

# Pas de trois

## Das Zusammenwirken von Physio- und Musiktherapie für Kinder mit komplexen Behinderungen

Von Pia Weick & Hansjörg Meyer

**Wenn man an manchen Tagen im Flur des Kinderheims am Musiktherapieraum vorbeigehen würde, könnte man durch die Tür nicht nur wie sonst üblich Musik hören, sondern noch etwas anderes – lautes Lachen.**

Öffnete man die Tür, könnte man ein junges Mädchen mit einer schweren Mehrfachbehinderung auf der Behandlungsmatte sehen, die von der Physiotherapeutin durchbewegt wird – und dazu spielt der Musiktherapeut am Klavier eine Musik, die nahezu synchron mit den Bewegungen der beiden einhergeht. Ein zufällig eintretender Beobachter würde wahrscheinlich annehmen, dass es sich um ein Bewegungsangebot zur Musik handelt, doch dem ist nicht so: nicht nur die Bewegungen orientieren sich an der Musik, sondern die Musik orientiert sich an dem, was auf der Matte zu sehen ist und vor allem an dem, was das Kind *erlebt*. Bewegt die Therapeutin beide Arme langsam nach hinten über den Kopf des Mädchens, begleitet die Musik das Geschehen melodisch aufsteigend, zunehmend lauter und mit einer immer mehr Spannung aufbauenden Harmonik. Auf dem Höhepunkt findet die körperliche Dehnung ihren musikalischen Ausdruck in Akkorden, die stark nach Auflösung drängen. Führt sie die Arme dann wieder nach unten, nimmt die musikalische Spannung auch wieder ab, die Musik wird leiser, der melodische Bogen führt abwärts und die spannungsreichen Harmonien weichen wohlklingenderen Akkorden. Das Mädchen scheint gar nicht genug davon bekommen zu können, denn sie lacht laut und auch ihre Augen verraten, dass sie dieses Angebot sehr genießt.

*Pas de trois* könnte man diese Kombination zweier an sich unabhängiger therapeutischer Angebote nennen, ein *Tanz zu dritt* also, und bei diesem besonderen Tanz passiert weit mehr, als dass sich zwei Personen zu einer vorgegebenen Musik bewegen. Die Idee zu dieser außergewöhnlichen Form einer interdisziplinären Zusammenarbeit entstand vor einigen Jahren im Sozialpädagogischen Wohnheim der Reha-Südwest in Karlsruhe für schwer mehrfach-behinderte Kinder und Jugendliche beim gemeinsamen Anschauen eines Filmes aus der Musiktherapie, in welchem die Atmung eines körperlich stark eingeschränkten Kindes mit Musik begleitet wurde – dies ist in dieser speziellen Form der Musiktherapie und dem daraus hervor-

gegangenen Konzept der musikbasierten Kommunikation eine durchaus übliche Form des Arbeitens, bei welcher die einzelnen Atemzüge des Betroffenen mit einer improvisierten Musik möglichst synchron begleitet werden, die sich außerdem an dessen Musikgeschmack und der erkenn- und spürbaren Stimmung orientiert. Uns kam der Gedanke, dass die Erlebens- und Ausdrucksmöglichkeiten des Kindes wesentlich erweitert werden könnten, wenn die Musik sich nicht nur auf die Atmung, sondern auch auf Bewegungen beziehen würde, die ihm durch die Unterstützung einer weiteren Person zu ermöglichen wäre. Idealerweise sollte diese weitere Person das Kind sehr gut kennen und wissen, welche Bewegungen „gut“ für es sind, vielleicht sogar spüren, welche Bewegungen das Kind machen würde, wenn es selbst über diese Fähigkeit verfügte.

### **Physiotherapie mit schwer mehrfach behinderten Menschen**

Alles beginnt mit der richtigen Position. Beim gemütlichen Lesen im Sessel mit hochgelegten Füßen oder beim Einschlafen im Bett mit zwischen die Beine geklemmter Bettdecke. Genauso ist auch in der Therapie die richtige Position grundlegend ein sehr wichtiger und immer der erste Schritt.

