen werden immer wieder stationär aufgenommen.

Die medizinische und pflegerische Expertise sowie die enge Vernetzung innerhalb der Klinik mit Epilepsiezentrum, Sozialpädiatrischem Zentrum, pädiatrischer Neuroonkologie, pädiatrischer Intensivstation und Verbindung zur Neurochirurgie hat zur Folge, dass auch Kinder mit sehr schwer behandelbaren Krankheiten – teils von weither angereist – in Heidelberg aufgenommen werden.

Neuropädiatrische Erkrankungen bringen verschiedenste Auffälligkeiten, Defizite und Herausforderungen mit sich. Diese betreffen die Kognition, das Bewusstsein, die Sinneswahrnehmung, die Motorik wie den Antrieb, darüber hinaus die soziale Entwicklung, die Interaktion und Kommunikation wie auch die emotionale Befindlichkeit. Folgen der Erkrankung können vegetative Symptome wie Spannungszustände sein, akute und chronische Schmerzen. Die Erfahrung der Krankheit und damit verbundener Defizite birgt bei langfristigen Verläufen das Risiko psychischer Folgeschäden (Plahl & Koch-Temming 2008) und zeigt Auswirkungen auf soziale Kompetenzen und das Selbstwertgefühl (Voigt 2008). Bei den Eltern von Kindern mit Behinderungen sind ein vermehrtes Erleben von Stress und Belastung sowie höhere Depressionswerte zu beobachten (Retzlaff 2010).

Neben den Belastungen, die den ganzen, oft chronischen, Krankheitsverlauf betreffen, gibt es Besonderheiten in der Zeit, in der Kinder im Krankenhaushaus sind: Viele der kleinen Patienten machen in der Klinik Erfahrungen von Einschränkungen, Schmerzen oder Unwohlsein irgendwelcher Art. Das beginnt bei Blutentnahmen und anderen Untersuchungen, kann aber auch durch die Therapie bedingt sein, beispielsweise durch Operationen oder Nebenwirkungen von Medikamenten. Wieder andere Kinder sind gerade deshalb stationär aufgenommen, weil ihre krankheitsbedingte – manchmal sehr quälende – Symptomatik ausgeprägt und schwer zu behandeln ist.

Einen Einblick in das Erleben im Krankenhaus gibt der folgende Text einer neunjährigen Patientin, die in der Musiktherapie das Lied: „Jetzt fahr’n wir über’n See“ wie folgt umgedichtet hat:

Ref.: In einem Krankenhaus...

1. Da muss man immer warten... bis irgendjemand kommt.

2. Da muss man immer drin sein... und niemals darf man raus.
3. Da kommen Ärzte und Schwestern... man weiß nie, wann das ist.
4. Da gibt es Operationen... da schläft man immer ein.
5. Da muss man immer aufpassen... sonst tut man sich noch weh.
6. Da ist es immer laut... auch wenn man Ruhe braucht.

Der Krankenhausaufenthalt stellt das gesamte Familiensystem vor besondere Herausforderungen und führt bisweilen zu einer akuten Belastungssituation. Oft ist ein Elternteil mit in der Klinik aufgenommen. Das bedeutet ggf. den Ausfall von Arbeit, das Organisieren der Betreuung weiterer Kinder, die zeitweise Trennung der Familie – bei längeren Aufenthalten ein durchaus relevanter Faktor. Darüber hinaus ist die Familie emotional betroffen. Eltern berichten immer wieder von der Not, das Kind leiden zu sehen und das Gefühl zu haben, selbst wenig machen zu können. Auch die Ungewissheit über Krankheit und Verlauf wird als sehr belastend beschrieben. Eine neue oder einschneidende Diagnose wird oft als tiefe Erschütterung (Kandé-Staehelin 2012) erlebt und kann eine akute Krise auslösen (Retzlaff 2010). Kind und Familie müssen eine hohe Anpassungsleistung erbringen, um einen guten Umgang mit der erschwerten Realität zu finden.

MUSIKTHERAPIE ALS BEHANDLUNGSBAUSTEIN

Welchen Platz nun die Musiktherapie in diesem Umfeld einnehmen kann, möchte ich im Folgenden beleuchten, indem ich exemplarisch Aufbau und Struktur meiner Stelle am ZKJM in Heidelberg beschreibe.

