



WESTFÄLISCHE
WILHELMS-UNIVERSITÄT
MÜNSTER



Universität Bremen



mit freundlicher Unterstützung der Andreas-Tobias-Kind-Stiftung, dem Bremer Institut für Musiktherapie, dem Förderverein Musiktherapie Münster, der Grasberger Bürgerstiftung Irmgard Beringhoff, der Gemeinde Grasberg und dem Schulverein Grasberg

Abschlussbericht 2014

„Durch Musik zur Sprache“- Ein integratives musiktherapeutisches Förderprojekt in der Grundschule

Erika Menebröcker, Dr. Anne-Katrin Jordan

Inhalt

1. Theoretischer Hintergrund
2. Projektidee
3. Musiktherapeutische Methodik
4. Projektevaluation
 - 4.1 Stichprobe
 - 4.2 Instrumente
 - 4.3 Methoden
 - 4.4 Ergebnisse
 - 4.5 Zusammenfassung und Diskussion
5. Ausblick
6. Literatur

1. Theoretischer Hintergrund

Sprachliche Kompetenzen stellen die Grundvoraussetzung für erfolgreiche Bildungswege dar. Die Wichtigkeit des Themas wurde u.a. durch die Veröffentlichung der PISA-Ergebnisse betont (z.B. Baumert et al., 2001; Artelt, Stanat, Schneider & Schiefele, 2001). Das musiktherapeutische Förderprojekt „Durch Musik zur Sprache“ reagiert auf die viel diskutierte Problemlage, dass die Sprachkompetenzen von Grundschulern trotz zunehmender vorschulischer Förderung häufig immer noch unzureichend sind und baut auf einem Pilotprojekt von Tüpker (2009) auf. Beide Projekte knüpfen an Untersuchungen von Pathe (2008) an, in denen die Autorin anhand der aktuellen wissenschaftlichen Literatur die Parallelen zwischen sprachlicher und musikalischer Entwicklung aufzeigt.

2. Projektidee

Zielgruppe des Projekts bilden Grundschulkinder, die nicht über eine altersgemäße Sprachentwicklung verfügen. Im Rahmen eines schulischen Angebots erhalten diese Kinder eine einjährige musiktherapeutische Sprachförderung, welche sich primär auf die emotionalen und kommunikativen Aspekte einer gelungenen Sprachentwicklung konzentriert. Das Medium Musik soll den Kindern Sprache als Ausdrucks- und Beziehungsmedium erfahrbar machen und ihnen ermöglichen, sich und das, was sie erleben, mitteilen zu können und auf Verständnis zu stoßen, von sich erzählen zu können und gehört zu werden. Wir erwarten, dass dadurch eine psychologisch günstigere Grundlage für die individuelle Sprachentwicklung geschaffen wird und dass die Sprachentwicklung selbst sich durch das Zusammenwirken von Musik und Sprache (Lieder, gesungene Sprache) potenzieren lässt. Durch den Ausgangspunkt Musik ist dieses Förderangebot gleichermaßen für deutschsprachig aufgewachsene Kinder wie für Kinder mit Migrationshintergrund geeignet. Das gemeinsame Musizieren, insbesondere das musikalische Improvisieren, regt die Kreativität und die Phantasie an und fördert die Fähigkeit, auf sich und andere zu hören und kann zu einer verbesserten Affektregulation führen. Diese Erfahrungen werden aus dem „Proberaum Musik“ in den Alltag übertragen.

3. Musiktherapeutische Methodik

Die musiktherapeutische Förderung findet in Kleingruppen von 6-8 Kindern statt. Die Kinder kommen in einer möglichst gleich bleibenden Konstellation einmal pro Woche für 45 Minuten zur Musikgruppe. In den Ferien findet keine Förderung statt. Es steht der Musikraum der Schule mit einem reichhaltigen Orff-Instrumentarium zur Verfügung.

Das methodische Vorgehen verbindet musiktherapeutische und musikpädagogische Erfahrungen: Aus der Musiktherapie wird die Erfahrung übernommen, dass die einzelnen Kinder und die Gruppe selbst um die entwicklungsfördernde Richtung des Geschehens „wissen“ und die Musiktherapeutin sich von diesem tendenziell unbewussten Wissen leiten lässt. Konkret heißt dies, dass zwar ausgewählte Spielideen und Rituale eingeführt werden, gleichzeitig aber darauf geachtet und auch gefragt wird, was die Kinder sich wünschen. Die Musiktherapeutin intensiviert, worauf die Kinder zugehen, wo sie mit Konzentration dabei bleiben und was sie wiederholt zu spielen wünschen. Es gibt demzufolge kein festes Programm: Es wird vielmehr auf Wiederholung dessen gesetzt, woran die Kinder spontan „hängen bleiben“, da grundsätzlich davon ausgegangen wird, dass dies das ist, was die Kinder gerade für ihre Entwicklung brauchen.

Aus der Musikpädagogik werden die Erfahrungen genutzt, welche musikalischen Spielformen in dem jeweiligen Alter angeboten werden können. Es werden allgemeine Regeln und Vereinbarungen getroffen, wie untereinander, aber auch mit den Instrumenten, umgegangen werden sollte. Rituale, die von der Therapeutin eingeführt oder in der Gruppe entstehen, geben dem Stundenablauf einen vorhersehbaren Rahmen und schaffen gerade für unsichere gehemmte Kinder Sicherheit und Orientierung (vgl. Tüpker 2009, S. 22-35).

Das zur Verfügung stehende **Spielerepertoire** besteht aus Spielideen der Musiktherapie und Musikpädagogik, die einen Bezug zur Förderung der Sprachentwicklung haben. Ihnen können verschiedene psychologische entwicklungsfördernde Aspekte zugeordnet werden (vgl. Tüpker ebd., S. 54-124).

Im Hinblick auf Sprache geht die Methodik eher von dem Bild aus, dass das Subjekt zur Sprache kommen soll, als davon, dass Sprache gelehrt oder geübt werden soll. Die Methodik beinhaltet die Möglichkeit des Zurückgehens, des Aufholens und Nachholens von Erfahrungen: Regression im Dienste der Entwicklung. Musik wird hier verstanden als eine Form des Miteinanderseins, des Austauschs und des Ausdrucks. So werden z.B. musikalische Unterhaltungen auf Instrumenten geführt oder emotionale Themen, schwer zu benennende Gefühle oder auch Konflikte mit Hilfe der Instrumente ausgedrückt.

Die Entwicklungsrichtung der Kindergruppe wird regelmäßig reflektiert, wobei gleichermaßen drei Pole (das Kind, die Gruppe insgesamt und die Sprachförderung bzw. Sprachentwicklung) betrachtet werden:

- Was machen die Kinder aus den angebotenen Spielen?
- Welche Themen werden immer wieder aufgegriffen?
- Wie und wozu nutzen sie die mitgebrachten Ideen, Lieder und Formen?
- Welche Veränderungen entstehen daraus?
- In welche Richtung verändern sich die Spielformen?

- Welche überraschenden Handlungen treten auf?
- Wann verliert ein Thema an Bedeutung? Was kommt an neuen Themen auf?

Ausführliche Protokolle der Gruppenstunden ermöglichen eine umfassende Reflexion der einzelnen Stunden und eine abschließende qualitative Auswertung der Gesamtentwicklung der Kinder.

4. Projektevaluation

Um die Wirkung des Projekts genauer zu untersuchen, wird projektbegleitend eine Evaluation in einem quasi-experimentellen 2-Gruppen-Pre-Post Forschungsdesign durchgeführt. Aufgrund institutioneller Rahmenbedingungen ist eine randomisierte Zuordnung auf Musiktherapie- und Vergleichsgruppe nicht möglich. Es wird jedoch darauf geachtet, dass die Gruppen ähnlich sind, insbesondere in Bezug auf das Geschlecht und den Migrationshintergrund, was im nächsten Abschnitt (4.1) genauer beschrieben wird.

In beiden Gruppen wird sowohl vor als auch nach der einjährigen musiktherapeutischen Intervention eine Evaluation durchgeführt. Welche Instrumente dabei eingesetzt werden, wird in Abschnitt 4.2 erläutert.

Zusätzlich zu diesem quantitativen Vorgehen wird, im Sinne eines *Mixed-Methods* Designs (z.B. Schreier & Odag, 2010), ein qualitativer Ansatz hinzugefügt (4.3), um einzelne quantitative Ergebnisse detaillierter zu beschreiben. In Abschnitt 4.4 werden dann schließlich die Ergebnisse vorgestellt und abschließend zusammengefasst und diskutiert (4.5).

4.1 Stichprobe

Anhand von klar definierten Ein- und Ausschlusskriterien werden zunächst 56 Schülerinnen und Schüler ausgewählt und mit zwei Instrumenten zur Sprachstandserfassung und zum sozial-emotionalen Verhalten (4.2) getestet. 35 Schülerinnen und Schüler werden daraufhin für die Musiktherapiegruppen ausgewählt (ausführlich dazu Keil, 2013). In der Vergleichsgruppe, die sich aus Grundschulen mit ähnlichem Schülerschaft und sozialer Lage zusammensetzt, werden zum ersten Messzeitpunkt insgesamt 43 Kinder mit beiden Instrumenten getestet. Insgesamt sind fünf niedersächsische Grundschulen beteiligt.

