

`til it ends – Musiktherapie als Behandlungsbaustein in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Fachvortrag zum Abschluss
der musiktherapeutischen Zusatzausbildung

von

Marc Schmidt

Oktober 2013

Intro

Strophe eins: Gelandet – Arbeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Refrain: Vorstellung des Fallbeispiels Einzeltherapie: Stefanie

Strophe zwei: Musiktherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Herborn

Refrain: Musik(therapie) auf Station

Strophe drei: Du bist, was du hörst – Jugend und Musik

Refrain: Musik-biografische Anamnese

Strophe vier: Schauen wir mal – Diagnose und Auftrag

Refrain: Hör mal, was da klingt – Klänge in der Einzelmusiktherapie

Strophe fünf: Heute spielen wir ... - Bausteine meiner Musiktherapie

Refrain: Mittendrin – von kranken Königen und der mentalen Banane

Strophe sechs: Und was jetzt – Was mache ich mit dem Gehörten?

Refrain: 'til it ends - Dem Ende der Therapie nah

Outro – Durchgestartet: Mit der neuen Rolle unterwegs

Intro

„Til it ends“, so titelten zwei Jugendliche in der Musiktherapie ihr selbst komponiertes, gespieltes und aufgenommenes Stück. „Bis es vorbei ist“ traf dabei mehrfach die aktuelle Thematik der Jugendlichen. Zum einen endete ihr Aufenthalt in der Klinik in den nächsten Tagen, zum anderen endete ihre Musiktherapie in dieser Stunde. Wir waren am Ende des gemeinsamen Weges angekommen und unsere gemeinsame musikalische und therapeutische Arbeit war beendet. Das letzte Ziel der beiden, ein gemeinsames Musikstück zu komponieren, zu spielen und aufzunehmen, war geschafft. Das offensichtliche Thema des Abschiedes nahmen wir zum Anlass darüber zu sprechen, was in den letzten Wochen geschehen war. Es zeichnete sich ein Therapie-Prozess des Herausforderns und Überforderns, des Haltens und Aushaltens, des Probierens und Erarbeitens nach, den es galt auszuhalten, bis es vorbei – oder besser – überstanden ist.

Das Ende meiner Ausbildung ist nun ein besonderer Anlass darüber nachzudenken, wie meine musiktherapeutische Arbeit mit Jugendlichen wirkt. Welchen Beitrag kann (meine) Musiktherapie als ein Baustein des klinischen Behandlungskonzeptes beitragen, welche Beiträge leiste ich in der Diagnostik, der Krisen- und Konfliktbewältigung, der Einübung von Verhaltensalternativen oder in der Klärung der Perspektiven? Und wie kann dies erfolgreich - oder besser wirkungsvoll - in den klinischen Alltag integriert werden?

Die hier vorgestellte Facharbeit wird mein Versuch sein, die Bausteine meines musiktherapeutischen Arbeitens, die Wirkung der Arbeit mit Musik und Klängen und meine therapeutische Haltung systematisch darzustellen und zu reflektieren. Blicke in die Literatur werden die erprobten Ansätze beschreiben. Rückblicke auf eine Einzeltherapie und eine Gruppentherapie tragen dazu bei, mein Handeln und die musiktherapeutischen Prozesse zu verdeutlichen. Für Sie, den Zuhörer oder Leser, ergibt sich ein Überblick, wie Musiktherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eingesetzt werden kann und in welchen klinischen Zusammenhängen die Arbeit als Musiktherapeut eingebunden ist.

Marc Schmidt

Oktober 2013

Strophe eins: Gelandet - Arbeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Wo bin ich hier gelandet? Diese Frage stellte (s)ich mir, als ich vor fast zwei Jahren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Vitos Klinik Rehberg Herborn meine Stelle antrat. Fünfzehn Jahre hatte ich in der offenen Kinder- und Jugendarbeit verbracht und mit den Grundlagen Freiwilligkeit und Beteiligung gearbeitet. Musik fand dabei vielfältig in Proberäumen, im Tonstudio, auf Bühnen und in Klassenzimmern im Grenzgebiet zwischen Musikpädagogik, Sozialpädagogik, Kulturarbeit und manchmal auch Musiktherapie statt. Dieses sichere Terrain hatte ich verlassen um die Chance zu ergreifen, in einem neuen Arbeitsfeld verstärkt auch musiktherapeutisch arbeiten zu können.

Ich kann vorwegnehmen, dass sich das Klientel nicht wesentlich unterscheidet, wenn man von den Begrifflichkeiten Besucher und Patient absieht. Anders verhält es sich mit der Beziehung, meiner Haltung und dem Auftrag gegenüber den Jugendlichen. Ich musste erfahren und lernen, dass meine Haltung und Beziehung neben dem bewussten Einsatz musikalischer Übungen – ich gebrauche den Begriff Übungen in diesem Vortrag für die Summe von Spielen, Aufgaben und Methoden, die zur Anwendung kommen - grundlegend für den Einstieg und den Erfolg meines therapeutischen Arbeitens sind und sich wesentlich unterscheiden. Hier bestand mein größter Veränderungsprozess. Vom „motivierenden, anleitenden und Struktur vorgebenden Jugendsozialarbeiter Marc“ zum „aufmerksam begleitenden, dem Patienten folgenden Herrn Schmidt“. Ich bin gelandet in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und bemühe mich nun, Sie mitzunehmen.

Die Aufgabe der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist es, Kinder und Jugendliche in akuten Krisen zu entlasten (Krisenintervention, Entlastung, Entzerrung), sie bei seelischen und psychischen Erkrankungen zu begleiten (Behandlung, Begleitung, Therapie) und ihnen einen Weg zum Umgang mit der Erkrankung zu vermitteln (Psychoedukation). Dies erfolgt durch psychotherapeutische Verfahren, begleitende Therapieangebote und, wenn notwendig, mit medikamentöser Unterstützung. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie Herborn werden die Patienten auf fünf Stationen aufgenommen. Jede Station betreut etwa 16 Patienten und ist jeweils in zwei Gruppen unterteilt. Die



Bild 1: Vitos Klinik Rehberg Herborn: Kinder- und Jugendpsychiatrie

Station, auf der ich tätig bin, nimmt Jugendliche zwischen 13 und 18 Jahren mit unterschiedlichsten Krankheitsbildern auf. Das Team besteht aus dem Pflege und Erziehungsdienst, einer Psychologin, zwei Stationsärzten, einer Oberärztin und einem Sozialpädagogen, in diesem Fall mir.

Es würde sowohl den Rahmen als auch das Thema verfehlen die Behandlungskonzepte der Klinik hier im Einzelnen vorzustellen. Als Rahmen, insbesondere zur Beschreibung der Beeinträchtigungen, die im direkten und indirekten Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung stehen, findet in der Kinder- und Jugendpsychiatrie das multiaxiale System Anwendung, welches auch in der Jugendhilfe zur Anwendung kommt. In sechs Achsen werden die Ressourcen und Defizite bzw. Störungen des Patienten beschrieben:

Achse 1 beschreibt die psychiatrischen Diagnosen nach ICD-10 der WHO.

In der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)¹ herausgegebenen Fassung von 2012 werden in Kapitel fünf die psychischen und Verhaltensstörungen unter den Codes F00 bis F99 dargestellt. Das von mir im Verlauf des Vortrages beschriebene Fallbeispiel der Einzeltherapie wird dabei unter folgendem Code beschrieben:

Unter „Affektiven Störungen“, d.h. den Störungen der Stimmungskontrolle, sind unter F 30 die manischen Episoden codiert.

Folie 1: Übersicht der psychischen und Verhaltensstörungen nach ICD 10 nach DIMDI:

F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

F30-F39 Affektive Störungen

F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F70-F79 Intelligenzminderung

F80-F89 Entwicklungsstörungen

F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Eine wesentliche Hauptdiagnose in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist unter F 92.8 – „Sonstige kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen“ beschrieben, die „durch die Kombination von anhaltenden aggressiven, dissozialen oder aufsässigem Verhalten (...) mit offensichtlichen und eindeutigen Symptomen von Depression, Angst oder anderen emotionalen Störungen“² charakterisiert ist. Notwendige Kriterien sind „andauernde und deutliche Symptome wie Angst, Zwangsgedanken oder Zwangshandlung-

¹ siehe DIMDI – ICD – 10 – GM , 2012

² ebenda, S. 221

gen, Depersonalisation oder Derealisation, Phobien oder Hypochondrie“³.

Fehlen eindeutige Störungen des Sozialverhaltens und ist von einer „in erster Linie Verstärkung der normalen Entwicklungstrends“⁴ auszugehen, ist dies unter F 93.8 – „Emotionale Störungen des Kindesalters, nicht näher bezeichnet“ verschlüsselt. Soweit ein kleiner Einblick in die Diagnosen.

