

Musiktherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Birgit Billes

Im März 2002 entschied ich mich für die musikpädagogisch-therapeutische Fortbildung „ganz.einfach.musik“, angeboten vom Musikinstitut Rondo in Ravensburg, in der mein Interesse für die Musiktherapie entstand und wuchs.

Aufgrund meines persönlichen Interesses bewarb ich mich für die musiktherapeutische Praxistätigkeit am Ende der musiktherapeutischen Zusatzausbildung im Kinderkrankenhaus Josefinum in Augsburg.

Das Krankenhaus Josefinum, eine Einrichtung der katholischen Jugendfürsorge der Diözese Augsburg, verfügt über ca. 380 Betten und besteht aus den Abteilungen Pädiatrie, Frauenheilkunde, Geburtshilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Diese Kombination ermöglicht eine Zusammenarbeit von Fachleuten innerhalb des Hauses; wichtige Themen und Probleme können direkt vor Ort kompetent aufgegriffen werden.

Institutionsbeschreibung

Neben der Untersuchung und Behandlung von Patienten mit seelischen Problemen hat die Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Reihe von Aufgaben zur Regelung kindlicher Schicksale und familiärer Entwicklungen zu erfüllen. Dies sind z.B.: Stellungnahmen an Familiengerichten zu Sorgerechts- und Umgangsregelungen; versorgungsrechtliche Einschätzungen von seelischen Spätschäden (nach Unfall oder Gewalterfahrungen); medizinische Beiträge zur Klärung der Schullaufbahn; Beteiligung an der Durchführung von Jugendhilfemaßnahmen; Schuldfähigkeitsgutachten in Strafverfahren.

Aufgaben der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Eine Behandlung beruht auf einer Diagnose und aus der Diagnose ergeben sich Behandlungsziele. Je nach Persönlichkeit, Struktur und Störung bei Kindern und Jugendlichen, sowie dem Kontext und dem biographischen Lebenszusammenhang, müssen nach Frohne-Hagemann und Pleß-Adamczyk (2005, S.20) folgende Globalziele unterschieden werden:

Globalziele der Kinder- und Jugendpsychiatrie

- Gesundung
- Bewältigung von Leidenszuständen
- emotionale und soziale Unterstützung
- Verbesserung bestimmter Fähigkeiten und Fertigkeiten
- Förderung von Potentialen und Gestaltungsmöglichkeiten
- Förderung von Autonomie und Selbstbestimmtheit

Immer mehr Kinder und Jugendliche leiden an seelischen, psychosomatischen Krankheiten oder Sozialverhaltenstörungen und müssen deswegen behandelt werden. Das kann organische Ursachen haben, wie zum Beispiel eine mangelhafte Sauerstoffversorgung während der Geburt. Häufig sind es aber auch gesellschaftliche Vorgänge: z.B. die Überforderung von Kindern bzw. Jugendlichen oder massive Gewalterfahrungen.

Klientel

Unlösbar erscheinende seelische, soziale und leistungsbezogene Konflikte erzeugen Anpassungs- und Verhaltensstörungen, die zu andauernden Persönlichkeits-

störungen werden. Zudem gibt es eine Reihe von Störungen des Seelenlebens, die unabhängig von gesellschaftlichen Bedingungen zum Ausbruch kommen.

In der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie werden alle Altersgruppen bis zu 18 Jahren stationär, teilstationär und ambulant behandelt. Die Störungsbilder sind unter anderem:

- Körperliche Erkrankungen mit seelischer Ursache,
- Durch Drogen verursachte psychische Störungen und Verhaltensstörungen,
- Psychosen (Störungen der Geistestätigkeit),
- Gemütererkrankungen, z.B. Depressionen,
- Emotionale Störungen mit seelischen Belastungsreaktionen,
- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen,
- Abweichen der Persönlichkeitsentwicklung,
- Abnormes Verhalten bei Intelligenzminderung,
- Entwicklungsstörungen,
- Seelische Störungen aufgrund körperlicher Erkrankungen.

Therapieangebote Ziel ist es, dass die jungen Patientinnen und Patienten auf Dauer ohne oder mit möglichst geringer Beeinträchtigung selbstständig leben können. Um dieses Ziel zu erreichen werden im Josefinum lebenspraktische, heilpädagogische und therapeutische Maßnahmen angeboten, die ineinander greifen. Neben der medizinischen Behandlung sind dies:

- Einzel- und Gruppenpsychotherapie
- kreative Therapieformen, wie:
 - Musik-, Kunst- und Spieltherapie
- bewegungsorientierte Therapieformen, wie
 - Ergo-, Bewegungs- und Mototherapie,
- Erlebnistherapie und therapeutisches Reiten,
- ADS¹-, Legasthenie- und Logotherapie

Auch die psychotherapeutische Arbeit mit der ganzen Familie wird in multiprofessionellen Teams erörtert.

Musiktherapie Die Musiktherapie ist als multimodale Fachtherapie in die psychiatrische Behandlung der Patientinnen und Patienten stationär, teilstationär und ambulant eingebunden. Sie umfasst eine Vollzeitstelle mit 38,5 Stunden und drei Teilzeitstellen mit einem Stundenkontingent von 24 Stunden.

Grundsätzlich steht die Musiktherapie für alle Patienten offen. In Absprache mit Ärzten und Psychologen werden spezielle Indikationen erörtert. Der Schwerpunkt liegt im Bereich der emotionalen Störungen und bei autistischen Kindern. Der erlebnisaktivierende Aspekt der Musiktherapie steht hierbei im Vordergrund.

