

Musik als Bewältigungsstrategie in der Sozialpädagogik

**Inwieweit kann musikalische Prävention und Intervention in
der sozialpädagogischen Arbeit mit traumatisierten
Kindern und Jugendlichen förderlich sein?**

Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts

an der Karl-Franzens-Universität Graz

vorgelegt von

Julia Platzer, Bakk.^aphil.

am Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft

Begutachter: Univ.-Prof.Mag.rer.nat. Dr.phil. Arno Heimgartner

Graz, 2014

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen kenntlich gemacht habe.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen inländischen oder ausländischen Prüfungsbehörde vorgelegt. Ferner entspricht die vorliegende Fassung der eingereichten elektronischen Version.

(Ort, Datum)(Unterschrift)

Ein Dankeschön...

...den besten Eltern der Welt...

Hiermit möchte ich mich bei Heidrun und Gottfried Platzer bedanken, ohne die es nicht möglich gewesen wäre dieses Studium zu absolvieren...

...meiner Familie...

Ich möchte mich bei meinen Eltern und meinen Brüdern bedanken, dass sie immer für mich da sind und mich in allen Lebenslagen unterstützen und motivieren...

...an Markus Wiederhofer...

Ich möchte mich bedanken für die stetige liebevolle Unterstützung und Motivation die ich von dir bekomme. Danke, dass es dir immer wieder gelingt mich auch in den schwierigsten Lebenslagen glücklich zu machen...

...an Ing. Mag. Martin Wiederhofer...

Ein besonderer Dank gilt auch Ing. Mag. Martin Wiederhofer, der mir unterstützend zur Seite gestanden ist und der an mich auch in Zeiten glaubt, in denen bei mir der Glaube erlischt...

Danksagung

...an Herrn Univ.-Prof. Mag. Dr. Arno Heimgartner...

Ich möchte mich herzlich bedanken für seine Anregungen, die richtungsweisende Unterstützung und sein engagiertes Wirken als Betreuer dieser Masterarbeit...

...an Frau Dr. Monika Glawischnig-Goschnik...

Ich möchte mich herzlich bedanken für die von ihr erhaltene Unterstützung und die vielen Informationen über Musiktherapie...

Kurzfassung

Die vorliegende Masterarbeit mit dem Titel „*Musik als Bewältigungsstrategie in der Sozialpädagogik*“ geht der Frage nach, ob Musik eine Bewältigungsstrategie für traumatisierte Kinder und Jugendlicher darstellen kann und somit präventiv wie auch interventiv in der Sozialpädagogik förderlich ist. Es wird ein fundiertes Grundwissen über Traumata, Definitionen und Diagnosen, wie auch die Grundlagen der Psychotraumatologie, dargelegt. Die Thematik, ob Musik eine heilende Wirkung hat, liegt hier im Fokus. Aufgrund einschlägiger Fachliteratur und den Erkenntnissen eines Experten wird versucht dies zu klären. Es wird Musik als Therapieform genauer beleuchtet und erläutert, um aufgrund dieser Erkenntnisse ein sozialpädagogisches Konzept aufzubauen. Anhand von Studien wird aufgezeigt, dass Musik im sozialpädagogischen Alltag, in verschiedenen Bereichen eingesetzt werden kann. Die Ergebnisse sollen verdeutlichen, dass Musik eine Bewältigungsstrategie in der Sozialpädagogik ist und diese präventiv wie auch interventiv förderlich ist. Abgeschlossen wird die Arbeit mit einem von mir konstruierten Konzept, welches speziell auf die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen im Einzelsetting ausgelegt ist.

Abstract

The present master thesis, called *Music used as a coping strategy in social education* deals with the question, whether music can be a coping mechanism for traumatized children and teenagers. It asks whether music can be used interveningly and preventively and is there for a beneficial in social education. At first fundamental knowledge about traumata, definitions, diagnoses and the basics of psycho-traumatology is being described with the main focus on the question, if music has a healing effect. These assumptions are based on relevant literature and the consolidated knowledge of a specialist. Music as a form of therapy is being researched and based on this knowledge a social education concept is created. In different case studies it is shown that music can be useful in different fields in daily routines of social education. The results explain that music can be used as a coping strategy in the mentioned field and that it is beneficial to the clients. In the end a self-developed concept is presented which focuses on working with traumatized children and teenagers in a single setting.

„Das schöne an Musik ist, dass sie rezeptfrei erhältlich ist und als einzige Nebenwirkung eine heilende Wirkung hat“

Andreas Marti (1964)

Vorwort

Musik... Wenn wir die Wahrnehmung für Musik sensibilisieren bemerken wir, dass Musik überall eminent ist, wo wir uns aufhalten. Geräusche, Rhythmen, Melodien... Wir sind täglich davon umgeben. Musik übt eine große Faszination aus und ist allgegenwärtig. Musik gibt Emotionen wieder und erreicht Gefühlswelten wie es nur selten ein anderes Medium schafft. Man kann Worte mit Melodien unterlegen und sie bekommen eine andere Bedeutung. Man kann damit Gefühle und Gedanken ausdrücken, man kann damit Herzen berühren...

Seit meiner frühen Kindheit spielt Musik in meinem Leben eine große Rolle. Ich kann mich an keinen einzigen Tag ohne Musik erinnern und verbinde damit viele schöne Erinnerungen. Ob ich selber musizierte, oder einfach nur Musik hörte, ich lernte für mich Musik als (m)ein Medium der Kommunikation zu nutzen. Wenn ich etwas sagen wollte, dass mich nicht losließ, jedoch keiner da war, dem ich es sagen konnte. Wenn mich Gedanken und Worte bewegten, die ich eher hinunterschlucken und für mich behalten wollte... Die Musik half mir diese Worte wiederzugeben und wurde für mich zur Strategie, um all meine Gedanken, all meine Gefühle zu verarbeiten. Musik war für mich ein Medium um das zu sagen, worüber zu schweigen unmöglich war. Ich begann zu verstehen, dass Musik für mich eine heilende Wirkung hat.

Mit dieser Erkenntnis verwunderte es mich nicht, dass ich innerhalb meines Praktikums in einer sozialpädagogisch stationären Einrichtung, intuitiv das Medium Musik auf unterschiedlichen Ebenen benutzte. Über die Musik begann ich mit den Kindern und Jugendlichen Kontakt, wie auch Vertrauen aufzubauen. Ich bemerkte bald dass, für viele traumatisierte Kinder und Jugendliche, Musik eine ähnliche Wirkung hatte wie für mich. Die Erkenntnis, dass Musik eine heilende Wirkung hat, wurde plötzlich in ein anderes Licht gerückt.

Ich begann mich näher mit dieser heilenden Wirkung zu beschäftigen und den wissenschaftlichen Erkenntnissen über Musik auf den Grund zu gehen. So bin ich vorerst zur Musiktherapie gelangt, welche die heilende Wirkung aufgrund neuropsychologischer und traumatherapeutischer Erkenntnisse belegt.

So stellte ich mir die Frage, ob ich diese wissenschaftlichen Erkenntnisse in meine Arbeit als Sozialpädagogin einfließen lassen kann und damit Kinder und Jugendliche unterstützen könnte, ihre schwierigen, belastenden Lebenskrisen zu bewältigen. Ich wollte ihnen ein Medium bieten, dass sie für sich als Bewältigungsstrategie entdecken und sie durch schwierige Zeiten trägt. Mit dieser Intention entstand diese Arbeit. Die Intention die Musik als eine wissenschaftlich fundierte Bewältigungsstrategie darzulegen...

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	13
2 Musiktherapie: Definition und österreichisches Musiktherapiegesetz	15
2.1 Die Kasseler Thesen.....	16
2.2 Berufsbild und Arbeitsfeld von MusiktherapeutInnen.....	17
3 Geschichte der Musiktherapie	19
3.1 Magisch-mythische Form der Musikheilung.....	19
3.2 Rational-wissenschaftliche Musikheilung in Antike und Mittelalter.....	19
3.3 Renaissance und Barock.....	20
3.4 Romantik.....	20
3.5 Das 20. Jahrhundert.....	20
3.6 Das 21. Jahrhundert.....	23
4 Setting und Methoden	24
4.1 Musiktherapeutische Orientierungen.....	24
4.1.1 Psychotherapeutisch orientierte Musiktherapie.....	24
4.1.2 Musiktherapie im pädagogischen Kontext.....	25
4.1.3 Funktionell orientierte Musiktherapie.....	26
4.2 Medizinische Musiktherapie und psychotherapeutische Musiktherapie.....	26
4.3 Überblick über die Arbeitsweisen.....	28
4.3.1 Einzel- und Gruppentherapie.....	28
4.3.2 Aktive Musiktherapie.....	29
4.3.2.1 Instrumente in der aktiven Musiktherapie.....	30
4.3.2.2 Reproduktion von Musik: Beispiel Gesang.....	30
4.3.2.3 Gesprächs- und Endphase.....	30
4.3.2.4 Grenzgebiete der aktiven Musiktherapie.....	31
4.3.2.5 Resümee: Aktive Musiktherapie.....	31

4.3.3	Rezeptive Musiktherapie.....	32
4.3.3.1	Anwendungsfelder der Rezeptiven Musiktherapie	33
4.3.3.2	Formen der Rezeptiven Musiktherapie	33
4.3.3.2.1	Rezeptive Musiktherapie als Psychotherapie	34
4.3.3.2.2	GuidedImageryand Music – MusikgeleitetelMagination.....	34
4.3.3.2.4	Rezeptive musiktherapeutische Verbindungen: Einzel- und Gruppenmusiktherapie, im Sinne rezeptiver musiktherapeutischer Methoden	35
4.3.3.2.5	Dynamisch orientierte Rezeptive Gruppenmusiktherapie.....	35
4.3.3.2.6	Reaktive Gruppenmusiktherapie	36
4.3.3.2.7	Rezeptive Einzelmusiktherapie.....	36
4.3.3.2.8	Kommunikative Einzelmusiktherapie	36
4.3.3.2.9	Reaktive Einzelmusiktherapie	36
4.3.3.2.10	Regulative Einzelmusiktherapie.....	37
4.3.3.2.11	Ungerichtete Rezeptive Einzelmusiktherapie.....	37
4.3.3.3	Resümee: Rezeptive Musiktherapie	38
5	Kindermusiktherapie.....	39
5.1	Das Berufsbild der Kinder- und Jugendmusiktherapie	39
5.2	Praxisfelder der Kindermusiktherapie.....	40
5.2.1	Übersicht über Bereiche, Angebote und Institutionen.....	40
5.2.2	Anforderungen an KindermusiktherapeutInnen	41
6	Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen in der Sozialpädagogik	42
6.1	Formen der Kindermusiktherapie in Bezug auf die Sozialpädagogik	42
6.1.1	Rezeptive Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen in der Sozialpädagogik	42
6.1.2	Aktive Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen in der Sozialpädagogik	43

6.1.3 Präventive, Kurative und Rehabilitative Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen in der Sozialpädagogik.....	43
6.1.3.1 Präventive Musiktherapie in der Sozialpädagogik.....	44
6.1.3.2 Kurative Musiktherapie in der Sozialpädagogik.....	45
6.1.3.3 Rehabilitative Musiktherapie in der Sozialpädagogik	45
6.1.3.4 Auswirkungen der Präventiven Musiktherapie. Eine Bewältigungsstrategie in der Sozialpädagogik.....	45

7 Musiktherapie mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen

in der Sozialpädagogik.....47

7.1 Fallbeispiel: Musiktherapie mit traumatisierten Kindern. Der kleine Kemal	47
7.1.1 Zusammenarbeit mit der Sozialarbeiterin und den LehrerInnen	48
7.1.2 Zusammenarbeit mit den Eltern	48
7.1.3 Setting und therapeutisches Konzept.....	49
7.1.4 Der Traumabegriff und die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung	51
7.1.5 Der Therapieverlauf bei der Arbeit mit Kemal.....	52
7.1.6 Zusammenfassung des Fallbeispiels: Der kleine Kemal	54
7.2 Musik und Trauma	56
7.2.1 Grundlagen der Psychotraumatologie.....	56
7.2.1.1 Was ist ein Psychotrauma?	57
7.2.1.2 Welche Traumafolgestörungen gibt es und wie sind deren Heilungsprognosen?	59
7.2.1.2.1 Die Art der Traumatisierung	60
7.2.1.2.2 Die Anzahl der erlebten traumatischen Ereignisse ...	60
7.2.1.3 Was ist Traumatherapie?.....	61
7.2.1.3.1 Traumatherapeutische Modelle	61
7.2.1.3.2 Traumatherapeutische Konzeptionen.....	62
7.2.1.4 Welche Bedeutung hat die Musik(-therapie) im Rahmen der Traumatherapie?.....	63
7.2.2 Musik: Resilienzfaktor oder Gefährdung für traumatisierte Menschen? .	63

7.2.2.1 Musik und Oxytocin	64
7.2.2.2 Traumatherapie, Stress und Dissoziation	64
7.2.2.3 Kontrolle und gruppen(-Musik-)therapie.....	65
7.2.2.4 Der Umgang mit Emotionen.....	65
7.2.2.5 Konsequenzen für die Musiktherapie.....	67
8 Musik in der Sozialpädagogik.....	68
8.1 Musik als Medium in der Sozialpädagogik mit Kindern und Jugendlichen	68
8.2 Das Musikverständnis in der Sozialpädagogik	70
8.3 Ziele und Profil von Musik als Methode in der Sozialpädagogik	72
9 Experteninterview.....	74
9.1 Angaben zur Person	74
9.2 Wirkungen der Musik	75
9.3 Musiktherapie.....	77
9.4 Musik in der Sozialpädagogik.....	78
9.5 Grenzen und Verknüpfungen zwischen Musiktherapie und musikalisch sozialpädagogischer Arbeit	82
9.6 Anmerkung.....	84
10 Musik im Sozialpädagogischen Alltag: Fallbeispiele.....	86
10.1 Fallbeispiel: „Die vier Mädchen“	87
10.2 Fallbeispiel: Der „GooseBombShake“	88
10.3 Fallbeispiel: „Eine musikalische Analyse“	90
10.4 Fallbeispiel: Gute Nacht Improvisation: „Smile“	91
10.5 Fallbeispiel: „Singen unter der Dusche“.....	92
10.6 Fallbeispiel: „Ringe Ringe Reiha, bis einer fällt“	93
10.7 Fallbeispiel: „Musikalisches Kochen“	94
10.8 Fallbeispiel: „Auswendig lernen“	95

10.9 Fallbeispiel: „Auf die andere Weise sagen“96

11 Konzept: „Musik als Bewältigungsstrategie in der Sozialpädagogik“ im

Einzelsetting98

11.1 Einleitung98

11.2 Kooperationen.....98

11.2.1 Dauer, Ausmaß und Kosten/Bezahlung99

11.2.2 Zusammenarbeit mit betreuenden SozialpädagogInnen,
SozialarbeiterInnen und Angehörigen 100

11.3 Stellenbeschreibung – Qualifikationen der ausführenden
SozialpädagogInnen..... 101

11.3.1 Rechtlich festgelegte Qualifikationen der ausführenden
SozialpädagogInnen 101

11.3.2 Kenntnisse und Kompetenzen der ausführenden
SozialpädagogInnen 103

11.4 Setting und Rahmenbedingungen (Sachmittel) 103

11.5 Fallbeispiele: Lena und Laura 104

11.5.1 Fallbeispiel: Lena 105

11.5.1.1 Informationsblatt: Antrag auf Projektstunden im Einzelsetting
mit Lena 105

11.5.1.2 Zielsetzungen 105

11.5.1.3 Dauer 106

11.5.1.4 Ausmaß..... 106

11.5.1.5 Kosten 106

11.5.1.6 Konzept Lena: Musik als Bewältigungsstrategie 106

11.5.2 Fallbeispiel: Laura..... 107

11.5.2.1 Informationsblatt: Antrag auf Projektstunden im Einzelsetting
mit Laura 108

11.5.2.2 Zielsetzungen 108

11.5.2.3 Dauer 108

11.5.2.4 Ausmaß..... 108

11.5.2.5 Kosten 108

11.5.2.6 Konzept Laura: Musik als Bewältigungsstrategie	109
12 Fazit.....	110
13 Literaturverzeichnis	113
14 Anhang.....	119

1 Einleitung

Hat Musik eine heilende Wirkung? Ist diese Wirkung nur Einbildung oder ist die Wirkung auf wissenschaftlicher Ebene bestätigt? Welche Wirkung hat die Musik aus neuropsychologischer Sicht? Kann Musik eine Bewältigungsstrategie für traumatisierte Kinder und Jugendliche darstellen? Inwieweit kann musikalische Prävention und Intervention in der sozialpädagogischen Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen förderlich sein?

Während meiner Arbeit als Sozialpädagogin in einer stationären sozialpädagogischen Einrichtung, konnte ich immer wieder (Aus-)Wirkungen von Musik beobachten. Ich erlebte wie Musik Emotionen stützte und welchen wichtigen Stellenwert sie im Leben der Kinder und Jugendlichen spielte. Nur wenige Kinder in dieser Einrichtung können Instrumente spielen, haben Wissen über Musiktheorie, können Noten lesen oder hatten einmal Instrumental- oder Gesangsunterricht. Dennoch hat die Musik in ihrem Leben eine große Bedeutung. Aufgrund dieser Wahrnehmungen begann ich mich näher mit der Wirkung der Musik und der Musikpsychologie zu beschäftigen. Wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse sollten die bereits beobachteten Auswirkungen bestätigen. Dieser wissenschaftliche Zugang führte mich vorerst in die Musiktherapie. Ich belegte auf der Kunstuniversität in Graz eine Spezialvorlesung für Musiktherapie. Aus den Erkenntnissen dieser Vorlesung, entstand die Intention für diese Arbeit. Die Intention Musik als ein wissenschaftlich begründetes Medium in der Sozialpädagogik, als Bewältigungsstrategie für traumatisierte Kinder und Jugendliche, zu nutzen.

Da es mir sehr wichtig ist aufzuzeigen, dass Musik als Therapieform existiert und diese aufgrund neuropsychologischer Erkenntnisse fundiert ist, wird in den ersten Kapiteln dieser Arbeit die Musiktherapie thematisiert. Es war mir wichtig im ersten Teil meiner Arbeit, Relevantes über diese Therapieform darzulegen, um auf diesem Wissen ein sozialpädagogisches Konzept aufzubauen.

Da die Grenzen zwischen Musiktherapie und musikalischer Arbeit in der Sozialpädagogik häufig fließend sind, gehe ich genau auf Methoden und Settings der Musiktherapie ein. Das Wissen über die Methoden der Musiktherapie ist in meinen Augen zielführend für die erfolgreiche musikalische Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Aufgrund dessen beleuchte ich die Kindermusiktherapie präziser und verflechte diese Erkenntnisse mit der sozialpädagogischen Arbeit.

Da in dieser Arbeit im Speziellen die Sozialpädagogische Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen thematisiert wird und in meinen Augen alle SozialpädagogInnen, insbesondere jene die mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen arbeiten, ein fundiertes

Grundwissen über Traumata, Definitionen und Diagnosen, haben sollten, beschäftigt sich diese Arbeit ebenso mit den Grundlagen der Psychotraumatologie, wobei hier Trauma Folgestörungen, Heilungsprognosen und Trauma therapeutische Konzepte näher erläutert werden. Anschließend wird aufgezeigt, da es für die Erstellung meines Konzeptes in der Sozialpädagogik von enormer Bedeutung ist, ob Musik ein Resilienz Faktor oder eine Gefährdung für traumatisierte Menschen ist.

Aufgrund der wissenschaftlich fundierten Kenntnisse über Musik im Trauma therapeutischen Setting sind jene Kenntnisse in die sozialpädagogische Arbeit miteingebunden.

Um den theoretischen Teil dieser Arbeit zu untermauern, den musiktherapeutischen Bereich und die musikalische sozialpädagogische Arbeit explizit zu definieren, Grenzen und Verknüpfungen zwischen musiktherapeutischen Methoden und musikalischen Methoden innerhalb der Sozialpädagogik aufzuzeigen, habe ich ein Interview mit einem Experten geführt.

Anhand der Erkenntnisse, welche ich aus diesem Interview gewonnen habe, des Wissens, welches ich mir im Laufe dieser Arbeit und mit unterschiedlichen Fortbildungen angeeignet und erarbeitet habe, begann ich dann in einer sozialpädagogischen stationären Einrichtung verschiedenste musikalische Methoden im sozialpädagogischen Alltag einzusetzen und zu protokollieren. Einige ausgewählte Fallbeispiele lege ich in dieser Arbeit dar. Aufgrund der beobachteten positiven Auswirkungen dieser Fallbeispiele lege ich, im letzten Kapitel dieser Arbeit, ein von mir ausgearbeitetes Konzept vor („Musik als Bewältigungsstrategie in der Sozialpädagogik“), welches speziell auf die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen im Einzelsetting ausgelegt ist.

2 Musiktherapie: Definition und österreichisches Musiktherapiegesetz

„Musiktherapie ist der gezielte Einsatz von Musik im Rahmen der therapeutischen Beziehung zur Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung seelischer, körperlicher und geistiger Gesundheit“ (DMTG 1998).

Insbesondere ist zu beachten, dass Musiktherapie eine praxisorientierte Wissenschaftsdisziplin ist, die in enger Wechselwirkung zu unterschiedlichen Wissenschaftsbereichen steht, insbesondere der Medizin, den Gesellschaftswissenschaften, der Psychologie, der Musikwissenschaft wie auch der Pädagogik.

Der Begriff „Musiktherapie“ ist eine summarische Bezeichnung für verschiedene musiktherapeutische Konzeptionen, welche als psychotherapeutische zu charakterisieren sind, jedoch von pharmakologischer und physikalischer Therapie abzugrenzen sind.

Musiktherapeutische Methoden folgen tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutisch-lerntheoretischen, systemischen, anthroposophischen und ganzheitlich-humanistischen Ansätzen (vgl. ebd.).

Das Bundesgesetz Österreich definiert Musiktherapie wie folgt:

- 1) *„Die Musiktherapie ist eine eigenständige, wissenschaftlich-künstlerisch-kreative und ausdrucksfördernde Therapieform. Sie umfasst die bewusste und geplante Behandlung von Menschen, insbesondere mit emotional, somatisch, intellektuell oder sozial bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, durch den Einsatz musikalischer Mittel in einer therapeutischen Beziehung zwischen einem (einer) oder mehreren Behandelten und einem (einer) oder mehreren Behandelnden mit dem Ziel*
 - *Symptomen vorzubeugen, diese zu mildern oder zu beseitigen oder*
 - *behandlungsbedürftige Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern oder*
 - *die Entwicklung, Reifung und Gesundheit des (der) Behandelten zu fördern und*
 - *zu erhalten oder wiederherzustellen.*
- 2) *Die Ausübung des musiktherapeutischen Berufes besteht in der berufsmäßigen Ausführung der im Abs. 1 umschriebenen Tätigkeiten, insbesondere zum Zweck der*
 - *Prävention einschließlich Gesundheitsförderung,*
 - *Behandlung von akuten und chronischen Erkrankungen,*
 - *Rehabilitation,*
 - *Förderung von sozialen Kompetenzen einschließlich Supervision sowie*
 - *Lehre und Forschung.*

- 3) *Die berufsmäßige Ausübung der Musiktherapie ist den Musiktherapeuten (Musiktherapeutinnen) vorbehalten. Anderen Personen als Musiktherapeuten (Musiktherapeutinnen) ist die berufsmäßige Ausübung der Musiktherapie verboten. Berufsmäßige Ausübung (Berufsausübung) der Musiktherapie liegt vor, wenn Musiktherapie regelmäßig und in der Absicht betrieben wird, einen Ertrag oder sonstigen wirtschaftlichen Vorteil zur Schaffung und Erhaltung einer Lebensgrundlage einschließlich einer nebenberuflichen Einkommensquelle zu erzielen.*

- 4) *Die berufsmäßige Ausübung der Musiktherapie ist im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses nur zu einem Träger einer Krankenanstalt, einem Pflegeheim, einer Behinderteneinrichtung oder einer vergleichbaren Einrichtung zulässig“ (Rechtsvorschrift für Musiktherapiegesetz Österreich 2014, S. 1).*

2.1 Die Kasseler Thesen

Während meiner Literaturrecherchen bin ich auf zahlreiche Definitionen über Musiktherapie gestoßen. Es ist mir jedoch wichtig nicht ausschließlich Definitionen und Erläuterungen aus dem österreichischen MusiktherapeutInnengesetz darzulegen, sondern auch, insbesondere um den Hintergrund und das Berufsbild über Musiktherapie noch genauer zu beleuchten, Beschreibungen und Definitionen des deutschen MusiktherapeutInnengesetz aufzuzeigen.

Hierbei wird deutlich, wie unterschiedliche, methodische und theoretische Hintergründe zu einer Begriffsvielfalt führen können (vgl. DMTG 2003, S. 2).

Um den Begriff Musiktherapie noch deutlicher zu veranschaulichen, die Definition wie auch das Berufsbild des/der Musiktherapeuten/Musiktherapeutin näher zu erläutern, sind die Kasseler Thesen erwähnenswert. Bei diesen Thesen haben die VertreterInnen der acht musiktherapeutischen Vereinigungen in Deutschland den Versuch unternommen, einen schulenübergreifenden Konsens zur Musiktherapie herbeizuführen. Dieser Konsens besteht unter anderem in Aussagen zu theoretisch-wissenschaftlichen Grundlagen der Musiktherapie, Ausbildungsschwerpunkten, konzeptionellen Voraussetzungen wie auch Anwendungsbereichen (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Musiktherapie 2010, S. 1).

Auf der Suche nach einem Konsens haben sich 1994 in Deutschland VertreterInnen aller musiktherapeutischen Verbände in der "Kasseler Konferenz musiktherapeutischer Vereinigungen in Deutschland" zusammengeschlossen, um sich auf grundlegende Aussagen zur Musiktherapie zu einigen. Im Jahre 1998 erschienen in der Fachzeitschrift

"Musiktherapeutische Umschau" (Band 19, S.232) die "Kasseler Thesen zur Musiktherapie", welche im Anhang zitiert werden.

2.2 Berufsbild und Arbeitsfeld von MusiktherapeutInnen

Um den Begriff Musiktherapie noch näher zu erläutern möchte ich das Berufsbild und das Arbeitsfeld von MusiktherapeutInnen veranschaulichen.

Als Grundlage gehe ich hier auf die formulierten Sichtweisen aller Verbände der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG)Musiktherapie ein. Diese sind anhand von vierzehn für wesentlich gehaltene Stichpunkte festgehalten.

Das Berufsbild

Die Definition des Berufsbildes des Musiktherapeuten/der Musiktherapeutin gilt als unabdingbare Voraussetzung für ein berufspolitisches Vorgehen und hat daher zentrale Bedeutung. Ein Berufsbild umfasst personelle Voraussetzungen für die Berufsausübung, Eingangsvoraussetzungen für die Ausbildung, Aussagen zur Selbsterfahrung, Beschreibung der Berufsfelder, der Aufgaben, Fragen der Supervision und Fortbildung, der Ethik, Einschätzung der Berufsentwicklung und eine Standortbestimmung im Gesundheitswesen, welche das berufliche Handeln bestimmende Menschenbild, wie auch die Kompetenz der Kooperation mit benachbarten Fachdisziplinen (vgl. Kasseler Konferenz Musiktherapeutischer Vereinigungen in Deutschland 2004, S. 1). Aus den Sichtweisen aller Delegierten der Kasseler Konferenz, nach gemeinsamer Vorbereitung und Diskussion, sind Konsensformulierungen zusammengefasst, welche auszugsweise im Anhang zitiert sind.

Das Arbeitsfeld

Ein Großteil der MusiktherapeutInnen arbeitet in stationären Einrichtungen wie beispielsweise Kliniken, sozialpädagogischen Einrichtungen, an Schulen sowie in Beratungsstellen und anderen ambulant versorgenden Institutionen. In diesen Institutionen und Einrichtungen sind sie meist in ein multiprofessionelles Team eingebunden und arbeiten innerhalb eines therapeutischen Gesamtkonzepts. Es besteht auch die Möglichkeit frei praktizierend zu arbeiten (vgl. DMTG 2003, S. 3).

Da sich das Tätigkeitsfeld im Wandel befindet und der Beruf des/der Musiktherapeuten/Musiktherapeutin bis dato in Deutschland, Österreich und der Schweiz noch nicht geschützt ist, empfiehlt es sich, den aktuellen Stand und die sich abzeichnende Entwicklung bei den Verbänden abzufragen (vgl. ebd.).

Bevor ich auf die unterschiedlichen Orientierungen und Methoden der Musiktherapie eingehe, möchte ich vorerst einen geschichtlichen Einblick geben, um die Herangehensweisen und die Hintergründe der Methoden besser zu verstehen.

3 Geschichte der Musiktherapie

In diesem Jahrhundert begann sich die Musiktherapie neu zu etablieren, dabei lag das Augenmerk einzelner Richtungen vor allem darauf, sich von den anderen abzugrenzen. Vor allem um eine eigene Konzeption entwickeln zu können, war dies ein notwendiger Prozess (vgl. DMTG 2003, S. 2).

In letzter Zeit findet man allerdings Tendenzen zu Annäherungen unter den verschiedenen musiktherapeutischen Richtungen, denn

"...gemeinsam ist allen Methoden, dass ausgehend von einer umfassenden Diagnostik, musikalische Elemente mit spezifischer therapeutischer Absicht kontrolliert eingesetzt werden" (Schwaiblmair 1997, S. 32; zit.n. DMTG 2003, S. 2).

Im Folgenden beleuchte ich den Weg, welchen die Musiktherapie gegangen ist, um sich in diesem Jahrhundert zu etablieren.

3.1 Magisch-mythische Form der Musikheilung

Vor ca. 4.200 Jahren, in der sumerisch-akkadischen Zeit, hatte der König Sargon von Akkad eine Tochter, namens Encheduanna. Sie komponierte und dichtete 42 Tempelhymnen, mit denen sie Kranke heilen wollte. Es entstand ein Heilritual eingebunden, von dem man sagte, dass es eine magisch-mythische Wirkung habe. In diesem Ritual verfielen die Kranken und/oder die HeilerInnen in einen tranceartigen Zustand, in dem Götter beschwört und Dämonen vertrieben werden sollten. Diese ekstatischen Heilungspraktiken dominierten bis hinein in die Frühantike (vgl. DMTG 2003, S. 1).

