

Abschlussarbeit im Rahmen der musiktherapeutischen Zusatzausbildung an der
Universität Siegen

**Musiktherapeutische, lösungsorientierte Kurzzeittherapie in der stationären
Rehabilitation von krebskranken Kindern**

Nicole Kaiser, Manteuffelstr.7, 32423 Minden

März 2010

Inhalt

Vorüberlegungen

1. Das Arbeitsfeld

1.1 Der familienorientierte Ansatz

1.2 Hintergründe zur Arbeit mit krebskranken Kindern

2. Die Rolle der Musiktherapie in der Behandlung krebskranker Kinder

2.1 Die strukturelle Einbindung der Musiktherapie in den klinischen Kontext

3. Theoretischer Hintergrund der systemischen und lösungsorientierten Therapie

3.1 Die systemische Therapie

3.2 Die lösungsorientierte Therapie

4. Verlauf einer Einzeltherapie unter Erläuterung der Methodik

4.1 Anamnese

4.2 Zielvereinbarungen im Erstkontakt unter Einbeziehung der Eltern

4.3 Die Haltefunktion der Musik

4.4 Die Vehikel- und Katalysatorfunktion der Musik

4.5 Die Ressourcenorientierung

4.6 Die lösungsorientierte Therapie

4.7 Wendepunkte

4.8 Konkrete Zielfokussierung und musiktherapeutischer Abschied

4.9 Evaluation nach Rehabilitationsende

Abschluss

Vorüberlegungen

Grundlage dieser Arbeit ist meine musiktherapeutische Praxistätigkeit im Kinderhaus der Klinik Bad Oexen im Rahmen meiner musiktherapeutischen Zusatzausbildung an der Universität Siegen. Zu Beginn meiner Praxistätigkeit sah ich mich mit den Rahmenbedingungen meines Arbeitsfeldes konfrontiert. Ein Arbeitsfeld, welches von vornherein durch eine vorgegebene Verweildauer von vier Wochen auf eine kurzzeittherapeutische Intervention ausgelegt ist und in der Anzahl der möglichen Sitzungen begrenzt ist. Mit der vorliegenden Arbeit verfolge ich das Ziel, aufzuzeigen, wie die Musiktherapie im Gesamtkontext von lösungsorientierter und kurzzeittherapeutischer Therapie integrier- und umsetzbar ist und worin das besonders Hilfreiche und das besonders Nützliche im Therapieprozess mit Musik liegt.

1. Das Arbeitsfeld

Die Klinik Bad Oexen ist eine von gesetzlichen und privaten Versicherungsträgern anerkannte Rehabilitationseinrichtung und erbringt stationäre sowie ambulante Rehabilitationsmaßnahmen. Die Klinik gliedert sich in einen Erwachsenenbereich, das Haupthaus, und den Kinderbereich, das Kinderhaus.

Im Haupthaus werden erwachsene Patienten mit onkologischen Erkrankungen betreut. Das Haupthaus hat eine Kapazität von 205 Betten und sieht unterschiedliche Behandlungskonzepte vor. Es gibt spezielle Behandlungsangebote für junge Erwachsene zwischen 18 und 28 und einen Mutter/Vater-Kind-Bereich mit 35 Betten, in dem onkologisch erkrankte Mütter und Väter mit begleitenden Kindern aufgenommen werden. Die Verweildauer liegt hier bei drei Wochen.

Im Kinderhaus werden bis zu 48 Kinder- und Jugendliche mit onkologischen Erkrankungen und/oder kardiologischen Erkrankungen unter Einbeziehung der Familie behandelt. Die Verweildauer liegt bei der Kinderrehabilitation bei 4 Wochen. Das Altersspektrum reicht vom neugeborenen Alter bis zum Alter von 18 Jahren. Das Kinderhaus bietet neben der oben genannten Kinderrehabilitation spezielle

Konzepte für allein anreisende erkrankte Jugendliche und für Familien nach dem Tod eines Kindes zur Trauerbewältigung an.

1.1 Der familienorientierte Ansatz

Die Rehabilitation erfolgt nach abgeschlossener Akutbehandlung, in Therapiepausen oder auch zur Stärkung für eine weitere Operation. Sie verfolgt zum einen das Ziel, den klinischen Erfolg zu stabilisieren und die körperlichen Potentiale des Kindes zu fördern und zu stärken. Gleichzeitig steht das Thema der psychischen Krankheitsverarbeitung im Vordergrund. Bei Kindern in einer Palliativsituation kann Rehabilitation die Lebensqualität steigern.

Eine langhaltende und schwerwiegende Erkrankung eines Kindes zieht für die gesamte Familie psychosoziale Belastungen nach sich. Beispielsweise muss ein Elternteil die Betreuung des Kindes in der Klinik sicherstellen, während der andere Elternteil zur finanziellen Absicherung der Familie beiträgt. Die Geschwisterkinder müssen von fremden Personen betreut werden. Dies führt häufig zu einer Trennung der Familie über den langen Zeitraum der Akuttherapie.

Die Klinik Bad Oexen arbeitet nach einem familienorientierten Konzept. Dies beinhaltet, dass die Eltern und die Geschwisterkinder mit aufgenommen werden, um die psychosozialen Folgen und Beeinträchtigungen der Erkrankung in einem systemischen Zusammenhang zu behandeln und um das System als Ganzes wieder zu stärken und zu stabilisieren.

1.2 Hintergründe zur Arbeit mit krebskranken Kindern

In Deutschland erkranken jährlich etwa 1800 Kinder bis zum 15. Lebensjahr an Krebs. Dabei sind die häufigsten Erkrankungen bei Kindern Leukämien und Lymphome, gefolgt von Hirntumoren, Neuroblastomen und Wilmstumoren. Bei größeren Kindern und Jugendlichen finden sich dann auch andere Krebsarten wie Weichteil- und Knochensarkome. Die Behandlungschancen haben sich in den letzten 30 Jahren deutlich verbessert. „So liegen nach modernen Behandlungsmöglichkeiten die Chancen auf eine dauerhafte Heilung (je nach

Erkrankungsart und je nach Stadium, in dem die Erkrankung festgestellt wurde, N.K) zwischen 5% und 98%. (...) Bei dieser großen Bandbreite der Prognose ist ein Begriff KREBS, der viele Jahre Unheilbarkeit und baldigen Tod bedeutete, relativiert zu sehen.“ (vgl. Gutjahr, 2009, S.3-8). Vielmehr ist der Blick darauf zu richten, wie sich die einzelne Erkrankung mit ihrer jeweiligen Prognose und den Behandlungsbedingungen auf den Patienten auswirkt.

Wie im Erwachsenenbereich sind die drei Hauptbehandlungsformen einer onkologischen Erkrankung der operative Eingriff, die Chemotherapie und die Bestrahlung. Die erkrankten Kinder sind während der Therapie massiven körperlichen Nebenwirkungen wie Übelkeit und Durchfall, Verdauungsstörungen, Schmerzen, Entzündungen im Mundbereich, Müdigkeit, Fieber und einer erhöhten Infektanfälligkeit ausgesetzt. Außerdem erleben die Kinder unter Umständen eine Veränderung ihres Körperbildes durch Gewichtsveränderungen in Folge von Ernährungsstörungen oder Medikamenten, Haarverlust oder durch Amputationen. Ebenso erleben krebskranke Kinder im Rahmen ihrer Behandlung häufig fremdbestimmte aber medizinisch notwendige Eingriffe wie Lumbalpunktionen, Knochenmarkpunktionen, die Anlage einer Sonde zur künstlichen Ernährung oder die Anlage von Kathetern (ebd., S. 26-38 & S. 278-314).