Da unsere Patienten in den meisten Fällen nichts sagen oder andeuten können, wie sie gerne liegen, sitzen oder stehen möchten, ist dieser Punkt die Entscheidung des Therapeuten. Bei aktiven Patienten wählt man gerne den Stand oder das aktive Sitzen (*ergo alleine Sitzen*), bei inaktiven Kindern oft die Rückenlage oder den angelehnten Sitz am Therapeuten. Auch eine wichtige Entscheidung ist, ob eine spastikhemmende Lagerung notwendig ist. Darüber gibt meist der Befund des Patienten oder die Aussage von Angehörigen Auskunft.

Bei einer spastikhemmenden Lagerung ist die Art der Spastik des Patienten von Bedeutung. Grundsätzlich unterscheidet man Streck- und Beugespastik, die jeweils in die entgegengesetzte Richtung gelagert werden. Somit ergibt sich das Positionieren in tendenzieller Beugung bei einer Streck- und in tendenzieller Streckung bei einer Beugespastik. (Literaturtipps: Fröhlich 1998 und Hüter-Becker/Dölken 2005)



### **Musiktherapie mit schwer mehrfach behinderten Menschen**

Menschen mit schweren Behinderungen verfügen genauso wie nicht behinderte Menschen über die Fähigkeit des emotionalen Erlebens. Lediglich die Möglichkeiten des Ausdrucks von Emotionen sind eingeschränkt, hauptsächlich durch die fehlende Möglichkeit der Sprache. Gefühle werden soweit möglich körperlich ausgedrückt mittels Bewegungen, Lauten und der Atmung. Allen, die mit dieser Klientel arbeiten, ist außerdem bekannt, dass diese Menschen sehr stark auf Musik ansprechen. Die musikalische Arbeit mit ihnen kann es sich nun zunutze machen, dass die körperlichen Äußerungen allesamt voller musikalischer Elemente sind, auf die sich eine für diese Menschen improvisierte Musik beziehen kann. Es entstehen also motorisch-musikalische „Gespräche“, deren Grundlage die körperlichen Äußerungen des behinderten Ge-

genüßers sind und die sich an so vielen erkennbaren Details wie möglich orientieren, insbesondere der Stimmung. Auf diese Weise können Gefühle hör- und somit kommunizierbar gemacht werden. (Literaturtipps: Nordoff/Robbins 1986, Meyer 2010 und 2012)

### **Zusammenwirken beider Angebote**

Voraussetzung für beide Formen des Arbeitens ist eine gewisse Fähigkeit deserspüren-Könnens, welche Bewegungen einem schwer behinderten Menschen entsprechen würden, die er möglicherweise selbst machen würde, wenn er könnte – und genauso, welche Musik am ehesten das ausdrücken könnte, was er möglicherweise fühlt. Im Konzept der musikbasierten Kommunikation wird das als die Fähigkeit des „Hinspürens“ bezeichnet, die sich selbstverständlich nicht nur auf eine musikalische Arbeit beziehen soll, sondern in der Arbeit mit Menschen überhaupt

ein wichtiges Arbeitsmittel sein sollte. Diese spürende Haltung entspricht in gewisser Weise auch ein wenig der Wahrnehmungsweise schwer behinderter Menschen, die diese auch als intuitive Haltung zu bezeichnende Art des Erlebens, mit der alle Menschen auf die Welt kommen, stärker ausgebildet haben als andere. Im Zusammenwirken von Physio- und Musiktherapie kommt es nun zu einer ganz besonderen Situation, die in dem Bild des Pas de trois einen wie wir finden recht passenden Ausdruck findet: zwei Therapeuten richten ihr Gespür auf eine Person, orientieren sich an dessen Äußerungen und Stimmung, aber auch aneinander, an dem, was sie sehen, hören und spüren. Der behinderte Mensch wiederum beteiligt sich nach seinen Möglichkeiten spürbar mit, was manchmal nur in seinem Blick oder der „Ausstrahlung“ zur Geltung kommt, aber auch oft in der Art seiner Bewegungen deutlich wird. Wir unterscheiden daher die Arbeit mit aktiven und weniger aktiven Kindern.