Anlass für die Etablierung von Musiktherapie für die Neuropädiatrie waren in Heidelberg einzelne schwer kranke Kinder mit langer Behandlungsdauer und unbefriedigendem Krankheitsverlauf. Da ich mit einer halben Stelle als Musiktherapeutin auf der onkologischen Station der Kinderklinik arbeitete, kam punktuell mehrfach die Anfrage, ob ich nicht auch mit diesen Patienten in der Neurologie arbeiten könne. Seit zweieinhalb Jahren arbeite ich nun mit einem Kontingent von 6 Stunden einmal wöchentlich auf der neuropädiatrischen Station. Eine Aufstockung der Stelle ist in Planung. Finanziert wird diese Arbeit über Spenden.

Die Musiktherapie ist dem Stationsoberarzt untergeordnet, der somit Ansprechpartner für inhaltliche wie organisatorische Fragen ist. Neben Ärzten, Kinderkrankenschwestern und Hilfspersonal arbeiten eine Psychologin, eine Sozialpädagogin, sowie Physio-, Logo-, und Ergotherapeuten auf der Station, die jeweils gezielt zur Behandlung angefordert werden. Mehrere Erzieherinnen sorgen für eine gute Beschäftigung der Kinder, darüber hinaus gibt es Schulunterricht für die Kinder und Jugendlichen im entsprechenden Alter.

Einmal wöchentlich findet die so genannte Therapeutenvisite statt, bei der Patienten im multidisziplinären Team aus Therapeuten, Ärzten und der Stationslehrerin besprochen werden. Bei meinem aktuell geringen Wochenstundensatz nehme ich in der Regel nicht daran teil. Zu Beginn meines Arbeitstages bin ich stattdessen bei der kurzen Übergabe dabei, in der die Stationsärzte von der Pflege über Vorkommnisse in der Nacht etc. unterrichtet werden. Im Anschluss daran werden Wünsche der Ärzte genannt, mit welchen der Patienten ich arbeiten soll. Es kommt auch vor, dass mich Schwestern, andere Therapeuten oder auch Eltern ansprechen. Darauf gehe ich nach Rücksprache mit dem jeweils zuständigen Arzt gerne ein. Bislang gibt es bei uns für die Musiktherapie keine schriftlichen Anforderungen.

Der Zugang zu allen digitalen Patientendaten ermöglicht mir, bei Bedarf weitere Informationen einzuholen. Und – ein Vorteil der Akutklinik, in der alle Berufsgruppen zusammenarbeiten – die Wege zum gezielten, informellen Austausch sind kurz.

Ich selbst dokumentiere meine Therapien in Tabellenform (mit Datum, Zeitdauer, Setting, Aktivitäten und Beobachtungen) im digitalen Dokumentationssystem der Klinik, so dass jeder der Behandler bei Interesse den Verlauf einsehen kann.

MUSIKTHERAPEUTISCHES ARBEITEN

Prinzipiell lässt sich für fast jeden der Patienten eine Indikation für Musiktherapie stellen: Denn schon der Krankenhausaufenthalt als solcher und das Bestehen einer neurologischen Erkrankung bringen eine oder mehrere Belastungen und Defizite mit sich, auf die musiktherapeutisch eingewirkt werden kann. Insofern geht es bei der Indikationsstellung um eine Priorisierung. Ins Gewicht fallen dabei lange oder wiederholte Klinikaufenthalte, besondere Krankheitsverläufe, Entwicklungsbeeinträchtigungen, eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten, Bewusstseinsbeeinträchtigungen, Verhaltensauffälligkeiten und eine hohe psychosoziale Belastung des Kindes oder der Familie. Die mündliche ärztliche Indikationsstellung erfolgt aus mehreren praktischen Gründen meist ohne eine konkrete Zielformulierung oder die Erläuterung tieferer medizinischer Hintergründe.

Durch die begrenzte Aufenthaltsdauer mancher Patienten und die Tatsache, dass ich nur einmal wöchentlich anwesend bin, gestalte ich mit vielen der Kinder nur eine oder zwei Therapiestunden. Dabei arbeite ich in der Regel sehr situativ und symptombezogen. Die Entwicklung von Therapiezielen ist oft Ergebnis einer in wenigen Augenblicken gewonnenen Einschätzung: Was sind vorrangige Auffälligkeiten und Belastungen, aber auch sichtbare Ressourcen, auf die ich in begrenzter Zeit mit den vorhandenen musiktherapeutischen Mitteln positiv einwirken kann?

In einzelnen Fällen habe ich die Möglichkeit, mehrere Therapieeinheiten wöchentlich anzubieten. So können bei Kindern mit einem besonderen Bedarf intensive Therapieprozesse entstehen.

