

Musiktherapeutische Zusatzausbildung  
der Universität Siegen  
zum Fachvortrag am 4. November 2017

# „Hat das eigentlich schon mal jemandem was genützt?“

Musiktherapie mit traumatisierten Jugendlichen

vorgelegt von

**Annette Spehr**

Ruher Weg 37

51545 Waldbröl-Hoff

[annette.spehr@imail.de](mailto:annette.spehr@imail.de)

0177 773 14 66

## Inhalt

	Seite
1. Zur Person	5
2. Einleitung	5
3. Arbeitsfeld: Die Jugendhilfeeinrichtung	6
4. Therapievoraussetzungen	7
4.1. Strukturelle Voraussetzungen	7
4.1.1. Musiktherapieraum	7
4.1.2. Instrumentarium	8
4.1.3. weiteres Therapiematerial	10
4.2. Organisatorische Voraussetzungen	11
4.3. Voraussetzungen der Therapeut*in	12
4.3.1. Therapeutische Kompetenz	12
4.3.2. Therapeutische Beziehung	12
4.3.3. Therapeutische Haltung	12
4.4. Voraussetzungen der Klient*innen	13
4.4.1. Motivation	13
4.4.2. Indikation zur Musiktherapie	14
4.4.3. Kontraindikationen	16
5. Therapieziele	16
6. Verwendete Methoden	16
6.1. Bewusstes Musikhören	17
6.2. Klangmassage	18
6.3. Musikmalen	19

6.4. Improvisation	20
6.4.1. Freie Improvisation	20
6.4.2. Improvisation nach Vorgaben	20
6.4.3. Beziehungsorientierte Spielregeln in der Improvisation	21
6.5. Stille	21
6.6. Musikalische Aufstellungen	22
7. Fallgeschichten	23
7.1. Ronja	23
7.2. Emma	32
8. Fazit	43
Literaturverzeichnis	45
Anhang	50

## Abbildungsverzeichnis

1. Musiktherapieraum	7
2. Spielmaterial	10
3. wütend – nachdenklich – fröhlich	25
4. Aliens	27
5. Rhapsody in blue	28
6. Stolpersteine	29
7. Alleine auf dem Boot	30
8. Alptraum	36
9. Schatzkästchen	37
10. Aufstellung: Gegenwart	39
11. Aufstellung: Wunsch für die Gegenwart	40
12. Aufstellung: Zukunft	41

## **1. Zur Person**

Nach Jahren als freischaffende Oboistin im Bereich der Historischen Interpretationspraxis und Lehrbeauftragte an verschiedenen Musikschulen und Musikhochschulen, traf ich im Privatunterricht auf Schüler, die eindeutig etwas anderes brauchten als die schiere Vermittlung musikalischer Fertigkeiten. Da mich die eher elitäre Arbeit als professionelle klassische Musikerin zu diesem Zeitpunkt nicht mehr ausreichend zufriedenstellte, begann ich, mich nach einer passenden Ergänzung meiner Tätigkeit umzusehen. Diese fand ich schließlich in der musiktherapeutischen Arbeit.

Meine Praxistätigkeit begann ich in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie von Frau Dr. Löhr in Nümbrecht, zu deren festen Team ich seitdem gehöre. Durch die Vermittlung der Psychiaterin kam ich sowohl zu einem dreimonatigen Praktikum in der neurologischen Rehabilitation an der Rhein-Sieg-Klinik, wo ich mit Patienten der Früh-Reha arbeitete, als auch zu meiner Tätigkeit in der Jugendhilfeeinrichtung, über die ich hier berichte.

Ich habe in der vorliegenden Arbeit aus Gründen der Vertraulichkeit und Schweigepflicht die Einrichtung und die beiden Mädchen aus den Fallbeispielen anonymisiert.

## **2. Einleitung**

Während der Tätigkeit in der neurologischen Rehabilitation stellte ich fest, dass sich der Beziehungsaufbau zu den Patienten dort als verhältnismäßig einfach erwies, da Menschen in einer solchen Situation für nahezu jede Art von Zuwendung dankbar sind.

Der Beziehungsaufbau und das Finden der richtigen Methode in der Arbeit mit Kindern, und noch mehr mit pubertierenden Jugendlichen, gestalten sich deutlich schwieriger.

Die Kinder und Jugendlichen, mit denen ich in der Einrichtung arbeite, sind alle durch Gewalterfahrungen traumatisiert. Sie sind von den Menschen misshandelt und vernachlässigt worden, die sie hätten versorgen, lieben und stärken sollen.

Der Mensch kommt als Nesthocker auf die Welt, ist also von Natur aus nicht darauf programmiert, sich bei Gefahr selbst in Sicherheit zu bringen, sondern bei seinen Bezugspersonen Schutz zu suchen. Das angeborene Verhaltensrepertoire von Erwachsenen beinhaltet eine Vielfalt an korrespondierenden Handlungsweisen, mit Babys entsprechend umzugehen. Dazu gehört zum Beispiel Schaukeln, Summen und Streicheln. Diese Verhaltensweisen rufen beim Baby

neurochemische Reaktionen im Gehirn hervor, durch die die Grundlagen für Hirnentwicklung und späteres Bindungs- und Beziehungsverhalten gelegt werden. Zuwendungen dieser Art in den ersten Lebensjahren sind die Voraussetzung für eine sichere Bindung

Sicher gebunden zu sein, ist die Grundvoraussetzung für Selbstsicherheit, Autonomie, soziale Kompetenz, Bewusstheit der eigenen Emotionen, Frustrationstoleranz und Empathiefähigkeit im Kindes- und Erwachsenenalter.

(vgl. Huber 2012, S.87 ff).

Keines der Kinder, mit denen ich arbeite, hat die Basis einer sicheren Bindung. Die nötige Zuwendung im frühen Kindesalter wurde ihnen nicht zuteil. Sie machten im Gegenteil die Erfahrung, dass auf Nichts und Niemanden Verlass ist. Dies hat ein desorganisiertes Bindungsmuster zur Folge.

(vgl. Huber 2012, S.94 ff).

Die Tatsache, dass es meinen Klient\*innen in der Einrichtung extrem schwer fällt, sich in der Therapie auf Beziehungsangebote einzulassen, ist vor diesem Hintergrund nicht verwunderlich.

Ich bin daher als Therapeutin immer wieder gefordert, den richtigem Einstieg bzw. die richtige Methode zu finden, um den Kindern den Weg dafür zu ebnen.

Die Frage, die mir eine meiner ersten Klient\*innen stellte, und die ich als Titel dieser Arbeit verwende, drückt deutlich die bei diesen Kindern und Jugendlichen vorhandene Skepsis aus:

„Hat das eigentlich schon mal jemandem was genützt?“

### **3. Arbeitsfeld: Die Jugendhilfeeinrichtung**

Die Einrichtung hat drei Mädchenwohngruppen, zwei pädagogische und eine intensivpädagogisch-therapeutische Gruppe. In Letzterer arbeite ich in zweiwöchentlichem Rhythmus mit sechs Mädchen im Alter zwischen 10 und 17 Jahren. Alle Mädchen haben im Laufe ihres Lebens traumatische Erfahrungen gemacht, die dazu geführt haben, dass sie, entweder vorübergehend oder dauerhaft, nicht in ihren Ursprungsfamilien leben können.

## 4. Therapie Voraussetzungen

### 4.1. Strukturelle Voraussetzungen

#### 4.1.1. Musiktherapieraum

In der Jugendhilfeeinrichtung benutze ich den Snoezelenraum, der zur Zeit nicht genutzt wird, als Musiktherapieraum.

Der Raum liegt am Ende eines Flures und ist frei von Störungen von außen. Er ist ca. 30 qm groß, mit einem hellen Teppich ausgelegt und bietet die Möglichkeit, sich im Raum frei zu bewegen. Die Snoezelen-Einrichtung besteht aus zwei Blasensäulen, einer Discokugel, sowie einem Projektor für sanfte vielfarbige Beleuchtung, die man bei Bedarf anschalten kann. Die Decke des Raumes ist mit einem Lichterhimmel versehen. Außerdem gibt es hinter den Blasensäulen zwei über Eck angebrachte Spiegel, einen Stapel Vliesdecken, drei Sitzsäcke und einen CD-Player. (siehe Abb.1)



Abbildung 1: Musiktherapieraum

Vor Beginn der Sitzungen lege ich einige Vliesdecken aufeinander und breite eine bunte Decke darüber, die ich aus Mexiko mitgebracht habe. Auf dieser sitzen wir meist beim Musikmachen.

Die Instrumente liegen um diese Decke herum verteilt und sind damit frei zugänglich. Ideal wäre es, wenn ich gezielt Instrumente und andere Materialien, die ich in einer Sitzung nicht verwenden möchte, oder die nicht durch ihre optische Präsenz ablenken sollen, in einem Schrank o.ä. verstauen könnte. Das ist aber hier leider nicht möglich.

Das Klavier steht nicht im Snoezelenraum, sondern im Aufenthaltsraum, der sich als Musiktherapieraum aufgrund seiner zentralen Lage nicht eignet. Ich kann aber jederzeit mit den Mädchen zum Klavier gehen.

In einer Ecke des Raumes steht sichtbar aber unauffällig das Aufnahmegerät.

Zum Malen und Basteln lege ich eine weitere dicke Decke auf den Boden. So können die Kinder und Jugendlichen malen und basteln, ohne sich in Acht nehmen zu müssen.

Ein Sitzsack und der Platz davor dienen mir als improvisiertes „Büro“ zum Vor- und Nachbereiten der Sitzungen.

*(vgl. Plahl / Koch-Temming 2008, S.157 ff).*

#### **4.1.2. Instrumentarium**

Die von mir in der Musiktherapie verwendeten Instrumente sind überwiegend ohne Vorkenntnisse spielbar. Zwar werden auch klassisch erlernbare Instrumente benutzt, jedoch hemmt der dabei oft entstehende Leistungsanspruch den unmittelbaren Ausdruck und damit den therapeutischen Prozess. Wichtig ist, dass die Instrumentenauswahl möglich vielfältig ist, und Instrumente aus den verschiedensten Materialien und mit möglichst unterschiedlichen Klangqualitäten zur Verfügung stehen. Verschiedene Arten der Tonerzeugung sind gefordert (Streich-, Blas-, Zupf-, Schlag-Tasteninstrumente). Auch Haptik, Material, Größe, Aussehen und Herkunft spielen eine große Rolle.

In die Einrichtung mitgebracht habe ich:

##### Orff-Instrumentarium

- Trommeln
- Rasseln



- Xylophon
- Glockenspiele

### Weltmusikinstrumente

- afrikanische Trommeln
- Gong
- Klangschalen
- Angklung
- Bambusxylophon
- Kalimba
- Tovshuur (mongolische Ziegenkopfgeige)
- Gopi Chant
- Tanpura
- Kantele
- Ocarina

### klassische Instrumente

- Gitarre
- Blockflöte

### Perkussionsinstrumente

- Schlagzeug (unvollständig)

### Effektinstrumente

- Tierstimmen
- Windpfeife
- Flexatone
- Waldteufel

(vgl. Lutz Hochreutener 2009, S.64 ff).

### 4.1.3. weiteres Therapiematerial

Für die rezeptive Musiktherapie, sowie für Musikmalen und Musikhören verwende ich einen CD-Player oder meine Bluetoothbox. Letztere kann ich mit den von den Kindern und Jugendlichen mitgebrachten Handys oder mp3-Playern koppeln.

Zum Musikmalen stehen den Kindern und Jugendlichen Papier in unterschiedlichen Formaten, Ölkreiden, Wachsmalkreiden, verschiedene Bleistifte und Buntstifte zur Verfügung. Auf Finger- oder Wasserfarben müssen wir leider wegen des hellen Teppichs verzichten.

Zum vorhandenen Material gehören außerdem Spieltiere und -menschen, Stofftiere, Handpuppen, Puppen, Batacas (gepolsterte Kunststoffschwerter), Softbälle, verschiedene Tücher, eine Verkleidungskiste, Seile, Geräuschmemory, Bilderbücher, Liederbücher, CDs. (siehe Abb.2) (vgl. Plahl / Koch-Temming, 2008, S.157 ff und Lutz Hochreutener 2009, S.64 ff).



Abbildung 2: Spielmaterial

## 4.2. Organisatorische Voraussetzungen

Regelmäßig und verbindlich stattfindende Musiktherapietermine sind die Grundvoraussetzung für eine wirksame Therapie. Auch sollte gewährleistet sein, dass die Therapie über einen längeren Zeitraum stattfinden kann, um eine tragfähige therapeutische Beziehung zu etablieren und Entwicklungen der Klient\*in in deren eigenem Tempo zu ermöglichen.

