

„Zwei Seelen wohnen - ach - in meinem Leib.“ Musiktherapeutische Arbeit mit einer bulimischen Jugendlichen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Katharina Regenbrecht

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätskliniken Köln ist in einem eigenen Gebäude auf dem weiträumigen Gelände der Universitätskliniken untergebracht. Es ist ein großes rotes Backsteinhaus, umgeben von alten Bäumen, mit einem dazugehörigen Spielplatzgelände, welches mit einem Zaun umschlossen ist. Die Einrichtung existiert seit 1988. Im Herbst 1994 wurde auf der Rückseite des Geländes mit dem Neubau eines Therapiehauses begonnen, der "Villa Kunterbunt". Das alte Gebäude ist längst schon zu eng geworden.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

In der Klinik werden Kinder und Jugendliche aus dem Großraum Köln stationär, tagesklinisch und ambulant behandelt. Die stationäre bzw. tagesklinische Aufnahme erfolgt über die Ambulanz, in wenigen Fällen durch niedergelassene Psychiater.

Die drei Stationen - Kinderstation, offene Jugendstation und Tagesklinik, geschlossene Jugendstation - sind gemischt-geschlechtlich belegt und verfügen über eine Bettenzahl von 25, (Kinderstation 10, offene Station 5 plus 5 tagesklinische Plätze, geschlossene Station 9 plus ein Notfallbett). Die Zimmer teilen sich zum größten Teil drei Jugendliche, Einzelzimmer stehen auf den Jugendstationen je einer PatientIn zur Verfügung.

Behandelt werden vorrangig PatientInnen mit neurotischen, psychosomatischen und psychotischen Erkrankungen (Essstörungen, Psychosen, Manien, Depressionen, Suicidalität, hyperkinetisches Syndrom HKS, Phobien) sowie krisenhaften Entwicklungen der Adoleszenz bis zum Alter von 18 Jahren. Ältere sind die Ausnahme. Vorstellig werden die PatientInnen entweder auf eigenen Wunsch oder, was häufiger der Fall ist, auf Wunsch der Angehörigen. Die Dauer des Aufenthaltes liegt zwischen sechs Wochen und acht Monaten.

Essstörungen

Zum therapeutischen Team gehören Pflegekräfte, ErzieherInnen, SozialpädagogInnen, PädagogInnen, HeilpädagogInnen, TherapeutInnen sowie PsychologInnen, Assistenz- und FachärztInnen.

Therapeutisches Team

Zahlreiche Besprechungen gewährleisten ein möglichst stabiles Beziehungssystem: Supervision für TherapeutInnen, Fallbesprechungen, Visiten, tägliche Übergeben, Schulbesprechungen, stationsinterne Treffen, Wochenreflexionen.

Für jede PatientIn existiert eine Akte, in die alle Bezugspersonen ihre Eintragungen machen. So ist die Informationsweitergabe auch dann gesichert, wenn ein persönliches Gespräch nicht stattfinden kann.

Neben medikamentöser Behandlung werden Gesprächstherapie, Musik-, Ergo- und Bewegungstherapie in Einzel- und Gruppensitzungen angeboten.

Wenn möglich wird die Familie bzw. das Bezugspersonen - System in den therapeutischen Prozess miteinbezogen. Es finden sowohl gemeinsame Gespräche zwischen TherapeutIn - PatientIn - Bezugsperson(en) statt, als auch nur zwischen TherapeutIn und Bezugsperson(en).

Familien und Bezugspersonen

Im Klinikalltag hat jede PatientIn eine feste AnsprechpartnerIn, die sie im (teil-)stationären Alltag bei Problemen, Sorgen, Wünschen und Vorschlägen begleitet.

Therapiegruppen

Weitere Angebote sind: freiwillige und festgelegte Gesprächs- und Aktivitätsgruppen, z.B. trifft sich einmal wöchentlich die „Essstörungsgruppe“, montags wird eine Sport-, Spiel- und Bewegungsgruppe angeboten, dienstags Werken und

Gestalten. Während der Schulferien werden Ferienfreizeitprojekte organisiert. Eine verbindliche Teilnahme gilt für das wöchentliche „Blitzlicht“ am Montag, das Stationsplenum und den Wochenausklang. Der Tagesablauf ist ebenfalls verbindlich geregelt.

Klinikschule Die Beschulung erfolgt je nach Situation auf der geschlossenen Station, durch die der Klinik angeschlossenen Schule oder in der Heimatschule. Einige Jugendliche machen während ihres Aufenthaltes z.B. ein Praktikum.

Ausstattung der Musiktherapie Die Musiktherapie ist in das therapeutische Gesamtgeschehen eingebunden, obwohl es auch immer wieder Kämpfe um Raum und Instrumente, angemessener Beachtung bei der Bezahlung der Arbeit gibt. Musiktherapie wird, wie in vielen anderen Institutionen, eklatant unterbezahlt. Hier liegt eine auffällige Diskrepanz zu anderen Psychotherapien wie den klassischen Gesprächstherapien. PsychologInnen oder ÄrztInnen überziehen ihre Gespräche, obwohl sie wissen, dass eine Musiktherapiestunde folgt oder Termine von Musik- und Ergotherapie wurden überschneidend geplant. Gerade von medizinischer Seite sind Abgrenzungen spürbar. Musiktherapie wird als begleitende oder unterstützende Therapie neben den klassischen „Haupt-Therapien“ angesehen, obwohl von ihr oft die entscheidenden Impulse für den Fortgang des therapeutischen Geschehens ausgehen.

*Musiktherapie-
raum*



Der Musiktherapieraum befindet sich im Keller und ist gleichzeitig Bewegungstherapieraum. In einem Vorraum stehen u.a. eine Tischtennisplatte, ein Fußballkicker, die gelegentlich während der Musiktherapie-Stunden genutzt werden. Mit der Bitte um etwas mehr Ruhe müssen dann die spielenden Patientinnen auf die Laut-

stärke aufmerksam gemacht werden.

Der Musik- (und Bewegungs-) Therapieraum ist acht Meter lang und vier Meter breit, mit einem hellen Holzboden ausgelegt und weiß gestrichen. Er bedarf dringend der Renovierung, da an einigen Stellen Putz und Farbe von den Wänden abblättern und er feuchte Stellen hat. Vor zwei Monaten wurde ein Telefon installiert, was u.a. Zeit und Wege in die oberen Stockwerke erspart, falls sich Jugendliche verspäten.

Der Raum hat vier Fenster, durch die aber nur im Sommer aufgrund der Kellerlage ausreichend Tageslicht fällt. Darüber hinaus liegt über den Fenstern eine Gitterrampe, der Ausgang zum Haupteingang des Gebäudes. Dies bedeutet, dass hier gerade bei besserem Wetter im Sommer ein reges Hin- und Herlaufen stattfindet. Auch dies hat mich anfangs irritiert; im Laufe der Zeit habe ich mich aber daran gewöhnt. Auf der anderen Seite ist an manchen Tagen schönes Vogelgezwitscher zu hören.

Feste Einrichtungsgegenstände für die Bewegungstherapie sind eine 2 x 3 m große Turnmatte, die hoch gelehnt an der Wand steht, zwei helle Holzbänke und fünf dünne aufeinander gestapelte Turnmatten (1,50 x 80 cm).

Die Musikinstrumente müssen täglich auf- und abgebaut werden, da vormittags die Bewegungstherapie - Stunden stattfinden. Sie befinden sich in einem anschließenden Kellerraum. Dort stehen abschließbare Schränke für kleinere Instrumente und das Aufnahmegerät mit Mikrofon und Kassette sowie ein komplettes Schlagzeug.

Bei der Auswahl der PatientInnen zur Musiktherapie wirken PsychologInnen, ÄrztInnen, TherapeutInnen und StationsmitarbeiterInnen zusammen. Kriterien sind neben dem Störungsbild Persönlichkeitsmerkmale im Detail, u.a. Ausdrucksvermögen und Kontaktmöglichkeiten und -störungen. Nicht zuletzt spielt die mehr oder weniger enge und/oder gute Zusammenarbeit der MitarbeiterInnen eine Rolle. In der Regel soll nach drei Sitzungen entschieden werden, ob die Musiktherapie für die jeweilige PatientIn angebracht ist.

Indikationsstellung für die Musiktherapie

Bulimia leitet sich aus dem Griechischen „bous“ = Ochse und „limos“ = Hunger ab, bedeutet also "Ochsenhunger". Im übertragenen Sinn ist dieser große, verzehrende Hunger nicht auf Nahrung hin zu interpretieren, sondern ein Ausdruck für die Suche nach Inhalten, Aufgaben, Anerkennung, Gefühlen und einem tieferem Sinn im Leben. Die bulimische Frau (Mädchen) deutet diese "Sehn - Sucht" jedoch nicht als Signal ihrer Psyche, sondern versucht sie auf physische Weise zu dämpfen.

Bulimie

Das Phänomen Bulimie wurde 1980 durch neue Diagnose-Kriterien, abgegrenzt von der Magersucht (Anorexia Nervosa), beschrieben. Es ist kein Novum unserer Zeit, verbreitet sich aber seit den 70er Jahren verstärkt (der erste Beleg der Bulimie als Krankheitserscheinung geht zurück auf Homer um 800 v.u.Z.). Die Verbreitung ist im Zusammenhang mit unserer Überflussgesellschaft zu sehen: ein Überangebot von Nahrungsmitteln, neue Essrituale (Fast-Food), dem gegenüber Figur und Gewicht als äußere Gradmesser für Erfolg und gesellschaftliche Attraktivität stehen. Der „Schlankheitswahn“ fordert seine Opfer. Lust am Essen büßen viele Menschen ein, und Abnehmen wird zur Lebensaufgabe.