Anstelle eines Musiktherapieraumes steht mir ein Wagen mit Instrumenten zur Verfügung. Mit ihm gehe ich in das Patientenzimmer, wo meisten Musiktherapieeinheiten direkt am Bett stattfinden. Manchmal ist es auch möglich, einen Besprechungsraum zu nutzen, um so mit einem Kind alleine zu sein. In der Regel richtet sich die Musiktherapie als Einzelangebot an einen Patienten mit oder ohne Angehörige. Kleingruppen entstehen teils gezielt, teils gezwungenermaßen, wenn mehrere Kinder gemeinsam im Zimmer sind.

Aufgrund der vielfältigen – meist zeitlich unvorhersehbaren – Abläufe auf der Station mit Untersuchungen, Visiten, Pflegemaßnahmen, Therapien, Schule etc. kann ich keine festen Termine für die Musiktherapie vereinbaren. So entscheidet sich von Stunde zu Stunde, mit wem ich wann arbeite. Die Therapieeinheiten dauern in der Regel zwischen einer halben und einer ganzen Stunde, kürzere und längere sind auch möglich. Ähnlich wie in anderen musiktherapeutischen Arbeitsfeldern arbeite ich methodisch mit Liedern, Improvisation, Interaktionsspielen, Regelspielen, Rollenspiel und rezeptiven Angeboten. Eine Musiktherapiestunde rahme ich normalerweise durch ein Begrüßungs- und ein Abschiedslied ein.

CHANCEN UND HERAUSFORDERUNGEN DER MUSIKTHERAPEUTISCHEN ARBEIT

Zeitliche Aspekte

Eine Besonderheit des Arbeitens auf einer neuropädiatrischen Akutstation ist die Gestaltung des Arbeitstags. Oft benötige ich mehrere Anläufe, bevor ich mit einem Kind arbeiten kann. Möglicherweise ist das Kind bei meinem ersten Besuch am Frühstück, dann ist es zu einer Untersuchung im Haus unterwegs und schließlich schläft vielleicht das andere Kind, das im gleichen Zimmer liegt. So ergeben sich zeitliche Reibungsverluste, die die Therapiedichte im Vergleich zum terminlich geordneten Arbeiten in einer Praxis deutlich verringern. An vielen Arbeitstagen lerne ich über die Hälfte der Therapiekinder neu kennen. Von Moment zu Moment kann sich neu entscheiden, wie und wo ich mit wem arbeite. Dies erfordert ein hohes Maß an Flexibilität.

Dieses flexible Arbeiten hat auch einen Nutzen, da es mir ermöglicht, schnell situativ zu agieren. Öfters entstehen zwischen den Therapieeinheiten diverse kurze Kontakte, z.B. weil ein vorher weinendes Kind fasziniert zuhört, während ich auf dem Gang stehend meine Gitarre stimme. Oder es entwickelt sich ein Kontakt mit der Mutter, deren Kind gerade operiert wird und die für diese Gesprächsmöglichkeit offensichtlich sehr dankbar ist.

Räumliche Aspekte

Das Fehlen eines eigenen Musiktherapieraums hat auch Folgen für die Therapie an sich: Die Instrumente müssen gut transportabel sein und zusammen in den Wagen passen. Die Tatsache, dass die Patientenzimmer nicht sehr groß sind, bedeutet eine Bewegungseinschränkung. Meist sitzt oder liegt das Kind im Bett oder auf dem Schoß seiner Mutter; die Instrumente kann ich ihm Stück für Stück anbieten. Eine Besonderheit ergibt sich zudem bei besonders infektiösen oder infektanfälligen Patienten: Hier kann nur Instrumentarium verwendet werden, das komplett desinfiziert werden kann – also vornehmlich aus Kunststoff oder gut lackiertem Metall.

In der Regel sind die Patienten in Doppelzimmern untergebracht. Das bedeutet, dass ich ein weiteres Kind immer mit berücksichtigen muss: Schläft es gerade oder benötigt es seine Ruhe? Kann sich das Musiktherapiekind inhaltlich auf die Therapie einlassen, wenn weitere Zuhörer anwesend sind (ein Hemmnis v.a. bei älteren Patienten)? Oder wie kann ein weiteres Kind sinnvoll mit einbezogen werden, wenn z.B. Bedürfnisse und kognitive Entwicklung weit voneinander differieren? Hier gleicht die Therapie manchmal einem Drahtseilakt.

Öfters ergeben sich durch die Situation im Mehrbettzimmer aber auch Chancen: So entsteht vielleicht der Kontakt zu einem anderen Kind, das von sich aus schwer zugänglich gewesen wäre, eine Mutter bringt ihren Wunsch nach Unterstützung zum Ausdruck oder die Patienten beginnen durch die gemeinsame Therapie, miteinander in Kontakt zu treten.