(vgl. Lutz Hochreutener 2009, S.98 ff).

Die Bezugspersonen der Kinder sollten möglichst in den Behandlungsprozess eingebunden werden, da die Kinder einen großen Teil ihrer Zeit in ihren Bezugssystemen verbringen. So besteht die Chance, die Therapieinhalte in den Alltag der Kinder zu transferieren.

(vgl. Plahl / Koch-Temming 2008, S.168 ff).

In der Jugendwohngruppe findet die Therapie in zweiwöchentlich statt. Eine Therapieeinheit dauert 60 Minuten, von denen ich ca. 15 Minuten für die Nachbereitung verwende. Glücklicherweise ist die Anzahl der Sitzungen nicht begrenzt, was ein entspanntes Arbeiten ohne Zeitdruck ermöglicht.

Ich treffe mich vor meiner Arbeit mit den Betreuerinnen zu einer Art Übergabe, um über die aktuelle Verfassung der Klient\*innen auf dem Laufenden zu sein. Nach der Therapie informiere ich die Betreuerinnen darüber, ob die Sitzung etwas für die Klient\*in besonders Belastendes beinhaltet hat, und die Klient\*in deswegen besonderer Aufmerksamkeit bedarf.

Diese Form des Informationsaustausches hat sowohl Vor- als auch Nachteile: Auf der einen Seite bin ich so über die Befindlichkeiten der Klient\*innen informiert, auf der anderen Seite werden diese Übergabegespräche von den Betreuerinnen immer wieder für den Versuch genutzt, mich zu instrumentalisieren, damit das Kind in Gruppe besser „funktioniert“, oder um mir Dinge zu entlocken, die der Schweigepflicht unterliegen.

Es ist in diesem Zusammenhang zuweilen schwierig, den Betreuerinnen zu vermitteln, dass Musiktherapie nicht das Ziel hat, die Kinder schnell zu „normalisieren“, sondern die Kinder in Kontakt mit ihren Gefühlen zu bringen, was zeitweise mit innerem und äußerem Aufruhr verbunden ist. Ein erzieherisches Eingreifen wäre in der Musiktherapie weder sinnvoll noch förderlich für den therapeutischen Prozess. Dass ich in der Therapie oft Dinge erfahre, die meine Klient\*innen den Betreuerinnen nicht erzählen, und die ich aufgrund meiner Schweigepflicht für mich behalte, führt manchmal zu Irritationen und Eifersüchteleien innerhalb des Teams.

### **4.3. Voraussetzungen der Therapeut\*in**

#### **4.3.1. Therapeutische Kompetenz**

Die Arbeit mit musiktherapeutischen Methoden setzt voraus, dass die Therapeut\*in von dieser Methode überzeugt ist und über ausreichende therapeutische Kompetenz verfügt.

Abgesehen von der Kenntnis der Methoden und Interventionstechniken, gehört zu dieser therapeutischen Kompetenz auch das Wissen um die eigenen Verwundbarkeiten und Schwächen, damit Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene erkannt werden und damit umgegangen werden kann.

Die Fähigkeit für sich zu sorgen, sich zu schützen und abzugrenzen, den eigenen körperlichen und seelischen Bedürfnissen Rechnung zu tragen, ist ein weiterer Baustein therapeutischer Kompetenz. Supervision und Intervision sowie Weiterbildung bilden eine notwendige Ergänzung.

(vgl. Lutz Hochreutener 2009, S.102).

#### **4.3.2. Therapeutische Beziehung**

*„Die **therapeutische Beziehung** (Hervorhebung im Original) hat wie in allen Psychotherapieverfahren (Grawe 1998) auch in der Musiktherapie eine zentrale Bedeutung. Musiktherapeutische Interventionen können ihre Wirkung nur auf der Basis einer hinreichend gelungenen tragfähigen Beziehung entfalten, die von Wertschätzung, Interesse, Echtheit und Geduld geprägt ist.“*

*(Lutz Hochreutener, 2009, S.13).*

Die therapeutische Beziehung lebt von einer Atmosphäre des gegenseitigen Vertrauens. Das Vertrauen der Klient\*in in die Therapeut\*in macht eine Therapie und ein Einlassen auf die Interventionen der Therapeut\*in erst möglich. Der Aufbau einer tragfähigen Beziehung erfordert die Flexibilität der Therapeut\*in in Bezug auf das Beziehungsangebot. Dies beinhaltet eine entsprechende therapeutische Haltung.

#### **4.3.3. Therapeutische Haltung**

Die therapeutische Haltung der Therapeut\*in der Klient\*in gegenüber sollte wertschätzend, liebevoll, respektvoll und empathisch sein. Ein ebenfalls wichtiger Faktor ist die Authentizität der Therapeut\*in. Dies bedeutet, dass sie ihren inneren Einstellungen und Emotionen entsprechend handelt. (vgl. Plahl / Koch-Temming, 2008, S. 164 ff.).

Das Kind sollte in der Therapie Resonanz, Respekt, Sicherheit und Geborgenheit erfahren, und die Möglichkeit haben, sich in seinem individuellen Tempo zu entwickeln. Dazu bedarf es von Seiten der Therapeut\*in innerer Präsenz, Geduld und Klarheit. Diese Klarheit verhilft der Klient\*in zu mehr Sicherheit und Orientierung.

Weitere unentbehrliche Eigenschaften der Therapeut\*in sind Flexibilität, Kreativität, Humor und Gelassenheit, außerdem Spaß am Spiel und an der Arbeit mit Kindern. Die Therapeut\*in sollte darüber hinaus in der Lage sein, einerseits Empathie zu empfinden, und sich andererseits abzugrenzen und die professionelle Distanz zu wahren.

(vgl. Lutz Hochreutener 2009, S.98 ff.).

Das Prinzip einer therapeutischen Beziehung setzt therapeutische Abstinenz voraus. Das heißt, die Beziehung zwischen Therapeut\*in und Klient\*in muss unabdingbar eine professionelle Beziehung sein, die eine freundschaftliche, sexuelle oder Arbeitsbeziehung etc. ausschließt. Die Verantwortung hierfür trägt ganz allein die Therapeut\*in.

Die Musiktherapie und der Musiktherapieraum dienen als „Safe Place“, in dem die Klient\*in eine Atmosphäre von Sicherheit, uneingeschränkter Wertschätzung und Verständnis erleben kann.

(vgl. Lutz Hochreutener 2009, S.94 ff.). Dies kann die Therapeut\*in dadurch vermitteln, dass sie die Schwierigkeiten des Kindes als Lösungsversuche akzeptiert und betrachtet, und statt dieser Konflikte viel mehr die Fähigkeiten des Kindes in den Vordergrund stellt. (vgl. Plahl / Koch-Temming, 2008, S. 164 f). In diesem Zusammenhang dient die Musiktherapie als Frei- und Übungsraum für positive und negative Gefühle und für neue Verhaltensweisen.

#### **4.4. Voraussetzungen der Klient\*innen**

##### **4.4.1. Motivation**

Bei der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen stellt sich die Frage nach Motivation und Motivierung schon alleine deshalb, weil die Klient\*innen nicht immer freiwillig zur Therapie kommen, sondern oft von ihren Eltern oder Sorgeberechtigten geschickt werden. Manchmal betrachten sie die Therapie als Strafe, oder fühlen sich durch sie stigmatisiert. Kindern und Jugendlichen fehlt außerdem zuweilen der klare Wunsch nach Veränderung. Kontraktgespräche gestalten sich oft deshalb als schwierig, weil entweder kein bewusstes Ziel von den Klient\*innen formuliert wird, oder erst gar keines vorhanden ist.

(vgl. Plahl / Koch-Temming 2008, S. 167 f.).

In Jugendhilfeeinrichtungen oder kinder- und jugendpsychiatrischen Zusammenhängen herrscht oft eine scheinbare Sättigung an Therapie unter den Klient\*innen. Auch gibt es mangelndes Vertrauen in die jeweilige Methode oder aber negative Vorerfahrungen mit Musik.

Um Einblicke in die musiktherapeutische Vorgehensweise zu gewähren, bedarf es einer Aufklärung über die Methode, und einer Probesitzung, in der die Musiktherapie ausprobiert werden kann. Der Ablauf der jeweiligen Musiktherapiesitzung sollte mit dem Kind abgesprochen, klare Stoppsignale verabredet und Vorlieben und Abneigungen geklärt werden. In diesem Zusammenhang sollte auch der Umgang mit dem Thema Schweigepflicht an- bzw. abgesprochen werden.

Bei pubertierenden Klient\*innen ist mit Widerständen und Versagensängsten zu rechnen, denen durch wiederholte Ermutigung, oder bisweilen auch durch ein gezieltes Sich-Lächerlich-Machen der Therapeut\*in entgegengewirkt werden kann.

#### **4.4.2. Indikation zur Musiktherapie**

*„Eine Indikation besagt, welche Art von Behandlung für welche Krankheit oder Störung angezeigt ist. Indikationen für Musiktherapie beschreiben also, bei welchen Störungen Musik wirkungsvoll therapeutisch eingesetzt werden kann.“ (Plahl / Koch-Temming, 2008, S. 145).*

Nach Smeijsters ist Musiktherapie u.a. in folgenden Fällen indiziert:

- Interesse für Musik
  - Stimmungsschwankungen
  - Konzentrationsschwierigkeiten
  - Kontaktschwierigkeiten
  - sozialen, emotionalen und funktionalen Störungen
  - Bedürfnis, sich nonverbal zu äußern
  - affektiven Störungen
  - Störungen der Motorik
  - neurotischen Beschwerden, die eines aufdeckenden Ansatzes bedürfen
  - Störungen des Sozialverhaltens
- (vgl. Smeijsters 1999, S.12).

Weniger allgemein werden Indikationen in Isabelle Frohne-Hagemanns und Heino Pleß-Adamczyks Veröffentlichung „Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter“ (2005) behandelt. Mit diesem Buch haben die beiden Autoren ein Manual geschaffen, das es ermöglicht, anhand konkreter psychischer Störungen die Funktion der Musik zu erkennen, und passende Interventionen zu finden.

Die Indikationen werden in diesem Buch zunächst in die beiden Störungsbereiche Regression und Retardation eingeteilt, die später genauer differenziert werden.

Unter Retardation verstehen die Autoren in diesem Zusammenhang, dass die Entwicklung oder ein Teil der Entwicklung verlangsamt ist, d.h. die körperliche Entwicklung geht langsamer oder schneller vonstatten als die biopsychosoziale. Als Folge dieser unterschiedlichen Entwicklung können ein gestörtes Körper- und Selbstempfinden, gestörte Emotionalität, Symbolisierungsfähigkeit, Sprache oder Beziehungen zu Mitwelt auftreten. Das sind z.B. tiefgreifende Entwicklungsstörungen (ICD-10, F84), organische Störungen (ICD-10, F0), Intelligenzminderung (ICD-10, F7).

Der zweite grob skizzierte Störungsbereich ist die Regression. Bei Störungen in diesem Bereich reinszenieren sich kindliche Verhaltensweisen wie zum Beispiel Abwehrmechanismen, die dem biologischen Alter nicht angemessen sind. Störungen dieser Art äußern sich meist als neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD-10 F4 z.B.: Angststörungen, phobische Störungen, Anpassungsstörungen, Konversionsstörungen), Verhaltensauffälligkeiten mit körperlicher Symptomatik (ICD-10, F5 z.B. Essstörungen, nichtorganische Schlafstörungen), Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (ICD-10, F81), Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend. (ICD 10, F9 z.B. hyperkinetische Störungen, Ticstörungen, Störungen der sozialen Funktion)

Bei Störungen der Kategorien ICD-10, F1 (psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen), ICD-10, F2 (schizophrene Störungen), ICD-10, F3 (affektive Störungen) und ICD-10, F6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) handelt es sich vermutlich um Mischformen beider Störungsbereiche.

(vgl. Frohne-Hagemann / Pless-Adamczyk 2005 S.115 ff.).

#### **4.4.3. Kontraindikationen**

Musiktherapie kann unter bestimmten Umständen auch kontraindiziert sein. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn das Kind eine negative Beziehung zur Musik oder traumatische Vorerfahrungen mit Musik hat, oder nicht erwünschte Reaktionen auf die Musik zeigt.

(vgl. Plahl / Koch-Temming, 2008, S.147).