In erster Linie sind es in unserer Gesellschaft Frauen, die essstüchtig werden. Dies liegt an geschlechtsspezifischen Rollenzwängen, Rollenkonfusionen, unrealistischen Schönheitsidealen und konventionellen Erziehungsmustern. Sogenannte „typisch weibliche Qualitäten“ wie Anpassungsfähigkeit, Einfühlsamkeit, Selbstlosigkeit, Weichheit usw. begünstigen die Kompensation von psychischen Konflikten durch Essen und Erbrechen. Das zwanghafte Bemühen abzunehmen steht aber am Anfang jeder Ess-Brechsucht.

Die Bulimie weist folgende Merkmale auf:

- wiederholte Episoden von Heißhungeranfällen; während der Fressattacken besteht das Gefühl, keine Kontrolle mehr über das Essverhalten zu haben,
- regelmäßiges selbstinduziertes Erbrechen, Gebrauch von Abführmitteln und/oder rigorose Diäten oder Fasten, um die Effekte der Fressattacken zu reduzieren,
- Zentriertheit auf die eigene Körperform,
- die Muster des Denkens, Fühlens und Urteilens verlaufen in Entweder-Oder Kategorien. ("Entweder beherrsche ich meinen Körper, oder er beherrscht mich. Entweder leiste ich etwas Besonderes, oder ich bin eine Null, eine Versagerin. Entweder bin ich der Familie total verbunden oder ganz draußen".) Es gibt keinen dritten Weg, keine Alternative dazu.
- die Bulimikerin tut viel "für andere", sie erduldet Situationen, Konflikte usw.,

- sie kann sich selbst nichts gönnen, verausgabt sich.

Essen ist etwas Lebensnotwendiges und im Regelfall völlig Normales. Das künstliche Erbrechen gilt als pervers. Die Betroffenen verheimlichen daher ihr Verhalten und es entsteht ein zusätzlicher Leidensdruck.

Das Muster Entweder - Oder ist durch den Kampf von zwei inneren "Ichs" bedingt. Das "gute Ich" ist von der Betroffenen akzeptiert. Es zeigt sich außen, durch die Figur symbolisiert. Die Bulimikerin ist in der Regel normalgewichtig, ihre Figur ein Beweis für die Bezähmbarkeit der Gier (des „bösen Ichs“). Das „gute Ich“ sagt nicht „nein“, ist bemüht zu helfen, sensibel und aufmerksam für die Probleme anderer. Es fungiert als Deckmantel von Schuldgefühlen und als selbstverordnete Buße.

Das „böse Ich“ wird als jemand anderes empfunden: „Eine Marionette, deren Fäden ein anderer in der Hand hat“ (Langsdorff, S. 26). Der „Teufel“, das gierige Wesen, die Über-Macht, die von ihr Besitz ergreift. Von ihm wird sie zu etwas gezwungen und ist nicht selbst verantwortlich.

Es gibt nicht die eine, alles erklärende Ursache für die Essstörung Bulimie. Vielmehr ist es ein Krankheitsphänomen, das durch die Interaktion soziokultureller, intra- und interpersonaler Faktoren verursacht und aufrechterhalten wird.

Aus verhaltenstherapeutischer Sicht wird die Ess-Brechsucht nach einem lerntheoretischen Modell mit einem falsch erlernten Essverhalten erklärt. Begünstigt wird dies u.a. durch bestimmte Zwänge oder Tischsitten – „was auf dem Teller ist, wird aufgegessen“ - oder die praktizierte Strategie von Eltern, Essen als Belohnung oder Essensentzug als Bestrafung einzusetzen.

Unter psychoanalytischer Betrachtung wird frühkindliche Deprivation in der Mutter-Kind Beziehung hervorgehoben, aus der orale Fixierung resultiert. Bulimie wird als Suche nach menschlicher Nähe und Schutz sowie als Kampf um Autonomie oder Ausleben von Wut und Aggressionen gegen die Mutter gedeutet

Die orale Phase ist von dem Zustand der Verschmelzung des Säuglings mit der Mutter und zugleich von dem Moment des Nährens und Versorgens geprägt. Der Säugling erlebt sich in der Symbiose mit der Mutter und daher auch die Nahrungsaufnahme noch nicht getrennt von der Bindung. Mutter und Nahrung werden als eins erlebt. Im Gelingen dieses frühen Gebens und Nehmens entscheidet sich die grundlegende Sicherheit, auch als „Urvertrauen“ (Erikson) bezeichnet. Bekommt der Säugling nicht die nötige Nähe und Resonanz, entsteht bei ihm ein existentielles Mangelgefühl und massive Angst, denn er ist hilflos ausgeliefert. Es entsteht eine unersättliche Sehnsucht nach Nähe und Nahrung, die zugleich die Angst aktualisiert, nicht erfüllt zu werden.

Ebenso wie ein zu wenig an Resonanz kann sich eine „Überfütterung“ mit Nahrung und Fürsorge negativ auswirken. Die verschiedenen Hunger - Ebenen, also die körperliche und die seelische, können nicht eindeutig von einander unterschieden werden.

Nach und nach wird die totale Symbiose zwischen Mutter und Kind gelöst. Mit dieser Loslösung einhergehend entstehen die ersten Zähne des Kindes, es kann nun beißen, zupacken, festhalten. Freud nannte diese Phase „oral – kannibalistisch“. Durch die beißende Mundtätigkeit kann das Kind zerstören und einverleiben.

Da es sich noch als Einheit mit der Mutter empfindet, phantasiert es, dass die Mutter es ebenso einverleiben, d.h. vereinnahmen möchte. Das Mutter - Kind Verhältnis ist also ambivalent: Das Kind wünscht Verschmelzung und andererseits Aggressionen und Einverleibung. Kann die Mutter aggressive, d.h. auf Lebendigkeit hinzielende Impulse zulassen (agredi = lat.: herangehen), erlernt das Kind sich

nach und nach als von der Mutter getrennt, als eigenständiges Subjekt zu begreifen. „Übergangsobjekte“ wie ein Kissenzipfel, ein Tuch oder der Teddybär erleichtern den Prozess. Die Ambivalenz kann gelöst werden.

Kann die Loslösung nicht in der ihr angemessenen Zeit stattfinden, kann es bei der weiteren psychischen Entwicklung zur Überbetonung des Oralen kommen. Sowohl eine abrupte Trennung oder starke Ablehnung als auch ein Klammern der Mutter behindern das Kind bei der Entwicklung seiner Identität. Es bildet kein autonomes Ich mit einem autonomen Körper aus. Das Ich bleibt weiterhin identisch mit der Mutter.

In der Bulimie vereinen sich der Wunsch nach Verschmelzung = Nahrung/Nähe mit dem nach Aggressionen = Erbrechen. Das Erbrechen ist ein auto-aggressiver Akt, auf das eigene (Mutter-) Ich gerichtet. (vgl. Irmtraud Tarr-Krüger "Verhungern im Überfluss" und "Bulimie und Widerstand", Heidelberg 1989, 1990).

Die Familientherapie geht davon aus, dass die Familienstruktur das Kind in seiner persönlichen Entwicklung massiv behindert. Nach außen gibt diese Familie zu meist ein Bild perfekter Harmonie ab, die inneren Strukturen sind jedoch erschüttert. Es gilt: "Nur nicht auffallen". Eine starke Identifikation mit der Familie wird gefordert. Spontane Impulse werden unterdrückt und hinterlassen Schuldgefühle. Konflikte schwelen lange oder werden lautstark ausgetragen, nicht aber konstruktiv gelöst. Kinder übernehmen Vermittlerfunktion zwischen den Eltern und sind damit überfordert. Häufig hat ein Elternteil eine starke Bindung an die Herkunftsfamilie. Es herrscht ein hoher Leistungsanspruch und das Prinzip, dass 'man' sich nichts Gutes gönnen darf.

Feministinnen haben auf den Zusammenhang der Essstörung mit Rollenzwängen und Rollenkonflikten in einer männlich orientierten, patriarchalisch organisierten Gesellschaft aufmerksam gemacht. Sie wiesen einen ursächlichen Zusammenhang von Essstörungen und vergangenen und/oder andauernden sexuellen Übergriffen und sexueller Gewalt in der Kindheit und während des Heranwachstums nach.

Wichtig sei die Einstellung der Mutter zu ihrem eigenen Körper. Steht sie diesem ambivalent oder feindselig gegenüber, überträgt sie die Spannung auf die Tochter. Das Mädchen kämpft im Übergang zur Frau mit widersprüchlichen Gefühlen. Sie sucht Identität, ihre Persönlichkeit. Ihr Körper kann ihr zu Anerkennung, Zuwendung und Genuss verhelfen, aber auch schwanger werden, dick werden, er kann sie zum Objekt machen. Diese Verunsicherung kann in eine Essstörung münden.