Neben den körperlichen Beeinträchtigungen zieht eine Krebserkrankung auch immer psychosoziale Beeinträchtigungen nach sich. Laut Griessmeier (2005) „fühlen sich (die jungen Patienten, N.K.) ausgeliefert, ausgeschlossen und abgeschnitten von ihrer bisherigen Umwelt“. Die Kinder entwickeln unterschiedliche Verhaltensauffälligkeiten, ziehen sich stark zurück und reagieren mit Verweigerung oder Aggression. Ebenso fallen erkrankte Kinder häufig in regressive Verhaltensweisen, zeigen Ängste, klammern sich verstärkt an die Eltern und werden dadurch deutlich in ihrer Autonomieentwicklung gehemmt. Im Hinblick auf die Bedrohlichkeit der Erkrankung sind die oben genannten Verhaltensweisen jedoch als normale Bewältigungsstrategien des Kindes im Sinne einer akuten Belastungsreaktion oder einer Anpassungsstörung zu sehen. In starken Ausprägungen können sich die psychischen Beeinträchtigungen zu Angststörungen oder zu depressiven Erkrankungen entwickeln.

Krebskranke Kinder erleben auch einen Bruch in der sozialen Entwicklung. Häufig sind die Kinder über längere Zeiträume von ihrem sozialen Umfeld isoliert und haben

wenige Erfahrungen im Umgang mit anderen Kindern. Ebenso haben die Kinder innerhalb der Familie eine besondere Stellung, die häufig auch bisher geltende Regeln und Grenzen in der Erziehung aushebelt (vgl. Griessmeier in Pfahl & Koch-Temming, 2005, S. 237ff).

2. Die Rolle von Musiktherapie in der Behandlung krebskranker Kinder

Die Musiktherapie setzt bei der seelischen Verarbeitung der Krebserkrankung an und kann eine Unterstützungsmöglichkeit im Verarbeitungsprozess sein. Häufig ziehen sich die erkrankten Kinder während der Therapie und auch zu Beginn einer Rehabilitation stark zurück und sprechen wenig über ihre Ängste. Die Kinder tun dies auch, um ihr soziales Umfeld zu schützen. „Wesentliches Ziel (der Musiktherapie, N.K.) ist es, den Kindern über die Musik überhaupt Kontakt mit ihrer Umwelt, aber auch mit ihrer inneren Welt zu ermöglichen, ihnen Ausdrucksmöglichkeiten für ihre Gefühle, inneren Bilder oder Ahnungen anzubieten und in den musikalischen Antworten eines Erwachsenen Resonanz und dadurch Akzeptanz zu erfahren.“ (edb.) Ebenso kann in der Musiktherapie der Bereich des sozialen Kontaktes geübt und gefördert werden (ebd.).

2.1 Die strukturelle Einbindung der Musiktherapie in den klinischen Kontext

Die Musiktherapie findet eingebettet in das multidisziplinäre Therapieangebot des Kinderhauses ihren Platz. Das Therapiespektrum reicht von krankengymnastischen, sporttherapeutischen, ergotherapeutischen, reittherapeutischen Angeboten hin zu individuellen psychosozialen Angeboten zur Entspannung und zur Krankheitsbewältigung. Neben individuellen Therapien für die einzelnen Familienmitglieder gibt es verschiedene Angebote für die gesamte Familie. Diese Angebote werden in psychosozialen Aufnahmegesprächen und den ärztlichen Aufnahmeuntersuchungen über die Therapiepläne verordnet und die Wirksamkeit in regelmäßigen Visiten und Verlaufsgesprächen durch die Ärzte und das psychosoziale Team überprüft.

Neben den verschiedenen fest gebuchten Therapieangeboten gibt es abends und an Wochenenden offene Angebote und verschiedene erlebnispädagogische Angebote.

Die Musiktherapie wird als Einzel-, Gruppen- und Familientherapie angeboten.

Mittlerweile fest in der Struktur verankert hat sich eine Musikgruppe für 3-4jährige Kinder, zwei Eltern-Kind-Gruppen für die Altersgruppe 0 -36 Monate, die jeweils 2 Mal wöchentlich mit einer Therapiedauer von 45 Minuten angeboten werden. Einzel- und Familienmusiktherapie wird individuell nach Bedarf angeboten. Ergänzt wird dieses therapeutische Angebot durch die musikpädagogische Familienprojektarbeit, offene Trommelangebote und Entspannungsgruppen.

3. Theoretischer Hintergrund der systemischen und lösungsorientierten Therapie

In der Falldarstellung im 4. Kapitel soll der musiktherapeutische Verlauf einer lösungsorientierten Einzeltherapie dargestellt werden. Um die lösungsorientierte Therapie in das Feld der unterschiedlichen Therapiekonzepte einordnen zu können, wird nun zunächst ein theoretischer Überblick und eine kurze Einordnung der lösungsorientierten Therapie im Gesamtzusammenhang systemischer Therapien erfolgen. Dabei liegt der Fokus nicht auf einem Anspruch der Vollständigkeit und der Darstellung aller bisherigen systemischen Konzepte. Es geht vielmehr darum den Hintergrund der therapeutischen Haltung im folgenden Praxisteil nachvollziehbar zu machen und zu erklären.

3.1 Die systemische Therapie

Wenn von systemischer Therapie gesprochen wird, ist damit nicht nur ein Therapiekonzept zu verstehen. Vielmehr beschreibt der Oberbegriff der systemischen Therapie unterschiedliche theoretische und praktische Konzepte. Kybernetische, soziologische, biologische und erkenntnistheoretische Einflüsse verdichten sich bis heute zu einem vielfältigen Feld unterschiedlicher systemischer Konzepte. Neben den psychodynamischen Verfahren und der Verhaltenstherapie ist die systemische Therapie derzeit eines der Verfahren, die vom Wissenschaftlichen Beirat für Psychotherapie anerkannt wurde.

Die Anfänge der systemtheoretischen Konzepte stammen aus der Kybernetik. Kybernetik bezeichnet die Steuerungslehre technischer Systeme. In der Theorie der Homöostase von Systemen geht man davon aus, dass Systeme bestrebt sind, im Gleichgewicht zu sein und dass Veränderungen durch Eingriffe in das System von außen lenkbar sind. Diese Idee griff vor allem die Familientherapie nach Minuchin, Haley oder Palazolli auf.

Symptome eines Patienten sind im Sinne der Familientherapie nicht nur auf seine eigene psychische Struktur zurückzuführen, sondern im Kontext der sozialen Beziehungen zu sehen. Dieser theoretische Hintergrund führte in der therapeutischen Arbeit dazu, dass verstärkt die Familie in die Arbeit miteinbezogen wurde. Therapeutische Interventionen wurden als Eingriffe verstanden, um ein aus dem Gleichgewicht geratenes Familiensystem ins Gleichgewicht zu bringen.