Wenn ich mit den Kindern in ihrem Patientenzimmer arbeite, bin ich als Therapeut der Gast und nicht, wie in einem anderen Arbeitsfeld, der Gastgeber. Das Verhalten der Eltern in dieser Situation variiert stark: So gibt es Eltern, die einen Kaffee trinken gehen, solche die nebenher telefonieren oder mehrfach den Raum verlassen und wiederkommen und solche, die sich aufmerksam und aktiv an der Therapie beteiligen.

Dass die Eltern oft bei der Therapie anwesend sind, mache ich mir gerne zunutze: Immer wieder stellen Eltern Fragen zum eigenen Umgang mit den Kindern und ich kann Prinzipien

des methodischen Arbeitens erläutern, oder Eltern erkundigen sich nach einer weiterführenden musiktherapeutischen Anbindung. Manches Mal genießen Eltern und Kind offensichtlich die gemeinsam gestaltete Zeit. So kann Musiktherapie mitten im eher belastenden oder unberechenbaren Umfeld des Krankenzimmers unbeschwerte Momente schaffen, von denen alle Anwesenden profitieren.

Im Kinderkrankenhaus ist es normal, dass mehrmals pro Therapiestunde Schwestern, Ärzte, Stationsassistentinnen oder Reinigungskräfte das Zimmer betreten. In einem Umfeld, das primär auf die Akutbehandlung ausgerichtet ist und in dem jede Berufsgruppe den Tag für sich sinnvoll gestalten muss, ist dies nicht immer zu vermeiden. Solche Störungen haben allerdings zur Folge, dass die Aufmerksamkeit der Patienten schwankt oder dass die gemeinsame Aktivität unterbrochen wird. Ohne einen geschützten Rahmen kann eine größere Intensität in der Therapie vielleicht gar nicht erst entstehen, und so manche Therapiestunde musste ich aus Gründen der Stationsabläufe schon abbrechen.

Andererseits erlebe ich als Therapeutin etwas von dem mit, wie der Alltag der Patienten und Familien während ihres Klinikaufenthalts aussieht: Eine geschützte Privatsphäre ist nicht gewährleistet und Unterbrechungen sind nicht vorhersehbar. Diese Erfahrungen der Kinder können unmittelbar musiktherapeutisch aufgegriffen werden. So ist beispielsweise das Situationslied einer siebenjährigen Patientin entstanden, die direkt nach einer Injektion (die die Musiktherapie unterbrochen hatte) voll Inbrunst über die „voll kleine, blöde Spritze“ sang, die ihr wehgetan hatte.

Der Therapieprozess

Auch der Therapieprozess als Ganzes unterscheidet sich in der Akutklinik deutlich von anderen Einrichtungen. Hier kommen die Familien in der Regel nicht mit einem Behandlungsauftrag zu mir, sondern ich bin diejenige, die mit dem Angebot auf sie zugeht.

Bei den wenigen Stunden, die ich mit einem Kind arbeite, führe ich keine ausführlichen Anamnesegespräche. Vorinformationen der Station variieren, und nur in Einzelfällen erkundige ich mich in der Tiefe über die medizinische Vorgeschichte. Das bedeutet, dass ich mich an die jeweilige Situation herantaste: Eine spontane Einschätzung gibt mir z.B. einen Eindruck über den kognitiven Entwicklungsstand des Kindes, über Einschränkungen und mögliche Belastungen, über das aktuelle Wohlbefinden, aber auch über Zugangswege. Aufgrund dieses Eindruckes entscheide ich innerhalb kurzer Zeit, wie und mit welcher Arbeitshypothese ich mit diesem Kind bzw. seiner Familie arbeite. Beim Singen des Abschiedsliedes weiß ich dann oft nicht, ob ich das Kind in der nächsten Woche wiedersehe.

Diese Ungewissheit spiegelt das Erleben der Patienten wider, die in der Klinik meist gezwungen sind, von Augenblick zu Augenblick zu leben – eine Tatsache, die im Gespräch mit Eltern oft als ein deutlich belastender Faktor beschrieben wird.

Der Notwendigkeit einer raschen Einschätzung und Kontaktgestaltung kommen manche Stärken der Musiktherapie mit ihren inspirierenden Materialien und der methodischen Bandbreite zugute: Für viele der Kinder wirken Musik und Instrumente so anregend, dass sie sich im Rahmen ihrer Möglichkeit hoch motiviert und aktiv beteiligen. Ebenso gut kann ich, z.B. in einem sensiblen Augenblick, sehr basal nur mit der Stimme arbeiten.