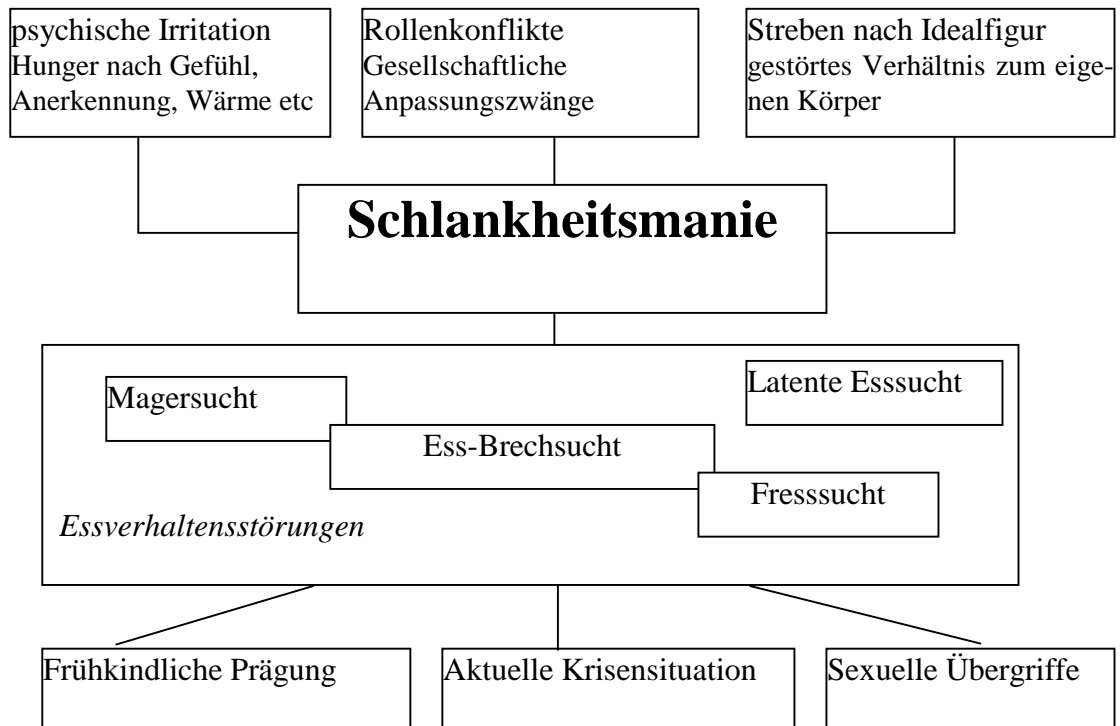
Die 'Flucht' in eine Ess-Brechsucht kann als Versuch gesehen werden, Unvereinbares zu vereinbaren: Frauen geben die ihnen zugeschriebenen Eigenschaften wie Selbstlosigkeit und Passivität auf und handeln im Essen aktiv und aggressiv (was Männern zugeordnet ist). Durch das Erbrechen machen sie die Handlung ungeschehen. Es ist ein symbolischer Ausbruchsversuch, bei dem Frauen aber ihren konventionellen Rollenzuweisungen als Frau verhaftet bleibt. (vgl. Langsdorff, 1995)

Auf weitere sozio-kulturelle Faktoren weist Tarr-Krüger hin: In einer „bulimischen Gesellschaft“ werden Reize permanent angestachelt und Konsumgüter wahllos gehäuft. Ohne Spuren zu hinterlassen werden diese Konsumgüter durch das scheinbar perfekte Abfallsystem wieder eliminiert. Der Satz „Design ist wichtiger als Sein“ (Tarr-Krüger) drückt die zunehmende Distanzierung vom eigenen wie vom fremden Körper aus. Ein strenges Schlankeitsideal und die Normierung des Körpers werden immer wichtiger. Das Auge als Fernsinn wird zunehmend gefordert, während Nahsinne wie Tasten, Riechen und Schmecken verkümmern.

Alle Ursachen bedingen, daß Essen zur Bewältigung problematischer Gedanken und Gefühle eingesetzt werden.

In den seltensten Fällen sind physiologische Ursachen Auslöser einer Bulimie, z.B. Veränderung der Schilddrüsenfunktion

Hintergründe der Bulimie:



aus: Langsdorff, 1995, S. 34

*Widerstand und
Essstörung*

Sowohl die Verhaltenstherapie als auch die Psychoanalyse vertreten durch die Betonung von Mängeln (an falsch erlerntem Essverhalten, an Identität und Autonomie) defizitäre Ansätze, während bei der Familientherapie und bei dem feministischen Ansatz deutlich wird, dass das Mädchen/die Frau rebelliert.

Irmtraud Tarr-Krüger wertet den Begriff „Widerstand“ als zentrales Moment (vgl Tarr-Krüger, 1990, 117 ff). Sie versteht Bulimie als besonders intensive und rebellische Antwort auf die Verflechtung der ursächlichen psychologischen und sozialen Probleme. Der Intensität liegt eine besondere Verletzlichkeit und Sensibilität hinsichtlich des Selbstgefühls der Frau und ihrer geschlechtsspezifischen Rolle zugrunde.

Es ist ein vitaler Kampf, den die Frau um ihre wesentlichen Bedürfnisse führt, die sie aber weder erfolgreich unterdrücken kann und 'frißt', noch ihnen Berechtigung verleihen kann und 'kotzt'.

Tarr-Krüger versteht im Sinne der Gestalt- und der Integrativen Therapie Widerstand nicht als negative Energie, sondern als Resistenzkraft, als Möglichkeit, sich zu finden, als Bewältigungsstil, als produktive und schöpferische Energie. Widerstand zeugt von der Fähigkeit zur Opposition, zum Neinsagen und daher von Kraft und Individualität. Widerstand ist von daher positiv zu bewerten.

Sie führt Wortverbindungen mit Widerstand auf: Widerstandsbewegung, Widerstandsfähigkeit, Widerstandskampf, Widerstandskraft, Widerstandswille. Die Begriffe entstammen einer Kampfsprache, ihnen haftet Aggression an, sie drücken Aktivität aus. Bei der Bulimie finden sich Entsprechungen.

Freud benutzte die Begriffe „Abwehr und Verdrängung“ im Sinne von widerstehen, wollte aber diesen Widerstand überwinden. Bei Tarr-Krüger aber steht die Frage im Mittelpunkt: was und wie wehrt die Patientin ab und widersteht sie im therapeutischen Kontext (vgl. ebenda). Die konstruktive Auffassung von Widerstand anerkennt ihn als Bewältigungsstrategie und Stützphänomen. Es wird zwischen einem „schützenden (protektiven) Widerstand“ vor angstausslösenden Kontakten und einem „Veränderungswiderstand“ (mutativer Widerstand) unterschieden, der eine Veränderung der Identität verhindern will, da keine Alternativen existieren und die Frage vorherrscht: Was bleibt mir, wenn ich mein Ritual aufgebe?

Abwehr und Verdrängung

In 99 von 100 Fällen sind Abmagerungskuren und Schlankheitsdiäten die "Einstiegsdroge" (vgl. Langsdorff, S. 32). Bei Mädchen in/vor der Pubertät ist es zugleich ein Kampf gegen das Frau-Werden: Verunsicherung der Identität, Kind bleiben wollen, Entwicklung der Körperformen verhindern. Bei vielen aber auch eine Kampf für das Frau-Sein, da sie Anerkennung und Aufmerksamkeit erhält, wenn sie dem Ideal entsprechend eine "schlanke, schöne" Frau ist.

Verlauf der Bulimie

Die Bulimikerin hat bereits diverse Erfahrungen mit Diäten und Abmagerungskuren. Das Thema Essen, bzw. das Errechnen minimaler Kalorienmengen bei maximalem Volumen füllt Stunden aus. Die „Linie“ und die Waage sind bereits lebensbestimmend, da die Erlebniswelt in übersteigertem Maße auf die Nahrung ausgerichtet ist. Aus dem ständigen Diäten erwächst ein permanentes Defizit an leiblicher Befriedigung.

Die Un(ter)-bewusstseinsphase - Aneignung der Symptome

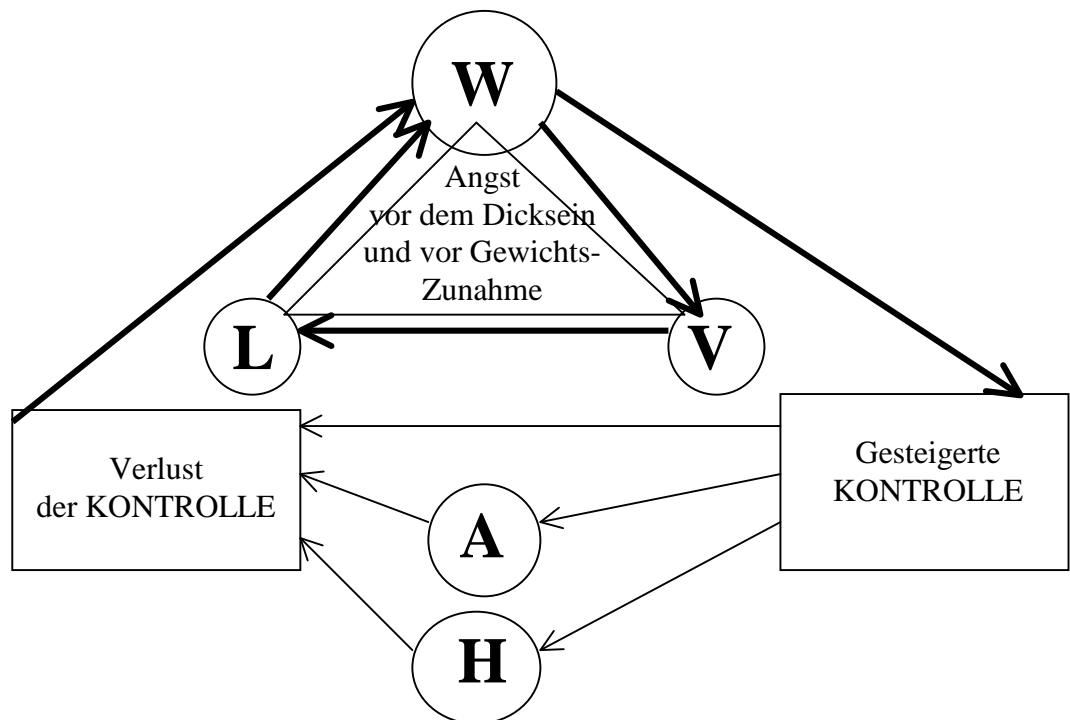
Ein Heißhunger entwickelt sich, wobei regelrechte Fressstage eingelegt werden, die für die Betreffende vorerst damit gerechtfertigt werden, dass sie "sich mal so richtig was gönnen muß", um eine Stärkung für die vor ihr liegenden, weiteren Hungertage zu haben. Die "Sünde" (der Fressorgie) hinterlässt Spuren: das Gewicht steigt. Es kommt zu ersten künstlichen Erbrechen (häufig werden zunächst Abführmittel benutzt), oft "zufällig", da sie sich "überfressen" hat. Die Problemlösung scheint gefunden zu sein: Essen schafft einen Spannungsausgleich im Gefühl der Befriedigung und Sättigung durch die Fressattacke. Die Möglichkeit besteht, durch das Erbrechen diese "Sünde" nicht äußerlich sichtbar werden zu lassen.