3.2 Rational-wissenschaftliche Musikheilungen in Antike und Mittelalter

In der klassischen Antike, glaubte man, dass kranke Menschen sich in Unordnung befanden und diese daher harmonisiert werden mussten. Die Musik diente hier zur Wiederherstellung geistig-seelischer Harmonie und psycho-physischer Proportionen. Sie sollte jedoch nicht nur diese reinigenden und ordnenden Effekte erzielen, sondern gleichzeitig die Seele erziehen.

Die Musik stellte im Mittelalter einen wichtigen Bestandteil innerhalb der medizinischen Behandlung dar, weshalb sie bis 1550 zum Fächerkanon eines Medizinstudiums gehörte (vgl. ebd.).

3.3 Renaissance und Barock

In der Renaissance beschäftigten sich die WissenschaftlerInnen mit den Zusammenhängen von Musik und den menschlichen Affekten, vor allem mit der Melancholie. Die Lebensgeister wurden durch die harmonisierenden Schwingungen der Musik reaktiviert. Das Blut wurde verdünnt und die körpereigenen Säfte in ihrer Konsistenz normalisiert.

Auch im Barock stand die Regulation des Blutes ("spiritus animalis") im Vordergrund des musiktherapeutischen Bemühens. Die Voraussetzung für diese Regulation war die Entdeckung des Blutkreislaufes durch William Harvey.

Als später auch Muskeln, Nerven und Fasern entdeckt wurden, sollten diese in das Erklärungs- und Behandlungsmodell mit einbezogen werden. Mit der sogenannten "Jatromusik" (Arztmusik) sollten Körper-, Geistes- und Gemütskrankheiten geheilt werden (vgl. ebd.).

3.4 Romantik

In der Romantik verschwand die Musiktherapie aus dem Sichtfeld der Ärzte und war nur noch vereinzelt in Psychiatrien anzutreffen. Die Musik verlor im 19. Jahrhundert den Bezug zum klassisch medizinischen Bereich der körperlichen Erkrankungen und fand einen neuen, psychologisch ausgerichteten Schwerpunkt in der Behandlung von psychischen Erkrankungen (vgl. ebd.).

3.5 Das 20. Jahrhundert

Einen starken Aufschwung erlebte die Musiktherapie nach dem zweiten Weltkrieg (vgl. DMTG 2003, S. 1). Damals entwickelte sich die Musiktherapie und sie bewegte sich zwischen verschiedenen Disziplinen wie beispielsweise der Medizin, der Psychoanalyse wie auch der Pädagogik (vgl. Ster 2009, S. 144). Seit den fünfziger Jahren stellte sich die Frage, in welchen wissenschaftlichen Bereichen die Musiktherapie zu positionieren sei. Ist die

Musiktherapie eine Adjuvans der Medizin, der Psychotherapie, der Pädagogik oder ist sie eine eigenständige Disziplin (vgl. Ster 2006, S. 18f; zit.n. ebd.)?

Es kristallisierten sich vier große Bereiche heraus, welche die Musiktherapie bis heute maßgeblich beeinflusst haben (vgl. ebd.):

- *„heilpädagogische Orientierung: P. Nordoff, C. Robbins, J. Alvin und G. Orff*
- *psychotherapeutische Orientierung: G. K. Loos, Dr. Blanke und Dr. Jädicke*
- *medizinische Orientierung: H.H. Teirich*
- *anthroposophische Orientierung: M. Schüppel* (DMTG 2003, S.1).

Speziell in Deutschland war es nach dem Zweiten Weltkrieg zunächst die allgemeine Sichtweise, unter Musiktherapie einen an der Medizin orientierten Gebrauch zu verstehen (vgl. Ster 2009, S. 144).

Aleks Pontviks, ein Begründer der modernen Musiktherapie, begann ab etwa 1940, seine Auffassung zu ändern. Seinen Theorien nach ist Musik und ihre Wirkung primär medizinisch wissenschaftlich zu betrachten, indem vorwiegend Rückschlüsse von physiologisch messbaren Reaktionen auf psychische Zustände erfolgen. Er lehnt vor allem den Standpunkt ab, Musik im Sinne eines Medikaments auf der Basis statistischer Untersuchungen verabreichen zu können, wie es die Vorgehensweise der damaligen amerikanischen Musiktherapie war (vgl. Pontvik 1962, S. 77; zit.n. Ster 2009, S. 144).

In Österreich zeigt sich, durch die Auffassungen Koffer-Ulrichs, ein eigener Weg in der Entwicklung der Musiktherapie (vgl. Simon 1974, S. 11; zit.n. ebd.). Die Musiktherapie in Österreich wurde als eigene Schule bewertet. Dies wurde durch eine besonders enge Bindung zur Medizin begründet (vgl. Linke 1977, S. 65; zit.n. ebd.).

Teirich konkretisiert 1958 den Begriff Musiktherapie, der sich an der Medizin orientiert, Schwabe vertritt Im Gegensatz die Auffassung, dass unter Musiktherapie primär psychotherapeutische Verfahren zu verstehen seien (vgl. Schwabe 1971, S. 9; zit.n. ebd., S. 144-145).

Fengler versteht Musiktherapie wiederum als ein Gebiet der Heilpädagogik. Er betont den selbstschöpferischen Aspekt des Musizierens. Vor allem hebt er hier das Musizieren am Instrument und das Singen hervor (vgl. Fengler 1950, S. 1491; zit.n. ebd., S. 145).

Mitte der sechziger Jahre beginnt ein Umdenken zugunsten der aktiven Musiktherapie. Schwabe misst beispielsweise dem Singen eine große psychotherapeutische Bedeutung bei (vgl. Strobel/Huppmann 1997, S. 72; zit.n. ebd.).

In den siebziger Jahren findet man eine schwerpunktmäßige Anwendung der aktiven Musiktherapie. Rezeptive Verfahren verlieren zu dieser Zeit an Bedeutung. Es besteht die Auffassung, dass die Wirkung der Musik nicht allein in der Musik liege, sondern dass vor allem ihre Funktion als nonverbale Kommunikation den therapeutischen Prozess begründet. Das Prinzip „Therapie durch Musik“ wird somit durch das Prinzip „Therapie mit Musik“ abgelöst (vgl. Groll 1993, S. 189; zit.n. ebd.).

Zu Beginn der achtziger Jahre zeigt sich in einer breiten Diskussion ein weiterer historischer Prozess zur berufspolitischen Profilierung des Faches Musiktherapie. Darin geht es um die deutliche Abgrenzung zwischen Musiktherapie und Musikpädagogik. Diese Abgrenzung wie auch die Überschneidungen sind für das von mir erstellte Konzept wichtig.

Nach Decker-Voigt führen die gemeinsamen Wurzeln der musikalischen Ausbildung zu einer Verwandtschaft zwischen MusikpädagogInnen und MusiktherapeutInnen (vgl. Decker-Voigt 1983, S. 21; vgl. ebd.).

Des Weiteren legt Decker-Voigt dar, dass es in seinen Augen eine Überschneidung hinsichtlich der Zielgruppen sozialpädagogischer Tätigkeit und der Zielgruppen musiktherapeutischer Tätigkeit gibt. Dies geschieht durch Verflechtungen, da sozialpädagogische Zielgruppen oft die sind, die einer Therapie bedürfen, wie beispielsweise Personen mit Behinderungen, Erziehungsschwierigkeiten, Verhaltensstörungen und Personen mit diversen Drogenproblemen (vgl. Vogelsänger 1982, S. 18; zit.n. ebd.).

Das Einbeziehen der medizinischen Komponente wird in dieser „Abgrenzungsdiskussion“ als besonders wichtig erachtet, da dieser Bereich der Musikpädagogik fehlt, jedoch mit dieser Implementierung eine klare Trennung möglich wird (vgl. Linke 1982, S. 144; zit.n. ebd.).

Dennoch gibt es Gegenmeinungen, welche die Musiktherapie in den Bereich der Musikpädagogik einordnen. Es wird dabei die Möglichkeit erörtert, die „Nebenwirkung“ der Musik im Unterricht, welche sich in Form des „Affiziertseins“ zeigt, zu nutzen, um daraus ein zentrales Aufgabengebiet zu machen, das als „Pädagogische Musiktherapie“ zu umschreiben ist (vgl. Probst 1981, S. 48; zit.n. ebd.).

Zu Beginn der neunziger Jahre war noch eine Kluft zwischen Musiktherapie und „Musikmedizin“ zu spüren, jedoch gab es eine stetige Entwicklung, die dadurch gekennzeichnet war, dass eine ständig zunehmende Akzeptanz der Medizin in der

Musiktherapie, mit dem Begriff „Musikmedizin“ stattgefunden hat (vgl. Nöcker-Ribaupierre 2005, S. 86; zit.n. ebd., S. 146).

3.6 Das 21. Jahrhundert

Heute beschäftigt sich die Musiktherapieforschung mit den musikimmanenten Wirkfaktoren und deren Auswirkungen auf verschiedene Ebenen des menschlichen Erlebens wie beispielsweise auf die körperliche, vegetative, psychische oder spirituelle Ebene.

Der Einfluss der therapeutischen Beziehung auf den Therapieprozess wie auch auf die Entwicklung des Individuums gewinnt zunehmend an Bedeutung (vgl. DMTG 2003, S.1).

Abschließend ist es hier wichtig zu erwähnen, dass heute die intensiven „historischen Gegensätze“ zwischen Medizin und Musiktherapie überwunden sind. Die „Musikmedizin“ wird vorwiegend durch Überlegungen von Spintges als eine international eigene Schule der Musiktherapien begriffen (vgl. Decker-Voigt 2001, zit.n. Ster 2009, S. 146).

4 Setting und Methoden

Im folgenden Kapitel gebe ich einen kleinen Überblick über Setting und Methoden. Des Weiteren werden Differenzen zwischen der medizinischen Musiktherapie und der psychotherapeutischen Musiktherapie konkretisiert, um spezielle Methoden verständlicher zu machen. Auch gewisse Verflechtungen der Methoden werden aufgezeigt und erläutert.

4.1 Musiktherapeutische Orientierungen

Bevor ich spezielle Methoden und Arbeitsweisen konkretisiere, werde ich auf die zu differenzierenden Orientierungen der Musiktherapie eingehen. Wie schon im vorherigen Kapitel angeschnitten, kristallisierten sich im Laufe der musiktherapeutischen Geschichte unterschiedliche Bereiche beziehungsweise Orientierungen heraus, die es zu differenzieren gilt. Im folgenden Kapitel sollen daher die wichtigsten Orientierungen aufgeführt werden.

Es werden Fragen behandelt, wie beispielsweise die Musik auf den/die Einzelnen/Einzelle wirkt, ob es allgemeingültige Wirkungen gibt oder welche differenten Wirkungen unterschiedliche Instrumente haben und wie man die unterschiedlichen Wirkfaktoren gezielt bei den KlientInnen/PatientInnen einsetzen kann.

Des Weiteren wird dargelegt, welchen Stellenwert die Beziehung zwischen TherapeutInnen und KlientInnen/PatientInnen in den unterschiedlichen Orientierungen besitzen (vgl. DMTG 2003, S. 2).

4.1.1 Psychotherapeutisch orientierte Musiktherapie

Vorerst möchte ich die Orientierung der psychotherapeutischen Musiktherapie vorstellen. „Psychotherapeutisch“ stammt aus dem Griechischen und bedeutet "der Seele dienen" ("Psycho therapeuein").

Im Speziellen ist hier zu erwähnen, dass im Gegensatz zu der physikalischen und chemischen Therapie, Musiktherapie per se bereits psychotherapeutisch arbeitet. Des Weiteren soll hier zur Abgrenzung noch betont werden, dass der Aufbau einer therapeutischen Beziehung und die Arbeit daran eine Hauptaufgabe der Therapie ist. MusiktherapeutInnen beziehen sich auf bestehende psychotherapeutische Ansätze und verknüpfen diese mit dem musiktherapeutischen Instrumentarium (vgl. DMTG 2003, S. 2-3).

Zusammenfassend führt Smeijsters folgende psychotherapeutische Orientierungen an:

"An der verbalen Psychotherapie orientiert

- *analytische Musiktherapie*
- *gestalttherapeutische Musiktherapie*
- *verhaltenstherapeutische Musiktherapie*
- *paradoxe Musiktherapie*
- *kognitive Musiktherapie*

An der Musik orientiert

- *musikorientierte Psychotherapie*

An der Identität psychischer und musikalischer Prozesse orientiert

- *morphologische Musiktherapie*
- *analoge Musiktherapie"* (Smeijsters 1996, S. 200; zit.n. DMTG 2003, S. 3).

Des Weiteren ist noch die anthroposophische Musiktherapie zu erwähnen, welche auf dem Menschenbild von Rudolf Steiner beruht (vgl. ebd.).

4.1.2 Musiktherapie im pädagogischen Kontext

Hier möchte ich vor allem auf den sonderpädagogischen und den sozialpädagogischen Kontext näher eingehen.

Innerhalb der Sonderpädagogik bezeichnet Mahns MusiktherapeutInnen (1996, vgl. S. 346) als "Grenzgänger" zwischen Therapie und Pädagogik (vgl. Mahns 1996, S. 346; zit.n. DMTG 2003, S. 3). Dieser erläutert, dass einerseits die MusiktherapeutInnen in der Sonderpädagogik innerhalb eines Bildungssystems arbeiten, pädagogische Techniken verwenden, um den Kindern und Jugendlichen die Ausdrucksweisen am Instrument zu vermitteln oder aber auch um im Rahmen eines ganzheitlichen Förderprogramms mitzuarbeiten; jedoch steht dem andererseits die Arbeit mit therapeutischen, klientInnenbezogenen Prozessen gegenüber (vgl. ebd.).

SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen können innerhalb des Studiums, in einer Zusatzausbildung oder im Rahmen eines Aufbaustudiums eine musiktherapeutische Qualifikation erwerben. Dabei werden Arbeitsweisen und Hintergrundwissen der

Sozialpädagogik mit musiktherapeutischen Techniken und Fähigkeiten kombiniert und somit die berufliche Kompetenz erweitert (vgl. ebd.).

4.1.3 Funktionell orientierte Musiktherapie

Im Zentrum dieser Therapie steht die Wirkung der Musik beziehungsweise ihre Parameter wie Rhythmus, Klang, Melodie, Dynamik sowie des Instrumentariums, ohne dass explizit auf die therapeutische Beziehung eingegangen wird (vgl. ebd.).

Es steht nicht die Beziehungsarbeit im Mittelpunkt, sondern die „Funktion“ der Musik. Die funktionelle Musik wird in vielen Bereichen eingesetzt, wie beispielsweise im Supermarkt, der Arztpraxis, in der Telefonwarteschleife oder im Film. Daneben gibt es jedoch auch viele therapeutische Bereiche, in denen Musik unter anderem zur Unterstützung bestimmter Ziele eingesetzt wird (vgl. Frank-Bleckwedel 1996, S. 328):

- *„in der Krankengymnastik zur Unterstützung/Rhythmisierung von Übungen*
- *in Rhythmustherapien für PatientInnen mit Sprach- und Sprechstörungen*
- *in der heilpädagogischen Betreuung geistig Behinderter*
- *beim Umgang mit Schmerz (Schmerztherapie, Anästhesie)“* (Frank-Bleckwedel 1996, S. 328).

Allerdings ist hier hinzuzufügen, dass es Überschneidungen zu der ansonsten eigenständigen „Musik in der Medizin“- Bewegung gibt (vgl. ebd.).

Ein Teil davon kann sicherlich therapeutische Effekte haben, beispielsweise zur Entspannung oder zur Raucherentwöhnung, jedoch ist es für ernsthafte Krankheiten beziehungsweise Beeinträchtigungen mehr als kritisch einzuschätzen. Ernstzunehmende TherapeutInnen, die medizinisch oder psychotherapeutisch ausgebildet sind, haben von der Vorstellung einfacher Ursache-Wirkungsverhältnisse längst Abschied genommen. Des Weiteren ist zu beachten, dass Musik auf Menschen unterschiedlich wirken kann (vgl. ebd., S. 329).

4.2 Medizinische Musiktherapie und psychotherapeutische Musiktherapie

„Es gibt keine medizinische oder psychologische Erklärung wieso Musik kuriert, nur die Feststellung, dass sie es wie ein Wunder tut“ (Smeijsters 2009, S. 150).

Dies ist die Auffassung des sogenannten „magischen“ Paradigmas der Musiktherapie, so Smeijsters. Jedoch haben die musiktherapeutischen Methoden der Gegenwart sich genügend etabliert und die therapeutische Wirkung der Musik wird nicht mehr nur auf ein Wunder reduziert.

Heutzutage umfasst das Feld der Musik in der Medizin beispielsweise Situationen, in denen Musik zur Beeinflussung von physiologischen Reaktionen, der Immunfunktion und des Hormonhaushalts, im Sinne der Heilung, eingesetzt wird. Des Weiteren gehört die Beeinflussung der Stimmung dazu, beispielsweise während und nach medizinischen Eingriffen, die Beeinflussung des Schmerzes, Krankheitsverarbeitung und Hervorhebung der psychischen Ursachen einer organischen Krankheit (vgl. Maranto 1992, 1993a; Spintge/Droh 1992; Decker-Voigt/Escher 1994; zit.n. Smeijsters 2009, S. 151).

Maranto unterscheidet hier zwischen „Music (therapy) as medicine“, meint die Musik(therapie) als Heilmittel für den Körper und „Music (therapy) in medicine“ was bedeutet, dass die Musik(therapie) einen medizinischen Eingriff unterstützt. Zu betonen ist hier, dass von Therapie nur dann die Rede ist, wenn es eine therapeutische Beziehung gibt (vgl. Smeijsters 2009, S. 151).

Wenn nun von Musik(therapie) als Medizin gesprochen wird, unterscheiden sich die Auffassungen. Nach Spintge und Droh (1992) beispielsweise hat die Musik eine Wirkung auf die formatio reticularis, die hormonelle Regulation und auf die vegetativen Funktionen und Strukturen im Hirnstamm, dennoch ist es wichtig emotionale und kognitive Faktoren miteinzubeziehen (vgl. Smeijsters 2009, S. 151-152).

Auch wenn musikalischen Parametern wie Tempo, Tonhöhe, Dynamik und Klangfarbe universelle Wirkungen zugeschrieben werden, heißt es dass dennoch die Einstellung des/der Hörers/Hörerin zur Musik, die musikalische Biografie wie auch die Situation in erster Linie entscheidend sind. Deshalb ist es auch von enormer Bedeutung, dass MusiktherapeutInnen im Voraus die musikalischen Präferenzen und Erfahrungen der KlientInnen erfragen. Die Musikauswahl wird individuell bestimmt (vgl. ebd., S. 152).

Im Gegensatz zur medizinischen Musiktherapie ist die musiktherapeutische Musiktherapie durch die fortdauernde Bemühung gekennzeichnet, die Musiktherapie als Psychotherapie zu etablieren. Dies soll durch die Frage geschehen, wie sich die Musiktherapie zur offiziellen Psychotherapie verhält und welche Einteilung der Methodik gerecht wird (vgl. ebd.). MusiktherapeutInnen streben das professionelle Prestige der PsychotherapeutInnen an.

Schwabe ordnete beispielsweise die Musiktherapie der Psychotherapie zu, denn wie die Psychotherapie wird die Musiktherapie diagnosespezifisch angewendet. Laut Schwabe

unterscheidet sich die Musiktherapie dadurch, dass musikalisches Verhalten (Rezeption, Produktion oder Reproduktion) zum Einsatz kommt (vgl. Schwabe 1986, vgl. Smeijsters 2009, S. 152-153). Schwabe hat die Methoden der Psychotherapie nach dem trainingsbezogenen, suggestiven oder dynamischen Handlungsprinzip eingeteilt. Das trainingsbezogene Handlungsprinzip bedeutet, dass die Therapie Symptomauseinandersetzung oder Symptomumgehung bezweckt. Hier stehen Techniken wie die der Verhaltenstherapie, der Paradoxen Intention, Relaxationsmethoden und Aktivierungsmethoden im Vordergrund. Beim suggestiven Handlungsprinzip wird mit Hypnose gearbeitet. Im dynamischen Handlungsprinzip geht es um intra- und interpsychische Prozesse, dazu rechnet Schwabe beispielsweise Verfahren wie Psychodrama, Rollenspiel, Gruppengesprächstherapie und Einzelpsychotherapie (vgl. ebd., S. 153).

4.3 Überblick über die Arbeitsweisen

Im Folgenden werden einige Arbeitsweisen der Musiktherapie konkretisiert. Stichpunkte wie Einzel- und Gruppentherapie, Aktive und Rezeptive Musiktherapie werden hier erläutert und Verflechtungen aufgezeigt.

4.3.1 Einzel-/Gruppentherapie

Die Entscheidung, ob ein/eine Patient/Patientin eine Einzel- oder Gruppentherapie macht, hängt zum einen von dem Krankheitsbild des/der Patienten/Patientin, aber auch von den institutionellen Gegebenheiten und Möglichkeiten ab.

Die Einzeltherapie kann einen geschützten Rahmen für PatientInnen mit starken Beziehungsstörungen (z.B. Autismus) bieten. Nach Schwabe stehen die verbale wie auch die nonverbale Kommunikation, sowie die Beziehungsgestaltung von Therapeuten/Therapeutin und Patient/Patientin im Vordergrund (Schwabe 1996, vgl. DMTG 2003, S. 4).

Es wird in der Gruppentherapie vorausgesetzt, dass die PatientInnen ein gewisses Maß an Gruppenfähigkeit mitbringen. Die therapeutischen Schwerpunkte liegen in der Gruppentherapie besonders auf kommunikativen und sozialen Aspekten. Beispielsweise: Wie mache ich mich hörbar, wie erlebe ich mich und die anderen, wo sind meine Grenzen etc. (vgl. DMTG 2003, ebd.).

4.3.2 Aktive Musiktherapie

"Aktive Musiktherapie ist ein Sammelbegriff für alle Arten der Musiktherapie, bei denen der Patient selbst mit Instrument oder Stimme handelnd beteiligt ist"(Eschen 1996, S. 5).

Damit der/die Therapeut/Therapeutin in das musikalische Geschehen eingebunden und damit in besonderer Weise affektiv ist, spielt oder singt der/die Therapeut/Therapeutin mit (vgl. Eschen 1996, S. 5), jedoch bildet, sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting, die Form bei dem der/die Patient/Patientin selbst handelt, den Schwerpunkt bei den meisten Musiktherapierichtungen. Dies dient zum einen diagnostischen Zwecken (wie spielt der/die Patient/Patientin, welchen Bezug hat er/sie zum Instrument, etc.), zum anderen ist die Improvisation ebenso ein wichtiger Teil im therapeutischen Prozess. Im aktiven Tun können Gefühle auf nonverbaler Ebene vermittelt, für das Gegenüber wie auch für sich selbst hörbar gemacht werden (vgl. DMTG 2003, S. 4). Der/die Therapeut/Therapeutin versucht rational wie auch emotional zu verstehen und wahrzunehmen, was sich im musiktherapeutischen Prozess ereignet. Wenn nötig greift er/sie auch hilfreich-steuernd ein (vgl. Eschen 1996, S. 5).

Hauptsächlich wird mit der Improvisation, der sogenannten "produktiven" Musik gearbeitet. Dies kann in einem Kontinuum von ganz frei bis stark strukturiert eingesetzt werden (vgl. DMTG 2003, S. 4). Die Aufmerksamkeit kann bei einer Improvisation entweder stärker auf die Musik, ihre Form, ihr Material oder ähnliches gelenkt werden oder bei beispielsweise „assoziativen Improvisationen“ auf Tagtraum-Bilder und Einfälle, welche mit, in und unter dem Improvisieren kommen (vgl. Eschen 1996, S. 5).

In der aktiven Musiktherapie kann komponierte Musik, wie auch bereits bekannte Stücke und Lieder verwendet werden. Aber auch improvisierte Lieder, Stücke oder Spielmuster können einstudiert, auswendig gelernt oder aufgeschrieben sein und wiederholbar gemacht werden. Spielen nach grafischen Notationen und Bildern ist denkbar. Dabei handelt es sich um ein Grenzgebiet zwischen Improvisation und Komposition (vgl. ebd.). Es findet auf musikalischer Ebene ein Probehandeln statt, bei dem neue Verhaltensweisen und Gefühle im geschützten Rahmen erfahrbar werden. Die Instrumente können für bestimmte Personen, Situationen und Gefühle eine symbolische Bedeutung bekommen. Hier kann der/die Therapeut/Therapeutin durch das aktive Mitwirken den PatientInnen ein reales Gegenüber mit einer beispielsweise unterstützenden, stärkenden oder einer konfrontierenden provokativen Funktion bieten. Ebenso gewinnt er/sie Transparenz, da das eigene Gefühlserleben zum Ausdruck kommt (vgl. ebd., S. 5).

4.3.2.1 Instrumente in der Aktiven Musiktherapie

Es werden Instrumente verwendet, die

- „keine musikalischen Vorkenntnisse verlangen (z.B. Orff-Instrumentarium)
- leicht spielbar sind
- verschiedene Sinnesqualitäten ansprechen (taktil, optisch, akustisch)
- mit Vorerfahrungen besetzt sein können (z.B. Klavier, Flöten, Xylophon)
- oder bei außereuropäischen Instrumenten auch ganz neue Eindrücke/Assoziationen ermöglichen (z.B. Gong)“ (DMTG 2003, S. 4-5).

4.3.2.2 Reproduktion von Musik: Beispiel Gesang

Eine weitere Möglichkeit ist die Reproduktion von Musik. Dies bedeutet, dass bereits komponierte Musik einstudiert beziehungsweise nachgespielt wird. Ein gutes Beispiel hierfür ist das Singen von Liedern. Das Augenmerk liegt hierbei nicht auf dem musikalischen Endprodukt, sondern auf dem Erleben bei der Durchführung (vgl. ebd.).

Beispiel Gesang

Es wurden im Lauf der Musiktherapie-Geschichte zahlreiche Formen der aktiven Musiktherapie entwickelt. Eine weit verbreitete und erprobte Methode ist die „Gruppen-Singtherapie“ (vgl. Schwabe 1972, S. 147-170; zit.n. Eschen 1996, S. 5).

Lieder haben einen starken Erinnerungswert und sind daher hervorragend geeignet, um sich vergangene Gefühle oder Gedanken, die damals wichtig waren oder noch immer belasten, bewusst zu machen. Gemeinsames Singen kann hierbei zu einer wirksamen Gruppen-Kohäsion führen (vgl. Eschen 1996, S. 5).

4.3.2.3 Gesprächs- und Endphase

Nach dem aktiven Spielen oder Singen, folgt zumeist eine Gesprächs-Phase, in der PatientInnen und der/die Therapeut/Therapeutin sich über das Erlebte und Beobachtete austauschen beziehungsweise sagen, was ihnen dazu einfällt. Aus diesen Gesprächen ergibt sich oft das Thema für die weitere Bearbeitung durch die nächste Improvisation. Eine Schlussimprovisation oder ein Schlusslied, kann das Ende einer aktiven Musiktherapie Sitzung sein (vgl. Eschen 1996, S. 6).Vielen Entwicklungen in der Musiktherapie ist

gemeinsam, dass den PatientInnen verbale Aufarbeitung des deutlich gewordenen Konfliktmaterials zumindest angeboten wird (vgl. ebd.).

4.3.2.4 Grenzgebiete der Aktiven Musiktherapie

Die Aktive Musiktherapie wird oftmals mit anderen Methoden und Formen der Psychotherapie verbunden (vgl. Petersen 1994, S. 4f; zit.n. Eschen 1996, S. 6):

- Mit einer der 300 verschiedenen Schulen ausgebreiteten Psychotherapien und Gemeinschaftstherapien
- Poesie- und Schauspiel-Therapie wie auch Psychodrama
- Bewegungs-, Leib- und Tanztherapien (wie beispielsweise Eutonie, Heil-Eurhythmie, Rhythmik, Psychodynamik Movement (nach Priestley 1975), konzentrative Entspannungstherapie und konzentrative Bewegungstherapie
- Kunsttherapien wie beispielsweise Malen, Zeichnen, Plastizieren, Gestalten, Poetry-Therapy oder
- Integrative Kunsttherapien wie expressive Therapy (Ausdruckstherapie) (vgl. Eschen 1996, S. 6).

4.3.2.5 Resümee: Aktive Musiktherapie

Zusammenfassend ist zu erwähnen, dass die aktive Musiktherapie als die Moderne Musiktherapie gilt. Die aktive Tätigkeit der KlientInnen/PatientInnen bekommt erst nach dem zweiten Weltkrieg immer mehr Bedeutung (vgl. Neuhold 2007, zit.n. Hecher 2013, S. 25). Die KlientInnen/PatientInnen sind hier selbst mit Instrumenten oder der Stimme beteiligt (vgl. Brodbeck 2008, zit.n. Hecher 2013, S.25). Bedeutsam ist vor allem, dass keine musikalische Vorbildung der KlientInnen/PatientInnen notwendig ist. Die aktive Musiktherapie bedient sich grundsätzlich der freien Improvisation (vgl. ebd., zit.n. ebd., S. 26), bei der der/die Therapeut/Therapeutin versucht bei Bedarf steuernd einzugreifen (vgl. Hauk 2004, zit.n. Hecher 2013, S. 26). Durch die freie Improvisation kann auf jedes Individuum gezielt eingegangen werden und es kann an positiven Kräften angesetzt werden und diese verstärken (vgl. Neuhold 2007, zit.n. ebd.). Die Aktive Musiktherapie kann als Einzel- wie auch als Gruppentherapie stattfinden (vgl. Brodbeck 2008, zit.n. ebd.).