In der Weiterentwicklung der Systemtheorien hatte die Selbstorganisationstheorie, mit naturwissenschaftlichem Hintergrund in der Physik und Chemie, Einfluss auf die Entwicklung der systemtherapeutischen Konzepte. Demnach befinden sich Systeme in einem prozesshaften, sich verändernden Wechselspiel zwischen Ordnung und Chaos. Die Struktur lässt sich dabei nicht von außen vorgeben, sondern das System organisiert sich selbst. Hier wird von der autopoietischen Systemen gesprochen, die nach außen klar abgegrenzt sind und sich der Einflussnahme von außen entziehen.

Im Bezug zum therapeutischen Prozess bedeutet eine therapeutische Intervention damit lediglich eine Anregung von außen, die Veränderungsprozesse in Gang bringen kann. Sie kann jedoch nicht kontrollieren kann, in welcher Form das System die Veränderung vollzieht. Therapie schafft den Rahmen, in dem sich eine Person mit ihrem System selbst organisieren kann.

Basierend auf neuropsychologischen Forschungsergebnissen stellt die personenzentrierte Systemtheorie einen Ansatz dar, der davon ausgeht, dass Kommunikationsprozesse nicht nur zwischenmenschlich sondern auch innerpsychisch ablaufen und der Mensch damit ein eigenständiges System mit Kognitionen, Emotionen, Wahrnehmungen und Handlungen ist. Durch die Fähigkeit zur Selbstreflexion und zu kommunikativen Prozessen kann der Mensch selbst steuern. Systemisch Therapie zielt dabei darauf ab, Kommunikationsprozesse innerpsychisch und zwischenmenschlich zu verändern.

Ein weiteres Konzept in der Entwicklung der Systemtheorien ist der erkenntnistheoretische Ansatz des radikalen Konstruktivismus. Demnach wird die Wirklichkeit eines Menschen durch die eigene Wahrnehmung geschaffen. In der Weiterführung dieses Gedanken wurde der Therapeut immer mehr als Teil des Systems und nicht mehr als außen stehender Betrachter begriffen (vgl. von Schlippe & Schweitzer, 2003).

Viele systemische Therapeuten beschäftigten sich mit Milton Erickson und seinem hypnotherapeutischen Ansatz. Erickson benutzt therapeutische Trancezustände um unbewusste Lösungsprozesse in Gang zu bringen und dadurch zu einer Ressourcenaktivierung beizutragen (vgl. de Shazer & Dolan, 2008)

In der systemischen Therapie wurde als therapeutische Grundhaltung das Konzept der Neutralität entwickelt und beschrieben. Zum einen ist damit die Neutralität gegenüber den einzelnen Personen gemeint, zum anderen auch die Neutralität einem Symptom gegenüber. Symptome können in diesem Zusammenhang eine wichtige Funktion für den Patienten haben, so dass der Patient Gründe hat, ein Symptom im Kontext des Systems aufrecht zu halten (vgl. von Schlippe & Schweitzer, 2003) Im Fallbeispiel im 4. Kapitel haben Ronnies Schmerzen für ihn die Funktion, ihn ängstigende Dinge nicht zu tun. Hätte er die Schmerzen nicht, müsste er in die Schule gehen und müsste an anderen Therapieangeboten teilnehmen.

3.2 Die lösungsorientierte Therapie

Besonders im deutschsprachigen Raum wird den systemischen Therapiemodellen die lösungsorientierte Kurzzeittherapie zugeordnet, die seit den achtziger Jahren von Insoo Kim Berg und Steve de Shazer in Amerika entwickelt wurde.

Sie stützten sich dabei unter anderem auf die Grundannahmen Ericksons, dass Ressourcen häufig im Unbewussten verborgen bleiben und durch das Bewusstsein kontrolliert oder auch blockiert werden können. Erickson sah dabei hypnotherapeutische Trance als Möglichkeit, einen Zugang zu den Ressourcen und zu Kreativität zu ermöglichen. (vgl. Seite „Hypnotherapie“. In: Wikipedia)

Der Therapeut ist in der lösungsorientierten Therapie unterstützend tätig, um einen Kontext zu schaffen, in dem der Klient vorhandene Potentiale erkennt und zur

Problemlösung einsetzt. Es geht um die gemeinsame Konstruktion von Lösungen im Therapieprozess. Die Ausnahmen vom Problem werden in der lösungsorientierten Kurzzeittherapie genutzt, um den Blick auf Veränderungen und Veränderungspotentiale zu richten. Im Rahmen der lösungsorientierten Kurzzeittherapie geht man davon aus, dass Veränderungen in kleinen Schritten funktionieren. Ein kleiner Schritt bedingt solange einen weiteren kleinen Schritt, bis die Lösung in den Alltag übergeht. Lösungsorientierte Kurzzeittherapie hat die Gegenwart und die Zukunft im Blick. Es geht weniger darum, die Ursachen oder kontextuellen Bedingungen eines Problems zu erklären, sondern darum, zukunftsorientiert zu erarbeiten was anders wäre, wenn das Problem gelöst wäre. Als eine therapeutische Intervention wurde dabei die Wunderfrage entwickelt. Der Patient wird dabei gefragt, was anders wäre, wenn sich durch ein Wunder seine Situation verändert hätte und was er dann anders machen würde. Es geht bei dieser Therapieform nicht um die Erklärung eines Problems, sondern darum, was anders wäre, wenn das Problem gelöst wäre. Die lösungsorientierte Kurzzeittherapie geht davon aus, dass eine Lösung nicht im Zusammenhang zum Problem stehen muss. „Das Finden einer Lösung hat nichts mit dem Verstehen eines Problems zu tun.“ (ebd., S. 35) Dem Menschen wird ein Veränderungspotenzial zugeschrieben. Somit hat er die Möglichkeit, seine Zukunft selbst zu gestalten. Die lösungsorientierte Therapie geht davon aus, dass der Mensch schon über alle Ressourcen zur Lösung eines Problems verfügt, sie jedoch nicht zur Problemlösung einsetzen kann. Die lösungsorientierte Kurzzeittherapie nach de Shazer ist eine sprachbasierte Methode um Ausnahmen und bereits funktionierende Situationen im Therapieprozess heraus zu arbeiten bzw. um den Blick auf die Lösung zu richten. (vgl. de Shazer & Dolan, 2008)

4. Therapieverlauf einer Einzeltherapie unter Erläuterung der Interventionstechniken

Systemische Therapie als integratives Verfahren, lässt eine Methodenvielfalt zu, dabei immer den Blick darauf gerichtet, was hilfreich- und nützlich für den Patienten ist. Anhand eines Fallbeispiels werde ich systemisches Denken, Handeln und entsprechende systemische Konzepte in Verbindung zur Musiktherapie bringen.

4.1 Anamnese

Ronnie, 12 Jahre, befand sich schon seit früher Kindheit wegen Schmerzen in ärztlicher Behandlung. Die Schmerzen zeigten sich überwiegend in Knieschmerzen, die laut Angaben der Eltern und laut Ronnies Angaben jedoch auszuhalten waren. In vielfachen Arzt- und Klinikbesuchen wurde keine somatische Ursache festgestellt und Ronnie bekam die Diagnose einer Fibromyalgie, einer eher psychosomatisch einzuordnenden Schmerzerkrankung.