Folie 2: Multiaxiales Klassifikationsschema

Achse 1: Psychiatrische Diagnosen

Achse 2: Entwicklungsstörungen

Achse 3: Intelligenzniveau

Achse 4: Somatische Erkrankungen

Achse 5: Psychosoziale Umstände

Achse 6: Psychosoziales Funktionsniveau

Lassen Sie mich Ihnen zunächst die weiteren Achsen der multiaxialen Diagnostik vorstellen. Achse 2 beschreibt die Entwicklungsstörungen und Entwicklungsrückstände, die der Patient unter Umständen aufweist. In der Achse 3 wird das Intelligenzniveau des Patienten beschrieben von hochintelligent bis schwerste intellektuelle

Behinderung. Ein besonderer Blick, auch auf die Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe, gilt den in Achse 5 beschriebenen psychosozialen Umständen und somit den als nicht normal anzusehenden Lebensumständen, Wohnsituationen, Belastungen und Erziehungsbedingungen. Bei Aufnahme und Entlassung wird für jeden Patienten das unter Achse 6 zusammengefasste psychosoziale Funktionsniveau festgehalten und in die Dokumentation aufgenommen. Dieses reicht von „gute soziale Funktionen“ - und somit sicher kein Patient der Psychiatrie - bis zu „tiefen durchgängigen sozialen Beeinträchtigungen“ und wird u.a. an den Bereichen soziale Kontakte, Schulbesuch und persönliche Fürsorge festgemacht. Lassen sie mich zur besseren Verständlichkeit in das Fallbeispiel der Einzeltherapie einsteigen:

Refrain: Vorstellung des Fallbeispiels Einzeltherapie: Stefanie

Stefanie kommt im Februar als Notfall in Begleitung ihrer Eltern zu uns auf Station.

Unruhig läuft sie auf Station hin und her, meldet sich alle zwei Minuten mit Ansprüchen an die Pflegekräfte, erzählt unglaubliche Geschichten und reagiert bei Eingrenzungen massiv beleidigend, teils körperlich aggressiv. Auslöser der Aufnahme waren suizidale Absichten. Sie berichtet von wechselnden Stimmungen, erzählt hektisch und ohne erkennbare Emotionen oder Scham von unkalkulierbaren Gefahren, auf die sie sich einlässt. Dabei

³ ebenda , S. 221

⁴ ebenda , S.222

wirkt sie getrieben, die affektive Schwingungsfähigkeit (Impulsivität) ist erhöht, der Antrieb verstärkt. Sie ist bereit freiwillig zu bleiben, es bestehen allerdings Weglauftendenzen. Dieser Zustand hält sich auch unter Medikamenten und so versetzt sie ihre Gruppe und die ganze Station immer wieder in Aufregung. Das Verhalten ist als histrionisch zu beschreiben. Thomas Lempp fasst dies als „aufmerksamkeitsuchendes Verhalten und übermäßige Emotionalität, krankhaften Hang zur Selbstdarstellung (und) hohe Beeinflussbarkeit“⁵ zusammen. Unser Blick gilt allerdings der affektiven Störung, der Manie: Diese wird von Lempp beschrieben als „gehobene Stimmung, gesteigerter Antrieb, Neigung zu riskantem Verhalten (Geld, Sexualität ...) (mit) gesteigertem Redebedürfnis, vermindertem Schlafbedürfnis etc.“⁶

Wir erstellen folgende, nach dem multiaxialen System sortierte, Anamnese:

Als **psychiatrische Diagnose** wird die F30.1 vergeben. Aus dem Bereich der affektiven Störungen beschreibt dies eine Manie ohne psychotische Symptome. Die Patientin ist bewusstseinsklar und in allen Ebenen (zeitlich, räumlich usw.) orientiert. Der formale Gedankengang ist nicht geordnet und es finden sich Hinweise auf Störungen der Wahrnehmung, aber keine mnestischen (Erinnerungs- / Gedächtnis) Störungen oder Wahnvorstellungen. Es sind keine **Entwicklungsstörungen** festgestellt oder in einer Fremdanamnese zu finden. Stefanie hat eine sich im unteren Durchschnitt befindende **Intelligenzleistung**. Es finden sich keine Anzeichen einer **körperlichen Symptomatik**. Die Eltern erziehen Stefanie in einem liebevollen, konservativen und teilweise überängstlichen Stil. Es lässt sich ein erhöhter und nicht gelöster Autonomiekonflikt beobachten. Sie wohnt zu Hause in einer vollständigen Familie.

Ihr **psychosoziales Funktionsniveau** ist in den meisten Bereichen beeinträchtigt, d.h. eine Fortsetzung der Ausbildung ist nicht mehr möglich, das Leben in der Familie ist massiv belastet und dauerhaft nicht möglich. Sie ist in keiner Weise in der Lage, ihr Handeln verantwortungsvoll zu bewerten und zu regulieren und benötigt daher intensive Betreuung. Der Abschluss weiterer Entwicklungsaufgaben wie ökonomische Unabhängigkeit oder Aufnahme eines Berufes ist unterbrochen. Es ist mit einem Verlauf von über 6 Monaten zu rechnen.

5 Lempp (2011), S. 48

6 Prof. Braun Scharm in ebenda, S.49

Strophe zwei: Musiktherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Herborn

Im Konzept zur Musiktherapie der Vitos Klinik Herborn findet sich folgende Definition für die Musiktherapie: „Musiktherapie ist eine Erlebnis-orientierte, tiefenpsychologisch orientierte Behandlungsform, die über Musik eine nonverbale Handlungs- und Kommunikationsebene bietet. Die Therapieform ist eingebettet in ein humanistisches Menschenbild, in der der Mensch als selbstbestimmt, zielorientiert und ganzheitlich wahrgenommen wird“.⁷

Meine persönliche musiktherapeutische Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie finde ich in den Definitionen von Bunt: „Musiktherapie kann (..) als gezielter Einsatz von Klängen und Musik in einer sich entfaltenden Beziehung zwischen Klient und Therapeut definiert werden mit dem Ziel, das körperliche, geistige, soziale und emotionale Wohlergehen zu fördern“⁸ und Eschen: „Musiktherapie ist die gezielte Anwendung von Musik oder musikalischer Elemente, um therapeutische Ziele zu erreichen: Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung seelischer und körperlicher Gesundheit. (...) Um dies zu erreichen, verfolgt der geschulte Musiktherapeut die Behandlungsziele, die von und mit dem therapeutischen Team oder dem behandelnden Arzt zusammen mit dem Patienten entwickelt werden“⁹ passender beschrieben. Die Aufgliederung der musiktherapeutischen Möglichkeiten in ein Arbeiten mit Klängen (Bunt) bzw. musikalischen Elementen (Eschen) und ein Arbeiten mit Musik zeigt die von mir in ihrer Bandbreite eingesetzten Übungen und Möglichkeiten ohne sich auf die rein tiefenpsychologische Sichtweise eingrenzen zu lassen. Klänge würde ich dabei im Sinne der Musikdefinition von Kapteina als „bewusste Gestaltung von Schall zum Zwecke zwischenmenschlicher Kommunikation“¹⁰ verstehen, die alles Hörbare beschreibt. Musik wäre hingegen die Arbeit mit den Elementen Ton, Rhythmus, Harmonie, Klang. In Form von Liedern, Musikspielen, Rhythmusübungen bis hin zu Bandworkshops kommen diese Elemente in meiner Arbeit gleichwertig zum Einsatz.

In der Praxis der Klinik wird Musiktherapie als ergänzendes, besonderes Beziehungs- und Erlebnisangebot den Patienten in Einzel- und Gruppentherapie bereitgestellt und zwar ergänzend zu den Einzelgesprächen, Familiengesprächen, Gruppentherapien, Moto- und Sporttherapien. Musiktherapie dient als Therapieangebot, das, ähnlich der Kunsttherapie, viele nonverbale Ausdrucksmöglichkeiten anbietet.

⁷ Vitos Herborn – Konzept Musiktherapie, S.1

⁸ Bunt, (1998), S.18

⁹ Eschen (1979) zitiert nach Mahns (1997), S.113

¹⁰ Kapteina (1991), S.67

Hierzu steht In der Klinik aktuell leider kein eigener Raum zur Verfügung. Neben meinem Büro mit eher technischen musikalischen Mitteln wie Computer mit Studiosoftware und Midi-Keyboard, die heute nicht näher beschrieben werden, stehen ein Tanztherapieraum bevorzugt für rezeptive Musiktherapie und Musikmalen sowie der Mototherapieraum zur Verfügung, in dem die von mir beschriebenen Einzel- und Gruppentherapien stattfanden.



Bild 2: Musiktherapie im Mototherapieraum

Das Instrumentarium ist eingeschränkt. Es stehen einige Kleinpercussion, Xylophon, Metallophon, Congas, Gitarre und diverse Trommeln zur Verfügung. Um die Auswahl zu erweitern, wurden weitere Instrumente im Rahmen der Musiktherapie gebaut (Cajon, Klangstab, Regenmacher, Tontopftrommel). Eine Kiste voller privater Instrumente wurde genutzt. Während für die Einzeltherapie ausreichend unterschiedliche Instrumente vorhanden sind, muss für die Gruppentherapie bei der Auswahl der Übungen auf die Auswahl der Instrumente geachtet werden. Ebenso sind die Einschränkungen bei der Bewertung des Instrumentenwahl der Patienten zu beachten. Weitere Musikangebote sind auf Station (Gitarren, Keyboard, Cajon) oder in der Rehbergschule vorhanden und werden zum gemeinsamen Musik machen und Singen genutzt.

Als Besonderheit verfügt die Station über einen Werkraum, der mit umfangreichen Werkzeugen und Kleinmaschinen ausgestattet ist. Gerne nutze ich diesen als Einstieg in den Kontakt mit den Patienten sowie als „Erstkontakt“ der Patienten mit Instrumenten. Wie oben beschrieben, leite ich Patienten im Bau von Instrumenten an. Über die Klänge und ersten Spiele mit den Instrumenten gelingt es niederschwellig die Patienten in einen angstfreien Kontakt mit Klängen, Musik und Musiktherapie zu bringen. Insbesondere Notfallpatienten, die unter geschlossenen Voraussetzungen auf Station sind, kann so ein erstes Angebot gemacht werden. Der gemeinsame Bau der Instrumente ist dabei ein erster Schritt in die Musiktherapie, ein erstes Beziehung aufnehmen mit den Klängen und mir.