Musiktherapeutische Praxis Innerhalb meiner Praxistätigkeit im Zeitraum von Mai 2005 bis Mai 2006 arbeitete ich an zwei Vormittagen mit meinem Kollegen Jürgen Keller als Co-Therapeutin: unter anderem mit Kindergartenkindern mit den Diagnosen Autismus und Mutismus, und Jugendlichen aus der Entgiftungsstation mit den Diagnosen Polytoxikomanie und Alkoholabhängigkeit. Ab Oktober 2005 führte ich auch

¹ Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom

selbstständig Therapien durch. Hinzu kamen praxisbegleitende Gespräche und Teambesprechungen mit den jeweils fallführenden Ärzten, Psychologen und Fachtherapeuten.

In der Zeit meiner Ausbildung in Siegen seit Sommer 2003 prägte mich vor allem ein Satz aus den Arbeitspapieren² von Karl-Heinz Wortmann: „Ich selbst bin mit meiner Wahrnehmung, meinen Gefühlen und meinen Empfindungen mein bestes Instrument.“ *Musiktherapeutisches Konzept*

Zusätzlich beschäftigte ich mich neben der systemischen Familientherapie auch mit der „Integrativen Kindertherapie“ nach Hilarion Petzold und der „Integrativen Musiktherapie“ nach Isabelle Frohne-Hagemann. Im Lexikon Musiktherapie (Decker-Voigt, Hans-Helmut et al., 1996) fand ich folgende Zusammenfassung:

Methoden, Techniken und Interventionsstrategien der integrativen Musiktherapie richten sich nach klinischen und anthropologischen Krankheitsaspekten. Diese verlangen – je nachdem – konfliktzentrierte oder übende Maßnahmen. Sie greifen im therapeutischen Prozess ineinander und können schwerpunktmäßig den „Vier Wegen der Heilung“ nach Hilarion Petzold zugeordnet werden. Diese sind: *Vier Wege der Heilung*

Erster Weg der Heilung: Bewusstseinsarbeit und Sinnfindung
(z.B. aufdeckend – konfliktzentrierte Musikpsychotherapie bei neurotischen Erkrankungen)

Zweiter Weg der Heilung: Nachsozialisation/Entwicklung von Grundvertrauen
(z.B. nachnährende, erlebnisorientierte Musikpsychotherapie bei frühen Schädigungen)

Dritter Weg der Heilung: Erlebnisaktivierung und Persönlichkeitsentfaltung
(agogische und heilpädagogische Perspektive mit erlebniszentrierten und übenden Angeboten)

Vierter Weg der Heilung: Solidaritätserfahrung, Erkennen von Metaperspektiven und Entwicklung von kulturellem und politischen Engagement
(gesellschaftstherapeutische Dimension; aufdeckende, erlebniszentrierte musiktherapeutische Angebote)

Der Schwerpunkt meiner Arbeit lag im Bereich des zweiten und dritten Weges der Heilung.

Die integrative Musiktherapie verwendet – je nach Indikation, Heilungsweg, aktuellem Kontext, eine Vielzahl von Techniken und Interventionsmöglichkeiten, die teils spezifisch musiktherapeutisch sind z.B. die Dyadische Improvisation, die Gruppenimprovisation oder das Singen, teils aber auch solche, die ursprünglich gestalttherapeutische, psychodramatische, psychoanalytische, klientenzentrierte, aktualisierende, verhaltenstherapeutische und agogische Techniken sind, die in Musik umgesetzt werden. Das heißt, integrative Musiktherapie versucht den Patienten methodenübergreifend zu erreichen, indem verschiedenste bewährte Techniken je nach Indikation und Kontext ins Geschehen integriert werden. *Methodenübergreifende Arbeit*

In der integrativen Musiktherapie ist die Arbeit mit Resonanzen zentral. Sie ist

² Arbeitspapiere zur 4. Ausbildungsstufe

*Integrative
Musiktherapie*

eine Arbeit „vom Leibe aus“, vom eigenleiblichen Spüren, Fühlen und Ordnen dessen, was wahrgenommen wird. Dies ist unerlässlich für die Förderung der Kreativität des Patienten, seiner Fähigkeit, musikalischen Ausdruck zu finden und über den musikalischen Ausdruck wiederum zu sich selbst und zum Du zu finden. Die Resonanzfähigkeit ist wichtigstes Instrument der Wahrnehmung, kann der Musiktherapeut doch nur über seine eigenen Übertragungen erkennen und seine Gegenübertragungen therapeutisch nutzbar machen.

Integrative Musiktherapie ist eine intermediale Musiktherapie. Es werden Techniken der Kunsttherapie und anderer kreativer Therapien integriert, sofern diese im jeweiligen Kontext im therapeutischen Prozess sinnvoll sind.

Die Idee, dass der Therapeut aus dem Kontext heraus Musiktherapie immer wieder neu erfindet, hat mich dabei besonders angesprochen. In der integrativen Therapie mit Kindern ist der Therapeut dem Spiel, dem gemeinsamen Tun, dem kreativen Gestalten in besonderer Weise zugewandt. Durch diese Möglichkeiten lebendiger Interaktion wird versucht mit den kleinen Patienten eine Ebene des vertrauten Kontakts herzustellen, aus dem heilende menschliche Begegnung, Sicherheit gebende Beziehung und eine klare Identität entstehen kann.

Diese aktive Ausrichtung macht die integrative Therapie für die Behandlung von Kindern besonders geeignet.

Fallbeispiel Manuel

*Fallbeispiel Manuel*³ Die Kindesmutter brachte Manuel, auf Anraten des Kinderarztes, im Alter von ca. 4 ½ Jahren zur Untersuchung ins Josefinum. Aufgrund von Eigen- und Fremdaggressionen bei hohem Aggressionspotential, oppositionellen Verhalten und niedriger Frustrationstoleranz war er aus dem Kindergarten ausgeschlossen worden.