Die Intervalle zwischen den einzelnen Freßattacken werden immer kürzer, Essen damit endgültig Mittelpunkt des Lebens. Es gibt kein „gesundes Mittelmaß“ mehr. Zu Bedürfnisbefriedigung braucht die Betreffende eine große Menge an Lebensmitteln und damit auch viel Geld. Da sie Angst hat, mit ihrer Sucht entdeckt zu werden, baut sie ein ausgeklügeltes Selbstschutz- und Lügengerüst auf. Sie registriert, daß sie nicht isst, sondern Nahrungsmittel "vernichtet", macht sich Selbstvorwürfe, findet sich ekelhaft. Dabei wird es immer schwieriger, sich auf die Umgebung zu konzentrieren, was zur Abkapselung führt.

Die Zeit der Verdrängung

Um die Fassade zu wahren, gibt sich die Bulimikerin in Ausbildung, Studium oder Beruf korrekt, zuverlässig, zielstrebig und ehrgeizig. Für sich führt sie einen Kampf gegen ihren Körper und seine "niedrigen" Bedürfnisse, richtet ihre Kräfte selbstzerstörerisch gegen sich. Sie verstrickt sich immer mehr. Der Teufelskreis wird enger und enger.

Komponenten des bulimischen Teufelskreises Ursache und Wirkung



Der Wunsch nach der Idealfigur (**W**) und die Angst vor dem Dicksein führen zu Verzicht (**V**) und gesteigerter Ess-Kontrolle. Die unmittelbare Folge ist gesteigerte Esslust. In der Bemühung um gezügeltes Essverhalten (**A**) wächst der Hunger, aus Fressstagen werden Fressattacken (**H**), der Kontrollverlust bahnt sich an.

aus: Langsdorff, 1995, S. 55)

Ausbruch aus dem Teufelskreis Voraus geht ein schreckliches Erwachen, das Erkennen der Sucht. Es entsteht eine Bereitschaft, über sich selbst und die vermeintliche Abartigkeit zu sprechen, sich anderen anzuvertrauen und die Schamgrenze zu überschreiten. Ein Prozess des Umdenkens ist der einzig mögliche Ansatz. Sie muß aktiv werden und an ihren Problemen arbeiten, alternative Strategien der Lösung für ihre Probleme entwickeln. In dieser Phase ist der Lebenswille stärker als die innerliche Apathie.

Die Droge „Essen“ Die Bulimie ist eine Suchterkrankung, die schwer zu heilen ist. Bei anderen Süchten wird die Droge entzogen, Essen aber ist unabdingbare Voraussetzung zum Weiterleben und zur Erhaltung der Vitalität. Im Unterschied zu anderen „Entzügen“ muß sich die Bulimikerin ihrer Droge stellen und ein neues Verhältnis zu ihr finden. Sie entkommt auf dem Weg aus der Sucht nicht dem Bannkreis der Droge.

Behandlung der Bulimie Das stationäre Behandlungskonzept der Universitätsklinik Köln vertritt die Auffassung, „dass die Behandlung die gesunden Anteile der PatientInnen zu fördern und zu stärken hat. Die PatientIn soll eine tragfähige Identität und echte Autonomie entwickeln“. Im Sinne eines verhaltenstherapeutischen Vorgehens wird ein Therapieplan festgelegt, in welchem die PatientInnen je nach Besserung bzw. Verschlechterung der Symptomatik und des Gesamtverhaltens Verstärkungen oder Entzug von Vergünstigungen erhalten können. Die Eßstörung wird nicht nur als psychische Erkrankung, sondern ebenso - und in schweren Fällen vorrangig - als somatische Erkrankung angesehen“ (ebd.).

Bei den Symptomen wird unterschieden zwischen:

a) Leitsymptomen:

Verweigerung der Nahrungs- und/oder der Flüssigkeitsaufnahme, Erbrechen der Mahlzeiten, Hyperaktivität, Gebrauch von Abführmitteln,

b) körperlichen Symptomen:

chronische Verstopfung, Aussetzen/Ausbleiben der Menstruation, hormonelle Veränderungen, niedriger Blutdruck und Körpertemperatur, Verzögerung oder Hemmung der pubertären Entwicklungsschritte.

c) psychischen Symptomen:

die Themen Nahrung und Gewicht nehmen den gesamten Erlebnisbereich ein, „Lügen“ und „Schauspielerei“ rund um den Gewichtsbereich, „kalorienaufwendige“ Körperhaltungen (Stehen, Hocken, Gehen), fehlende Krankheitseinsicht, Vermeidung gemeinsamer Mahlzeiten.

Die vier Phasen und der Stufenplan der Behandlung während des Klinikaufenthaltes:

Aus Gründen der Verzahnung und Abstimmung wird dieses Gespräch von der zuständigen Ärztin/Psychologin und der zukünftigen Ansprechpartnerin im stationären Alltag mit der Patientin geführt. Die folgenden regelmäßigen Gesprächstermine werden festgelegt, die Stationsordnung vermittelt und insbesondere die Gestaltung der Beobachtungsphase (Phase I) vorgestellt.

Sie dauert drei bis vier Tage und zielt auf die Beobachtung und Dokumentation der Essensmenge, des Essverhaltens und der Befindlichkeit ab. Die MitarbeiterInnen reflektieren die Punkte bei der täglichen Übergabe. Die PatientIn wird täglich um 7.00 Uhr, gegebenenfalls außerplanmäßig gewogen.

Dieses Gespräch wird wiederum von der StationsansprechpartnerIn und TherapeutIn mit der Patientin geführt. Ziel ist die Aufstellung eines individuellen Therapieplans. Festgelegt und vereinbart werden: Ziel- bzw. Entlassgewicht, wöchentliche Zu- oder Abnahme, Vorstellung des Beobachtungsbogens, die tägliche Kalorienmenge an fester und flüssiger Nahrung (Wünsche können hier mit der Diätküche abgesprochen werden), der körperliche Bewegungsspielraum, Kontrolle des Zimmers nach Nahrungsnestern, Ruhe nach dem Essen, Kontrolle des Toilettenganges, der sich am allgemeinen Stationsablauf anlehrende Tagesablauf, Vermittlung des verhaltenstherapeutischen Programms. Dies bedeutet, daß je nach Fortschritten bzw. Rückschritten Erleichterungen oder Vergünstigungen gewährt oder entzogen werden. Dazu gehören individuelle Regeln bezüglich des Ausgangs, der Teilnahme an Aktivitäten im stationären Rahmen, des Besuchs der Klinikschule, des Rauchens und Telefonierens.

Je höher die Stufe, desto weniger Beaufsichtigung und mehr Selbstbestimmung und Eigenverantwortung wird der Patientin zugestanden. Stufe 1 beinhaltet die Zubereitung der Mahlzeiten durch die MitarbeiterInnen sowie die Beaufsichtigung während des Essens. Entsprechend besagt Stufe 4: „freie“ Mahlzeiten und selbstbestimmte Essensmenge. Die Essenszeiten werden in der letzten Stufe zunehmend auf den künftigen außerklinischen Tagesablauf ausgerichtet. Grundsätzlich werden von den Betreuerinnen auffällige Verhaltensweisen (z. B. Essmengen) offen angesprochen.