4.3.3 Rezeptive Musiktherapie

Die sogenannte Rezeptive Musiktherapie ist die älteste Form der Musiktherapie (vgl. DMTG 2003, S. 5). Es wird im Einzel- oder Gruppensetting den PatientInnen, nach einer Phase der Einstimmung, "live" oder aber auch über Tonträger, Musik vorgespielt, die körperlich und/oder psychisch auf die PatientInnen wirken kann. Durch die Musik können hier subjektiv bedeutsame Erinnerungen und Assoziationen wachgerufen werden. Inwieweit damit verbal weitergearbeitet wird, hängt von den Arbeitsweisen der TherapeutInnen sowie von der Zielsetzung der PatientInnen ab (vgl. ebd.).

Früher trug sie die Bezeichnung "passive Musiktherapie" (vgl. ebd.), der Begriff "rezeptiv" (recipere, lat. = aufnehmen) wurde von Schwabe 1967 eingeführt, um zu verdeutlichen, dass bei dieser Methode das aktive Hören der Musik und das Aufnehmen der Schwingungen im Zentrum stehen. Im Grunde genommen ist die rezeptive Musiktherapie die traditionell jahrhundertalte Form der Musiktherapie (vgl. Frank-Bleckwedel 1996, S. 326). Es gab schon in der Antike Untersuchungen über den Zusammenhang von musikalischen Parametern und physischen Veränderungen. Jedoch wurde Musik meist als eine Art Medikament verordnet. Vor allem in außereuropäischen Kulturen war Musik ein therapeutisches Mittel. Im 19. Jahrhundert fand eine spezifische Anwendung, u.a. bei psychischen Störungen im Zusammenhang mit der Theorie des Magnetismus bei hypnotischen Séancen, statt (vgl. ebd., S. 327).

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts verlor die rezeptive Musiktherapie gegenüber vielfältiger differenzierter Formen vor allem im europäischen Raum an Bedeutung. Lediglich um Christoph Schwabe gab es in der DDR (in den 1960er Jahren) ein Zentrum sowohl anwendungsbezogener als auch wissenschaftlich begleiteter Rezeptiver Einzel- und Gruppenmusiktherapie im klinischen Bereich (vgl. Schwabe 1986; zit.n. Frank-Bleckwedel 1996, S. 327).

Im angloamerikanischen Raum beschäftigt man sich wieder seit den 1980er Jahren mehr mit Rezeptiver Musiktherapie (vgl. Gembris 1993, zit.n. ebd.), vor allem in Zusammenhang mit Funktioneller Musiktherapie. Im europäischen Raum hingegen wurden eher spirituelle Richtungen von Klangtherapie wiederentdeckt (vgl. Frank-Bleckwedel 1996, S. 327).

Besonders mit der Erschließung „neuer“ Anwendungsfelder und dem Rückgriff auf „alte“ Traditionen ist die Rezeptive Musiktherapie wieder ein wichtiger Teil der Musiktherapie geworden. Dies geht allerdings nicht „zu Lasten“ der aktiven Musiktherapie, im Gegenteil

scheinen Theorie und Praxis einerseits differenzierter, aber auch vernetzter zu werden, was auch bedeutet dass beide Methoden in der Praxis nicht so einfach zu trennen sind (vgl. Hodenberg 1993, S. 317-327; zit.n. Frank-Bleckwedel 1996, S. 330). Dennoch ist es sicher auch weiterhin wertvoll, Methoden, Anwendungen und Theorien Aktiver und Rezeptiver Musiktherapie zu trennen (vgl. ebd.).

4.3.3.1 Anwendungsfelder der Rezeptiven Musiktherapie

Es gibt einige Praxisbereiche, in denen sich Rezeptive Musiktherapie besonders bewährt hat (vgl. Frank-Bleckwedel 1996, S. 329):

- Musiktherapie in der Inneren Medizin
- In der Sterbebegleitung: Schwerkranke und sterbende PatientInnen entspannen sich beim Hören von geeigneter Musik. Des Weiteren kann diese auch zur Auseinandersetzung mit Krankheit und Sterben dienen.
- In der Arbeit mit Frühgeborenen: Babys, die zu früh von der Mutter getrennt wurden und in einem Kasten liegen, entbehren nicht nur die Wärme und Umschließung im Mutterleib, sondern auch den mütterlichen Herzschlag, wie auch den Rhythmus ihrer Bewegungen und die Stimme. Den Klang der Stimme der Mutter und des Vaters, nutzt der/die Musiktherapeut/Musiktherapeutin als „Musik“ für das Kind, die den Hirnstrom in Gang hält und die physische Distanz zwischen Mutter und Kind, Vater und Kind psychisch-emotional überbrückt (vgl. Frank-Bleckwendel 1996, S. 329).
- Im geriatrischen Bereich bei Demenzsymptomen: Durch Anhören von Musik der älteren Leute, wie beispielsweise Volkslieder, alte Ohrwürmer und Schlager, versucht der/die Musiktherapeut/Musiktherapeutin einen Code zu finden, durch den tatsächlich in vielen Fällen das Gedächtnis, das Denken ganz oder wenigstens zum Teil wieder kommt (vgl. ebd., S. 330).

4.3.3.2 Formen der Rezeptiven Musiktherapie

Wie bereits erwähnt, besteht die klassische Form der Rezeptiven Musiktherapie darin, PatientInnen Musik zu Gehör zu bringen, um körperliche oder psychische Prozesse in Gang zu setzen, welche zur Heilung beziehungsweise Linderung von Krankheiten oder Beschwerden führen (vgl. Frank-Bleckwedel 1996, S. 327). Wichtig zu erwähnen ist, dass es nicht darum geht ein Instrument zu spielen oder Töne zu erzeugen, sondern darum,

Geräusche wie auch Töne in mediativer Form wahrzunehmen und diese für sich zu verarbeiten. Das Ziel dieser Form der Musiktherapie ist es, durch das Hören von bestimmter Musik, psychische Prozesse in Gang zu setzen (vgl. Hauk 2004, zit.n. Hecher 2013, S. 24). Dabei gibt es jedoch Unterschiede, beispielsweise im Bereich der Methoden oder im Setting (vgl. Frank-Bleckwedel 1996, S. 327). Diese Unterschiede, wie auch Verflechtungen und Überschneidungen der Methoden, sind im Folgenden anhand einiger Formen der Rezeptiven Musiktherapie, dargestellt.

4.3.3.2.1 Rezeptive Musiktherapie als Psychotherapie

Entscheidend ist hier die Triade: PatientIn - TherapeutIn – Musik. Die „Schrittfolge“ orientiert sich an der Befindlichkeit des/der Patienten/Patientin, an ihrem Widerstand, wie auch ihren Abwehrmechanismen. Beim Anhören von emotional positiver oder negativer Musik kommt die Erinnerungsarbeit in Gang. Dies sind Erinnerungen an bestimmte Gefühle, Situationen oder Zeiten. Die unterschiedlichen Gefühle werden in anschließenden Gesprächen „bearbeitet“. Es können damit Widerstände seelischer Art, Wünsche wie auch Sehnsüchte bewusst gemacht werden und „Verbindungen zum aktuellen Lebenskonzept“ aufgezeigt werden.

Die Anwendungsfelder reichen von neurotischen Störungen über psychosomatische Beschwerden bis zu „rein“ organischen Krankheiten, die entsprechend behandelt beziehungsweise begleitet werden müssen (vgl. Frank-Bleckwedel 1996, S. 327-328).

4.3.3.2.2 Guided Imagery and Music – Musikgeleitete Imagination

Diese Form der Musiktherapie wurde in den USA von Helen Bonny entwickelt. Die KlientInnen hören dabei, möglichst entspannt, einer Auswahl klassischer Musikstücke zu. Die Gefühle, die dabei entstehen, Bilder, Körperempfindungen, Erinnerungen und ähnliches, werden dem/der Therapeut/Therapeutin während des Zuhörens mitgeteilt. Dies Prozesse werden durch Fragen versucht zu stützen, weiterzuentwickeln und zu fokussieren, wobei Musik als projektives Medium fungiert (vgl. ebd., S. 328).

4.3.3.2.3 Rezeptive Musiktherapie als Klangtherapie

Mit „Klangtherapie“ wird vermehrt die spirituelle Richtung der Musiktherapie in Verbindung gebracht. Klangtherapie bedeutet einerseits, dass mit dem Einsatz spezieller Instrumente, wie beispielsweise Gongs, verschiedene Trommeln, Klangschalen oder einem Monochord

versucht wird, das Wissen und die Traditionen außereuropäischer, -westlicher Heilkunde nutzbar zu machen. Ebenso beziehen sie sich auf veränderte Wachbewusstseinszustände, wie beispielsweise Trance (vgl. ebd., S. 329).

4.3.3.2.4 Rezeptive musiktherapeutische Verbindungen: Einzel- und Gruppenmusiktherapie, im Sinne rezeptiver musiktherapeutischer Methoden

Als letzten hier vorgestellten Bereich der Rezeptiven Musiktherapie, stelle ich jene Form vor, in der es gerade um Verflechtungen unterschiedlicher Therapien geht. Hierzu gehört beispielsweise die Verbindung von Musik mit Katathymem Bilderleben, Malen nach Musik (in einzel- wie auch gruppentherapeutischen Situationen) oder aber auch die Tanztherapie (vgl. ebd., S. 328).

Wie schon oben kurz die Einzel- und Gruppenmusiktheorie erläutert, möchte ich mich bei der rezeptiven Einzel- und Gruppentherapie auf Schwabe beziehen, der Rezeptive Musiktherapie, im Sinne von rezeptiven Methoden, als einen Sammelbegriff für einzel- und gruppenmusiktherapeutische Methoden sieht (vgl. Schwabe 1996, S. 213).

Folgend werden ausgewählte Methodensysteme der Rezeptiven Einzel- und Gruppenmusiktherapie näher beleuchtet.

4.3.3.2.5. Dynamisch orientierte Rezeptive Gruppenmusiktherapie

Charakteristisch für diese Methode ist, dass die Rezeption nach speziellen therapeutischen Gesichtspunkten ausgewählter Musik, die durch den/die Therapeut/Therapeutin oder durch einzelne Gruppenmitglieder vorgenommen werden kann, Ausgangspunkt für verbale wie auch nonverbale Interaktionen innerhalb der Gruppe ist (vgl. Schwabe 1996, S. 213). Formell gesehen besteht eine Therapieeinheit aus etwa 30 Minuten Musikrezeption, anschließend ebenso 30 Minuten Gesprächsaktivität, wobei sich die Zeiten auch zugunsten des Gesprächsteils verschieben können (vgl. ebd.).

Beim Einsatz von Musik wird in der Regel nach dem Isoprinzip vorgegangen. Dies bedeutet, dass beim Einsatz der Musik von der aktuellen Befindlichkeit der Gruppenmitglieder ausgegangen wird (vgl. ebd.). Um die emotionale Aktivierung auszulösen, wird zumeist eine zweite Musik angestrebt. Sie soll die Einbildungskraft anregen und damit zur Verbalisierung des inneren Bilderlebens (nach Galinska 1974) führen (vgl. Schwabe 1996, S. 213).

4.3.3.2.6 Reaktive Gruppenmusiktherapie

Reaktive Gruppenmusiktherapie ist ein Verfahren, das mittels der Rezeption emotional stimulierender Musik, affektiv-dynamische Reaktionen erzielt. Die nonverbal angeregten emotionalen Aktivitäten können die Auseinandersetzung mit konflikthaften Erlebniszusammenhängen unterstützen und somit den Behandlungsvorgang beschleunigen. Als Voraussetzung der therapeutischen Wirkung gilt, dass die vor dem Einsatz ablaufende Gesprächspsychotherapie, in die Reaktive Gruppenmusiktherapie immer integriert ist. Dies bedeutet, dass immer von einem psychotherapeutischen Gespräch ausgegangen wird und somit auf ein zeitlich eng begrenztes Reaktionsziel gerichtet ist (vgl. Schwabe 1996, S. 213-214).

4.3.3.2.7 Rezeptive Einzelmusiktherapie

Bei der Rezeptiven Einzelmusiktherapie werden mit Hilfe aufzunehmender Musik, mit therapeutisch ausgerichteten Handlungsanweisungen, gezielte Erlebnis- und Verhaltensbeeinflussung angestrebt. Diese therapeutischen Wirkungen dürfen jedoch nicht verwechselt werden, beziehungsweise gleichgestellt werden mit suggestiv beabsichtigten Musikwirkungen beispielsweise im Zusammenhang mit operativen Eingriffen (vgl. ebd., S. 214).

4.3.3.2.8 Kommunikative Einzelmusiktherapie

Die Kommunikative Einzelmusiktherapie soll eine vertrauensvolle PsychotherapeutIn-PatientIn-Beziehung mittels des gemeinsamen Hörens von Musik aufbauen.

Kommunikative Einzelmusiktherapie wird weniger von MusiktherapeutInnen angewandt, als von ÄrztInnen oder psychologischen PsychotherapeutInnen und kann Bestandteil einer Gesprächspsychotherapie in der Dyade sein. Meist findet sie in der Anfangsphase des Therapieprozesses Anwendung (vgl. ebd.).

4.3.3.2.9 Reaktive Einzelmusiktherapie

Die Reaktive Einzelmusiktherapie ist die Mobilisierung und Auslösung, angestauter, unbewältigter affektiver Spannungen bei dem/der Patient/Patientin. Dadurch soll dem/der Patient/Patientin verholten werden zur schnelleren Neutralisierung unbewältigter Erlebnisinhalte. Des Weiteren soll Reaktive Einzelmusiktherapie verhelfen Voraussetzungen für weitere Entscheidungs- und Handlungsvollzüge zu schaffen.

Auch zu erwähnen ist, dass Reaktive Einzelmusiktherapie eingebettet ist in die psychotherapeutische Einzelgesprächsführung (vgl. ebd., S. 214-215).

4.3.3.2.10 Regulative Einzelmusiktherapie

Die Regulative Musiktherapie ist die in der psychotherapeutischen Praxis am weitesten verbreitete und bekannteste rezeptive Methode des Methodensystems.

Unter dem Einfluss rezipierender Musik kommt es zu einer stufenweise intensivierenden Selbstwahrnehmung des/der Patient/Patientin. Sie ist zielorientiert auf eine Differenzierung von akzeptierbaren und nicht zu akzeptierenden Wahrnehmungsinhalten. Dieses „Akzeptierende Wahrnehmen“ kann sich auf Gedanken, Gefühle und Stimmungen, auf Körperwahrnehmungen, wie auch auf die Wahrnehmung von Musik beziehen und zwar ohne konzentrierte Willensanstrengung (vgl. Schwabe 1996, S. 317).

Durch das Erleben von Gefühl – Reaktion – Symptom – Symptomumfeld, entsteht beziehungsweise eröffnet der/die Patient/Patientin, eine Erfahrungserweiterung im Sinne der beabsichtigten therapeutischen Selbstbeeinflussung (vgl. ebd., S. 318).

Sie bietet sich im Rahmen der Prävention wie auch Rehabilitation für psychisch besonders belastete und angespannte Personen, die motiviert sind die Verbesserung ihrer Befindlichkeit zu erreichen (vgl. ebd., S. 215).

4.3.3.2.11 Ungerichtete Rezeptive Einzelmusiktherapie

„Ungerichtet“ bedeutet unspezifisch, also mit einem relativ breiten Wirkungsspektrum versehen und für unterschiedliche PatientInnen-situationen auch unterschiedlich wirksam (vgl. ebd., S. 216).

Wesentlich bei der Ungerichtete Rezeptive Einzelmusiktherapie ist die therapeutisch ausgerichtete Motivierung der PatientInnen (vgl. ebd., S. 215):

- *„sich überlassen,*
- *sich besinnen auf persönliches, auf aktuelle Ereignisse des Therapietages,*
- *Erlebniserweiterung“* (Schwabe 1996, ebd.).

Die Musiksendungen werden, auf zeitlich begrenzte 20 bis 30 Minuten, in den PatientInnenzimmern übertragen. Dabei sind die PatientInnen in einer entspannten Haltung (meist liegend) (vgl. ebd.). Die Einzelmusiktherapie ermöglicht hier auch den PatientInnen, mit bestimmten Erlebniserweiterungen allein zu sein (vgl. ebd., S. 216).

Da es sich hierbei nicht um eine direkte interpersonelle Therapiesituation handelt, gibt es eine personelle Kontaktaufnahme der PatientInnen und TherapeutInnen außerhalb der konkreten musiktherapeutischen Situation (vgl. ebd.).

4.3.3.3 Resümee: Rezeptive Musiktherapie

Zusammenfassend ist zu erwähnen, dass rezeptive Musiktherapie sowohl im klinisch-therapeutischen Bereich wie auch in der Psychotherapie Anklang findet. Die Musik in der Rezeptiven Musiktherapie hat die Funktion Erinnerungen wachzurütteln und dadurch Blockaden zu lösen. Es gibt auch unterschiedliche Verflechtungen und Formen in Verbindung mit der rezeptiven Musiktherapie, beispielsweise das Bilderleben oder Malen nach Musik, wie auch der gezielte Einsatz in der Werbeindustrie, beispielsweise als Hintergrundmusik in Supermärkten. Wichtig ist es die Musik an die KlientInnen/PatientInnen anzupassen, wobei das Ziel ist, die emotionale Erlebnisfähigkeit zu entwickeln. Die Rezeptive Musiktherapie erweitert die auditive Wahrnehmungsfähigkeit (vgl. Hauk 2004; zit.n. Hecher 2013, S. 24-25).

Es erhöht sowohl die Selbstwahrnehmung als auch die Introspektion der KlientInnen/PatientInnen. Wichtig hinzuzufügen ist, dass die Wirkung von rezeptiver Musiktherapie abhängig ist von Biografie, Alter, Sozialstatus wie auch der Hörsituation (vgl. Brodbeck 2008; zit.n. Hecher 2013, S. 25).

5 Kindermusiktherapie

Ab dem folgenden Kapitel geht es um die musiktherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Es wird eine kurze systematische Übersicht über das Feld der Kindermusiktheorie gegeben.

5.1 Das Berufsbild der Kinder- und Jugendmusiktherapie

Um eine bessere Einsicht in die Kinder- und Jugendmusiktherapie zu bekommen, möchte ich vorerst kurz das Berufsbild der KindermusiktherapeutInnen genauer erläutern.

Die Kinder- und Jugendmusiktherapie entwickelte sich erst in den vergangenen 20 Jahren und gilt somit als modernste Form der Musiktherapie. Diese Form der Musiktherapie wird heute in unterschiedlichen Bereichen angeboten und durchgeführt, wie beispielsweise in Kliniken, Beratungsstellen, Schulen wie auch in sozialpädagogisch stationären Einrichtungen (vgl. Hecher 2013, S. 23).

In welcher Häufigkeit Musiktherapie für Kinder und Jugendliche angewendet wird, ist jedoch noch durch keine wissenschaftliche Studie belegt. Bei einer unveröffentlichten telefonischen Umfrage 2003, die von der Deutschen Gesellschaft für Musiktherapie durchgeführt wurde, ergab sich dass etwa ein Fünftel aller MusiktherapeutInnen mit Kindern und Jugendlichen arbeitet. Die Finanzierung erfolgt meist über Jugend- und Sozialämter sowie SelbstzahlerInnen (vgl. Plahl/Koch-Temming 2008, S. 51-52).

Es erhalten Kinder mit unterschiedlichen Entwicklungsproblemen, psychischen Erkrankungen wie auch Behinderungen ein vielfältiges musiktherapeutisches Angebot (vgl. Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie 1998, zit.n. ebd.).

Kindermusiktherapie wird also als psychotherapeutische oder als entwicklungsfördernde Therapieform eingesetzt. Dies erfolgt in medizinisch-klinischen oder rehabilitativen Institutionen, wie auch im Rahmen heil- und sonderpädagogischer Förderungen (vgl. Plahl/Koch-Temming 2008, S. 52).

Die Musiktherapie mit Kindern hat sich bisher in vielen Bereichen des öffentlichen Gesundheitswesens behaupten können. Die vorausgesagte Zunahme von Entwicklungsauffälligkeiten und Verhaltensstörungen bei Kindern wird nach Plahl und Koch-Temming zu einer verstärkten Nachfrage nach geeigneten therapeutischen Hilfen führen. Musiktherapie mit Kindern ist somit auf dem Weg sich neue Anwendungsfelder zu

erschließen, was wiederum zu einem erhöhten Bedarf an gut ausgebildeten MusiktherapeutInnen führen wird (vgl. Plahl/Koch-Temming 2008, S. 56).

Um aufzuzeigen, in welche vielfältigen institutionellen Kontexte Kindermusiktherapie eingebettet ist, möchte ich einen kurzen Einblick über die Praxisfelder der Kindermusiktherapie geben.

5.2 Praxisfelder der Kindermusiktherapie

Es etabliert sich zunehmend ein Angebot an freien Praxen. Im Allgemeinen kann Kindermusiktherapie stationär, halbstationär wie auch ambulant durchgeführt werden (vgl. Plahl/Koch-Temming 2008, S. 53).

Der folgende Punkt dieser Arbeit zeigt spezifisch auf in welchen Bereichen Kindermusiktherapie angeboten beziehungsweise angewendet wird.

5.2.1 Übersicht über Bereiche, Angebote und Institutionen

Der klinisch-therapeutische Bereich bietet Einzel-, Gruppentherapie und Projektarbeit an. Dies wird in Institutionen wie Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädiatrie, Sozialpädiatrie, Onkologie, Neurologie, Neonatologie, Innere Medizin, Kardiologie wie auch in der Psychosomatik angewendet.

Der rehabilitative Bereich wird angeboten in Einzel- und Gruppentherapie, in der Heilpädagogischen Förderung und in Projektarbeiten. Institutionen, welche dieses Angebot durchführen, sind beispielsweise Kurkliniken, Rehabilitationskliniken, psychiatrische Nachsorgeeinrichtungen für Kinder und Jugendliche, Sonder- und Integrationskindertagesstätten (Elementarbereich und Hort), stationär sozialpädagogische Einrichtungen für Kinder, Frühförderstellen, Tagesgruppen, Förderschulen und Integrationsschulen.

Der präventive Bereich wird im Unterricht, in Workshops wie auch in der Projektarbeit angeboten. Dies wird in Institutionen mit Beratungsstellen, in Schulen und Einrichtungen der Kinder- und Jugendkulturarbeit durchgeführt (vgl. ebd.).

5.2.2 Anforderungen an KindermusiktherapeutInnen

Vor Beginn der Ausbildung zum/zur Musiktherapeuten/Musiktherapeutin werden musikalische Fähigkeiten sowie die (psycho)therapeutische Eignung der BewerberInnen mittels einer Aufnahmeprüfung überprüft (vgl. Koch-Temming/Plahl 2008, S. 55).

Die musiktherapeutische Tätigkeit mit Kindern und Jugendlichen erfordert verschiedene Kompetenzen, welche durch fundierte theoretische Ausbildung, qualitativ hochwertige Praktika wie auch durch Jahre der Berufserfahrung erworben werden. Zwangsläufig werden bei der therapeutischen Arbeit mit Kindern die eigene Kindheit und das eigene kindliche Erleben wiederbelebt. Dieser Zugang, das kindliche Denken, Fühlen, Handeln in sich wieder zu finden ist ein notwendiger Prozess (vgl. ebd.).

Des Weiteren ist es für KindermusiktherapeutInnen wichtig auch schwierige Kinder zu mögen. In der Praxis wird dies hart auf die Probe gestellt. Der häufige Kontakt mit schwierigen und auffälligen Kindern kann die Sicht der TherapeutInnen verstellen, kindliches Verhalten angemessen zu bewerten und einzuschätzen. Für KindermusiktherapeutInnen ist es daher wichtig viel Kontakt zu altersgerecht entwickelten Kindern zu pflegen, auch um aktuelle Themen und Lebensvollzüge heute aufwachsender Kinder richtig einordnen und verstehen zu können. Auch die Zusammenarbeit mit den Eltern erfordert einen Perspektivwechsel. Die TherapeutInnen müssen sich auch in die Elternperspektive einfühlen können (vgl. ebd.).

KindermusiktherapeutInnen benötigen nicht nur fundiertes Wissen in Entwicklungspsychologie und der Psychopathologie, sondern auch musikpsychologische, pädagogische und soziologische Kenntnisse (vgl. ebd., S. 56).

Es müssen musikalische Kenntnisse zur Spieltechnik verschiedenster Instrumente, das Beherrschen musiktherapeutischer Improvisationstechniken, ein aktuelles Kinderliederrepertoire, Liedbegleitungskenntnisse, das Beherrschen musiktherapeutischer Improvisationstechniken sowie eine sichere Singstimme immer aufgefrischt werden. Die TherapeutInnen müssen in der Therapiesituation die musikalischen Angebote ganz auf das Kind und seine individuellen Fähigkeiten ausrichten (vgl. ebd.).

6 Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen in der Sozialpädagogik

Da, wie in den vorherigen Kapiteln beschrieben, es viele Methoden und Bereiche der Musiktherapie gibt, werde ich nun die Thematik einschränken und näher auf den Bereich eingehen, welchen ich auch im empirischen Teil dieser Arbeit behandle. Es geht um die musikalische Arbeit mit traumatisierten und/oder sozial- und verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen im sozialpädagogischen Arbeitsfeld. In diesem Teil der Arbeit wird also die Musiktherapie im sozialpädagogischen Bereich näher beleuchtet und ihre Anwendungsbereiche wie auch Auswirkungen erläutert.

6.1 Formen der Kindermusiktherapie in Bezug auf die Sozialpädagogik

Wie schon in den vorherigen Kapiteln genauer erläutert, gibt es diverse Formen der Musiktherapie. In diesem Teil der Arbeit werde ich ebenfalls auf die unterschiedlichen Formen der Musiktherapie eingehen, jedoch diese auf Kindermusiktherapie im sozialpädagogischen Bereich beschränken. Es wird in den folgenden Kapiteln aufgezeigt, dass sich musiktherapeutische Methoden sehr gut in sozialpädagogische Handlungskonzepte integrieren lassen, wobei es sich um musikalische, psychische wie auch soziale Lern- und Entwicklungsprozesse handelt.

6.1.1 Rezeptive Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen in der Sozialpädagogik

Musik ist von Geburt an Bestandteil der Menschen, denn unbewusst werden schon von Kleinkindalter an Geräusche und Töne wahrgenommen. Es entwickeln sich Vorlieben für bestimmte Rhythmen und Musikstile und schon früh identifizieren sich Kinder und Jugendliche mit einem eigenen Musikstil. Daher kann man die rezeptive Form der Musiktherapie gut für Kinder und Jugendliche einsetzen. Allein durch die richtige Musikwahl in unterschiedlichen sozialpädagogischen Einrichtungen, wie beispielsweise Jugendtreffs oder auch sozialpädagogisch stationären Einrichtungen, kann eine ruhige familiäre Stimmung erzeugt werden. Musik erzeugt unterschiedliche Emotionen, welche man durch den gezielten Einsatz von Musik sehr gut steuern kann. Somit kann Musik in der Sozialpädagogik, wie in der Werbung als eine Art Manipulationsmedium im positiven Sinn verwendet werden (vgl. Hecher 2003, S. 25).

6.1.2 Aktive Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen in der Sozialpädagogik

Wichtig in der aktiven Musiktherapie ist es, wie schon in vorherigen Kapiteln erwähnt, dass keine musikalischen Vorkenntnisse vorausgesetzt sind, weshalb man aktive Musiktherapie uneingeschränkt mit allen Kindern und Jugendlichen anwenden kann. Diese Form der Musiktherapie findet bei Kindern und Jugendlichen größeren Anklang als die rezeptive Form und man kann damit auf diverse Problemlagen eingehen.

Mit dem aktiven musiktherapeutischen Ansatz kann man beispielsweise Workshops in sozialpädagogischen Arbeitsfeldern anbieten. Diese Workshops haben den Vorteil, dass sie nicht nur therapeutische Auswirkungen haben, sondern auch einen hohen pädagogischen Wert erzielen. Das Spielen eines Instrumentes kann Aufschlüsse ermitteln, welche den TherapeutInnen hilfreich sein können und die KlientInnen können sich Formen von neuer Freizeitgestaltung schaffen (vgl. Hecher 2003, S. 26-27). Anbei ist es noch wichtig zu erwähnen, dass man die aktive und die rezeptive Form der Musiktherapie verknüpfen kann.

6.1.3 Präventive, Kurative und Rehabilitative Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen in der Sozialpädagogik

Um die Forschungsfrage dieser Arbeit zu beantworten ist das folgende Kapitel von enormer Bedeutung. Es geht um musiktherapeutische Prävention und wie diese in der Sozialpädagogik förderlich sein kann.

Für die Musiktherapie ist es eigentlich eher untypisch präventiv zu handeln, jedoch bedeutet dies nicht, dass Musiktherapie nicht präventiv anwendbar wäre. Im Gegenteil: Die folgenden musiktherapeutischen Methoden lassen sich mühelos in sozialpädagogische Handlungskonzepte integrieren (vgl. Hecher 2013, S. 40).

In den drei Ansätzen Präventive, Kurative und Rehabilitative Musiktherapie werden die primäre, sekundäre wie auch die tertiäre Prävention in sozialpädagogischen Settings erläutert. Prävention gewinnt in der Sozialpädagogik einen immer höheren Stellenwert. Diese kann in unterschiedlichen Bereichen und als diverse Bewältigungsstrategie für Kinder und Jugendliche angewendet werden.

Durch Musiktherapie in der Sozialpädagogik entwickeln die Kinder und Jugendlichen eine Sensibilisierung der Wahrnehmung und eine Differenzierung des Ausdrucksvermögens. Dies sind Kompetenzen, welche eine große sozialpädagogische Bedeutung haben und einen hohen präventiven Stellenwert besitzen (vgl. Kapteina 1991; zit.n. Hecher 2013, S. 41).

Speziell zur Förderung der Wahrnehmung sowie der Bewusstmachung von belastenden Beziehungsmustern und emotionalen Blockaden werden präventive Ansätze der Musiktherapie eingesetzt (vgl. Kraus 2002; zit.n. ebd.).