Neben der Schmerzerkrankung wurde im November 2007 die Diagnose eines Osteosarkoms, ein Knochentumor, im Oberschenkel gestellt. Ronnie unterzog sich einer langwierigen onkologischen Behandlung mit 4 Blöcken Chemotherapie, anschließender OP zur Tumorentfernung unter Einsatz einer den Knochen ersetzenden, beinerhaltenden Prothese im April 09 und anschließender erneuter Chemotherapie.

Die postoperative Chemotherapie wurde schlecht vertragen. Ronnie entwickelte eine Wundheilungsstörung, Muskelatrophie und nahm stark ab. Er bekam im Mai 2008 eine PEG-Sonde zur künstlichen Ernährung angelegt bei und hatte starkes Untergewicht. Die Akuttherapie wurde im Juli 2008 beendet. Anschließend erhielt Ronnie eine Erhaltungskemotherapie.

Schon während der Akutbehandlung zwischen 2007 und Juli 2008 habe Ronnie laut Angaben der Eltern aggressive Verhaltensweisen gezeigt, seine Eltern geschlagen und häufige Schmerzattacken entwickelt.

Im Anschluss an die stationäre Therapie erfolgte eine Rehabilitation mit der ganzen Familie. An diese Rehabilitation habe die ganze Familie die Hoffnung geknüpft, dass Ronnie wieder laufen lerne. Aufgrund der Wundheilungsstörung verzögerte sich der Therapieerfolg. Ronnie wurde aus der Reha entlassen und sollte wieder in die Regelschule integriert werden. Auch dort war eine hohe Erwartungshaltung bezüglich Ronnies Mobilität entstanden, die dadurch enttäuscht wurde, dass Ronnie im Rollstuhl in die Schule zurück kam und noch nicht wieder laufen konnte. Daraufhin verweigerte Ronnie den Schulbesuch, was dazu führte, dass er in eine Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie eingewiesen wurde.

Systemischer Fokus

Im Gespräch mit den Eltern wird deutlich, dass diese zum Zeitpunkt der Aufnahme keine Alternative zu einer stationären Aufnahme in die Kinder- und Jugendpsychiatrie sehen. Zum einen, weil Ronnie nach wie vor aggressive Verhaltensauffälligkeiten zeige, zum anderen weil er laut den Eltern in seiner Erkrankungsrolle fest hing und wenig Motivation zeige, an Therapieerfolgen zu arbeiten. Die familiäre Situation wirkt deutlich angespannt und ist von gegenseitigen Vorwürfen geprägt. Beide Elternteile erscheinen im hohen Maße gestresst und sind an den Grenzen ihrer Belastbarkeit angekommen.

4.2 Zielvereinbarungen im Erstkontakt unter Einbeziehung der Bezugspersonen

Im stationären Setting der Klinik Bad Oexen werden durch das Bezugsbetreuungssystem die Therapien durch psychosoziale oder ärztliche Mitarbeiter in Auftrag gegeben und verordnet. Die Musiktherapie bewegt sich im Spannungsfeld der Wünsche und Ziele des Kindes und der Eltern. Laut Pfahl & Koch-Temming „stellt sich in der Behandlung von Kindern stets die Aufgabe, die Vorstellungen und Wünsche von Eltern und Kindern miteinander zu vereinbaren“. (Pfahl & Koch-Temming, 2005, S. 170) Ebenso werden Zielerwartungen der professionellen psychosozialen Mitarbeiter an die Musiktherapie herangetragen. Dadurch ergibt sich eine Notwendigkeit, die Bezugspersonen in den Therapieverlauf mit einzubeziehen (ebd.).

Erstkontakt

Der Erstkontakt zu Ronnie fand während des gemeinsamen Aufnahmegespräches mit den Eltern statt. Dabei kam Ronnie im Rollstuhl ins Büro gefahren und gab als oberstes Ziel an, er wolle wieder laufen können. Die Eltern wirkten resigniert und gaben an, sie hätten keine Hoffnung mehr an diese Rehabilitation.

Ronnie entzog sich schnell dem Gespräch, wenn er von mir nach seiner Erkrankung gefragt wurde. Er begann zu weinen und gab an, er habe große Schmerzen. Aufgrund der Schmerzen könne er das Gespräch nicht fortführen, ließ sich jedoch darauf ein, einen neuen Termin mit mir alleine für den Nachmittag abzumachen.

Ronnie erschien am Nachmittag wie vereinbart und willigte ein, einen gemeinsamen Park-Spaziergang zu machen. Dabei erzählte er sehr offen über seine Erkrankung, erzählte auch offen darüber, dass er manchmal aggressiv würde.

Therapieangeboten stand Ronnie äußerst kritisch gegenüber und lehnte von vornherein alle Therapien, die nicht krankengymnastisch waren ab. Psychologische Angebote wollte er zunächst auf keinen Fall. Auf das Angebot, sich auf dem Rückweg den Musiktherapieraum anzuschauen, ging Ronnie ein. Dabei interessierte er sich besonders für den Gong und war beeindruckt von der Lautstärke des Instruments und erforschte neugierig den Raum.

Zu Beginn der Therapie geht es zunächst um den vertrauensvollen Beziehungsaufbau. Es soll ein sicherer Rahmen geschaffen werden, in dem das Kind sich trauen kann, sich auf Spiele einzulassen und diese auszuprobieren. Ein

Prozess soll entstehen, der das Kind motiviert sich an der Therapie zu beteiligen. Während des therapeutischen Prozesses geht es ebenso darum, Aufträge zu klären und Ziele zu definieren, wobei in der Therapie mit Kindern häufig Aktions- und Reflektionsprozesse gleichzeitig ablaufen und sich Ziele und Aufträge im Laufe der Therapie entwickeln und verändern können. Dabei ist entscheidend, dass sich der Therapeut auf die Spielebene des Kindes einlässt und lernt, seine Sprache zu entschlüsseln und zu verstehen, auch ohne eine explizite Zielformulierung.

Im Kontakt zu Ronnie fiel es zu Beginn schwer, klare und realistische Ziele auszuhandeln. Sein Ziel, wieder laufen zu wollen, war ein Ziel, welches direkt in der Musiktherapie nicht zu erreichen war. Als therapeutisches Ziel könnte man folgendes ansehen. Ronnie soll Mut bekommen, sich auf die anstrengende Behandlung einzulassen und seine Ängste und Enttäuschungen überwinden. Ronnie soll lernen, sich kleine realistische Ziele zu stecken. Als Voraussetzung hierfür kann gesehen werden, dass Ronnie neben der auf ihn zu kommenden anstrengenden Physiotherapie einen Ausgleich und einen Raum zur Entspannung bekommt, der ihm Spaß macht. Hierauf konnte er sich einlassen. Ebenso ging es in der Therapie darum, Ronnie eine vertrauensvolle und stabile Beziehungserfahrung zu ermöglichen, in der er nach vielen fremdbestimmten Ereignissen in seinem Leben, Selbstbestimmung zurück zu bekommen kann. Wie sich im weiteren Verlauf noch zeigen wird, konnte Ronnie die Ziele nicht formulieren, er konnte sie aber deutlich zeigen und für mich verständlich ausdrücken.