### **5. Therapieziele**

- Entwicklung sozialer, emotionaler und kommunikativer Kompetenzen
- Verbesserung des Selbstwertgefühls und der Selbstbestimmung
- Stabilisierung
- Affektregulierung, Steigerung der Selbstkontrolle, emotionale Stabilisierung
- „gesunder“ Umgang mit Grenzen
- Ressourcenbildung und Ressourcenaktivierung
- Beziehungsfähigkeit und Vertrauensbildung
- Integration traumatischer Inhalte
- Förderung der Ausdrucksfähigkeit
- Förderung der sensorischen und motorischen Wahrnehmung
- Tiefenentspannung / Beruhigung / Aktivierung
- nonverbale Verarbeitung teils präverbaler Erfahrungen
- Förderung des Selbstempfindens

(vgl. Plahl / Koch-Temming 2008, S.151 ff., Sonntag / Jüchter in: Wölfl 2007, S.113, Wölfl 2007, S.117, Lutz Hochreutener 2009, S.35 f, Wiesmüller 2014, S.124).

### **6. Verwendete Methoden**

Da diese Arbeit selbstverständlich nicht den Anspruch erhebt, alle Methoden aufzuzeigen, die in der Musiktherapie mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen zum Tragen kommen, beschränke ich mich auf einige, von mir in den beiden Fallbeispielen verwendete, Methoden.



## 6.1. Bewusstes Musikhören

*„[...] nur eins hass‘ ich wie die Pest:*

*Das ist aus kleinen runden Löchern in der Wand die Plätschermusik vom Endlosband.“*

*(Mey 1986).*

Die meisten Menschen hören Musik heute allenfalls bei Popkonzerten oder im Konzertsaal mit voller Aufmerksamkeit – in jedem Fall also „live“. Wir sind jedoch permanent von Musik umgeben. Sei es die Musik im Aufzug, in Geschäften, beim Arzt, die private Musik vom mp3-Player oder Handy, die Musik im Sportstudio, im Restaurant: Musik ist allgegenwärtig.

Sich jedoch in Ruhe hinzusetzen und bewusst Musik zu hören, ist für viele Menschen, und gerade für Kinder und Jugendliche, fremd und eine Herausforderung.

Für die musiktherapeutische Arbeit mit Kindern stellt das gemeinsame Hören der von ihnen mitgebrachten Musik meist einen unkomplizierten Einstieg dar. Dabei stellt sich manches Mal heraus, dass das Kind oder die / der Jugendliche seine eigene Musik nie bewusst gehört hat.

Beim Hören der von mir mitgebrachten Musik leite ich zunächst die Jugendlichen an, d.h. ich weise sie auf bestimmte Instrumente hin, auf die sie achten sollen, oder spiele ihnen vorher ein Thema vor, das sie wiedererkennen können, oder kommentiere beim ersten Hören die Musik, um beim zweiten Hören einen Wiedererkennungseffekt zu erzielen.

Schwabe beschreibt das Ziel der von ihm so bezeichneten „Regulativen Musiktherapie“ wie folgt:

*„Hier, im Fall der Regulativen Musiktherapie, geht es aber um eine Art **Einüben einer***

***Aufmerksamkeitshaltung** (Hervorheb. im Original), die auch zu einer Lebenshaltung werden kann.“*

*(Schwabe in: Frohne-Hagemann (Hrsg.) 2004, S. 208 ff.).*

Das angeleitete Hören erleichtert es den Kindern und Jugendlichen, sich überhaupt auf das Hören einzulassen, bevor sie sich ganz der Musik zu überlassen können

Eine absichtslose Hingabe, ähnlich einer Meditation, ist die Voraussetzung für bewusstes Musikhören. Dabei muss der Hörer die Aufmerksamkeit nach innen richten, sich nicht ablenken lassen, sich ganz im Hier und Jetzt befinden und sich selbst annehmen.

(vgl. Kapteina in: Frohne-Hagemann (Hrsg.) 2004, S.258 ff.).

*„[...]das Musikerleben ist mit Regression verbunden. Insbesondere beim Hören von Musik geht der Hörer auf frühere Erlebnisweisen und Gefühlszustände zurück, Phantasietätigkeit und Tagträumerei. Er benutzt die Musik als Projektionsfläche, auf der er psychisches Geschehen abgebildet erlebt, oder er identifiziert sich mit der Musik und erlebt die musikalischen Prozesse so, als seien sie seine eigenen seelischen Bewegungen (vgl. Klausmeier 1978, 213 ff). Bei musikogener Regression fühlt man sich verstanden und aufgehoben vor und jenseits des sprachlichen Begriffs.“*

*(Kapteina in: Frohne-Hagemann (Hrsg.) 2004, S.253).*

Nach dem Hören der Musik werden die Klient\*innen nach ihrem Hörerlebnis gefragt. Was war schön? Was war schrecklich? Hat die Musik Erinnerungen, Gefühle geweckt, Bilder heraufbeschworen? Welcher Klang ist am meisten aufgefallen? Wenn noch Zeit ist, kann man die Musik noch einmal hören und nachspüren, ob und was sich verändert hat.

(vgl. Kapteina in: Frohne-Hagemann (Hrsg.) 2004, S.258 ff.).

## **6.2. Klangmassage**

In der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen kann das Angebot einer Klangmassage eine Möglichkeit sein, dem Kind die Scheu vor der Musiktherapie zu nehmen, denn die Klangmassage fordert offensichtlich nichts, bei dem es sich in irgendeiner Weise blamieren kann.

Die durch die Vibrationen körperlich spürbare Musik zu erleben, fördert die Eigenwahrnehmung des Kindes. Es kann spüren, wie unterschiedlich verschiedene Körperteile auf die Schwingungen reagieren, wie sich Schwingungen nähern und entfernen, verklingen, sich addieren. Die Impulse der Klangmassage können dabei dem Atemrhythmus des Kindes folgen, ihn beeinflussen, und dadurch auch zu mehr Entspannung führen.

(vgl. Lutz Hochreutener 2009, S.198 ff.).

*„Klangmassage nennt man den gezielten Einsatz von zumeist als angenehm empfundenen Klangschwingungen auf Körper, Geist und bedingt auch die Seele eines Menschen innerhalb eines geeigneten Setting [(...)]. Für eine Klangmassage können die verschiedensten Musik- und Klanginstrumente, wie auch die menschliche Stimme eingesetzt werden. Vornehmliches Ziel ist es, dem behandelten Menschen zu helfen, in einen Zustand innerer Ausgeglichenheit zu gelangen und diesen Zustand zu benutzen, um seine körperliche und geistige Gesundheit zu erhalten oder, so er krank ist, dazu beizutragen, sie wiederherzustellen. Zur Erreichung dieses Zieles bedient sich die Klangmassage, je nach Schule, verschiedener Techniken und Wege.“*

*(Lindner, Plate / Prosic-Götte 2004-2006, S. 22).*

Bei meiner Arbeit mit Kindern und Jugendlichen arbeite ich mit Klangschalen, Koshis, einem Gong, zwei Kantelen, einer Oceandrum, einem Regenmacher, zwei Glockenspielen, Kalimbas, einem kleinen Monochord sowie Chimes.

Oft ordne ich die paarig vorhandenen Instrumente symmetrisch links und rechts vom Körper an, um wie beim Tapping rechte und linke Gehirnhälfte gleichermaßen zu stimulieren. Ich spiele auf diesen paarig angeordneten Instrumenten abwechselnd jeweils ähnliche Motive, um die Aufmerksamkeit hin und her zu lenken.

Ob ich Instrumente direkt auf dem Körper meiner Klient\*in einsetze, hängt davon ab, ob diese vorher dazu zugestimmt hat. Meistens ergibt es sich aus der Situation.

### **6.3. Musikmalen**

Nach der „Siegener Methode“ wird das Musikstück zunächst in möglichst bequemer Körperhaltung einmal gehört. Dabei kann sich die Klient\*in im Idealfall auf die Musik und ihre Wirkung einlassen. Beim zweiten Hören bringt die Klient\*in ihre Gedanken und Gefühle frei zu Papier. Das entstandene Bild wird von Therapeut\*in und Klient\*in gemeinsam betrachtet und besprochen.

Außer den Motiven können Farben und Format, sowie Ausnutzung des Platzes auf dem Bild Aufschlüsse auf das innere Erleben der Klient\*in geben. Die Klient\*in erklärt zunächst selbst, was ihr an dem Bild auffällt und die anschließende gemeinsame Reflektion dient dann als Arbeitsgrundlage für Gespräch, Improvisation oder musikalische Aufstellung.

Um zu verhindern, dass Kinder und Jugendliche sich selbst unter Druck setzen, ein besonders schönes Bild zu malen, verwende ich gerne eine ganz andere Methode des Musikmalens:

Musikmalen nach Dr. med. Rudolf Burkhardt orientiert sich an der Übertragung von der Bewegung in der Musik auf die Bewegungen des Körpers:

*„Beim Musikmalen geht es vielmehr darum, die spezifischen körperlich-motorischen Reaktionen, die durch Melodie und Rhythmus der Musik ausgelöst werden, als Bewegungsabläufe mit einem Malstift spontan improvisierend auf Papier zu fixieren. Das momentane Musikerleben wird in grafischen Darstellungen eingefangen, in denen Gefühle in Farben und Formen umgesetzt sind, wobei sich ein wahrhaft psychosomatisches Geschehen abspielt.“*

*(Michael 2005, S. 57).*

Ein weiterer Arbeitsansatz ist das Malen „aus einer Improvisation heraus“.

Dabei wird das gerade erklangene musikalische Material und die dabei auftauchenden inneren Bilder in reale Bilder umgesetzt. Besonders für Kinder, die das in der Musik Erlebte nicht, oder noch nicht, in Worte fassen können, und von den auftauchenden Bildern überfordert sind, werden diese so leichter fassbar.

(vgl. Lutz Hochreutener (2009 S.263 ff.).

## **6.4. Improvisation**

*„Die Improvisation ermöglicht es, emotionales Erleben zu aktivieren und auszudrücken, indem innere Bewegungen in Form von Gefühlen oder Gedanken auf äußere motorische Bewegungen an einem Instrument oder mit der Stimme übertragen werden.“*

*(Plahl / Koch-Temming, 2008, S. 174).*

### **6.4.1. Freie Improvisation**

In der freien Improvisation steht der Wunsch der Klient\*innen nach freiem subjektivem Ausdruck im Vordergrund. Dies geschieht im Idealfall ähnlich wie beim freien Assoziieren: ohne Vorgaben, intuitiv, und ohne Angst, etwas richtig oder falsch zu machen. Durch die gemeinsame Gestaltung der Musik werden musikalische Begegnungen, Auseinandersetzungen, Neuentdeckungen und Experimente möglich. Dabei wird Unbewusstes mitgeteilt und eine Brücke zwischen äußerem und innerem Erleben geschlagen.

(vgl. Plahl / Koch-Temming, 2008, 2. Auflage, S. 173 ff., Lutz Hochreutener 2009, S.167 ff.).

### **6.4.2. Improvisation nach Vorgaben**

Oft fühlen sich die Klient\*innen von der Anweisung, frei zu spielen, überfordert. Dann können Vorgaben helfen, diese Hürde zu überwinden.

Diese Vorgaben können musikalische Regeln sein, z.B. wer wann spielt, wer laut, wer leise, wer lange, wer kurze Töne spielt. Imitationsspiele regen das genaue Hinhören an, steigern die Konzentration, fördern das „aufeinander Achten“.

Als Vorgaben eignen sich auch musikalische Rollenspiele, Darstellungen von Emotionen, Improvisieren über mitgebrachte oder selbst gemalte Bilder, zu Erlebnissen, Geschichten, Naturphänomenen, Assoziationskarten, Engelkarten, Fotos etc..

### 6.4.3. Beziehungsorientierte Spielregeln in der Improvisation

Eine weitere Möglichkeit der Vorgaben sind Improvisationen zu zwischenmenschlichen Beziehungen.

Dazu Lutz Hochreutener:

*„Beziehungsorientierte Spielregeln fokussieren Aspekte der Beziehungsgestaltung wie ‚Nähe – Distanz‘, ‚Sympathie – Antipathie‘, ‚Vertrautheit – Fremdheit‘, ‚Kontakt – Rückzug‘, ‚Autonomie – Anpassung‘. Sie können Beziehungen zwischen den Spielenden (Therapeutin – Kind, in der Gruppe Kinder untereinander), zu nicht anwesenden Menschen oder zu sich selbst thematisieren. Es gehören dazu: Partner-, Dialog-, Gruppen-, Ablöse-, und Individuationsspiele, Familien- oder andere Systemaufstellungen mit Instrumenten, Kontakt-, Nähe- und Distanzspiele.“*  
(Lutz Hochreutener 2009 S. 170).