1. Das stationäre Aufnahmegespräch

2. Die Beobachtungsphase

3. Kritische, reflektierende Bilanz der Phase I

4. Phase II: Die vier Stufen

1. Bulimie spielt sich hinter den Kulissen ab, heimlich, im Verborgenen, in der Sprachlosigkeit. Diese Sprachlosigkeit kann durch die Klangsprache in einen Ausdruck übergeführt werden.
2. Musiktherapie fordert die Betreffende also auf, aktiv zu werden.
3. In der Literatur begegneten mir Äußerungen von bulimischen Frauen wie „Ich bin aus dem Rhythmus geraten“, „Ich vermisse die Harmonie in meinem Leben“ oder „Ich wäre so gerne wieder im Einklang mit mir selbst.“ Die Worte machen die Verwandtschaft von Empfindungen und deren musikalischen Entsprechungen deutlich.
4. Das musikalische Geschehen kann an die „Klanggeschichte“ (vgl. Tarr-Krüger) eines Menschen anknüpfen. Hierzu gehört sowohl das aktive Hören als auch die Eigen(re)produktion von Klängen in der frühen Kindheit. Findet ein Kind nicht ausreichend Spielraum und MitspielerInnen zur lebendigen freudigen Klangerprobung, verkümmert die vorherige Experimentierfreudigkeit. Der Resonanzraum fehlt. Im Schutzraum von Instrumenten können Klänge wieder erprobt werden, die Frau/das Mädchen kann an frühkindlichen Erfahrungen ansetzen.

Fallbeispiel

Im folgenden skizziere ich meine Arbeit mit Manja in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Anamnese

Zum Zeitpunkt der Aufnahme war das Einzelkind Manja 16 Jahre alt. Die 38jährige Mutter arbeitete als Hausfrau, der aus Griechenland kommende Vater war 49 Jahre alt und bereits seit zehn Jahren Frührentner. Beide Elternteile haben epileptische Anfälle.

Schwangerschaft und Geburt verliefen normal, doch mußte Manja aufgrund eines zu geringen Gewichtes zunächst im Krankenhaus bleiben. Sie wurde nicht gestillt, da die Mutter wegen der Epilepsie Medikamente nahm. Mit drei Jahren ging Manja in den Kindergarten, mit sechs zur Schule, wo sie gute Leistungen zeigte. Als sie acht Jahre alt war, zog die Familie um, was für Manja schwierig war, da ihre FreundInnen nicht mehr direkt am Ort waren und zudem der Vater schwer erkrankte. Ein Jahr später wechselte sie auf eine weiterführende Schule.

1990, Manja war 12, starb die Großmutter, zu der sie eine sehr enge Beziehung hatte. Bei der Beerdigung hatte Manja die Vision, daß die Großmutter sie ansprache und ihr die "Schuld an ihrem Tod" gab. Kurz nach dem Todesfall versuchte Manja, sich mit Nadeln den Bauch aufzuritzen.

1993, nach den Sommerferien ritzte sie mit einem Küchenmesser an ihrer Pulsader, was sie später dem Vater erzählte. Danach ging sie zu einer Psychologin. Im September des gleichen Jahres starb der Vermieter der Familie, der im Haus lebte und von den Eltern versorgt wurde. Manja reagierte versteinert, still und unzugänglich.

Manja erzählte den Eltern, daß sie im Alter von sieben Jahren von zwei Jungen zum Oralverkehr gezwungen worden war, worauf diese aber kaum reagierten. Sie berichtete weiter, daß ein Vetter sie während eines Urlaubsaufenthaltes zweimal im Genitalbereich angefaßt hatte.

Beide Eltern tranken exzessiv Alkohol, und es kam zu heftigen Auseinandersetzungen. Manja war verschüchtert, depressiv, ängstlich und erschöpft.

Verschiedene Untersuchungen ergaben eine erhöhte Prüfungsangst, manifeste Angst, Tendenz zur Überangepasstheit und extrem geringe Lebenszufriedenheit bei starker sozialer Orientierung. Manja fühlte sich stark beansprucht und wirkte emotional instabil.

Der „Familie in Tieren Test“ zeigte, dass Manja die Familie als uneinheitlich erlebte und beide Elternteile, je auf ihre Art, als bedrohlich. Eine engere Beziehung bestand zum Vater, der nachgiebiger war. Die Mutter sah sie aggressiver und angriffslustiger. Manja litt unter den elterlichen Auseinandersetzungen, fühlte sich allein gelassen und wenig ermutigt. Als Antwort auf die Frage nach ihren Aufgaben zu Hause gab sie an: „putzen, kochen und Streit schlichten.“ Auf die Frage nach ihren Problemen: „Ich habe Angst, kein Selbstbewusstsein und mache mir große Sorgen um meine Eltern“.

Die Diagnose lautete: Bulimie mit normalem Gewicht, psychogene autonome Funktionsstörung des Ösophagus und Magens, rezidivierende depressive Störung mit somatischen Symptomen.

Im Zeitraum von 10 Monaten fanden 31 Musiktherapie-Sitzungen mit Manja statt, die ich im Nachhinein in 7 Phasen einteile. Dabei verwende ich das Bild einer Reise im Zug. Wir fahren auf

vier Gleisen: dem Gleis unserer der Beziehung, dem Gleis der Themen, dem Gleis der äußeren Bedingungen sowie dem des musikalischen Tuns.

In der ersten Phase war Manja in der geschlossenen Jugendstation. Die Eltern kamen sie wöchentlich besuchen, sie ging an den Wochenenden nicht zu ihnen nach Hause.

Wir lernten einander kennen. Ich erfuhr über Manjas' Musikgeschichte folgendes: Sie hatte einige Zeit Keyboard Unterricht, singt manchmal "so vor sich hin", ihre Eltern singen und musizieren gar nicht. Als kleines Kind habe sie oft von der Oma vorgesungen bekommen, zu Hause habe sie eine eigene Anlage, Musik sei nicht so wichtig, sie höre sie aber manchmal zur Entspannung. Eine spezielle Musikrichtung bevorzuge sie nicht und habe keine bestimmten Lieblingsgruppen. Tanzen sei ihr Hobby.



In der zweiten Stunde fand Manja die Steeldrum „komisch“, ein Wort, was sie später häufig benutzte. Sie wollte die Musik zweimal beenden, spielte dann doch weiter. Auf die Fragen warum hast Du nicht aufgehört antwortete sie: „Ich kann schwer Nein sagen, weiß oft nicht, was richtig oder falsch ist. Ich höre manchmal nicht auf, werde dann aggressiv, dann bin ich aber nicht ich selbst“.

Das Marimbaphon bei dem zweiten Stück gefiel ihr wegen der breiten Klangpalette gut. Sie spielte tief oder hoch. Wir verbalisierten „Entweder-Oder“, „schwarz oder weiß“, „Rückzug/zustopfen/essen oder aggressiv sein/erbrechen“. Am Ende stand die Frage: was liegt zwischen den Polen, wo sind Grautöne?

„Treffen auf dem Bahnhof“

Marimbaphon

In der nachfolgenden Stunde spielte Manja auf dem Marimbaphon Glissandi. Sie wischte etwas vom Tisch, wollte gar nicht hinhören, hingucken. Ich war nach der Stunde sehr ärgerlich.

Das Team war eher ratlos und diskutierte einen längeren Stationsaufenthalt, um Manja ausreichend Zeit und Raum zu bieten, sich einlassen zu können.

Manja kam in diesen Stunden abwechselnd total bedrückt oder spielerisch, provokativ und herausfordernd in die Musiktherapie.

In der fünften Stunde erzählte Manja viel: als sie sich verletzte sei sie nicht sie selbst gewesen und habe daher Angst vor sich selbst. Angst habe sie auch nachts, auch schon als kleines Kind. Sie könne sich schwer Hilfe holen, hätte schon immer anderen geholfen, vor allem ihrer Mutter seit sie klein sei. Unvermittelt sagte sie dann: „Ich habe eine Fassade, möchte gerne heulen, verstecke mich aber. Ich möchte reden, brauche aber mehr Vertrauen dazu und muss mich ernst genommen fühlen.“ In einer anderen Stunde erzählte sie, dass sie die Reaktionen anderer TherapeutInnen nicht einschätzen könne angesichts ihrer Überlegung, die Klinik zu verlassen. Oder sie wisse nicht, ob sie lieber zur Beschäftigungs- oder Musiktherapie gehen solle, und, dass sie nun doch wieder häufiger das Essen erbrechen würde.

Ich fühlte mich von Manja getestet, was sich auch stark auf der musikalischen Ebene zeigte. Sie wollte in einer Stunde gar nicht musizieren, ein anderes Mal sollte ich mein Instrument zuerst wählen. Ein Musikstück war sehr lang und schleppend. Ich verstand es als „Na, wie lange machen Sie das mit?“ Ein anderes wieder kurz, lustig und neckend.

Nach der fünften Stunde fühlte ich mich erleichtert, da das Thema Vertrauen angesprochen war. Wir vereinbarten am Ende der Stunde, dass wir künftig in jeder Stunde musizieren würden und verabredeten eine "Schranke", die Manja zukünftig als Stoppzeichen verwenden sollte, wenn sie über bestimmte Sachen nicht reden oder nicht weiterreden wollte. Sie konnte entscheiden und ich würde ihre Entscheidung akzeptieren.

Nach den anderen Stunden dagegen war ich stark beunruhigt oder total "breiig". Es war ein Sammelurium von Manjas Gefühlen und Gedanken: Angst haben, Hilfe brauchen und wollen, reden wünschen, mit dem Essen nicht zurechtkommen, die Probleme nicht länger weg drücken können,

„Sollen wir gemeinsam reisen?“

gemischt mit der Angst vor Ablehnung und nicht ernst genommen zu werden und unterdrückte Wut.

*Das Paukenspiel
in der 8. Stunde*

Die Paukenspiel - Stunde sehe ich als Wendepunkt. Zum ersten Mal machten wir ein Musikstück mit Spielregel.

Pauke

Eine schlägt auf die Pauke, wobei sie durch leises Spielen „komm“ ruft, durch lautes „geh“ und mit zwei Schlägen „Stopp“. Dementsprechend verhält sich die andere. Die Rollen werden gewechselt.