Therapieziele

Die Rahmenbedingungen und das punktuelle Arbeiten wirken sich auch auf die Zielsetzung der Musiktherapie aus. Bei gleicher Symptomatik unterscheidet sie sich in ihren Schwerpunkten von einem anderen Setting. Kenelly nennt, angelehnt an Michaud et al., als Ziele der pädiatrischen Rehabilitation, neurologische Folgeschäden zu begrenzen, verlorene Fertigkeiten wieder zu gewinnen und neue Fertigkeiten zu erlernen, die erworbene Behinderungen kompensieren sollen. (Kennelly 2006, S.226). Der Indikationskatalog Musiktherapie in der Neurologischen Rehabilitation beschäftigt sich darüber hinaus u.a. mit Zielen, die der emotionalen Stabilisierung, der Selbstwertsteigerung und der verbesserten Krankheitsverarbeitung dienen (Baumann et al. 2006).

Dazu wären viele Therapiestunden erforderlich, was auf der neurologischen Akutstation nicht gegeben ist. Auch ist die Zielsetzung des Krankenhausaufenthaltes als solches eine andere: Im Vordergrund steht hier die Diagnostik oder medizinische Behandlung, weniger das nur durch viele Therapiestunden erreichbare Erweitern von Handlungsmöglichkeiten.

Als Musiktherapeutin habe ich dennoch die kognitive, emotionale, soziale und körperliche Entwicklung des Patienten im Blick und versuche, das Kind dahingehend zu fördern und herauszufordern. Im beschriebenen Umfeld ist meine Arbeit aber in besonderem Maße auf die Bedürfnisse des Augenblicks und das Erfahrbarmachen von Ressourcen des Kindes oder der Familie ausgerichtet. Manches Mal geht es tatsächlich um eine „gute“, d.h. auf ein Kind mit eingeschränkten Möglichkeiten ausgerichtete, Beschäftigung.

Musiktherapie kann auch in wenigen Stunden wichtige Impulse geben. Möglicherweise bekommen die Eltern Ideen und Anregungen oder ich leite sie gezielt zu einem fördernden Umgang mit ihrem Kind an. Manches Mal geht es darum, das Kind, z.B. durch das Erleben von Selbstwirksamkeit, persönlich zu stärken oder Eltern und Kind zu ermutigen. Nicht selten erlebe ich – gerade in der Neurologie, wo die Defizite der Kinder oft deutlich sichtbar sind und den familiären Alltag prägen – wie Eltern tief berührt sind zu sehen, was ihr Kind kann, wie es lacht, in Kontakt tritt, sich engagiert beteiligt oder durch Musik beruhigen lässt. Ich arbeite unter der Prämisse, dass solche positiven Erfahrungen eine Auswirkung haben, die über den Moment hinaus reicht.

Wie eingangs beschrieben, werden Zeiten im Krankenhaus von Kind und Eltern oft als besonders belastend erlebt, was nicht immer ohne negative Folgen bleibt. Die Resilienzforschung kennt als Faktoren, die bei der Bewältigung kritischer Lebensereignisse helfen, u.a. eine positive Selbstwahrnehmung, Offenheit, Vertrauen, günstige Krankheitskonzepte, ein aktives Problemlöseverhalten, eine kämpferische Haltung, Selbstermutigung und Ablenkungsstrategien (Schröder et al. 2013). Hier können auch einzelne Therapie-Einheiten, die in besonders kritischen Zeiträumen stattfinden, einen präventiven Beitrag leisten.

Bei Patienten, die oft gerade aufgrund einer akuten Verschlechterung in der Klinik sind, ergeben sich entsprechende Schwankungen ihrer Befindlichkeit. Das hat auch Auswirkungen auf das therapeutische Arbeiten. Manches Mal stellt sich die Frage, ob das Kind zu krank ist für Musiktherapie, ob also jeder weitere Reiz überfordert.

Es liegt aber auch eine Chance darin, gerade dort eine Unterstützung anbieten zu können, wo Kind und / oder Eltern in einer extrem belastenden Situation sind. So kann die Musiktherapie anstelle einer kurativen eine palliative (d.h. lindernde) Wirkung zum Ziel haben: Musik kann beruhigen und trösten, kann ein Gefühl von Geborgenheit vermitteln und zur Entspannung

beitragen. Die ersten Patienten, bei denen ich von ärztlicher Seite angefragt wurde – noch bevor meine Stelle auf der neurologischen Station etabliert war – waren Kinder, bei deren Behandlung die Medizin an ihre Grenzen stieß. Dort, wo vieles nicht mehr hilft, bekommt ein Angebot, was in auch im kleinsten Maße wohl tut, eine besondere Bedeutung.