4.3 Die Haltefunktion der Musik

1. Sitzung: Entspannungsmusik

Nach dem vorangegangenen Besuch im Therapieraum zeigte sich Ronnie bereit, sich auf die Musiktherapie einzulassen. Er kommt zur ersten Sitzung in den Raum und schaut sich verschiedene Instrumente an. Zunächst benutzt er wieder den Gong und ist fasziniert von den langklingenden Tönen. Auf Einladung sucht Ronnie sich weitere langklingende Instrumente aus, entdeckt dabei Klangschalen, Zimbeln und das Monochord. Er reiht die Instrumente mit Hilfe der Therapeutin um sich herum auf und versucht diese nach bestimmten Schemen zu ordnen. Zunächst versucht er von tief klingenden nach hoch klingenden Instrumenten zu ordnen. Nach einmaligem Versuch ordnete er die

Instrumente von hoch klingenden nach tiefklingenden Instrumenten. Immer wieder spielt er die Reihe und zählt dabei die genauen Zeitabstände zwischen den verschiedenen Instrumenten. Dabei weist er der Therapeutin klare Aufgaben zu. Währenddessen nennt er seine Musik eine Entspannungsmusik. Die erste Sitzung endet damit, dass Ronnie erwartungsvoll auf seine Eltern wartet, um ihnen seine Entspannungsmusik vorzuspielen. Vor dem Therapieraum wartet nur sein Vater. Enttäuscht darüber, dass seine Eltern nicht gemeinsam gekommen sind, lädt er seinen Vater zum Zuhören ein. Dieser willigt ein und hört gespannt zu.

Ronnie inszeniert in dieser Sitzung deutlich das Thema der Sicherheit und der Struktur. Er schafft sich seinen eigenen sicheren Rahmen durch ein zwanghaftes Anordnen der Instrumente und bestimmt dadurch deutlich den Therapieverlauf. Versuche seitens der Therapeutin sein Muster zu durchbrechen enden damit, dass Ronnie auf eine rationale Ebene geht. Er gibt mir damit deutlich zu verstehen, wo im Moment seine Grenzen liegen. Um weiterhin in einer vertrauensvollen Beziehung arbeiten zu können und um die Therapiemotivation aufrecht zu halten, akzeptiere ich diese. Ich gebe ihm damit die Kontrolle über das Tempo und lasse ihn selbst bestimmen.

Nach Frohne-Hagemann & Pleß-Adamczyk (2005) hat die Musik unter anderem eine Haltefunktion. Die Autoren gehen davon aus, dass dies eine grundlegende Funktion der Musik ist, auf der andere, zu einem späteren Zeitpunkt beschriebene Funktionen aufbauen. „In ihrer Haltefunktion stellt Musik einen Rahmen bereit, der Sicherheit und Stütze für unter Umständen auch bewegt ablaufende seelische Prozesse darstellt. (...) Die Musik ist in dieser Funktion Ausdruck für Struktur, Ordnung und wirkt stabilisierend.“ (vgl. Frohne-Hagemann & Pleß-Adamczyk, 2005, S. 96-97)

4.4 Die Vehikel- und Katalysatorfunktion der Musik

2. Sitzung: Dschungel

Ronnie bringt von sich aus das „Dschungel“-Thema ein und möchte dieses musikalisch umsetzen. Dabei sucht er sich verschiedene Instrumente aus und nutzt diese, um Tiere damit darzustellen. Er positioniert die Instrumente im Raum und gibt mir klare Anweisungen, wie ich zu spielen habe. Er inszeniert dabei die Geschichte von wilden Tieren und jemandem, der davon läuft. Ronnie bleibt über den gesamten Verlauf in seiner strukturierten Ordnung und plant das Spielen der Instrumente genau.

Musik hat nach Frohne-Hagemann & Pleß-Adamczyk (2005) neben der oben beschriebenen Haltefunktion eine Vehikel- sowie eine Katalysatorfunktion. Demnach stellt Musik eine Möglichkeit dar, die emotionalen Impulse des Kindes aufzugreifen und zu verstärken und dadurch einen emotionalen Ausdruck zu ermöglichen. „Durch die Vehikelfunktion können Gefühle während der Musik durchlebt und im spielerischen Handeln verarbeitet werden. (...) Die Katalysatorfunktion ist als eine Verstärkung der Vehikelfunktion zu sehen (ebd., S. 98-99).

Ronnie bringt von sich aus ein spannungsgeladenes Thema in die Musiktherapie ein. Er kreiert eine Welt von gefährlichen Tieren, die bedrohlich wirken. In der Improvisation spiegle ich ihm die Bedrohlichkeit, die ich erlebe. Auf dieser Ebene zeigt sich Ronnie jedoch nach wie vor sehr rational gesteuert und wenig zugänglich für den emotionalen Anteil seines Spieles. Ronnie zeigt hier zum einen seine chaotische Situation, in der er sich befindet. Ebenso zeigt er sehr deutlich, dass er in der Lage ist, diese Situation zu kontrollieren und zu steuern, in dem er das Chaos für sich ordnet und regelt. Deutlich wird in dieser Sequenz, der Blick auf die Ressourcen des Patienten, der Fokus wird nicht auf das Problem oder die chaotische Situation gerichtet. Ronnie schafft es in dieser Therapiestunde seiner Angst und dem Chaos zu begegnen und stellt sich symbolisch seiner Angst.

4.5 Die Ressourcenorientierung

Systemische und lösungsorientierte Therapie geht davon aus, dass der Patient selbst schon über genügend Ressourcen verfügt, um sein oder ihr Problem zu lösen. Jedoch ist er oder sie nicht in der Lage ist, die Stärken und Ressourcen in Verbindung zum Problem zu setzen und zur Lösung desselbigen einzusetzen (vgl. Kap. 3.2)

3. Sitzung: Das Krafttier

Ronnie wünscht sich, mit dem Keyboard zu spielen. Dabei erinnert er sich daran, dass er in der 5. Klasse einmal Keyboard gespielt habe. Er setzt sich ans Keyboard und beginnt zu spielen. Ronnie hat eine klare Vorstellung davon, wie die Musik zu klingen hat und wie sie falsch klingt.

Im weiteren Verlauf lässt Ronnie sich auf das Angebot ein, ein Krafttier zu malen. Dabei führe ich ihn über eine geleitete Entspannung zu einem Tier, welches ihm Kraft gibt und ihm Mut macht. Ronnie malt direkt im Anschluss daran sein Tier. Im anschließenden Gespräch über sein Krafttier erzählt Ronnie, er habe zuerst einen Greif malen wollen, sich dann aber zum Phönix aus Harry Potter entschlossen. Als besonders

positive Eigenschaften schreibt er ihm Folgendes zu: Die Tränen heilen Wunden. Er steht auf und wird wiedergeboren. Der Phönix ist stark, hat viel Kraft, ist anmutig und majestätisch. Am Ende der Stunde angekommen, beschließen wir, in der nächsten Stunde Musik zum Phönix zu machen. Ronnie wirkt ruhig und entspannt, ganz bei sich und möchte zum Abschluss der Stunde noch einmal eine Klangschale spielen.

Hänsel stellt verschiedene systemische Methoden unter Einbeziehung von Musik dar. Hier seien besonders die Ressourcenaktivierung nach Matthis Andenmatten genannt (vgl. Hänsel in Zeuch et al., 2004, S.166-177). Die Methode wird hier kurz beschrieben um den Weg zu Ronnies Ressourcenaktivierung zu beschreiben.