Schwierigkeiten ergeben sich, wie vermutlich in allen Arbeitsfeldern der Musiktherapie, mit der gesunden Abgrenzung der musiktherapeutischen Arbeit und dem Klinikalltag. Plötzliche Terminänderungen im Stundenplan, besetzte Räume oder dringende Einzel-, Familien

– und Gruppengespräche an denen entweder ein Patient oder ich teilnehmen sollen, gilt es manchmal mit etwas Nachdruck zu vermeiden. Während sich Einzeltherapie-Sitzungen recht einfach verlegen lassen, bedarf die permanente Zusammensetzung der Gruppe immer wieder gewisser Anstrengungen und Abgrenzungen.

Refrain: Musik(therapie) auf Station

Stefanie wird in der Musiktherapie mit dem Auftrag angemeldet, sie im Alltag zu strukturieren, in der Behandlungsmotivation zu halten und realitätsnahe Beurteilungen zu ermöglichen. Dies soll durch zuverlässige Spiegelungen sowie Wiederholungen geschehen. Da die Türen wegen ihr geschlossen sind, möchte ich den Erstkontakt auf Station gestalten. Um sie zu strukturieren, biete ich ihr als Einstieg an, ein Instrument zu bauen. Sie erklärt sofort, sie möchte ein Cajon bauen. Ich besorge daher das passende Holz und gemeinsam bauen wir ein Cajon. Ihre Motivation endet jedoch nach etwa 5min. Was für mich ein Augenblick ist – wir haben gerade das Holz für das Cajon sortiert - scheint für sie eine Ewigkeit zu sein. Ich muss sie ununterbrochen motivierend bei der Arbeit halten. Sie fragt: „Sind wir bald fertig?“, „Kann ich dann gehen?“, „Können wir morgen weitermachen?“, „Wie lange brauchen wir dafür?“. Die einfachen Säge- und Raspelarbeiten bringen sie an ihre Grenzen. Das Arbeiten am Instrument kanalisiert stückweise ihre Unruhe, die Beschäftigung mit kleinen, erreichbaren Zielen strukturieren ihre Zeit und ihr Zeitempfinden, der permanente Kontakt zum Therapeuten fokussiert ihre Aufmerksamkeit. Das in Arbeit befindliche Produkt ist ein für sie motivierendes, überschaubares Ziel und die in kleinste Einzeltappen gepackten Aufgaben kann sie schließlich mit Mühe bewältigen. So sägt sie mühsam das Schallloch aus, klebt die Holzteile zusammen, raspelt überflüssiges Material ab und schleift die Oberfläche glatt. Da dies in den ersten Tagen ihres Aufenthaltes das einzige Angebot ist, arbeiten wir zügig an dem Cajon weiter, so dass sie die Strukturen einer Therapiestunde und des Klinikalltages trainieren kann.

Strophe drei: Du bist, was du hörst – Jugend und Musik

Um meinen musiktherapeutischen Ansatz in der Arbeit mit psychisch erkrankten Jugendlichen verständlich zu machen, möchte ich kurz auf die Besonderheiten in der Beziehung von Jugendalter und Musik eingehen.

Jugend und Musik scheinen untrennbar miteinander verbunden. In keinem Lebensalter spielt Musik eine so zentrale Rolle. Und obwohl hier die große Chance in der Arbeit mit Musik steckt, verbirgt sich hier auch die große Gefahr. Wickel führt dazu im Handbuch Musik in der sozialen Arbeit an: „Musik (...) - hier als Sammelbegriff für die diversen Stilrichtungen verstanden – stellt für Jugendliche ein absolut zentrales Thema dar, sie steht im Mittelpunkt ihres Denkens, Fühlens und Handelns.(..) Musik scheint das Element zu sein, das Jugendliche am engsten miteinander verbindet. (...) Jeder definiert sich über seine Musik und grenzt sich damit auch von anderen ab.(...) Musik spielt also eine äußerst wichtige Rolle bei der Problem- und Alltagsbewältigung Jugendlicher. Sie wirkt Stimmung verbessernd und Problem lenkend bzw. -bewältigend, kann Kommunikation ersetzen, indem sie Fluchtmöglichkeiten und den Rückzug vom Alltag begünstigt oder erweist sich andererseits gerade als Transportmittel und Auslöser einer nonverbalen Kommunikation.“¹¹

Lassen Sie mich die genannten Aspekte mit Blick auf die Musiktherapie mit Jugendlichen kurz weiterdenken und die meines Erachtens vorhandenen Möglichkeiten und Gefahren beschreiben.

Musik ist ein zentrales Thema des Jugendalters. Eine Motivation zur Arbeit mit Musik scheint daher grundsätzlich gegeben. Das Problem dabei ist leider: Musik dient Jugendlichen als Abgrenzung u.a. gegenüber Erwachsenen und somit als Abgrenzung und teilweise Mittel der Provokation gegenüber dem Therapeuten. Ein gemeinsamer Musikbegriff ist nicht zu finden und so sind die Vorstellungen der Patienten, was Musiktherapie sein kann und soll oft gegensätzlich zum therapeutischen Angebot.

Glücklicherweise begrenzt sich nicht nur Wickels Begriff der Musik auf die von Jugendlichen konsumierte Musik. Die Praxis zeigt, dass die aktive Musik der Jugendlichen dies nicht widerspiegelt. Nur ein kleiner Teil der Jugendlichen ist auf einem Instrument geschult und oft sind dies die klassischen Instrumente. Der Wunsch, eines der Instrumente der Idole zu beherrschen, ist bei den meisten vorhanden, jedoch kaum umgesetzt in Form von Instrumentalkenntnissen.

Es muss daher möglich sein, dass dem jugendlichen Patienten gegebene Interesse und die spezielle Funktion von Musik im Jugendalter zu nutzen, die „natürlichen Themen“ der

¹¹ Wickel (2004), S.41

Abgrenzung zu umgehen und aktiv in einen Prozess des Musizierens einzusteigen, welcher die genannten positiven Aspekte für den Patienten fördernd hervorbringt. Doch kann und möchte ich wirklich die Musik der Jugendlichen nutzen oder befreie ich mich und den Patienten mit für ihn neuer, improvisierter, unbesetzter Musik von allen Formen der Ein- und Abgrenzung? Lässt es der jugendliche Patient zu, Musik aktiv zu gestalten und schafft er es, in diesem Falle unter Begleitung, die Musik als Transportmittel und Kommunikationsmittel zu gebrauchen?

In der Praxis erlebe ich es immer wieder als hilfreich, ein Verständnis und Kenntnis der von Jugendlichen bevorzugten Musik zu haben. In meiner beruflichen Entwicklung habe ich über 15 Jahre in Bandworkshops, Instrumentalunterricht und Studio-Sessions den pädagogischen Zugang zu Jugendlichen über deren Musik genutzt. Es erleichterte den Einstieg, das Verständnis und den Beziehungsaufbau. Dies empfinde ich auch in meiner Rolle als Musiktherapeut unverändert. Gerade in den Erstkontakten bricht ein dem Patienten bekannter Sound, Rhythmus oder Harmonie die natürlichen Vermeidungs-, Abwertungs- und Ablehnungstendenzen. Aber ich bin begrenzt, die Musik ist begrenzt. Traue ich mich weiter zu gehen und dem Jugendlichen Musik als Medium neu im Sinne der in der Definition genannten Klänge und musikalischen Elemente anzubieten?

Ich traue mich. Der Verzicht auf musikpädagogische und Instrumental-pädagogische Inhalte, verbunden mit dem Hinweis, dass es keine Bewertung von richtig und falsch gibt, ermöglicht es den Patienten, die Lust am Klang, am Spielen und Hören zu öffnen und die beschriebenen non-verbale, nicht-offensichtlichen Funktionen der Musik zu erleben. Instrumente werden gegriffen, zum Klingen gebracht und nicht selten beginnen die Sitzungen mit improvisiertem Solo und gemeinsamem probieren, wenn es gelingt, die in den Vorstellungen des Patienten vorhandenen Assoziationen von coolen Instrumenten zu umgehen.

Zwei Aspekte möchte ich noch anführen: Die Funktion der von Jugendlichen gehörten Musik für Jugendliche ist für Erwachsene oft nicht nachvollziehbar: Decker-Voigt beschreibt dies, wenn auch unter etwas anderen Voraussetzungen, passend: „Alle nachweislich vegetativ stets wirkenden musikalischen Ergotropien (stimulierende Wirkungen) beziehungsweise Trophotropien (entspannende Wirkungen) und ihre psychisch-emotionalen Besetzungen (...) können durch die Einstellung des Menschen zu einem völlig gegen-

teiligen Reaktionsverhalten führen“.¹²¹³ Wir dürfen daher nicht überrascht sein, wenn Lautstärke, Disharmonie und schneller Rhythmus als „beruhigend-aktivierend“ und ruhige, harmonische Musik als „nervend-anspannend“ empfunden wird.

Zweitens: Ein Blick auf die aktive und passive Musik des Patienten kann uns Hinweise auf eine Musik-biografische Anamnese geben: Welchen Gruppen fühlt er sich zugehörig? Welches Erwachsenen-, Gesellschafts- und Elternbild lehnt er ab? Welche Werte transportiert die Musik oder sind Teil des Musikimages? In welchem Verhältnis stehen aktive und rezeptive Musik? Zeigt sich ein gesunder Weg zum Erhalt einer eigenen Identität oder ein Bild eines tiefgreifenden Konfliktes mit der eigenen Herkunft? Welche Themen sind zu hören? Hierzu ein Blick in die Fallbeispiele:

Refrain: Musik-biografische Anamnese

Stefanies bisheriger Umgang mit Musik beschreibt eindrucksvoll die ersten Themen, die sich in der Musiktherapie ergeben. Die Musik der Eltern lehnt sie vordergründig ab. Im Erstkontakt benennt sie, sie möge keine Chorlieder oder Volksmusik. Sie höre lieber Rap, Hip Hop und R'n'B. Eminem und Bushido seien cool, um Party zu machen. Soweit wäre eine Abgrenzung zur Erwachsenenwelt und eine Zugehörigkeit zur Jugendkultur altersgemäß.

