

Unverkäufliche Leseprobe aus:

Gertrud Orff
Die Orff-Musiktherapie

Aktive Förderung der Entwicklung des Kindes

Alle Rechte vorbehalten. Die Verwendung von Text und Bildern, auch auszugsweise, ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlags urheberrechtswidrig und strafbar. Dies gilt insbesondere für die Vervielfältigung, Übersetzung oder die Verwendung in elektronischen Systemen.

© S. Fischer Verlag GmbH, Frankfurt am Main

Inhalt

Vorwort von Carl Orff	7
1. Standort	9
2. Die Orff-Musiktherapie	12
und ihre Beziehung zum Orff-Schulwerk	
Ansatzpunkt	14
Material	15
Therapiesituation	16
Mittel	18
3. Das spezifische Agens der Therapie	22
Instrumentarium	22
Applikation des Instrumentariums	25
Perzeption des Instrumentariums	29
Sprache	39
Bewegung	45
Ergänzendes Material	48
4. Die praktische Arbeit	52
Koordination der Materialien	52
Regeln	57
Form der Technik	62
5. Therapieanwendung bei verschiedenen Behinderungsarten	66
Beispiele aus der Praxis	66
Behinderung der Sinne	67
Hör- und Sprachgeschädigte	68
Blinde und Sehbehinderte	78
Motorische Behinderung	86
Geistige Behinderung	90
Verhaltensstörungen	101
Autismus	115
6. Behandlungsvorschläge	121
Kontaktaufnahme	121
Ablauf der Stunde	123
Leitfäden	124
Der Außenseiter	126

7. Einzeltherapie	128
Indikationen	128
Beispiele	128
8. Verhältnis Eltern – Therapeut	136
9. Fallbeschreibungen	141
10. Das Geheimnis der Therapie	161
11. Namen- und Sachregister	164

Die praktischen Beispiele der Orff-Musiktherapie stammen aus der Arbeit in den Jahren 1963–73 an folgenden Instituten und Schulen:

Heckscher Nervenklinik für Kinder und Jugendliche, München
EMR (educationally and mentally retarded) classes der Bellflower High-School, Bellflower, California,

Elementary classes je einer Schule in Bellflower und Compton, California

Cité des Enfants, St. Légier, Schweiz

Heimsonderschule Offenstetten, Niederbayern

Kinderzentrum und Forschungsstelle für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Universität München.

Diesen Stellen sei herzlich gedankt für die Möglichkeit, in praktischer Arbeit Erfahrungen für die Hilfe des behinderten Kindes zu sammeln, zu erproben und zu entwickeln. Mein Dank gilt hierbei besonders Herrn Prof. Dr. Th. Hellbrügge, dem Leiter des Kinderzentrums. In Zusammenarbeit mit Ärzten und Psychologen und mit den zahlreichen Patienten war es möglich, die Orff-Musiktherapie – Prof. Hellbrügge initiierte den Begriff – bis zu dem heutigen Stand zu entwickeln. Die Fotos dokumentieren die Arbeit an der Klinischen Station des Kinderzentrums München mit Kindern in stationärer und ambulanter Behandlung.

München, Mai 1974

Gertrud Orff

1. Standort

Die Orff-Musiktherapie ist eine multisensorische Therapie. Der Einsatz der musikalischen Mittel – phonetisch-rhythmische Sprache, freier und gebundener Rhythmus, Bewegung, Melos in Sprache und Singen, das Handhaben von Instrumenten – ist so gestaltet, daß er alle Sinne anspricht. Durch diese multisensorischen Impulse ist es möglich, auch da noch anzusetzen, wo ein wichtiges Sinnesorgan ausfällt oder geschädigt ist. In spontan-creativer Zusammenarbeit kann und soll sich das Kind frei äußern, seine Äußerung formen und sozialbezogen anwenden.

Die Orff-Musiktherapie kann andere Therapien potenzieren, wenn sie sinnvoll mit ihnen koordiniert ist. Sie ist anzuwenden bei geistigen, körperlichen und Sinnes-Behinderungen, bei Verhaltens-, Entwicklungs- und Kommunikationsstörungen und bei Autismus. Die Behandlungserfolge sind im allgemeinen ausgezeichnet, bei einzelnen Kindern hervorragend.