Diagnostische Einschätzung Nach einer Reihe von Untersuchungen und Tests ergab sich folgende Diagnostische Einschätzung nach ICD 10⁴:

Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters F 94.1

mit kombinierter Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen und zwanghaften Zügen F 92.8

Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters F 93.2

Essstörung F 50.9

Expressive Sprachentwicklungsstörung F 80.1

Motorische Koordinationsstörung F 82

Durchschnittliche Intelligenz

Lebensbedingungen mit möglicher psychosozialer Gefährdung 5.3

Deutliche und übergreifende psychosoziale Anpassungsstörung in den meisten Bereichen

Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen 1.1

Abweichendes Verhalten beider Elternteile 2.1

Psychiatrische Störung des Kindesvaters 2.0

Chronische Erkrankung der Kindesmutter 2.1

³ Name abgeändert

⁴ International Classification of Diseases

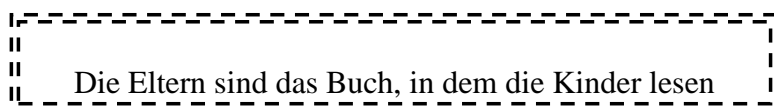
Inadäquate intrafamiliäre Kommunikation 3.0
 Abnorme Erziehungsbedingungen 4.0
 Abweichende Elternsituation 5.1

Manuel zeigt zwanghafte Verhaltensweisen, die über den Tag hinweg für ihn bestimmend wären, wenn ihm nicht durch die therapeutischen Bedingungen der Tagesklinik Strukturen vorgegeben wären, die ihm Orientierung und Grenzen bieten. *Manuels Verhalten⁵*

Durch die Brustkrebskrankung der Kindesmutter wurde Manuel zwischen seinem zweiten und vierten Lebensjahr ausschließlich von seinem Vater versorgt. Das über Jahre sich entwickelnde pathologische Entwicklungsprofil des Kindes ist maßgeblich auf die erhebliche Pathologie des Vaters zurückzuführen. Der Vater ist seit Jahrzehnten im Sinne einer Persönlichkeitsstörung mit zum Teil ausgeprägten Zwangsgedanken erkrankt, er ist ein Bakterienfanatiker, leidet an Waschzwängen, zeigt aber keine Krankheitseinsicht. Im Gefolge dieses pathologischen Umfeldes versuchte Manuel zu dominieren, um Anforderungen aus dem Weg zu gehen, bzw. durch zwanghafte Rituale Unsicherheitssituationen zu überspielen. Diese sind im Zusammenhang mit fehlenden frühkindlichen Erfahrungen aufgrund seiner bisherigen sterilen Umwelt, zurückzuführen. So durfte Manuel u.a. zu Hause, aufgrund der pathologischen Ängste des Vaters, nicht in Kontakt zur Umwelt treten. Aus Angst das Kind könnte kontaminiert werden wurde kein Besuch empfangen, auch die Großmutter des Kindes durfte Manuel nicht sehen. Als Baby durfte er nicht auf dem Boden krabbeln, ebenso konnte er keine eigenständigen fein- und grobmotorischen Erfahrungen sammeln, was u.a. auch dazu führte, dass Manuel bis zur Aufnahme in die Tagesklinik am 1. Juni 2005 aufgrund der Ängste seines Vaters keine Nahrungsmittel mit der Hand anfassen durfte. Bis zum Alter von ca. drei Jahren wurde Manuel von ihm mit der Flasche gefüttert. Er versuchte auf dem Hintergrund seiner zwanghaften Grundstruktur zunächst das bisher gewohnte Essverhalten mit Füttern durch die Eltern aufrecht zu erhalten. *Vorgeschichte*

Ergänzend noch Details zur Sauberkeitserziehung: Der Vater boykottierte Windeln, Manuel durfte auch nicht zur Toilette gehen. Seinen Toilettengang musste Manuel außerhalb der Wohnung auf einem Schuttplatz verrichten. Daraus entwickelte sich eine erhebliche Aversion gegen den natürlichen Toilettengang und überhaupt eine Toilette aufzusuchen.

Da die Familie die ersten sozialen Erfahrungen bietet, prägt sie in entscheidender Weise die Persönlichkeit. Deshalb habe ich dieses Bild aus dem Kreissaal des Josefinums passend für Manuel gefunden:



Aufgrund seiner Entwicklung, der fehlenden Emotionen und der unangemessenen Reaktionen nutzte die Fall führende Ärztin jede Möglichkeit, um Manuel Raum für Kreativität zu verschaffen: So erhielt der Junge neben dem intensiven therapeutischen Setting im Rahmen der Tagesklinik einmal wöchentlich therapeutisches Reiten, Einzel-Ergotherapie, Spieltherapie, Bewegungstherapie, Logopädie

*Gesamtkonzept
 der Behandlung*

⁵ teilweise aus einem Arztbrief zitiert

und bei mir eine Stunde Einzel-Musiktherapie.

Die Mutter hat sich mittlerweile vom Kindesvater getrennt und ist in die konstruktive therapeutische Arbeit eingebunden, in Absprache mit ihr werden die Besuchskontakte zum Vater zunehmend weiter eingeschränkt.

Therapieziele Auf der Anmeldung für die Musiktherapie notierte die Ärztin folgende Therapieziele für Manuel: Nacherleben von kindlichen Bedürfnissen, Ausleben von inneren Spannungen, therapeutisches Aufgreifen von zwanghaften Komponenten, Aufbau von Selbstvertrauen, Stärkung der Persönlichkeit.

Nach der Schilderung der Ärztin und der Diagnose-Besprechung sah ich mich vor einer großen Herausforderung. Die vielen Fragezeichen in meinem Kopf schob ich erst einmal bei Seite, vertraute auf meine jahrelange Erfahrung als Mutter zweier Kinder im Alter von 17 und 15 Jahren, auf meine Ausbildung in Siegen und in heilkundlicher Psychotherapie.