Als Manja die Bestimmende war, ließ sie mich 1,5 m vor der Pauke anhalten. Als ich in dieser Rolle war, blieb sie ebenfalls in dieser Distanz stehe.

Im anschließendem Gespräch sagte Manja: „Ich habe Angst etwas näher an mich ranzulassen. Weiß nicht, wann ich die Grenze setzen will und soll. Hatte Angst davor weggeschickt zu werden und vor Ihrem laut und leise, da ich die Grenze noch nicht weiß. Es ist komisch, wenn jemand Vertrauen in mich setzt. Ich habe Angst, dass es jemand nicht ehrlich meint.“

Sie wurde dann nachdenklich und bedrückt und sagte: „Ich bin traurig, da ich selbst schwer jemanden vertrauen kann.“ Als Botschaften an mich hörte ich: „Sie sind eben uneinschätzbar für mich. Sind Sie zuverlässig und ehrlich? Meinen Sie es ernst?“ Durch dieses Spiel konnte Manja die Erfahrung machen, dass sie entscheiden kann und ich mich an ihre Entscheidung halte, dann komme, gehe oder anhalte, wenn sie es bestimmt.

„Die Reise“

Ambulante Musiktherapie

Manja wurde entlassen und nahm das Angebot an, die Musiktherapie ambulant fortzusetzen.

Bei einer ersten Zugreise lautete die Spielregel, dass jede den Zug jederzeit anhalten und kurze Zeit aussteigen konnte. Wenn sie wollte, konnte sie die andere hierzu einladen. Ein Instrument sollte für das Fahren gewählt werden, das Aussteigen war mit einem Instrumentenwechsel verbunden. Das Musikstück dauerte 20 Min., gegen Ende spielte Manja immer schneller. Sie stieg nur einmal aus, ich zweimal.

Manja sagte anschließend: „Ich wollte einfach immer weiter fahren, weg vor der Dunkelheit. Draußen war es stockdunkel, deswegen wollte ich auch nicht aussteigen, ich hatte Angst. Draußen war eine andere Welt, in dieser Welt habe ich Angst vor den anderen und vor mir selbst.“ In dem Zugabteil dagegen sei es hell, warm und geborgen gewesen. Das gab ein Gefühl von Sicherheit.

Ich fühlte mich nach der Stunde vollkommen ratlos, das Spiel war mir zunächst unklar. Nachfolgend interpretierte ich es als Ausdruck von Manjas Situation. Der Zug/die Klinik als Schutzraum und Angst vor der Realität außerhalb dieses Schutzraumes. Weiterfahren und einfach sitzen bleiben wollen, verstand ich als nicht aktiv werden wollen.

„Was ist in den Reisekoffern?“

Manja wohnte nach ihrer Entlassung bei ihrer Tante, der Schwester der Mutter, mit der sie sich zunächst gut verstand (zusammen mit dem Onkel und zwei kleineren Cousins). Ein eigenes Zimmer hatte sie dort nicht. Sie besuchte ihre Eltern und telefonierte häufig mit ihrer Mutter. Mutter und Tante stritten sich oft darüber, wer die 'bessere' Mutter sei. Nach und nach reagierte die Tante mit Unverständnis auf Manja und übte Druck auf sie aus: „Du kannst ja auch zu Deinen Eltern gehen.“ In unregelmäßigen Abständen hatte Manja Gesprächstermine mit einem Psychologen in der Ambulanz der Jugendpsychiatrie, zwei Termine fanden zusammen mit ihren Eltern statt. Thema der Familie war der bevorstehende Umzug in das neu erbaute Haus, Manja hatte entschieden mit einzuziehen. Der Umzugstermin wurde aber monatlich verschoben. Manja begann ein Praktikum in einem Kindergarten.

Ein Novum unserer Arbeit während dieser Phase waren „Hausaufgaben“ in dem Sinne, dass Manja in einer Woche bestimmte Sachen überlegen oder beobachten sollte und sie dann aufschrieb.

In dieser Phase brachte Manja häufig Themen mit, die zunächst alltagsbezogen und/oder zukunftsweisend waren. So ging es um ihre Situation mit der Tante und den Eltern, ihre berufliche Perspektive oder das anstehende Zusammenwohnen mit den Eltern. Gegen Ende sprach sie ihre „dunklen“ Seiten an.

In der ersten Stunde nach der Entlassung kam sie mit dem Anliegen: „Ich kriege das Essen überhaupt nicht auf die Reihe.“ Die stationäre Behandlung der Bulimie war beendet und Manja griff wieder auf ihre Strategie - essen und erbrechen - zurück, die sie kannte und mit der (über)leben konnte.

Die eigentlichen Themen waren übergangen und überrollt werden, dazwischen sein, aushalten, in etwas verharren, nicht eigenverantwortlich sein wollen, sich nicht ernst genommen fühlen. Auf der Beziehungsebene hörte ich Fragen wie: „Wie bewerten Sie mich? Nehmen Sie mich noch ernst?“ Oder auch: „Nimm mich wie ich bin oder straf mich.“ Letzteres vor allem in den Stunden, in denen es um Manjas „dunkle Seiten“, wie sie sie selbst nannte, ging.



In diesen Wochen wählte Manja in erster Linie das Vibraphon, das Marimbaphon und das Klavier. Bis zur 18ten Stunde, „Das neue Zuhause aushalten“, war mein Gefühl mal Zufriedenheit, Erleichterung oder Erschöpfung gewesen.

Vibraphon

Im Gegensatz dazu fühlte ich mich in dieser und den folgenden Stunden erschlagen und bedrückt. Ich merkte, dass eine enorme Sogwirkung von Manjas Musik ausging.

Marimbaphon

In der Stunde „Das neue Zuhause 'aushalten“ spielte Manja mit geschlossenen Augen am Klavier nur tiefe Töne und hallend. Ich spielte auf der Kantele und brach das Stück nach 8 Minuten ab, weil ich es unerträglich, erschlagend und finster fand. Nach eigener Aussage hatte sich Manja ausgeklinkt, die Musik "gar nicht richtig an sich rangelassen". Ich hatte ihren Part übernommen, indem ich aus der unerträglichen Situation herausgegangen war, was ich ihr am Anfang der nächsten Stunde sagte.

Kantele

In der Stunde „Der Sog der Oma“, spielten wir dieselben Instrumente. Die Musik war furchtbar und gruselig, aber ich spielte mit, bis Manja aufhörte. Die Oma habe sie ins Grab ziehen wollen, ins Dunkle, da wo es nur 'Böses' gäbe. Die Oma war also verantwortlich für Manjas Schattenseiten, Symbol für ihre Schattenseiten.

Anschließend an diese Stunden kam Manja mit dem Thema: „Ich möchte darüber reden, dass ich mich verstelle. Dass ich mich außen anders gebe, als ich wirklich bin“. Sie hatte Kontakt zur ihrer 'dunklen' Seite aufgenommen.

Anfang April sahen Manja und ich uns nach meinem zweiwöchigem Urlaub wieder. Direkt am Anfang der Stunde erzählte sie von dem geplanten Urlaub mit ihren Eltern im Juni. Da meine Praxistätigkeit Ende Juni aufhören würde, war somit das Ende der Therapiestunden ausgesprochen und klar.

„Manja überlegt auszusteigen“

Wegen häufigen Erbrechens war Manja in ärztlicher Behandlung. Der bereits geplante Umzug verzögerte sich weiter. Maja wirkte bedrückt, nahm sichtbar zu. Die Frage: "Soll ich wieder in die Klinik gehen?" war zentral. Die Klinik als Schutz, Geborgenheit und Aufmerksamkeit. Trotz, Hoffnung und der Wille "Ich will das alleine schaffen" waren der Gegenpol. Auf der Beziehungsebene spürte ich Wut und Trotz gegen mich, da eine Ende unserer Arbeit absehbar war, genauso wie Angst und Hilflosigkeit.

Eines der Musikstücke mit der Frage "Klinik oder nicht?" interpretierte ich im ersten Teil als Symbiose mit den Eltern, als das Verbleiben in der Sucht und im zweiten Teil als Trennung, aus der Symbiose herausgehen, eine eigene Person werden, Gestalt annehmen.

Der Umzug und somit Manjas Rückkehr ins Elternhaus rückte immer näher. Manja ging wöchentlich zum Arzt, der ihr riet, unbedingt in die Klinik zu gehen und ihr Spritzen gab. Sie hatte nun wieder regelmäßig Gesprächstermine in der Ambulanz, für die nächste Zeit auch einige zusammen mit ihren Eltern. Sie hatte sich erneut mit einer Rasierklinge verletzt.

„Manja fährt weiter mit“

Nachdem sich Manja in den vorhergehenden Stunden eher zurückgezogen hatte, äußerte sie jetzt Themen wie: "Ich möchte noch mehr sagen, fühle mich aber wie eine Kugel." Die Musik in dieser Stunde war leise, zaghaft, verzweifelnd. Ich hörte ein wimmerndes Baby. Manja stimmte dem Bild zu und erzählte von ihren Ängsten, die sie als kleines Kind hatte. Weiter sprach sie das Thema "Ich möchte 'es' jemanden richtig erzählen" an oder in der letzten Stunde dieser Phase: "Will ich wirklich noch einmal darüber nachdenken, in die Klinik zu gehen."