### **Aktive Kinder**

Als aktive Kinder bezeichnen wir solche, die außerhalb ihres Rollstuhls mit Unterstützung frei sitzen, mit Hilfe stehen oder sogar mit Unterstützung gehen können. Leider sind viele dieser Bewegungen für das Kind oft unattraktiv, weil sie nicht immer Spaß machen und sich diesen Kindern der Sinn von Muskelaufbau und Kräftigung nicht erschließt. Eines der Ziele ist hierbei die Unterstützung der Bewegungsfähigkeit des Kindes und dessen selbstständige Entscheidung hinsichtlich aktiver Bewegungen und der Bewegungsrichtung. Eine musikalische Begleitung des Geschehens hingegen kann die anstrengenden Abläufe interessanter und manchmal sogar lustig machen. Das wiederum führt zu einer Stärkung der Eigenmotivation, des Durchhaltevermögens und vor allem zu einer zunehmenden positiven Besetzung des *eigenen* Tuns! Auf diese Weise erhält das Kind Anreize für seine psychische Entwicklung.

### **Beispiel:**

Ein 15-jähriger Junge wird von der Physiotherapeutin aus dem Rollstuhl geholt und steht mit ihrer Hilfe aufrecht. Sackt er, was er gerne macht, in sich zusammen oder lässt sich fallen, hält sie ihn nicht fest, sondern stützt ihn nur so, dass er sich aus eigener Kraft wieder aufrichten muss und stehen kann. Dabei werden seine Eigenbewegungen von der Therapeutin so weit wie möglich unterstützt. Das ist

für beide recht anstrengend, weil die Initiative weitgehend von der Therapeutin ausgehen muss. Der Junge würde viel lieber am Boden liegen, ohne sich viel bewegen zu müssen. Diese Lust auf Liegen ist aber auch ein Ausdruck eines grundsätzlichen Problems des Jungen: er ist recht passiv und zeigt wenig Explorationsverhalten, obwohl er die motorischen Fähigkeiten dazu durchaus hätte. Es fehlt die Motivation.

In der Musiktherapie zeigt der Junge zwar Ansätze von Explorationsverhalten, indem er mit seinen abwechslungsreichen Bewegungen die Musik wie ein Dirigent steuert, die der Therapeut für ihn auf der Trommel oder am Klavier spielt, aber er selbst zeigt keine Initiative, auf einem Instrument zu spielen. Er verfügt auch nicht über die Fähigkeit, beispielsweise eine Trommel so anzuschlagen, dass ihr Fell vibriert und dadurch klingt, sondern er kann das Instrument nur anfassen und wegstoßen. Der Effekt, den er dadurch erzielt, nämlich das Umkippen einer Trommel, erschreckt ihn und bereitet Unbehagen. Auch kann er mit einem Schlägel nicht trommeln – er lässt ihn wie jedes Ding, das er aufnimmt, zu Boden fallen, und er scheint diese erzielte Wirkung zu beabsichtigen und zu genießen. Will man ihm die Hand führen, zieht er sie sofort weg. Die Motivation zur Eigeninitiative ist in der Musiktherapie zwar durchaus erkennbar, aber seine Fähigkeiten lassen nicht mehr eigenes Tun zu.