(vgl. Plahl / Koch-Temming, 2008, 2. Auflage, S. 173 ff., Sonntag / Jüchter in: Wölfl 2007, S.104 ff., Lutz Hochreutener 2009, S.156 ff.)

### 6.5. Stille

*Wenn die Opern dich umbrausen  
mit Getön,  
dann genieße auch die Pausen:  
sie sind schön.*  
(Erhardt 5. Auflage Oktober 1984)

*„Ich liebe die Stille, die mich aufhorchen läßt.“*  
(Mey 1986)

Stille in der Musik entsteht durch die Stille vor der Musik, durch Pausen, durch Atmen, durch das Nachlauschen auf den Nachklang. Sie ist somit ein wichtiger Bestandteil und Voraussetzung der Musik. Stille auf körperlicher Ebene ist Ruhe, Stille in der sprachlichen Kommunikation ist Schweigen.

(vgl. Eidenbenz 2014, S.10).

In der Musiktherapie zeigt sich das Phänomen Stille in ganz verschiedenen Facetten:

Stille kann ein Ausdruck von Zufriedenheit und Entspannung sein. Sie äußert sich auch im selbstvergessenen Spiel als „Ganz-drin-Sein“, bei dem die Therapeut\*in anwesend ist, aber nicht eingreift.

Stille kann ein Innehalten sein, eine schöpferische Pause.

Stille entsteht nach tiefer Betroffenheit, auch aus Scham, Unsicherheit, Angst, bei Erschöpfung, innerer Leere und Widerstand. Oft fehlt Stille oder wird sofort überspielt, bevor das Kind von der entstehenden Atmosphäre überfordert wird.

Es ist Aufgabe der Therapeut\*in, die Stille aufzufangen, die angenehme Seite der Stille erfahrbar zu machen, oder aber als Intervention wirken zu lassen,.

(vgl. Lutz Hochreutener 2009, S.150 ff.).

## **6.6. Musikalische Aufstellungen**

In der musiktherapeutischen Aufstellungsarbeit werden von der Klient\*in, stellvertretend für deren Familienmitglieder oder Mitglieder des Beziehungssystems, Instrumente als Stellvertreter aufgestellt. Auch Konflikte, Wünsche, Symptome etc. können durch Stellvertreter ersetzt werden.

Die gewählten Instrumente werden im Raum so verteilt, wie sie aus der Sicht der Klient\*in zueinander stehen. Die Therapeut\*in notiert sich die Positionen, die gewählten Instrumente und wen oder was sie repräsentieren und hält dabei auch Blickrichtungen fest.

Die Klient\*in betrachtet nun das System quasi aus der Vogelperspektive, nimmt evtl. den Platz einer der Personen im System ein, und spielt das entsprechende Instrument. Die Erkenntnisse, die die Klient\*innen durch den Blick von außen oder den einer anderen Position als der ihren auf „ihr“ System gewinnen, können die Gesamtansicht auf System und Probleme verändern.

(vgl. Timmermann in: Decker-Voigt / Oberegelsbacher / Timmermann 2012, S.258 ff.)

Einer der wichtigen Gesichtspunkte bei musikalischen Aufstellungen sind die multikausalen Ursachen von Symptomen und die Gründe, aus denen die Symptomatik und die bestehenden Kommunikations- und Interaktionsmuster aufrechterhalten werden.

(vgl. Hänsel, Zeuch in: Zeuch / Hänsel / Jungaberle (Hrsg.) 2009, S. 32 ff.).

## 7. Fallbeispiele

### 7.1. Ronja (Name geändert)

Ronja, 17 Jahre, lebt seit zwei Jahren in der Einrichtung. Das Sorgerecht liegt beim Jugendamt. Zu Beginn der Therapie ist Ronjas Mutter im Gefängnis. Es besteht der Verdacht, dass Ronja in der frühen Kindheit sexuelle Übergriffe seitens ihres Vaters erdulden musste.

In Ronjas Familie gibt es eine Prädisposition für eine schnell und tödlich verlaufende Krebserkrankung, an der zwei von Ronjas Geschwistern, eine Cousine, sowie ein Onkel verstorben sind. Ronja hat noch eine zwei Jahre jüngere Schwester, die auch in der Einrichtung lebt, und einen deutlich älteren Bruder.

Ronja, damals 13 Jahre alt, begleitete den zwei Jahre dauernden Krankheits- und Sterbeprozess ihrer um ein Jahr älteren Schwester im Hospiz. In dieser Zeit regelte und koordinierte sie die gesamte Familie: kaufte ein und kochte für die Familie, erledigte den Haushalt, organisierte Besuche im Hospiz etc.. Dabei wurde sie von ihrem Vater beschimpft, weil ihm Nichts genug war.

Wie sie ihrer Bezugsbetreuerin erzählte, wurde Ronja am Sterbebett ihrer Schwester oft von ihren Angehörigen mit der Anweisung „Pass gut auf Deine Schwester auf!“ alleine zurückgelassen.

Ronja befindet sich wegen ihrer Impulsdurchbrüche in ambulanter psychiatrischer Behandlung und ist medikamentös mit einem niedrig potenten Antipsychotikum eingestellt. Ihre psychische Störung wurde nach ICD 10 als Anpassungsstörung (F 43.2) und kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F 92,8) diagnostiziert.

#### 1. Sitzung: Klangmassage

Ronja betritt neugierig den Musiktherapieraum und sieht sich um. Sie lässt mich wissen, sie könne kein Instrument spielen und scheint deswegen unter enormem Druck zu stehen. Indem ich ihr erklärt habe, was wir in der Musiktherapie machen und wozu diese dient, kann ich ihre Bedenken ausräumen und sie probiert zögernd die Instrumente aus. Die Klangschalen gefallen ihr am besten. Da sie mir erklärt, sie würde oft nur so tun als ob es ihr gut ginge, könne sich aber nie entspannen, biete ich ihr eine Klangmassage an, auf die sie sich vertrauensvoll einlässt. Sie geht hinterher, sichtlich erleichtert über die erlebte Entspannung, aus dem Musiktherapieraum.

Ich bin erstaunt über ihr Vertrauen und darüber, wie sehr sie die Klänge genießen kann.

#### 2. Sitzung: Verweigerung

Ronja verkündet gleich zu Anfang, sie sei im Stress und habe keinen Bock und setzt sich mit verschränkten Armen an die Wand gelehnt auf den Boden. Ich frage sie nach dem Grund für ihren

Stress und sie erzählt mir, sie mache gerade ein Hauswirtschaftspraktikum und müsse noch einen Bericht schreiben. Danach zieht sie sich wieder zurück und reagiert weder auf meine Ansprache noch auf die Musik, die ich für sie improvisiere.

Um sie aus der Reserve zu locken, rufe ich kurz „Hey!“ und werfe ihr einen Softball zu, den sie sofort fängt und zurückwirft. Nachdem wir eine Weile so gespielt haben, stelle ich eine Trommel zwischen uns und wir werfen uns die Bälle zu, indem wir sie zwischen uns auf der Trommel auftreffen lassen. Allmählich kommen wir in einen gleichmäßigen Takt.

Ich frage Ronja, ob sie ihre Wut und ihren Stress vielleicht an einem Instrument abregieren möchte. Sie findet die Idee gut und wählt dafür die Cajon und den Gong. Ich spiele auf einer Trommel. Wir spielen laut und heftig und ich fordere Ronja auf, ihre Wut nachzuspielen. Sie traut sich nicht, weil sie Angst hat, sie würde die Cajon zerstören. Ich beruhige sie, indem ich ihr erkläre, dass ich ihr in diesem Fall gleich meine Trommel zum Weitermachen hinstellen würde. Daraufhin schlägt sie bis zur Erschöpfung so fest wie sie kann auf die Cajon ein. Nachdem sie sich abregiert hat, will sie sofort gehen.

Ich habe den Eindruck, dass es in diesem Stadium der therapeutischen Beziehung keinen Sinn hat, darauf zu bestehen, dass sie bleibt. Da ich aber trotzdem nicht nachgeben möchte, überlasse ich das Beenden der Sitzung meiner Handpuppe, dem Hasen Harry, den ich als Co-Therapeuten einsetze, und der mir ins Ohr flüstert, es sei besser, wenn Ronja jetzt gehen dürfe.

Als Ronja gegangen ist, stelle ich fest, dass das Ganze nur 25 Minuten gedauert hat. Ich fühle mich aber, als hätten wir anderthalb Stunden hart gearbeitet.

### 3. - 6. Sitzung: Annäherung und Widerstand

Die folgenden Sitzungen sind von einem Durcheinander von Ronjas Widerstand auf der einen und ihrer Kooperation, sowie ihrem deutlichen Wunsch nach Vertrauen und Entspannung auf der anderen Seite geprägt. In jeder Sitzung testet sie, ob ich sie so aushalte wie sie ist, in dem sie sich zu Beginn der Sitzung verweigert, bevor sie sich dann doch jedes Mal auf die Therapie einlässt.

In der Musik äußert sich das dadurch, dass sich Ronja in den Improvisationen zunächst völlig zurückzieht, um dann doch lange mit mir auf den Instrumenten zu kommunizieren. Dabei geht sie sie auf meine Spielvorschläge genauso ein wie ich auf ihre.

Da Ronja jedes Mal auf eine andere Methode reagiert, kann ich mich nur darauf verlassen, dass die Methode vom letzten Mal sicher beim nächsten Mal nicht funktionieren wird. Ich muss als Therapeutin also immer auf alles gefasst sein.



Ronja hat oft Schwierigkeiten, Gefühle zu unterscheiden, daher biete ich ihr an, Gefühle nach Emoticons zu spielen. Ich habe dazu verschiedene Gesichter auf Pappkarten gemalt. Wir ziehen abwechselnd eine Karte, suchen uns dann jede ein passendes Instrument und spielen gemeinsam das entsprechende Gefühl. Schon die Instrumentenauswahl für unsere Improvisationen zu diesen Themen ist für Ronja anstrengend, weshalb sie häufig wahllos zu irgendeinem Instrument greift.

Ich bitte sie, die Emoticons herauszusuchen, die ihren momentanen Gefühlen am ehesten entsprechen. Sie sucht drei Bilder aus und benennt sie als wütend, nachdenklich und fröhlich. (siehe Abb.3)



*Abbildung 3: wütend – nachdenklich – fröhlich*

Ich fordere sie auf, sich für jeden dieser Zustände ein Instrument zu suchen. Sie wählt die Cajon für die Wut, den Waldteufel für die Nachdenklichkeit und das Schwein (ein Hundespielzeug) für die Fröhlichkeit. Ich wähle die Trommel für die Wut, eine Kantele für die Nachdenklichkeit und eine Vogelstimme für die Fröhlichkeit. Wir spielen gemeinsam. Die einzige Regel ist, dass wir immer das gleiche Gefühl spielen und dass, wenn die eine wechselt, die andere auch wechseln muss.

In der folgenden Improvisation herrscht vor, was Ronja auch anschließend erzählt:

Sie zeigt nicht, wie es ihr wirklich geht. Für mich klingt in Ronjas Spiel tatsächlich jede Emotion gleich: wütend und aggressiv. Die kürzesten und am wenigsten charakteristischen Episoden sind die, in denen sie die Nachdenklichkeit nachspielt. Diese beschreibt sie als sehr anstrengend, weil sie dann über ihre Vergangenheit nachdenken müsse und das wolle sie nicht. Die Auseinandersetzung mit dem musikalischen Material sei für sie genauso belastend wie die Nachdenklichkeit, die sie manchmal überfalle.

Auf kindliche Spiele kann sich Ronja gut einlassen, daher erzähle ich ihr in einer der Sitzungen ein Märchen, bei dem sie die verschiedenen Figuren mit Instrumenten musikalisch darstellen soll, sobald sie in der Geschichte erwähnt werden. Ronja hat daran so viel Spaß, dass ich die Geschichte immer weiter fortspinnen und sie schließlich herauswerfen muss als die Sitzung vorbei ist.

### 7. Sitzung: Nähe

Ronja bringt manchmal ihre eigene Musik mit, die wir zu Beginn der Sitzungen zusammen hören und über deren Texte wir uns austauschen. Eines der Lieder hat mit ihrer pfälzischen Herkunft zu tun, mit der sie sich stark identifiziert. Es heißt „Levverwoscht“ und hat im Refrain die Textzeile: „Kumm schdoos mol uff moin Schatz, isch riesch die Lewwerworscht so gern“ (hochdeutsch also: „Komm, stoß mal auf, mein Schatz, ich riech' die Leberwurst so gern“). Ich muss darüber so lachen, dass Ronja gar nicht anders kann, als mitzulachen und die Atmosphäre ist so entspannt, dass sie beginnt zu tanzen. Wir schließen die Jalousien, schalten das Snoezelenlicht an und tanzen beide. Ronja, die deutlich besser tanzt als ich, zeigt mir einige Schritte und ist sichtlich erfreut, dass sie mir etwas beibringen kann.