Die Orff-Musiktherapie wurde aus praktischer Arbeit entwickelt. Im folgenden ist ein Einblick in den Prozeß dieser Arbeit gegeben, der noch nicht abgeschlossen ist, aber ein gutes Stück Weg hinter sich hat. Die Experimente von mehr als zehn Jahren intensiver Arbeit mit normalen und behinderten Kindern haben sich zu Modellen entwickelt, aus denen gewisse Prinzipien abgeleitet werden können. Das Buch erhebt nicht den Anspruch, alle Probleme zu lösen und auf alle Fragen Antwort geben zu können. Es sei denen in die Hand gegeben, die medizinisch-therapeutisch mit Kindern arbeiten und denen die Musik hilfreich erscheint zur Förderung entwicklungsgehemmter oder entwicklungsbehinderter Kinder.

Die Griechen haben das Wort Musiktherapie geprägt. Unsere Therapie hält sich an die beiden Begriffe *musiké* und Therapie. Unter *musiké* verstand man eine musicale Gesamtdarstellung des Menschen in Wort, Ton und Bewegung. Unser heutiger Begriff Musik versteht darunter nur mehr den Teil, der mit dem Komplex Ton zu tun hat. Unter Therapie verstand man die Wartung, die Pflege und die Heilung eines Kranken.

Einen besonderen Wert unserer Musiktherapie sehe ich in der Möglichkeit der sozialen Einübung. In dem Phänomen Spiel und dem Phänomen akustisches Klima wird Selbstbestätigung, Ver-

ständnis für den anderen und soziale Integration erfahren und in ihnen erprobt und gefestigt.

Musiktherapie ist eine alte Therapie, wenn nicht die älteste Therapie überhaupt. Von den Griechen wissen wir, daß sie aktive und passive Musiktherapie unterschieden haben, eine homöopathische (in der gleichen Art) und eine allopathische Anwendungsweise (in fremder Art). Homöopathisch: mit der Behinderungsart, in der gleichen Art behandelnd; allopathisch: gegen die Art, mit entgegengesetzten Mitteln behandelnd. Diese vier grundsätzlichen Begriffe werden heute noch unterschieden und in der Praxis verwandt.

Die poetische Schilderung Platos von Musik und Bewegung in den *Gesetzen* (790 d) schlägt wie von ungefähr die Brücke von Kind zu Kind über Jahrtausende. Für ihn ist die Bewegung bei ganz kleinen Kindern eine Elementarsache, insbesondere erfahrene Bewegung. Er macht klar, »daß jedem Körper Erschütterungen und Bewegungen, denen er ausgesetzt ist, zuträglich sind, wenn sie nicht bis zur Ermattung gehen«. So fordert er auch, um Kinder in den Schlaf zu bringen, Bewegung, nicht Ruhe – Homöopathie also: »Wenn die Mütter ihre Kinder, die keinen Schlaf finden, zum Einschlummern bringen wollen, so wenden sie nicht das Mittel der Ruhe bei ihnen an, sondern im Gegenteil das Mittel der Bewegung, schaukeln sie immerfort in ihren Armen, schweigen dabei nicht, nein, sie trällern irgendein Liedchen und musizieren die Kinder geradezu ein.«

Rezeptive Musiktherapie hat den Begriff *passive Musiktherapie* abgelöst. Rezeptiv wird zu Recht gebraucht: Musik wird aufgenommen, der Patient wird durch Musik beeinflußt. Dies ist ganz wörtlich zu verstehen. Tatsächlich bewirkt die Musik etwas in uns, unser Nervensystem reagiert, ohne daß wir dies bemerken müßten, auf diesen akustisch-geformten Ablauf. Man kann heute mittels eines Polygrafen die Reaktionen einer daran angeschlossenen Versuchsperson aufzeichnen und auf ihm die Einflüsse von Musik ablesen. Im GHR (galvanischer Hautreflex) treten Schwankungen auf, die Herzfrequenz wird beschleunigt, im EEG (Elektro-Encephalogramm) verschwinden mit Musikbeginn α -Wellen mit hoher Amplitude und es treten β -Wellen auf, usw. Zu messen ist dabei die quantitative Beeinflussung, nicht die qualitative. Diese klärt sich erst im Gespräch zwischen Therapeut und Patient. Die Behandlung mit rezeptiver Musiktherapie wirkt sich besonders günstig bei Er-

wachsenen und hier wiederum in Fällen neurophysiologischer Erkrankungen aus.