Andenmatten beschreibt das Utilisationsprinzip in der Musiktherapie und nimmt dabei Bezug auf die hypnotherapeutischen Ansätze Eriksons. Nach Erikson besitzt jeder Mensch alle „Fähigkeiten und Ressourcen um sich in seiner Wirklichkeit zurecht zu finden. Aufgabe des Therapeuten ist es, dem Patienten zu helfen, seine Aufmerksamkeit darauf zu richten.“ (Andenmatten nach Erickson in: Zeuch et al., S. 44). Andenmatten nimmt Bezug zu einem dreigliedrigen Aufbau einer hypnotherapeutischen Sitzung, bestehend aus der Vorbereitungs-, der Trance- und der Ratifizierungsphase (ebd.)

Zunächst wird in der Vorbereitungsphase ein guter Kontakt zum Patienten hergestellt (ebd.).

Da es nunmehr die dritte Therapiesitzung mit Ronnie darstellt, besteht bereits eine tragfähige und vertrauenswürdige Bindung. Als Ressource hat Ronnie bisher gezeigt, dass er in der Lage ist, das Maß an emotionaler Berührung selbst zu regulieren und von sich aus eine Grenze zu ziehen.

In der Trancephase geht es darum, die Aufmerksamkeit zu sammeln und über eine geleitete Trance gewohnte Denkstrukturen zu verlassen sowie einen neuen Zugang zu Ressourcen zu ermöglichen (ebd.).

In der geleiteten Entspannung fokussiere ich zunächst auf Ronnies Körperwahrnehmung und leite ihn zu einer Fantasiereise an, wo es darum geht, ein Tier zu entdecken, welches für ihn positive Eigenschaften verbindet.

In der Phase der Ratifizierungsphase geht es darum, die aus der Entspannung gewonnenen Bilder auch in den Alltag umsetzen zu können (ebd.).

Um Ronnies Bild des Phönix fester und greifbarer für ihn zu machen, biete ich ihm an, den Phönix zu malen und vertiefe im anschließenden Gespräch die positiven Eigenschaften.

In der therapeutischen Arbeit bot es sich an, den ressourcenorientierten Prozess dadurch auszudehnen, dass zunächst über die Entspannung ein Prozess in Gang wurde. Im nächsten Schritt wurde das Bild gemalt und damit sichtbar gemacht. In einem nächsten Schritt ging es in der folgenden Sitzung darum, nun den Phönix hörbar zu machen. Eine direkte Umsetzung in Musik wäre an dieser Stelle sehr komplex und überfordernd gewesen. Außerdem bekommt der Blick auf Ressourcen durch die Erfahrbarmachung auf verschiedenen Sinnesebenen ein stärkeres Gewicht.

4. Sitzung: Musik zum Phönix

Ronnie bringt von sich aus das Thema der Harry Potter-Musik mit ein und würde dies gerne auf dem Keyboard spielen. Er versucht in perfektionistischer Weise, die Melodie auf dem Keyboard zu spielen. Im weiteren Verlauf kündigt Ronnie an, er wolle nun gerne seine Phönix Musik spielen. In einigen Versuchen entwickelt er eine Idee davon, wie die Musik klingen soll, die dann aufgenommen wird.

In der vierten Stunde erfolgt eine weitere Manifestierung der ressourcenorientierten Bilder durch den Einsatz von Musik. Durch das Aufnehmen und das erneute Wiederanhören kann sich das Bild des kraftgebenden Tieres verstärken und verankern. Musik ist eine Ressource und zeitgleich Zugangsweg zu Ressourcen. Musik weckt und fördert Fähigkeiten und hilft Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

Das Krafttier stellt in der 3. und 4. Sitzung einen Weg dar, Ronnie einen altersentsprechenden Zugang zu Ressourcen und Potentialen zu ermöglichen. In der Konzentration auf die positiven Eigenschaften des Phönix, kann Ronnie symbolisch eigene Potentiale und Ressourcen entdecken. Durch das Malen des Tieres bekommt es eine wirkliche Gestalt und wird sichtbar. In der musikalischen Umsetzung erfährt Ronnie nochmals eine Verdichtung.

Systemischer Fokus

Ronnies Mutter war während der ersten Rehawoche nach Hause gefahren um sich eine Auszeit zu nehmen. Zwischen der vierten und fünften Sitzung fand ein gemeinsames Gespräch mit Ronnies Vater und Ronnie statt. Deutlich wurde ein schwelender Konflikt bezüglich der Wassertherapie. Aus medizinischer und physiotherapeutischer Sicht wurde die Wassertherapie sehr sinnvoll und notwendig angesehen, um die Beweglichkeit von Ronnies Beinen zu verbessern und um Muskeln aufzubauen. Nach Angaben durch Ronnies Vater, weigere Ronnie sich in das Wasser zu gehen. Ronnie sorge sich um sein Bein und traue sich nicht, ins Wasser zu gehen. Ronnies Vater ist mit Ronnies Mitarbeit in den Therapien unzufrieden. Ronnie selbst sagte, er habe Angst davor, dass Wasser in seine Wunden komme und befürchtete, dass er große Schmerzen bekommen würde.

4.6 Die Lösungsorientierte Therapie

5. Sitzung: Thema Mut und Überraschung

In der Überlegung, wie ich an das konfliktreiche Gespräch des Vortages anzuknüpfen kann, schlage ich Ronnie vor, einen Spaziergang durch den Park zu machen. Dabei entwickelt sich zunächst ein Gespräch über Zaubersprüche aus Harry Potter und deren Eigenschaften. Im Verlauf entsteht ein Gespräch über Mut und über Dinge, die andere überrascht haben. Ich stelle Ronnie die Frage, ob er schon einmal etwas gemacht habe, was andere überrascht hat.

Diese gesprächsbasierte Sitzung steht unter dem Fokus einer lösungsorientierten Gesprächsführung. Ich greife nicht das konfliktbeladene Thema des Vortages auf, sondern lenke das Thema auf vorhandene Ressourcen.

Nach der lösungsorientierten Kurzzeittherapie nach de Shazer ist eine Interventionstechnik, dem Patienten Komplimente und Anerkennung für bisher erreichte Schritte zu machen. „Komplimente im Therapiegespräch können helfen, auf den Punkt zu bringen, was der Klient bis dahin erfolgreich ausgeführt hat“ (de Shazer & Dolan, 2008, S. 28).

Nach der lösungsorientierten Therapie stellen Ausnahmefragen eine wichtige therapeutische Fragetechnik dar, wo es darum geht, den Fokus darauf zu richten, in welchen Situation bereits erwünschtes Verhalten gezeigt wurde und eine Ausnahme zum Problem bestand (ebd.).

Auf dieser theoretischen Grundlage erarbeite ich mit Ronnie bisher erreichte Ziele, zum Beispiel, dass er bisher alle Krankengymnastik Einheiten im Trockenen geschafft hat und sogar trotz Schmerzen zu den Therapien und auch immer zur Musiktherapie gegangen ist. Desweiteren stellen wir fest, dass er bisher seinen Eltern gegenüber wenige Aggressionsanfälle hatte und sehr ausgeglichen wirkt.