Musiktherapie im Behandlungskontext

Besonderheiten des Arbeitsfeldes ergeben sich auch bezogen auf den Platz von Musiktherapie im Team. Bei meiner derzeitigen niedrigen Wochenstundenzahl gibt es wenig Zeit für regelmäßige interdisziplinäre Besprechungen. Auf der anderen Seite sind informelle Absprachen unkompliziert und manchmal entstehen Synergieeffekte. So z.B., wenn ich mich mit einer Physiotherapeutin verabrede: Sie gibt mir vielleicht Tipps zum Handling des Patienten und ich rege das Kind zur zufriedenen Beschäftigung an, während sie an der Rumpfhaltung arbeitet. Oder eine Schwester meldet mir nach der Stunde mit einem schwerkranken Kind, das ich noch nicht gut kenne, zurück, welchen Eindruck sie gewonnen hat.

Innerhalb der anderen Berufsgruppen mit weit höherer Präsenz hat die Musiktherapie einen gewissen Exotenstatus. Es ist typisch, dass Musiktherapiestellen in Kinderkrankenhäusern durch Spenden finanziert werden. Nicht jede der zuständigen Personen hat einen Blick für den inhaltlichen Beitrag, den Musiktherapie leisten kann. Als positiven Nebeneffekt empfinde ich dabei, dass ich – bezogen auf Prioritäten und die inhaltliche Ausrichtung der Arbeit – einen großen Gestaltungsspielraum besitze.

FALLBEISPIEL

Dem anfänglichen Beispiel eines einzelnen Therapiekontaktes möchte ich nun einen längerfristigen Musiktherapieverlauf gegenüberstellen. Dabei erläutere ich einzelne Situationen, die in ihrer Unterschiedlichkeit bezeichnend sind für das Arbeiten auf einer neuropädiatrischen Akutstation.

Malte ist ein frühgeborenes Kind der 24. Schwangerschaftswoche. Zusätzlich zu einer Entwicklungsverzögerung und diversen Infektionen hat er einen Hydrozephalus, der wiederholte Operationen zur Folge hatte. Nach anfänglicher Versorgung in einer anderen Klinik kam er mit 22 Monaten erstmals zur Behandlung nach Heidelberg. Es folgten viele weitere Klinikaufenthalte: Zwischen Juni 2011 und März 2014 war Malte alleine 20x stationär aufgenommen, dazwischen lagen weitere ambulante Vorstellungen und teilstationäre Behandlungstage. Verteilt über einen Zeitraum von etwas mehr als zwei Jahren konnte ich in unregelmäßigen Abständen 10 Musiktherapie-Einheiten mit Malte gestalten. Zusätzlich gab es einige kurze Kontakte an Tagen, an denen keine Musiktherapie zustande kam.

Ich lernte Malte kennen, als er zwei ein viertel Jahre alt war. Mir begegnete ein kleiner, in seiner allgemeinen Entwicklung verzögerter Junge mit Schwierigkeiten der Bewegungskoordination. Er äußerte sich mimisch und in Form von Lauten und Gesten. Vom Schoß seiner Mutter aus zeigte er vorsichtiges Interesse. Dem Begrüßungslied hörte Malte aufmerksam zu. Auf die danach angebotenen Leier reagierte er ambivalent: zunächst schob er sie von sich, streckte die Arme dann aber wieder interessiert zum Instrument. Am Röhrenglockenspiel lehnte er es ab, mit den Schlägeln zu spielen, aber gerne spielte er immer wieder mit den Händen. Ähnlich aktiv beschäftigte er sich mit der Handtrommel. Besonders

das lebhaftes Spiel seiner Füße an der Trommel begleitete er mit fröhlichen Lauten und mit Lachen. Seine Mutter unterstützte ihn (z.B. indem sie zwischenzeitlich seine Hand mit Schlägel führte) und ermutigte ihn verbal, ließ ihm aber auch Freiräume (z.B. wenn er die Hand zurückzog).