6.1.3.1 Präventive Musiktherapie in der Sozialpädagogik

Die sekundär-präventive Musiktherapie richtet sich an Risikopopulationen, welche beispielsweise vom Alter (zum Beispiel mit Pubertierenden), schwierigen Lebensereignissen (zum Beispiel ein Schuleintritt) oder schwierigen Lebensumständen (beispielsweise Arbeitslosigkeit) belastet sind (vgl. Decker-Voigt 2008; zit.n. Hecher 2013, S. 27).

Diese präventiven Maßnahmen haben unter anderem das Ziel den Gesundheitszustand der KlientInnen zu erhalten. Um dieses Ziel zu erreichen wird interdisziplinär gearbeitet (Soziologie, Psychologie, Pädagogik, Medizin, Politologie). Dabei wird versucht unterschiedliche Ebenen anzusprechen (vgl. Schmidt/Hurrelmann 2000; zit.n. Hecher 2013, S. 45)

Vor allem zielt die präventive Musiktherapie auf die Förderung des Selbstwertgefühls, wie auch die Förderung der Konzentrationsfähigkeit und der Kommunikationsfähigkeit. Sie lässt sich effektiv als sucht- und gewaltpräventives Angebot nutzen. Auch bedeutsam ist die Stabilisierung des bereits erreichten sozialen und emotionalen Könnens. Vor allem aber orientiert sich die präventive Musiktherapie an den Fähigkeiten der Kinder und Jugendlichen (vgl. Decker-Voigt 2008; zit.n. ebd., S. 27). Das gemeinsame Musizieren fördert die sozialen wie auch die emotionalen Fähigkeiten der Kinder und Jugendlichen (vgl. Hecher 2013, ebd.).

Die präventive Musiktherapie orientiert sich an drei Zielrichtungen:

- *„Gesundheitsförderung, d.h. die Unterstützung und Förderung stressreduzierter Verhaltensweisen und die Verbesserung der Möglichkeiten von Individuen und Gruppen, mit alltäglichen Belastungen umzugehen.*
- *Die Verhinderung von psychischen Störungen durch die Identifikation von spezifischen Risikofaktoren.*
- *Der Schutz oder die Erhaltung von Gesundheit durch die Verbesserung von Lebensbedingungen“* (Hecher 2013, S. 41).

Hier ist es von Bedeutung zu erwähnen, dass präventive Maßnahmen auf längerfristige Veränderungen des Erlebens und des Verhaltens angelegt sind (vgl. Schmidt/Hurrelmann 2000; zit.n. ebd., S. 45).

6.1.3.2 Kurative Musiktherapie in der Sozialpädagogik

Eine kurze Erläuterung der kurativen Musiktherapie ist, dass durch eine frühzeitige Erkennung, in Form von kurativer Interventionen, die vorhandene Situation beziehungsweise Störung klein gehalten und bestenfalls verbessert wird (vgl. Decker-Voigt 2008; zit.n. Hecher 2013, S. 28).

6.1.3.3 Rehabilitative Musiktherapie in der Sozialpädagogik

Die Erläuterung der Rehabilitativen Musiktherapie beziehungsweise tertiären Prävention ist wie folgt: Sie hat die Aufgabe ein konstruktives Umgehen mit einem gegebenen Zustand zu finden (vgl. Decker-Voigt 2008; zit.n. ebd.).

Langzeitstörungen oder Verschlechterungen von Situationen sollen verhindert werden. Guten Anklang findet die rehabilitative Musiktherapie mit suchtkranken Jugendlichen. Es geht dabei primär nicht darum den Drogenkonsum zu vermeiden, sondern die Situation nicht zu verschlechtern (vgl. Hecher 2013, S. 28).

6.1.3.4 Auswirkungen der Präventiven Musiktherapie. Eine Bewältigungsstrategie in der Sozialpädagogik

Im letzten Teil dieses Kapitels möchte ich resümierend darlegen, welche (Aus-)Wirkungen die beschriebenen musiktherapeutischen Methoden bei Kindern und Jugendlichen haben, und wie förderlich diese speziell im sozialpädagogischen Bereich sind.

Durch die (präventiven) musiktherapeutischen Methoden kann man für Kinder und Jugendliche einen neuen Raum der sozialen Integration schaffen. Basierend auf der Grundidee an den individuellen Ressourcen der Kinder und Jugendlichen anzuknüpfen, sie zu unterstützen und zu fördern und somit präventiv tätig zu sein. Es entstehen für die Kinder und Jugendlichen neue Milieus. Von enormer Bedeutung ist es den KlientInnen ihre eigenen Ressourcen und Stärken deutlich zu machen. Im Sinne des Empowerment Ansatzes geht es um die Unterstützung zur selbstständigen Arbeit sowie um das Vertrauen in eigene Stärken und Ideen. Es wird auf die Entwicklung des Selbstvertrauens geachtet und den KlientInnen auf längere Sicht die Kompetenz vermittelt sich selbst zu helfen. Da Musiktherapie auf Improvisation basiert, können die KlientInnen auf ihre jeweils individuellen Stärken zurückgreifen (vgl. Hecher 2013, S. 44).

Des Weiteren fördern musiktherapeutische Methoden die Möglichkeiten der Integration. Es zeigt sich, dass sich das Seelische der Kinder und Jugendlichen durch die Ausdrucksmöglichkeiten von Sprache und Musik anders arrangiert und somit die KlientInnen besser integriert werden können. Es ist hier wichtig zu erwähnen, dass mit Integration auch intrapsychische Prozesse gemeint sind. Innerhalb der Musik herrscht eine andere Ordnung: Was als nicht brauchbar gewertet wird, findet in der Musik vielleicht einen hohen Stellenwert, oder es wird eine andere Gewichtung geschaffen, was wiederum eine andere Wertung ermöglicht. Es können durch das (gemeinsame) Erleben von Musik beziehungsweise durch musikalische Aktivitäten sozialtherapeutische und präventive Aufgaben der Gesellschaft gelöst werden (vgl. Hecher 2013, S. 42).

7 Musiktherapie mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der Sozialpädagogik

Im stationären sozialpädagogischen Bereich, in welchem ich tätig bin, arbeite ich vorrangig mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Um näheren Einblick zu geben, wie Musiktherapie mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen angewendet wird beziehungsweise welche Methoden und Ansätze es gibt um nachhaltige Bewältigungsstrategien für die KlientInnen zu erreichen, beginnt dieses Kapitel mit einem Fallbeispiel von der Musiktherapeutin Sabine Mitzlaff, in welchem eine Verflechtung zum pädagogischen Arbeitsfeld aufgezeigt wird.

7.1 Fallbeispiel: Musiktherapie mit traumatisierten Kindern. Der kleine Kemal.

„Kemal stammt aus der Türkei, er war zu Beginn seiner Therapie sieben Jahre alt und wiederholte gerade die erste Grundschulklasse. Anlässlich einer Hospitation in seiner Klasse hatte ich den für sein Alter großen und dabei auffällig blassen Jungen als innerlich abwesend, wie in Trance, erlebt. In der musiktherapeutischen Erstbegegnung jedoch begann der Junge zu meiner Überraschung sofort, lebhaft auf dem Metallophon zu improvisieren. Ich wählte das Xylophon und spielte mit. Es ergab sich eine recht lange Improvisation mit vielen Glissandi. „alles verwischt und ineinander“ habe ich nach der Sitzung in meinen Aufzeichnungen notiert. Im Anschluss an diese Improvisation nahm Kemal die Tierfiguren und stellte ein entsetzliches Gemetzel dar. Dabei blieb völlig unklar, wer eigentlich wen angreift und warum. Am Ende war alles Leben ausgelöscht, es gab auch keinen überlebenden Angreifer mehr. Kemal kümmerte sich nicht mehr um die Tierfiguren und zeichnete den Kopf und den Oberkörper eines Jungen. Er malte die Zeichnung mit einem roten Buntstift aus und sagt dazu: „Blut“. Auf meine Frage, woher das Blut denn komme, antwortete er ebenfalls nur mit einem Wort: „Kampfhund“ (Mitzlaff 2008, zit.n. Plahl/Temming 2008, S. 276).

Anlass zur musiktherapeutischen Arbeit mit Kemal, war ein Unglücksfall an seiner Schule. Es wurde ein sechsjähriger Vorschüler beim Spielen auf dem Schulhof von zwei Kampfhunden getötet. Mitzlaff hatte den Auftrag SchülerInnen musiktherapeutisch zu behandeln, welche durch diesen Vorfall traumatisiert worden waren. Die tödliche Kampfhundattacke löste unter den SchülerInnen Massenpanik aus und es litten nicht nur SchülerInnen an Ängsten, sondern auch zahlreiche Eltern und LehrerInnen standen stark unter dem Eindruck des schrecklichen Vorfalls (vgl. ebd., S. 276-277).

7.1.1 Zusammenarbeit mit der Sozialarbeiterin und den LehrerInnen

Eine enge Zusammenarbeit mit der Sozialarbeiterin der Schule und den LehrerInnen war unverzichtbar für die Musiktherapeutin. Manche LehrerInnen standen dem Therapieangebot zunächst ablehnend gegenüber und manche LehrerInnen begrüßten die Musiktherapie als Entlastungsangebot. Die Musiktherapeutin erstellte zunächst ein Informationsblatt, in dem das musiktherapeutische Angebot vorgestellt wurde und mögliche Auffälligkeiten der Kinder aufgelistet wurden, wie beispielsweise Angst, Unruhe, sozialer Rückzug oder aggressives Verhalten. Wichtig war es auch den LehrerInnen in Gesprächen ein Verständnis dafür zu vermitteln, dass therapeutische Prozesse Zeit brauchen. Es zeigte sich in diesen Gesprächen der dringende Bedarf der LehrerInnen beraten zu werden wie sie mit den schwierigen Kindern in ihrer Klasse umgehen sollten. Jedoch konnte die Musiktherapeutin dies nur zu einem geringen Teil abdecken, vor allem weil diese Aufgabe nicht in ihrem Arbeitsauftrag enthalten und keine Zeit dafür vorgesehen war (vgl. ebd., S. 277-278).

7.1.2 Zusammenarbeit mit den Eltern

In der Zusammenarbeit mit den Eltern schrieb die Musiktherapeutin einen Brief, in dem sie um eine schriftliche Einverständniserklärung zur Aufnahme der Therapie bat, wie auch zu einem ersten Elterngespräch einlud. In vielen Fällen, so berichtete die Musiktherapeutin, war es nicht leicht, die Eltern zur Mitarbeit zu gewinnen oder ein Erstgespräch durchzuführen, auch weil viele Eltern aus der Türkei stammten und kaum Deutsch sprachen. Daher musste die Musiktherapeutin viele Abstriche von den bisherigen Vorstellungen von begleitender Elternarbeit machen, sowohl was die Qualität als auch die Frequenz der Gespräche anging. So kam es beispielsweise nie zu einem Gespräch mit den Eltern von Kemal, trotz mehrfacher schriftlicher und telefonischer Einladung. Die Mutter nahm einen vereinbarten Gesprächstermin nicht wahr, wobei die jüngere Schwester ersatzweise kam, weshalb die Musiktherapeutin doch noch ein wenig über die Lebensgeschichte und den familiären Hintergrund erfahren konnte. Die Tante berichtete, dass die Mutter mit ihren fünf Kindern überfordert ist und der Vater selten zuhause sei. Da Kemal rheumakrank sei, habe sich die Mutter bis zur Geburt der fünf Jahre jüngeren Schwester besonders um ihn gekümmert. Aufgrund seiner Erkrankung waren viele Krankenhausaufenthalte nötig. Nach der Kampfhundattacke auf dem Schulhof war Kemal außerordentlich verstört (vgl. ebd., S. 278).

7.1.3 Setting und therapeutisches Konzept

Die Therapieeinheiten fanden einmal pro Woche statt, waren dem Schulrhythmus von 45 Minuten angeglichen und fanden meist im Spielzimmer oder im Bewegungsraum des Schulgebäudes statt. Für die Therapien standen Musikinstrumente der Schule zur Verfügung, als Ergänzung hatte sich die Therapeutin noch ein Spielfigurenset (Tier- und Menschenfiguren), Malutensilien, ein Liederbuch wie auch ein Märchenbuch angeschafft.

Es zeigte sich sehr schnell, dass das musiktherapeutische Angebot, aufgrund der geringen Deutschkenntnisse der Kinder, besonders geeignet war. Für die Kinder war es entlastend, da sie nicht immer in einer für sie fremde Sprache sprechen mussten. Des Weiteren bot das Medium Musik auch die Möglichkeit der Inszenierung und konnte auch zur symbolischen Darstellung von traumatischem Material genutzt werden.

Vorerst lud die Musiktherapeutin alle vorgeschlagenen Kinder zu einer Probesitzung ein, in der sie die Kinder aufforderte zu einem freien Spiel mit den Musikinstrumenten, den Spielfiguren oder zu freiem Zeichnen. Anhand dieser Interaktionen versuchte die Musiktherapeutin festzustellen, ob auf den Kampfhundvorfall verweisendes Material auftauchte. Sie konnte allerdings nur jene Kinder in die Therapie aufnehmen, deren Schwierigkeiten und Auffälligkeiten eine deutliche Kausalität mit der Kampfhundattacke aufwiesen (vgl. Mitzlaff 2008, S. 279).

Das therapeutische Konzept der Musiktherapeutin basiert auf dem Therapieverständnis der psychoanalytischen Musiktherapie von Susanne Metzner(2001). Dabei nimmt die freie musikalische Improvisation den Platz der freien Assoziation in der klassischen Psychoanalyse ein. Mitzlaff bezieht sich, in ihrer musiktherapeutischen Arbeit mit Kindern, auf die psychoanalytische Spieltechnik von Klein (1955).

Mitzlaff versucht alle während der Sitzungen entstandenen Äußerungen der Kinder wie auch sämtliche Interaktionen nach dem Prinzip des „szenischen Verstehens“, nach Lorenzer (1970), vor dem Hintergrund des Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens zu erfassen. Die so gewonnenen Erkenntnisse fließen in den therapeutischen Prozess ein, jedoch formuliert Mitzlaff die therapeutischen Prozesse auch sprachlich, um diese dem Kind beziehungsweise der Gruppe zu einem geeigneten Zeitpunkt mitzuteilen (vgl. Mitzlaff 2008, ebd.).

Hierbei ist es mir wichtig zu erwähnen, dass dieses Therapiekonzept nach der Überzeugung von Mitzlaff, auch in der Arbeit mittraumatisierten Kindern angewendet werden kann, und somit für ein Musikprojekt mit traumatisierten Kindern im sozialpädagogisch stationären Bereich sehr gut geeignet ist.

Die Musiktherapeutin gibt auch in der Behandlung von traumatisierter Kinder keine Themen vor, leitet also nicht eine Auseinandersetzung mit der traumatischen Erfahrung ein, sondern greift das spontan auftauchende Material auf. Auch wenn aufgrund dieser Weise manchmal Ungeduld und Zweifel aufkamen, wenn das Thema Kampfhundvorfall lange ausgespart blieb, stellte sich am Ende allerdings immer heraus, dass der Vorfall doch noch zum für sie richtigen Zeitpunkt von den Kindern selbst thematisiert worden war (vgl. ebd.).

Bei Re-Inszenierungen der traumatischen Erfahrungen in musikalischen Szenen wie auch in Spielszenen versuchte die Musiktherapeutin, durch entsprechende Interventionen wie beispielsweise den Abbruch des Spiels, zu verhindern dass sie einen retraumatisierenden Charakter annahmen (vgl. ebd., S. 280).

7.1.4 Der Traumabegriff und die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung

Die diagnostische Einheit Posttraumatische Belastungsstörung entspricht in etwa der Diagnose Post-Traumatic-Stress-Disorder, die nach Remschmidt, Schmidt und Poustka (2001) im Jahre 1980 erstmals in das nordamerikanische DSM aufgenommen wurde (vgl. Mitzlaff 2008, S. 280).

Sich aufdrängende Gedanken und Erinnerungen, Vermeidungsverhalten und Übererregungssymptome, die innerhalb von sechs Monaten nach einem außergewöhnlich belastenden Ereignis auftreten, sind Kriterien für das Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Posttraumatische Belastungsstörungen gehören heute zu den häufigsten diagnostizierten psychischen Störungen. Mitzlaff hält hier fest, dass nach Riedesser (1998) es für Kinder, je nach Entwicklungsstand, besonders schwierig sein kann, ein potenziell traumatisierendes Ereignis zu verkraften, speziell wenn sie nur mangelhafte Unterstützung im familiären Umfeld erhalten (vgl. Mitzlaff 2008, S. 280).

Des Weiteren hält Mitzlaff fest, dass Freud Traumatische Erfahrungen als Ursache psychischer Störungen, schon vor mehr als einhundert Jahren diskutiert hat, der diese Auffassung jedoch um ein Konfliktmodell ergänzte, nachdem er die Bedeutung von Phantasien als «psychischer Realität» entdeckt hatte, so Bohleber (vgl. Bohleber 2000, zit.n. Mitzlaff 2008, S. 280).

Fischer und Riedesser (1998) bezeichnen die traumatische Erfahrung als „vitales Diskrepanzerlebnis“ zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, welches mit Gefühlen von Hilflosigkeit wie auch schutzloser Preisgabe einhergeht. Somit bewirkt dies eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis (vgl. Fischer/Riedesser 1998, zit.n. ebd.).

Mitzlaff hält fest, dass bei psychischen Traumatisierungen zwischen der Traumatisierung durch ein einzelnes traumatisches Ereignis (dem Schocktrauma) wie auch der Traumatisierung durch sich länger hinziehende traumatische Umstände unterschieden werden kann. Bei einer länger andauernden traumatischen Situation handelt es sich häufig um ein komplexes Beziehungstrauma wie beispielsweise im Falle eines fortgesetzten sexuellen Missbrauchs.

Kinder die schon sehr früh dauerhaft traumatischen Beziehungserfahrungen ausgesetzt sind, können auch schon eine Abfolge von für sich betrachtet eher harmlos erscheinenden Ereignissen zu einer schweren Störung führen (das sogenannte kumulative Trauma).

„Als paradigmatisch für ein Extremtrauma gilt die Erfahrung der Überlebenden von Vernichtungslagern“, so Grubrich-Simitis. (Grubrich-Simitis 1979, zit.n. Mitzlaff 2008, S. 280).

Nach dem Kampfhundvorfall zeigte Kemal Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung wie beispielsweise sich aufdrängende Erinnerungen, Schreckhaftigkeit, Konzentrationsstörungen und sozialen Rückzug.

Die Erfahrung der Kampfhundattacke ist ein typisches Beispiel für ein Ereignisbedingtes Schocktrauma. Die Musiktherapeutin stellt weiters fest, dass Kemals Reaktion auf dieses traumatische Ereignis, vor dem Hintergrund einer schon zuvor körperlichen Erkrankung und die plötzliche Abwendung der Mutter (nach der Geburt der kleinen Schwester), beeinträchtigten Entwicklung verstanden werden kann.

Durch die Krankheit, die Abwendung und der Neigung der Mutter zu depressiven Verstimmungen, ist die Verarbeitung des Schocktraumas durch bereits bestehende frühkindliche Traumata erschwert (vgl. Mitzlaff 2008, S. 281).

7.1.5 Der Therapieverlauf bei der Arbeit mit Kemal

1) Der Beginn der musiktherapeutischen Arbeit mit Kemal:

Die ersten Sitzungen begannen mit einer musikalischen Improvisation. Dabei spielte Kemal hauptsächlich Glissandi auf dem Metallophon. Er wirkte dabei oft entrückt und es entstand eine Art Dauerklang, welcher mit einem Gefühl der Zeitlosigkeit verbunden war. In den Notizen der Musiktherapeutin finden sich dazu folgende Assoziationen: „*Glissandi, die schwindlig machen. Es darf nicht abreißen. Ich muss immer etwas spielen*“ (Mitzlaff 2008, S.281). Im Anschluss an diesen musikalischen Teil kam es zu Spielszenen, welche den Themenkomplex Tod und Zerstörung umkreisten.

In der zweiten Sitzung zeichnete Kemal einen Vulkan, über dem Köpfe schweben. Kemals Kommentar dazu war: „Die werden gegrillt“.

Die Musiktherapeutin hält fest, dass die Zeichnung in verdichteter Form sowohl auf Kemals brodelnden inneren Zustand verweist, als auch in einer Anspielung auf den Namen des getöteten Jungen (Volkan) auf das Kampfhundtrauma. Besonders auffällig erscheint Mitzlaff die Zweiteilung der Sitzungen. Kemal versuchte jeweils zu Beginn der Sitzungen, durch die Musik einen symbiotischen Kontakt zur Therapeutin herzustellen. Somit war es ihm im zweiten Teil der Sitzung möglich, traumatisches Material in Spielszenen oder mittels Zeichnungen zur Darstellung zu bringen. Als einmal keine Musikinstrumente zur Verfügung standen, zeigte sich Kemal völlig blockiert (vgl. ebd., S. 281).

2) Der weitere Verlauf der musiktherapeutischen Arbeit:

Kemal lehnte in der 12. und 13. Sitzung jegliche musikalische Improvisation plötzlich vehement ab und verlangte stattdessen von der Musiktherapeutin, ihm ein Märchen vorzulesen (bevorzugt: „Hänsel und Gretel“). In der 14. Sitzung spielte die Therapeutin zunächst Autoquartett mit ihm, dann las sie „Der Wolf und die sieben Geißlein“ vor. Überraschend wollte Kemal am Ende der Stunde doch noch musikalisch improvisieren und wählte ein neues Instrument, nämlich die Tenorblockflöte.

In der Ablehnung der musikalischen Improvisation zeigte sich ein progressiver Entwicklungsschritt von einem eher verschmelzenden Kontakt zu mehr Autonomie, so Mitzlaff. Des Weiteren war auffällig, dass keine kontinuierliche Entwicklung, sondern ein plötzlicher Bruch stattfand. Beide, von Kemal ausgewählten Märchen, verbinden das Motiv des Verlassen- beziehungsweise Ausgesetztwerdens mit dem Thema des Gefressenwerdens (vgl. ebd., S. 282).

Man kann erkennen, so hält die Musiktherapeutin fest, dass diese Verbindung veranschaulicht, wie der Bruch in der Mutter-Kind-Beziehung und die Kampfhundattacke sich in Kemals Vorstellung zu einer Verfolgungsphantasie verdichtet haben. Die Möglichkeit, sich ein glückliches Ende, wie im Märchen, vorzustellen, ist ein neues Element. Vergleichbare Spielszenen hatten bisher immer mit dem Tod aller Beteiligten geendet. Kemal drückt seinen Wunsch nach mehr Autonomie und Differenz aus, indem er das Autoquartett („Wegfahren“) wählt und beim Spielen mit den Instrumenten die Tenorblockflöte (Betonung klanglicher Unterscheidbarkeit sowie des Geschlechtsunterschieds).

In der 17. Sitzung hörte Kemal während einer musikalischen Improvisation plötzlich auf zu spielen. Die Musiktherapeutin spielte allein weiter und fühlte sich dabei verlassen. Seinen Vater erwähnte Kemal erst in der 19. Sitzung. Dabei war es auffällig, dass er hier auch den ersten grammatikalisch korrekten und vollständigen Satz sprach. „Mein Vater kauft mir eine Gitarre“. In dieser 19. Sitzung spielten wir zu Beginn und zum Schluss eine gemeinsame musikalische Improvisation. In den weiteren Sitzungen improvisierte Kemal bevorzugt auf der Gitarre.

Es konnte nun auch innerhalb des musikalischen Mediums ein traumatisches Erlebnis inszeniert werden. Nämlich der Beziehungsabbruch durch die Mutter. Dieser Beziehungsabbruch war zuvor nicht in der musikalischen Interaktion aufgetaucht. Nun hatte Kemal in der musikalischen Szene in einer Rollenumkehr die aktive Rolle eingenommen. Es wurde durch das neue Arrangement der Musikinstrumente die Möglichkeit unterstützt, auch innerhalb der Musik, die von Kemal angestrebte stärkere Abgrenzung zu erreichen.

Mit dem Satz „Mein Vater kauft mir eine Gitarre“ und durch das Gitarrenspiel in der musikalischen Improvisation, bezieht sich Kemal auf die Möglichkeit, die Fixierung auf eine symbiotische Beziehung zu überwinden, so Mitzlaff. Die Beibehaltung des Mediums Musik, und der regelmäßige Kontakt zur Therapeutin gewährleistete Kontinuität, so dass die Veränderung der Beziehungsform hier nicht als Brucherscheint (vgl. ebd.).

3) Die Abschluss-Sitzung und weitere Entwicklung:

Zum Zeitpunkt der Abschlusssitzung stand bereits fest, dass das Musiktherapieprojekt um ein zweites Jahr verlängert werden würde. Mitzlaff hatte Kemal für die Zeit nach den Sommerferien einen Platz in einer Jungengruppe angeboten, und er hatte begeistert zugestimmt. Die letzte Einzeltherapiestunden fand nicht im Spielzimmer, sondern im wesentlich größeren Bewegungsraum statt. Die Musiktherapeutin und Kemal bauten für ihre musikalische Improvisation zwei getrennte Instrumenten-Inseln im Raum auf. Kemal errichtete ein großes Haus aus Sitzkissen, setzte sich hinein und schnarchte laut. Anschließend phantasierte er, dass er mit seinem Vater kämpfen würde und ihn zu besiegen. Gegen Ende der Sitzung fand Kemal eine CD und kündigte an, sie selbst und allein zum Hausmeister bringen zu wollen (vgl. Mitzlaff 2008, S. 283).

Diese Sitzung war zugleich Abschluss wie auch Übergang. Das Thema des Kampfhundvorfalls tauchte nicht mehr auf, jedoch kreisten Kemals Phantasien um grandiose Männlichkeit wie auch ödipale Rivalität. Kemals Abgrenzungsbedürfnis und sein Autonomiestreben, zeigten sich unter anderem in seinem Wunsch, die gefundene CD selbstständig zum Hausmeister zu bringen. Die Themen, die nun am Ende der Einzeltherapie auftauchten, konnten in der Gruppentherapie weiter bearbeitet werden, indem Kemal, nach anfänglich heftiger Eifersucht, mit der Zeit immer mehr Nähe, wie auch Körperkontakt, zum männlichen Co-Therapeuten der Gruppe suchte und ihn intensiv als Identifikationsobjekt nutzte. Kemal spielte eine konstruktive Rolle im Gruppenprozess. Nach destruktiven Vorfällen in der Gruppe, kamen jedoch mehrfach Vorschläge von Kemal, wie der Schaden wieder gutgemacht werden könnte (vgl. ebd.).

7.1.6 Zusammenfassung des Fallbeispiels: Der kleine Kemal.

Es wurde in den Musiktherapieeinheiten mit Kemal nicht nur das aktuelle Schocktrauma des Kampfhundvorfalls bearbeitet, sondern auch das Erlebnis der plötzlichen Abwendung der Mutter, welches als Teilaspekt eines komplexen Beziehungstraumas zu verstehen ist. Besonders bemerkenswert erscheint der Musiktherapeutin hier die sich wandelnde Rolle der Musik im therapeutischen Prozess zu sein. In den ersten Therapiesitzungen wurden, anhand

von Spielszenen und Zeichnungen, Aspekte des Kampfhundtraumas dargestellt, in der Musik allerdings ausgespart.

Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Musik hier ausschließlich zur Abwehr eingesetzt wurde, so die Therapeutin. Es fand in der Musik eine Regression auf frühe Beziehungsformen statt, die einerseits als Reaktion auf das aktuelle Trauma verständlich war, andererseits aber als sichernde Basis die Darstellung von Aspekten des Traumas in anderen Medien erst ermöglichte (vgl. ebd., S. 283).

Nachdem das aktuelle Trauma zum Ausdruck gebracht werden konnte, kam ein progressiver Entwicklungsprozess in Gang, in dessen Verlauf die Musik zum Medium der Bearbeitung des komplexen Beziehungstraumas werden konnte, so Mitzlaff.

Das Schocktrauma des Kampfhundvorfalls scheint Kemals ohnehin verlangsamten und erschwerten Entwicklungsprozess noch zusätzlich blockiert zu haben. Es konnten durch die Therapie sowohl das aktuelle Trauma wie auch das Beziehungstrauma soweit bearbeitet werden, dass der Entwicklungsprozess in Fluss kam. Kemal begann sich aus seiner regressiven Fixierung auf symbiotisches Einheitserleben zu lösen (vgl. ebd., S. 283-284).

Durch die Therapie geschah eine vollzogene Wendung ins Aktive und eine damit verbundene Auseinandersetzung mit eigenen aggressiven Impulsen. Dadurch gelang eine Überwindung der Position eines „verfolgten Opfers“ und Kemal war somit in die Lage versetzt, eine konstruktive Rolle in einem Gruppenprozess zu übernehmen.

Mitzlaff hält resümierend fest, dass die musiktherapeutische Arbeit mit Kemal als Beispiel dafür dienen kann, dass ein Therapieangebot an Schulen, unter Umständen sogar ohne begleitende Elternarbeit, sinnvoll sein kann.

Die Schwierigkeiten, die sich aus der Spannung zwischen pädagogischem Rahmen und psychotherapeutischem Arbeitsansatz ergeben wie beispielsweise die unterschiedlichen Zielvorstellungen und der Umgang mit der Schweigepflicht sind lösbar, wenn die Zusammenarbeit zwischen den TherapeutInnen und der Schule durch beiderseitigen Respekt wie auch klaren Absprachen geprägt wird.

Es können, durch die Musiktherapie an Schulen, Kinder erreicht werden, die sonst keine Chancen auf eine psychotherapeutische Behandlung hätten.

Es wurde von allen Kindern, mit denen Mitzlaff im Rahmen des Schulprojekts zusammengearbeitet hat, das Musiktherapieangebot sehr gut aufgenommen.

Des Weiteren kam es immer wieder vor, dass sich völlig unbekannte SchülerInnen auf dem Schulhof an die Musiktherapeutin klammerten und darum baten, auch zur Musiktherapie kommen zu dürfen.

Musiktherapie kann jedoch nicht nur nach schrecklichen Unglücksfällen hilfreich sein, auch im Alltag könnten viele auffällige und bedürftige Kinder von einer Musiktherapie profitieren, so Mitzlaff (vgl. ebd. 284).