Im Therapieprozess nach lösungsorientiertem Ansatz schafft der Therapeut zum einen sicheren Rahmen, zum anderen ermutigt er den Patienten durch positive Anerkennung dazu, den sicheren Rahmen zu verlassen um Veränderungen auszuprobieren, was de Shazer & Dolan als „Experiment“ bezeichnen (ebd., S.28-29). Die Bedeutung des Experiments wird im weiteren Therapieverlauf verdeutlicht.

4.7 Wendepunkte

6. Sitzung und danach: Die Ektara

Diese Musiktherapiesitzung verbringt Ronnie damit, nach Instrumenten passend zu den Zaubersprüchen aus Harry Potter zu suchen. Wir machen keine Musik, sondern stellen die Instrumente für die nächste Sitzung beiseite. Dabei entdeckt Ronnie ein selbstgebautes Instrument, eine Ektara und findet großen Gefallen daran. Ich biete ihm an, diese mitzunehmen, um ein bisschen darauf spielen zu können.

Am Nachmittag desselben Tages kommt Ronnie im Büro vorbeigefahren, zeigt mir nochmals die Ektara und wirkt begeistert. Ich schlage ihm nun folgendes Experiment vor: Er könne die Ektara behalten, wenn er es schafft, sein Bein bis zu seinen schmerzenden Wunden ins Wasser zu halten. Im Laufe des Tages sehe ich Ronnie mehrfach, wie er über die Ektara zu anderen Kindern und Erwachsenen in Kontakt geht und das Instrument zeigt.

Das Instrument hat Ronnie geholfen, die Barriere, die er anderen gegenüber aufgebaut hatte zu verkleinern und sich zu öffnen. Bisher hatte er vor allem Zeit mit seinem Vater verbracht. Durch das Instrument öffnet er sich etwas und lässt Kontakt zu.

Am nächsten Tag ruft mich die Physiotherapeutin morgens an, Ronnie plane nun ins Wasser zu gehen. Ich solle dabei sein und zuschauen. Dabei hält sich Ronnie an die Abmachung, das Bein bis zu den Wunden ins Wasser zu strecken, hat offensichtlich Spaß an der Therapie und nimmt im weiteren Verlauf an der Wassertherapie teil.

7. Sitzung: Freie Improvisation

Diese Sitzung beginnt plötzlich und unerwartet mit einer freien Improvisation. Ronnie kommt in den Raum und greift direkt nach den Instrumenten. Er fährt an die Pauke. Ich greife direkt zum Xylophon. Erstmals entsteht ein musikalischer Kontakt zu Ronnie in der Improvisation ohne ein vorgegebenes Thema. Die Musik ist geprägt von Imitationsspielen und Spielen in verschiedenen Lautstärken. Im Anschluss daran erzählt Ronnie lange über den gescheiterten Versuch wieder in die Schule zu gehen und berichtet von der großen Enttäuschung über seine Mitschüler und seine Lehrer. Ronnie äußert den Wunsch, einmal einen großen Gong zu spielen.

Die 6. und 7. Sitzung stellen im Therapieverlauf einen Wendepunkt dar. Ronnie hat auf mehreren Ebenen Herausforderungen angenommen, sich selbst Ziele geschaffen und erreicht. Zum einen hat er sich anderen und mir gegenüber geöffnet, zum anderen hat er sich an einen angstbesetzten Bereich herangetraut und sich trotz Wunden und Schmerzen ins Wasser gewagt.

Direkt im Anschluss zeigt Ronnie die Parallelen in der Musik und nutzt die Vehikel- und Katalysatorfunktion. Nun ist es ihm möglich, einen für sich problematischen Bereich, die Schule, zu benennen und darüber zu sprechen, wie er die für sich schwierige Zeit erlebt hat.

Deutlich wird hier der Bezug zur lösungsorientierten Therapie (vgl. Kapitel 3.2). Ronnie geht Schritt für Schritt seinen Weg weiter. Ebenso wird deutlich, dass der therapeutische Fokus auf der Lösung liegt und nicht darin besteht, die Gründe für Ronnies Weigerung ins Wasser zu gehen zu hinterfragen oder zu problematisieren, dass er keinen Kontakt zu anderen hat. Die Lösung besteht darin, dass Ronnie erkennt, dass er eine Herausforderung angenommen und bewältigt hat und dadurch Selbstvertrauen zurück gewonnen hat.

4.8 Konkrete Zielfokussierung und gleichzeitiger musiktherapeutischer Abschied

8. Sitzung: Blick auf Schule

Die Therapie findet auf Ronnies Wunsch in einem anderen Therapieraum statt. Dort befindet sich ein großer Gong und eine Tischtrommel. Ronnie spricht davon, dass „man hier ja auch mal so richtig Aggressionen rauslassen könne“, während er die Instrumente nur zaghaft spielt. Er spielt sehr zögerlich und zurückhaltend, probiert hier und da ein bisschen aus.

Auch ich setze keine Impulse, sondern lasse Ronnie das Tempo bestimmen. Die Musik rückt in dieser Sitzung deutlich in den Hintergrund. Ronnie hört schnell auf zu spielen und erzählt erneut von der Schule.

Es entsteht die Idee einen Vertrag zu erstellen, diesen mit der Schule abzusprechen, um eine verbindliche Regelung aufzustellen und den Start in die Schule zu ermöglichen.

Mit Blick auf das bevorstehende Reha-Ende kommt ein konkret erreichbares Ziel in den Fokus, und zwar der Schulbesuch. Ronnie benennt klar, dass er in die Schule gehen möchte. Ich bespreche mit Ronnie konkret, was er bräuchte um wieder zur Schule gehen zu können. Ronnie ist in der Lage zu benennen, dass er zusätzliche Pausen benötige und dass er ein Klassenzimmer im untersten Stock bekomme. Er möchte unbedingt am Englischunterricht teilnehmen. Ronnie zeigt sich im Gespräch hoch kooperativ. Ihm ist besonders wichtig, dass er nicht abhängig von seinen Mitschülern wird und auf deren Hilfe angewiesen ist.

Systemischer Fokus

Zwischen der 8. und 9. Sitzung finden Gespräche mit Ronnies Vater und seiner Lehrerin statt, um eine gemeinsame Regelung für den anstehenden Schulbesuch zu finden. Am Ende steht eine vertragliche Vereinbarung zum Schulbesuch, die von Schule, Vater und Ronnie unterschrieben wird.

Deutlich wird nun der lösungsorientierte Fokus und die Notwendigkeit der Einbeziehung des sozialen Umfeldes in die Therapie von Kindern, sowie der Blick auf das Gesamtsystem (vgl. Kapitel 4.2). Ronnie hat im Therapieprozess seine Lösung konstruiert. Er braucht lediglich einen Rahmen, der es ihm ermöglicht sein Ziel zu erreichen. Dazu braucht es die Bereitschaft der Schule und seiner Eltern Ronnie bei seinem Ziel zu unterstützen. Im gemeinsamen Gespräch wird die Möglichkeit eines Integrationshelfers besprochen.

Einerseits findet damit in der achten Sitzung eine klare Zieldefinition statt. Das Ziel für Ronnie heißt: ich möchte wieder in die Schule gehen. Andererseits wird damit der Fokus der Therapie deutlich auf die anstehende Entlassung verlegt und damit der Abschied vorbereitet. Die Musik rückt nun deutlich in den Hintergrund.