Im Vorwort⁶ zur deutschen Ausgabe von Leslie Bunt's Buch „Musiktherapie“ ist zu lesen: „In klingender Beziehung kann sich Gestörtes neu ordnen, Unterdrücktes wachsen, Krankes und Gekränktes heilen...“(ebd. S. 10).

Leslie Bunt selbst wird übersetzt (ebd. S.12): „Das Erleben von Musik [...] ermöglicht die Überwindung alltäglich erlebter Kommunikationsbarrieren und erschließt den Zugang zu seelischen Ressourcen, mit deren Hilfe neue Möglichkeiten der Lebensbewältigung und -gestaltung erschlossen werden können.“

Also freute ich mich auch auf diese „klingende Beziehung“ zu Manuel.

Bevor ich nun den Verlauf einzelner Sitzungen in Ausschnitten schildere, möchte ich auf das Setting eingehen.

Setting In der Villa wie sie auch vom Personal im Josefinum genannt wird, sind zwei
Tagesklinik Stationen, mit jeweils 10 Kindern untergebracht, ebenso das Arbeitszimmer der Betreuerinnen, Ärzte und Psychologen.

Musiktherapie- Der Musiktherapieraum der Kinder- und Jugendpsychiatrie befindet sich im Keller
raum des Haupthauses. Die Tagesklinik, in der Manuel untergebracht ist, befindet sich zwei Straßen weiter, in etwa 500 Metern Entfernung. Der Weg zwischen Tagesklinik und Musiktherapieraum nimmt ca. 5 – 7 Minuten von der schon knapp bemessenen Therapiezeit von nur 45 Minuten ein, d.h., die therapeutische Aufwärmphase findet bereits beim Abholen, Anziehen oder unterwegs statt.

1. Stunde

Therapieverlauf „Ich habe für den Anfang einer Sekunde die Lok noch gesehen!“-„Ich habe für den Anfang einer
Manuel Sekunde die Lok noch gesehen!“ ...usw..., so habe ich Manuel, sehr angespannt mit emotionslosem Gesichtsausdruck im Oktober 2005 kennen gelernt. Er lässt sich nur kurz für Sekunden ablenken, als ich sage, wir überqueren jetzt die Straße, oder als ich ihm beschreibe, wohin unser Weg führt. „Ich habe für den Anfang einer Sekunde die Lok noch gesehen!“-„Ich habe für den Anfang einer Sekunde die Lok noch gesehen“, bis wir im Musiktherapieraum angekommen sind.

⁶ Hartmut Kapteina und Erika Decker

Er sieht sich flüchtig um und möchte sofort Verstecken spielen. Als ich auf seinen Vorschlag eingehe, löst sich etwas die enorme Anspannung. Ich zähle laut bis 20, wie er es möchte. Ab der zweiten Runde spiele ich Schlagzeug dazu. Vom Rhythmus scheint er beeindruckt zu sein. Er versteckt sich nicht sofort, hört mir erst kurz beim Zählen und Spielen zu. Dann möchte er Handpuppen verstecken. Manuel wirkt wie mechanisch auf mich. Natürliche Spielfreude oder kindliche Neugier nehme ich bei ihm kaum wahr.

Gegen Ende der Stunde, als die Handpuppen schlafen, kann er sich auf ein kurzes Spiel auf den Instrumenten einlassen. Manuel wählt zuerst die Trommel, dann das Metallophon. Ich spiele zunächst alleine. Er beobachtet mich genauestens. Ich habe das Gefühl, aus großer Unsicherheit möchte er mein Spiel kopieren. Als ich ihm sage, er darf so spielen wie er möchte beginnt er. Musikalische Interaktion fand hier nur sehr kurz statt, es war mir aber gelungen, Manuels Aufmerksamkeit für etwas Neues zu gewinnen.

2. Stunde

In der zweiten Stunde kein zwanghaftes Wiederholen von Sätzen, dafür läuft Manuel in Mustern beim Abholen. Im Keller ist der Boden gefliest, er tritt nicht auf die Fugen sondern sucht sich immer bestimmte Fliesen aus. Auf die Lieder, die ich singe, reagiert er nicht, und ich mache mir Gedanken, was ihn jetzt wohl erreichen könnte, ob er erreicht werden möchte.

Ich versuche, durch das Nachahmen und Imitieren seines Ganges, Kontakt zu ihm herzustellen. Er wird zunehmend lockerer, als ich auch in Mustern gehe und mir laut überlege, welche Fliese ich als nächstes nehme. So nimmt der Weg schon über zehn Minuten der Therapiezeit in Anspruch. Manuel freut sich an meinem Tun und es entsteht ein schönes Miteinander.

Kontaktaufnahme durch Imitation

„Beziehung hat Vorrang vor dem Inhalt“, schreibt Hans-Helmut Decker-Voigt (1991, S.111). Weiter zitiert er Benenzon: „Der Therapeut begibt sich zunächst auf die Entwicklungsebene, auf der sein Patient gerade ist, um von dort aus gemeinsam mit ihm Notwendige Änderungen im Erleben zu erarbeiten“ (ebd. S. 110).

Während der gewünschten Versteck-Runde zeigt er plötzlich sehr viel Aggressivität. Er boxt mich, schlägt nach mir oder möchte zwicken. Ich setze ruhig und klar Grenzen. Es erscheint mir unerlässlich, ihm zu sagen: „Ich möchte nicht, dass du mich schlägst.“

Aggression

Ich biete ihm Handpuppen an, die er gerne annimmt. So habe ich ihm einen positiven Übergang zurück zum Spiel ermöglicht. Er kann diese Grenze akzeptieren und bleibt im Kontakt mit mir. Manuel wählt den Tiger und die Schlange. Als er mich auch mit den Handpuppen attackiert hole ich mir den Bären. Es folgt ein kurzer Kampf, bis er ruft: „Ich möchte dir eine Geschichte erzählen!“

Das Fehlen von Emotionen, wie die Ärztin mir Manuel beschrieben hat, bestätigt sich in dieser Stunde nicht. Er zeigt Aggressionen und Wut. Manuel hat seine Aggressionen bei mir in der Musiktherapie ausagiert und die Erfahrung gemacht, dass er im geschützten Rahmen so sein darf, wie er ist. Er war nach der Stunde so entspannt, dass er zum ersten Mal konzentriert und ausdauernd in der Spieltherapie einen Lego-Parcour bauen kann.