7.2 Musik und Trauma

Wie im Fallbeispiel „Der kleine Kemal“ aufgezeigt, zeigen sich Schnittfelder und Grenzen zwischen der Pädagogik und der Musiktherapie. Auch der Traumabegriff und die Diagnose wurden in dem Fallbeispiel „Der kleine Kemal“ bereits näher erläutert. Vor allem zeigt sich hier, dass die Bearbeitung von Traumata mit Kindern und Jugendlichen besondere Kompetenzen erfordert.

Die Meinungen ob Musik in der Arbeit mit traumatisierten Menschen geeignet ist gehen auseinander. Es gibt Kritik wie beispielsweise dass Musik nicht geeignet ist, da sie zu sehr gefühlsaktivierend beziehungsweise re-traumatisierend wirkt, aber auch Musik ideal ist, da sie ressourcenaktivierend und sinngebend ist.

In den letzten Jahren wurde dies nun zunehmend erforscht und es zeigen neurologische wie auch neurobiologische Erkenntnisse, dass für traumatisierte Kinder und Jugendliche spezielle therapeutische Zugänge notwendig sind.

Um mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen, auch im sozialpädagogisch stationären Bereich professionell mit dem Medium Musik zu arbeiten, empfinde ich es als besonders wichtig das Thema Trauma und Musik, genauer zu beleuchten und aufzuzeigen, unter welchen Umständen Musik eingesetzt werden kann und mögliche Grenzen des Einsatzes zu erforschen.

7.2.1 Grundlagen der Psychotraumatologie

In diesem Teil der Arbeit möchte ich vor allem auf einen Fachvortrag von Hanns-Günther Wolf eingehen.

Ziel dieser Tagung war es differenzierte Antworten zu geben, unter welchen Umständen Musik heilsam eingesetzt werden kann, aber auch wann musiktherapeutische Methoden für Traumatherapie wenig geeignet sind (vgl. Wolf 2007, S. 7).

Um mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen professionell arbeiten zu können sind Grundlagen der Psychotraumatologie von enormer Bedeutung. Daher sollen folgende vier Fragen Berücksichtigung finden:

1. *„Was ist ein Psychotrauma?“*
2. *Welche Traumafolgestörung gibt es und wie sind deren Heilungsprognosen?*
3. *Was ist Traumatherapie?*
4. *Welche Bedeutung hat die Musik(-therapie) im Rahmen der Traumatherapie?“* (Wolf 2007, S. 11).

7.2.1.1 Was ist ein Psychotrauma?

Ein Psychotrauma ist eine subjektive, typische biologische-neurologische Notfallreaktion auf Exposition mit einem extremen traumatischen Ereignis. Demnach ist das traumatisierende Ereignis von Bedeutung. So setzt auch die Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung zwingend ein diese Erkrankung auslösendes Ereignis voraus. Das subjektive Erleben des betroffenen Menschen muss jedoch von solcher Qualität sein, dass eine genetisch-biologische vorgegebene „Notfallreaktion“ ausgelöst wird (vgl. Wolf 2007, S. 11).

Dies nennt man traumatische Zange und besteht aus drei Faktoren:

- *„Das Leben oder die körperliche Unversehrtheit (von sich selber aber auch von Anderen) sind akut bedroht und*
- *das soziale Netz wird ausgeschaltet, das dem Menschen gewöhnlich das Gefühl der Kontrolle und der Zugehörigkeit zu einem Beziehungssystem gibt und*
- *Im Rahmen der eigenen Handlungsmöglichkeiten besteht keine Hoffnung auf Veränderung dieser lebensbedrohlichen Situation“* (Wolf 2007, ebd.).

Diese Faktoren führen zu überflutender Angst (Todesnäheerlebnis) als auch zu den Gefühlen der Hilflosigkeit (nicht entfliehen zu können) und der Ohnmacht (nicht dagegen kämpfen zu können) (vgl. ebd.).

„Dieses Ausgeliefert sein wird auch mit dem Schlagwort „no fight and no flight“ beschrieben“ (Wolf 2007, ebd.).

Es kommt eine Dynamik in Gang, die das menschliche Gehirn „in die Klemme“ bringt und dort die folgenden neurobiologischen Veränderungen verursacht:

- *„Überaktivierung der Amygdala: Die Amygdala wird auch als Mandelkern bezeichnet und ist Teil des limbischen Systems. Sie ist wesentlich an der Entstehung der Angst beteiligt und spielt allgemein eine wichtige Rolle bei der emotionalen Bewertung und Wiedererkennung von Situationen sowie der Analyse möglicher Gefahren: sie verarbeitet extreme Impulse und leitet die vegetativen Reaktionen ein. Die Überregung führt zu einer chronischen affektiven Labilisierung sowie zu Flashbacks.*
- *Überregung der Katecholaminsystems: In Tiermodellen wurde deutlich, dass die Aktivierung des Katecholaminsystems zu Angst und Überregung führt.*
- *Reduzierung der Aktivitäten hoher zentraler Hirnstrukturen wie dem Hypocampus, dem Broca-Sprachzentrum sowie Teilen des frontalen Kortex“ (ebd., S. 12).*

Dies entspricht einer limbischen und sympathikotonen Übererregung bei gleichzeitiger Unterdrückung differenzierender und erregungsmodulierender Gehirnanteile, so Hofmann (vgl. Hofmann 2006b, S. 352).

Es wird somit die sprachliche Verarbeitung wie auch die rationale Bewertung und Einordnung des Geschehens unmöglich. Es werden nun, um das Überleben des/der Traumatisierten zu sichern, Sinneseindrücke des Erlebnisses eingefroren und fragmentiert, wodurch die Verarbeitung der Erinnerung blockiert ist. Dies wird von manchen ForscherInnen auch als „Traumagedächtnis“ bezeichnet (vgl. Wolf 2007, S. 12).

Im Folgenden sind spezifische Erinnerungsmuster, die Van der Kolk (1996) gefunden hat, zusammenfassend aufgeführt:

- *„Die Erinnerung wird nicht als Narrativ (d.h. als eine „folgerichtige innere Geschichte“) enkodiert bzw. erinnert.*
- *Die initiale Erinnerung wird in Form eines somatosensorischen Flashbacks erfahren (visuell, auditiv, olfaktorisch, gustatorisch, kinästhetisch).*
- *Die Speicherung der traumatischen Erfahrung erfolgt primär als sensorisches Fragment ohne linguistische Komponenten.*
- *Die Erinnerung ist fragmentiert, die unterschiedlichen sensorischen Modalitäten erscheinen nicht zusammen.*
- *Es kann kein vollständiges Narrativ' über das, was sich ereignet hat, reproduziert werden; erst im Laufe der Zeit entwickelt sich ein Narrativ.*
- *Die Erinnerung besteht aus affektiven Zuständen.*
- *Die Erinnerung an das traumatische Ereignis bleibt stabil und akkurat über die Zeit.*

- *Sie wird keinen konstruktiven Prozessen unterworfen, da es zu einer Fixierung kommt, die abgekoppelt ist von den nachfolgenden Erfahrungen.*
- *Die Erinnerung kann einen hohen Grad an „Vividness“ zeigen.*
- *Emotionale und perzeptuelle Elemente stehen im Vordergrund, nicht die deklarativen.*
- *Amnesien.*
- *Dissoziation.*
- *Fehlende Sequenzen im autobiographischen Gedächtnis“ (ebd., S. 13).*

7.2.1.2 Welche Traumafolgestörungen gibt es und wie sind deren Heilungsprognosen?

Es besteht ein sehr hohes Risiko im Laufe des Lebens einem traumatisierenden Ereignis ausgesetzt zu sein. Es wurden Prävalenzstudien sowohl in der Allgemeinbevölkerung wie auch an Risikopopulationen (zum Beispiel Vietnamveteranen) durchgeführt. Die bisher größte epidemiologische Studie zur PTBS zeigte jedoch, dass der größte Teil dieser Menschen die traumatisierenden Erlebnisse ohne gravierende Probleme bewältigt haben. Dies bedeutet, dass einer Traumaexposition ausgesetzt gewesen zu sein, nicht automatisch heißt, traumatisiert zu sein. Es wurde mit diversen Untersuchungen belegt, dass es einem Großteil der Betroffenen gelingt, innerhalb von Tagen bis Wochen die Erlebnisse und ihre Folgeerscheinungen zu überwinden (vgl. ebd.).

Hier sehe ich es als wichtig zu erwähnen, dass der Begriff „Traumafolgestörung“ sich gegenwärtig im fachlichen Sprachgebrauch zunehmend durchsetzt, es bislang jedoch keine allgemein anerkannte Definition gibt. Durch eine Ursachenfestschreibung definiert (Ätiologisch) und damit eindeutig als „Traumafolgestörung“ anerkannt sind die akute Belastungsstörung (ASD) und die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Des Weiteren besteht eine weitgehende Übereinstimmung unter Fachleuten darüber, dass dissoziative Störungen auf belastende Ereignisse zurückzuführen sind.

Diskutiert wird jedoch, inwieweit bestimmte Formen von Persönlichkeitsstörungen, insbesondere die Borderline-Persönlichkeitsstörung, sowie somatoforme Störungen, Depressionen und Abhängigkeitskrankheiten ebenfalls als Traumafolgestörungen aufzufassen sind. Durch Untersuchungen dargelegt ist, dass exponierte Personen zu etwa 40 % an einer langandauernden Traumafolgestörung, wie zum Beispiel der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), erkranken.

Dies bedeutet, dass PTBS nicht die „normale“ Folge der Begegnung mit einem Trauma ist, sondern es offenbar zur Auslösung einer PTBS noch andere Faktoren benötigt (vgl. Wolf 2007, S. 14).

Es hängt also von einer Vielzahl von Faktoren ab, ob sich eine chronische Störung entwickelt. Erhöht ist das Risiko bei gleichzeitiger körperlicher Erschöpfung und körperlichen Erkrankungen, insbesondere im höheren Alter. Schützend hingegen wirkt ein intaktes wie auch unterstützendes soziales Umfeld, sowie persönliche Bewältigungsmechanismen (Copingstrategien). Es muss jedoch auf jeden Fall gewährleistet sein, dass sich die/der Betroffene äußerlich in Sicherheit befindet, d.h. die reale Bedrohung nicht weiter besteht (vgl. ebd.).

7.2.1.2.1 Die Art der Traumatisierung

Die folgenden Faktoren sind von entscheidender Bedeutung.

„Durch Menschen bewusst herbeigeführte Traumatisierungen (z.B. sexuelle Übergriffe) führen zu einer höheren PTBS-Prävalenz als von der Natur verursachte Katastrophen. In den „Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin u. a.“ (Flatten et al. 2001) werden dazu für Erwachsene folgende Schätzwerte genannt. Eine PTBS entwickelt sich bei:

50 Prozent nach einer Vergewaltigung

25 Prozent nach anderen Gewaltverbrechen

20 Prozent bei Kriegsopfern

15 Prozent nach Verkehrsunfällen

15 Prozent bei schweren Organerkrankungen“ (Wolf 2007, S. 15).

7.2.1.2.2 Die Anzahl der erlebten traumatischen Ereignisse

Man unterteilt die traumatischen Erfahrungen in zwei Typen: Kurz andauernde Traumata (beispielsweise Vergewaltigung, Verkehrsunfall oder Naturkatastrophe) werden als Typ-I-Traumata bezeichnet und haben eine eher günstige Verlaufsprognose.

Komplexe Traumatisierungen, d.h. chronische, prolongierte bzw. multiple Traumatisierungen (beispielsweise körperliche und sexuelle Misshandlungen in der Kindheit oder in der Jugend, Krieg, Gefangenschaft) werden als Typ-II-Traumata bezeichnet und haben eine wesentlich höhere Chronifizierungswahrscheinlichkeit (vgl. ebd., S. 16).

7.2.1.3 Was ist Traumatherapie?

Bevor ich in diesem Kapitel genauer auf die grundlegenden Konzepte traumaspezifischer Psychotherapie eingehe und diese genauer erläutere, soll das Traumatherapeutische Modell mit anderen etablierten Erklärungsmodellen für das Entstehen seelischer Symptome verglichen werden.

7.2.1.3.1 Traumatherapeutische Modelle

1) Das Biologische Modell: Dieses Modell versteht psychische Symptome als Folge von körperlichen Defiziten. Diese Defizite können genetische Anomalien sein aber auch als Folge von hirnanorganischen Schädigungen beziehungsweise als Folge von Dysfunktionen im hormonellen beziehungsweise Neurotransmitter-System entstehen. Benutzt man beispielsweise das Bild eines Computers, dann wären die Fehler beim Ablauf eines Computerprogramms auf Fehler in der Hardware (also zum Beispiel der Festplatte) zurückzuführen.

2) Das Lerntheoretische Modell: Es führt psychische Symptome auf „fehlerhaftes Lernen“ über „klassisches- und operantes Konditionieren“ oder auf ungünstige Bedingungen beim Modellernen zurück. Dies bedeutet, dass es sich im Bild des Computers um ein fehlerhaft programmiertes Anwenderprogramm handelt.

3) Das Tiefenpsychologisches Modell: Dieses Modell sieht hingegen Symptome als Ausdruck eines unbewussten beziehungsweise verdrängten Konfliktes zwischen zwei (oder mehreren) sich widersprechenden Bedürfnissen. Typisch ist, dass hier der Konflikt zwischen Triebimpulsen und moralischen Über-Ich-Forderungen zu sehen ist. Im Bild des Computers könnte man von einer „Unvereinbarkeit verschiedener Anwenderprogramme“ sprechen.

4) Das Systemische Modell: Das systemische Modell geht insofern einen Schritt weiter, dass es die symptombildenden Konflikte nicht nur innerhalb des Individuums sieht, sondern auch innerhalb von sozialen Systemen. Daher würde im Bild des Computers eine Unvereinbarkeit innerhalb eines Computernetzwerkes zu Fehlern führen.

5) Das Traumamodell: Dieses Modell sieht psychische Symptome als Folge einer Extremsituation, welche die normale Verarbeitungsmöglichkeit des Individuums übersteigt und deshalb zur Fragmentierung von Gedächtnisinhalten und physiologischen Veränderungen des Gehirns führt. Die „Informationsverarbeitung“ kann somit dauerhaft, also

auch nach Beendigung des traumatischen Ereignisses, beeinträchtigt sein. In diesem Fall würde im Bilde des Computers der „Absturz eines Programms“ zur Veränderung oder Zerstörung der Computerhardware führen können (vgl. Wolf 2007, S. 16-17).

Das Traumamodell ist also eine Erweiterung des biologischen Modells indem es postuliert. Nicht nur körperliche Verletzungen können psychische Symptome erklären, sondern traumatische seelische Ereignisse können auch körperliche Veränderungen, speziell innerhalb des Gehirns zur Folge haben (vgl. Wolf 2007, S. 17).

7.2.1.3.2 Traumatherapeutische Konzeptionen

Nach Flatten und Gast (2004), ist es mittlerweile gelungen, wissenschaftlich begründete Leitlinien für die Behandlung von Traumafolgestörungen zu formulieren. Allen nachweislich wirksamen Behandlungsmethoden ist gemeinsam, dass für eine strukturierte Wiederbegegnung mit der angstauslösenden belastenden Erinnerung ein sicherer therapeutischer Rahmen notwendig ist. Voraussetzung ist allerdings eine ausreichende psychische Stabilität. So besteht (nach Huber 2004, Reddemann 2004, Sachsse 2002, Hofmann 2006 und Van der Kolk 2000) zwischen allen etablierten Methoden eine Übereinstimmung bezüglich der Grundkonzeption, die letztendlich auf Pierre Janets Konzept der traumatischen Hysterie zurückgeht. Diese unterteilt den therapeutischen Prozess in bestimmte Phasen:

1. *„Stabilisierung*
2. *Traumabearbeitung/Traumakonfrontation*
3. *Traumaintegration“* (Reddemann 2004, S. 15).

Hierbei muss betont werden, dass der Stabilisierungsphase größere Bedeutung zukommt, je komplexer die Traumatisierung ist (vgl. Reddemann 2004, ebd.).

Bei besonders schweren und chronischen Traumatisierungen bleibt die Stabilisierung zunächst oft das alleinige Ziel der Therapie. Von einer Traumabearbeitung sieht man lange ab.

Aufgrund der Forschungsergebnisse aus der Neurobiologie stellt sich die Frage, inwieweit das Durcharbeiten des Traumas, aufgrund der Retraumatisierungsgefahr, angebracht ist. Denn es ist wichtig zu bedenken, dass nicht nur das traumatische Ereignis, sondern auch die traumatischen Erinnerungen zu den oben genannten biologischen Veränderungen im Gehirn

führen. Dies bedeutet, dass die negativen Gedächtnisspuren verstärkt werden können und die Therapie zur Retraumatisierung statt zu Heilung führt (vgl. Weiß 2005, S. 44ff.).

Es konnten vier Gruppen von therapeutischen Methoden ihre Effektivität nachweisen:

- Verschiedene Verfahren der Verhaltenstherapie
- Die EMDR-Methode - Eye Movement Desensitization and Reprocessing
- Hypnotherapeutisch-imaginative Methoden und
- Traumaadaptierte psychodynamische Methoden, die meist einige der anderen
- Methoden integrieren(vgl. Hofmann 2006, S. 354).

Nach Huber (2004 und 2005) dient dabei die Traumabearbeitung der Traumasynthese zur Integration traumatischer Erfahrungen ins persönliche Narrativ. Nur eine bewusste wie auch kontrollierte Annäherung an das traumatische Material wird hier als hilfreich verstanden. Dies widerspricht jedoch einer psychodynamisch orientierten Konzeption, die annimmt, durch Abreaktion oder Katharsis eine sogenannte Reinigung von belastenden Erinnerungsfragmenten erreichen zu können (vgl. Wolf 2007, S. 19).

7.2.1.4 Welche Bedeutung hat die Musik(-therapie) im Rahmen der Traumatherapie?

Hier ist festzuhalten, dass in der Traumatherapie, wie man in diverser traumatologischer Literatur nachlesen kann, Musik(-therapie) noch nicht weitgehend anerkannt ist wie beispielsweise die Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT). Die Musik(-therapie) wird in der Traumatherapie eher als ergänzendes ressourcenorientiertes Verfahren eingeschätzt (vgl. Wolf 2007, S. 19).

7.2.2 Musik: Resilienzfaktor oder Gefährdung für traumatisierte Menschen?

Die Kenntnisse, welche im folgenden Teil der Arbeit erläutert werden, sind nach meinem Ermessen für die Zusammenarbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen von enormer Bedeutung. Es soll hier dargestellt werden inwieweit Musik ein Resilienzfaktor ist. Ich beziehe mich hier vor allem auf Dr. Reddemann, die die Bedeutung der Musik als Resilienzfaktor darstellt. Es soll aber ebenso thematisiert werden ob und inwieweit Musik auch eine Gefährdung für traumatisierte Menschen sein kann.

7.2.2.1 Musik und Oxytocin

Anbetracht der bereits beschriebenen Erkenntnisse drängt sich die Frage auf, weshalb die Musik für viele Menschen eine so große Kraftquelle sein kann. Im folgenden Punkt soll diese Frage, basierend auf Hormonforschungen, beantwortet werden.

Es spricht viel dafür, dass wenn wir Musik hören die wir mögen, Oxytocin ausgeschüttet wird und dies mit der heilsamen Wirkung der Musik zusammenhängt. Oxytocin ist ein Hormon, das bereits beim Geburtsprozesseine wichtige Bedeutung hat. Es beeinflusst nicht nur das Verhalten zwischen Mutter und Kind sowie zwischen GeschlechtspartnerInnen, sondern auch allgemein soziale Interaktionen. Am bedeutendsten ist jedoch, dass Oxytocin wahrscheinlich das wichtigste Hormon gegen Stress und für Wohlbefinden ist. Durch Forschungen weiß man inzwischen, dass unser ganzes Leben von Oxytocin begleitet ist, beispielsweise als Still- oder Wehenhormon. Die beglückende Wirkung hat möglicherweise damit zu tun, dass man sich durch Oxytocin an frühe Still Erfahrungen erinnert und wir uns deshalb auch so geborgen und berührt fühlen (vgl. Reddemann 2007, S. 22).

Jedoch ist es wichtig eines zu betonen: Nur Musik, die wir gerne hören, kann Wohlbefinden auslösen. Somit kann jede Art von Musik Wohlbefinden auslösen. Dies bedeutet natürlich, dass ein Lied bei einem Menschen Wohlbefinden auslöst, für einen Anderen jedoch höchst unangenehm sein kann, denn es gibt keine Musik, die für alle Menschen angenehm ist (vgl. ebd.).

7.2.2.2 Traumatherapie, Stress und Dissoziation

Im Mittelpunkt der Traumatherapie steht vor allem den Menschen zu helfen mit Stress umzugehen. Das bedeutet den Menschen helfen sich selbst zu beruhigen und ihnen ein verbessertes Selbstmanagement zu ermöglichen. Jegliche Interventionen, welche den PatientInnen Stress bereiten, sind hinderlich oder gar schädlich. Es sollte jede Intervention die PatientInnen beruhigen und ihnen helfen, sich längerfristig selbst zu beruhigen (vgl. Reddemann 2007, S. 22-23).

Während traumatischen Situationen schützen sich Menschen durch Dissoziation. Das heißt sie spalten sich auf. Ein Mensch spaltet sich dann also in einzelne Persönlichkeitsanteile auf. Jedoch gibt es einen Teil, der weiterfunktioniert. Durch diesen funktionierenden Teil können auch Menschen die eine schwere Traumafolgestörung haben, ihren Alltag mehr oder weniger gut meistern. Dennoch schlummern im Hintergrund die traumatisierten Anteile der Persönlichkeit. Bei stressigen Interventionen werden jedoch die traumatisierten Anteile

getriggert und diese traumatisierten Anteile wissen nicht, dass „jetzt jetzt ist“. Diese können die Situation nicht erkennen und sind auch nicht mit den Anteilen verbunden, die die aktuelle Realität einschätzen können. Deshalb betont Frau Reddemann, dass wir uns in der Therapie immer fragen müssen, mit welchem Persönlichkeitsanteil wir eigentlich gerade arbeiten. Nach dem Ego-State Modell von Watkins müssen wir uns immer fragen, welcher Anteil des/der Patienten/Patientin tut das gerade und was machen gerade die anderen Anteile (vgl. Reddemann 2007, S. 22-23).

7.2.2.3 Kontrolle und Gruppen(-Musik-)therapie

Von enormer Bedeutung ist es den PatientInnen innerhalb der Traumatherapie die Kontrolle zu lassen um sie nicht in eine Stresssituation zu versetzen. Hier muss man sich bewusst sein, dass dies entscheidende Konsequenzen für die Musiktherapie hat, denn gegen Geräusche und Musik kann man sich nicht wehren und Ohren kann man nicht ganz schließen. Deshalb sind nach Dr. Reddemann musiktherapeutische Interventionen besonders heikel in Bezug auf Kontrolle, beziehungsweise auf Kontrollverlust.

Macht man beispielsweise Musik, die dem/der Patienten/Patientin möglicherweise missfällt oder ihn/sie sogar triggert, dann muss dieser sich in die Dissoziation retten. Diese Dissoziation ist wieder eine Notfallreaktion und damit eine Retraumatisierung. Deshalb sind nach Frau Dr. Reddemann besonders Gruppenmusiktherapien skeptisch zu betrachten, da wahrscheinlich nicht alle Menschen im Raum einen kongruenten Musikgeschmack haben. Dies kann jedoch in jeder Form von Gruppentherapien geschehen also auch in gesprächs- oder körpertherapeutischen Gruppen. Das gilt aus der Sicht von Dr. Reddemann sowohl für aktive wie rezeptive Formen der Musiktherapie, wobei sie rezeptive Formen als noch gefährlicher einschätzt, da dort die PatientInnen noch stärker ausgeliefert sind.

Das wunderbare Instrument der Musik gehört ihres Erachtens in ein einzeltherapeutisches Setting in der auch das Prinzip Antwort möglich ist. Wenn im Laufe der Zeit die Menschen vorbereitet und stabil genug sind, kann ein Gruppensetting angedacht werden (vgl. ebd., S. 23).

7.2.2.4 Der Umgang mit Emotionen

In den klassischen analytischen oder humanistisch orientierten Therapieformen war früher das Credo, dass PatientInnen intensiv ihre Emotionen erfahren sollten. Diese Ansicht wird zum Teil auch heute noch vertreten, so Reddemann.

Dr. Reddemann hat jedoch eine klare Position gegen gefühlsaktivierende therapeutische Interventionen innerhalb der Traumatherapie, denn für TraumapatientInnen ist das

konfrontiert werden mit Gefühlen hochproblematisch, denn während der traumatischen Erfahrung erlebt der Mensch extrem belastende Gefühle wie Todesangst und Panik. Dazu kann man auch die massive Ohnmacht und Hilflosigkeit rechnen. Da der Mensch damit normalerweise nicht fertig wird, kommen die Spontanreaktionen der Dissoziation und Erstarrung zustande. Immer wenn der Patient oder die Patientin in die Nähe von Gefühlen kommt, wirkt das bedrohlich für die sogenannte anscheinend normale Persönlichkeit. Diese bewältigt ihren Alltag nämlich nur deshalb gut, weil sie es schafft Gefühle möglichst von sich fern zu halten. Heftige Gefühle können also eine Triggerwirkung haben und der Mensch kann dadurch wieder so massive Angst und Panik bekommen, dass er so reagieren muss wie er/sie es eben kann, nämlich zu dissoziieren, was dann schon wieder für ihn/sie schädlich ist.

Jedoch ist zu beachten, dass diese mögliche Triggerwirkung auch für positive Emotionen gilt, vor allem aber für belastende Emotionen. Starke Gefühle sind also für Menschen mit Traumafolgestörungen zu 95 % Gift, solange der Mensch noch nicht stabil ist und noch dissoziieren muss (vgl. Reddemann 2007, S. 25).

Das bedeutet nun für die Musiktherapie, dass musikalisches Erleben welches Gefühle stark anspricht, grundsätzlich ein gewisses Risiko hat und forciert werden darf diese gefühlsaktivierende Wirkung nach Meinung von Dr. Reddemann auf keinen Fall: *„Bei allen Interventionen unter traumatherapeutischen Gesichtspunkten muss berücksichtigt werden, dass starkes Fühlen bereits extrem belastend sein könnte und dazu führen kann, dass Patienten dissoziieren - und dann ist gar nichts erreicht (...) Menschen heilen nicht dadurch, dass sie in ihren traumatischen Schmerz kommen, sondern dadurch, dass sie erst mal so stabil werden, dass sie es sich erlauben können diesen Schmerz dosiert zu erleben“* (Reddemann 2007, S. 25).

Auch Peter Levin (1998) sagt, dass man sich tröpfchenweise mit den belastenden Emotionen beschäftigen muss. *„Wenn man möchte, dass die Menschen heilen, müssen sie auch mit heilsamen Emotionen in Kontakt kommen.“*

Daher sollte in jeder Art von Traumatherapie ein Grundsatz sein, eine „Pendelbewegung“ anzuregen, nämlich zwischen gehobenen und belastenden Emotionen.

Die Bereiche die für die gehobenen Emotionen zuständig sind müssen jedoch bei Menschen mit Traumafolgestörung zuerst trainiert werden (vgl. ebd., S. 24-25).

7.2.2.5 Konsequenzen für die Musiktherapie

Frau Dr. Reddemann sieht ein Beispiel für rezeptive Musiktherapie in den Untersuchungen der Forschungsgruppe um Herrn Spitzer in Ulm. Dieser untersuchte die Wirkung von Musik auf schwer depressive PatientInnen, indem ihnen selbst ausgewählte Lieblingsmusik vorgespielt wurde. Dabei wurden die Befindlichkeit vor dem Hören der Musik, die Befindlichkeit nach dem Hören der Musik, sowie der Krankheitsverlauf gemessen. Das Ergebnis war, dass PatientInnen die regelmäßig ihre Lieblingsmusik gehört hatten sich schneller besserten als PatientInnen, die nur Psychopharmaka bekommen hatten.

Nach Dr.Reddemann wäre eine traumatherapeutische Form von aktiver Musiktherapie, den PatientInnen zu helfen, ihre eigene Musik zu komponieren (vgl. Reddemann 2007, S. 26), wie es beispielsweise in Bandprojekten innerhalb der Sozialen Arbeit immer öfter umgesetzt wird.

8 Musik in der Sozialpädagogik

Nach diesem wissenschaftlich fundierten Überblick über Musik beziehungsweise die Musiktherapie, möchte ich nun konkret darauf eingehen, wie Musik in der Sozialpädagogik eingesetzt wird. Es wird in diesem Kapitel aufgezeigt in welchen Bereichen Musik eingesetzt wird, in welchen Settings, mit welchen KlientInnen, aber auch welche Wirkung die Musik innerhalb der Sozialpädagogik haben kann. Anhand von Fallbeispielen von Musikprojekten, werden ebenso praktische Erfahrungen mit dem Einsatz von Musik in der Sozialpädagogik dargelegt. Es wird anhand der Fallbeispiele, die Verknüpfung zwischen Theorie und Praxis beschrieben. Vor allem wird in diesem Kapitel aufgezeigt, dass Musik als professionelle Methode in der Sozialpädagogik eingesetzt wird.

8.1 Musik als Medium in der Sozialpädagogik mit Kindern und Jugendlichen

Wie schon in den vorherigen Kapiteln mehrmals dargelegt, löst Musik Emotionen aus. Menschen fühlen sich davon angesprochen und sie berührt sie.

Musik kann Stimmungen und Atmosphären verändern, gerade deshalb ist sie für jeden Menschen auch so wichtig. In jedem Shoppingcenter, im Fernsehen, auf der Straße, wir sind geradezu immer mit Musik in Berührung. So vertritt auch Wickel die Meinung, dass Musik als das emotional wirksamste ästhetische Kommunikationsmittel in der Kultur des Menschen gilt (vgl. Wickel 1998, S. 7).