Angesichts unseres baldigen Abschieds hörte ich: „Hilfe, ich bin doch so allein und so klein, wie soll ich denn allein aus der Kugel herauskommen, wie daraus geboren werden. Halt mich fest! Jetzt, wo Sie gehen, kann ich 'es' Ihnen sagen, hier ein Bonbon“.

„Ankommen und Abschied nehmen“

Vor der letzten Stunde fand der seit langem geplante Umzug in das neue Haus statt.

In der vorletzten Stunde war „Essen und Erbrechen“ das Thema. Manja wollte reden und keine Musik machen. Sie stellte fest: „Je nachdem wie es mir geht, wird es mit dem Essen schlimmer. Aber dadurch kriege ich mein Leben geregelt. Ich will es nicht ändern.“ Lachend berichtete sie, wie sie im Zusammenwohnen mit den Eltern an Essen und Geld käme.

Ihre „zwei Ichs“ äußerten, je auf einem Stuhl sitzend, ihre Positionen. Das eine Ich beschwerte sich, daß 'es' ermüdend, schmerzhaft und anstrengend sei. Das andere Ich fand 'es' wohltuend, beschützend und wollte 'es' unbedingt behalten. Manja sagte dazu: „Komisch, das sind zwei Gegensätze und das bin ich beides.“

Manja leistete ganz offensiv Widerstand und hatte eine klare Entscheidung getroffen.

In der letzten Stunde sprachen wir zunächst darüber, was während der Musiktherapie für Manja passiert sei, was sie schön und/oder schwierig fand.

Am Anfang sei die Kontaktaufnahme schwierig gewesen und sie sei nicht gerne gekommen. Später dann doch, weil sie die Instrumente und die Klänge gut geeignet fand, um sich in Sachen hineinzu-fühlen, sie nachzuempfinden. Die unterschiedlichen Themen fand sie gut. Den Satz „Manchmal hatte ich auch keine Lust, ich weiß nicht, ob Sie das gemerkt haben“ übersetzte ich mit „Haben Sie mich auch wirklich wahrgenommen?“

Dann gingen wir verbal auf die musikalische Ebene, die Instrumentenwahl, das Zusammenspiel und die Länge der Stücke. Manja fand das Vibraphon und das Marimbaphon schön, das eine geschwun-gen, das andere abgebrochen im Klang und doch „aufeinander abgestimmt.“ Zwar gegensätzlich, aber ineinander übergehend, irgendwie passend. Auf meine Feststellung, sie habe sich große In-strumente ausgesucht mit einem (Klang-)Spielraum, die sie aufrecht stehend spielte, antwortete sie, dass sie sich hinter den großen Instrumenten „aber auch eher verstecken konnte, es war auch ein Schutz, eine Mauer.“ Ich entwickelte das Bild weiter und fand, dass sie dann aufrecht etwas machen konnte, wenn sie selbst für ihren Schutz gesorgt hatte. Dass sie in erster Linie mit Schlegeln gespielt hatte, fand sie „wie mit einem Handschuh anziehen, nicht direkt in ein Erlebnis eingreifend.“

Der musikalische Abschied, Manja spielte auf dem Marimbaphon, ich auf dem Vibraphon, war kurz. Nach einem kurzen gemeinsamen Rhythmus ging jede musikalisch ihren eigenen Weg.

Entwicklungen im Prozess

Die von mir eingangs aufgestellten Punkte, die für eine Musiktherapie bei Bulimie sprechen haben sich in dem Prozess mit Manja bestätigt und als richtig erwiesen.

Nachdem Manja zunächst ihr bekannte Instrumente gespielt hatte, probierte sie nachfolgend ihr unbekanntes aus. Vom 18ten Treffen bis fast zum Ende spielte sie bis auf eine Ausnahme ausschließlich Marimbaphon, Vibraphon und Klavier.

Symbolik der Mu- sikinstrumente

Diese drei Instrumente sind groß, ausgewachsen, haben große Resonatoren und eine klangliche Vielfalt. Es sind körperferne Instrumente; das Klavier wird mit den Händen/Fingern, die beiden anderen mit Schlegeln gespielt.

Marimbaphon und Vibraphon werden im Stehen gespielt und befinden sich vor dem Körper, wirken optisch wie eine Mauer oder ein Zaun. Die Klänge des Ma-ribaphons sind klarer und pointierter und stehen für Distanz. Die des Vibraphons, verstärkt durch das Pedal, hallend, verschmelzend und stehen für Nähe. Alle In-strumente können zu zweit gespielt werden, was wir nie gemacht haben.



Instrumenten- wahl und Bulimie

Die Wahl der Instrumente interpretiere ich als Ausdruck von Manjas Identität, Autonomie und Macht, als Schutz- und Dis-tanzmöglichkeit.

Die Bereitschaft immer zu musizieren sehe ich nicht als Anpas-sung an meine Erwartungen, sondern als Widerstand: Mit der Musik verweigerte sich Manja, machte dicht, testete mich oder wollte nicht reden. Für ihre Anliegen wählte Manja Instrumente, mit denen sie ihre Situation ausdrückte und für sich sorgte. Sei es u.a. Schutz, Versteck, Angriff, Sog oder Wut.

Die Spielweise von Gegensatzpolen in den ersten Stunden ent-spricht dem Entweder-Oder des Denkens und Fühlens, dem Es-sen und Erbrechen. Ein immer wiederkehrendes Motiv war ihr Glissandospiel. Sie wollte etwas 'wegwischen', Konturen ver-

verwischen, nicht hinhören und hinsehen. Wollte und konnte sie Situationen nicht benennen oder klären spielte sie z.B. das Monocord oder die Kantele, beide Instrumente sind eher strukturlos und diffus, können aber durch eine bestimmte Art des Spielens aggressiv sein. Wiederum wählte sie Trommeln für ihre Wut und Aggression.

Monocord

Trommeln

Das Klavier ermöglichte ihr tiefe, hallende Töne, das Erfühlen ihrer 'dunklen' Seiten und den Ausdruck ihrer symbiotischen Wünsche. Das Instrument und der Klang fungierte hier als Gegenstand des Sich Erfühlens und Wahrnehmens (Übergangsobjekt). Die Auswahl der immer gleichen Instrumente in den letzten Stunden und die Fixierung auf eine bestimmte Form sehe ich im Zusammenhang mit dem Zwanghaften, Wiederholendem im Essen und Erbrechen, was gleichzeitig Ausdruck von Schutz und Widerstand gegen Veränderung war.

Klavier

Manja wählte die Instrumente als Kontakt- oder Distanzierungsmöglichkeit, für ihren Schutz und/oder ihre Verweigerung. Hier fungierten die Instrumente als zwischen uns liegende Gegenstände (intermediäre Objekte), was sich allein schon durch die optische Gegebenheit ausdrückte. Ihre Wahl des Vibraphons in der Stunde vor ihrer Entlassung interpretierte ich als Bereitschaft zum Kontakt.

*Instrumente und
Beziehung*

Dass sie später mit dem Vibraphon und dem Klavier ihre dunklen Seiten musikalisch zuließ, bedeutete, dass sie musikalisch auf die Beziehung vertraute, 'es' sich traute. Sie verharrte jedoch in einer zeit- und formlosen, einlullenden Musik, die kein Wechselspiel zuließ. Sie wollte musikalisch genährt werden.

In dieser Zeit gab es häufig die Konstellation Manja spielte am Klavier und ich an der Kantele. Ich grenzte mich gegen ihren Sog ab, gegen ihr 'ins Dunkle ziehen'. Ich spielte mit, ging aber aus dem „Saugenden“ heraus. Durch meine Instrumentenwahl und die kratzende, zupfende Spielweise konnte ich musikalisch auffordern, eine andere Stufe einzunehmen, die Symbiose musikalisch zu lösen und schuf mir eine Abgrenzungsmöglichkeit. Ich „kratzte am Gehäuse“.

Nach der 8ten Stunde wurden Themen des Alltags bestimmend: Abgrenzungsschwierigkeiten gegenüber den Eltern und der Familie, ihr Erdulden der Situation und ihre unterdrückten Aggressionen.

*Die Themen der
Reise*

Durch das erneute Zusammenleben mit den Eltern störte "Es" sie wieder zunehmend, als Ausdruck ihrer Sehnsucht, ihrer Gier. Hier zeigte sich ihre Angst vor der Vereinnahmung der Eltern und auch ihre eigenen Wünsche nach Nähe, die sie übermächtig erlebte, aber denen gegenüber sie sich ohnmächtig ausgeliefert sah. Somit tauchte hier wieder ein Gegensatzpaar auf.

Die Loslösung von den Eltern ist ein entwicklungsgemäßes Thema in der Pubertät. Die Familiendynamik erschwerte Manja die Loslösung. Konflikte unter den Eltern wurden lautstark unter Alkoholeinfluss ausgetragen und andererseits die intakte Familie durch den Neubau eines Eigenheims nach außen repräsentiert.

Das Erwachen des „Es“, im Sinne sexueller Gefühle mit der körperlichen Reifung während der Pubertät, ist ebenso ein entwicklungsgemäßes Thema. Da Manja in der Kindheit sexuellen Übergriffen ausgesetzt war, weiß sie aus bitterer Erfahrung um die Verletzbarkeit ihrer Autonomie. Ihr Körper wurde zum wehrlosen Objekt gemacht. Die natürliche Entwicklung der Körperformen erlebte sie bedrohlich und verbunden mit Angst und Machtlosigkeit.