Da sich die so ermittelten Stichproben für die Musiktherapie- und die Vergleichsgruppe in den Variablen Geschlecht und Migrationshintergrund zum Teil deutlich unterscheiden – obwohl bereits bei der Schulauswahl auf Ähnlichkeit bezüglich dieser Merkmale geachtet wurde –, werden Musiktherapie- und Vergleichsgruppe bezüglich dieser Variablen parallelisiert. So wird beispielsweise jedem Jungen der Versuchsgruppe mit dem Herkunftsland Deutschland ein statistischer Zwilling mit derselben Merkmalskonstellation zufällig zugewiesen. Der Nachteil der Verkleinerung der Stichprobe wird zu Gunsten der besseren Vergleichbarkeit in Kauf genommen (s. auch Keil, 2013).

4.2 Instrumente

Zu beiden Messzeitpunkten werden zwei Instrumente zur Sprachstandserfassung und zur Erfassung des sozial-emotionalen Verhaltens eingesetzt.

Die Sprachkenntnisse werden zu beiden Messzeitpunkten mit dem normierten Sprachstandserhebungstest SET 5-10 (Petermann, 2010) erhoben, mit dem eine differenzierte Erfassung spezifischer Teilleistungen des Spracherwerbs bei 5- bis 10jährigen Kinder möglich ist. Der SET 5-10 umfasst zehn Untertests, die sieben Bereichen zugeordnet werden können (Petermann, Fröhlich & Metz, 2010).

Bereiche	Untertests
Wortschatz (U1)	U1: Bildbenennung
semantische Relationen (U2)	U2: Kategorienbildung
Verarbeitungsgeschwindigkeit (U3)	U3: Sternsuche
Sprachverständnis (U4/ U5)	U4: Handlungssequenzen, U5: Fragen zum Text
Sprachproduktion (U6/ U7)	U6: Bildergeschichte, U7: Satzbildung
Morphologie (U8/ U9)	U8: Singular-Plural-Bildung, U9: Erkennen/Korrektur inkorrektter Sätze
Auditive Merkfähigkeit (U10)	U10: Kunstwörter nachsprechen

Das sozial-emotionale Verhalten wird mit einem selbst entwickelten Beobachtungsbogen zum sozial-emotionalen Entwicklungsstand und Sprechverhalten des Kindes erfasst (Menebröcker & Jordan, 2011). Dieser Beobachtungsbogen baut auf dem Fragebogen „PERiK. Positive Entwicklung und Resilienz im Kindergartenalltag“ von Mayr und Ulich (2006) auf und wird von den Lehrkräften der Kinder ausgefüllt. Er beinhaltet folgende zehn Teilbereiche:

A Kontaktfähigkeit (7 Items)

B Selbstbehauptung (6 Items)

C Stressregulierung (5 Items)

D Sprechfreude und Sprechsicherheit (7 Items)

E Mut zum Nachfragen (3 Items)

F Aufgabenverständnis (5 Items)

G Arbeitsverhalten (9 Items)

H Artikulation, Wortschatz und Grammatik (6 Items)

I Sprechstimme (6 Items)

J Weitere Auffälligkeiten in der Sprache

Alle Einzelitems werden auf einer Skala von durchgängig (1), überwiegend (2), teilweise (3), kaum (4), gar nicht (5), kann ich nicht beurteilen eingeschätzt.

Weiterhin werden zu jeder musiktherapeutischen Sitzung Beobachtungsprotokolle angefertigt. Diese bilden die Grundlage für die qualitativen Auswertungen. Jeder Protokollbogen ist wie folgt strukturiert, wobei nicht immer alle Bereiche ausgefüllt werden konnten.

1. Ereignisse zwischen den Stunden
2. Vorüberlegungen zur Stunde
3. Durchgeführte Spielideen, Rituale
4. Verwendete Instrumente, Materialien
5. Ablaufbeschreibung
6. Beobachtungen und Ereignisse
 - a) zu einzelnen Kindern
 - b) zur Gruppe
 - c) bezogen auf Sprache
 - d) bezogen auf Musik
7. Nachträgliche Gedanken, Schlussfolgerungen

4.3 Methoden

Im ersten Schritt werden die quantitativen Analysen durchgeführt. Dabei geht es um den Vergleich von Musiktherapie- und Vergleichsgruppe im Hinblick auf den sprachlichen (SET 5-10) und sozial-emotionalen (Beobachtungsbogen) Entwicklungsstand. Diese Analysen werden mit dem Programm SPSS durchgeführt. Um einen besseren Eindruck von der Stichprobe zu erhalten, werden die Daten zunächst deskriptiv analysiert (Häufigkeiten, Mittelwerte). Zum Vergleich der Mittelwerte beider Gruppen werden neben der Überprüfung der Normalverteilungsannahme T-Tests bzw. Mann-Whitney-U-Tests berechnet.

Um weiterhin zu untersuchen, ob es einen Interaktionseffekt zwischen Gruppe und Messzeitpunkt gibt, werden 2-faktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung gerechnet.

Im zweiten Schritt werden auf Basis der quantitativen Ergebnisse zwei kontrastierende Fallbeispiele ausgewählt, die qualitativ anhand der Protokolle analysiert werden. Demnach wird ein *Mixed-Method-Design* gewählt (Schreier & Odag, 2010). In diesem Design gibt es eine Vielzahl von Typologien, wobei Creswell und Plano Clark (2007) vier Typen herausgreifen: „das Triangulations-, das eingebettete, das erklärende und das erkundende Design“ (Schreier & Odag, 2010, S. 269).

In diesem Forschungsprojekt wird ein erklärendes Design verwendet, d.h. zunächst werden die quantitativen Methoden durchgeführt, im zweiten Schritt eine qualitative Untersuchungskomponente realisiert, und zwar mit dem Ziel, ausgewählte Aspekte der quantitativen Befunde mittels qualitativer Methoden differenzierter darzustellen.

4.4 Ergebnisse

Wie bereits erwähnt, werden getrennte Analysen für den sprachlichen und den sozial-emotionalen Bereich durchgeführt. Zunächst zu den Veränderungen im sprachlichen Bereich.

Untersuchung der Veränderungen im sprachlichen Bereich – SET 5-10

Die folgenden Analysen basieren auf einer Stichprobe von insgesamt 54 Schülerinnen und Schüler, 27 aus der Musiktherapie- und 27 aus der Vergleichsgruppe. Die Verkleinerung der Stichprobe hängt zum einen damit zusammen, dass einige Schülerinnen und Schüler zum zweiten Messzeitpunkt bereits 11 Jahre waren, der SET 5-10 aber nur bis zum 10. Lebensjahr normiert ist. Zum anderen wurde das bereits beschriebene Matchingverfahren angewandt, sodass für jeden Schüler der Musiktherapiegruppe ein „statistischer Zwilling“ in der Vergleichsgruppe vorhanden sein musste.

Zum ersten Messzeitpunkt beträgt das Durchschnittsalter in der Musiktherapiegruppe 7,44 Jahre und in der Vergleichsgruppe 7,93 Jahre. Durch die Parallelisierung sind die Stichproben im Hinblick auf die Verteilung des Geschlechts und der Herkunft der Schüler gleichmäßig verteilt. Um auch eine Vergleichbarkeit der Gruppen hinsichtlich der Ergebnisse im SET sicherzustellen, wurden T-Tests für abhängige Stichproben und Mann-Whitney-U Tests gerechnet. Es konnte gezeigt werden, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen Musiktherapie- und Vergleichsgruppe zum ersten Messzeitpunkt gibt, d.h. die Gruppen können vergleichend gegenübergestellt werden. Im nächsten Schritt wurden nun Mittelwertsvergleiche der beiden Gruppen zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt durchgeführt.

Deskriptiv zeigen sich folgende Mittelwerte für die beiden Gruppen sowie für Messzeitpunkt 1 (MZP 1) und Messzeitpunkt 2 (MZP 2).