Im Verlauf zeigt sich jedoch im aktiven Musizieren der Wunsch, die Chorlieder der Eltern einzubeziehen. Dieser Wunsch bleibt in der Umsetzung nicht konstant und sie wechselt schnell zu den Songs aus den Charts. Stetig zeigt sich der nicht gelöste Konflikt zwischen Autonomie und Loyalität gegenüber den fürsorglichen Eltern, wobei die Lösung des Autonomiekonfliktes zu Gunsten einer eigenständigen Persönlichkeit eine wichtige Entwicklungsaufgabe des Jugendalters wäre. Weiterhin erscheint die nicht abgeschlossene Bildung einer eigenen Identität im Sinne von Zugehörigkeit und Identifikation mit Lebensbildern der eigenen Generation vordergründig.

Hörbeispiel eins: Bushido

12 Decker Voigt, S. 84

13 vgl. auch die Ausführungen in Skript zur Vorlesung „Musiktherapie“ von Kapteine S. 37ff

Strophe vier: Schauen wir mal – Diagnose und Auftrag

Grundsätzlich sollte vor Beginn der Therapie eine ausführliche Anamnese und Diagnose stehen. Hieraus folgen die Behandlungsziele, die Auswahl der Therapieformen und der Aufträge an die Therapeuten. Aufgrund der oft engen Zeitvorgaben erfolgt die Anmeldung zu den Therapien kurz nach Beginn des stationären Aufenthaltes. Daher stehen den Therapeuten eine Kurzanamnese, die – oft schon in ambulanter Vorbehandlung erfolgte – Diagnose und die im Vorgespräch formulierten Behandlungsziele zur Verfügung. Ausführliche Anamnese und Diagnostik sind auch Teil der Musiktherapie und verändern in einem dynamischen Prozess Auftrag und Behandlungsziele. Frohne-Hagemann und Pleß-Adamczyk führen dazu aus: „Grundsätzlich lassen sich in jeder Therapie persönlichkeitsbestimmte und strukturelevante Ziele von krankheits- und störungsbildbezogenen Zielen unterscheiden, ferner Ziele, die den Kontext betreffen (...) sowie kontinuumbezogene Ziele, die die Bearbeitung der Lebensgeschichte und der Zukunftsperspektiven betreffen“.¹⁴ Als Globalziele werden genannt. „Gesundung, Bewältigung der Lebensumstände, emotionale und soziale Unterstützung, Verbesserung bestimmter Fähigkeiten und Fertigkeiten, Förderung von Potenzialen und Gestaltungsmöglichkeiten und Förderung von Autonomie und Selbstbestimmung“.¹⁵ Mit Blick auf Anamnese und Diagnose begeben wir uns immer auch auf die Suche nach Ressourcen sowie nach Konflikten und Kränkungen. Wichtig erscheint mir, dass zu Beginn der Therapie der gemeinsame Auftrag mit den Patienten geklärt wird. Dies unterscheidet die Arbeit mit Jugendlichen wesentlich von der Arbeit mit Kindern und spiegelt das grundsätzliche „Bedürfnis nach Autonomie und Selbsttätigkeit, nach Übernahme von Verantwortung und Initiative“¹⁶ junger Menschen wieder, wie es Romedi Arquint in Hans Christoph Steinhausens Band das Jugendalter ausführt.

Der Therapieablauf soll den Prozess von der Fremdbestimmung – viele Jugendliche sind nicht freiwillig in der Behandlung – über die Mitbestimmung zur Selbstbestimmung führen. Der Patient führt, wir folgen, begleiten und lassen los.

¹⁴ Frohne-Hagemann; Pleß-Adamczyk (2005), S.21 f

¹⁵ ebenda, S.22

¹⁶ Romedi Arquint in Steinhausen (1990), S.17

Refrain: Hör mal, was da klingt – Klänge in der Einzelmusiktherapie

Nach dem Instrumentenbau auf Station nehme ich Stefanie zum Anfang der Musiktherapie mit in eine Gruppe. Bei allen drei Patientinnen ist der Auftrag Spiegelung der Realitäten und Verbesserung der Wahrnehmung des eigenen Ich. Hierzu wähle ich Stimm- und Klatsch-übungen aus, die kontinuierlich wiederholt durch die Resonanz der Stimme im eigenen Körper sowie den taktilen Kontakt beim Klatschen zusätzliche Wahrnehmungsstrukturen zur Verfügung stellen. Angelehnt an die Übungen, die ich von Christina Schmitt kenne, bringe ich vom A zum O modulierender Vokal Kehlkopf oder Innenohr zum Schwingen und Klingen. Einfache Rhythmusübungen stärken die Konzentration auf die eigene Wahrnehmung und werden durch Body-Percussion Elemente nachfühlbar.

Stefanie kann die Vorgaben nicht sortieren und in keinsten Weise wiedergeben. Rhythmus und Tempo modulieren, d.h. sie verändern sich kontinuierlich. Eine innere Geschwindigkeit fehlt ihr. Es gelingt ihr weder der Abgleich mit der Gruppe noch mit dem Selbst. Ihre Stimme und Körper scheinen ihr fremd. Sie wirkt haltlos, hektisch, getrieben. Immer wieder redet sie in die Musik hinein, geht zweimal auf Toilette, trinkt aus einer Wasserflasche. Ich notiere mir, dass sie den Eindruck eines „Roboters mit Kurzschluss“ bei mir hinterlässt. Diese Eindrücke fließen in die Vergabe der Diagnose im Teamgespräch mit ein.

In der zweiten Stunde erscheint sie in der Wiedergabe verzögert. Ich bin nicht sicher, ob dies der Einfluss der Medikamente ist oder ob sie, sobald ihr etwas Entspannung gelingt, als Folge der massiven Unruhe der Manie sofort in körperliche Müdigkeit verfällt. Gemäß dem Auftrag wiederhole ich die Übungen und bringe keine neuen Impulse hinein. Sie singt abgewendet von mir und der Gruppe gegen den Schrank. Ich entscheide mich, sie in ein Einzelsetting zu nehmen, um mehr von ihr und mehr Musik mit Instrumenten zuzulassen. Ich möchte ihr mit dieser Reduzierung mehr Raum geben, sich selbst wahrzunehmen. Es beginnen sich Arbeitsweisen für die Musik und die Therapie zu entwickeln: Reduzieren von Tempo und Inhalt, Fokussieren, Strukturieren und Sortieren.

Die erste Einzeltherapie startet sie mit der Klangschale. Wir spielen Langklinger und hören zu, bis diese ausgeklungen haben. Sie kann es nicht aushalten bis zum Ende des Tons zu warten und spielt fast immer in meinen Ton hinein. Zu meiner Überraschung nimmt sie jedoch meine Spielarten und Veränderungen im Spiel auf. Es entsteht eine erste, kurze

Kommunikation in der Musik, die sie allerdings prompt beendet: „Das ist langweilig, ich will Cajon spielen“. Es folgt ein kurzer Rhythmus auf dem Cajon und der schnelle Wechsel zum nächsten Instrument. „Können wir nicht wieder singen?“ höre ich sie zwischen den Instrumenten fragen. Ich fühle mich gehetzt und getrieben. Nachdem ich sie genötigt habe wahrzunehmen, was ich spiele, lässt sie mich wahrnehmen, was in ihr ist. Wir befinden uns am Anfang, im Experimentieren und Probieren. Wir explorieren. Die Diagnose hat sich bestätigt, der Weg beginnt.

Strophe fünf: Heute spielen wir - Bausteine meiner Musiktherapie

Das Zeitfenster der stationären Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist stark eingegrenzt. Dies bedeutet für eine Gruppentherapie im Schnitt drei bis fünf Einheiten und für eine Einzeltherapie fünf bis acht Einheiten, je nach Aufenthaltsdauer der Patienten. Hierdurch entsteht ein Zwang, die Therapieangebote stark zu strukturieren. Dies hat mich dazu geführt, systematisch in die Musiktherapie einzusteigen und einen Weg zu suchen, Ablauf, Auftrag und Ansatz in einen Kontext zu führen, aus dem sich musiktherapeutische Übungen und Interventionen ergeben (können).

Kapteina definiert den übergeordneten Ablauf einer Musiktherapie in vier Phasen: Explorationsphase, Differenzierungsphase, Kommunikationsphase und Spezialisierungsphase.¹⁷ Diese habe gekoppelt mit der Einteilung in Übungs-, Erlebnis- und Konfliktzentriertes Arbeiten nach Frohne, um aus dieser Verbindung gezielte Übungen und Vorgehensweisen abzuleiten.

Zu Beginn steht die Explorationsphase mit der Erkundung der Musikinstrumente. In meiner Arbeit sind dies die ersten Begegnungen der Patienten mit der Musiktherapie wie im Fallbeispiel beschrieben. Übergeordneter Auftrag ist nahezu immer die Aktivierung der Patienten, d.h. die Herstellung einer Motivation zur (therapeutischen) Mitarbeit und somit von der Stagnation zurück ins Tun.