In der Anwendung der praktischen, der *aktiven Musiktherapie* finden wir heute vielerlei und konträre Praktiken. Bei einigen überwiegt die Ansicht, daß gemeinsame Singbetätigung, bei anderen, daß das instrumentale Zusammenspiel förderlicher sei. Bei einigen ist eine Überbewertung des Tones im Verhältnis zur Tongestalt, bei anderen ein Übergewicht des nur Rhythmischen zu erkennen. Noch überwiegen Behandlungen mit Erwachsenen.

Bis jetzt, bis zum Jahr 1974, gibt es im deutschen Sprachraum nur die Ausbildungsstätte in Wien. Von Berlin ausgehend hat sich im Spätherbst 1972 die Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie gebildet, die sich vor allem der Ausbildung annehmen und das Berufsbild des Musiktherapeuten klar umreißen will. Innerhalb der Musiktherapie zeichnen sich drei Behandlungskomplexe ab: Therapie in der Pädiatrie (Kinder), Therapie für Erwachsene und Therapie in der Geriatrie (alte Menschen).

2. Die Orff-Musiktherapie *und ihre Beziehung zum Orff-Schulwerk**

Die Therapie, die wir Orff-Musiktherapie nennen, ist neu. Sie ist verschwistert mit dem Orff-Schulwerk und hat sich aus ihm heraus gebildet.

Das Wort Schulwerk zeigt an, daß sein Schwerpunkt in der Domäne der Schule liegt, daß es also pädagogische Funktionen übernehmen will. Man kann in der Vorschule damit beginnen. Schulwerk bedeutet aber auch, daß wir hier in eine Werkstatt, in eine Schule von Carl Orff sehen. Die wesentliche künstlerische Aussage Carl Orffs ist bereits im Schulwerk gegeben und zu erkennen.

Carl Orff selbst sagt von seinem Schulwerk, das den Untertitel »Musik für Kinder« hat: »Der Ruf, der Reim, das Wort, das Singen sind der entscheidende Ausgangspunkt. Bewegung, Singen und Spielen schließen sich zu einer Einheit: elementare Musik, elementares Instrumentarium, elementare Wort- und Bewegungsformen. Elementare Musik ist nie Musik allein, sie ist mit Bewegung, Tanz und Sprache verbunden, sie ist eine Musik, die man selbst tun muß, in die man nicht als Hörer, sondern als Mitspieler einbezogen ist. Sie ist vorgeistig, kennt keine große Form, sie ist erdnah, naturhaft, körperlich, für jeden erlern- und erlebbar, dem Kinde gemäß.« Die fünf Bände des Orff-Schulwerks sind konzipiert als Material zur Interpretation und als Modell zum eigenen Fabrizieren und Improvisieren.

Die Orff-Musiktherapie übernimmt die Idee des kreativ-spontanen Musizierens und bedient sich dabei auch des im Orff-Schulwerk verwendeten und hierfür geschaffenen Instrumentariums. Sie hat mit diesem Instrumentarium ein Objektmaterial, das sie einsetzen kann. Die aktive Musiktherapie ist nun mit Kindern möglich. Art und Gestalt der sogenannten Orff-Instrumente erlauben eine kindgemäße Behandlung.

Nicht alle Instrumente, die zum Orff-Schulwerk gehören, sind von Carl Orff »erfunden«. Es gab immer schon Trommeln, Triangel und Schellen. Die melodischen Stabspiele, unter denen das Xylophon den größten Anreiz hat, haben Vorbilder in Afrika

* *Orff-Schulwerk, Musik für Kinder, Verlag B. Schott's Söhne, Mainz.*

und Ostasien. Aber Carl Orff hat sie uns in seinem Schulwerk neu präsentiert – wie Maria Montessori ihr Material. Sie hat das Rechteck und das Dreieck nicht »erfunden«, sie machte es aber pädagogisch-therapeutisch wirksam. Die Waage zum Wiegen von Substanzen hat sie nicht erfunden, aber therapeutisch eingesetzt. Mit der Dimension Wasser, mit der Beschäftigung Waschen sind die Kinder von zu Hause vertraut (dürfen sie es wirklich sein?) – aber Maria Montessori machte aus dem Wasser, mit dem Waschen eine Therapie. So machte Carl Orff mit den Instrumenten, von denen er viele neu für uns bauen ließ, eine pädagogische Idee wirksam.