Plötzlich scheint ihr diese Nähe zu viel zu werden, sie hört auf zu tanzen, schaltet das normale Licht an und die Musik aus, sucht die Toilette auf und möchte dann gehen. Ich bitte sie zu bleiben und wir tanzen noch ein wenig, wobei wir Chiffontücher durch die Luft wirbeln, bevor ich die Sitzung beende und Ronja fröhlich winkend geht.

Ronja wagt sich in dieser Sitzung weit vor, indem sie die große Nähe, die durch unseren gemeinsamen Lachanfall entsteht, lange aushält und genießen kann. Dass ihr das auf Dauer ungeheuer erscheint und sie einen Rückzieher macht, wundert mich nicht. Ich bin aber positiv überrascht, dass sie sich nach der Unterbrechung noch einmal auf das Tanzen einlassen kann.

Als ich das nächste Mal zur Musiktherapie komme berichten mir Ronjas Betreuerinnen, sie sei nach dieser Sitzung und auch noch am nächsten Tag viel ruhiger und sehr froh gewesen.

Die folgende Sitzung ist die Erste, in der Ronja sofort mitmacht und nicht erst ausprobiert, ob sie mir trauen kann.

### 8. Sitzung: Aufstellung

In dieser Sitzung ist Ronja bereit, sich in einer Aufstellung mit den Themen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft musikalisch auseinanderzusetzen.

Für die Vergangenheit wählt sie den Schellenkranz. Sie spielt die Vergangenheit als großes

Durcheinander. Die Improvisation ist sehr kurz, weil sie sich nicht daran erinnern möchte.  
Die Gegenwart spielt sie auf einer großen Trommel sehr strukturiert und in ruhigen gleichmäßigen Schlägen.  
Für die Zukunft wählt sie die beiden Instrumente, die sie für Vergangenheit und Gegenwart benutzt hat. „Zukunftsmusik“ möchte sie aber nicht machen, das findet sie gefährlich.  
Ich frage sie, was sie sich denn für die Zukunft wünsche und sie erwidert: „Ein langes Leben!“.

Gegen Ende der Sitzung bittet sie mich um Papier und Ölkreiden und malt wie im Rausch Schicht um Schicht Farbe auf das Papier bis sie schließlich ruhiger wird.

### 9. Sitzung: Musikmalen I

Ronja entdeckt das Musikmalen für sich und malt zwei Bilder:  
Das erste Bild, das sie zur Musik mit „Heavenly Duduk“ malt, zeigt eine vom Blitz durchzuckte Sonne, die von einer dunklen Wolke halb verdeckt ist, der Hintergrund ist grau verhangen. Im Vordergrund befinden sich Aliens, wie Ronja mir erklärt. (siehe Abb.4)



*Abbildung 4: Aliens*

Zu Gershwins „Rhapsody in blue“ entsteht das zweite Bild, eine in hellblau und rosa gehaltene Wasserwelt mit lächelnden Fischen. (siehe Abb.5)



Abbildung 5: Rhapsody in blue

Diese beiden Bilder erläutert sie nicht näher. Mir kommt es so vor, als habe sie im ersten Bild ihren inneren Aufruhr malen und mit dem zweiten einen Gegenpol bilden wollen.

Erstaunlich ist für mich, dass das „Heavenly Duduk“-Bild tatsächlich einen Himmel zeigt und das „Rhapsody in blue“-Bild tatsächlich viel blau enthält, obwohl ich ihr die Titel der Stücke nicht genannt habe.

#### 10. Sitzung: Musikmalen II

Schon beim Betreten des Raumes sagt Ronja, es gehe ihr sehr schlecht und sie wolle malen.

Ich lege Chopins „Fantasie Impromptu“ auf, das wir gemeinsam hören. Beim zweiten Durchgang malt Ronja ohne einen Moment des Zögerns einen dunklen Weg, der mit Stolpersteinen übersät ist, die auf dem Weg zum Ziel liegen. Das Ziel ist mit dem Wort „Ziel“ gekennzeichnet. Der Weg hat zudem einen Abzweig, der mit „Sackgasse“ beschriftet ist. Links und rechts des Weges sieht man eine Blumenwiese. (siehe Abb.6)



Ronja erklärt mir, auf dem Weg zum Ziel gäbe es immer viel zu viele Stolpersteine. Wir sprechen über Möglichkeiten, mit Stolpersteinen umzugehen und Ronja kommt selbst auf die Idee, einen bunten Umweg zum Ziel über die Blumenwiese zu malen den sie auch beschriftet.



Abbildung 6: Stolpersteine

Ihr zweites Bild in dieser Sitzung malt sie zum langsamen Satz aus Brahms' Violinkonzert.

Es zeigt zwei Flüsse, die sich kreuzen. An einem Ufer sind vier fröhliche Menschen, die sie (Ronja) alleine auf dem Boot ausgesetzt haben, wie sie mir erklärt. Wer diese Menschen sind, möchte sie mir nicht erzählen. (siehe Abb.7)

Sich selbst zeichnet Ronja zweimal: einmal auf dem Boot, das an einem anderen Ufer angelegt hat, und einmal an Land. Sie sagt, sie sei zwar jetzt in Sicherheit, aber trotzdem alleine. Die Trauer bleibe.

Interessant ist, dass Ronja jeweils genau mit dem Ende der Stücke den Stift fallen lässt und „Fertig!“ sagt.



*Abbildung 7: Alleine auf dem Boot*

### 11. Sitzung: Stille

Von den Betreuern erfahre ich, dass Ronja zur Zeit die Einnahme ihrer Medikamente verweigert und überhaupt durch oppositionelles und aggressives Verhalten auffällt. Sie habe noch bis Ende des Monats Zeit, sich zu beruhigen und zu bewähren, ansonsten müsse sie die Einrichtung verlassen. Die Betreuer berichten mir außerdem, Ronja mische die Gruppe auf und die anderen Mädchen in der Gruppe hätten Angst vor ihr.

Ronja kommt zur Musiktherapie und verkündet „ Ich hab' kein'n Bock, ich mach' heut' nix!“, worauf sie sich auf den Boden setzt, die Arme um die angezogenen Knie schlingt und den Kopf mit Blick zum Boden auf die Knie sinken lässt. Ich antworte ihr, dass wir dann einfach nichts machen und setze mich auf den Sitzsack.

Nach ca. 2-3 Minuten schalte ich das Aufnahmegerät ein, weil ich gerne wissen möchte, wie lange wir die Stille aushalten. Es passiert weitere 7:45' Minuten nichts. Dann höre ich ein rhythmisches Klopfen, das ich zunächst gar nicht Ronja zuordne, sehe aber dann, dass ihre mir abgewandte Hand auf den Boden klopft. Ich antworte durch Klopfen auf den Boden und so kommunizieren wir eine ganze Weile ohne uns anzusehen.

Dann ruft sie laut „Oh Mahann!“ - und wir beginnen zu arbeiten.

Es ist möglich, noch einmal auf das von ihr in der Sitzung zuvor gemalte Bild mit den Booten zurückzukommen und auch über ihren Druck zu sprechen, den sie in der Mädchenwohngruppe hat. Ronja erzählt mir, sie habe das Gefühl, keinen Selbstwert mehr zu besitzen. Der letzte Rest werde ihr von den Betreuerinnen und der Leiterin der Einrichtung durch die Durchsetzung der strengen Regeln genommen.

Auf Ronjas Wunsch spielen wir Geräuschememory. Sie gewinnt immer, was ihr sichtlich gut tut.

Wie in vielen Sitzungen mit Ronja spüre ich bei ihr eine große Erschöpfung, die sich auch in ihrem Widerstand zeigt. Ronja hat in dieser Zeit große Schwierigkeiten, sich in der Einrichtung zurecht zu finden und nutzt die Musiktherapie immer wieder, um das auszuleben, was in der Gruppe nicht geht: Rückzug, Widerstand, Ruhe.

Je mehr sie in der Therapie bekommt, was sie braucht, desto mehr ist sie in der Lage, sich mir gegenüber zu öffnen.

Leider ist diese Stunde unsere letzte Therapiesitzung, was wir beide zu diesem Zeitpunkt nicht wissen, denn Ronja kann sich nicht einfügen und muss deshalb Gruppe und Einrichtung verlassen. Sie wohnt momentan wieder bei ihrem Vater.

Mich hinterlässt diese Tatsache ratlos und frustriert, da Ronja schon wieder einen bzw. mehrere Beziehungsabbrüche erfahren hat und wieder eine Chance vertan wurde.

### Zusammenfassung

Ronja hat in der Musiktherapie wieder und wieder nach Beweisen gesucht, dass sie mir vertrauen kann und dass ich sie aushalte. Sie hat diese Beweise immer wieder gefunden und trotzdem immer wieder die Belastbarkeit unserer Beziehung getestet. Sie schien auf eine Reinszenierung des „Verlassenwerdens“ geradezu zu warten.

Trotzdem hat sie sich auf die Musiktherapie eingelassen und alle Facetten der Therapie genutzt um ihre Bedürfnisse zu stillen. Diese und auch ihre Grenzen hat sie im Laufe der Therapie immer klarer artikulieren können. Wenn es ihr zu viel wurde, verweigerte sie sich, und äußerte den Wunsch nach etwas Entspannendem. In der Gruppe gelang ihr dies noch nicht.

Ronjas Befinden war, so berichteten die Betreuerinnen, nach der Therapie oft besser als vorher. Sie wirkte ruhiger und ausgeglichener. Das deckt sich mit meinem Eindruck. Die Verbesserung hielt jedoch nicht lange an.

In den letzten Sitzungen traute sie sich deutlich mehr als zuvor, sich ihrer Vergangenheit zu stellen. Mit der Zeit hätte es vielleicht gelingen können, sie weiter zu stabilisieren und die therapeutische Beziehung zu stärken, um weiteren Raum zur Bearbeitung der Traumata in Ronjas eigenem Tempo zu schaffen.

Meiner Einschätzung nach hat sich Ronja in der Therapie gut entwickelt: Sie wurde sicherer, traute sich, viele Dinge auszuprobieren. Leider hat Ronja durch ihren (selbst verursachten) Rauswurf aus der Einrichtung wieder erfahren, dass nichts von Dauer ist, wird sich also vermutlich auf die nächste Therapie, so es denn eine gibt, nicht so gut einlassen können. Es ist ihr zu wünschen, dass sie bald stabile Lebensumstände in einer Einrichtung findet. Aufgrund ihrer baldigen Volljährigkeit ist das leider wenig wahrscheinlich.

## **7.2. Emma** (Name geändert)

Emma, 15 Jahre, lebt nach einem Suizidversuch und einem stationären Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie seit einem Dreivierteljahr in der Einrichtung. Sie leidet unter Depressionen und zeigt exzessives selbstverletzendes Verhalten. Ihre Arme sind über und über mit parallelen Schnitten (quer und längs) und teils Zentimeter breiten dicken Narben übersät. Im Falle von Stress ritzt bzw, schneidet sie sich entweder, oder schlägt mit dem Kopf immer wieder gegen die Wand. Ihr Selbstwertgefühl ist verschwindend gering.

Emma ist bei ihrer Mutter und Großmutter aufgewachsen, zum Vater gibt es so gut wie keinen Kontakt. Die Atmosphäre in der Familie ist von Leistungsdruck geprägt. Bei Fehlverhalten oder schlechten Schulleistungen gab es entweder Schläge, oder Emmas Mutter drohte mit Selbstmord. Als Emma älter wurde, gab es zwischen ihr und ihrer Mutter wiederholt handgreifliche Auseinandersetzungen, da Emma begann, sich zu wehren, wie sie mir in einer Sitzung berichtete. Aus diesem Grund hat sie zu Beginn unserer Arbeit ausschließlich begleiteten Kontakt zur Mutter.

Emma befindet sich in ambulanter psychiatrischer Behandlung und bekommt ein Neuroleptikum sowie ein Antidepressivum. Ihre psychische Störung wurde nach ICD 10 als Anpassungsstörung F 43.2 diagnostiziert.



## 1. Sitzung: Gespräch

Statt einer Begrüßung schmettert mir Emma den Satz „Von Musiktherapie halte ich nicht viel!“ entgegen. Ich frage sie, ob sie denn Erfahrung mit Musiktherapie habe, weil sie sich auszukennen scheine, was sie knapp verneint. Ich möchte ihr die Instrumente zeigen, aber sie erwidert, das kenne sie ohnehin schon alles. Als ich beginne, ihr zu erklären, was Musiktherapie ist, sagt sie nur, das interessiere sie alles nicht.