Auch Johanna Vogel, die sich intensiv mit dem Medium Musik in der Sozialen Arbeit beschäftigt hat, vertritt den Stand, dass Musik auf viele Menschen eine geradezu anziehende und faszinierende Wirkung ausübt und besonders auf nonverbale, emotionale und sinnliche Weise anspricht. Sie meint dass Musik, beinahe wie das Essen und das Schlafen zu unseren Grundbedürfnissen gehört (vgl. Vogel 2001, S. 9).

Musik ist in den unterschiedlichsten Formen Bestandteil fast aller Lebensbereiche, Altersgruppen und aller sozialen Schichten. Sie ist in großer Vielfalt in allen Kulturen der Welt zu finden - überall, wo Menschen leben, gibt es Musik, sogar in der Tier- und Pflanzenwelt.

Durch die besonderen Eigenschaften der Musik, vor allem durch die starke emotionale Wirkung, eignet sie sich optimal als Ausdrucks- und Kommunikationsmedium sowie als Medium, über das sich Beziehung aufbauen und entwickeln kann (vgl. ebd.).

Gerade deswegen meint Wickel (1998), dass diese Eigenschaften und Besonderheiten es herausfordern, Musik als Hilfsmittel und Interventionsmethode in der Sozialpädagogik einzusetzen. Sie kann als nonverbales Medium eine Profession, welche vorwiegend auf verbaler Kommunikation basiert, effektiv bereichern.

Somit scheint der Einsatz von Musik in manchen sozialen Handlungen geradezu als notwendig, wenn man betrachtet, dass Menschen die beispielsweise über Sprache und Kognition nicht mehr, noch nicht oder noch nicht wieder erreicht werden können, von Musik angesprochen werden.

Es ist mir wichtig hier festzuhalten, dass beim Einsatz von Musik in der Sozialpädagogik, es sich um ein Medium handelt, bei der die Musik selbst nicht die Sache ist um die es geht, sondern die Menschen mit ihren Anliegen und Bedürfnissen im Mittelpunkt des Handelns stehen. Und dennoch, obwohl die Musik ihre starke Wirksamkeit auch wissenschaftlich, wie schon in den vorherigen Kapiteln präziser beleuchtet, nachgewiesen wurde, hat sie sich als Methode in der Sozialpädagogik erst in den letzten Jahren große Akzeptanz verschafft (vgl. Vogel 2001, S. 9).

Vogel berichtet, dass sie Musik als ein wichtiges und sehr effektives Lernfeld, als wesentliche Ausdrucksmöglichkeit zum Ausgleich im Alltag, wie auch in schwierigen Situationen und vor allem als ein in vielen Zielgruppen der Sozialpädagogik gut einsetzbares und wirkungsvolles Medium der Kommunikations-, Kooperations- und Gemeinschaftsförderung, erfahren hat. Sie hat intensive und positive Erfahrungen mit dem Einsatz von Musik, in verschiedenen Bereichen der Sozialpädagogik, erlebt. Beispielsweise mit verhaltensauffälligen, körperbehinderten und nicht-behinderten Kindern und Jugendlichen wie auch mit alten Menschen (vgl. ebd., S. 10).

Die starke, positive Wirkung der Musik auf das individuelle psychische Befinden sowie auf soziale Gruppenprozesse hat Vogel überzeugt, weshalb sie im Einsatz von Musik in der Sozialpädagogik, vor allem im präventiven Sinne, eine große Chance und Ressource für den Erfolg professionellen sozialen Handelns sieht (vgl. ebd.).

Die gesunde Entwicklung von sozialer Kompetenz, von Selbstvertrauen und Beziehungsfähigkeit zu unterstützen, spielt in der Sozialpädagogik eine wesentliche Rolle. Es gibt viele Erkenntnisse, dass der grundlegende pädagogisch-therapeutische Einsatz von Musik dies fördern kann.

Somit kann der Einsatz von Musik in der pädagogisch-therapeutischen Arbeit eine wesentliche, präventive Wirkung haben. Dies gilt insbesondere in der Arbeit mit Kindern, da

sie noch im Entwicklungsprozess sind, darin positiv unterstützt werden können (vgl. ebd., S. 11).

Kapteina schreibt, dass um die Entwicklung sozialer Kompetenz zu fördern und um bei der Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten vorbeugend oder korrigierend einzugreifen, Musik bei Kindern vor allem in Frühförderstellen oder im Rahmen der Schulbegleitung eingesetzt wird (vgl. Kapteina 2009, S. 461).

Jedoch hält Vogel fest, dass man bei Kindern, die bereits Schwierigkeiten haben, eine abhelfende Intervention noch rechtzeitig einsetzen kann, bevor sich die Probleme mit zunehmendem Alter tiefgreifend manifestieren (vgl. Vogel 2011, S. 11).

Insbesondere Vogel zeigt in ihrem Buch: „Musik als Medium in der Sozialen Arbeit – Kinder fördern“ auf, wie der pädagogisch-therapeutische Einsatz von Musik als Interventions-Methode in der Sozialpädagogik mit Kindern zur Förderung sozialer Kompetenz, des Selbstvertrauens und der Persönlichkeitsentwicklung Wesentliches bewirken kann. Des Weiteren zeigt sie auf, dass eine solche Förderung für Kinder, gerade unter den heutigen gesellschaftlichen Lebensbedingungen, wesentlich und geradezu notwendig erscheint (vgl. ebd.).

8.2 Das Musikverständnis in der Sozialpädagogik

Musik als Medium kann in der Sozialpädagogik insbesondere zur Förderung der Persönlichkeitsbildung wie auch Kommunikations-, Wahrnehmungs- und Kreativitätsförderung eingesetzt werden. Musik dient hier als Hilfsmittel zur Initiierung verschiedenster kommunikativer Prozesse (vgl. Vogel 2011, S. 13).

Nach Wickel (1998) wird Musik in der Sozialpädagogik als Medium verstanden (lat. medium = Mitte, aber auch: Gemeinwohl; medius = in der Mitte befindlich, vermittelnd). Dies meint Musik als vermittelndes Bindeglied zwischen Menschen, insbesondere den SozialpädagogInnen und den KlientInnen (vgl. ebd.).

Vogel hält fest, dass Musik als Medium in der Sozialpädagogik, sich keinen Leistungsansprüchen bezüglich Perfektion und Stilrichtung unterordnet. Jegliche Leistungsbewertungen, insbesondere bezüglich des aktiven Musizierens, findet hier nicht statt. In manchen Situationen beziehungsweise Zielgruppen, wie beispielsweise Jugendlichen, wird auf beliebte Musikrichtungen geachtet, jedoch wird auch hier nichts bewertet, sondern lediglich die Stilrichtung nach den Bedürfnissen der Zielgruppe ausgewählt (vgl. ebd., S. 13).

Hartogh (2004) hält dazu fest, dass Musik in der Sozialen Arbeit frei von scheinbar objektiven gesellschaftlichen Bewertungen ist, sondern Musik hier für jede/jeden Einzelne/n das sein darf, was er/sie ihr an Bedeutung beimisst und wie er/sie die Musik empfindet. Somit gibt es kein richtig und kein falsch, kein schön oder nicht schön, nicht einmal eine Definition davon, was als Musik bezeichnet werden kann oder darf. Musik ist, so Hartogh, ein subjektives Phänomen (vgl. Hartogh 2004, zit.n. Vogel 2011, S. 13).

Bruhn schreibt, dass das, was der/die Einzelne als Musik wahrnimmt, aus seiner/ihrer individuellen und der sozialpädagogisch-therapeutischen Sicht Musik ist, denn der Musikbegriff in der Sozialpädagogik ist, gleich dem der Musiktherapie, sehr weit gefasst (vgl. Bruhn 2000, S. 22).

Nach Hartogh (2004) gibt es keine unmusikalischen Menschen, sondern lediglich verschiedene Arten musikalischer Gestaltungsweisen, weshalb der Zugang zur Musik grundsätzlich allen Personengruppen in der Sozialpädagogik offen steht (vgl. Vogel 2011, S. 13-14).

Von Bedeutung ist hier, dass in diesem Sinne musikalische Sozialpädagogik Menschen (besonders jene die sich in Problemlagen befinden) Raum geben, in leistungs- und druckfreier Atmosphäre spielerisch die eigene Musikalität und Kreativität wieder oder neu zu entdecken und sie als wesentliche Ressource für Entfaltung, Persönlichkeitsentwicklung wie auch als kulturelle Bildung zu nutzen (vgl. ebd., S. 14).

Hartogh (2004) schreibt, dass für die Intensität und helfende Qualität musikalische Vorbildung keine Rolle spielt. Auch wenn Menschen nicht den gesellschaftlich festgelegten Standards entsprechen, soll die ursprüngliche Musikfähigkeit, die jede/r besitzt, aktiviert werden (vgl. Hartogh 2004, zit.n. ebd.).

Hartogh (2004) fasst zusammen, dass der Musikbegriff in der Sozialpädagogik sich direkt am Menschen orientiert (Subjektorientierung). Von Bedeutung ist, dass die KlientInnen sich auf das musikalische Erleben einlassen. Im Vordergrund stehen lediglich die individuellen Bedürfnisse, Vorstellungen und Erfahrungen der KlientInnen (bezüglich der Musik). Das musikalische Können rückt in den Hintergrund. Es werden beim Musizieren Gefühle ausgedrückt und in Gang gebracht. Dies ermöglicht es, außermusikalische Ereignisse und Bilder zu beschreiben und dies vor allem auf schonende Weise, weil indirekt über die Musik, erzählt wird, wodurch die Musik einen unmittelbaren Lebensweltbezug gewinnt. Somit kann Musik in diesem konkret für unser Leben genutzt werden, wie zur Veränderung von Verhalten und zur Verbesserung des Wohlergehens (vgl. Hartogh 2004, zit.n. Vogel 2011, S. 14).

Resümierend hält Vogel fest, dass Musik in der Sozialpädagogik von einem wertfreien Musikverständnis, einer ausgeprägten Vielfalt von Musikstilen und –richtungen geprägt ist (vgl. Vogel 2011, S. 16).

8.3 Ziele und Profil von Musik als Methode in der Sozialpädagogik

Nach einer Studie von Bastians 2000, war Musik in der Sozialpädagogik (und ist es heute noch) ein umstrittenes Fachgebiet obgleich empirische Studien die Wirksamkeit zur Förderung sozialer und entwicklungsrelevanter Kompetenzen nachweisen. Um Musik in der Sozialpädagogik als professionelle Methode zu sehen, ist es mir wichtig vorerst festzuhalten, dass sich Sozialpädagogik immer mehr von einer Defizitsichtweise abwendet, hin zu einer grundlegend präventiven Ausrichtung. Soziale Arbeit ist eine Beziehungsarbeit und von situativer Offenheit und kommunikativer Flexibilität geprägt (vgl. Vogel 2011, S. 16).

Sozialpädagogik versucht, unter Einbeziehung verschiedener Aspekte des ganzen sozialen Systems als Lebenswelt, optimale und ganzheitliche Hilfe zu leisten. Diese Sichtweise kann speziell für die sozialpädagogische Arbeit mit Kindern sehr förderlich sein, vor allem wenn es darum geht, eventuelle psychosoziale Schwierigkeiten als Ausgangspunkt pädagogisch-therapeutischer Arbeit zu benennen, besser zu verstehen und danach zu handeln. Dadurch werden Stigmatisierungen, von Kindern und einseitige Belastungen anderer Faktoren, besonders der Eltern vermieden (vgl. ebd., S. 17-18).

Weiteren Betrachtungen sozialpädagogischer Arbeit mit Musik im Allgemeinen und mit Kindern im Besonderen, liegt vorwiegend diese Sichtweise zugrunde, so Vogel. So vertritt sie die Meinung, dass eine psychosoziale Förderung besonders effektiv in der präventiven Arbeit mit Kindern sein kann. Kinder sind noch im Entwicklungs- und Wachstumsprozess, weshalb soziale und emotionale Fähigkeiten beziehungsweise ihre Entwicklung so gefördert werden kann, dass sich psychosoziale Probleme erst gar nicht tiefgreifend manifestieren können. Insbesondere in diesem Bereich kann sozialpädagogische Arbeit mit Musik wesentliche Beiträge zum Erfolg leisten. Musik soll also als Medium eingesetzt werden, um die Ziele der Sozialpädagogik besser erreichen zu können. Diese Ziele bestimmen sich konkret nach dem jeweiligen Einsatzfeld und Arbeitsauftrag des/der einzelnen Sozialpädagogen/Sozialpädagogin. Diese wiederum gehen immer von den Bedürfnislagen der Menschen aus (vgl. ebd., S. 18).

Die Hauptziele des Einsatzes von Musik in der Sozialpädagogik sind, so Wickel (2001) und Hill (2004), die Förderung der Wahrnehmungsfähigkeit und der Kommunikations- und Interaktionskompetenz in sozialen Beziehungen und sozialen Räumen.

Somit kann der Einsatz von Musik in der sozialpädagogischen Arbeit, eine grundlegende Hilfe sein für den Aufbau und die Gestaltung sozialer Beziehungen. Durch Musizieren können, was in einer Langzeitstudie von Bastian (2007) an Berliner Grundschulen, nachgewiesen werden konnte, soziale Kompetenzen gefördert werden.

Nach Hill (2004) und Bastian (2007) können somit Fähigkeiten im Bereich sozialer Kompetenz, die Persönlichkeitsentwicklung, soziale Integration und die Entwicklung von Schlüsselqualifikationen, wie Kommunikations-, Problemlösungs- und Kritikfähigkeit nachhaltig gefördert werden (vgl. ebd., S. 19).

Was es hier noch festzuhalten gilt ist, dass beispielsweise nach Seidel (1978), Musik als helfendes Medium kein Teilbereich der Musikdidaktik ist, sondern ein Teil der Methodik der sozialpädagogischen Arbeit.

In der Sozialpädagogik werden als klassische Interaktions- und Interventionsmethoden die Einzelfallhilfe, die Gruppenarbeit und die Gemeinwesenarbeit unterschieden wie auch als übergeordnete Arbeitsformen bezeichnet. Dabei kommen verschiedene Verfahren wie beispielsweise Einzelberatung, Gesprächstherapie und die spezielle Gruppenpädagogik der themenzentrierten Interaktion zur Anwendung. So halten Hartogh (2004) und Wickel (1998) fest, dass Musik als Methode hier als musikpädagogisch-musiktherapeutisches Verfahren der Sozialen Arbeit eingeordnet wird. Hartogh (2004) vertritt die Ansicht, dass aus didaktisch-methodischer Perspektive das Medium Musik auf der Verfahrens- und Methodenebene mit der Sozialpädagogik verknüpft ist (vgl. ebd., S. 21-22).

9 Experteninterview

Um den theoretischen Teil dieser Arbeit zu untermauern, den musiktherapeutischen Bereich und die musikalische sozialpädagogische Arbeit zu definieren, Grenzen und Verknüpfungen aufzuzeigen, Berichte über persönliche Erfahrungen zu erhalten und die Forschungsfrage dieser Arbeit definitiv beantworten zu können, habe ich ein Interview mit einem Experten geführt. Der befragte Experte ist Psychotherapeut, Musiktherapeut, Sozialpädagoge und Musiker. Er hat Lehraufträge und Unterrichtstätigkeiten an der Kunstuniversität Graz (Musiktherapie), der Hochschule München (Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften) wie auch am Freien Musikzentrum München und ist ebenso an der Medizinischen Universität Graz tätig (vgl. Münzberg 2014, S. 1). Es wird im folgenden Interview unter anderem das Schnittfeld und die Grenzen zwischen Musiktherapie und Musik in der Sozialpädagogik genauer erläutert. Es werden die Unterschiede der Professionen hervorgehoben, aber auch aufgezeigt, dass gewisse Bereiche oft miteinander verschwimmen.

Das Interview fand am 14.10.2014, zwischen 10:00 und 11:00 Uhr, in der Kunstuniversität Graz, statt. Es orientierte sich an einem, von mir im Vorfeld erstellten, Interviewleitfaden. Das Interview fand in einer entspannten Atmosphäre statt und es entwickelte sich ein angenehmes Gesprächsklima. Der Interviewpartner war sehr an dem Thema meiner Arbeit interessiert und für jegliche Fragen sehr aufgeschlossen.

Das Gespräch wurde mit einem Audio-Recorder mitgeschnitten und im Anschluss daran transkribiert. Dabei wurden alle Aussagen möglichst wörtlich und sinngemäß übernommen. Aussagen, welche im Dialekt gesprochen wurden, habe ich auf hochdeutsch wiedergegeben. Nonverbale Äußerungen, wie Husten oder Räuspern, wurden nicht transkribiert, da sie im Zusammenhang mit dem Thema, keine sinngemäße Bedeutung haben.

Der Befragte ist im folgenden Kapitel mit IP (Interviewpartner) gekennzeichnet.

9.1 Angaben zur Person

Diese Dimension des Interviewleitfadens beschäftigt sich mit der befragten Person selbst. Dabei stehen die Ausbildungen und die Verbindungen zwischen den Ausbildungen, wie auch spezielle Kenntnisse der befragten Person im Vordergrund.

Platzer:

Sie sind Musiktherapeut, Psychotherapeut und Sozialpädagoge. Welche Intension hatten sie um diese Arbeitsfelder beziehungsweise die entsprechenden Ausbildungen miteinander zu verbinden?

IP:

Es war eine natürliche Entwicklung. Es hat damit begonnen, dass ich Sozialpädagogik in München studiert habe. Das kam aus der Jugendzeit. Ich habe dann vor Beendigung des Studiums mit einer musikalischen Ausbildung als Perkussion ist begonnen und war auf einer Jazzschule für verschiedene Ausbildungen. Ich habe parallel auch eine psychoanalytische Ausbildung begonnen und habe mich dort mit grundsätzlichen Fragen des „Menschseins“ beschäftigt. Danach war es eine logische Entwicklung diese beiden Stränge zusammen zu führen. Dabei ist die Musiktherapie eine ideale Verbindung, da das Arbeiten mit Menschen und das Musikalische verbunden ist, was mir beides liegt. Ich muss sagen ich habe dadurch die Musik auf eine andere Weise kennen und schätzen gelernt, da es ein hochpotentes Beziehungsmedium ist und auf verschiedensten Ebenen wirksam ist, was mir nicht klar war. Das hat sich durch meine Ausbildung und meiner Arbeit mit Menschen immer wieder gezeigt. Was wenige Töne bei Menschen bewirken können und diese eine sehr hohe Symbolik haben wie man es sich kaum vorstellen kann. Es ist in unserer musikalischen Welt, die uns zurzeit überflutet, fast nicht mehr nachvollziehbar. Ich habe wirklich erstaunliche Dinge mit einem einzigen Ton bei Menschen erlebt. Ich habe dann ein Zweitstudium angeschlossen und Diplommusiktherapie abgeschlossen. Durch die Psychoanalyse bin ich dann Psychotherapeut geworden und auf der Kunstuniversität Graz eingetragen worden.

9.2 Wirkungen der Musik

Die Fragen dieser Kategorie beschäftigen sich mit den Wirkungen der Musik. Es soll aufgezeigt werden welche Auswirkungen Musik auf Kinder und Jugendliche hat und ob das Medium Musik eine geeignete Bewältigungsstrategie in unterschiedlichen Lebenskrisen ist.

Platzer:

Welche (Aus-)wirkungen kann Musik bei Kindern und Jugendlichen haben? Wie würden Sie das beschreiben?

IP:

Das kann auf den unterschiedlichsten Ebenen ablaufen. Was im Vordergrund steht, ist die Kommunikation, die Interaktion, das miteinander in Beziehung treten. Innerhalb des „in Beziehung tretens“ passieren unterschiedlichste Dinge. Diese Dinge beziehen sich auf das konkrete miteinander. Natürlich muss ich auch einen Bezug zu mir herstellen. Zu meinen Intentionen, zu meinen Affekten, zu meiner Innenwelt, zu meinen inneren Bildern und zu meinen Wertvorstellungen. Das Medium Musik ist ein Transportmittel, wenn man es psychologisch deuten will, dass in einer Symbolsprache genutzt werden kann. Aber auch durch Schwingung gibt es unheimlich viele Möglichkeiten auf Menschen einzuwirken, mit Menschen in Kontakt zu treten oder mit ihnen zu arbeiten. Es stellt sich dabei die Frage wie tief ich in der musikalischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen gehe. Welche Bedeutungsebenen spreche ich mit der Musik an? Oder bleibe ich mehr im Handeln, im Üben, im Umgehen miteinander auf einer Ebene der Interaktion, oder ist es eine Ebene des symbolischen Aufarbeitens von früheren Erlebnissen oder Fragen.

Platzer:

In welchen Lebenskrisen würden sie Musik als Bewältigungsstrategie empfehlen?

IP:

Prinzipiell kann man es überall anwenden, da Musik ein universelles Medium ist. Man kann es unterschiedlich ansetzen. Man kann mit Menschen, die an Alzheimer leiden genauso arbeiten wie auch mit Menschen im Wachkoma, in dem man zum Beispiel leise Melodien summt und so eine Verbindung herstellt. Man kann mit Leuten die die unterschiedlichsten psychotherapeutischen Fragen haben arbeiten, indem ich es als Symbolmedium einsetze. Ich kann Familienskulpturen machen, man kann mit unterschiedlichsten Konzepten arbeiten um Menschen deren Situation so zu zeigen, dass sie sie erfassen können. Der emotionale Teil der in Resonanz treten soll, den kann man über die Musik sehr gut ausdrücken und ansprechen. Deswegen ist es eine Symbolsprache. Es gibt fast nichts was nicht symbolisiert werden könnte. Man kann Organe spielen lassen. Ich habe mit magersüchtigen Mädchen gearbeitet, wo fast immer der Gong als Symbol dazwischen gestellt worden ist. Zwischen Mutter und Tochter zum Beispiel, oder Familie und Tochter. Das Symbol war der Gong der dazwischen gestellt wurde. Man kann interkulturell arbeiten. Es sind so viele Ebenen möglich. Es ist einfach ein universelles Medium. Deswegen ist es als eigene Therapieform auch anerkannt. Es gibt eine unglaublich große Vielfalt an Dingen die man machen kann.

9.3 Musiktherapie

Diese Dimension befasst sich speziell mit der Musiktherapie und welche Voraussetzungen Kinder und Jugendliche erfüllen müssen, um mit ihnen musiktherapeutisch arbeiten zu können. Des Weiteren stehen die Methodenwahl und das gewählte Setting im Vordergrund.

Platzer:

Welche Voraussetzungen müssen Kinder und Jugendliche erfüllen damit Sie im musiktherapeutischen Bereich mit ihnen arbeiten können?

IP:

Es gibt im Grunde keine Voraussetzungen. Die Kinder müssen nur offen sein. Es gibt natürlich Punkte die das Arbeiten schwierig machen. Wenn angenommen ein Klient akut psychotisch ist, ist es nicht möglich ihn zu erreichen. Da muss der Klient zuerst medikamentös aus seinem Wahn gebracht werden. Wenn jemand unter Drogenrausch steht dann kann man ihn in dem Moment nicht erreichen. Das heißt nicht, dass man mit Drogenabhängigen nicht arbeiten kann. Es ist eine Frage wie zugänglich jemand ist, ob jemand einsichtsfähig ist, ob jemand bereit ist an sich zu arbeiten. Wenn diese Voraussetzung nicht gegeben ist kann man seinem Patienten nicht helfen. Das ist unabhängig ob Kind oder Erwachsener. Man kann mit Menschen die im Koma liegen arbeiten, man kann mit Säuglingen arbeiten, man kann mit Kindern die im Brutkasten liegen arbeiten, man kann mit jeder Alterststufe arbeiten. Persönlich habe ich die Erfahrung das Jugendliche in der Pubertät schwierig zu erreichen sind, aber wenn der Wille gegeben ist kann man natürlich auch mit ihnen arbeiten. Es müssen natürlich Umstände des beschädigten Hörens berücksichtigt werden.

Platzer:

Wie wählen Sie das Setting (Einzel- oder Gruppensetting) in der musiktherapeutischen Arbeit? Wann ist es sinnvoll welches Setting zu wählen?

IP:

Das hängt vom Alter ab. Ich denke, dass mit Kindern die Einzelarbeit besser funktioniert. Ich habe aber auch mit Gruppen, bestehend aus Kindern und ihren Eltern gearbeitet. Ich habe mit ihnen Rhythmusübungen gemacht, wo sich auch herausstellte dass die Kinder besser waren als die Eltern und diese dann auch einen anderen Blickwinkel auf ihre Kinder hatten.

Dabei war das Mindestalter auf sieben gesetzt. Unter sieben Jahren sind Kinder zu sehr auf Einzelpersonen bezogen. Man kann aber auch mit Krabbelkindern arbeiten, da waren jedoch die Mütter auch dabei. Es ist dann bestimmt ein anderes Arbeiten, aber man kann es dennoch machen. Es ist immer die Frage welche Angebote man macht und welche Ziele man verfolgt. Es soll ja nicht manipulativ sein, es soll Kindern einen Raum geben.

9.4 Musik in der Sozialpädagogik

Diese Hauptdimension des Interviewleitfadens beschäftigt sich speziell mit der Musik in der Sozialpädagogik. Es wird auf sozialpädagogisch musikalische Projekte, nachhaltige Wirkungen wie auch Prävention und Intervention näher eingegangen. Des Weiteren liegt hier das Interesse an den Kenntnissen und Kompetenzen, welche die ausführenden SozialpädagogInnen haben sollten, sowie daran ob Musik als Bewältigungsstrategie in der Sozialpädagogik empfehlenswert ist.

Platzer:

Inwiefern würden Sie sagen dass musikalische Projekte für sozialpädagogische Zielsetzungen nützlich sind?

IP:

Ich finde Musik hervorragend für die Sozialpädagogik. Deshalb habe ich es auch unterrichtet. Musik bietet viele Möglichkeiten etwas symbolisch zu versuchen oder übungsbezogen damit umzugehen. Beispielsweise Abgrenzungsübungen. Man kann es übend machen, ohne dass man gleich biografisch in die einzelnen Details reingehen muss, wo auch dann der Übergang zur Psychotherapie wäre. Aber es gibt so viele Dinge wo es um den Umgang miteinander geht. Kommunikation und Gewaltprävention ist ein wichtiger Bereich in Schulen. Man kann den Kontakt üben. Mit Rhythmus oder Klang man kann viele Ebenen ansprechen.

Platzer:

Würden Sie sagen dass bestimmte musikalische Übungen in der Sozialpädagogischen Arbeit auch nachhaltige Wirkungen erzielen können?

IP:

Absolut. Alleine durch das Hören von Geräuschen. Als Sozialpädagogin bin ich mit den Kindern und Jugendlichen in den Wald gegangen und habe sie horchen lassen. Ich bin mit meinen Studenten zu einem Bach gegangen und habe sie horchen lassen. Das Ohr ist einfach unser Umweltorgan. Das Auge ist das gezieltere, wenn man so will, um Kontakt aufzunehmen, aber das Umweltorgan schlechthin ist das Ohr. Das ist nicht umsonst das Erste das funktioniert. Und das letzte, das aufhört zu funktionieren. Wir sind also mit dem Ohr am längsten verbunden als Sinn. Und es ist unser Warnorgan. Das Ohr ist das bewusste Organ was den Umweltbezug angeht und da ist Sozialpädagogik angesiedelt. Alles was den Leuten Befähigungen befördert sich in einer sozialen Welt zu bewegen. Warum soll man nicht Instrumente basteln usw. Ich bin auf einen Schrottplatz gegangen und habe mit Kindern Instrumente gesucht. Und habe dann mit Kindern und Jugendlichen Schrottmusik gemacht. Das kann man alles tun und es macht Spaß. Wir haben, bevor es irgendwelche Bands gegeben hat, auf Eisentrommeln geschlagen mit Stangen, die wir am Schrottplatz gesammelt haben. Das sind Dinge die haben ganz viele Ebenen, die man nicht aufzählen kann, aber das ist ein integriertes Vorgehen. Es schärft alle Sinne, es ist ein soziales Miteinander es zeigt Spielregeln, wie man miteinander umgeht. Wen lässt man in den Vordergrund, wen nicht. Wer hat sein Solo. Man kann so viele Dinge machen wo Menschen lernen können achtsam miteinander umzugehen. Und da hat die Sozialpädagogik einen hohen Auftrag. Sozialpädagogik ist hier nahe an der Therapie, es ist nicht Therapie, aber sie ist nahe dran.

Platzer:

Sind sozialpädagogisch musikalische Projekte nur präventiv förderlich oder können sie auch interventiv förderlich sein?

IP:

Ich denke dass beides zutrifft. Man muss sich verdeutlichen was die sozialpädagogische Aufgabe ist.

Die Grundidee hier ist ein trainierendes übendes Angebot zu machen. Und nicht zu sehr ein Trauma, die Biografie oder den strukturellen Aufbau der Persönlichkeit aufzuarbeiten. Da muss man schauen, wo die Grenzen der Sozialpädagogik sind. Aber was die Kommunikation angeht, das soziale Miteinander angeht, den Umgang mit anders Denken, das Gemeinwesen, was Erfahrung in der Gesellschaft angeht, also wie verhalte ich mich in der Gruppe, sind zentrale Aufgaben der Sozialpädagogik. Man kann an großen Gruppen

arbeiten, man kann Feste organisieren, die einen Bezug haben, interkulturellen Austausch machen. Man kann auf verschiedenen Ebenen als Sozialpädagoge Angebote machen in denen die Musik einen verrinnenden Charakter hat. Was anderes ist, wenn man heilende Intentionen hat. Oder gezielt auf die Persönlichkeit einwirken will. Dann muss man die Trennlinie zu Therapie genau anschauen. Das man der Versuchung widersteht in das Therapeutische hineingehen zu wollen, obwohl man dafür keine Ausbildung hat.

Platzer:

Inwieweit sehen Sie Gefahren bei der sozialpädagogisch musikalischen Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen? Würden Sie bestimmte Methoden empfehlen oder ausschließen?