Diese Idee des Orff-Schulwerks wurde abgewandelt und projiziert auf die Ebene der Therapie. Mit dem Material, d. h. mit dem Instrumentarium, haben wir eine dreifache Anwendungsmöglichkeit gewonnen:

1. Es gibt die Möglichkeit der akustisch-aktiven Betätigung
2. Es ist als Material *link*, Zwischenglied, zwischen Therapeut und Kind, distanzierend und verbindend
3. Mit dem Material kann sich das Kind mitteilen, mit dem Material kann es sich sozial einüben. Auch hier hat das Material wieder die Funktion von Annäherung und Distanz.

Mit der Applikation des Materials ist eine dreifache Kommunikation möglich – eine Kommunikation nonverbaler Art:

1. Kommunikation vom Kind zum Material
2. Kommunikation vom Kind zum Therapeuten, via Material
3. Kommunikation vom Kind zum anderen Kind.

So ist, genau betrachtet, im Orff-Schulwerk, durch sein Material, in nuce schon die Orff-Musiktherapie miteingeschlossen gewesen. Jede schöpferische Arbeit mit dem Schulwerk hat therapeutische Aspekte. Aber wie und wo kann der schöpferische Wert innerhalb des Schulwerks freigelegt werden? Es bedarf hierzu eines humanen Pädagogen, der gleichzeitig noch fachlich geschult ist. Ein Therapeut, wie ihn die Orff-Musiktherapie braucht, muß wesensmäßig pädagogisch begabt, und dazu fachlich medizinisch und musikalisch geschult sein. In Europa und in den USA gibt es heute schon zahl-

reiche Stätten, die sich, ausgerüstet mit einem Orff-Schulwerk-Instrumentarium, an die Therapie von Kindern gewagt haben.

Ansatzpunkt

Die Orff-Musiktherapie hat sich organisch aus dem Orff-Schulwerk entwickelt.

Die Idee des Orff-Schulwerks war, dem Kind eine vollständige Dimension »Musik« zu schaffen, in der sich das Kind ausdrücken, sich erleben, in Gemeinschaft Musik machen kann.

Fußend auf dieser Idee, dieser »Dimension Musik«, entwickelte sich die Therapie. Sie schließt die gleichen Mittel ein. Ausdrucksebenen der Kinder sind Sprache, Rhythmus, Melos, Bewegung, Raum erfahrung, miteinander koordiniert. Das Material hierzu wurde neu entwickelt. Die im Orff-Schulwerk empfohlene kreative Äußerung von Kindern wurde in der Therapie zum kreativen Stimulus per se. Dem behinderten Kind in der Therapie sind keine fertigen Modelle, wie das Schulwerk sie in seinen fünf Bänden anbietet, zuzu muten. In den wenigsten Fällen wäre eine strikte Imitation eines gegebenen Rhythmus oder einer gegebenen melodischen Linie zu empfehlen, ganz zu schweigen vom Vollzug komplizierter Ostinatoübungen. Die harmonische Struktur kann vom geistig behinderten Kind vielleicht empfunden, aber selten selbständig vollzogen werden.

Dies bedeutet nun nicht, daß wir über eine ganz einfache Basis nie hinauskommen würden, daß wir uns dauernd beschränken sollten. Wir müssen einen ganz neuen Ansatzpunkt finden.

Unser Ansatzpunkt ist das Kind. Wir haben das behinderte Kind vor uns, wir müssen Zugang zu ihm finden. Behinderung bedeutet auch immer Isolation, Isolation durch das Anderssein als die anderen. Behinderung ist aber auch ein relativ hoffnungsvolles Wort: Nimm das Hindernis weg, und du hast das Kind. Es ist die Aufgabe des Therapeuten, zum Kind vorzudringen. Unaufdringlich.