In der Supervision wird deutlich: In der Zweierbeziehung entsteht der Impuls zu mehr Nähe, die aber für Manuel wiederum nicht aushaltbar ist. Er reagiert ungehalten und aggressiv. Aufgrund seiner Sozialisation ist Manuel auch in der Gruppe mit mehreren Personen überfordert. Er nimmt überwiegend Kontakt im negativen Sinne auf, in dem er andere Kinder auslacht oder attackiert. Beides führt zu Spannungen und sehr oft zu abrupten Kontaktabbrüchen. Ich verbinde damit das Verhalten des Kindesvaters, er hat zu Manuel nur auf rationaler Ebene Kontakt, im Sinne von „funktionieren“. Ich formuliere für mich den Zwiespalt: Nähe auf Distanz, und versuche mit genügend Abstand, innerlich wie äußerlich, den Kontakt zu halten.

Reflexion

Nähe auf Distanz

- In den nächsten Stunden ist es für Manuel wichtig, geschützte Verstecke für sich oder die Handpuppen zu finden. Er spricht es immer wieder aus und macht durch seine Mimik und Gestik die Dringlichkeit sehr deutlich. Der gewohnte Ablauf der Therapiestunden gibt ihm Sicherheit.
- Emotionaler Ausdruck* Zwanghaftes Gehen oder ständiges Wiederholen von Sätzen gehörte anscheinend nur zur Anfangsphase seiner Therapie oder ist von seiner Tagesform abhängig. In situativen Spielen mit Singen nehme ich bei Manuel verschiedene Emotionen, wie Freude, Anspannung oder Ärger wahr, erkenne sie nur in Nuancen, in kurzen Momenten im Gesichtsausdruck.
- Kinderlieder* In diesen Wochen entsteht bei Manuel zunehmend Interesse für Musik und Instrumente. Er fragt sogar nach Noten. „Du kannst doch nicht einfach so spielen!“ Als ich ihm Noten zeige und Kinderlieder am Klavier vorspiele, wird er ganz ruhig und ist äußerst aufmerksam. Manuel sagt, dass er keine Kinderlieder kennt und selber auch nicht singen kann. Ich nehme seine Begeisterung und ein kleines Wachsen unserer Beziehung war. Ich habe das Gefühl des „Nachnährens auf Distanz“.
- „Für-Spiel“* „Das Für-Spiel [...] ist eine gute Möglichkeit, etwas für den Klienten zu tun, für ihn zu spielen – im Sinne einer Zuwendung oder auch Wunscherfüllung. Er erfährt dabei, dass er von einer Bezugsperson etwas bekommt ohne Bedingungen und Gegenleistung. Dadurch wird an eine entwicklungspsychologisch sehr frühe Kindheitssituation angeknüpft“ (Timmermann, Tonius 2004, 81). Das Musik – Spielen für den Klienten im geschützten Rahmen hat nährenden Funktion...und ist wie bei vielen Patienten mit frühen Störungen, gerade in der ersten Therapiephase, von besonderer Bedeutung.

5. Stunde:

In der 5. Stunde zeigt sich deutlich, wie krank Manuel ist. Wie in den vorherigen Stunden bauen wir ein Haus aus Stoffwürfeln. Plötzlich driftet er ab, steigert sich in eine Geschichte hinein. Mitten im Spiel fixiert er in erstarrter Hocke-Haltung mit halb geöffneten Augen einen Punkt und wirkt völlig abwesend. Er sagt: „Hhhhhhh, hhhhhhh...ich hör ein Pfeifen und Heulen! Es muss etwas Gefährliches, Tödliches und Furchterregendes sein.“ Aufgrund seiner Körperhaltung denke ich an eine psychotische Reaktion mit akustischen Halluzinationen. Ich versuche ihn anzusprechen und herauszufinden, ob er weiß, dass ich mit ihm rede. Er reagiert als ich sage: „Darf ich zu dir kommen? Ich kann kein Pfeifen und Heulen hören!“ Er nimmt den Blickkontakt zu mir auf und merkt, dass ich keine Angst habe. Das beruhigt ihn und seine extreme Erstarrung löst sich. Manuel ist in der Lage auf Kommunikation einzugehen. Im Gespräch findet er zurück in die Realität und stabilisiert sich. Daraufhin möchte er - es war ein dringender Wunsch - einen Kühlschrank in sein Haus aus Stoffwürfeln bauen – wir verspäten uns um fast 10 Minuten. Unklar ist, ob es eine Inszenierung, eine starke Vorstellung ist, oder ob nur das Spielangebot zur Phantasie einlädt.

6. Stunde:

In der darauf folgenden Stunde wird der Kühlschrank wieder zum Thema. „Da ist gar nicht kalt drinnen“, sagt er, „und Platz habe ich da auch. Da kann ich mich verstecken, der ist groß genug für mich, da bin ich geschützt.“ Ich mache mir Gedanken, ob es einen Zusammenhang mit realen Bedrohungen gibt.

In einer Besprechung im Arztzimmer wird deutlich, dass Manuel aufgrund seiner dramatischen Vergangenheit Erfahrungen mit seinen Zuständen hat und sich oftmals selbst über Aktionen reguliert. Weiter berichtet die Ärztin von einer ähnlichen Situation in der Tagesklinik, in der Manuel ebenfalls abdriftet und sich so in seine Aggressionen steigert, dass die Betreuerinnen den Verdacht auf einen epileptischen Anfall äußerten und sie selbst daraufhin ein EEG veranlasste.