IP:

Von der musiktherapeutischen Ebene aus sicher keine. Es besteht nur manchmal die Gefahr der Re-Traumatisierung gerade bei der rezeptiven Therapie. Ich glaube schon dass man bei der Symbolik von gewissen Instrumenten, beispielsweise bei Missbräuchen, eine besondere Vorsicht walten lassen muss. In Anbetracht was diese Kinder und Jugendlichen erlebt haben, welche Traumatisierung diese haben oder aus welchen Verhältnissen diese stammen, benötigen sie natürlich eine ganz große Sensibilität, damit sie nicht in eine Re-Traumatisierung hineingeraten. Aber ich denke dass man das steuern kann. Ich würde versuchen die erlebte Szene nicht wieder aufkommen zu lassen. Aber wenn man die Traumatisierung kennt, kann man diese behutsam in verschiedenen Ebenen einsetzen. Hierbei stellt sich wieder die Frage wann es therapeutisch wird, wo ist es noch übend oder wo ist es ein Angebot dass Menschen neue Erfahrungen machen können. Dieses Stichwort üben ist vielleicht hilfreich um diese Grenze zu erkennen. Warum soll man nicht mit Kindern Musik hören? Warum soll man nicht ein Panorama von ihrem Leben machen mit verschiedener Musik die man zusammenstellt? Dies ist ein guter Zugang zu jungen Menschen. Musik ist ein ganz zentrales Medium, die Identifikation mit Künstlern ist extrem hoch, warum soll man das nicht nutzen?

Aktiv hat immer den Vorteil, dass die Kinder handelnd bleiben und nicht in die passive Rolle kommen oder ausgegrenzt sind. Manchmal bemerkt man nicht was in den Kindern geschieht, wenn man jedoch sensibel ist und einen guten Kontakt zu ihnen hat, kann man es herausfinden. Wenn Kinder Traumatisierungen erlebt haben, ist die Gefahr der Dissoziation vorhanden, das heißt diese „beamen“ sich dann weg und das sollte vermieden werden. Sehr dosiert kann man glaube ich alle Ebenen einsetzen.

Platzer:

Welche Kenntnisse sollten die SozialpädagogInnen haben um mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen musikalisch zu arbeiten. Welche Kompetenzen sind besonders wichtig?

IP:

Es gibt verschiedenste Literatur was Traumatherapie bedeutet und wie man da hingehet. Es muss ein Bewusstsein gegeben sein was Traumatisierung bedeutet. Wenn ich Flashbacks auslöse ist das nicht gut. Ich würde Fähigkeiten verstärken die Sicherheit vermitteln, das gilt auch für therapeutisches Handeln. Es geht darum Sicherheit wieder zu finden. Ein gewisses zutrauen, dass man durch die Gefahr durchkommen kann. Früher hat man ein Trauma erlebt weil man keine Möglichkeit hatte daraus zu entkommen. Keine Möglichkeiten gesehen hat damit umzugehen, oder überfordert war, oder es so gewaltsam so Grenzen aufbrechend war, dass man dem nichts entgegensetzen konnte als sich innerlich abzuspalten. Das man solche Spaltungsprozesse sehen muss und an der Stelle auch sagen muss „da gehich nicht weiter“. Wir bleiben auf einer Ebene wo es darum geht Sicherheit zu geben. Die Ressourcen zu stärken. Diese mit ihm auch üabend herauszufinden, aber nicht das Trauma anzustoßen. Als Therapeut ist es eher möglich das Trauma aufzugreifen. Es geht immer um die Findung von Bewältigungsstrategien. Die Angst zu überwinden, beziehungsweise der Angst standzuhalten. Und standhalten üben kann man ohne die Angst erlebt zu haben. Man kann andere Fähigkeiten entwickeln standzuhalten. Das kann man mit Musik gut symbolisieren.

Platzer:

Sie würden also sagen dass SozialpädagogInnen sowohl im traumapädagogischen Bereich als auch im musikalischen Bereich Erfahrung, Kompetenzen und Ausbildungen haben sollten?

IP:

Würde ich in jedem Fall sagen. Aber die Frage des eigenen Durchstehen von Dingen, selber Tiefen erlebt zu haben, dem Anderen das Gefühl vermitteln zu können, man kann da durch gehen. Solche Dinge durch eigene Lebenserfahrungen ein Stück zu kennen, ist von Vorteil. Deswegen machen viele Leute eine langjährige Selbsterfahrung, was im Studium nicht enthalten ist. Der Punkt ist, wir neigen dazu Dinge, die uns Angst machen, auch bei anderen wegzublenden und so stellt sich die Frage, wie können wir damit umgehen, wieweit haben wir das mentalisiert, wieweit haben wir das durchstanden und sind daran auch gewachsen? Das sind Wachstumsprozesse wenn ich etwas durchstehe. Das können auch Dinge sein an

denen wir unsere Persönlichkeit schärfen, entwickeln, ausprägen und vertiefen. Und das sind Erfahrungsprozesse die man auch sozialpädagogisch unterstützen kann. Das zu verwenden ist gut, wenn man es kennt, aber innerhalb der Intervention gehen Sozialpädagogen anders damit um als Therapeuten.

Platzer:

Würden Sie resümierend sagen dass Musik als Bewältigungsstrategie in der Sozialpädagogik zu empfehlen ist?

IP:

Absolut. Es ist eines der wirksamsten Mittel. Es sind nicht umsonst die Sozialpädagogen früher mit der „Klumpfe“ herumgelaufen und haben gesungen wie die Wilden. Das ist eine natürliche Ebene, die man kennt aus der Jugendarbeit, überall sind wir mit Gitarren oder Bongos rumgesaust. So ist ja eigentlich vieles entstanden; dass man Gemeinschaft erlebt. Es sind hier oft die schlichten Sachen, die eine ungeheure Wirksamkeit haben. Damit will ich die musikalische Sozialpädagogik nicht reduzieren auf Gitarre und Pfadfinderethik, aber die Frage ist was sind die Felder in der sozialpädagogischen Arbeit, wie kann man es nutzen und reicht einem das.

Natürlich ist in der Sozialen Arbeit Musik ein zentrales Medium. Auch in der Erwachsenenbildung und in der Familienbildung. Warum soll ich nicht Eltern mit Kindern spielen lassen. Aber eben auf einer niederschweligen Ebene. Ohne eine Ebene der Durcharbeitung von Traumatisierungen oder von strukturellen Schwächen die langfristige Prozesse benötigen.

Soziales Miteinander. Da ist so vieles drinnen und wenn ich das gezielt mache ist es egal ob ich das mit Managern oder Kindern mache. Da haben Sozialpädagogen eine Aufgabe und dafür ist Musik als Medium perfekt geeignet.

9.5 Grenzen und Verknüpfungen zwischen Musiktherapie und musikalisch sozialpädagogischer Arbeit

Die letzte Dimension des Interviewleitfadens beschäftigt sich nun mit den Grenzen zwischen der Musiktherapie und der musikalischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen in der Sozialpädagogik. Es sollen Unterschiede wie auch Verknüpfungen der beiden Arbeitsfelder aufgezeigt werden.

Platzer:

Glauben Sie dass musikalische Projekte in der Sozialpädagogik ähnliche Wirkungen erzielen können wie die musiktherapeutische Arbeit? Wo sehen Sie die Grenzen?

IP:

Ich würde das nicht ausschließen, wenn man beispielsweise schaut wie die Wirklichkeit im therapeutischen Alltag aussieht. In der Klinik habe ich fünf Patienten, jeden eine halbe Stunde. Mit denen gehe ich nicht in die biografischen Ebenen, ich arbeite eigentlich übend oder problemzentriert. Ich schau was als Thema kommt und mache daraus ein Spielangebot oder eine Spielregel, sodass wir das Thema erfassen können. Natürlich haben wir einen anderen Hintergrund. Aber musikalische sozialpädagogische Projekte kann Bereitschaft wecken oder es kann Skills geben, es kann Erfahrungen vermitteln, die natürlich auch im Seelischen und Psychischen niederschlagen. Das ist nicht präventiv, das ist behandelnd, aber es bleibt auf der Ebene wo das biografische ausgespart und in einem übenden Aspekt bleibt.

Platzer:

Wo sehen Sie die Unterschiede zwischen der musiktherapeutischen und musikalischen sozialpädagogischen Arbeit?

IP:

Sozialpädagogisches Handeln ist für mich gruppenbezogen. Dabei arbeitet man mit einem bestimmten Klientel, welches nicht in einem klinischen Setting zu finden ist. Warum soll ich nicht eine Burnout-Prävention machen in dem ich aktiviere, in dem ich unterstütze dass sie den Alltagumgestalten. Stilfragen kann man auch in der Sozialpädagogik ansprechen. Wo ich vorsichtig wäre, wäre wenn es um die gezielte Behandlung von Symptomen geht. Das ist auch von dem Gesetz so vorgesehen, nämlich dass dies eine musiktherapeutische Ebene ist.

Wenn es darum geht gezielt Persönlichkeitsentwicklung anzustoßen oder komplexe Beziehungsstörungen oder der Gleichen aufzugreifen, würde ich sagen es ist einfach ein methodisch anderer Zugang nötig, ein geschütztes Setting und ein langfristig Vertrauen aufbauendes Setting nötig.

Beim sozialpädagogischen Herangehen geben wir eher Input. Wir geben Vorschläge, wir machen eher Spielangebote die eine Absicht verfolgen, die ein bestimmtes Thema in den Vordergrund stellen oder bestimmte Fähigkeiten trainiert werden sollen.

Mentalisierungsprozesse sind beispielsweise nicht die Aufgabe vom Sozialpädagogen. Aber soziales Umgehen lernen, in Bezug zu sich und zu anderen zu bekommen ist Aufgabe des Sozialpädagogen.

Ich persönlich habe den Eindruck, dass die Verhaltenstherapeuten den Sozialpädagogen den Rang abgelaufen haben, da viele Themen die heute Verhaltenstherapie sind, früher sozialpädagogische Aufgaben waren. Und da denke ich könnte man genauer hinsehen. Was ist da abhanden gekommen? Inwieweit ist das in einen sozialpädagogischen Rahmen noch zu vermitteln? Sozialpädagogik ist lösungszentriert, es ist übungszentriert, es ist problemzentriert, aber nicht biografisch aufarbeitend, strukturell aufarbeitend und auch beim Aufgreifen von Traumata wäre ich vorsichtig. Da ist auch eine Grenze.

9.6 Anmerkung

Das Folgende hat der Interviewpartner mir per E-Mail, unmittelbar nach dem Interview geschickt, da er dies noch als relevant empfand und ergänzen wollte.

IP:

Der Sozialpädagoge arbeitet eigentlich im Feld, d.h. in der Lebenswirklichkeit der KlientInnen, Musiktherapie arbeitet in einem definierten therapeutischen Setting und bezieht solche Ebenen wie Übertragung und Gegenübertragung, szenisches Verstehen, strukturelle Ebenen, Entwicklungspsychologie, Bindungstheorie, Traumatherapie, Mentalisierungsmodelle etc. je nach Hintergrund mit ein. Sie geht jedoch üblicherweise wie die Psychotherapie nicht in die Lebenswirklichkeit, sondern erschließt Unbewusstes assoziativ oder aus z.B. tiefenhermeneutischen Zugängen und dem improvisatorischen Spiel. Dadurch entstehen andere Prozesse und Methoden und sie bleibt auf der Symbolebene. Musiktherapeutisches und psychotherapeutisches Wissen fließen als Verstehenskonzepte in die Sozialpädagogik günstigerweise mit ein, methodisch wird aber in der Sozialpädagogik (auch im institutionellen Rahmen) durch übende Formen und Verfahren beratend im Lebensalltag beziehungsweise im Feld mit den KlientInnen gearbeitet.

Andererseits muss man auch sagen, dass z.B. in anderen Kulturen vieles, was hier als einem Einsatz musikalischer Mittel in der Sozialpädagogik zugeordnet werden könnte, dort schon Musiktherapie genannt wird. Dies hat der Weltkongress im Sommer deutlich gezeigt. Die Grenzen sind also fließend.

10 Musik im Sozialpädagogischen Alltag: Fallbeispiele

Ich arbeite nun seit 18 Monaten in einer sozialpädagogisch stationären Einrichtung. Nach dem Bachelor Abschluss in Pädagogik an der Karl Franzens Universität in Graz absolvierte ich in dieser Einrichtung mein Praktikum für das Masterstudium Sozialpädagogik und wurde am Ende dieses Praktikums unbefristet angestellt. Mit dem Beginn dieser Praxis begann ich meine Erfahrungen zu protokollieren wie auch meine Literaturrecherchen für diese Arbeit.

Durch meine Tätigkeit als aktive Musikerin floss das Medium Musik bewusst begleitend in meine Tätigkeit als Sozialpädagogin mit ein. Ich bemerkte nach nur wenigen Tagen, wie sehr dieses Medium die Kontaktaufnahme zu den Kindern und Jugendlichen erleichterte. Vor allem zu Jugendlichen über 13 Jahren war sehr schnell eine Vertrauensbasis geschaffen. Es bauten sich Beziehungen auf, welche für das produktive Arbeiten mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen, in meinen Augen, unabdinglich sind.

Durch diese Erfahrungen begann ich mich näher mit der „heilenden Kraft“ der Musik zu beschäftigen, den wissenschaftlichen Hintergründen, insbesondere aber den Einsatz von Musik bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Ich belegte daraufhin an der Kunstuniversität Graz eine Spezialvorlesung in Musiktherapie und begann langsam meine erweiterten Kenntnisse über die wissenschaftlich fundierte Wirkung der Musik in den sozialpädagogischen Alltag zu integrieren. Die Praxis bestätigte in diversen Situationen die wissenschaftliche Theorie.

Im folgenden Kapitel dieser Arbeit möchte ich meine Erfahrungen und Beobachtungen beschreiben, welche ich in den letzten 18 Monaten im Rahmen meiner empirischen sozialpädagogischen Tätigkeit gemacht habe.

Hinzuzufügen ist hier noch, dass aufgrund der Anonymität, weder der Name der Einrichtung, noch die Namen der Kinder erwähnt werden. Die angeführten Namen sind somit nicht mit den tatsächlichen Namen der Kinder und Jugendlichen ident. Des Weiteren ist festzuhalten, dass diese Fallbeispiele subjektiv dokumentiert sind. Durch eine enge Zusammenarbeit mit den betreuenden SozialpädagogInnen, den laufenden Dokumentationen über die Kinder und Jugendlichen und den häufigen Kontakt zu ihnen (mindestens drei mal pro Woche, über einen Zeitraum von 18 Monaten), ist es mir möglich gewesen diese Studien durchzuführen und langfristige Auswirkungen zu protokollieren.

10.1 Fallbeispiel: „Die vier Mädchen“

Fördern von sozialer Kompetenz, Selbstbewusstsein und Motivation

Die Kinder in dieser sozialpädagogisch stationären Einrichtung sind in mehrere Wohngruppen aufgeteilt. In der mir zugeteilten Gruppe waren zu Beginn dieses Projektes zehn Kinder. Sechs Buben und vier Mädchen. Drei Mädchen waren 11 Jahre und eines acht Jahre alt.

Es war zu bemerken, dass das jüngere Mädchen von den älteren so gut wie immer von Aktivitäten ausgeschlossen wurde. Erschwerend kam hinzu, dass beim jüngeren Mädchen ein Entwicklungsrückstand von zwei Jahren diagnostiziert wurde. Die Reaktion war ein deutliches Schwinden von Selbstbewusstsein und sichtbare Verzweiflung. Die drei älteren Mädchen waren in ihrer charakterlichen Ausprägung sehr unterschiedlich. Mobbing und Streit waren nahezu alltäglich und auch hier wurde kontinuierlich ein Mädchen ausgegrenzt.

Mein Konzept in diesem Fall war mit Tanz verbunden.

Die Aufgabe bestand darin sich ein Lied auszusuchen, das alle vier Mädchen mochten. Des Weiteren sollte jedes Mädchen einen Part der selbstkreierten Choreographie übernehmen und darauf geachtet werden, dass individuelle Wünsche der Mädchen erfüllt werden. Es stand ihnen frei ob sie den Tanz später einmal aufführen möchten oder nicht. Es musste nicht zu bestimmten Zeiten geübt werden, sondern nur wenn sie die Lust und die Motivation dazu verspürten. Es dauerte nicht lange, da begannen sie aus Freude am Tanzen, ohne mein Beisein, gemeinsam zu üben und die besprochenen Tipps anzunehmen. Die Mädchengruppe wuchs zusammen, sie begannen sich zu respektieren und sich gegenseitig zu motivieren. Sie haben sich die individuell ausgeprägte Skepsis und Ängste genommen und auch das kleine Mädchen wurde außerordentlich gut in die Gruppe integriert. Bald war ihnen der simple Tanz zu wenig und sie motivierten sich gegenseitig zu Singen, überlegten sich selbst eine tolle Choreographie zum Gesang und studierten diese ein. Sie verbrachten sehr viel Zeit miteinander. Mobbing und das gegenseitige Ausschließen war nicht mehr zu bemerken. Insbesondere Streit war lediglich in sehr abgeschwächter konstruktiver Form wahrnehmbar. Ich unterstützte die Mädchen weiterhin, indem ich ihnen Karaoke Versionen der Lieder organisierte und ihnen, wenn sie darum baten, Verbesserungsvorschläge machte. Nach einigen Wochen war es dann so weit. Sie wollten vor anderen das Einstudierte vortragen. Wir organisierten ein gemütliches Treffen, bei dem Eltern, Großeltern und die anderen Kinder anwesend waren. Die Mädchen haben sich gegenseitig gestützt, gefördert und motiviert, weshalb jedes Mädchen gerne vor den Anwesenden stand und mit selbstbewusster Körpersprache seinen Beitrag leistete. Der Auftritt wurde ein sehr großer Erfolg. Die Angehörigen wie auch die anderen Kinder der Wohngruppe fanden die

Aufführung großartig, die Mädchen bekamen sehr viel Applaus und es wurde nach Zugaben gerufen. Alle vier Mädchen waren sichtlich stolz. Meine Erwartungen von diesem Projekt wurden in jeder Hinsicht weit übertroffen.

Der Erfolg gab ihnen große Motivation, war verbunden mit sehr viel Spaß, lassen unterschiedliche Charaktere und den Altersunterschied nebensächlich, ja sogar befruchtend erscheinen. Inzwischen studiert diese Gruppe regelmäßig Tänze ein und integriert auch Mädchen aus anderen Wohngruppen. Sie kommen zu mir, wenn sie Fragen haben und Verbesserungsvorschläge benötigen. Ich biete ihnen Unterstützung an, was Räumlichkeiten betrifft (beispielsweise den Zugang zu einem Turnsaal) oder bei gewissen Geräten, Boxen und andere elektronischen Dingen, die hierfür förderlich wie auch notwendig sind. Die unterschiedlichen Charaktere nutzen sie inzwischen produktiv und bauen es in ihre Aufführungen mit ein. Die Tränen des jüngeren Mädchens, wenn sie alleine und ausgeschlossen am Abend in ihrem Zimmer war, sind vergessen. Sie treffen sich nun fast jeden Abend gemeinsam in einem der Mädchenzimmer, hören Musik und überlegen sich neue Choreografien, während sie beispielsweise Armbänder knüpfen.

Das Selbstbewusstsein und der Zusammenhalt der Mädchen ist durch das Medium Musik so gestiegen, dass sie nun sogar planen bei einem größeren Sommerfest aufzutreten.

Von enormer Bedeutung sehe ich hier vor allem die Freiwilligkeit, um die Freude und den Spaß am Tanzen und Singen zu erhalten, es bei einem Hobby zu belassen und keinen vergleichbaren schulischen Druck aufzubauen. Sie Tanzen und Singen wenn sie es wollen, es gibt keine festgelegten Termine an denen sie Auftreten oder Musik machen müssen. Es wird jeglicher Zwang vermieden und die Freude an der Musik gibt den Mädchen die Möglichkeit nachhaltig soziale Kompetenzen aufzubauen wie auch das für sich gewonnene Selbstbewusstsein und die Erfahrung, welche positive Einflüsse auf die Motivation haben, in den unterschiedlichsten Lebenslagen für sich zu nutzen.

10.2 Fallbeispiel: Der „GooseBombShake“

Fördern positiver Emotionen

Es gibt im Leben eines Teenagers Tage die sehr schwierig sind. Der Schulerfolg ist nicht wie erhofft, die ersten unglücklichen Liebesbeziehungen belasten oder es gibt Streit mit Eltern und FreundInnen. Trotz dieser kontraproduktiven Emotionen soll der Teenager Hausaufgaben machen und für kommende Prüfungen lernen.

Die Jugendlichen und ich haben aufgrund dieser negativen Emotionen den sogenannten „GooseBombShake“ entwickelt, welcher in erster Linie die Ausschüttung des Hormons Oxytocin fördern soll und somit leichter und befreiter an das Lernen und die Aufgaben herangegangen werden kann.

Wie bereits in Kapitel 6.2.2.2 beschrieben und erläutert, kann Musik, insbesondere die jeweilige Lieblingsmusik ein Hormon auslösen, welches Oxytocin heißt, gegen Stress wirkt, für das Wohlbefinden förderlich ist und eine beglückende Wirkung hat. Das Projekt „GooseBombShake“ soll zu Spaß und maximaler Entspannung führen. Der Tag ist, meinen Erfahrungen und Beobachtungen zufolge, nicht mehr ganz so negativ behaftet und es zeigt sich ebenso die positive Auswirkung der körperlichen Bewegung, nach einem ganzen Tag in der Schule sitzen.

Es geht in diesem Tanz darum zu einem bestimmten Lied, welches sich die Kinder und Jugendlichen selbst aussuchen können, so lächerlich wie möglich zu tanzen. Von mir kommen Vorschläge und ich bin selbstverständlich in diesen Tanz vollkommen integriert. Es ist wichtig dass es hier keine Zuschauer gibt, welche sich an dem Tanz belustigen, sondern sich nur aktive TeilnehmerInnen im Raum befinden. Aus meinen Erfahrungen ist die Reggae-Musik dazu sehr gut geeignet. Es ist jegliche Bewegung erlaubt. Auch solche, die man in einer Diskothek oder in der Öffentlichkeit niemals machen würde.

Besonders Jugendliche haben bereits ein Schamgefühl entwickelt und haben Angst ausgelacht oder kritisiert zu werden. Wenn jedoch, wie bei diesem „Shake“, die ganze Gruppe nicht „normal“ ist, verschwindet diese Angst. Es macht den Jugendlichen großen Spaß und es wird eher zu einem miteinander Lachen als zu einem gegenseitigen Auslachen. Der Ort des Geschehens ist frei wählbar und fand auch schon auf Sofas und Betten, welche stabil genug waren (um etwaige Schäden zu verhindern), statt.

Um den „GooseBombShake“ in Gang zu bringen ist es meiner Erfahrung nach wichtig, wenn der/die Sozialpädagoge/Sozialpädagogin mit dem Tanz beginnt. Ebenso wie die Teenager muss der/die Sozialpädagoge/Sozialpädagogin so lächerlich wie möglich tanzen. Dabei sollte man durchaus bis zur Grenze der Erschöpfung gehen. Das Ergebnis hat stets gezeigt, dass diese enorme Stimmungssteigerung die Motivation und Aufnahmefähigkeit für anschließendes Arbeiten und Lernen äußerst positiv beeinflusst. Des Weiteren verbindet es die Gruppe durch den gemeinsamen Spaß am „lächerlich sein“. In diesen Minuten existiert kein Schamgefühl, keine Wut, keine Aggression, kein Liebeskummer, nur der Spaß an der Bewegung und das Lachen bis der Bauch weh tut.

10.3 Fallbeispiel: „Eine musikalische Analyse“

Aufbauen von Vertrauen und Stärken von Beziehungen. Musik als ein Medium der Kommunikation.

Traumatisierte Kinder und Jugendliche haben häufig schlimme Erlebnisse erfahren müssen beziehungsweise traumatische Erfahrungen aufzuarbeiten. Für SozialpädagogInnen ist es von größter Wichtigkeit von jedem Kind und Jugendlichen mit dem sie arbeiten die Hintergründe und die Vergangenheit zu kennen. Nur so lassen sich ihre Handlungen und ihre Charaktereigenschaften analysieren und nachvollziehen. Viele Kinder und Jugendliche sind bereits schon einige Jahre in sozialpädagogisch stationären Einrichtungen und sind sich oft leidvoll bewusst, dass eine Rückführung in die Familie nicht möglich ist. Da es, meinen Erfahrungen zufolge, in diesen Einrichtungen einen häufigen Personalwechsel gibt, bedeutet dies für viele Kinder und Jugendliche, einen immer wiederkehrenden Verlust von Bezugspersonen. Mühsam aufgebaute, fragile Beziehungen werden dadurch häufig unerwartet beendet. Hier ist es vor allem von enormer zweckgebundener Bedeutung, dass die SozialpädagogInnen zwar Beziehungen zu den Kindern und Jugendlichen aufbauen, jedoch keine engen Bindungen. Speziell Jugendliche, die viele Beziehungsabbrüche erfahren mussten, verlieren meinen Wahrnehmungen zufolge, allgemeines Vertrauen in SozialpädagogInnen, resignieren und verlieren den Respekt vor den Erwachsenen mit der Argumentation „Du bist eh bald wieder weg“. Ein Satz den, insbesondere neue SozialpädagogInnen, immer wieder zu hören bekommen. Um dennoch, in vielen Bereichen des sozialpädagogischen Alltags, erfolgreich mit den Kindern und Jugendlichen arbeiten zu können und individuelle Bewältigungsstrategien für sie zu finden, ist Vertrauen und eine positive Beziehung unabdingbar. Ich habe hier mit dem Medium Musik, um Vertrauen und Beziehungen zu fördern, sehr produktive Erfahrungen gemacht.

Es geht hier um Dominik. Dominik musste aufgrund seiner Vergangenheit leider sehr früh erwachsen werden. Er konnte aufgrund der familiären Verhältnisse seine Kindheit nie wirklich ausleben und war damit, wie er selbst erzählt, stets sehr ernst. Als ich ihn kennenlernte, war er 12 Jahre alt und war bereits vier Jahre in dieser sozialpädagogisch stationären Einrichtung. Er weiß, dass es keine Rückführung in seine Familie geben wird. Sein Vertrauen gegenüber Erwachsenen ist aufgrund seiner Erfahrungen so gut wie nicht vorhanden, weshalb es für SozialpädagogInnen schwer ist eine positive Beziehung zu ihm aufzubauen. Ich beobachtete ihn über mehrere Wochen intensiv und bemerkte, dass er zwar nicht selber tanzte, sang oder gar ein Instrument gespielt hat, aber praktisch immerzu Musik hörte. Er hörte wirklich jede Nacht Radio, ging mit Musik schlafen und wachte mit Musik auf. Durfte er ins Internet, hörte er ausschließlich Musik und schaute sich dazugehörige Musikvideos an. Ich begann mit ihm über Musik zu sprechen und erzählte ihm von meiner

musikalischen Tätigkeit. Ich war sehr erstaunt über sein großes Wissen über Musik. Er kannte sowohl neue Songs, Hits und Bands als auch ältere, die kaum noch Jugendlichen bekannt sind. Er analysierte Musikvideos, deren Effekte, wusste wie sie gemacht wurden und welche technischen Geräte dazu am besten geeignet sind. Er kannte sich aus mit Kopfhörern, Boxen und ähnlichen technischem Instrumentarium, weshalb er auf die besten Geräte sparte. Ich habe bis jetzt von ihm über Technik in der Musik tatsächlich sehr viel gelernt. Er bemerkte mein großes Interesse daran und meine Wertschätzung für dieses umfangreiche Wissen. Ich hörte ihm zu, wenn er mir erzählte wann welches Lied in den Charts war und weshalb ein Song in seinen Augen in den Charts ist. Mein Musikbegriff in der Therapie hat sich damit enorm erweitert. Ich stellte fest, dass man Musik nicht nur melodisch oder rhythmisch einsetzen kann, rezeptive oder aktive Methoden anwenden kann, sondern dass das Medium Musik auch Technik ist und es Menschen, insbesondere viele Jugendliche gibt, welche ein enormes Interesse dafür zeigen. Wir sprechen nach wie vor sehr oft über Musik. Wenn er nicht schlafen kann oder einfach nur reden möchte, wenn er Ablenkung braucht und ihn Nervosität oder Ängste quälen, möchte er über das Reden, was ihn interessiert, möchte er sich damit beschäftigen, was ihm gut tut. Er möchte einfach dass ihm jemand wirklich interessiert zuhört, wenn er sein Wissen zeigen kann. Wir haben inzwischen eine sehr vertrauensvolle Beziehung. Er erzählt mir inzwischen viele Dinge, die weit über die Musik hinausgehen, resigniert nicht mehr und nimmt Dinge, auch wenn sie nicht immer die Angenehmsten sind, an. Einfach nur über Musik und all die Technik die dahintersteckt zu reden hat ihm, meinen Wahrnehmungen zufolge, sehr geholfen Vertrauen wie auch eine Beziehung aufzubauen.

10.4 Fallbeispiel: Gute Nacht Improvisation: „Smile“

Trauerbewältigung

Viele Kinder und Jugendliche, die in sozialpädagogisch stationären Einrichtungen leben, haben das Los ihre Eltern sehr selten oder gar nie zu sehen. Sehr oft ist dies nicht weil die Eltern früh verstorben sind, sondern oft sehr zerrüttete Familienverhältnisse herrschen und Eltern über wenig soziale Kompetenzen verfügen.

Meinen Wahrnehmungen zufolge spüren kleine Kinder den Verlust von Eltern und/oder Angehörigen sehr intensiv, obwohl sie es häufig nicht verbalisieren können. So sagte mir ein fünf jähriger Junge: „Ich bin krank und da gehöre ich zu meiner Mama“. Aus meiner Beobachtung in der Einrichtung sind es gerade diese jungen Kinder, welche häufig hyperaktiv sind, aggressiv werden, zu stehlen beginnen oder vermehrt lügen. Es ist bemerkbar, dass sie zwischen Trauer und Wut gefangen sind, jedoch häufig nicht in der

Lage sind darüber zu sprechen. Speziell am Abend, wenn die Kinder langsam zur Ruhe kommen, es keine Ablenkungen mehr gibt und sie alleine mit ihren Gedanken und Erinnerungen sind, ist zu beobachten, dass sie zunehmend traurig werden und schmerzvoll Mama und/oder Papa vermissen.