Ganz wach muß sich der Therapeut auf das Kind einlassen, sensitiv beobachten, wo sich eine Einstiegsstelle bietet. Dies gilt für das Einzelkind wie für eine Gruppe von Kindern. Kommunikation kann man nicht fordern, sie muß sich einstellen. Blickkontakt kann man nicht herstellen, indem man das Kind zu einem Blickkontakt

zwingt, Blickkontakt ergibt sich, er wird geschenkt. Wenn genug Aufmerksamkeit da ist, genug Zutrauen zum Therapeuten und der Situation, wird sich der Blickkontakt ganz von selbst ergeben. Ich möchte meinen, auch der Therapeut sollte da eher scheu sein, indirekt das Kind anblicken, wenn das Kind den Blick verweigert, wenn es nicht die Kraft hat, in die anderen Augen zu schauen. Der erste volle Blick sollte vom Kind her kommen.

Material

Das Material, das der Therapeut anbietet, hilft die Kommunikation herzustellen. Das Material sollte so stimulieren, daß es zu einem Annehmenwollen kommt. Ich sage bewußt »Material«. Es liegt an der Phantasie und Intuition des Therapeuten (und es gehört auch etwas Glück dazu) mit dem Richtigen zu beginnen oder das Material, mit dem begonnen wurde, schnell zu vertauschen, wenn es nicht ankommt. Es kann durchaus ein nicht akustisches Objekt sein – wenn es dies überhaupt gibt – ich meine damit Objekte auf der taktilen Erfahrungsbasis: ein Stück Papier, eine Vogelfeder, oder auf der Duftbasis: eine Blume, eine Salbe. Zu diesem ersten Kontakt, der beim Kind sichtbar wird durch kleine Äußerungen, Ausrufe, Lächeln, Blicke, Bewegungen, als Zeichen seiner Zustimmung, sollte es bereits in der ersten Begegnung kommen.* Erfinderrisch muß dies der Therapeut auch in hartnäckigen Fällen anstreben.

Wegen der Unterschiede in der menschlichen Person an und für sich und der Unterschiede, die sich durch die verschiedenen Behinderungen ergeben, können hierfür keine strikten Anweisungen, keine fertigen und für jeden Fall sichereren Programme gegeben werden. Es ist von Fall zu Fall neu zu entscheiden, behutsam und schnell. Einige grundsätzliche Richtlinien, gewisse Normen und als relativ sicher erkannte Prinzipien werden später bei den einzelnen Behinderungsarten beschrieben. Eine charismatische Grundeinstellung sollte dem Therapeuten zu eigen werden, sie wird der Beobachtungsgabe und den Einfällen zugute kommen.

* Vgl. Buytendijk, F. J. J.: *Zur Phänomenologie der Begegnung*, in: Eranos Jahrbuch 1950, S. 470.

Therapiesituation

So sehr man sich bemühen sollte, in der ersten Stunde bereits die Kommunikation herzustellen, so wenig ist in den folgenden Stunden irgendein zeitlicher Druck einzusetzen. Nun soll sich alles organisch, im individuellen Zeitmaß und analog der Kapazität der Kinder entwickeln. Jede Stunde sollte in sich ein Erlebnis sein, auf das man aufbauen kann. Die Stunde sollte in sich geschlossen sein. Wenn der Keim des Interesses gelegt ist und der Therapeut angenommen, wird sich alles schrittweise entwickeln.

Die Behandlung steckt sich auch kein Ziel, d. h. kein vorgefaßtes. Der gewissenhafte Therapeut wird sich für jedes Kind jeweils individuell ein Ziel setzen, und wenn diese Zielstrecke erreicht ist, ein weiteres. Die Behandlung vollzieht sich als Prozeß, bildlich als ein Gehen auf einem Weg. Dabei sind die unbegradigten Wege vorzuziehen, eben die Wege, die Kinder gerne gehen und die für das Kind Weg bedeuten. Die Richtung allerdings, das Wohin wird vom Therapeuten indiziert. Er wird nun all die Um- und Nebenwege mitgehen, wird verweilen, wo ein Verweilpunkt sich ergibt.