Da sich der Verdacht nicht bestätigte, war die Erklärung, dass Manuel in Übererregung wohl zu dramatischen Notreaktionen neigt. Sie regt an, Manuel im Spiel immer die Wahl zu lassen, Ressourcen-orientiert und stabilisierend zu arbeiten.

7. Stunde

Ab der 7. Stunde legt Manuel viel Wert auf das Begrüßungslied:

Ich habe dieses Lied zu Beginn jeder Therapie-stunde gesungen, erst jetzt scheint es bei ihm angekommen zu sein. Ein Ritual, das die Beziehung festigt und sehr wichtig für Manuel wird.

```

||| Hallo Manuel, hallo Manuel!
||| Hallo Manuel, hallo Manuel,
||| schön, dass du da bist,
||| schön, dass du da bist,
||| schön, dass du da bist!
||| Hallo Manuel, hallo Manuel!
|||

```

Begrüßungslied

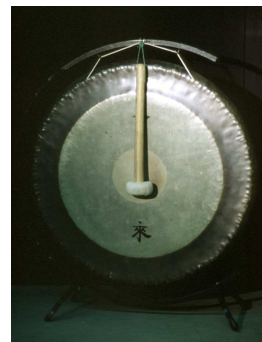
„Lieder und musikalische Formen mit einem klaren Aufbau, Anfang und Ende ... sind stabilisierend und vertrauensbildend, weil sie Struktur, Grenze und Ordnung bieten. Alle musiktherapeutischen Rituale, wie etwa Begrüßungs- und Abschiedslieder singen, dienen der Vermittlung von Sicherheit, der Stabilisierung und der Ich-Stärkung“ (Frohne-Hagemann / Pleß-Adamczyk 2005, S. 157).

Ungefähr ab diesem Zeitpunkt wird Nähe für Manuel aushaltbarer. Ich spüre, dass die Beziehung weiter wächst und entspannter wird. Innerhalb der nächsten Stunde gelingt es sogar, mit ihm die Toilette aufzusuchen. Wie vorher bereits erwähnt, ist dieses Thema sehr belastet und ist als Zeichen der zunehmend entspannten therapeutischen Beziehung zu bewerten. Nachdem er den lautstarken Kampf gegen das Toilettenpapier beendet hat, höre ich ihn das Begrüßungslied singen.

Nähe

Begrüßungslied

Auf dem Weg zurück in den Musiktherapieraum sagt er mir, dass er jetzt ein Abenteuer mit Freunden erleben will. Im Musiktherapieraum spiele ich den Gong an, das Abenteuer kann beginnen. Ich nehme bei Manuel deutliches Interesse für den Gong war, aber auch seine Hemmung Neues auszuprobieren. Ich habe das Gefühl, dass in diesem Moment ein Erfolgserlebnis sehr stärkend für Manuel wäre. Ohne ihn überfordern zu wollen, möchte ich ihn motivieren den Gong anzuschlagen. Daraufhin antwortet er mir: „Ich kann das nicht.“ Ich zeige es noch einmal und sage, „ich würde mich freuen, wenn du es einmal ausprobierst“. „Gut“ sagt Manuel, nimmt den Schlägel, spielt tatsächlich den Gong an und freut sich riesig, als es ihm gelingt.



Gong

„...Kommunikation zusammen mit Bestätigung vermittelnden Momenten können das schwache Ich des Patienten stützen und stärken“ (Strobel / Huppmann 1997).

Ich-Stärkung

10. - 13. Stunde:

In den folgenden Wochen erlebe ich Manuel fröhlich, selbstbewusst und kreativ. Er kommt schon vorbereitet mit neuen Geschichten und Spielvorschlägen in die Musiktherapiestunden und zeigt mehr Vertrauen. Das Hauptthema ist „Retten und gerettet werden“. Ich werde Mitspieler in seiner Phantasiewelt und erlebe Manuel als nach Außen sehr selbstbewusst und stark wirkendes Kind, spüre aber im Gespräch mit ihm tiefe Verunsicherung. Als Person mit eigenen Ideen und Interessen wahrgenommen und geschätzt zu werden, ist ein noch neues Gefühl für Manuel.

„Retten und Gerettet werden“

Das Spielzeug bildet in unseren Stunden eine Brücke zu den Musikinstrumenten. Ich baue sie in die Spiele mit ein, die Manuel vorschlägt: So ist Musik Medizin in Form einer Klangmassage, oder er findet in einem „Kohlenberg“ aus Stoffwürfeln die Leier, eine Kalimba und die kleine Klangschale. Er beschreibt sie als Schatz: „Da müssen früher mal die Römer gewesen sein, der Schatz ist wertvoll. Den müsste sich eigentlich ein Archäologe näher ansehen.“ Er spielt sie nacheinander an. Er lauscht den Klängen nach, bis er sie nicht mehr hört.

Instrumente als Spielzeug

Im Austausch mit den Betreuerinnen und der Ärztin erfahre ich, dass Manuel sich zur Zeit an keine Regeln und Grenzen hält. Daraus ergibt sich eine Erweiterung des Auftrages an mich, mit Grenzen umzugehen.

14. und 15. Stunde:

Aggression und Grenzen Manuel ist sehr angespannt und gereizt. Seine Ton- und Wortwahl sind sehr aggressiv. Abwägen: Ein gewisses Maß an Aggressionen ist gesund und gehört zur Entwicklung. Grenzsetzung ist Beziehungsarbeit und somit therapeutisch. Im Hinblick auf das erweiterte Therapieziel, mit Grenzen umzugehen ist es wieder nötig, ihm durch sachliche Hinweise auf sein Verhalten diese zu setzen. Ich mute ihm zu, dass ich Grenzen habe. Mit der Intervention, aggressive Impulse auf eine spielerische Ebene zu übertragen, schlage ich ihm vor, mit ihm zu Trommeln oder gemeinsam Klavier zu spielen.