Tabelle 1: Mittelwertvergleich der Musiktherapie- und Vergleichsgruppe für den SET 5-10 (Keil, 2013, S. 49)

Gruppe				n	M	SD	SE
Musiktherapie	Bildbenennung	Paar	MZP 1	27	40.85	14.47	2.78
		1	MZP 2	27	44.15	13.42	2.58
	Kategorienbildung	Paar	MZP 1	27	40.07	11.09	2.13
		2	MZP 2	27	44.56	9.97	1.92
	Sternsuche	Paar	MZP 1	27	44.48	8.78	1.69
		3	MZP 2	27	50.74	11.62	2.24
	Handlungssequenzen	Paar	MZP 1	27	44.37	15.22	2.93
		4	MZP 2	27	48.41	18.58	3.58
	Fragen zum Text	Paar	MZP 1	27	44.89	16.19	3.12
		5	MZP 2	27	48.78	14.50	2.79
	Bildergeschichte	Paar	MZP 1	27	69.96	17.36	3.34
		6	MZP 2	27	64.26	21.14	4.07
	Satzbildung	Paar	MZP 1	26	42.19	13.19	2.59
		7	MZP 2	26	48.85	17.32	3.40
	Singular-Plural-Bildung	Paar	MZP 1	27	47.78	13.30	2.56
		8	MZP 2	27	47.33	12.34	2.37
	Erkennen und Korrektur inkorrektur Sätze	Paar	MZP 1	27	42.52	13.82	2.66
		9	MZP 2	27	50.22	18.11	3.49
Vergleichsgruppe	Bildbenennung	Paar	MZP 1	27	39.93	9.58	1.84
		1	MZP 2	27	42.33	9.96	1.92
	Kategorienbildung	Paar	MZP 1	27	42.74	10.28	1.98
		2	MZP 2	27	43.70	11.74	2.26
	Sternsuche	Paar	MZP 1	27	49.37	9.38	1.81
		3	MZP 2	27	55.67	9.74	1.87
	Handlungssequenzen	Paar	MZP 1	27	45.52	12.92	2.49
		4	MZP 2	27	46.07	15.06	2.90
	Fragen zum Text	Paar	MZP 1	27	47.30	13.35	2.57
		5	MZP 2	27	53.22	18.85	3.63
	Bildergeschichte	Paar	MZP 1	27	69.48	18.54	3.57
		6	MZP 2	27	58.30	21.52	4.14
	Satzbildung	Paar	MZP 1	27	42.93	13.02	2.51
		7	MZP 2	27	46.11	16.19	3.12
	Singular-Plural-Bildung	Paar	MZP 1	26	46.35	10.40	2.04
		8	MZP 2	26	47.77	11.51	2.26
	Erkennen und Korrektur inkorrektur Sätze	Paar	MZP 1	27	39.96	11.18	2.15
		9	MZP 2	27	49.22	18.39	3.54

Anmerkungen. n = Stichprobengröße, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, SE = Standardfehler, MZP = Messzeitpunkt.

Es zeigen sich für beide Gruppen in fast allen Bereichen die schon durch Reifungsprozesse zu erwartenden Zuwächse in den Mittelwerten. Ausnahmen bildet in der Musiktherapiegruppe der Bereich Bildergeschichte mit einem deutlichen Abfall des Mittelwertes und der Bereich Singular-Plural-Bildung mit einer nur geringen Differenz zwischen den Mittelwerten. In der Vergleichsgruppe ist ebenfalls ein Abfall im Bereich Bildergeschichte zu verzeichnen. Vergleichsweise geringe, aber positive Differenzen zeigen sich hier in den Bereichen Kategorienbildung, Handlungssequenzen und Singular-Plural-Bildung.

Interessant ist nun, ob in der Musiktherapiegruppe im Mittel signifikant größere positive Veränderungen festzustellen sind, als in der Vergleichsgruppe. Rein deskriptiv zeigen sich in der Musiktherapiegruppe höhere Mittelwertdifferenzen in den Bereichen Bildbenennung, Kategorienbildung, Handlungs-sequenzen, Bildergeschichte und Satzbildung. Im Bereich Sternsuche unterscheiden sich die Werte der Gruppen kaum. In den Bereichen Fragen zum Text, Singular-Plural-Bildung und Erkennen und Korrektur inkorrektur Sätze zeigen sich höhere Werte in der Vergleichsgruppe. Die Signifikanztests verdeutlichen, dass für die Musiktherapiegruppe signifikante Mittelwertserhöhungen in den Bereichen Kategorienbildung, Sternsuche, Erkennen und Korrektur inkorrektur Sätze und Satzbildung zu beobachten sind. Für die Vergleichsgruppe zeigen sich signifikante Verbesserungen in den Bereichen Sternsuche, Fragen zum Text und Erkennen und Korrektur inkorrektur Sätze.

Ob sich die Mittelwertsunterschiede zwischen Musiktherapie- und Vergleichsgruppe bedeutsam unterscheiden, wird mit einer 2-faktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung untersucht. In allen Teilbereichen des SET 5-10 zeigen sich jedoch keine signifikanten Interaktionseffekte der beiden Faktoren Gruppe und Messzeitpunkt. Somit können zwar positive Veränderungen in einzelnen Bereichen gezeigt werden, nur unterscheiden sich diese nicht bedeutsam zwischen den beiden Gruppen.

Untersuchung der Veränderungen im sozial-emotionalen Bereich – Beobachtungsbogen

Die Datengrundlage ist für diese Berechnungen etwas größer, da nun auch die 11-jährigen Schülerinnen und Schüler einbezogen werden können. Die Stichprobe umfasst somit 60 Schülerinnen und Schüler.

Zunächst wird überprüft, ob die Gruppen vergleichbar sind und sich nicht signifikant voneinander unterscheiden. Die T-Tests haben ergeben, dass es zum ersten Messzeitpunkt keine signifikanten Unterschiede zwischen der Musiktherapie- und Vergleichsgruppe gibt. Im Folgenden soll wieder ein Überblick der Mittelwertsentwicklungen zwischen Messzeitpunkt 1 und 2 dargelegt werden, wobei eine Verminderung des Mittelwerts für eine positive Entwicklung im jeweiligen Bereich steht. Deskriptiv zeigt sich in der Musiktherapiegruppe in allen Bereichen eine Verminderung der Mittelwerte, d.h. eine Verbesserung. In der Vergleichsgruppe ist nur in den Bereichen D, F, G und H eine Verbesserung zu beobachten.

Tabelle 2: Mittelwertvergleich der Musiktherapie- und Vergleichsgruppe für den Beobachtungsbogen
(Keil, 2013, S. 64)

Gruppe				n	M	SD	SE
Musiktherapie	A	Paar	MZP 1	30	2.41	0.62	0.11
		1	MZP 2	30	2.21	0.75	0.14
	B	Paar	MZP 1	28	3.20	0.53	0.10
		2	MZP 2	28	2.81	0.59	0.11
	C	Paar	MZP 1	30	2.71	0.72	0.13
		3	MZP 2	30	2.61	0.76	0.14
	D	Paar	MZP 1	30	2.89	0.66	0.12
		4	MZP 2	30	2.63	0.52	0.09
	E	Paar	MZP 1	29	2.96	0.84	0.16
		5	MZP 2	29	2.64	0.80	0.15
	F	Paar	MZP 1	30	3.06	0.75	0.14
		6	MZP 2	30	2.71	0.79	0.14
	G	Paar	MZP 1	30	2.59	0.86	0.16
		7	MZP 2	30	2.55	0.67	0.12
	H	Paar	MZP 1	30	2.78	0.91	0.17
		8	MZP 2	30	2.46	0.97	0.18
	I	Paar	MZP 1	24	1.78	0.51	0.10
		9	MZP 2	24	1.66	0.38	0.77
Vergleichsgruppe	A	Paar	MZP 1	30	2.32	0.73	0.13
		1	MZP 2	30	2.29	0.68	0.12
	B	Paar	MZP 1	30	3.08	0.67	0.12
		2	MZP 2	30	3.06	0.63	0.11
	C	Paar	MZP 1	30	2.40	0.65	0.12
		3	MZP 2	30	2.44	0.67	0.12
	D	Paar	MZP 1	30	2.83	0.71	0.13
		4	MZP 2	30	2.68	0.70	0.13
	E	Paar	MZP 1	30	3.24	0.90	0.16
		5	MZP 2	30	3.19	1.00	0.18
	F	Paar	MZP 1	28	3.15	0.87	0.16
		6	MZP 2	28	2.91	0.75	0.14
	G	Paar	MZP 1	28	2.85	0.70	0.13
		7	MZP 2	28	2.74	0.76	0.14
	H	Paar	MZP 1	30	2.71	0.69	0.13
		8	MZP 2	30	2.55	0.61	0.11
	I	Paar	MZP 1	29	1.90	0.51	0.10
		9	MZP 2	29	2.01	0.55	0.10

Anmerkungen. n = Stichprobengröße, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, SE = Standardfehler, MZP = Messzeitpunkt.

Durch die Signifikanzüberprüfung ergeben sich in der Musiktherapiegruppe signifikante Mittelwertsveränderungen für die Bereiche B, D, F und H, also Selbstbehauptung, Sprechfreude und Sprechsicherheit, Aufgabenverständnis und Artikulation, Wortschatz und Grammatik. In der Vergleichsgruppe hingegen lassen sich nur in Teilbereich F (Aufgabenverständnis) signifikante Veränderungen finden.

Im Folgenden werden nun die Veränderungen der beiden Gruppen miteinander verglichen. Der T-Test verdeutlicht, dass sich in Teilbereich B (Selbstbehauptung) ein signifikanter Mittelwertsunterschied der Skalenmitteldifferenzen von Messzeitpunkt 1 zu Messzeitpunkt 2 zwischen der Musiktherapie- und der Vergleichsgruppe. Die Musiktherapiegruppe zeigte somit eine überzufällig höhere Verbesserung in diesem Bereich als die Vergleichsgruppe (vgl. Abb. 1).