9. Sitzung: Es ist alles gesagt

Auf Wunsch Robins findet die Therapie im Raum mit dem großen Gong statt. Robin zeigt keinerlei Interesse am Gong oder an der Trommel sondern eher am Brunnen im Raum. Er verwendet die gesamte Stunde darauf, dem fließenden Wasser zuzuschauen. Ich frage Ronnie, ob er damit einverstanden sei, wenn ich ihn nach der Reha anrufe um nachzufragen, ob der Einstieg in die Schule geklappt habe. Ronnie gibt sein Einverständnis.

Im Nachklang dieser Sitzung habe ich den Eindruck, es wäre alles gesagt. Das Ziel des Schulbesuchs ist in greifbare Nähe gerückt. Dazu gab es nichts mehr zu sagen. Ronnie strahlte von sich aus die Zuversicht aus, es schaffen zu können.

Systemische Abschlussperspektive

Im abschließenden Elterngespräch wird deutlich, dass die Eltern den Aufenthalt in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht mehr in Erwägung ziehen. Zunächst soll Ronnie versuchen, in der Heimatschule zu Recht zu kommen. Deutlich wird, dass sich die familiäre Situation insgesamt entspannt hat und Ronnies Eltern Vertrauen in sein selbst bestimmtes Tempo gefasst haben. Der Fokus öffnet sich wieder von einer eher patientenbezogenen Perspektive auf eine systemische Perspektive.

Nach de Shazer und Dolan (2008) haben die gefundenen Lösungen immer einen „interaktionalen“ Charakter. Die Veränderungen seitens des Patienten betreffen auch immer sein Umfeld. „Dem Eintritt kleiner Veränderungen folgen größere Veränderungen, und diese weiter reichenden Veränderungen sind meistens interaktionaler und systembezogener Natur.“ (ebd. S. 25ff.)

4.9 Evaluation nach Rehabilitationsende

Etwa sechs Wochen nach Beendigung der Rehabilitation telefoniere ich mit Ronnie und seiner Familie. Trotz weiterer Schwierigkeiten mit der Lehrerin hält Ronnie hartnäckig an seinem Schulbesuch fest. Im Telefongespräch spricht er offen über frustrierende Moment und wie er trotzdem weiter zur Schule gegangen ist. Im Gespräch mit seiner Mutter erlebe ich eine sehr positive Veränderung. Der Antrag auf einen Integrationshelfer sei bewilligt. Dadurch dass Ronnie kontinuierlich zur

Schule geht, traut sie ihm nun zu, auch wieder laufen zu lernen, aber dann wenn er soweit ist. Auch Ronnies Mutter hat ihm an dieser Stelle ein großes Stück Selbstbestimmung zurückgegeben und unterstützt ihn auf seinem eigenen Weg.

Abschluss

Im Rückblick auf meine musiktherapeutische Tätigkeit wurde deutlich, dass eine lösungsorientierte Perspektive im kurzzeittherapeutischen Rehabilitationssetting notwendig ist. Zum einen damit der Patienten die Möglichkeit hat, auch kleine Veränderungen anzuerkennen und um einen zeitangemessenen Therapierahmen zu schaffen, der weder den Patienten noch den Therapeuten vor die Unlösbarkeit aller Probleme stellt. Es ist gleichzeitig notwendig anzuerkennen, dass manche psychische oder physische Folge einer Krebserkrankung nicht in vier Wochen therapiert werden kann. Es geht vielmehr von Anfang an darum, die Patienten und Familien dabei zu unterstützen, den nach der Rehabilitation den Weg alleine weiterzugehen und entsprechende Ressourcen zu entdecken und zu fördern.

Die lösungsorientierte und ressourcenorientierte Perspektive bietet für den Patienten die Möglichkeit, kleine Schritten als Therapieerfolge zu sehen und anzuerkennen, die dann wiederum Grundlage für die Weiterentwicklung nach der Rehabilitation sein können.

In der Therapie mit Ronnie habe ich die Musik als ein geeignetes Medium erlebt, da durch die Unmittelbarkeit der Musik eine therapeutische Intervention möglich war, ohne dass der Ronnie sich verbal auf den Therapieprozess einlassen musste. Die Musik wurde dabei zu einer Symbolsprache, auf der sich der Ronnie verstanden und angenommen fühlte. Ebenso konnte er mit der Musik sein Bedürfnis nach Kontrolle der Situation und nach Selbstbestimmung deutlich machen.

Gerade in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, die sich je nach Alter unterschiedlich differenziert sprachlich ausdrücken können wird die Musik damit ein nützliches Medium. Musiktherapie ist als niederschwelliges, leicht zugängliches Angebot zu sehen. Die Musikinstrumente haben einen hohen Aufforderungscharakter und kommen den kindlichen Bedürfnissen nach Spiel und

nonverbalen kreativen Ausdrucksmöglichkeiten nach, ohne dabei offensichtlich therapeutisch zu sein.

Mein Arbeitsauftrag im Gesamtkontext der Klinik lautet, Familien bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen. Musiktherapie sehe ich dabei als eine von mehreren systemischen und lösungsorientierten Methoden. Im lösungsorientierten Rehabilitationsprozess zeigt sich immer wieder neu, inwieweit Musiktherapie nützlich und hilfreich im Lösungskontext des jeweiligen Patienten ist.

Literaturverzeichnis

Andenmatten, M. (2004). Das Utilisationsprinzip in der Musiktherapie. In Zeuch, A. & Hänsel, M. & Jungaberle, H. (Hrsg.), Systemische Konzepte für die Musiktherapie. Spielend lösen (43-64). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.

Gutjahr, Peter. (2009). Kurzlehrbuch Kinderkrebs. Pädiatrische Onkologie für Nicht-Onkologen. Aachen: Shake-Verlag

Bossinger, W. & Griessmeier, B. (1994). Musiktherapie mit krebskranken Kindern. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.

Frohne-Hagemann, I. & Pleß-Adamczyk (2005). Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter. Musiktherapeutische Diagnostik und Manual nach ICD 10. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Griessmeier, B. (2005). Sternenmusik – Musiktherapie mit krebskranken Kindern. In Pfahl, C. & Koch-Temming, H., Musiktherapie mit Kindern. Grundlagen – Methoden – Praxisfelder (233-244). Bern: Verlag Hans Huber.

Hänsel, M. & Zeuch, A. (2004). Grundlagen systemischer Therapie. In Zeuch, A. & Hänsel, M. & Jungaberle, H. (Hrsg.), Systemische Konzepte für die Musiktherapie. Spielend lösen (31-42). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.

Hänsel, M. (2004). Inventar systemisch-musiktherapeutischer Interventionen. In Zeuch, A. & Hänsel, M. & Jungaberle, H. (Hrsg.), Systemische Konzepte für die Musiktherapie. Spielend lösen (166-177). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.

Schlippe von, A. & Schweitzer, J.(2003). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Shazer de, S. & Dolan, Y. (2008). Mehr als ein Wunder. Lösungsfokussierte Kurztherapie heute. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.

Seite „Hypnotherapie“. In: Wikipedia, Die freie Enzyklopädie. Bearbeitungsstand: 1. Februar 2010, 16:58 UTC. URL:
<http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Hypnotherapie&oldid=70097368> (Abgerufen: 20. Februar 2010, 10:00 UTC)