Da sie keine Lust hat, auf meine Angebote einzugehen, erkundige ich mich nach dem Grund, aus dem sie nicht bei ihrer Familie lebt, und sie gibt mir zwar zögernd, aber doch bereitwillig Auskunft. Ich frage sie nach ihren Hobbys und sie erzählt von ihrer Katze, davon, dass sie gerne reitet, liest und Musik hört. Sie höre am liebsten Rap, erklärt sie mir, und weil ich mich damit nicht auskenne, nennt sie mir einige Namen von Rappern und einige Songs, die ihr viel bedeuten. Sie erzählt, dass die Songs ihres Lieblingsrappers Casper in der Einrichtung wegen ihrer Texte verboten seien. Ich verspreche ihr, mir die Songs bis zum nächsten Mal anzuhören.

In der Sitzung fiel kein Ton und doch haben wir erfreulicherweise trotz Emmas Widerstand begonnen, uns auszutauschen.

## 2. und 3. Sitzung: Musikhören und Gespräch

Emma bringt ihre Musik mit und wir hören ein paar ihrer (erlaubten) Lieblingssongs. Mich machen sowohl Musik als auch Texte nervös, weil sie extrem düster sind, aber Emma scheint sich beim Hören zu entspannen.

Wie versprochen habe ich mir die in der Einrichtung verbotene Musik, von der Emma mir beim letzte Mal erzählt hat, zu Hause angehört und habe die Texte ausgedruckt mitgebracht. Ich kann in der Zwischenzeit verstehen, dass die Songs in der Einrichtung verboten sind, denn Emmas Lieblingslied „Rasierklingenliebe“ hat beispielsweise einen so harten Text, dass es mir kalt den Rücken herunterläuft, als ich ihn mir jetzt wieder durchlese. In dem Lied geht es kurz gefasst um Jugendliche, die ihren inneren Schmerz und ihre Hoffnungslosigkeit durch Drogen und Selbstverletzungen betäuben. (kompletter Songtext s. Anhang S.48)

Emma bestätigt mir, dass der Text auch für sie sehr hart sei, aber so sei es nun mal. Genauso fühle sie sich oft. Bei zu hohem Druck würde sie sich schneiden, weil dann der körperliche Schmerz den seelischen überdecke.

Sie berichtet mir von ihrem Leben zu Hause, von ihrem Selbsthass, von ihrem hohen

Eigenanspruch, dem sie nie glaubt, genügen zu können, von ihren Suizidgedanken, die sie vor einem Jahr hatte. In der Einrichtung könne sie mit den Betreuerinnen nicht gut reden. Ich ermuntere sie, Tagebuch zu schreiben, damit sie ihre Gedanken ordnen kann.

Am Abend nach der dritten Sitzung, ich bin gerade dabei, die Instrumente wegzuräumen, gibt es großen Aufruhr in der Gruppe:

Eine der beiden Betreuerinnen musste wegen eines Notfalls mit einer Bewohnerin in die Klinik fahren. Währenddessen hat Emma wiederholt ihren Kopf gegen die Wand geschlagen und sich die Beine aufgeschnitten. Da sie nicht akzeptiert, dass die dagebliebene Betreuerin sie verbindet, bittet mich diese, mit ins Zimmer zu kommen und ihr Rückendeckung zu geben, während sie Emma verbindet. Emma tobt und will die Betreuerin herauswerfen, lenkt aber ein, als ich anbiete, sie zu verbinden. Während ich dies tue, kann ich sie davon überzeugen, sich auf ihren Atem zu konzentrieren und sie beruhigt sich ein wenig.

#### 4. Sitzung: Improvisation

Als hätte das gemeinsame Erlebnis dieser Extremsituation unsere Beziehung gefestigt, lässt sich Emma in der nächsten Sitzung zum ersten Mal darauf ein, ein Instrument zu spielen. Zunächst beginnt sie jedoch wie immer mit einem Gespräch.

Sie berichtet von Flashbacks, die auftreten, wenn es in der Gruppe laut wird. Sie erzählt davon, dass sie dann dissoziiert und nichts mehr von dem mitbekommt, was um sie herum passiert. Während sie spricht, atmet sie hoch und verkrampft und hält zeitweise die Luft an.

Sie hat noch viel mehr auf dem Herzen, das sie loswerden will, und da ich hoffe, dass sie sich beim Tapping etwas beruhigen kann, bitte ich sie, ein Instrument auszusuchen, auf dem man mit beiden Händen spielen kann. Sie wählt das große Xylophon, auf dem sie zusammen mit mir spielen möchte. Wir spielen und es entsteht ein gemeinsamer Grundschlag. Emma beginnt ohne Aufforderung zu erzählen: von den Schuldzuweisungen durch ihre Mutter, von deren Selbstmorddrohungen, von ihrem Gefühl, an allem die Schuld zu tragen, von der Angst, alles falsch gemacht zu haben und immer noch zu machen, von der Angst, nicht gut genug zu sein, ....

Ich erfahre von Emma, dass sie davon ausgeht, dass sie allein an der Gewalt schuld ist, die sie erlebt hat. Ebenso fühle sie sich an allem anderen, was passiert, schuldig. Je schwerer es Emma fällt, über ein Thema zu sprechen, desto unregelmäßiger werden ihre Schläge auf das Xylophon. Ich bitte sie dann, sich auf ihre Atmung zu konzentrieren und atme hörbar mit ihr zusammen, bis sie sich wieder beruhigt und die Schläge gleichmäßiger werden.

Meinen Vorschlag, nun zu den Schlägen auf das Xylophon Stärkungssätze zu erfinden, nimmt sie überraschenderweise gerne an.

Wir überlegen gemeinsam und kommen u.a. zu den folgenden Sätzen, die wir, rhythmisch von unserem Xylophonspiel unterlegt, sprechen:

Ich bleibe bei mir.

Ich bin so in Ordnung, wie ich bin.

Ich bin mutig.

Ich halte durch.

Der Stress der anderen ist nicht meiner.

Ich atme immer ein und aus.

Beim letzten Satz muss Emma lachen.

#### 5. Sitzung: Methodensuche

Nach ihrem Aufenthalt zu Hause über Ostern berichtet Emma, es sei dort sehr schön gewesen und sie würde gerne bald wieder nach Hause fahren, sei sich aber der dort bestehenden größeren Gefährdung durch Selbstverletzung deutlich bewusst.

In dieser Sitzung ist nichts mit ihr anzufangen und ich komme ganz schön ins Rotieren: Ich versuche es mit Vorlesen (einer Fabel), dann versuche ich es mit angeleitetem Musikhören (Mussorgskys „Bilder einer Ausstellung“), dann mit angeleiteter Improvisation. Ich lasse mich dazu verleiten, Schimpfwörter mit entsprechendem Rhythmus zu unterlegen, worauf sie wenigstens kurz grinst, finde aber trotzdem keinen rechten Zugang.

Schließlich fällt mir ein, dass in den Untiefen meiner Musiktherapiekiste sowohl ein halbfertiger Gopichant als auch halbfertige Chimes liegen, die ich hervorhole.

Und plötzlich wird aus der längst abgeschriebenen Sitzung eine, in der wir die Instrumente fertig bauen, und damit ein Erfolgserlebnis haben, und eine, in der wir feststellen, dass eine von Emmas Ressourcen ihr Geschick und ihre Geduld in handwerklichen Dingen ist.

Überhaupt fällt mir in dieser Sitzung auf, dass Emma, wenn sie etwas mit den Händen macht, sehr viel mehr bei sich und ihren Gefühlen ist; etwa so, als wäre die Bewegung eine Art Haltepunkt.

## 6. Sitzung: Musikmalen

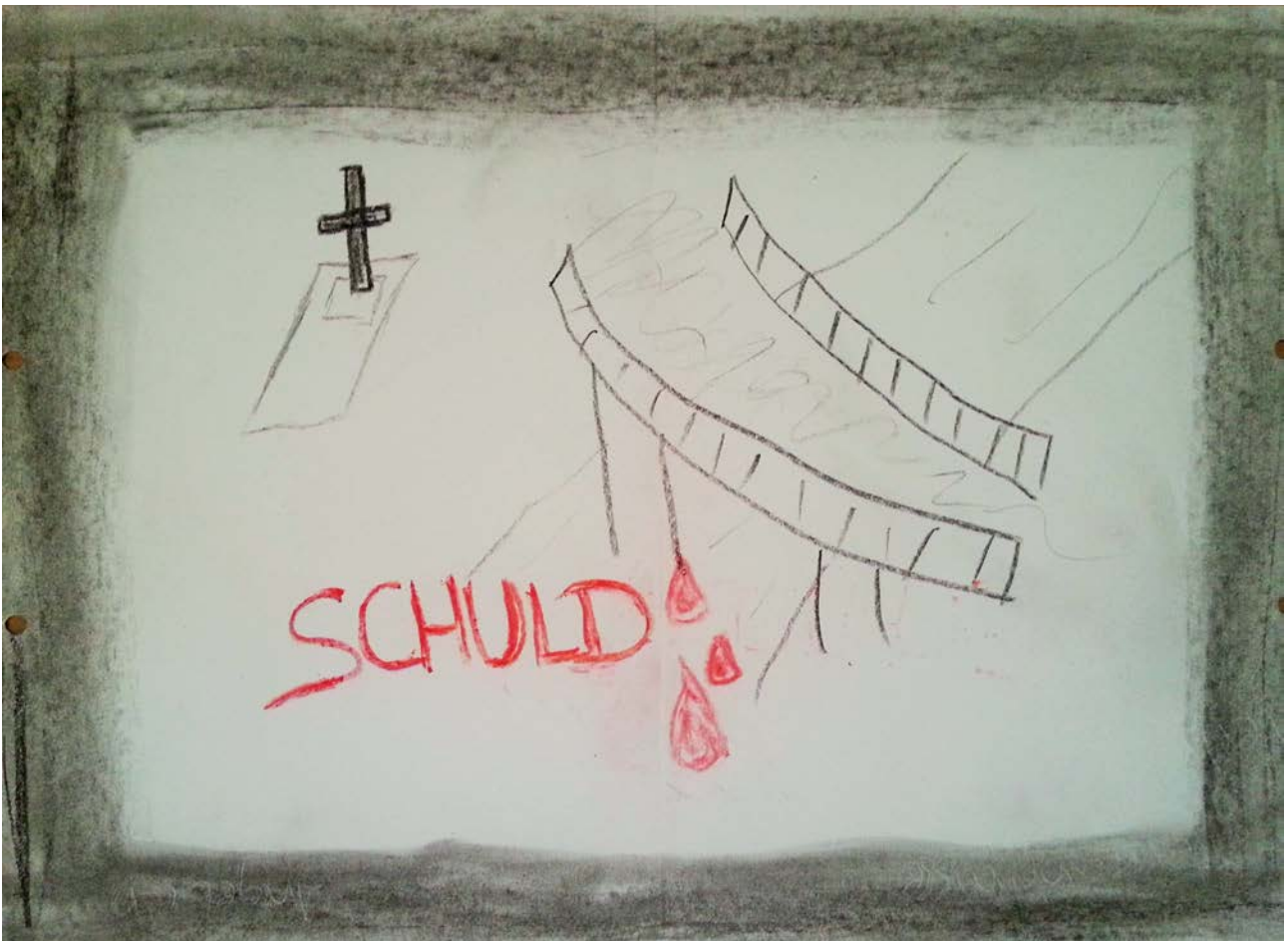
In der nächsten Musiktherapiesitzung kommt Emma niedergeschlagen herein und berichtet von Alpträumen, die sie wiederholt quälen. Von deren Inhalt möchte sie nicht erzählen. Ich frage sie, ob sie den Inhalt malen könnte und sie stimmt zu.

Da mir Emma sehr aufgewühlt erscheint, lege ich eine ruhige Musik als akustischen Hintergrund auf. Ich wähle „Spiegel im Spiegel“ von Arvo Pärt.

Meinen Vorschlag zunächst einen Rahmen um das Bild zu malen, der den Alptraum symbolisch sicher einschließen soll, nimmt sie an.

Emma malt in einen dicken grauen Rahmen eine Brücke, ein Grab und schreibt in rot das Wort „Schuld“, neben dem ein paar Blutstropfen zu sehen sind, unter das Bild. (siehe Abb.8)

Im Gespräch berichtet sie mir davon, dass ihre Mutter nach ihrer Erinnerung ungefähr seit ihrem 8. Lebensjahr bei angeblichem Fehlverhalten mit Selbstmord gedroht habe.