Auch in der 2-faktoriellen Varianzanalyse mit dem Interaktionseffekt Gruppe x Messzeitpunkt kann dieses Ergebnis bestätigt werden.

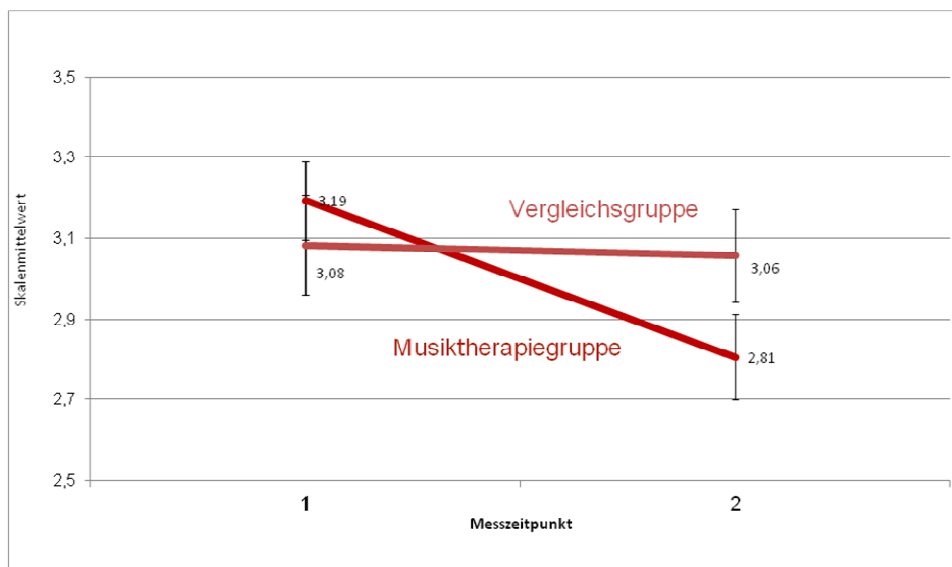


Abbildung 1: Mittelwertsentwicklung für den Bereich B „Selbstbehauptung“ (Keil, 2013, S. 104)

Aufbauend auf den Ergebnissen der quantitativen Analysen werden im Folgenden zwei Fallbeispiele dargelegt. Auffällig in den quantitativen Ergebnissen ist die signifikante Verbesserung der Musiktherapiegruppe im Bereich „Selbstbehauptung“. Um sich besser vorstellen zu können, wie sich solch eine Veränderung vollzogen hat, sollen nun zwei kontrastierende Fallvignetten vorgestellt werden.

1. Fallvignette: Maike

Maike geht in die erste Klasse und ist 6,5 Jahre alt, als die Förderung beginnt. Sie hat eine jüngere Schwester, ihre Eltern sind in Russland aufgewachsen und erst vor 15 Jahren nach Deutschland gekommen. Maikes schulische Leistungen im schriftlichen Bereich sind durchschnittlich, schnell hat sie Schreiben und Lesen gelernt. Maike beteiligt sich jedoch nur selten am mündlichen Unterrichtsgespräch.

Auch im Morgenkreis mag sie nichts von sich erzählen. Sie antwortet nicht immer, wenn sie etwas von den Lehrerinnen gefragt wird. Die anderen Kinder reagieren manches Mal schon sehr ungeduldig, wenn Maike an der Reihe ist, etwas zu sagen („... Die sagt ja doch nichts...“).

Maikes soziale Kontakte in der Schule beschränken sich auf einige wenige Mädchen der Klasse.

Fallbeschreibung

1.-6.Woche

In den ersten 6 Wochen des Projekts geht Maike in ihrer Gruppe (3 Jungen und 4 Mädchen) gänzlich unter. Insbesondere die lebhafteren Jungen scheinen sie zu irritieren. Maike spricht nicht, weder mit der Therapeutin, noch mit den anderen Kindern. Während die anderen Kinder in freien Phasen neugierig die verschiedenen Instrumente erkunden, beschränkt sich Maike darauf, die Gruppe zu beobachten. Im Stuhlkreis ist es ihr sehr wichtig, neben einem bestimmten Mädchen aus ihrer Klasse zu sitzen. Der Therapeutin fällt auf, dass sie bei den Gesprächsrunden häufig die Lippen fest aufeinander presst. Maike antwortet nicht auf direkte Fragen der Therapeutin, obwohl sie den Blickkontakt erwidert. Die Therapeutin gibt Maike immer wieder Zeit, um Worte zu finden und versucht, sie mit Blicken und Worten zu ermutigen. Die Gruppe wird in diesen Phasen schnell unruhig, die Kinder können die Anspannung, die in der Luft liegt, nicht lange aushalten.

Maike nimmt während dieser sechs Wochen nicht einmal ein Instrument in die Hand.

6.-10.Woche

Da es auch in den anderen Gruppen Mädchen gibt, die selbst in den kleinen Gruppen sehr gehemmt sind und sich kaum beteiligen, verändert die Therapeutin die Gruppen und bildet eine „Stille Mädchen-Gruppe“ aus sieben Kindern. Maike scheint über die veränderte Gruppenzusammensetzung sehr froh zu sein, sie macht nun einen sehr viel entspannteren Eindruck. In den Gesprächsrunden mag sie aber weiterhin nichts erzählen. Immer noch will sie unbedingt neben der Klassenkameradin sitzen. Neu ist, dass Maike sich nun auf Aufforderung Instrumente nimmt, sie bevorzugt aber leise, eher kleine Instrumente wie Klanghölzer oder Rasseln, die im Zusammenspiel nur wenig hörbar sind:

„Ich habe den Eindruck, als wolle sie stets leiser spielen, als ihre direkten Nachbarn“ (Zitat Therapeutin).

Für die Therapeutin hat Maike immer noch die Rolle der „aufmerksamen Beobachterin“. Immerhin nickt sie nun auf Fragen oder schüttelt mit dem Kopf. Die Momente, in denen die Gruppe vergebens auf eine Reaktion wartet, werden immer seltener.

In der 9. Stunde möchte Maike die Rolle der „Kranken Königin“¹ übernehmen. Sie kann sich gut in die Rolle hinein fühlen, mit ernstem Gesicht sitzt sie auf ihrem „Thron“. Maike steht als Königin relativ lange im Mittelpunkt des Geschehens und lässt sich erst von der vierten Heilerin „heilen“.

11.-16. Woche

Maike ist immer noch auf das Mädchen aus ihrer Klasse fixiert, welches ihr Sicherheit zu geben scheint. Sie vermeidet weiterhin den verbalen Kontakt mit der Therapeutin. Ab und zu flüstert sie leise mit den anderen Mädchen.

Die Gruppe wünscht sich in dieser Phase immer wieder Bewegungsspiele mit den Chiffontüchern. Auch Maike macht es Freude, mit den Tüchern durch den Raum zu hüpfen. Es erstaunt die Therapeutin in diesen Stunden, wie sehr Maike beim Spiel mit den Tüchern den Kontakt zu ihr sucht: Maike „verfolgt“ die Therapeutin regelrecht und bewirft sie immer wieder mit ihrem Tuch. Maike wirkt zum ersten Mal fröhlich und ausgelassen.

Maike findet die Instrumente nun sehr viel interessanter. Wenn die Therapeutin am Klavier sitzt und für die Gruppe eine Bewegungsmusik spielt, dann tauscht sie immer wieder einmal ihr Tuch gegen ein Instrument und begleitet wie selbstverständlich das Klavierspiel. Sie bevorzugt dabei die große Basstrommel.

16.- 20. Woche

Die Gruppendynamik verändert sich, das scheint auch Maike zu gefallen: Die Gruppe möchte keine leisen und harmonischen Spiele mehr spielen – sie wünschen sich jetzt Tobespiele, bevorzugt das Spiel: „Wir gehen in den Zoo“²! Maike wechselt wie selbstverständlich zwischen den Toberollen als Tier und der begleitenden Musikerrolle hin und her – beides macht ihr großen Spaß. Sie nimmt während des szenischen Spiels nun auch Kontakt zu den anderen Mädchen auf, die Therapeutin beobachtet sogar, wie sie immer häufiger miteinander reden.

¹ Ein Kind spielt die „Kranke Königin“. Die anderen Kinder sind „HeilerInnen“. Die Königin sitzt auf einem geschmückten Stuhl, ihrem „Thron“. Sie kann auch nicht mehr sprechen, sondern ihr Leiden nur musikalisch auf einem frei gewählten Instrument ausdrücken. Die HeilerInnen versuchen nun einzeln, die Königin mit einer „Musikmedizin“ zu heilen. Sie werden von der Königin weggeschickt, wenn die Behandlung nicht anschlägt. Sind sie dagegen erfolgreich, so hört man das eindeutig an der Art und Weise, wie die Königin dann auf ihrem Instrument spielt.