Elementar für alle in dieser Phase angebotenen Übungen ist die Befreiung des Patienten von jeglichen schulischen oder instrumental-pädagogischen Aspekten und von jeglicher Bewertung des Tuns und Erlebens. Es erfolgt das Angebot des Eingehens auf die Musik

¹⁷ vgl. Kapteina (1991), S.65ff, Bruhn (1995), S.11

des Patienten. Oft formulieren die Patienten Äußerungen wie: „Das kenne ich aus der Schule“ oder „ich kann doch kein Instrument spielen“. Hier gilt es mit einfachen Klangspielen oder rezeptiven Angeboten an die Musiktherapie heranzuführen.

Ebenfalls gut geeignet ist, wie bereits beschrieben, der Bau einfacher Instrumente, um über deren vom Patienten geschaffenen Klang in die Musik zu führen. Gudrun Diallo beschreibt in ihrem Aufsatz zur Arbeit mit Musik mit psychisch kranken Schülern: Der Einstieg muss „einer Beziehungsaufnahme getragen von Empathie und Akzeptanz entsprechen und evtl. Beeinträchtigungen im motorischen, sensorischen, emotionalen und sozialen Bereich berücksichtigen. (...) Das gemeinsame Musizieren ist Erlebnis-orientiert und kein Musikunterricht!“¹⁸

Eventuell endet der Auftrag an die Musiktherapie bereits an dieser Stelle, zum Beispiel wenn der Patient im Rahmen einer Krisenintervention ausreichend stabilisiert seine Fähigkeiten wieder aktivieren konnte und entlassen wird.

Differenzierungsphase: Erste Strukturierung der Improvisation

Nach diesen ersten Kontakten mit dem Therapeuten, Instrumenten und Klängen öffnet sich zusehends die Kommunikation über und in der Musik. Erste Improvisationen entstehen und ich kann beginnen, dem Patienten in seiner Musik und seinen Themen zu folgen. Zwei inhaltliche Ansätze stehen mir zur Verfügung. Ich orientiere mich dabei an der Ordnung von Frohne:¹⁹

Erlebnis-orientiertes Vorgehen dient den Patienten „kreative Potentiale zu entdecken und für das eigene emotionale Geschehen zu nutzen, indem der Patient aus symbolhafter Ebene für sich Ausdrucks-, Handlungs- und Lösungsmuster findet“.²⁰ In der Praxis setze ich hier assoziative Spiele wie angeleitete Improvisationen über Begriffe wie Tiere, Vulkan, Regen usw., Ratespiele, Produkt-schaffende Methoden wie gemeinsame Vertonungen von Videoszenen oder Entspannungsübungen und Klangreisen ein. Mögliche Ziele wären die Verbesserung der emotionalen Wahrnehmung und des Ausdrucks, die Verbesserung der Empathie, der Abgleich mit der Realität und die Bereitstellung non-verbaler Ausdrucksfor-

18 Diallo (2010), S.1

19 nach Frohne (1983), in: Mahns (1997), S. 115 und Haffa-Schmidt u.a. (1999), S.32

20 Haffa-Schmidt u.a. (1999), S.33

men.

Folie 3: Verknüpfung Phase, Zentrierung und Übung

Explorations- phase	Erlebnis- zentriert	Einfache Klangspiele Instrumentenbau Klangexperimente Assoziative Übungen Geleitete Improvisationen Klangreisen
Differenzierungs- phase	Übungs- zentriert	Vertonungen Rhythmusspiele Lieder singen Stimmübungen
Kommunikations- phase		
Spezialisierungs- phase	Konflikt- zentriert	Geleitete und Freie Improvisation Musikmalen Dirigentenspiele Musikalische Rollenspiele Familienbilder Identifikation mit Instrumenten

Refrain: Mittendrin – von kranken Königen und mentalen Bananen (Gruppe)

Ich möchte dieses Stadium der Musiktherapie am Fallbeispiel der Gruppentherapie darstellen. Gemeinsam erscheinen Edgar, Johanna, Monika und Johannes zur vierten Musiktherapiesitzung. Bisher haben wir über assoziative Spiele auf den Trommeln und mit einfachen Spielen auf den Instrumenten experimentiert. Kleine Improvisationen waren möglich. Heute besteht die Übung darin, zu einem Begriff zu improvisieren, den sich die Gruppe selbst ausdenkt. Ein Gruppenmitglied verlässt den Raum und soll diesen Begriff raten. Hören Sie sich die Musik an und raten Sie mit:

Hörbeispiel zwei: Leiden

Was assoziieren Sie zur Musik? Welche Begriff verbinden Sie mit der Musik?

Die von der Gruppe gespielte Musik symbolisiert Leiden. Die Gruppe hat sich diesen Begriff ausgewählt und in der Umsetzung die persönlichen Vorstellungen musikalisch dargestellt.

Monika hat sich die verstimmte Zitter ausgesucht. Ihr musikalisch geschultes Ohr leidet sicher unter den Dissonanzen und Verstimmungen. Johanna wählte die Klangstäbe, welche sie ohne auf Harmonie zu achten spannungsvoll spielt. Dabei kopiert sie immer wieder Spielweisen der anderen. Edgar spielt die Donnerglocke. Ich selbst spiele den Quero.

Johannes benennt als Assoziation ein Kind, das alleine durch eine Schlucht läuft. Für mich entsteht in der Reflexion folgender Eindruck: Die Musik hat ihr Leiden symbolhaft erlebbar gemacht. Marie leidet unter Dissonanzen, Verstimmungen, die ihren Vorstellungen von Harmonie entgegenstehen. Johanna hat wenig eigene Anteile und lebt als Kopie ihrer Umgebung. Edgar assoziiert mit dem Begriff Leiden ein nicht enden wollendes Donnerwetter. Johannes steht alleine da auf dem Weg durch die bedrohliche Umwelt. Alle haben ihr Leiden in der Musik dargestellt, inszeniert, durchlebt und non-verbal zum Ausdruck gebracht. Wie nah dies bereits an den Konflikten der Einzelnen ist, wird sich im Verlauf des Aufenthaltes zeigen.

Im abschließenden Gespräch dieser Sitzung über die Leiden und Krankheit der Patienten benennt Edgar Wahnvorstellungen mit konkreten Bildern. Monika berichtet von Alpträumen und Johanna berichtet, ihr Spiel habe sie ihre Angst auslösenden Tagträume erinnert. Johannes fasst zusammen: „Wir haben alle eine mentale Banane“. Wir sind dem Leiden auf der Spur, haben Leiden als Hör-Erlebnis gestaltet.

„Die *übungsorientierte Vorgehensweise* richtet ihren Fokus auf das Einüben bestimmter Fertigkeiten. Dies kann sich auf musikalische, soziale und emotionale Inhalte beziehen“²¹, so beschreibt Haffa-Schmidt ein weiteres musiktherapeutisches Vorgehen. Diese Übungen bedeuten, entgegen Übungen in der Explorationsphase, dass es ein „Richtig“ und ein „Falsch“ gibt. Musikalisch einfachste Übungen wie Rhythmusspiele, Koffer packen, ein gemeinsames Stück spielen, ein Lied einüben, Stimmübungen u.ä. spiegeln Verhalten und Wirkung des Ich. Zum Erfolg geführt, vermitteln die Übungen Vertrauen in das eigene Selbst, den eigenen Körper und den Umgang mit der Gruppe. Ein erfolgreicher Verlauf zeigt sich dabei meines Erachtens schnell darin, dass miteinander über Falsches gelacht wird, nicht aber über den Verursacher und dass ein Scheitern nicht frustriert, sondern motiviert. Hierin zeigen sich Vertrauen und Sicherheit – für viele der Patienten in der aktuellen Situation unbekannte und daher wünschenswerte Zustände. Mögliche Aufträge sind Abbau sozialer Ängstlichkeit, Förderung bei Konzentrationsstörungen und Störungen der Wahrnehmung.

21 ebenda, S.32

Refrain: Hör mal, was da klingt – Klänge in der Einzelmusiktherapie II

Stefanie wünscht sich immer wieder zu singen. Als gemeinsamen Song suchen wir aus zwei gut gefüllten Ordnern mit Songs der letzten Jahre „Beautiful“ von Christina Aguilera aus. Diesen Song verwende ich immer wieder gerne. Er lässt sich recht einfach spielen und singen. Vor allem bei Mädchen ist er sehr beliebt und bekannt. Darüber hinaus finde ich den Text mit der aufbauenden Aussage: „Worte können es nicht ändern und egal, was alle von dir sagen, du bist wunderbar“²² bemerkenswert.

Stefanie gelingt es zum Start des gemeinsamen Singens nicht, sich rhythmisch und tonal zu sortieren. Sie nimmt keinerlei Kontakt zu meiner Begleitung am E-Piano auf, singt viel zu früh, kann Tempo und Harmonie nicht aufnehmen.

Ich hoffe, Sie können sich an den in den ersten Stunden abgeleiteten Auftrag erinnern: Reduzieren, Fokussieren, Strukturieren und Sortieren.

Als Techniken nutze ich den direkten musikalischen Kontakt zum Therapeuten und halte sie durch mein musikalisches Begleiten. Musikalisches Begleiten bedeutet in diesem Fall: Wir strukturieren den Song in kleinste Abschnitte (Reduzierung) von jeweils zwei Zeilen, diese wiederholen wir ununterbrochen, bis eine Verbindung von gespielterm und gesungenem Tempo und Harmonie zu erkennen ist. Dabei betrachten wir zunächst nur die Rhythmik und später nur die Melodieführung (Fokussieren). Als Fundament dient mein Spiel am Piano.