Kam Manja in der ersten Zeit häufig mit Verallgemeinerungen in der "man" - Sprache ("Man kann ja sowieso nichts ändern"), so entwickelte sie zunehmend eigene Bilder und benutzte das Wort "Ich" als Ausdruck ihrer Selbstwahrnehmung. So beschrieb sie nach den Stunden, in denen sie ihren "saugenden" Anteilen musi-

kalisch Ausdruck gegeben hatte, das Bild "Ich fühle mich wie ein brodelnder Vulkan", was auf ihre aggressiven, auf Lebendigkeit abzielenden Anteile hindeutete. Am Ende der Therapiestunden verteidigte sie ihre „Essstörung“ ganz offensiv, da sie diese zum Leben brauche. Durch das Gespräch ihrer zwei Ichs wurde „Es“ für sie spielerisch, verfremdend handhabbar.

Mit dem Ende der Musiktherapie traf Manja eine klare Entscheidung mit ihrer Strategie - essen und erbrechen - bei den Eltern zu wohnen. Aufgrund ihres Alters verließ sie sich auf die Perspektive, sich in einem Jahr räumlich von den Eltern trennen zu können.

Abschließende Reflexion

Eine kontinuierliche, 10monatige Arbeit mit einer Klientin ist in der musiktherapeutischen Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie ungewöhnlich, da es sehr lange ist. Ich freue mich, dass ich diese Erfahrung machen konnte und möchte mich an dieser Stelle bei Manja bedanken.

Manja kam immer zu den Musiktherapiestunden: Mal testete sie, konfrontierte mich mit ihren unterschiedlichen Seiten, kam mal frustriert, provokativ, resigniert, mich fordernd etwas zu beweisen oder auch klar ihre Bedingungen formulierend, um Hilfe bittend.

Manja ging das Experiment einer Beziehung ein. Das Ankommen am Ende der Reise und den Abschied sehe ich als Höhepunkt an, Manja konnte sich aus der Beziehung verabschieden.

*„Erfolg“ oder
„Misserfolg“
einer Therapie*

Am Ende der Therapie stellte ich mir zunächst die Frage nach dem „Erfolg“ oder „Misserfolg“ einer Therapie. Gerade beim Phänomen der Bulimie ist sie gänzlich ungeeignet. Veränderungsprozesse dauern hier lange, oft viele Jahre. Es gilt vielmehr Entwicklungen und Bewegungen festzustellen. Die Frage entspricht gerade im Zusammenhang mit der Bulimie dem Muster des Entweder-Oder des Denkens und Fühlens und einem Leistungsdruck. Astrid Lorz fragt in einem Artikel in der Musiktherapeutischen Umschau gleichfalls nach der 'Heilung', also dem Erfolg in der Therapie mit essgestörten Mädchen/Frauen. Sie antwortet mit einem Zitat von Klessmann: „Ansprüche an eine 'vollkommene Heilung' stellen wir weder an uns noch an unsere Patienten. Das scheint uns nicht nur fair und realistisch zu sein, sondern zugleich ein erster Schritt in 'die heilsame Mitte', den soliden Boden, der für eine längere Lebensperspektive als wichtigste Voraussetzung vonnöten ist“ (1989, 233).

Eine zweite Frage war die nach meinem Ansatz, die sich dahingehend konkretisierte, welche Methoden ich in meiner Arbeit gewählt hatte.

*Regression und
Progression*

Ich wählte die duale Ebene, den Wechsel von Musik und Reden und somit den Wechsel von Regression und Progression. Auch dies sehe ich im Zusammenhang mit dem Phänomen der Bulimie, gemischt mit Manjas aktueller Situation. Ihr Vorwärtsschreiten (lat: progredi) auf dem Weg vom Mädchen zur Frau und der Loslösung von den Eltern als aktuelle zukunftsweisende Themen.

In der Musik kamen ihre „saugenden“ Anteile, als wiederauftretende entwicklungsbezogenen frühen Erlebnis- und Handlungsweisen (lat: regredi) zum Ausdruck. Der Weg erforderte ein themenbezogenes offenes und situatives Vorgehen.

Ich entschied mich gegen ein 'Ausprobieren' von Erlerntem wie Musikmalen, Musik hören u.v.a.m. Das Medium in der Arbeit waren die Instrumente. Das Instrument als Realobjekt zum Begreifen und Bespielen, als intermediäres Objekt und als Übergangsobjekt. Mit dem Instrument konnte gespielt, ausprobiert und agiert

werden, das Klangerzeugnis wurde beachtet, ernst genommen, erweitert und verändert (vgl. Gertrud Katja Loos, 1994, 148).

Ebenso wählte ich eine klare Strukturierung der Stunde: die Eingangsfrage: „Wie geht es Dir? Hast Du ein Thema mitgebracht?“ Wenn dies nicht der Fall war, herauszubekommen, welches Thema anliegt. Mit einer Frage/Anliegen aus dem Thema in die Musik gehen. Die Musik reflektieren, übertragen auf Erlebtes/den Alltag. Je nachdem noch ein anschließendes Musikstück.

Die Wahl eines Mediums und die klare Struktur sehe ich als Momente von Verlässlichkeit, einer klaren Basis und einer Orientierung und Stetigkeit.

Hieraus ergaben sich auch Rituale, wie z.B. Manjas Äußerung: „Ich weiß nicht, welches Instrument ich nehmen soll“ und meine Antwort: „Such Dir in Ruhe eins aus.“ Dies entsprach einem weiteren Prinzip meiner Arbeit: die freie Auswahl der Instrumente als Unterstützung eigener autonomer Anteile.

Ich musizierte stets mit. Auf der einen Seite stand ich dadurch als Resonanzkörper zur Verfügung. Auf der anderen Seite konnte ich, wie schon bei der musikalischen Entwicklung beschrieben, durch meine eigene Spielweise dazu auffordern, eine andere Stufe einzunehmen, die Symbiose musikalisch zu lösen. Daneben schuf ich mir selbst eine Abgrenzungsmöglichkeit.

Die Gegenübertragung differenzierte ich, indem ich versuchte mit dem 'Sach-Ohr', dem 'Beziehungs-Ohr', dem 'Selbstoffenbarungs-Ohr' und dem 'Appell-Ohr' zu empfangen (Schulz von Thun)

Hauptkriterien der Reflexion nach der jeweiligen Stunde war neben meiner eigenen Befindlichkeit das Motto der Stunde. Darüber hinaus reflektierte ich die Stunden mit Hilfe der standardisierten Auswertung.

Eine Reise ist beendet.

Literatur

Baeck, Sylvia: Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein Ratgeber. Lambertus Verlag, Freiburg, 1994.

Decker-Voigt, Hans-Helmut, Hrsg.: Handbuch Musiktherapie. Funktionsfelder, Verfahren und ihre interdisziplinäre Verflechtung. Eres Edition, Bremen, 1983.

Deutscher Berufsverband der Musiktherapeuten e.V.: "Einblicke", Manuskripte, Heft 5, Mai-Tagung 1993.

Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie e.V.: Musiktherapeutische Umschau 10, Thema: Essstörungen II. Verlag Bochinsky, Frankfurt am Main, 1989.

Dörner, Klaus; Plog, Ursula: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. Psychiatrie Verlag, Bonn, 1992.

Friedmann, Lilli: Trommeln - Tanzen - Tönen. Universal Edition, Wien, 1983

Göckel, Renate: Eßsucht oder die Scheu vor dem Leben. Rowohlt, Hamburg, 1994.

Harrer, Gerhart, Hrsg.: Grundlagen der Musiktherapie und Musikpsychologie. Fischer Verlag, Stuttgart, 1982.

Hegi, Fritz: Improvisation und Musiktherapie. Junfermann Verlag, Paderborn, 1983.

Kapteina, Hartmut: Musikalische Gruppenimprovisation. Musikalisch-therapeutische Arbeit im Sozialwesen. Aufsätze 1976 - 1991.

Langenberg, Mechthild: Vom Handeln zu Be-Handeln. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, 1988.

Langsdorff, Maja: Die heimliche Sucht, unheimlich zu essen. Fischer Verlag, Frankfurt am Main, 1995.

Loos, Gertrud, Katja: Spiel-Räume der Magersucht. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, 1994

Lortz, Astrid: Extreme Polaritäten – Integrierende Mitte. Musiktherapie mit Barbara, einer essgestörten Patientin, Musiktherapeutische Umschau 1989, 223-233

Nagaard, Gunvor: Inger, oder jede Mahlzeit ist ein Krieg. Weismann, 1985.

Orbach, Susie: Anit-Diät-Buch, Verlag Frauenoffensive, München, 1984.

Priestley, Mary: Musiktherapeutische Erfahrungen. (Praxis der Musiktherapie; Bd. 1). Bärenreiter Verlag, Stuttgart/New York, 1982.

- Reck, David: Musik der Welt. Rogner und Bernhard, Hamburg, 1991.
- Schulz von Thun, Friedemann: Miteinander reden 1. Störungen und Klärungen. Rowohlt Verlag, Hamburg, 1992.
- Stierlin, Helm; Weber, Gunthard: In Liebe entzweit. Ein systemischer Ansatz zum Verständnis und zur Behandlung der Magersuchtsfamilie. Rowohlt Verlag, Hamburg, 1991.
- Tarr-Krüger, Irmtraud: Verhungern im Überfluß. Bulimie: Ein neuer Ansatz zum Verständnis und zur Therapie. Asanger Verlag, Heidelberg, 1989.
- dieselbe: Bulimie und Widerstand. Ein musiktherapeutisch orientierter Ansatz. Asanger Verlag, Heidelberg, 1990