² Die Kinder sind Besucher in einem Zoo, die Klavier spielende Therapeutin ist die Zoodirektorin. Nacheinander dürfen sich die Kinder in ihrer Besucherrolle Tiere wünschen, die sie im Zoo anschauen wollen. Während alle Kinder von der Besucherrolle in die gewünschte Tierrolle wechseln und sich entsprechend bewegen, spielt die Therapeutin am Klavier eine charakteristische „Tiermusik“.

Bei Gesprächsrunden ist Maïke nach wie vor „stumm“.

Von der Lehrerin hört die Therapeutin, dass Maïke sich im Unterricht verändere! Sie wirke offener und selbstbewusster. Sie antworte nun meist und sei auch zunehmend gut zu verstehen. Ihre Kontakte seien vielfältiger. Sie trage auch gelegentlich etwas zum Erzählkreis bei.

20.-32. Stunde

Das ist keine „Stille Gruppe“ mehr!“ Die Mädchen sind sehr lebhaft geworden, es wird viel gelacht und getobt. Ab und zu sagt Maïke nun einen einzelnen Satz im Erzählkreis. Es verändert sich ihr Verhalten im Rollenspiel: Sobald sie eine Rolle in einem Spiel einnimmt, erscheint sie auch in sprachlicher Hinsicht wie ausgewechselt: Als Zwerg oder Riese fällt es ihr sehr viel leichter, ihre Stimme zu gebrauchen und laut und deutlich Kontakt aufzunehmen. Sobald die Therapeutin ebenfalls eine Rolle in einem Rollenspiel übernimmt, sucht Maïke den Kontakt zu ihr, gelegentlich sogar sprachlich – auch wenn es dann meist in einer Fantasie- oder Tiersprache ist. Sooft sich im Rollenspiel die Gelegenheit bietet, möchte Maïke sich mit der Therapeutin „kabbeln“ – oder auch mal als Tier gestreichelt werden, z.B. als laut miauende Katze. Benutzen die Mädchen die Tücher, so wedelt Maïke auch mit diesen gern an der Therapeutin herum. Spielt die Therapeutin Klavier, schleicht sie sich immer wieder dazu, um mitzuspielen.

Gegen Ende des Projekts findet ein Gespräch zwischen der Lehrerin und Maïkes Eltern statt. Angesprochen auf Maïkes Schüchternheit kommt nun zutage, was möglicherweise zu Maïkes Blockaden geführt haben könnte: Die Eltern berichten von der russischen Oma, die vor Maïkes Einschulung häufig auf sie aufgepasst habe. Diese Oma habe Maïke viel aus ihrer eigenen Schulzeit erzählt, auch von den strengen Methoden und den Bestrafungen, die zu ihrer Zeit in Russland üblich gewesen seien. Sie habe Maïke auch gut gemeinte „Ratschläge“ gegeben, wie man sich seinen Lehrern gegenüber zu verhalten habe. (...)

Maïke spricht auch am Ende der Förderung nur sehr wenig im Stuhlkreis. Die Therapeutin hat dennoch das sichere Gefühl, dass Maïke deutliche Fortschritte in ihrer Entwicklung gemacht hat.

Reflexion

Maïke ist in der lebhaften Anfangsgruppe offensichtlich überfordert. In der reinen Mädchengruppe, der sogenannten „Stillen Gruppe“, ist es ihr dagegen von Beginn an möglich, aktiv zu werden und sich auf das Angebot einzulassen: Von Stunde zu Stunde gelingt es Maïke besser, ihren Bedürfnissen Ausdruck zu verleihen, wobei sie vor allem die Musik- und Bewegungsangebote intensiv nutzt, um in Kontakt zu kommen. Wie groß ihr Wunsch nach Ausdruck und Kontakt ist, zeigen ihre unerwarteten Spielideen mit

den Tüchern (11.-16. Woche) und ihre überraschenden musikalischen „Begleitangebote“ an der Basstrommel und am Klavier (20.-32. Stunde).

Bis zum Ende des Projekts vermeidet Maike Gespräche im Stuhlkreis oder mit der Therapeutin, auch die wenigen sprachlichen Kontakte mit den anderen Mädchen finden „heimlich“, fast lautlos, statt. Ganz anders zeigt sie sich im Rollenspiel: Als Königin, Zwerg oder Riese vermag sie, sich laut und deutlich Gehör zu verschaffen. Anhand sinnentleerter Phantasie – oder Tiersprachen nimmt sie nahezu ungehemmt Kontakt zu den anderen Kindern und auch der Therapeutin auf. Maike probiert im Verlauf der Musikstunden aus, was ihr verbal oder nonverbal jeweils möglich ist, wobei sich ihr Handlungsspielraum von Stunde zu Stunde erweitert. Auch wenn es ihr bis zum Ende der Förderung schwer fällt, ihre Wünsche und Bedürfnisse verbal mitzuteilen, scheint sie sich nun „auf den Weg gemacht“ zu haben.

Das Erleben der Therapeutin deckt sich mit den Beobachtungen der Lehrerinnen. Zieht man vergleichend die quantitativen Ergebnisse des Beobachtungsbogens heran, spiegeln sich auch dort die oben beschriebenen Erfahrungen wieder.

Tabelle 3: Mittelwerte der Bereiche A-I im Beobachtungsbogen für „Maike“

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
MZP 1	3,33	5,00	1,71	4,14	4,00	2,80	2,43	3,20	3,40
MZP 2	2,00	2,33	1,33	2,00	2,67	1,60	1,56	1,83	1,40

Die Werte sind so zu interpretieren, dass kleinere Werte mit einer beispielsweise besseren Kontaktfähigkeit einhergehen („Das Kind findet leicht Kontakt zu anderen Kindern“ durchgängig (1) bis gar nicht (5)). Wenn Items anders formuliert sind, werden sie entsprechend umkodiert, sodass alle Ergebnisse in gleicher Weise interpretiert werden können. Die größte Veränderung kann somit in dem Bereich B „Selbstbehauptung“ beobachtet werden (Differenz 2,67). Weiterhin erzielte Maike große Verbesserungen in den Bereichen D „Sprechfreude und Sprechsicherheit“ und I „Sprechstimme“.

Um die quantitativen Ergebnisse noch weiter zu beleuchten, wird im Folgenden ein kontrastierendes Fallbeispiel dargelegt. Im Gegensatz zu Maike, verhält Marvin sich in der Musikgruppe gleich von Anfang an überraschend lebendig – während er im Unterricht weiterhin ein ähnlich zurückhaltendes Verhalten wie Maike zeigt. Es stellt sich nun die Frage, inwiefern auch für Marvin die Musiktherapiegruppe erfolgreich ist.

2. Fallvignette: Marvin

Marvin ist das älteste von vier Kindern. Nach Aussage der Lehrerin scheinen die Eltern mit der Erziehung ihrer vier Kinder häufig überfordert zu sein. Die Familie erhält Unterstützung durch das Jugendamt.

Zu Beginn der musiktherapeutischen Förderung ist Marvin 10 Jahre alt. Obwohl er die dritte Klasse wiederholt, gehört er weiterhin zu den leistungsschwächsten Schülern seines Jahrgangs. Laut eines Gutachtens liegt jedoch kein offizieller sonderpädagogischer Förderbedarf im Bereich Lernen vor.

Marvin arbeitet ausgesprochen langsam, nur selten schafft er alle Aufgaben. Während seine Mitschüler am Arbeiten sind, sitzt er oftmals einfach nur da und schaut aus dem Fenster - und muss dann immer wieder von den Lehrerinnen ans Mitarbeiten erinnert werden. Marvin meldet sich nicht im Unterricht, er erzählt auch nichts von sich im Gesprächskreis. Er vermeidet es, im Mittelpunkt zu stehen, in freien Phasen beschäftigt er sich meist allein. Marvins sprachliche (Ausdrucks-)Möglichkeiten sind auch im schriftlichen Bereich sehr eingeschränkt. Beim Freien Schreiben schreibt er selten mehr als einen Satz.

Zu den Jungen der Klasse hat Marvin kaum Kontakt, er mag sich an deren „wilden“ Spielen offensichtlich nicht beteiligen. In den Pausen spielt er meist mit den jüngeren Kindern, bevorzugt mit Mädchen. Er kümmert sich dann ausgesprochen fürsorglich um diejenigen Kinder, die sich auf dem Schulhof kleine Verletzungen zuziehen.

In der musiktherapeutischen Fördergruppe befinden sich drei Mädchen und vier Jungen. Sie kommen aus drei verschiedenen Klassen des dritten Jahrgangs.

Fallbeschreibung

1.- 6. Woche

Es erstaunt die Therapeutin sehr, wie intensiv Marvin die Musiktherapiestunden von Beginn an für seine Bedürfnisse nutzt: Er „dreht auf“, trommelt teilweise so laut, dass sich andere Kinder die Ohren zuhalten müssen. In manchen Stunden trommelt er „wie im Rausch“, so wild, dass ihm hinterher die Hände wehtun. Trotzdem genießt er offensichtlich jede Minute.