Ziel der Musiktherapie war zunächst, einen Rahmen zu schaffen, in dem sich Malte wohl fühlte und wo sein Interesse an Kontakt und Aktivität geweckt wurde. Bei seinen deutlichen motorischen und verbalen Einschränkungen sollten ihm Erfahrungen von Selbstwirksamkeit und wechselseitiger Interaktion ermöglicht werden. Das eigene Instrumentalspiel mit hörbaren Ergebnissen machte ihm offensichtlich Freude. Zudem nahm er bald in seiner Aktivität Bezug zu mir auf, z.B. indem er an der Trommel zwischen kratzender und schlagender Klangerzeugung variierte. Maltes Mutter meldete mir zurück, dass die insgesamt positive Reaktion von Malte auf die neue Situation und mich als fremde Person ungewöhnlich sei und freute sich offensichtlich über seine meist fröhliche und aktive Beteiligung. Sie erkundigte sich nach den Möglichkeiten ambulanter heimatnaher Musiktherapie. Hier suchte ich nach geeigneten Angeboten, die sich jedoch aus finanziellen Gründen dann nicht umsetzen ließen.

Ein Thema weiterer Therapiestunden waren zunehmende Verhaltensauffälligkeiten, die seine Mutter zusammen mit dem Wunsch nach Unterstützung ansprach: Malte zeigte immer wieder eine ausgeprägte Ambivalenz seiner Wünsche. Seine Stimmung konnte innerhalb von Augenblicken zwischen Extremen schwanken und schnell reagierte er autoaggressiv auf Anspannung. Dieses Verhalten äußerte sich in besonderem Maße während der kurz aufeinander folgenden Krankenhausaufenthalte und wurde verstärkt durch unangenehme Untersuchungen und medizinische Eingriffe. Auf Außenreize, wie z.B. Kinderstimmen, reagierte Malte extrem sensibel, begann zu weinen oder sich zu schlagen. Seine Mutter war entsprechend besorgt und belastet.

Auch in den Musiktherapiestunden zeigten sich sehr sensible Reaktionen und rasche, heftige Stimmungsschwankungen von Malte. Im Stundenverlauf wurde der starke affektive Ausdruck meist ruhiger oder bekam eine freudige Richtung, und Malte spielte z.B. gerne und ausdauernd an einem Instrument oder beteiligte sich lachend an einem gesungenen Dialog aus Silbenreihen. Maltes Mutter äußerte sich sehr dankbar für Momente, in denen sich Malte auf Dinge einlassen konnte, an denen er sich aktiv und mit Freude beteiligte.

An einem meiner Arbeitstage ging es Malte wieder einmal nicht gut und er reagierte extrem sensibel auf jegliche Geräusche. Ich klopfte an der Zimmertüre, um auszuloten, ob ich mich für Musiktherapie verabreden könne. Malte lag recht ruhig, aber angespannt im Bett, kratzte sich ab und zu mit den Händen und schlug sich, als von nebenan ein Geräusch zu hören war, ins Gesicht. Seine Mutter signalisierte, dass sie unsicher sei, ob Musik passe. So stand ich zunächst am Bett und begann dann leise zu summen. Das ließ sich Malte gefallen und schlief nach ca. 15 min, in denen ich für ihn summete, schließlich ruhig ein.

In der bisher letzten Stunde mit Malte war noch ein Mitpatient im Zimmer, der fünfjährige Emil, der auch ein großes Interesse an Musik hatte. So gestalteten wir die Stunde gemeinsam: Malte und seine Mutter auf ihrem Bett, Emil, sein Vater und ich auf Stühlen davor. Im Fokus meines Vorgehens stand, beiden Jungen eine aktive Beteiligung zu ermöglichen und Kompromisse zwischen ggf. differierenden Bedürfnissen zu finden. Malte, der selbst kräftig und ausdauernd an der Gitarre und später am Röhrenglockenspiel gespielt hatte, ohne aufhören zu wollen, akzeptierte es, als zwischendurch Emil spielte und wartete ab. Die Trommel schob er nach kurzer Zeit weinend von sich. Als ich sie dann leise spielend über den Köpfen der Kinder kreisen ließ, hörte er dann doch interessiert zu. Und obwohl er selbst

weiterhin nicht spielen wollte, wünschte er sich viele Wiederholungen der lauten Strophe unseres anschließenden Trommelliedes. Eine Besonderheit dieser Stunde war die Flexibilität, mit der Malte reagierte, auch wenn ich nicht gleich seinen signalisierten Wünschen folgte.