Zum anderen suche ich Übungen und Hilfen, die es ihr ermöglichen, eine verbesserte Eigenwahrnehmung zu erhalten. Hierzu nutze ich wieder die bereits erwähnten Stimmübungen vorzugweise mit taktilen Verstärkern, wie Fühlen der Schwingungen des Kehlkopfes u.a. Außerdem reduziere ich die Reize, indem Stefanie ohne Blickkontakt zu mir, d.h. mit dem Rücken zu mir, singen soll. Um ihre Selbstwahrnehmung zu verbessern, lasse ich sie schließlich mit Mikrofon singen, so dass sie ihre eigene Stimme besser hören kann. Schlussendlich nehmen wir nach etwa sechs Stunden den Song gemeinsam auf. Dies verbessert nochmals ihre Selbstwahrnehmung und Regulation und sie erhält als Ergebnis eine Aufnahme, welche den Erfolg der Übungen dokumentiert.

Hörbeispiel drei: Beautiful

²² frei übersetzt aus: Christina Aguilera: Beautiful

Kapteina beschreibt als weiteres Stadium der Therapie die Kommunikationsphase. Die Patienten treten in Kontakt untereinander und in ein Kräftemessen mit dem Therapeuten²³. Aufbauend auf der bisher gewonnenen Sicherheit in das eigene Selbst und dem Vertrauen in die Gruppe beginnt eine Kommunikation. Der Beginn dieser Phase zeigt sich bereits auf dem Weg zur Musiktherapie. Die Patienten nehmen oft Instrumente aus meinem Büro mit in den Therapieraum. Offensichtlich scheint der Flur der Klinik als freier Raum und der Aufforderungscharakter der Instrumente so groß, dass erste Improvisationen und Dialoge bereits hier stattfinden. Es wird getrommelt und geklopft und dabei getestet, ob ich als „regulierender Betreuer“, „strenger Anleiter“ oder „duldender Verstärker“ auftrete. Diese Impulse finden sich auch in den Sitzungen wieder und gerne nehme ich diese als freie Improvisation auf, hervorragend geeignet um anschließend über die mitgebrachten Stimmungen zu sprechen.

Es ergibt sich nun die Möglichkeit, *Konflikt-zentriert* zu arbeiten und die in musikalischen Spielprozessen ausgedrückten seelischen Störungen mit musiktherapeutischen – hierzu zählen explizit auch die Gesprächsanteile – Techniken zu bearbeiten.²⁴ Geleitete Improvisation, Dirigentenspiele, musikalische Rollenspiele, Identifikationen über ein Musikinstrument²⁵ und die Kommunikation mit sich selbst in rezeptiven Übungen (Musik nachfühlen, Körpertempi spielen) bei Problemen des Selbstwertgefühls und der Achtsamkeit gehören hier zu den möglichen Übungen ebenso wie Musikmalen als Verbildlichung der Konflikte und Assoziationen.

Refrain: Mitten drin – von kranken Königen und mentalen Bananen II

Stefanie kommt gut gelaunt in die Musiktherapie. Als rezeptive Übung wollen wir ein Musikstück nachspüren. Doch statt in der Geschwindigkeit des Stückes im Raum zu gehen, läuft sie unruhig im Kreis. Statt die Töne des Stückes aufzunehmen und mit zu summen, brummt sie vor sich hin. Sie meckert rum, es sei langweilig, sie wolle etwas anderes machen. Nach etwa 5 min bricht sie die Übung ab und setzt sich hin. Die Musik sei ihr zu langsam. Ich biete ihr Papier und Stifte an, um die Musik zu Papier zu bringen. Sie nimmt den Vorschlag gerne auf und beginnt zu „Eine Nacht auf dem kahlen Berge“

23 vgl. Bruhn (1995), S.11

24 vgl. Mahns (1997), S.115

25 vgl. Haffa-Schmidt u.a. (1999), S.34

von Mussorgski²⁶ zu malen. **Bild zeigen.**

Im Zentrum des Bildes befindet sich ein Auge. Als klare Konturen kreist alles um diese Zentrum, während die Ränder ins Nichts fließen, unklar sind, verschwimmen. Meine Fantasien dazu sind: Sie steht im Zentrum ihrer Wahrnehmung, alles muss um sie kreisen. Alles weitere wird nicht wahrgenommen. Ihre Wünsche und Bedürfnisse sind zentral. Sie äußert noch, die Musik habe ihr gut gefallen. Dass beide Übungen mit derselben Musik waren, hat sie nicht gemerkt.



Bild 03: Musikmalen in der Musiktherapie

In der Gruppentherapie erklärt Johanna zu Beginn des Spiels „kranker König“²⁷ noch einmal für die Gruppe, wie das Spiel funktioniert. Sie nimmt die Position des kranken Königs ein. Auf der Kinderzitter spielt sie langsam und leise einzelne Saiten an. Kaum hörbare, jämmerliche Töne in wechselnd auf- und absteigender Folge. Monika bietet der sichtbar müden, erschöpften Johanna ruhige, harmonische Klänge auf dem Xylophon an. Sie knüpft hörbar an ihr bekannte musikalische Muster an.

Davon ausgehend, dass in der Musik zurückliegende Erfahrungen reinszeniert werden, so lässt der Heilungsversuch Edgars durch permanentes, anhaltendes Drauf- und Einschlagen Hinweise auf nachklingende Lösungsversuche zu. Er bietet keine andere Musik und somit Heilungsmöglichkeit an. Sein Spiel intensiviert sich und es gelingt ihm sogar die anderen vom Erfolg seiner Musik zu überzeugen, so dass diese ihre eigene Musik aufgeben und mit in seine Musik einsteigen.

Hörbeispiel vier: Kranker König

Dabei schlägt Edgar permanent auf die Trommel. Er geht auf die Mitpatientin zu, hält das

²⁶ Eine Nacht auf dem kahlen Berge ist eine sinfonische Dichtung von Modest Mussorgski und eines der bekanntesten Beispiele für russische Programmmusik des 19. Jahrhunderts. Mussorgski beschreibt in feurigen Orchesterfarben den grauenerregenden Tanz der Hexen in der Johannismacht (23. auf 24. Juni) auf dem Berg Triglav.

²⁷ vgl. Friedemann (1983), S. 52f

Instrument vor sie und versucht, die Krankheit aus ihr rauszuschlagen. Die Rhythmik entspricht gegen Ende dem zweier Rhythmus eines Marsch, ist stark akzentuiert, laut, massiv. Nach der Einteilung der musikalischen Ausdrucksmodelle nach Rösing²⁸ zeigt sich ein Macht- und Imponiergehabe. Nach meiner Wahrnehmung wird deutlich demonstriert, dass Schwäche als Krankheit mit Stärke, Macht und in diesem Fall durch Schläge zu heilen ist.

Psychoanalytisch wäre die Interpretation vorstellbar, dass Edgar die Trommel als Übertragungsobjekt nutzt und so Zugang zu seiner Vergangenheit findet. Es zeigt sich der Konflikt des Patienten, der im schlagenden Spiel der Trommel den Umgang des Vaters mit ihm und die erlebten Lösungsansätze des Vaters bei Schwäche und Fehlern spiegelt. Der Patient entlastet sich durch die Freisetzung der Gefühle in der „Funktion einer reinigenden Triebabfuhr (Katharsis)“²⁹. Dem Konzept der Klinik folgend, zeigt sich in der Musik ein Konflikt, der noch nicht in Worte gefasst werden kann. In den anschließenden Gesprächen berichtet Edgar von massiven Schlägen des Vaters bis zu seinem 14. Lebensjahr.

Gestalttherapeutisch wäre eine Lösung des Konfliktes im Hier und Jetzt zu suchen. Das Trommelspiel symbolisiert das Draufschlagen als Konfliktlösung. Das Erleben einer alternativen und wirkungsvollen Lösungsmöglichkeit bietet sich in der veränderten Wiederholung der Musik an. Hierzu müsste eine Symboldeutung im Gespräch zwischen Therapeut und Patient erfolgen, die die notwendige Veränderung in der Musik beschreiben könnte. Dies würde für mich bedeuten, dass nach einem Gespräch, in der die Symbolik thematisiert würde, die Gruppe sich erneut Gedanken über Heilungsmöglichkeiten machen konnte. Johanna könnte Wünsche und Erwartungen formulieren, Edgar hätte die Möglichkeit, andere Spielweisen und Instrumente zu wählen und so in einer Wiederholung des Spiels diese auszuprobieren. Oder Edgar würde in der Rolle des Kranken Königs die Heilungsversuche der Gruppe erleben und könnte dies als Hilfe erfahren, den Erwartungen an den Vater nachzugehen. Leider bleiben meine Überlegungen in der Reflexion theoretisch, da Edgar kurzfristig auf eigenes Drängen die Klinik verlässt.

Strophe sechs: Und was jetzt – Was mache ich mit dem Gehörten?