Ab der dritten Stunde sucht er sich meist einen Jungen, mit dem er sich dann „verbündet“ und gemeinsam „aufdreht“. Immer wieder wünscht Marvin sich ganz besonders laute, wilde Spiele. Auch liebt er es, zwischendurch aufzustehen oder auf dem Boden herum zu kugeln. Selten bleibt er beim Musizieren auf seinem Platz sitzen. Wiederholt springt er während einer gemeinsamen Musik auf und wechselt das Instrument.

Die Therapeutin erkennt die Bedeutung des „Spielraumes“, den sich Marvin in den Stunden regelrecht „erobert“. Seine Aktivitäten werden von ihr als „verzweifelte Suche nach Selbstausdruck und

Selbstwirksamkeit“ gedeutet. Da er weder den Ablauf der Stunden noch die anderen Kinder mit seiner überschwänglichen Art zu stören scheint, lässt sie ihn gewähren und sorgt vor allem dafür, dass die anderen Kinder durch Marvins Spontanität nicht eingeschränkt werden.

Bei den Gesprächsrunden zeigt sich Marvin ähnlich wie bei Gesprächsanlässen im Unterricht: Er mag nichts von sich erzählen, äußert sich auch nicht zu den Erzählungen der anderen Kinder. Auf die Therapeutin wirkt er dann abwesend, unbeteiligt. Sobald die Kinder jedoch nach ihren Wünschen für die Stunde gefragt werden, meldet sich Marvin zu Wort – für die Therapeutin ein Ausdruck davon, dass er noch mit seinen Bedürfnissen und Wünschen im Kontakt steht.

7.- 10. Woche

Marvin ist nicht mehr ganz so aufgedreht, sein Wunsch nach lauter „Action“ nimmt ab, für einige Stunden gefällt ihm das „Dirigentspiel“³ am besten. Er nimmt bei diesem Spiel eine Rolle ein, die er sonst konsequent vermeidet: Er steht hier im Mittelpunkt, wird von den anderen Kinder angeschaut und bestimmt über den gemeinsamen Spielverlauf. Je häufiger Marvin sich in dieser Rolle probiert, umso besser scheint sie ihm zu gefallen. Immer länger werden die musikalischen Phasen, die er als „Bestimmer“ anleitet.

Als die Therapeutin das Spiel vom „Kranken König“ einführt, engagiert sich Marvin nach allen Regeln der Kunst als „behandelnder Arzt“. Er gibt sich die allergrößte Mühe, den jeweiligen kranken König zu heilen. Die Rollen des Königs oder des Dieners zu übernehmen, lehnt er zunächst jedoch vehement ab.

Marvin beginnt mehr zu reden. Er berichtet immer noch nichts Persönliches, es macht ihm jedoch Spaß, für die Mädchen der Gruppe verbal den „Kasper“ zu spielen.

Von der Klassenlehrerin hört die Therapeutin in der 8. Woche, dass Marvin nun Kontakt zu dem Jungen seiner Klasse aufgenommen habe, der ebenfalls an der Musikgruppe teilnimmt. In den kurzen Pausen zwischen den Unterrichtsstunden würden die beiden sich jetzt gemeinsam beschäftigen. In den großen Pausen sei es aber weiterhin so, dass Marvin ausschließlich mit den jüngeren Mädchen spiele.

³ Alle Kinder wählen sich ein Instrument aus. Jeweils ein Kind übernimmt die Rolle des Dirigenten, und darf für eine Weile über das Orchester bestimmen. Alle müssen den Anweisungen des Dirigenten folgen.

11.-15. Woche

Marvins Lieblingsspiel in diesem Zeitraum ist das Spiel vom „Kranken König“. Er möchte nun am liebsten jede Stunde der König sein und lässt sich ausgiebig Zeit beim „gesund werden“. Marvin genießt es sehr, umsorgt zu werden. Im Spiel des „Kranken König“ findet Marvins emotionale Bedürftigkeit ihren Ausdruck: Marvin sucht und findet hier die Zuwendung, die er sonst anderen (jüngeren) Kindern zukommen lässt.

Bei den „wilderer Spielen“ macht Marvin nach wie vor gerne mit, sie scheinen ihm aber nicht mehr so wichtig zu sein, da er sich in der Eingangsrunde immer wieder das Spiel vom „Kranken König“ wünscht.

16.-21. Woche

Marvin haben es jetzt Rollenspiele der verschiedensten Art angetan: Er genießt es z.B., der Diener des „Kranken Königs“ zu sein und die Ärzte zu befehligen. Den „Kranken König“ möchte er nun nicht mehr spielen! Nachdem er längere Zeit das „passive Leiden“ und das „Umsorgt werden“ genossen hat, interessiert Marvin sich nun eher für die aktiveren Rollen mit deutlich mehr Sprechanteilen.

In den Gesprächsrunden beginnt Marvin, sich kurz und knapp zum zurückliegenden Wochenende zu äußern.

Seine Klassenlehrerin berichtet in der 20. Woche, dass Marvin sich nun gelegentlich im Unterricht melde. Seine Beiträge seien in der Regel zwar sehr kurz, für die Therapeutin ist aber spürbar, wie sehr sich die Lehrerin über diese Entwicklung freut. Marvin schließe sich nun auch gelegentlich einer Arbeitsgruppe an, verhalte sich dort aber weiterhin eher passiv. Im Fach Deutsch traue er sich deutlich mehr zu, seine Texte würden immer verständlicher und länger, seine Rechtschreibung sei auch etwas sicherer geworden.

22.-26. Woche

Marvins Verhalten in der Gruppe verändert sich sehr, als seine kleine Schwester geboren wird. Bei dem neuen Lieblingsspiel der Gruppe („Zwerge und Riese“⁴) werden seine regressiven Bedürfnisse deutlich: In

⁴ Grundidee des Spiels: In einem Wald lebt seit vielen Jahren das Volk der Musikzwerge. Die Zwerge lieben es, gemeinsam durch den Wald zu streifen und dabei ihre Musik erklingen zu lassen. Zu ihrem großen Kummer hat sich nun jedoch ein großer Riese in ihrem Wald niedergelassen, Der Riese mag weder Zwerge noch Musik. Er möchte einfach nur seine Ruhe haben und schlafen. Die Zwerge trauen sich nicht mehr aus ihrem Haus heraus, zu groß ist ihre Angst vor dem Riesen. Andererseits möchten sie sich aber wieder frei in ihrem Wald bewegen, dort Musik machen. So überlegen sie gemeinsam: Wollen wir uns mit dem Riesen anfreunden? Wie wollen wir das machen? Oder soll der Riese doch besser mit viel Krach verjagt werden?

mehreren Stunden bestimmt Marvin sich zum „Baby-Zwerg“ und verhält sich entsprechend „sprach- und hilflos“. Es reicht ihm offensichtlich nicht, wie die anderen Kinder einen ohnehin schon kleinen Zwerg zu spielen. Wie schon beim Spiel des „Kranken Königs“ sucht und findet Marvin im Spiel die Zuwendung, die er so dringend benötigt: Seine „Zwergenfamilie“ umsorgt ihn wunschgemäß fürsorglich, dafür sorgen vor allem die drei Mädchen der Gruppe.

Ein weiteres Bedürfnis verlangt in diesen Stunden nach Ausdruck: Nach einigen „ruhigen“ Wochen möchte Marvin nun auch wieder die lauten Spiele der ersten Stunden spielen: Am liebsten würde er die ganze Stunde trommeln. Die Therapeutin erkennt die große Anspannung unter der Marvin steht und versucht, ihm den entsprechenden Raum zu geben. Dieses ist leider nicht immer möglich, da die anderen Kinder der Gruppe während dieser Zeit eher ruhigere Spielideen bevorzugen.

Gespräche mit der Lehrerin verdeutlichen der Therapeutin die innere Not, die Marvin in diesen Stunden so überdeutlich ausdrückt. Auch die Lehrerin hat das Gefühl, dass Marvin unter der veränderten familiären Situation leide. Im Unterricht sei er wieder häufiger „in Gedanken“. Er wirke müde und unkonzentriert und brauche wieder länger für seine Arbeiten. Marvin selbst berichte von häuslichem Streit, vor allem bei den Hausaufgaben. Nachts könne er nicht einschlafen, jede Nacht stehe er mehrmals auf.

27.-32. Woche

Marvin wirkt wieder etwas stabiler. Die familiäre Situation scheint sich beruhigt zu haben. Marvin traut sich, im Unterricht ein kurzes Referat vor der Klasse zu halten. Das wäre vor einem halben Jahr noch undenkbar gewesen. Er hat begonnen, sich für Fußball zu interessieren, gelegentlich sieht man ihn beim gemeinsamen Fußballspiel während der großen Pausen.