„Für-Spiel“ Er entscheidet sich für das Klavier, ich soll aber nur für ihn spielen. Manuel geht durch den Raum und wird dabei ruhiger. Seinen Frust und die aggressiven Verhaltensweisen verklingen. Er findet Trost und Beruhigung, fühlt sich angenommen. In dieser Situation kann er meine Grenze akzeptieren und meinen Spielvorschlag aufgreifen. Dadurch wird eine positive Beziehung deutlich.

Wunsch Musik zu machen wächst Manuel geht einen kleinen Entwicklungsschritt vom „Ich“ zum „Du“ und „Wir“. Musikinstrumente haben in dieser Phase der Therapie größeren Aufforderungscharakter. Manuel zeigt Initiative, indem er für mich und die Handpuppen verschiedene Musikinstrumente anspielt. Klänge und Töne, die er selber spielt, bereiten ihm Freude und machen ihn sehr stolz. Der Wunsch Musik zu machen wächst. Manuel begleitet ab März unser Begrüßungslied zu Beginn jeder Stunde mit den Bassklangstäben.



Gesunde Anteile werden immer deutlicher erkennbar, in einem Austausch mit der Ärztin bestätigt sich dies. Auch ihr gegenüber zeigt Manuel phasenweise adäquateres Verhalten.

17. Stunde:

Als ich Manuel abhole möchte er nichts erzählen und auch keine Lieder hören. Ich passe mich seiner Stimmung an und versuche zu spüren, was er jetzt braucht.

Beim „Wackelpelze“ suchen gibt er mir im Befehlstone Anweisungen. Ich empfinde es noch an der Grenze und überhöre erst einmal seinen Ton. Kurze Zeit später spielt er ein Erdbeben. Das aus Stoffwürfeln gebaute Haus bringt er zum Einstürzen. Manuel lacht, er wirkt erleichtert und zufrieden danach. Er zeigt in dieser Stunde Selbststeuerung und Regulation, kann seine Aggressionen selbstständig ins Spiel verlagern. Für Manuel ein großer Fortschritt.

Weiterer Verlauf:

„Für-Spiel“ In den weiteren Stunden hält sich Manuel sehr genau an unsere vereinbarten Spielregeln und wünscht sich immer wieder, dass ich für ihn Schlagzeug, Klavier oder Gong spiele. Er genießt diese Form von Zuwendung. Der Umgang zwischen uns ist stressfrei, Manuel fühlt sich wohl.

Musik und die Musiktherapie bedeuten ihm viel, berichten mir die Betreuerinnen. Die Ärztin stellt eine positive Entwicklung bei Manuel fest. Auf ihre Anfrage entschied ich mich im April, die Therapie mit Manuel über meine Praktikumszeit hinaus bis Ende Juli fortzusetzen.

Es folgt eine entspannte Phase der Therapie mit Musik und Bildern. Während Manuel malt spiele ich das Klavier, oder das Saitenspiel und summe und singe:

Wie viel Farben hat die Welt?
 Frag den Regenbogen,
 der am hohen Himmelszelt,
 seine Bahn gezogen,
 was dein Auge sehen kann,
 zeigt er dir so schön,
 all die andern Farben kann,
 nur dein Herz verstehn,
 kann nur dein Herz verstehn.
 Melodie und Text: Rolf Zuckowsky

Malen zu Musik

Die Abschiedsphase

Aufgrund der frühen Erfahrungen eines plötzlichen Beziehungsabbruches⁷, ist das Thema Abschied für Manuel schwierig zu verarbeiten. Es wird in der Therapie wichtig, einen guten und bewältigbaren Abschied gemeinsam zu gestalten, und somit Manuel korrigierende Erfahrungen zu ermöglichen.

Abschied

Bereits im Juni lege ich für die Anzahl der verbleibenden Stunden bis Ende Juli kleine Stoffsäckchen als Kalender. Er wirkt betroffen und verarbeitet seine spürbare Trauer über das Ende der Therapie in seinen Geschichten mit den Handpuppen Affe und Tiger. Wir erleben zusammen gefährliche Abenteuer. Der Affe stirbt. Manuel sagt: „Der Affe ist tot. Der war mein Lieblingstier.“ Tatsächlich hat er während des gesamten Therapieprozesses den Affen immer wieder mir zum Spielen gegeben. Manuel entdeckt ein Grab unter der Matratze und beerdigt den Affen. Er verdeckt sein Gesicht und spielt ein Weinen. Ich begleite seine Trauer mit dem Spiel auf der kleinen Leier, summe und singe, und lasse ihn wissen, dass ich auch traurig bin. Für einen Augenblick sitzen wir zusammen, die traurige Atmosphäre ist spürbar. Dann steht Manuel auf und möchte noch ein letztes Mal Verstecken spielen. Er steckt mir den Tiger unter mein T-Shirt: „Da ist er geschützt.“ Er freut sich und umarmt mich.

Zum Abschluss der Stunde spielen wir gemeinsam am Schlagzeug. Manuel ist dabei sehr ausgelassen. Er geht fröhlich mit mir zu seiner Betreuerin und den anderen Kindern.

Insgesamt entsteht für mich der Eindruck, dass ein runder und für Manuel bewältigbarer Abschied gelungen ist.