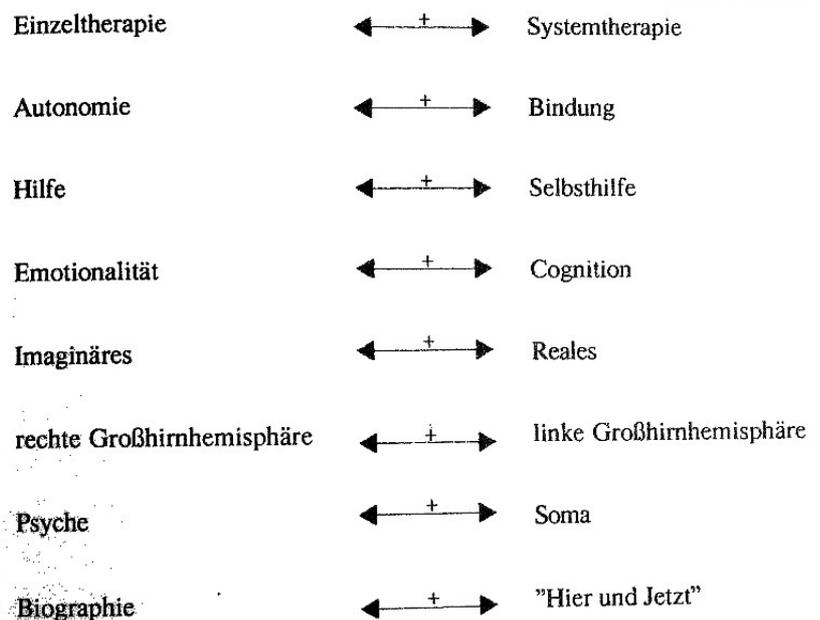
Zuguterletzt folgt die von Kapteina beschriebene Spezialisierungsphase, mit der Detailar-

28 vgl. Bruhn (1995), S.8

29 ebenda, S.17; vgl. auch S.23

beit an den eingebrachten Themen und der Fortführung des oben Beschriebenen. Je nach Gruppe können hier die Gesprächsanteile zunehmen und zeitweise in den Vordergrund rücken, um die kognitive Übertragung der musikalischen Prozesse in die therapeutischen Themen herzustellen, Symbole und Konflikte zu benennen und diesen in Gespräch und Musik nachzugehen. Mit Blick auf die dialogische Struktur der Psychotherapie beginnt nun die Arbeit, die auseinandergefallenen zusammengehörigen Bereiche und Fähigkeiten wieder zu integrieren.³⁰ Es gilt daher, die Widersprüche und Dissoziationen aufzuspüren und zum musiktherapeutischen Auftrag zu machen.

(Bei Stefanie wäre das Gleichgewicht zum Beispiel zwischen Autonomie und Bindung sowie Emotionalität und Cognition gestört. Edgar entwickelt ein Ungleichgewicht zum Imaginären und die Realitäten gehen ihm verloren.)



Die Musik gibt Hilfestellung in Form von Experimentierfeld, Haltefunktion, Erlebnisrahmen und Assoziationsmöglichkeit. In ungefährlicher Wortlosigkeit kann mitgeschwungen und verstimmt werden, draufgehauen und gekämpft, genähert und berührt werden.

Folie 4: Dialogische Struktur der Psychotherapie von Herzka u. Reukauf aus Steinhausen, S.29

Leider erlebe ich aufgrund der kurzen Aufenthaltsdauer der Patienten und vor allem der schnell wechselnden Gruppen diese Phase nur selten, am ehesten am Ende eines Gruppenprozesses, wenn zurückgebliebene Patienten die gewonnene Sicherheit nutzen um den Therapeuten exklusiv für sich zu haben.

Refrain: 'til it ends - Dem Ende der Therapie nah

Nachdem die anderen Patienten entlassen wurden, bleibt Monika alleine in der Musikthe-

³⁰ vgl. Herzka in Steinhausen (1990), S.28

rapie. Sie äußert den Wunsch, keine Musik zu machen sondern einfach zu reden. In den Musiktherapiestunden war mir aufgefallen, dass sie erstaunlich oft in die Spielpausen hineinspielte und in den Musikzeiten stets auf harmonische und, so vermute ich, ihr bekannte Musikstrukturen zurückgegriffen hat. Der Eindruck, dass Leiden bei ihr mit Verstimmungen und fehlender, gewünschter Harmonie verbunden war, ist mir immer noch präsent. In der Musik war sie dabei kaum hörbar und immer darauf bedacht, dass andere ihren Raum haben. Dies spreche ich an.

Im Gesprächsverlauf berichtet sie von den getrennten Eltern und der Notwendigkeit, sich für ein Elternteil als Lebensmittelpunkt entscheiden zu müssen. Die Sehnsucht nach der zurückliegenden, bekannten Harmonie bekommt ein Bild. Ebenso wird deutlich, warum sie in die Pausen spielt. Ihre Themen hatten zuletzt nur zwischendrin Platz. Auch in den Gesprächen weist sie immer wieder auf die Themen der Mitpatienten, Geschwister und Eltern hin und es ist mühsam, sie bei ihren Konflikten zu halten und diese fertig zu besprechen. Längst hat sie angefangen, Verantwortung für andere zu übernehmen, ihre Rolle als Kind aufzugeben und sich selbst dabei verloren. Innere Leere und schlechte Stimmungen sind die bittere Konsequenz. Selbstverletzungen werden zum Versuch, sich selbst wahrzunehmen.

Wir legen fest, welche Themen ich im Familiengespräch nennen darf. Ihren Wunsch, bestimmte Themen nochmals mit einer Therapeutin anzusprechen, formuliert sie auch an anderer Stelle im Team, so dass wir diesem Wunsch nachkommen. Für die Musik vereinbaren wir, mit einer Gruppe weiterzuarbeiten mit dem Auftrag ihre Sicherheit im Umgang mit anderen zu verbessern, ihr Freiraum zum kindlichen Spiel und Wege der Selbstwahrnehmung anzubieten.

Outro – Durchgestartet: Mit der neuen Rolle unterwegs

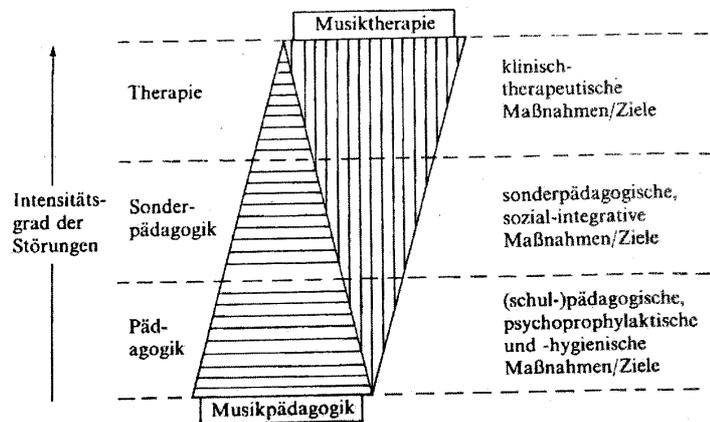
Musiktherapie ist eine - und in diesem Falle meine – Möglichkeit, Patienten einen kreativen, non-verbalen Zugang zu ihren Themen zu ermöglichen. So unterschiedlich wie die Ansätze und so vielfältig wie die Methoden und Angebote der Musiktherapie sind, möchte ich arbeiten. Neben der Kenntnis der theoretischen Ansätze, vielfältiger Übungen und zunehmender Erfahrung wird es die Bereitschaft sein, dem Patienten durch passende Angebote zu bewegen, ihm zu folgen und ihn zu begleiten.

Passende Angebote bedeutet für mich, meine Herkunft als Musik nutzender Sozialpädagoge ebenso einzubringen wie die neue Rolle des Therapeuten. Wie beschrieben lassen sich Übungen mit Populärmusik durchaus wirkungsvoll nutzen, gerade in der Arbeit mit Jugendlichen.

Im Bewusstsein, dass ich hiermit den Bereich der Übungszentrierung nicht verlassen kann, wird es für mich als Therapeut jedoch darum gehen, Konflikten und Störungen durch therapeutisches Handeln und dem gezielten Einsatz musiktherapeutischer Interventionen nachzugehen. Hier ist die Grenze der musikpädagogischen Übungen trotz aller therapeutischer Zugewandtheit schnell erreicht. Tischler hat diese Zusammenhänge wie ich finde gut skizziert.

3.3 Zur Abgrenzung zwischen Musiktherapie und Musikpädagogik

Björn Tischler schlägt die folgende Übersicht vor, um das Schnittfeld zwischen Musiktherapie und Musikpädagogik zu erfassen:



Ergebnisorientierter Umgang mit Musik im Schnittfeld von Pädagogik, Sonderpädagogik und Therapie (vgl. Tischler 1983, 93).

Folie 5: aus Kapteina, Skript zur Vorlesung Musiktherapie

Tischler hat diese Zusammenhänge wie ich finde gut skizziert.

Überrascht war ich in der Praxis, wie sich die in der Musiktherapie gemachten Eindrücke, Beobachtungen und Verläufe in den Fallkonferenzen und Visiten stimmig einfügten, wie die beobachtbaren Themen, die spürbaren Übertragungen und deren Rückschlüsse die Diagnose unterstützen und den Verlauf begleiten konnten. Die Befreiung des Patienten von vorhandenen musikalischen Belastungen, Vorurteilen und Assoziationen und das Arbeiten mit Improvisationen und musiktherapeutischen Übungen hat sich für mich als wirkungsvolle Möglichkeit gezeigt. Musik hilft, wenn noch keine Worte gefunden sind.

Es wird an meiner therapeutischen Arbeit liegen, die Symbole zu verstehen, gemeinsam mit den Patienten zu deuten und Handlungsalternativen in der Musik und im Leben der Patienten zu entwickeln. Im Rückblick auf diese Arbeit wird mir bewusst, wie wichtig der gezielte Einsatz der in der Ausbildung gelernten Möglichkeiten ist: Klangspiele und Improvisationen, Umgang mit Populärmusik, Singen, Musikmalen, Instrumentenbau: Alles Bausteine der Musiktherapie.