Betrachtet man den gesamten Verlauf der musiktherapeutischen Begegnungen mit Malte, so sind einige Gesichtspunkte exemplarisch:

Bezeichnend ist die Unterschiedlichkeit der zeitlich weit gestreuten und unregelmäßig verteilten Musiktherapiestunden. Zwischen intensiven Therapiestunden mit einer Dauer von 15 bis 60 Minuten gab es diverse Elterngespräche und kurze Kontakte auf dem Flur oder im Zimmer. Auch inhaltlich gab es eine Bandbreite: In manchen Therapiestunden standen der Kontakt, die Ausdauer und das Üben interaktiver und motorischer Fähigkeiten im Vordergrund. Andere Male ging es eher um Frustrationstoleranz, um eine emotionale Stabilisierung oder darum, Malte zu beruhigen.

Ein weiterer Gesichtspunkt ist, dass Malte gerade während seiner stationären Klinikaufenthalte besonders belastet war. Er reagierte hochsensibel, affektlabil und skeptisch auf Kontakte und Reize. Umso wichtiger waren in diesem Umfeld angenehme Erfahrungen, eine freudige Beteiligung und Momente des Lachens.

Persönliche Ressourcen und Fähigkeiten von Malte sowie positive Entwicklungen wurden in der Musiktherapie sichtbar und auch von den Eltern deutlich wahrgenommen. In diesem Sinne war ein Teilaspekt der Musiktherapie immer auch deren Ermutigung. Die manchmal von Maltes Mutter geäußerte Wahrnehmung, dass es ihm aktuell nur schlecht ginge, wurde revidiert. Sie freute sich sichtlich an den Momenten, in denen Malte mit Freude in Kontakt trat und sich engagiert beteiligte. Und sie konnte beobachten, dass es Möglichkeiten gab, Malte auch in angespannten Situationen und bei ablehnenden Signalen etwas anzubieten und damit positiv auf seine Stimmung einzuwirken.

SCHLUSSBETRACHTUNG

Wie ich in meinen Ausführungen dargelegt habe, stellt eine neuropädiatrische Akutstation besondere Bedingungen an Musiktherapie. Wer in diesem Rahmen arbeitet, muss viele klassische Vorstellungen loslassen und ggf. sein Therapieverständnis überdenken.

Ist man bereit, sich darauf einzulassen, so kann man hier ein wertvolles Arbeitsfeld finden. Mich persönlich motiviert, gerade dort eine Unterstützung anbieten zu können, wo Belastungen und Defizite besonders hoch sind. Oft sind es die Begeisterung der Kinder, die Rückmeldung von Eltern oder Personal oder feinste mimische Reaktionen, die bestätigen, dass sich diese Arbeit lohnt.

Eine bleibende Herausforderung ist, das Potenzial von Musiktherapie innerhalb der in diesem Arbeitsbereich gegebenen Grenzen auszuschöpfen.

LITERATUR

- Baumann, Monika; Hinkelmann, Anna; Jochheim, Maret; Mainka, Stefan; Straub, Silja; Unterharnscheidt, Mia (2006). Indikationskatalog Musiktherapie in der Neurologischen Rehabilitation. In: DGMT (Hrsg.) *Beiträge zur Musiktherapie*. Berlin: DGMT
- Kandé-Staehelin, Bettina (2012). Musiktherapeutische Trauerbegleitung von Eltern langzeiterkrankter und behinderter Kinder. In: A. Lorz-Zitzmann, B. Kandé-Staehelin. *Krankheit – Trauer – Wandlung. Musiktherapie mit schwer kranken Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern* (S.120-224). Zürcher Schriften zur Musiktherapie. Wiesbaden: Reichert Verlag
- Kennelly, Jeanette (2006). Music Therapy in Paediatric Rehabilitation. In: F. Baker, J. Tamplin. *Music Therapy Methods in Neurorehabilitation* (S. 219-233). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Plahl, Christine; Koch-Temming, Hedwig (Hrsg.) (2008). *Musiktherapie mit Kindern*. Bern: Hans Huber.
- Retzlaff, Rüdiger (2010). *Familien-Stärken. Behinderung, Resilienz und systemische Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schröder, Hildegard M.; Lilienthal, Susanne; Schreiber-Gollwitzer, Beate M.; Griessmeier, Barbara; Leiss, Ulrike (2013). *Psychosoziale Versorgung in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie*. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 025/002, Entwicklungsstufe 3. Verfügbar unter: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/025-0021_S3_Psychosoz_Versorgung_P%C3%A4d_Onkol__H%C3%A4matol_2013.pdf [Zugriff: 03.05.2014]
- Voigt, Melanie (2008). Die Kugeln zum Tanzen bringen – Musiktherapie für Kinder mit Entwicklungsstörungen. In: C. Plahl, H. Koch-Temming (Hrsg.). *Musiktherapie mit Kindern*.(S. 213-221) Bern: Hans Huber