In der Kombination beider Angebote werden die Eigenbewegungen des Jungen beim Sich-Aufrichten musikalisch begleitet, sein Erleben wird kommentiert. Hängt er tonusarm im Arm der Therapeutin und taumelt ein wenig, bis er genügend Standfestigkeit gefunden hat, spielt der Therapeut am Klavier synchron mit diesen Bewegungen einige Akkorde, die „wackelig“ klingen, was bei ihm stets ein spontanes Grinsen auslöst. Steht er sicherer und richtet sich durch gezielt eingesetzte tonussteigernde Maßnahmen (z. B. Tapping) auf, klingt die Musik marschartig und endet, wenn er aufrecht steht, mit einem Tusch. Auch das bewirkt große Heiterkeit, der Junge wiederholt diese für seine Muskulatur bedeutsame Bewegungsfolge mehrmals. Die Musik untermalt sein Erleben: erst die Unsicherheit, dann der sichere Stand, das Fassen eines Entschlusses, das Einsetzen von Kraft, den Erfolg, etwas allein geleistet zu haben und etwas zu können, zum Schluss ein Stolz auf das

Erreichte, nämlich den aufrechten Stand aus eigener Kraft. Es handelt sich übrigens um eine Position, die er nicht oft einnehmen kann, die ihm eine andere Perspektive vermittelt und ihn groß sein und sich auch so fühlen lässt.

Die Wirkungen dieser Kombination gehen über die Ziele der einzelnen therapeutischen Ansätze sogar noch hinaus: der physiotherapeutische Effekt ist einerseits die Muskelkräftigung, die aus eigenem Antrieb heraus geschieht, und andererseits die Osteoporoseprophylaxe, welche dadurch zustande kommt, dass er sich aktiv bewegt. Musiktherapeutisch ist positiv, dass er aktiver sein und seine Selbstwirksamkeit deutlicher zeigen und in größerem Maße ausleben kann. Und durch den Erfolg, den er mit seiner Eigeninitiative erreichen konnte, wächst er psychisch in seiner Autonomieentwicklung. Solche Erlebnisse können, wenn sie oft wiederkehren und in eine tragende und ermöglichende Beziehung eingebettet sind, weitere Entwicklungsprozesse anstoßen und in Gang setzen. (Literaturtipp: Senckel 1994 und 1998)

### Weniger aktive Kinder

Auch weniger aktive Kinder können von diesem Angebot profitieren. Wie im Beispiel des jungen Mädchens im ersten Absatz dieses Beitrags zu lesen ist, löst es meistens große Freude aus. Bei diesen Kindern ist einer der Hauptaspekte das Erleichtern des Abtransportes bzw. Abhustens von angesammeltem Sekret und einer geeigneten spastikhemmenden Lagerung (Rückenlage, angelehnter Sitz oder Kniestand). Großer Wert liegt hierbei darauf, alle Gelenke in dem für das Kind maximalen Ausmaß zu bewegen und solche Impulse zu verstärken, von denen man spürt, dass das Kind sie gerne selbst machen würde, wenn es könnte.

In der Musiktherapie sitzen diese Kinder meist im Rollstuhl und werden vom Musiktherapeuten vom Klavier aus in ihrer Atmung begleitet. Hierbei steuert das Kind mit seiner Atmung und seiner erkennbaren Stimmung Tempo, Lautstärke, Takt, Rhythmus und den Charakter der Musik. Dies führt oft zu einer intensiven Kommunikation, allerdings ist die Musik meist der Atmung angepasst und recht leise und entspannt. Atmet ein Kind sehr unruhig, wird in der Regel versucht, ihm etwas Beruhigendes entgegen-

zusetzen, das sich nicht an der Atmung orientiert, auf das sich das Kind aber beziehen kann. Da sich das Kind von alleine nicht bewegen kann, können keine anderen körperlichen Äußerungen als die Atmung einbezogen werden.