Zur Entwicklung des Patienten:

Manuel konnte das Angebot der Musiktherapie gut für sich nutzen. Ich konnte zu ihm eine tragfähige Beziehung aufbauen, so dass er belastendes Material in der Therapie inszenieren und im Rahmen seiner Möglichkeiten bearbeiten konnte. Manuel zeigte in der Therapie Potential in der Zweierbeziehung, in dem er meine Grenzsetzungen wahrnahm und bewältigte und dabei erlebte, dass diese nicht zu Streit, Strafen oder zum Kontaktabbruch führten.

Resümee

Dies war für Manuel ein wichtiger Entwicklungsschritt, betrachtet man seine frühkindlichen Vorerfahrungen mit dem erkrankten Vater und einer hilflosen und überforderten Mutter. Er konnte zunehmend seine Bedürfnisse in adäquater Weise äußern und umsetzen.

Eine meiner Hauptaufgaben war das Aufgreifen zwanghafter Verhaltensweisen. Zwänge stehen für ein hohes Kontrollbedürfnis, geben Halt, Struktur und Sicherheit. Zwanghafte Symptome klangen im Laufe der Behandlung immer weiter ab, was darauf schließen lässt, dass Manuels zwanghafte Verhaltensweisen erlernt,

Zwanghaftes Verhalten

⁷ als seine Mutter plötzlich ins Krankenhaus musste

aber nicht grundsätzlich notwendig sind. Er hatte das Verhalten seines Vaters verinnerlicht. Indem er sich nach und nach für andere Bezugspersonen öffnet, auf diesem Weg Halt und Orientierung erfährt, sinkt für Manuel die Notwendigkeit von Zwängen.

Während der Musiktherapie zeigte die Behandlung noch keine Wirkung nach Außen in die Gruppe aber sie ermöglichte wichtige erste Schritte zur Ich- und Selbstwertstärkung und der Persönlichkeitsentwicklung, um den entwicklungspsychologischen Übergang zwischen Dyade und Triade zu vollziehen.

Fazit Die zentrale Basis innerhalb der Therapie ist die Beziehung zum Klienten, in der durch die Empathie des Therapeuten, hemmende Verhaltensmuster korrigiert und somit neue Erfahrungen ermöglicht werden. Je tiefer die Persönlichkeitsstörung, umso schwerer die Therapierbarkeit. Wenn Störungen so tief sind und weit zurückgehen in der Entwicklung, wie bei Manuel beschrieben, ist es wichtig die Therapie über die Dyade zu beginnen.

Mit der Musik steht ein niedrig-schwelliges Kontaktmedium bereit, über das Kinder und Jugendliche für Ihre Eigen- und Fremdwahrnehmung sensibilisiert werden. Die Ausweitung auf Methoden und Techniken der integrativen Therapie habe ich als hilfreiche Ergänzung erfahren, um flexibel auf die Bedürfnisse meines kleinen Patienten eingehen zu können, und im Rahmen der Therapieziele zu handeln.

Literaturverzeichnis

- Brunnhuber, Stefan/ Lieb, Klaus (2000): Psychiatrie. Jena
- Bunt, Leslie (1998): Musiktherapie - Eine Einführung für psychosoziale und medizinische Berufe. Weinheim und Basel
- De Backer Jos, Jan Van Camp (1999): Spezifische Aspekte der musiktherapeutischen Beziehung in der psychoanalytisch orientierten Musiktherapie. Veröffentlichung zum Vortrag innerhalb des zweiten Weltkongresses für Psychotherapie in Wien
- Decker-Voigt, Hans-Helmut/ Knill, Paolo J./ Weymann, Eckhard (1996): Lexikon Musiktherapie. Göttingen
- Decker-Voigt, Hans-Helmut (1991): Aus der Seele gespielt. München
- Frohne-Hagemann, Isabelle / Pleß-Adamczyk, Heino (2005): Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter. Göttingen
- Frohne-Hagemann Isabelle (1999): Musik und Gestalt. Göttingen
- Hegi, Fritz (1986): Improvisation und Musiktherapie. Paderborn
- Klußmann, Rudolf (2002): Psychosomatische Medizin. Heidelberg
- Levine, Peter A./ Kline, Maggie (2005): Verwundete Kinderseelen heilen. München
- Mahns, Beate (1997): Musiktherapie bei verhaltensauffälligen Kindern. Stuttgart
- Metzmacher, Bruno / Petzold, Hilarion / Zaepfel, Helmut (1996): Praxis der integrativen Kindertherapie, Bd.2. Paderborn
- Peters, Uwe Henrik (2004): Lexikon Psychiatrie, Psychotherapie und Medizinische Psychologie. München
- Petzold Hilarion / Ramin Gabriele (1995,3): Schulen der Kinderpsychotherapie. Paderborn
- Renz, Monika (1996): Zwischen Urangst und Urvertrauen. Paderborn
- Richter, Kurt F. (2003): Erzählweisen des Körpers. Seelze – Velber
- Smeijsters, Henk (1999): Grundlagen der Musiktherapie. Göttingen
- Schlippe, A. von / Schweitzer J. (1996): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen
- Strobel Wolfgang / Huppmann Gernot (1997): Musiktherapie – Grundlagen, Formen Möglichkeiten. Göttingen
- Timmermann, Tonus (2004): Empfinden - Hören – Sehen. Wiesbaden

Timmermann, Tonius (2004): Tiefenpsychologisch orientierte Musiktherapie. Wiesbaden
Timmermann, Tonius (2003): Klingende Systeme. Heidelberg

Birgit Billes

St. Ulrich Str. 25

86343 Königsbrunn

Tel. 08231 – 32682

Seit Oktober 2000 gebe ich Trommelkurse und bin im Rahmen von Suchtpräventionen in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt an Schulen im Landkreis Augsburg tätig.

November 2006: Abschluss der Musiktherapeutischen Zusatzausbildung

April 2007: Prüfung in Heilkundlicher Psychotherapie (HPG)

Seit Mai 2008: Praxis für Musiktherapie und Psychotherapie (HPG)