Als sich das Schuljahr dem Ende nähert und die Therapeutin den Abschied ankündigt, äußert Marvin verschiedene Ideen, wie die Musikgruppe weiter existieren könne (z.B. als AG, oder freiwillig am Nachmittag). Es ist für ihn nur schwer zu akzeptieren, dass sie nun zu Ende gehen soll. In den letzten Stunden möchten die Kinder vor allem offene Rollenspiele spielen, in denen sich jeder selbst eine Rolle aussuchen kann. Die Gruppe ist inzwischen so vertraut miteinander, dass sich schnell thematische Spielideen ergeben, in die jede denkbare Rolle integriert werden kann: *„Es beeindruckt mich, mit welchem Ernst die Kinder sich Gedanken über ihre Rollen machen und die erforderlichen Absprachen treffen. Ich*

habe das Gefühl, dass die seelische Verfassung der Kinder hier ihren direkten Ausdruck findet“ (Zitat Therapeutin).

Während bei den anderen Kindern Märchenfiguren sehr beliebt sind (z.B. Zauberer, Riese, Fee, Königin, Prinzessin), entscheidet Marvin sich meist weiterhin für Rollen mit regressiven Anteilen, z.B. Baby-Hund, Baby-Dino, Baby-Zwerg. Die Therapeutin nimmt jedoch eine Veränderung in seinem Spiel war: Nach und nach scheint Marvin (quasi in Identifikation mit seinen Figuren) innerlich zu wachsen, zu reifen. Seine Figuren verlassen langsam dem Babyalter, ihre Redeanteile in den Rollenspielen nehmen (wieder) zu: Nach einer kurzen Phase der „Sprachlosigkeit“ (22.-26. Woche) lässt Marvin seine Figuren wieder „zur Sprache kommen“.

Reflexion

Marvin vermag schon in den ersten Stunden die Musik als alternatives Ausdrucksmedium zu nutzen. Die Intensität, mit der er trommelt, macht seine innere Anspannung und seinen Wunsch nach Entlastung deutlich. Im Schutz der Gruppenaktivität bzw. des gleichzeitigen gemeinsamen Trommelns kann er seinen Bedürfnissen nachkommen, ohne sich exponieren zu müssen.

Deutlich wird Marvins Bedürfnis nach Bewegung und kreativem Ausdruck (1.-13. Woche). Im Gegensatz zum Schulalltag, in dem er sich „möglichst unsichtbar“ macht und die „wilden“ Spiele der Jungen meidet (Eindruck der Lehrerin), zeigt er sich in der Fördergruppe durchaus an wilden Spielen interessiert und zunehmend kontaktfreudig.⁵

In der Kleingruppe und unter Fürsorge der Therapeutin probiert Marvin aus, wozu ihm im Klassenverband noch der Mut fehlt. Er übt Kontakt zu anderen Kindern herzustellen, im Mittelpunkt zu stehen (Kranker König, Dirigentenspiel), eine führende Rolle zu übernehmen (Dirigentenspiel), seine Position zu behaupten.

Im Spiel „Der Kranke König“ durchlebt Marvin Facetten seiner Lebensgeschichte. Als ältestes von vier Kindern ist Marvin vermutlich gewohnt, eigene Bedürfnisse zugunsten seiner Geschwister zurückzustellen. Seine Rolle ist es, für andere da zu sein, für sie zu sorgen. Diese Rolle führt er in der Schule fort, indem er sich fürsorglich um die Erstklässler kümmert. Gleichzeitig wird seine große emotionale Bedürftigkeit sowohl im Schulalltag als auch in der Gruppe deutlich: Fast täglich macht er die Lehrerinnen auf eigene kleinere Verletzungen aufmerksam – die aber „gar nicht weh tun“ (Zitat Marvin).

⁵ Diese Diskrepanz scheint ein grundsätzliches Dilemma vieler „stiller Kinder“ zu sein: Während sie von ihren Eltern als grundsätzlich „temperamentvoll und/oder redefreudig“ beschrieben werden, zeigen sie sich in der Schule „schüchtern und schweigsam“. (Anmerkung Menebröcker)

So liegt es nahe, dass er sich beim Spiel „Der Kranke König“ auch zunächst die Rolle eines Arztes aussucht. Im Laufe einer Entwicklung, in der Marvin zunehmend in Kontakt mit seinen eigenen Bedürfnissen kommt und diese nach Ausdruck drängen, verlässt er seine gewohnte Rolle, um sich als „Kranker König“ ausgiebig umsorgen zu lassen, bis er dann selbstbewusst genug ist, um auch als „Diener des Königs“ den Ablauf des Spiels zu organisieren.

Seine Entwicklung gerät ins Stocken, als ein weiteres Geschwisterkind geboren wird (22.-26. Woche). Regressive Bedürfnisse stehen im Vordergrund, Marvin ist innerlich sehr mit der neuen familiären Situation beschäftigt. Im Gegensatz zu früher verliert er sich jedoch nicht im inneren Rückzug, sondern nutzt die Gruppe, um seiner inneren Anspannung Ausdruck zu verleihen (erneutes lautstarkes Trommeln) und sich emotional als „Baby-Zwerg“ umsorgen zu lassen.

Blockaden im sozialen und emotionalen Bereich schränkten nicht nur Marvins Persönlichkeit ein, sondern hinderten ihn vermutlich auch am Lernen und Arbeiten. Die neuen Beziehungserfahrungen und die emotional stützende Zuwendung ermutigten Marvin offensichtlich, auch im Klassenunterricht mehr aus sich herauszukommen, mehr von sich zu zeigen. Nach Abschluss des Förderprojekts zeigt Marvin zunehmend mehr Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit, die positiven Erfahrungen veränderten auch seine Wahrnehmung der eigenen Leistung. Auch wenn ihm noch viele Aufgaben schwer fallen, so ist er grundsätzlich wieder lernmotiviert.

Zieht man vergleichend die Ergebnisse des Beobachtungsbogens heran, fällt auf, dass die größten Veränderungen in den Bereichen C „Stressregulierung“ („Das Kind lässt sich von falschen Antworten leicht frustrieren“) und G „Arbeitsverhalten“ („Das Kind traut sich auch an schwierige Aufgaben heran“) deutlich werden (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Mittelwerte der Bereiche A-I im Beobachtungsbogen für „Marvin“

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
MZP 1	3,00	2,80	3,67	2,43	3,00	2,67	4,13	2,00	1,4
MZP 2	2,57	2,83	2,83	2,14	2,33	2,8	3,33	1,83	1,8

Ebenfalls große Verbesserungen sind in den Bereichen E „Mut zum Nachfragen“, A „Kontaktfähigkeit“ sowie D „Sprechfreude und Sprechsicherheit“ zu beobachten.

Auch wenn die Veränderungen insgesamt nicht so groß sind wie bei Maike, werden doch bedeutsame Unterschiede deutlich. So konnte anhand von zwei kontrastierenden Kindern, die zu Beginn der Förderung sehr unterschiedlich z.B. hinsichtlich ihrer Aktivität waren, die Wirkung des Projekts beschrieben werden.

4.5 Zusammenfassung und Diskussion

In dem vorliegenden Bericht wurde zunächst das musiktherapeutische Förderprojekt für die Grundschule „Durch Musik zur Sprache“ vorgestellt und inhaltlich beschrieben. Um die Wirkung des Projekts zu untersuchen, wurde die einjährige Förderung evaluiert. Dabei wurde die Gruppe, die die musiktherapeutische Förderung erhalten hat, einer Vergleichsgruppe gegenübergestellt, die z.B. im Hinblick auf die Verteilung von Jungen und Mädchen und den Anteil von Schülerinnen und Schülern mit Migrationshintergrund ähnlich sind. Durch ein Matchingverfahren wurde jedem Schüler der Musiktherapiegruppe ein Schüler der Vergleichsgruppe gegenübergestellt, sozusagen wurde ein „statistischer Zwilling“ gesucht. Da die Schülerinnen und Schüler der Vergleichsgruppe kein Treatment (vergleichbar zur Musiktherapie) erhalten haben, war dieses Verfahren unbedingt notwendig. Nach der Überprüfung der Vergleichbarkeit der Gruppen wurden die Veränderungen sowohl im sprachlichen als auch im sozial-emotionalen Bereich überprüft. Im Sprachtest konnten signifikante Veränderungen der Musiktherapiegruppe in den Bereichen „Kategorienbildung“ und „Sternsuche“ sowie im Bereich „Erkennen und Korrektur inkorrektur Sätze und Satzbildung“ beobachtet werden. Vergleicht man diese jedoch mit der Vergleichsgruppe, sind keine signifikanten Bereiche mehr erkennbar. Somit sind zwar positive Veränderungen in einzelnen Bereichen zu verzeichnen, jedoch unterscheiden sich diese nicht bedeutsam zwischen Musiktherapie- und Vergleichsgruppe.