Der unbegradigte Weg geht nicht direkt, aber er ist lebendig. Er hat ungeschützte Stellen, deshalb braucht er Sicherung. Der unbegradigte Weg ist geschmeidig, so wie der unbegradigte Fluß, der sich an einen Berg schmiegt. Der radikalste begradigte Weg ist der Tunnel. Scheinbar sicher, zumindest kurz, schließt er alles Natürliche, im Weg Stehende aus. Er ist dadurch unlebendig. Der durch den Tunnel Gegangene, Gefahrene, sieht sich überraschend einer neuen Situation gegenüber, die er von sich aus nicht bewältigt hat. Der natürliche, unbegradigte Weg ist anstrengend, aber auch stärkend.

Auf die Arbeit übertragen bedeutet es, daß man eine Idee oder ein Material einbringt, in der Vorstellung, daß es angenommen wird. Ergeben sich nun Äußerungen – im weitesten Sinne – die, angeregt von der Idee, dem Kind entspringen, so ist diesen Vorstellungen nachzugehen. Entwickeln sich Störfaktoren, gewollt oder ungewollt, so sind sie nicht zu unterbinden, nicht zu korrigieren, sondern einzubauen, vielleicht umzuschmelzen. Dies fordert die ganze wache Technik des Therapeuten. In einem scheinbaren Nachgeben behält er doch den Vollzug in der Hand. Aber er muß auch gewillt sein, sich überraschen zu lassen und wirklich mitgehen. Dies

sind ganz entscheidende Momente in der Therapie, die vom Therapeuten Virtuosität (virtus!) verlangen. Blitzschnelle Reaktionen sind erforderlich.

Durch den Grundaspekt, die Therapie als einen Stimulus zu begreifen, als Hilfe für das behinderte Kind, und nicht als eine sukzessive Durchführung von Programmen, ergeben sich diese unvorhergesehenen Momente. Sowohl der Therapeut wie das Kind gehen gestärkt aus einem Zusammensein, das auf einem schwelenden Gleichgewicht aufgebaut ist. Alle Teilnehmer spüren, meist unbewußt, wie wichtig ihr Beitrag ist, zur Aufrechterhaltung des Gleichgewichts, zur Aufrechterhaltung der Spielsituation.

Zur Bestimmung des Spiels gehören Geregeltes, Vorbestimmtes und Ungeregeltes, sich Ereignendes. In dieser Spannung verläuft das Spiel. Geregeltes bedeutet beim Spiel: das Spielfeld, der abgegrenzte Raum und in vielen Fällen auch die abgegrenzte Zeit, in der sich das Spiel vollzieht.

Bei uns ist die gegebene Zeit die einmal wöchentlich sich ereignende Stunde, zu der von verschiedenen Richtungen – die ambulante Behandlung vorausgesetzt – Kinder und Therapeut zusammenkommen, in einem bekannten, vorbereiteten Raum. Die Spannung von Woche zu Woche ist möglich. In meiner langen Erfahrung behielten alle Kinder die Stunde als ein Ereignis im Gedächtnis in sich aufbewahrt, die ganze Woche über. Bei dem heutigen Angebot von Abwechslung, von langen Wochenenden etc. bedeutet dies viel. Die Ablenkungsfaktoren sind zahlreich, die Chance sozusagen 1 : 84, wenn man die Tagesstunden mit möglichen Einflüssen zählt. Die Spannung einiger Stunden kann Monate durchhalten. So trat bei einem fünfjährigen Mädchen mit hohem IQ, das aber unkonzentriert und verhaltensgestört war, zudem mit einem Anfallsleiden belastet, eine Unterbrechung von vier Monaten ein. A. war in die Musiktherapie eingewiesen, als Vorbereitung für die in der Schule auf sie zukommenden Anforderungen. Sie war vier Stunden in einer Gruppe, in der sie sich von Mal zu Mal merklich besserte, von einem gänzlich unkooperativem Verhalten zu einer konzentrierten Leistung. Sie kam wieder und stand erwartungsvoll in der Türe, die Zeitspanne von vier Monaten war wie verflogen – in vorzüglicher Mitarbeit hielt sie durch und hatte nichts von der einmal erworbenen positiven Einstellung verloren.

Was macht die Stunde so bedeutsam? Ich glaube, es ist, neben an-