*Abbildung 8: Alptraum*

Ich schlage vor, dass sie, als Gegensatz zu ihrem Alptraubild, ein Bild mit ihren Ressourcen malt. Sie malt (wieder zu „Spiegel im Spiegel“, weil es ihr gut gefallen hat und sie dabei ruhiger wurde) ein Bild, das sie ohne meine Anregung wieder mit einem Rahmen versieht. Dieser Rahmen ist gelb und enthält eine Blume, drei Sterne und ein Herz. (siehe Abb.9)

Sie erläutert, die drei Sterne seien ihre besten Freunde, die man zwar nicht immer sehe, die aber trotzdem immer da seien. Das Herz stehe für die Liebe, und die Blume sei die Blume des Lebens. Auf die Frage, wo sie denn sei in dem Bild, kann sie keine Antwort geben.



*Abbildung 9: Schatzkästchen*

Da mir wichtig erscheint, dass sie sich inmitten ihrer Ressourcen sieht, nehme ich einen kleinen Haftzettel, zeichne Emma als Strichmännchen darauf und klebe es in die Mitte des Bildes. Das gefällt ihr gut und sie lächelt als sie den Musiktherapieraum verlässt.

## 7. - 9. Sitzung: Musiktherapeutisches Übungsfeld

In der nächsten Sitzung berichtet Emma, die Alpträume träten nun seltener auf, worüber sie sehr erleichtert ist.

Sie traut sich nun immer mehr auf unbekanntes Gebiet und zeigt zeitweise große Kreativität und Spaß. Durch musikalische Settings, die es ihr ermöglichen, Stärke zu zeigen, durchzuhalten und sich gegen einen unerwünschten Einfluss von außen (mein Instrumentalspiel) durchzusetzen, arbeiten wir wieder und wieder daran, dass Emma Verantwortung für sich übernimmt.

Die Themen Schuld und Verantwortung sowie deren Vermischung und Verwechslung stehen während dieser Sitzungen in unseren Gesprächen im Vordergrund.

In verschiedenen Übungen mit Trommeln mache ich für Emma erfahrbar, wie es ist, wenn sie sich an einer stabilen Grundlage (Rhythmus, Ostinato) orientieren und in diesem Rahmen frei bewegen kann. Nach anfänglichem Zögern gewinnt sie immer mehr Spaß daran und probiert sich aus.

Immer wieder ist Emma verunsichert und verletzt sich selbst. Sie möchte gerne neue Merksätze erstellen und wir schreiben diese abwechselnd auf ein Blatt Papier, das sie später mitnimmt. Ich schlage vor, dass sie sich eine Kette bastelt, an deren Perlen sie sich entlanghangeln und ihre Stärkesätze durchgehen kann.

Wir versuchen in dieser Sitzung, die Merksätze mit einem Rhythmus zu unterlegen und zu sprechen. Das ist ihr fast unmöglich. Sie verkrampft dabei deutlich, weshalb ich diese Sitzung durch ein freies „Gespräch“ auf den Instrumenten beende.

## 10. - 12. Sitzung: Aufstellungsarbeit

Für eine Aufstellung bitte ich Emma sich zu überlegen, wen aus ihrer Familie sie aufstellen möchte. Sie wählt ihre Katze, ihre Mutter und ihren Vater, und sucht Instrumente als Stellvertreter für diese drei.

Emma erkundigt sich, welches Instrument das Unzuverlässigste sei, denn das brauche sie als Stellvertreter für ihren Vater. Nachdem sie einiges ausprobiert hat, kommt sie zu dem Schluss, dass das unzuverlässigste und daher passendste Instrument für ihren Vater die Tovshuur ist, ein tibetische Ziegenkopfgeige.

Für ihre Mutter wählt sie den aus einer Faxpapierrolle selbstgebauten Regenmacher. „Der sieht interessant aus, aber man weiß bei dem nie, was herauskommt!“ , kommentiert sie.

Die Katze stellt sie mit einem Glockenspiel dar, für sich selbst wählt sie die Kalimba.

Meine Frage, ob da vielleicht noch jemand fehle, verneint sie zuerst, dann fällt ihr aber ein, dass ihre Großmutter fehlt. Für diese wählt sie die kleine Felltrommel. (siehe Abb.10)





*Abbildung 10: Aufstellung Gegenwart*

Sie erklärt mir, sie fühle sich momentan allein ihrer Katze verbunden und Mutter und Großmutter würden eine Allianz gegen sie bilden. Der Vater sei außen vor. Als ich sie bitte, die Aufstellung so zu verändern, dass sie sich wohler fühlt, nimmt sie die Ziegenkopfgeige und stellt sie kommentarlos hinter einen der Sitzsäcke in die Ecke.

In der nächsten Sitzung positioniert sie die Instrumente wieder genauso wie zu Beginn der vorigen. Der Vater (Tovshuur) darf auf der Decke bleiben, scheint aber tatsächlich nur eine Randfigur zu sein. Auf die Frage, was sie heute verändern würde, rückt sie die Großmutter (Trommel) ganz nah an sich heran und auch die Mutter (Regenmacher) darf etwas näher kommen. (s. Abb.11)



Abbildung 11: Aufstellung Wunsch für die Gegenwart

Ich bitte Emma, die Instrumente umzustellen, wie sie es sich für die Zukunft wünscht und sie tauscht das Instrument aus, das ihre Mutter symbolisiert: Sie wählt statt des Regenmachers das große Xylophon. Die Positionen bleiben gleich. (s. Abb.12)

Ich frage sie, was sie sich von ihrer Mutter wünschen würde, und wie es jetzt klingen könnte, wenn sie mit ihrer Mutter sprechen würde. Sie wünscht sich mehr Konstanz und so erfinden wir gemeinsam einen Ostinato für die Xylophonmutter, auf dessen Basis Emma dann improvisiert. Es wird eine lange Improvisation, bei der Emma anhaltend lautlos weint.





*Abbildung 12: Aufstellung Zukunft*

### 13. Sitzung: bewusstes Musikhören

Emma scheint unter großem Druck zu stehen als sie das nächste Mal kommt, und ich schlage vor, dass wir etwas Entspannendes machen.

Eine Klangmassage kommt für Emma nicht in Frage, weil sie sich vor einer vielleicht eintretenden Entspannung und eventuellen Berührungen durch die Klangschalen und mich fürchtet. Das hat, wie sie mir erklärt, folgende Ursachen:

Emmas erste Reaktion im Fall von Stress ist eine völlige Leere und Betäubung, die sie als unangenehm und bedrohlich empfindet, und von der sie annimmt, dass sie auch bei Entspannung auftreten könnte. Zudem befürchtet sie, dass in der Entspannung innere Bilder auf sie einströmen könnten, die sie nicht bewältigen kann.

Körperliche Nähe ist für Emma unerträglich, weil sie durch ihre Mutter eine Mischung aus körperlicher Zuwendung und körperlicher Gewalt erfahren hat, die für sie völlig unvorhersehbar war.

Damit Emma allmählich Wege findet, sich bewusst zu entspannen und auf musikalisches Erleben einzulassen, hören wir gemeinsam Musik, die ich vorher erläutere. Als Einstieg dient Pachelbels Kanon, der auf einer ostinaten Bassfigur aufbaut. Dieser wird über das ca. 5 Minuten lange Stück

unverändert beibehalten. Ich bitte Emma, nur auf diese Bassfigur zu achten. Nach dem Hören berichtet sie, sie habe die Bassfigur einerseits gehört, aber andererseits dann doch nicht mehr bewusst wahrgenommen, was erneut das oben erwähnte Gefühl der inneren Leere hervorgerufen habe.

Wir hören das Stück erneut, ich gebe Emma aber Papier und Bleistift und sie zeichnet während der Musik die im Raum verstreuten Instrumente ab. Ihre Atmung wird etwas tiefer und hinterher äußert sie, es habe ihr gut gefallen und sie fühle sich etwas besser als vorher.

#### 14. Sitzung: am Klavier

Emma ist ratlos, als sie zur Musiktherapie kommt. Sie erzählt, die Betreuerinnen und die Leiterin der Einrichtung hätten ihr gesagt, sie solle sich endlich zusammenreißen, nicht immer ausweichen und mit der Therapie weiterkommen. Emma ist mit dieser Aufforderung völlig überfordert und dadurch wie gelähmt. Ich bin sehr überrascht über die Aussagen der Kolleginnen, habe ich doch den Eindruck, dass Emma sich sehr wohl mit ihren Problemen auseinandersetzt und sich dabei ein wenig stabilisiert hat.

Da ich das Gefühl habe, dass alles, was wir bisher gemacht haben, nur auf Ablehnung stoßen würde, gehe ich mit Emma ans Klavier und bringe ihr, die noch nie Klavier gespielt hat, den Ostinato aus der Musik zum Film „Die fabelhafte Welt der Amelie“ bei. Ich weiß, dass sie den Film kennt und die Musik mag, verschweige ihr aber, was ich ihr da beibringe.

Es dauert fast die ganze Sitzung, bis sie den Ostinato spielen kann und sie ist ohnehin schon stolz, dass sie das geschafft hat, aber als ich dann die rechte Hand dazu spiele und sie erkennt, was sie gelernt hat, ist sie sprachlos vor – ja vor was eigentlich? Vielleicht vor Glück!

#### Zusammenfassung

Emma entwickelt in der Musiktherapie zunehmend Vertrauen und Engagement. Sie nutzt nach anfänglicher Abwehr den kreativen Raum in der Musiktherapie und lässt sich mutig auf nahezu alle Settings ein.

Sie ist mehr und mehr in der Lage, die beispielhafte Funktion von musikalischen Rollenspielen, Übungen und Improvisationen auf ihr eigenes Leben zu übertragen. Wesentliches Thema bleibt der Umgang mit (manchmal auch von ihr selbst erzeugtem) Druck sowie ihr Wunsch nach Stabilität und Sicherheit. Ein weiterer wichtiger Punkt ist das Herausarbeiten von Ressourcen. Der Instrumentenbau, Basteln oder Klavierspiel könnten dazu dienen, weil Emma während der Beschäftigung mit den Händen ihre Gedanken ordnen und zur Ruhe kommen kann.

Direkt nach den Sitzungen ging es Emma zunächst schlechter, bevor es wieder aufwärts ging.

Insgesamt ist sie, nicht nur mir gegenüber, sondern auch den Betreuerinnen gegenüber, zugänglicher geworden. Sie traut sich ab und zu, Gefühle zu zeigen und um Hilfe zu bitten, wenn es ihr schlecht geht. Ihr Verhältnis zur Mutter entspannt sich auch ein wenig, Sie durfte in der Zwischenzeit ihre Familie zu Hause besuchen und der Besuch verlief, wie sie selbst sagte, besser als erwartet.

Emma hat sich seit zwei Monaten nicht mehr selbst verletzt und eine Behandlung zur Reduktion der Narben begonnen. Sie verbirgt ihre Narben nicht mehr.

Ihre Stabilität hängt noch sehr stark davon ab, was und wer ihr begegnet. Sie ist aber deutlich zugänglicher und offener als zu Beginn meiner Arbeit.

Ihre Entwicklung sehe ich positiv. Die Entwicklungsschritte in der Musiktherapie sind klein aber stetig.

## **8. Fazit**

Natürlich ist es, selbst wenn unter wissenschaftlichen Kriterien evaluiert wird, schwierig, die Wirksamkeit von Therapien zu beurteilen, zumal die hier erörterten Therapien lediglich einen Umfang von je gut 10 Sitzungen hatten. Therapien verlaufen zudem nicht immer geradlinig, sondern in einem Wechsel von Fortschritten und Rückschritten.

An den oben beschriebenen Fallbeispiele lässt sich deutlich erkennen, dass beide Mädchen es sichtlich genossen, eine Stunde störungsfrei und in Ruhe mit einer Erwachsenen zu verbringen, die sich alleine mit ihnen befasste und auf ihre Bedürfnisse und Befindlichkeiten reagieren konnte. Dieser Umstand trug entscheidend zum Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung bei.

Trotzdem gab es bei Ronja von Sitzung zu Sitzung große Unterschiede ihre Abwehr bzw. Kooperation betreffend. Sie kam mal gern, mal ungern zur Therapie. Die therapeutische Beziehung erschien ihr anscheinend nicht stark genug, und so zögerte sie immer wieder, bevor sie sich auf die Therapie einließ. Letzten Endes arbeitete sie aber immer mit und öffnete sich mir mehr in Hinblick auf ihr erlittenes Trauma. Wie bereits oben erwähnt berichteten die Betreuerinnen, dass es Ronja nach den Sitzungen besser ging als vorher.