Es wird an mir liegen, ein Gespür für das Hilfreiche und Wirkungsvolle zu entwickeln und systematisch im beschriebenen Sinn zu arbeiten. Elemente der Musik der Patienten werden weiterhin ihren Platz finden und so werden auch in Zukunft Gitarre, Gesang und Schlagzeug sowie Computer und Beats zu hören sein, wenn es darum geht, Patienten mit Musik zu begleiten, zu halten, zu stützen und sie in ihrer persönlichen Sicherheit und Entwicklung zu fördern bis es überstanden ist. In diesem Sinne schließe ich mit dem anfangs erwähnten Song zweier Patienten aus einer weiteren spannenden Musiktherapie: 'til it ends.

Hörbeispiel fünf: 'til it ends

Anhang:

Konzept der Musiktherapie in der Vitos Herborn

Dokumentationsbogen Erstkontakt

Dokumentationsbogen Therapiestunde

Literaturliste

Konzept Musiktherapie in der Vitos Herborn

Musiktherapie ist eine erlebnisorientierte, tiefenpsychologisch orientierte Behandlungsform, die über Musik eine nonverbale Handlungs- und Kommunikationsebene bietet. Die Therapieform ist eingebettet in ein humanistisches Menschenbild, in der der Mensch als selbstbestimmt, zielorientiert und ganzheitlich wahrgenommen wird. Musikalische, sprachliche und Körperbewegungselemente dienen als Mittel zur Erkenntnis und Einsicht. Das Spezifische auf der musikalischen Ebene dabei ist, dass

- Erfahrungen auf einer Symbolebene ausgedrückt werden können
- Gefühle hörbar werden aus einer Zeit, in der es Sprache noch nicht gab
- Sie ein Mittel der menschlichen Kommunikation ist, die nicht primär auf einer verbalen Verständigung beruht
- über sie ein Ausdruck psychischer Konflikte stattfinden kann, die noch nicht über Sprache ausgedrückt werden können (z.B. traumatische Verlusterfahrungen)
- sie eine emotionale Differenzierung fördern kann
- das sie kognitive, emotionale, sensomotorische und interaktionelle Aspekte gleichzeitig anspricht
- sie ein gemeinschaftliches Erleben ähnlicher Stimmungen erzeugen kann.
- Demzufolge setzt die Behandlung depressiver Krankheitsbilder an 3 Schwerpunktfeldern an:
 - Aktivierung und Entwicklung von Motivation
 - Interaktionelles Geschehen
 - Stimmung und Emotion

Setting:

Das musiktherapeutische Angebot findet sowohl als Gruppentherapie (2x60min.) wie auch in Einzelkontakten (1-2 x 45min) statt. Die dabei verwendeten Formen der aktiven und rezeptiven Musiktherapie unterscheiden sich nur unwesentlich. Eine Indikation erfolgt nach allgemeinen Kriterien:

Gruppentherapie:

Es können bis zu 8 Patienten teilnehmen, bei denen weitgehend eine depressive Erkrankung im Vordergrund steht. Aufgrund offener Gruppen wird kein gruppenspezifisches Modell verfolgt, wenngleich gruppentherapeutisch wirksame Faktoren zum Tragen kommen und gefördert werden (z.B. Lernen an anderen; Verstärkung eines Sicherheitsnetzes von Kontakten; Erweiterung sozialer Kompetenzen usw.).

Einzeltherapie:

Das Einzeltherapieangebot ist gedacht für Patienten, die

- Schwierigkeiten haben sich in einer Gruppe zu äußern
- nicht in eine Gruppe passen (Diagnose, Altersunterschied, abweichende Intelligenz)
- in einer individuellen Betreuung größere Therapieerfolge erzielen können

Aktive MT

In der aktiven MT gestalten Patienten zusammen mit dem Therapeuten ein musikalisches Erleben. Dazu steht ein reichlich ausgestattetes, leicht spielbares Instrumentarium (Trommeln, Gongs, Klavier, Schlagzeug, Leier, Monochord) zur Verfügung. Spiel- und Improvisationsformen wie freie oder thematische Improvisation, Imitations- und Dialogspiele oder musikalische Rollenspiele kommen zum Einsatz und fördern Struktur, Kommunikation, Ausdruck, Selbst- und Fremdwahrnehmung, Aktivierung, Gemeinschaftserfahrung, Entdeckung neuer Handlungsmöglichkeiten usw .. Musikalisches Können spielt dabei keine Rolle!

Rezeptive MT

Unter Einbeziehung verschiedener Entspannungstechniken hört der Patient Musik, die nach musiktherapeutischen Gesichtspunkten ausgewählt und sich an Bedürfnissen und den „Zielen“ orientiert. Im Vordergrund stehen körperliche und geistige Entspannung, Förderung von Körperwahrnehmung und innerpsychischen Prozessen.

Eine verbale Aufarbeitung des Erlebten orientiert sich in der Regel an der „Jetzt-Erfahrung“ und ist ein wichtiger Bestandteil der Therapiestunde und findet sowohl in der aktiven als auch rezeptiven Therapie statt.

Verantwortung

Musiktherapeutische Angebote bedürfen der schriftlichen Anordnung durch den behandelnden Arzt oder Psychologen. Sie unterliegen hinsichtlich der zu behandelnden Patienten der Fachaufsicht der für die Behandlungseinheit zuständigen leitenden Fachärzte und –ärztinnen, hinsichtlich der Gesamtaufsicht dem ärztlichen Direktor.

Musiktherapeutischer Erstkontakt:

Marc Schmidt - Dipl. Sozialpädagoge

Datum und Zeit:

Name des Patienten:

Fallverantwortlich:

Bezugspfleger:

Diagnose (siehe auch Kurzanamnese):

Auftrag:

Gesprächsteil: (welchen Auftrag / Wünsche / Erfahrungen äußert der Patient?)

Musikbezogen (aktive und rezeptive Erfahrung, Vorlieben etc.):

Inhaltbezogen (Sicht der eigenen Situation, Entwicklung, Beziehungen etc.):

Freies Probieren von Instrumenten: (wie war der Zugang, Instrumente, Spielverhalten etc.):

Instrumentenwahl:

Verhalten:

Erstes Musikspiel / Improvisation: (Spiel, Vorgaben, Spielverhalten, Instrumentenwahl etc.):

Abschied und Folgeauftrag:

Gesamteindruck des Patienten (Kontaktverhalten, Symptomatik – siehe auch Dokubogen !!!):

Musiktherapeutische Sitzung – Dokumentationsbogen

Marc Schmidt - Dipl. Sozialpädagoge

Datum & Zeit:

Ort & Raum:

Name der Patienten:

Diagnose und Auftrag: siehe Blatt Erstkontakt - Ergänzungen:

Überschrift der Sitzung:

Setting & Vorbereitung:

Verlauf / Spiel / Übung:	Verhalten des Patienten Musikalischer Verlauf	(Therapeutische) Interventionen	Themen / Muster Evidenzen / Beschreibungen
Eingangsphase:			
Abschnitte:			
Abschluss:			

Doku KIS:

Veränderungen + Zielkonkretisierung:

Eigenresonanz & -reflexion:

To Do nächste Einheit:

Literaturliste:

- Baacke, Dieter (Hrsg.) Handbuch Jugend und Musik, Opladen 1997
- Bunt, Leslie Musiktherapie – Eine Einführung für psychosoziale und medizinische Berufe, Weinheim und Basel 1998
- Bruhn, Herbert Musiktherapie-Stichwort Skript zur Einführung, Kiel 1995/2
- Decker-Voigt, Hans-Helmut Aus der Seele gespielt. München 2000/7
- Diallo, Gudrun Musikalische Interaktionsspiele im Gruppenunterricht
Vortrag, München 2010
- DIMDI ICD-10-GM Systematisches Verzeichnis, Berlin 2012
- Dörner, Klaus; Plog Ursula Irren ist Menschlich: Lehrbuch der Psychiatrie, Psychotherapie, Bonn 1996
- Friedemann, Lilli Einstiege in neue Klangbereiche durch Gruppenimprovisation, Wien 1973
- Friedemann, Lilli Trommeln-Tanzen-Tönen, Wien 1983
- Frohne-Hagemann, Isabelle; Pleß-Adamcym, Heino
Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und
Jugendalter, Göttingen 2005
- Haffa-Schmidt, Ulrike u.a. (Hrsg.)
Musiktherapie mit psychisch kranken Jugendlichen:
Grundlagen und Praxisfelder, Göttingen 1999
- Hartogh, Theo; Hans Hermann Wickel (Hrsg.)
Handbuch Musik in der Sozialen Arbeit, München 2004
- Kapteina, Hartmut Skript zur Einführung in die Musiktherapie, Siegen 2006
- Kapteina, Hartmut Musikalische Gruppenimprovisation – Musikalisch-therapeutische
Arbeit im Sozialwesen, Aufsätze 1976-1991, Siegen 1991
- Lempp, Thomas Basics Kinder- und Jugendpsychiatrie, München 2011
- Lutz Hochreutener, Sandra Spiel-Musik-Therapie, Göttingen 2009
- Mahns, Beate Praxis der Musiktherapie Band 14:
Musiktherapie bei verhaltensauffälligen Kindern, Stuttgart 1997
- Oberling, Eva Musiktherapie mit Jugendlichen, Saarbrücken 2011
- Petersen, Dietrich; Thiel, Eckard Tonarten, Spielarten, Eigenarten, Göttingen 2001
- Schwabe, Christoph Die Methodik der Musiktherapie und deren theoretische Grundlagen;
aus: Grundlagen der Musiktherapie und der Musikpsychologie,
Stuttgart 1982
- Steinhausen, Hans-Christoph (Hrsg.) Das Jugendalter, Bern 1990
- Tüpker, Rosemarie u.a. Musiktherapie in der Schule, Wiesbaden 2005
- Wickel, Hans Hermann Musikpädagogik in der sozialen Arbeit, Münster 1998