Dies ist in der Kombination beider Angebote anders. Die Musik kann sich sowohl auf die Atmung beziehen, die durch entsprechende Dehnlagerungen (z.B. Mondlage) tiefer und intensiver ist als im Rollstuhl, oder aber auf die Bewegungen, die die Therapeutin mit dem Kind macht. Das körperliche Erleben wird musikalisch untermauert und für das Kind auf Grundlage seiner Bewegungen ausgedrückt, im Sinne von „das, was du fühlst, könnte sich vielleicht so anhören?!“, es wird durch diese begleitende Untermauerung intensiviert, was zu einer anderen Körperwahrnehmung führen kann. Wir beobachten außerdem häufig, dass das Kind viel öfter lacht oder tief durchatmet und seufzt – auch das führt zu einem veränderten Körpererleben und vor allem zu einer Verbesserung der Atmung, welche beispielsweise durch das Atmen gegen Widerstand und Kontaktatmen noch weiter vertieft werden kann (NB: beim Atmen gegen den Widerstand der Hände der Therapeutin fällt es dem Musiker oft leichter, die manchmal schwachen Bewegungen des Atmens eines Kindes an deren Händen zu erkennen). Das sich oft anschließende Abhusten kann durch entsprechende Veränderungen der Lagerung oder Vibrationen und sanfte Klopfungen am Brustkorb erleichtert und gefördert werden.

Voraussetzung ist, dass beide Therapeuten sich so intensiv wie möglich auf das Kind individuell einstellen und ihm Lagerung, Bewegungen und musikalischen Ausdruck ermöglichen, die sich an dem orientieren, was das Kind, wenn es könnte, selbst machen würde. In diesem sich im Idealfall über einen langen Behandlungszeitraum erstreckenden Prozess sind die Kinder stets unsere zuverlässigsten Ratgeber und Lehrer, die uns durch ihre Reaktionen zeigen, ob der eingeschlagene Weg der richtige und passende ist. Bis man die optimale Symbiose zwischen Musik- und Physiotherapie gefunden hat, bleiben der Phantasie der Therapeuten keine Grenzen gesetzt. Nur wenn hier eine Übereinstimmung aller drei Partner erreicht wird, kann das Ganze wirklich zum Tanz werden – zum *Pas de trois*.

Bei dieser neuen Form der Therapie ist der finanzielle Aspekt, also die Tatsache, dass zwei ausgebildete Therapeuten gleichzeitig mit einem Kind arbeiten, ein bitterer Beigeschmack. Wir möchten daher pädagogische und pflegerische Fachkräfte, aber auch betreuende Angehörige ermutigen, nicht-therapeutisch intendierte Bewegungs- und Musikangebote zu kombinieren, um so möglichst vielen Betroffenen Zugang zu dieser Arbeitsweise zu ermöglichen. 🍷

### Veranstaltungshinweis:

18. Oktober 2014, MFZ München-Freimann  
 „Kombination Physiotherapie mit  
 musikbasierter Kommunikation“  
 Pia Weick und Hansjörg Meyer  
 LVKM Bayern und Stiftung „Leben Pur“  
[www.lvkm.de](http://www.lvkm.de)

### Literatur

- Fröhlich, Andreas (1998):*  
 Basale Stimulation  
 Düsseldorf: Selbstbestimmtes Leben
- Hüter-Becker, Antje/Dölken, Mechthild (2005):*  
 Physiotherapie in der Pädiatrie  
 Stuttgart: Thieme
- Meyer, Hansjörg (2012):*  
 Musikbasierte Kommunikation für Menschen  
 mit schwerer Behinderung – Das Konzept.  
 Karlsruhe: Von-Loeper
- Meyer, Hansjörg (2010):*  
 Komponisten mit schwerer Behinderung.  
 Freiburg: Lambertus
- Nordoff, Paul/Robbins, Clive (1986):*  
 Schöpferische Musiktherapie.  
 Stuttgart: Fischer
- Senckel, Barbara (1994):*  
 Mit geistig Behinderten leben und arbeiten  
 München: C.H. Beck
- Senckel, Barbara (1998):*  
 Du bist ein weiter Baum  
 München: C.H. Beck



**Hansjörg Meyer, M.A.**, (Musiktherapie) ist Musiktherapeut (DMTG) für Menschen mit schweren Behinderungen in Karlsruhe.

[meyershansjoerg@aol.com](mailto:meyershansjoerg@aol.com)



**Pia Weick** ist Physiotherapeutin und Hippotherapeutin in Karlsruhe und Philippsburg.

[pia.weick@gmx.de](mailto:pia.weick@gmx.de)