Im sozial-emotionalen Bereich konnte sich die Musiktherapiegruppe in vier Skalen signifikant verbessern: Selbstbehauptung, Sprechfreude und Sprechsicherheit, Aufgabenverständnis und Wortschatz und Grammatik. Stellt man diese Ergebnisse denen der Vergleichsgruppe gegenüber, sind die Veränderungen im Bereich „Selbstbehauptung“ signifikant höher als in der Musiktherapiegruppe. Die Wirkung des Projekts scheint in diesem Bereich demnach am größten zu sein.

Um diese Ergebnisse greifbarer zu machen wurden in Form eines *Mixed-Methods-Designs*, aufbauend auf den quantitativen Ergebnissen, zwei kontrastierende qualitative Fallvignetten genauer beleuchtet. Die Fälle wurden so ausgewählt, dass sie zum einen die zentralen quantitativen Ergebnisse detaillierter beschreiben und zum anderen unterschiedliche Ausgangslagen haben, so dass die differentielle Wirkung des Projekts hervorgehoben werden kann.

Zunächst wird ein Mädchen („Maike“) beschrieben, das sich selten am Unterrichtsgespräch beteiligt und Fragen der Lehrkräfte oft unbeantwortet lässt. In der Musiktherapiegruppe ist sie am Anfang auch sehr ruhig und wählt zunächst kein Instrument aus. Da die Zusammensetzung der Gruppe ungünstig ist, bildet die Therapeutin eine „Stille-Mädchen-Gruppe“. Maike macht nun einen „entspannteren“ Eindruck und

spielt auf Aufforderung Instrumente, wenn auch noch sehr leise. Im weiteren Verlauf flüstert sie mit anderen Mädchen, nimmt sich mutiger Instrumente und verschafft sich im Rollenspiel laut und deutlich Gehör. Die Gruppe wird insgesamt aktiver und lebhafter und Maike sagt nun ab und zu etwas im Erzählkreis. Sie probiert mehr und mehr sich verbal oder nonverbal auszudrücken.

Als zweites Beispiel wurde ein kontrastierender Fall in dem Sinne gewählt, als dass Marvin, im Gegensatz zu Maike, auch ohne viel Sprachgebrauch sehr lebendig und aufgeweckt ist, was sich vor allem in seinem großen Bewegungsdrang zeigt: Er meldet sich zwar nicht, erzählt auch nichts im Erzählkreis, ist aber in den Musiktherapiestunden von Beginn an sehr aktiv und trommelt teilweise sehr laut und wild. Er nutzt die Musik offensichtlich als alternatives Ausdrucksmedium. Im weiteren Therapieverlauf wählt er Spiele, v.a. Rollenspiele, bei denen er im Mittelpunkt steht. Er beginnt nun auch sich in den Gesprächsrunden verbal zu äußern – wenn auch nur kurz. Die Gruppe gibt ihm die Möglichkeit Sachen auszuprobieren, zu denen ihm vorher der Mut fehlte. Am Ende des Projekts kann mehr Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit bei ihm beobachtet werden.

In beiden Fallvignetten wird die Wirkung des Projekts insbesondere im Bereich „Selbstbehauptung“ deutlich, was zuvor in den quantitativen Ergebnissen als bedeutsamster Faktor herausgestellt wurde. Somit konnte anhand der Beispiele dieses Ergebnis illustriert und greifbarer gemacht werden.

Natürlich gibt es darüber hinaus Kinder, bei denen das Projekt in anderen Bereichen Wirkung erzielt hat bzw. die Wirkung auch nicht so groß war. Diese ausgewählten Beispiele sollten lediglich die quantitativen Ergebnisse näher beleuchten und einen besseren Einblick in das Projekt ermöglichen.

5. Ausblick

Nach der positiven Evaluation des Projekts stellt sich nun die Frage, wie das Konzept seine umfassendere Verbreitung finden kann. Hierfür bedarf es vor allem einer weit größeren Anzahl qualifizierter „SpieleiterInnen“.

Durch die Vernetzung verschiedener Institutionen aus Bildung und Wissenschaft haben sich seit der Projektentwicklung im Jahr 2007 erfreulicherweise bereits vielfältige Verbreitungsansätze ergeben:

- Das Projekt konnte an der Schule, an der die Erprobung stattfand, nahtlos fortgesetzt werden, da es die Anerkennung durch die niedersächsische Schulbehörde fand. Bis auf weiteres werden für

die Umsetzung zwei zusätzliche Stunden im Rahmen sonderpädagogischer Fördermaßnahmen zur Verfügung gestellt. Die Anerkennung an weiteren Schulen ist wünschenswert.

- Es stellte sich uns von Beginn an die Frage, ob das Konzept ein Baustein schulischer Inklusion werden könnte. Erste Gespräche mit Vertretern des Kultusministeriums Hannover lassen darauf hoffen, wobei von Seiten der Projektentwickler bei der Umsetzung auf eine ausreichende Qualifizierung der therapeutischen bzw. pädagogischen Fachkräfte Wert gelegt werden sollte.
- Seit dem Schuljahr 2013/14 findet eine Erprobung auch im Rahmen der vorschulischen Sprachförderung an einer Grundschule statt. Mit ersten Ergebnissen kann Ende 2014 gerechnet werden.
- Die DozentInnen des Projektteams werden regelmäßig eingeladen, das Konzept auf Kongressen oder Fortbildungen vorzustellen. Die Rückmeldungen der Teilnehmer sind durchweg positiv, das Interesse an Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten groß, so dass seit dem Frühjahr 2013 an der Universität Münster unter Leitung von Prof. Dr. Rosemarie Tüpker eine berufsbegleitende Weiterbildung in diesem besonderen Sprachförderkonzept angeboten wird. Die Weiterbildung wendet sich an MusiktherapeutInnen, die ihr Tätigkeitsfeld erweitern möchten, an Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen, die an der Einbeziehung von Musik in ihre Arbeit interessiert sind, an (Sprach-)HeilpädagogInnen und an Personen aus angrenzenden Berufsfeldern (<http://www.weiterbildung.uni-muenster.de>).

Den Ausblick abschließend lässt sich feststellen, dass das Konzept “Durch Musik zur Sprache” in therapeutischen und pädagogischen Fachkreisen auf sehr großes Interesse gestoßen ist. Es bestätigt das Projektteam in seiner Grundannahme, dass emotionale und kommunikative Aspekte bei der Sprachförderung verstärkt Berücksichtigung finden sollten und lässt darauf hoffen, dass immer mehr qualifizierte TherapeutInnen und PädagogInnen das Konzept als Multiplikatoren in weitere Grundschulen, Kindertagesstätten oder pädagogische Einrichtungen anderer Bundesländer weitertragen werden.

6. Literatur

- Artelt, C., Stanat, P., Schneider, W. & Schiefele, U. (2001). Lesekompetenz: Testkonzeption und Ergebnisse. In J. Baumert, E. Klieme, M. Neubrand, M. Prenzel, U. Schiefele, W. Schneider, P. Stanat, K.-J. Tillmann & M. Weiß, (Hrsg.), PISA 2000 – Basiskompetenzen von Schülerinnen und Schülern im internationalen Vergleich (S. 69-137). Opladen: Leske & Budrich.
- Baumert, J., Klieme, E., Neubrand, M., Prenzel, M., Schiefele, U., Schneider, W., Stanat, P., Tillmann, K.-J. & Weiß, M. (Hrsg.) (2001). PISA 2000 - Basiskompetenzen von Schülerinnen und Schülern im internationalen Vergleich. Opladen: Leske+Budrich.
- Keil, N. (2013). Durch Musik zur Sprache – Evaluation eines musiktherapeutischen Programms zur Förderung von Sprachentwicklung und sozialer Interaktion in der Grundschule. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Menebröcker, E. & Jordan, A.-K. (2011). Beobachtungsbogen zum sozial-emotionalen Entwicklungsstand und Sprechverhalten des Kindes. Online-Veröffentlichung, verfügbar unter <http://www.uni-muenster.de/Musiktherapie/Literaturdienst/bestellservice.html>.
- Pathé, R. (2008): Zusammenhänge musikalischen und sprachlichen Lernens. Dissertation Universität Dortmund
- Petermann F. (2010) Sprachstandserhebungstest für Fünf- bis Zehnjährige (SET 5/10). Hogrefe, Göttingen
- Petermann, F., Fröhlich, L. P. & Metz, D. (2010). *SET 5-10. Sprachstandserhebung für Kinder im Alter zwischen 5 und 10 Jahren. Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Schreier, M. & Odağ, Ö. (2010). Mixed Methods Designs. In G. Mey & K. Mruck *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Tüpker, R. (2009): Durch Musik zur Sprache – Handbuch. Norderstedt: Books on Demand GmbH.

Für die freundliche Unterstützung bedanken wir uns bei der Andreas-Tobias-Kind-Stiftung, dem Bremer Institut für Musiktherapie, dem Förderverein Musiktherapie Münster, der Grasberger Bürgerstiftung Irmgard Beringhoff, der Gemeinde Grasberg und dem Schulverein Grasberg.

Erika Menebröcker mene2000@arcor.de

Anne-Katrin Jordan Anne-Katrin.Jordan@gmx.de