Nachhaltig hatte die Therapie bei Ronja keine sichtbare Auswirkung, aber vermutlich war unsere gemeinsame Zeit dafür auch viel zu kurz. Durch ihre frühe Traumatisierung hat Ronja die Erfahrung gemacht, dass Beziehungen grundsätzlich unberechenbar sind. Sie hat leider mit ihrem mehr oder weniger freiwilligen „Ausscheiden“ aus der Einrichtung ihre vertraute traumatische

Situation des Verlassenwerdens wiederholt.

(vgl. Strehlow 2005, S.134 f.).

Auch Emma hatte zunächst Schwierigkeiten, sich auf die Therapie einzulassen, was sie durch ihren provokanten Satz in der ersten Sitzung („Von Musiktherapie halte ich ja nicht viel“) deutlich äußerte. Trotzdem kam sie anscheinend immer gerne. Der Aufbau der therapeutischen Beziehung gestaltete sich durch unseren ähnlichen Humors leichter als bei Ronja. Obwohl es Emma nach wie vor sehr schwer fällt, sich mit ihren Schwierigkeiten auseinanderzusetzen, versucht sie es immer wieder.

Im Laufe der Therapie wurde immer deutlicher, wie notwendig es für sie ist, Entspannung zu finden. Die Suche nach einer passenden Entspannungsmethode dauert an. Da aber Emma mittlerweile ein Gespür dafür entwickelt hat, was sie braucht, arbeitet sie aktiv mit. Dies sehe ich als einen ersten Schritt an, ihre Gefühle zu akzeptieren und wahrzunehmen bevor sie von ihnen überwältigt wird. Momentan hat diese bewusste Wahrnehmung der Emotionen zur Folge, dass sie sich nicht mehr verletzt. Dieser Zustand ist zwar vermutlich nicht stabil, Fortschritte sind aber deutlich sichtbar.

Und?

**Was meinen Sie?**

Hat das nun schon einmal jemanden was genützt?

Ich denke: ja!

## Literaturverzeichnis

Decker-Voigt, Hans-Helmut, Oberegelsbacher, Dorothea, Timmermann, Tonius (2. Auflage 2012):  
*Lehrbuch Musiktherapie.*

München: Ernst-Reinhardt-Verlag.

Decker-Voigt, Hans-Helmut (Hg.) und Dunkeziffer e.V. (2005):

„*Der Schrecken wird hörbar*“.

*Musiktherapie für sexuell mißbrauchte Kinder.*

Lilienthal: Eres.

Eidenbenz, Eva-Maria (2014)

*Starke Stille - Stille Kraft.*

*Die Wirksamkeit von Stille in der musiktherapeutischen Arbeit mit unruhigen Kindern.*

[http://www.musiktherapie.de/fileadmin/user\\_upload/medien/pdf/mu\\_downloads/Eschen-2014-Eidenbenz.pdf](http://www.musiktherapie.de/fileadmin/user_upload/medien/pdf/mu_downloads/Eschen-2014-Eidenbenz.pdf)

(Stand 12.9.2017).

Erhardt, Heinz (5. Auflage Oktober 1984):

*Das große Heinz Erhardt Buch.*

Hannover: Fackelträger-Verlag.

Frohne-Hagemann, Isabelle / Pleß-Adamczyk, Heino (2005):

*Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter.*

Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Frohne-Hagemann, Isabelle (Hg.) (2004):

*Rezeptive Musiktherapie.*

Wiesbaden: Reichert Verlag.

Hänsel, Markus und Zeuch, Andreas:

*Grundlagen systemischer Therapie.*

in: Zeuch, Andreas; Hänsel, Markus, Jungaberle, Henrik (Hrsg.) Online-Ausgabe 2009:

*Systemische Konzepte für die Musiktherapie.*

*Spielend lösen.*

Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.

Huber, Michaela (5.Auflage 2012):

*Trauma und die Folgen.*

*Trauma und Traumabehandlung. Teil 1 .*

Paderborn: Junfermann.

Kapteina, Hartmut:

*Rezeptive Musiktherapie bei Suchterkrankungen.*

in:

Frohne-Hagemann, Isabelle (Hg.) (2004):

*Rezeptive Musiktherapie.*

Wiesbaden: Reichert Verlag.

Lindner, David / Plate, Frank / Prosic-Götte, Zoran (2004-2006):

*Praxisbuch Klangmassage.*

Battweiler: Traumzeit-Verlag.

Lutz Hochreutener, Sandra (2009):

*Spiel – Musik – Therapie.*

*Methoden der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen.*

Göttingen: Hogrefe.

Mey, Reinhard (1986):

Ich hasse Musik.

<http://www.reinhard-mey.de/start/texte/alben/ich-hasse-musik>

(Stand 27.9.2017)

Michael, Riad Alexander (2005):

*Musikmalen als psychotherapeutische Methode bei Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (ICD-10: F4) – Eine katamnestiche Evaluation.*

[https://repositorium.uni-muenster.de/document/miami/96de6ab9-3d09-415d-8816-d2c20399753f/diss\\_michael.pdf](https://repositorium.uni-muenster.de/document/miami/96de6ab9-3d09-415d-8816-d2c20399753f/diss_michael.pdf) (Stand: 31.8.2017).

Plahl, Christine / Koch-Temming, Hedwig (Hg.) (2., aktualisierte Auflage 2008):

*Musiktherapie mit Kindern.*

*Grundlagen – Methoden – Praxisfelder.*

Bern: Huber.

Schwabe, Christoph:

*Regulative Musiktherapie (RMT)*

*Wegmarken einer Konzeptionsentwicklung.*

In: Frohne-Hagemann, Isabelle (Hg.) (2004):

*Rezeptive Musiktherapie.*

Wiesbaden: Reichert Verlag.

Smeijsters, Henk (1999):

*Grundlagen der Musiktherapie.*

Göttingen: Hogrefe.

Sonntag, Judith / Jüchter, Thomas:

*Musiktherapie mit traumatisierten Menschen.*

in: Wolf, Hanns- Günter (Hg.) (2007): *Musiktherapie und Trauma.*

Wiesbaden: Reichert Verlag.

Strehlow, Gitta:

„*Sehnsüchtige Mundharmonikamusik*“: *Falldarstellung Maike.*

in: Decker-Voigt, Hans-Helmut (Hg.) und Dunkeziffer e.V. (2005):

„*Der Schrecken wird hörbar*“.

*Musiktherapie für sexuell mißbrauchte Kinder.*

Lilienthal: Eres.

Timmermann, Tonius:

*Theoriebildung: Systemische Grundorientierung in der Erwachsenentherapie und Aufstellungsarbeit.*

in: Decker-Voigt, Hans-Helmut, Oberegelsbacher, Dorothea, Timmermann, Tonius (2. Auflage 2012):

*Lehrbuch Musiktherapie.*

München: Ernst-Reinhardt-Verlag.

Timmermann, Tonius (2003):

*Klingende Systeme.*

Aufstellungsarbeit und Musiktherapie.

Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.

Wiesmüller, Edith (2014):

*Traumaadaptierte Musiktherapie.*

Wiesbaden: Reichert Verlag.

Wolf, Hanns- Günter (Hg.) (2007):

*Musiktherapie und Trauma.*

Wiesbaden: Reichert Verlag.

Zeuch, Andreas; Hänsel, Markus, Jungaberle, Henrik (Hrsg.) Online-Ausgabe 2009:

*Systemische Konzepte für die Musiktherapie.*

Spielend lösen.

Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.



## Anhang

### Anhang 1

#### Rasierklingenliebe

Spritze neben dem Herd, Fixer-Leben nichts Wert  
Nur Liebe für die Klinge, Ritzen gegen den Schmerz  
nichts bewegendes Herz, vermagert und nackt  
ihr Bett kennt Namen und Samen der Versager der Stadt  
Sie liegt inmitten erbauter Lügen und Dreck  
ihr Ballkönigenkleid ziert das müde Skelett  
Sie kann lieben im Traum, wegfliegen im Traum  
das Leben genießen, ihre Sucht besiegen im Traum  
der kleine miefende Raum in dem Haus hinterm Berg  
für sie Hoffnung, bloß eine Flaschenpost draußen im Meer  
Draußen ist mehr, will lediglich raus wie die  
hält ein Bild von Pam, sie sah mal aus wie sie  
Glaubte nie der Bibel und konnte den Schrott nicht sehn  
so kalt, so jung, süße Siebzehn  
Sieh nur die Maden an der Wand  
ihr Leben bergab, wie die Kakerlaken an der Wand

Doch sie liebte die Klinge, liegt in der Klinge  
keiner würde sie je verstehen, ihre Liebe zur Klinge  
Sie ging einen Schritt weiter, einen Schnitt weiter  
der beste Freund liegt ein Griff weiter  
sie liebte die Klinge, liegt in der Klinge  
keiner würde sie je verstehen, ihre Liebe zur Klinge  
Sie ging einen Schritt weiter, einen Schnitt weiter  
der beste Freund liegt ein Griff weiter

Er liebt laute Musik, ballt die Faust zu dem Beat  
nickt mit, vertieft sich im Traum und entflieht  
dem Gesaufe von ihm, Gerede bei Nacht  
dem Gefühl nichts wert zu sein, die Schläge danach  
seit dem Mutti weg ist, der Krebs sie nahm  
gibt es nichts mehr, Leben kotzt täglich an  
Das Haus ein Gefängnis. Will einfach raus ins Gedränge  
Sein Leben leben, es schaffen, will den Applaus in der Menge  
Nachts hunderttausende Mengen, diese Würde und Macht  
wird geweckt, ein Knall, Dad hat den Gürtel gestrafft  
\*knall\* schlägt drauf ein \*knall\* reißt Haut ein \*knall\*  
Kindheit stirbt im Nebel von ihm  
diese Wände können schreien, ist unendlich allein  
muss ein Teil von sich töten um lebendig zu sein  
Nur noch nächtelang weinen  
liegt im Blut in der Dusche  
Tod mit 14, er war so gut in der Schule

Doch er liebte die Klinge, liegt in der Klinge  
keiner würde sie je verstehen, seine Liebe zur Klinge  
Sie ging einen Schritt weiter, einen Schnitt weiter  
der beste Freund liegt ein Griff weiter  
er liebte die Klinge, liegt in der Klinge  
keiner würde sie je verstehen, seine Liebe zur Klinge  
Sie ging einen Schritt weiter, einen Schnitt weiter  
der beste Freund liegt ein Griff weiter

Kids erwacht, Kids der Nacht  
der Song der Party der letzten Kids der Stadt  
das Radio sendet Stimmen im Wind "Sky is the Limit"  
wer weiß, wo der Himmel beginnt?  
Wir sind vergessene Kids, schwer zu führen  
kein Plan, kein Drang, es fehlt Herz und Hirn  
sind stumpf und dumm, nicht mehr zu rühren  
brauchen Drogen, um nie wieder den Schmerz zu spüren  
Flucht nach vorn, die Zeit ist da  
noch nie war Revolution so greifbar nah  
wir lieben den Staat hier, lieben den Markt hier  
Mama, solo, 3 Kinder, besser leben durch Hartz IV  
Augen müde, Gesichter leer  
Gedanken versinken hier nachts im Lichtermeer  
Der stetige Gegenwind, die Sicht erschwert  
die Schule des Lebens ist zu, nichts erlernt

Doch wir lieben die Klinge, liegen in Klingen  
keiner würde sie je verstehen, unsere Liebe zur Klinge  
Wir gehen einen Schritt weiter, einen Schnitt weiter  
der beste Freund liegt ein Griff weiter  
wir lieben die Klinge, liegen in Klingen  
keiner würde sie je verstehen, unsere Liebe zur Klinge  
Wir gehen einen Schritt weiter, einen Schnitt weiter  
der beste Freund liegt ein Griff weiter

Quelle: <https://www.golyr.de/casper/songtext-rasierklingenliebe-676643.html> Stand: 6.10.2017

## Plagiatserklärung

Ich versichere, dass ich die schriftliche Arbeit selbstständig angefertigt und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Alle Stellen, die dem Wortlaut oder dem Sinn nach anderen Werken entnommen sind, habe ich in jedem Fall unter genauer Angabe der Quelle (einschließlich des World Wide Web sowie anderer elektronischer Datensammlungen) deutlich als Entlehnung kenntlich gemacht. Dies gilt auch für angefügt Zeichnungen, bildliche Darstellungen, Skizzen und dergleichen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die nachgewiesene Unterlassung der Herkunftsangabe als versuche Täuschung bzw. als Plagiat gewertet werden kann.

---

(Ort, Datum) (Unterschrift)