Der kleine sechsjährige Max musste genau diese Trauer am Abend immer wieder bewältigen und um Entspannung und schöne Träume kämpfen. Eines Abends als er mich wieder zu sich holte und weinte, überlegte ich mir spontan ein Lied. Er wollte kein „Gute Nacht Lied“ hören, dass er immer hört. Dennoch habe ich das Lied wie ein „Gute Nacht Lied“ aufgebaut. Das Lied nannte ich „Smile“ und das ist eigentlich auch das einzige echte englische Wort innerhalb dieses Textes. Alle anderen Wörter hören sich zwar an als wären sie englisch, sie sind jedoch improvisiert. Dies hat auch einen Grund. Wenn er mich nach dem Text fragte, konnte er sich selbst dazu etwas überlegen. Er erzählte mir, dass er dabei an die Mama denkt und dass das, aufgrund des beruhigenden und lieblichen Liedes, schöne Gedanken sind. Ich singe es immer mit einer ruhigen, gelassenen und warmen Stimme. Während ich singe bemerke ich wie er mit den Gedanken wandert und zur Ruhe kommt. Er hört stets auf zu weinen und auch wenn er nicht einschläft, so wirkt er dennoch unmittelbar nach dem Singen dieses Liedes, sehr entspannt. Inzwischen, nach einem Jahr, ist es zu unserem kleinen Ritual geworden. Manchmal erzählt er mir was er denkt, wenn ich singe, manchmal behält er es ganz für sich. Immer wenn ich abends Dienst habe, kommt er zu mir und möchte noch „Smile“ hören. Seit wir dieses Ritual haben sind seine Alpträume kaum noch beobachtbar. Dem sechsjährigen Max hat dieses Lied sichtlich sehr geholfen den abendlichen Schmerz zu verkraften.

10.5 Fallbeispiel: „Singen unter der Dusche“

Fördern und Stärken von Selbstbewusstsein und Motivation

Kinder singen gerne. Es ist ihnen nicht wichtig ob sie die Töne treffen, im Rhythmus sind, der Text genau stimmt oder ob sie eine außergewöhnlich gute Stimme haben, sie singen einfach gerne und es tut ihnen offensichtlich gut. Gerade wenn man wie ich eine Leidenschaft zur Musik entwickelt hat und professionell singt hat man das innere Verlangen dies an Kinder weiterzugeben. Dies ist jedoch in einer sozialpädagogisch stationären Einrichtung nicht immer einfach. Die Kinder und Jugendlichen haben nur ganz selten ein Zimmer für sich alleine und selbst wenn, hört man jeden Ton durch die dünnen Wände. Was bei kleineren Kindern noch normal ist, beispielsweise vor dem Spiegel, in der Badewanne oder unter der Dusche zu singen, ist bei Jugendlichen meist verschwunden. Das Schamgefühl ist groß und es ist oft grausam zu beobachten, wie hier das Thema Mobbing Jugendliche, selbst wenn sie

eine gute Stimme haben, davon abhalten zu singen. Die vorhandene Leidenschaft wird häufig, mehr oder weniger brutal, abgewürgt.

Mir haben andere Jugendliche aus der Einrichtung früh erzählt, dass Jessica singt. Sie haben allerdings alle ziemlich böse darüber gesprochen. Sie haben beispielsweise berichtet, dass sie sich nur einbildet, dass sie singen kann und dass sie nervt, wenn sie singt. Jessica spürte und hörte dies und hat als natürliches Resultat aufgehört zu singen. Es war zu beobachten, dass ihr Selbstbewusstsein eigentlich nur sehr gering vorhanden war und sie ihre negativen Gefühle und Erfahrungen mit übermäßigem Essen zu unterdrücken versuchte. Das Resultat war eine sichtbare Gewichtszunahme. Eines Tages, es waren fast keine anderen Jugendlichen im Haus, hörte ich sie unter der Dusche singen. Ich war verblüfft wie gut es sich anhörte, wie schön ihre Stimme war. Ich sagte ihr dies, was von ihr jedoch sofort abgeblockt wurde. Sie konnte meinem Lob keinen Glauben schenken. So studierte ich mit ihr einige Lieder ein. Ich ermutigte sie immer wieder zu Üben. Eines Tages schaffte ich es dann einen Termin bei einem Produzenten mit einem großen Tonstudio auszumachen. Sie durfte ein gelerntes Lied aufnehmen. Es war mir sehr wichtig, dass sie sich selbst hört und die Bestätigung bekommt, dass sie gut singen kann und eine schöne Stimme hat. Die Aufnahme war großartig. Man konnte hören, dass sie bereits mit vierzehn Jahren eine Stimme hat, die bei weiterer Übung und Ausbildung richtig „groß“ werden kann, was sie auch von mehreren Seiten bestätigt bekam. Es kostete sie sehr viel Überwindung das Lied den anderen Jugendlichen vorzuspielen, sie hörte seither jedoch nie mehr, dass sie nicht singen kann. In ihr wuchs Motivation, die Motivation besser zu werden. Sie entwickelte mehr Selbstwertgefühl und sie versuchte wieder abzunehmen. Das Singen ist eine Ressource, die sie stärkte, die sie für sich als Bewältigungsstrategie erkannte und weiterhin, hoffentlich ihr ganzes Leben lang, nutzt.

10.6 Fallbeispiel: „Ringe Ringe Reiha, bis einer fällt“

Fördern von positivem Gemüt und Senken von Hyperaktivität

Aus meiner Erfahrung reagieren Kinder häufig verstärkt hyperaktiv, wenn sie von einem Besuch bei ihren Eltern oder anderen Angehörigen zurück in die sozialpädagogisch stationäre Einrichtung kommen. Dies erreicht oft eine Dimension, dass Dinge wie Duschen gehen, Zähneputzen und schlafen gehen, beinahe unmöglich werden. Dazu mischt sich ein großes Quantum Trauer, die Angehörigen wieder verlassen zu müssen und diese wieder für längere Zeit nicht sehen zu können. Um den daraus entstehenden Schwierigkeiten, welche sich dann meist am Abend ergaben, entgegenzuwirken, erfand ich ein Spiel, das wir „Ringe Ringe Reiha, bis einer fällt“ nannten.

Als Austragungsort wählte ich den Turnsaal. Die Musikwahl ist dabei sekundär, meist reicht die Musik von Radiosendungen. Im Normalfall wird dabei so laut geschrien, dass man die Musik kaum noch hört. Wichtig ist, dass jede/r die Schuhe auszieht, um die Verletzungsgefahr zu minimieren. Es geht darum sich bei den Händen zu halten und sich, weitgehend im Schrittrhythmus der Musik, gemeinsam so lange im Kreis zu drehen, bis eines der Kinder hinfällt. Dies wird öfter wiederholt, so lange bis die Kinder sichtlich erschöpft sind. Es ist für alle ein großer Spaß, speziell dann, wenn sich die SozialpädagogInnen daran engagiert beteiligen. Die Gruppengröße ist dabei nicht von großer Relevanz. Auch wenn nur ein Kind mit einem/einer Sozialpädagogen/Sozialpädagogin spielt, verliert das Spiel nicht an Wirkung. Die Kinder werden müde und merklich ausgeglichener. Der Abschied von ihren Lieben endet nicht in einem tristen Alltag, sondern in positivem Spielespaß. Es ist ein schöner Ausklang des Tages. Aggressionen und negative Energien werden abgebaut. Bewegung zu Musik, welche natürlich Spaß machen soll, also keine schwierigen Tanzübungen, keine Choreografien oder konzentrationsintensive Schrittfolgen, hat dabei zu großen Erfolgen geführt. Der Nebeneffekt der meist laut eingestellten Begleitmusik ist, dass die Kinder „Ringe Ringe Reih, wenn er fällt dann schreit er“ lauter singen beziehungsweise schreien. Dieses Schreien hilft, meinen Erfahrungen zufolge ebenso, gewisse Aggressionen abzubauen. Der Tag endet positiv in einem gesunden Schlaf.

Die räumlichen Voraussetzungen für dieses Spiel sind viel Platz (je nach Gruppengröße), um die Verletzungsgefahr zu minimieren und Sachbeschädigungen zu vermeiden. Ebenso ist es wichtig darauf zu achten, dass der durchaus Dimensionen erreichende Lärm, zu keiner Lärmbelästigung führen kann. Nicht Schreien und toben zu dürfen würde die Kinder einschränken.

10.7 Fallbeispiel: „Musikalisches Kochen“

Lernen von Verantwortung und erkennen von Ressourcen

In einer sozialpädagogisch stationären Einrichtung wird schon sehr früh darauf geachtet, dass Kinder eine gewisse Selbständigkeit erlernen. So hat auch jeden Tag ein Kind einen Küchendienst. Dabei geht es darum zu kochen, den Tisch zu decken, den Geschirrspüler einzuräumen oder den entstandenen Müll wegzutragen. Bei all diesen Diensten geht es unter anderem auch darum bewusst Verantwortung zu übernehmen. Wenn man den Dienst hat zu kochen, dann muss dies auch gemacht werden, da sonst keiner was zu essen hat. Selbstverständlich wird dies, vor allem bei den jüngeren Kindern, von den SozialpädagogInnen unterstützt. Es wird immer zur gleichen Zeit zu Abend gegessen, daher ist es natürlich auch wichtig nach Zeitplan mit dem Kochen zu beginnen. Wenn das Kind

jedoch traurig oder wütend ist, sind dies Emotionen, welche nicht förderlich sind um diese Verantwortung übernehmen zu können.

Meinen Erfahrungen nach ist die Einführung von „musikalischem Kochen“ hervorragend geeignet um diesen Emotionen entgegenzuwirken. Es wird dabei im Rhythmus der Musik gekocht. Man kann dabei Musik hören und den Rhythmus übernehmen, oder selber Musik machen, beispielsweise mit Töpfen. Dabei wird beispielsweise das Gemüse im Takt zur Musik geschnitten oder rhythmisch in den Töpfen gerührt. Dabei ist überraschenderweise das Gemüse meist schöner und schneller geschnitten, als ohne Musik. Die Speisen gelingen besser, schneller und die Kinder erkennen versteckte Ressourcen. Sie bemerken, dass sie mit der richtigen Unterstützung kochen können. Sie dürfen Lärm machen, während dem Kochen tanzen und laut zur Musik mitsingen, währenddessen sie mit dem Mixer rühren. Noch nie habe ich ein Kind erlebt, dass dabei nicht gelacht hat. Mit dem nötigen Lob der SozialpädagogInnen, den Spaß, den sie hatten und dem Erfolg den sie verzeichnen können, wenn das Essen auf dem Tisch steht, können die Kinder erkennen, dass auch wenn man Dienste hat, Pflichten erfüllen muss, man dabei Spaß haben kann. Man kann erkennen, dass jedes Kind Ressourcen hat, die positiv für die Gemeinschaft eingesetzt werden können.

10.8 Fallbeispiel: „Auswendig lernen“

Stärken von Kognitiven Fähigkeiten, Fördern von Konzentration

Es ist nicht einfach sich jeden Tag mit etwas zu beschäftigen, das man nicht kann. Jeden Tag zu lesen, obwohl man sich die Buchstaben nicht merken kann, jeden Tag zu schreiben obwohl man mit der Motorik große Schwierigkeiten hat. Dies gehört jedoch zum Alltag sehr vieler Kinder. Sie müssen diese Aufgaben jeden Tag erfüllen auch wenn sie eine Konzentrationsschwäche haben oder Schwierigkeiten mit der Feinmotorik. Aufgrund dessen verlieren sehr viele Kinder und Jugendliche die Lust zu lernen, sie resignieren und häufig ist zu beobachten, dass dadurch die Defizite noch gravierender werden.

So wie beim achtjährigen Mädchen Lea. Sie hat einen Entwicklungsrückstand von ungefähr zwei Jahren und es zeigen sich bei ihr vor allem kognitive Schwächen. Sie hat für sich eine Bewältigungsstrategie gefunden. Wenn sie zu lange mit schwierigen Beispielen konfrontiert ist, diese wieder und wieder nicht lösen kann, zeigen sich psychische Absenzen. Diese traten immer häufiger auf und stand dem Lernen massiv im Weg. Eines Tages bemerkte ich, dass sie sehr gerne singt, sich Texte von Liedern schnell merkt und diese sehr leicht auswendig lernt, obwohl sie beim Lesen große Schwierigkeiten hat. Sich Gedichte zu merken, die Sie für die Schule immer wieder auswendig lernen musste, fiel ihr allerdings extrem schwer. Darum begann ich mit ihr musikalisch zu lernen. Ich baute die Buchstaben,

Gedichte oder andere Texte in unterschiedlichste Lieder ein. Wir sangen sie gemeinsam und sie hatte so viel Spaß dabei, dass sie gar nicht mehr damit aufhören wollte. Während dem Singen zeigte ich mit dem Finger immer auf den dazugehörigen Text. Das Lernen fiel ihr so sehr viel leichter, es war lustiger und sie tat es wirklich gerne. Um aufkommende Müdigkeit zu unterbinden und die Konzentration wieder zu steigern, standen wir in regelmäßigen Abständen auf, was mit Aufwecken vergleichbar war. Wir machten uns immer eine Textstelle aus, an der wir uns wieder hinsetzten und weiter lernten. Wenn es einmal zu anstrengend wurde und sich psychische Absenzen wieder bemerkbar machten, habe ich einfach schrille, lustige Geräusche gemacht. Geräusche eines Rettungsautos oder der Polizei. Sie lächelte dann immer und begann wieder weiter zu rechnen oder zu lesen. Inzwischen zeigen sich enorme Fortschritte, speziell was das Lesen und die Merkfähigkeit betrifft. Es beginnt ihr Spaß zu machen und sie liest seither jeden Abend gerne.

10.9 Fallbeispiel: „Auf die andere Weise sagen“

Trauer- und Wutbewältigung

Wenn traumatisierte Kinder und Jugendliche die Realität und gewisse Erlebnisse verstehen können, zeigt sich häufig wie gespalten ihre Gefühle sind. Meist ist hier eine Mischung aus Wut und Trauer wahrnehmbar. Es ist zu beobachten, dass diese Kinder und Jugendlichen oft nicht wissen wie sie mit diesen Gefühlen umgehen sollen und die Fähigkeit diese großen Gefühle zu artikulieren, noch nicht besitzen.

So auch bei der zwölfjährigen Katharina. Sie war wütend auf ihre Mutter, enttäuscht und trotzdem vermisste sie ihre Mutter sehr. Sie wollte ihrer Mutter sehr viel sagen, was jedoch nicht möglich war, da der Kontakt völlig abgebrochen war. Sie kam weder zu Besuch noch ging sie ans Telefon. Dennoch wollte Katharina ihre Gedanken unbedingt artikulieren. Ich begann mit ihr, ähnlich wie einen Brief oder ein Tagebuch, einen Liedtext zu schreiben. Zu einer Musik, die sie sich selbst aussuchte, schrieb sie sich alles von der Seele. Sie reimte, wenn sie Lust hatte zu reimen, oder schrieb Prosa. Es passte meist zur Musik und wenn nicht war das nicht von großer Bedeutung. Sie schrieb alles, was sie ihrer Mutter schon immer sagen wollte nieder. Die Musik unterstützte unmittelbar alle ihre Emotionen, die sie empfand und alle Gedanken die sie hatte. Als sie alles niedergeschrieben hatte, stand es ihr frei, was sie mit den Zeilen, die sie verfasst hat, machen wollte. Sie konnte es wie einen Brief wegschicken, das Blatt Papier einfach verstecken, konnte es vorlesen oder auch nicht, oder einfach nur beseitigen. Sie entschied sich dafür, die Zeilen die sie geschrieben hatte und alles was sie ihrer Mutter schon immer sagen wollte mit einem Foto ihrer Mutter in eine Schachtel zu geben und diese zu verbrennen.

Sie selbst sagte mir, dass es für sie eine Art Abschließen war. Es quälte sie lange dass sie der Mutter nicht sagen konnte, was sie bedrückt. Die ständigen erfolglosen Versuche die Mutter zu erreichen, machte sie nur noch wütender. Jeder neue Versuch die Mutter zu erreichen war eine Enttäuschung mehr. Seither hat sie nicht mehr versucht ihre Mutter zu kontaktieren, sie hatte dass, was sie sagen wollte, gesagt. Sie hat es auf eine andere Weise gesagt, nämlich mit Hilfe von Musik.

Aufgrund dieser Erfahrungen, insbesondere den Erfahrungen, wie wichtig es oft ist im Einzelsetting mit den Kindern und Jugendlichen zu arbeiten, entstand das Konzept „Musik als Bewältigungsstrategie in der Sozialpädagogik“ im Einzelsetting. Dies werde ich im folgenden Kapitel darlegen und näher erläutern.

11 Konzept: „Musik als Bewältigungsstrategie in der Sozialpädagogik“ im Einzelsetting

Im folgenden Kapitel lege ich das von mir ausgearbeitete Konzept dar („Musik als Bewältigungsstrategie in der Sozialpädagogik“), welches speziell auf die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen im Einzelsetting ausgelegt ist.

11.1 Einleitung

Während meiner Arbeit in einer sozialpädagogischen stationären Einrichtung, den Erfahrungen die ich mit den musikalischen Projekten, Übungen und Spielen machte, bemerkte ich zunehmend, dass Musik als Bewältigungsstrategie in vielerlei Hinsicht funktioniert, jedoch bemerkte ich auch, dass individuell mit den Kindern und Jugendlichen gearbeitet werden sollte und dies speziell innerhalb der Einrichtung oft nicht möglich ist.

Dabei handelt es sich um Kinder und Jugendliche mit teilweise komplexen Traumatisierungen, welche diese gemeinsame musikalische Arbeit nicht nur vereinzelt benötigen würden, sondern in regelmäßigen Abständen mit ihnen Projekte gemacht werden sollten. Im Sinne von Zusatzmaßnahmen für diese Kinder und Jugendliche, soll ein Projekt umgesetzt werden, welches vergleichbar mit Erlebnispädagogischen Zusatzmaßnahmen, regelmäßig und vor allem im Einzelsetting stattfinden soll, um den Kindern und Jugendlichen zu helfen nachhaltig mit den Gegebenheiten und den Erlebnissen, welche sie bereits früh machen mussten, besser umzugehen. Aufgrund des Wissens, welches ich mir angeeignet habe, aufgrund der Informationen, welche ich im Laufe dieser Masterarbeit sammelte und meinen Erfahrungen die ich machte, habe ich ein Konzept entwickelt, welches Kindern und Jugendlichen in vielerlei Hinsicht helfen kann, ihre Lebenskrisen mit Hilfe von Musik zu bewältigen.

11.2 Kooperationen

Dieses Konzept basiert auf der Zusammenarbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen, welche in sozialpädagogisch stationären Einrichtungen leben. Es ist hier wichtig Kooperationen herzustellen und mit SozialarbeiterInnen, Angehörigen, LehrerInnen und anderen, für die Kinder und Jugendlichen wichtigen, Personen zusammenzuarbeiten.

Aufgrund der Thematik dieses Konzeptes ist es sinnvoll mit Trägern der freien Jugendwohlfahrt zu kooperieren. Die zusätzlichen Kosten werden, insbesondere wenn die Einrichtung nicht vollständig vom Land finanziert wird, in begründeten Ausnahmefällen, sofern es das Kindeswohl erfordert, von der Steiermärkischen Landesregierung, laut StJWG-DVO (Steiermärkisches Jugendwohlfahrtsgesetz-Durchführungsverordnung), übernommen (vgl. Steiermärkisches Jugendwohlfahrtsgesetz 2013, S. 1).

11.2.1 Dauer, Ausmaß und Kosten/Bezahlung

Die Dauer und das Ausmaß des Projektes werden individuell entschieden. Dabei geht es darum, wie lange dieses Projekt beziehungsweise die musikalische Arbeit mit diesem Kind erforderlich ist, damit das Projekt nachhaltige, positive Auswirkungen hat. Des Weiteren muss man hier darauf achten, wie viele Einheiten pro Woche stattfinden. Das Kind darf nicht überfordert werden. Dies bedeutet, dass das Ausmaß der Stunden auch auf schulischen Druck und anderweitige Termine, wie Psychotherapie und regelmäßige, verpflichtende Freizeitgestaltungen, abgestimmt werden soll.

Um eine nachhaltige Wirkung zu erzielen ist es in vielen Fällen förderlich fünf bis zehn Einheiten pro Woche zu machen. Diese können geblockt werden oder auch auf die Woche aufgeteilt. Wenn beispielsweise eine musikalische Lernunterstützung (beispielsweise Fremdsprachen lernen, Auswendig lernen) integriert sein soll, ist es definitiv sinnvoller die Einheiten zu blocken, damit auch Zeit ist anderweitig musikalisch zu arbeiten und nicht nur schulisch.

Bei der Dauer des Projektes ist es auch abhängig welcher Anlass oder welche Indikation für die Aufnahme eines musikalisch sozialpädagogischen Projektes gegeben ist. Ist der Auftrag der SozialpädagogInnen beispielsweise die Stabilisierung des Kindes/des Jugendlichen während einer temporären schweren Lebenskrise (beispielsweise im Sinne einer zusätzlichen Prozessbegleitung, ein traumatisierender Unglücksfall oder Trauerbewältigung) oder handelt es sich um Kinder und Jugendliche, mit denen aufgrund verschiedenster Traumatisierungen, Verhaltensauffälligkeiten oder Lebenskrisen, längerfristig gearbeitet werden soll.

Man sollte jedoch beachten, dass die Finanzierung, beispielsweise wenn diese vom Land finanziert wird, nur über einen gewissen Zeitraum genehmigt wird. Nach dem Ablauf dieses Zeitraumes beziehungsweise wenn die bezahlten Einheiten aufgebraucht sind, muss die zuständige Bezugsperson wenn nötig, die Genehmigung für dieses Projekt neu beantragen.

Auch die Kosten beziehungsweise die Bezahlung des/der ausführenden Sozialpädagogen/Sozialpädagogin ist individuell. Dabei wird nach dem Kollektivvertrag der Sozialwirtschaft Österreichs (BAGS) bezahlt. Hier gibt es unterschiedliche Kategorien. Abhängig ist dies, unter anderem vom Aufwand der Einheiten. Werden diese beispielsweise innerhalb der sozialpädagogischen stationären Einrichtung abgehalten und werden dementsprechende und notwendige Materialien beziehungsweise Medien zur Verfügung gestellt, oder ist es notwendig das Kind/den Jugendlichen aus der Einrichtung herauszunehmen und selbst dementsprechende Utensilien und Räumlichkeiten zu Verfügung zu stellen.

In diesem Fall ist es für die ausführenden SozialpädagogInnen von enormer Bedeutung dass die Ressourcen, um die Einheiten außerhalb der sozialpädagogisch stationären Einrichtung abhalten zu können, gegeben sind. Dazu wird in Punkt 4: „Setting und Rahmenbedingungen (Sachmittel)“, noch genauer eingegangen.

Um unter anderem der Dauer, den Ausmaßen und den Kosten beziehungsweise der Bezahlung gerecht zu werden, werden in Punkt 10.3 spezielle Anforderungen an die ausführenden SozialpädagogInnen dargelegt und erläutert.

11.2.2 Zusammenarbeit mit betreuenden SozialpädagogInnen, SozialarbeiterInnen und Angehörigen

Gerade in der Anfangsphase des Projektes ist eine enge Zusammenarbeit mit den betreuenden Personen der Kinder und Jugendlichen unabdingbar. Wenn die finanziellen Kooperationen geklärt sind, müssen die ausführenden SozialpädagogInnen dieses Projektes alles Wichtige über dieses Kind beziehungsweise den Jugendlichen erfahren. Dies ist unverzichtbar für eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit nachhaltigen Auswirkungen. Es müssen Informationen über die Kinder und Jugendlichen eingeholt werden, wenn vorhanden Entwicklungsberichte, Diagnosen wie auch besondere oder außergewöhnliche Charakterzüge des Kindes/des Jugendlichen.

Aufgrund dieser Informationen, welche zu einer sinnvollen Zusammenarbeit führt, kann der/die ausführende Sozialpädagogin/Sozialpädagoge, ein individuelles musikalisches Angebot erstellen und ein Informationsblatt verfassen, welches dann vorgestellt wird beziehungsweise an welches er/sie sich während der Einheiten halten kann.

Auch während der Durchführung des Projektes ist es immer wieder wichtig mit den Bezugspersonen des Kindes/des Jugendlichen sich auszutauschen und Vernetzungsgespräche, beispielsweise mit behandelnden PsychotherapeutInnen, zu führen. Auch um über aktuelle Problematiken, Konfliktsituationen oder neue Verhaltensauffälligkeiten bescheid zu wissen, ist es wichtig sich regelmäßig auszutauschen. Jedoch muss hier hinzugefügt werden, dass auch die ausführenden SozialpädagogInnen eine Schweigepflicht haben. Es ist anzuraten im Vorhinein klare Regelungen zu treffen, inwieweit es einen Austausch zwischen den Beteiligten gibt und an wen welche Auskünfte gegeben werden.

Hier ist noch hinzuzufügen, dass das Protokollieren von enormer Bedeutung ist. Dabei muss man aber auch wissen, dass die Arbeit mit den Kindern, ähnlich wie bei Therapien, Zeit braucht beziehungsweise ein Prozess ist und nicht nach der ersten oder zweiten Einheit die Kinder und Jugendlichen reibungslos „Funktionieren“ als wäre nie etwas gewesen.

Resümierend ist hier festzuhalten, dass nur durch eine positive und enge Zusammenarbeit mit Bezugspersonen, betreuende SozialpädagogInnen und SozialarbeiterInnen, TherapeutInnen wie auch LehrerInnen, die tatsächliche Behandlungsbedürftigkeit festgestellt werden kann und so Zielsetzungen formuliert werden können.

11.3 Stellenbeschreibung – Qualifikationen der ausführenden SozialpädagogInnen

Bevor ich die spezifischen Kenntnisse und Kompetenzen erläutere, welche ich für diese Art von Projekt als unabdingbar empfinde, möchte ich die gesetzlichen Bestimmungen, welche die SozialpädagogInnen erfüllen sollten, darstellen. Bei den folgenden Bestimmungen richte ich mich nach dem Steiermärkischen Jugendwohlfahrtsgesetz, da ich in einer steirischen stationären sozialpädagogischen Einrichtung arbeite.

Anbei möchte ich noch hinzufügen dass ich, damit die Lesbarkeit der gesetzlichen Bestimmungen gewährleistet ist, Paragraphen und spezifische Abkürzungen nicht darlege.

11.3.1 Rechtlich festgelegte Qualifikationen der ausführenden SozialpädagogInnen

Die folgenden rechtlich festgelegten Qualifikationen sind auf das Steiermärkische Jugendwohlfahrtsgesetz begrenzt.

„Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 24. Jänner 2005, mit der das Steiermärkische Jugendwohlfahrtsgesetz 1991 durchgeführt wird (Stmk. Jugendwohlfahrtsgesetz-Durchführungsverordnung – StJWG-DVO)“ (Steiermärkisches Jugendwohlfahrtsgesetz 2013, S. 1)

Wie schon im Punkt Kooperationen beschrieben, ist es sinnvoll mit Trägern der freien Jugendwohlfahrt zu kooperieren. Die zusätzlichen Kosten werden dann, in begründeten Ausnahmefällen, sofern es das Kindeswohl erfordert, von der Steiermärkischen Landesregierung, laut StJWG-DVO (Steiermärkisches Jugendwohlfahrtsgesetz-Durchführungsverordnung), übernommen.

Der folgende Abschnitt soll die sachlichen, fachlichen und personellen Erfordernisse für die Erbringung der Leistung wie auch die Maßnahmen der Qualitätssicherung darlegen (vgl. Steiermärkisches Jugendwohlfahrtsgesetz 2013, S. 1). Anbei möchte ich erwähnen, dass die folgenden geforderten Qualifikationen gesetzlich nur noch bis 31.12.2014 gelten. Nach den von mir festgelegten Ansprüchen an die ausführenden SozialpädagogInnen, sollten diese dennoch eine der folgenden Qualifikationen vorweisen können (vgl. Steiermärkisches Jugendwohlfahrtsgesetz 2013, S. 1).

- 1) Die SozialpädagogInnen haben eine sozialpädagogische Ausbildung von zumindest *„(...) 60 ECTS-Punkten oder 1.500 Stunden in einer Ausbildungseinrichtung, welche vom Bund oder von einem Land anerkannt ist, absolviert (...)“* (Steiermärkisches Jugendwohlfahrtsgesetz 2013, S. 7).
- 2) MitarbeiterInnen von Trägern der freien Jugendwohlfahrt, die *„(...) das 55. Lebensjahr vollendet haben und über mehr als 8.000 Stunden Berufspraxis innerhalb der letzten zehn Jahre bei einem Träger der freien Jugendwohlfahrt verfügen (...)“*, gelten für die entsprechende Leistungsart (...) als qualifiziert“ (Steiermärkisches Jugendwohlfahrtsgesetz 2013, S. 7).
- 3) MitarbeiterInnen von Trägern der freien Jugendwohlfahrt, die als FrühförderInnen und/oder in der Familienbegleitung tätig waren, gelten als qualifiziert, wenn sie mehr als 3.900 Stunden Berufspraxis innerhalb der letzten zehn Jahre bei einem Träger der freien Jugendwohlfahrt verfügen (vgl. Steiermärkisches Jugendwohlfahrtsgesetz 2013, S. 8).
- 4) MitarbeiterInnen von Trägern der freien Jugendwohlfahrt, die als ErziehungshelferInnen in der Leistungsart Erziehungshilfe tätig waren, wenn sie *„(...) über mehr als 3.900 Stunden Berufspraxis innerhalb der letzten zehn Jahre verfügen, sowie die regelmäßige Teilnahme an Supervisionen in diesem Zeitrahmen nachweisen können“* (Steiermärkisches Jugendwohlfahrtsgesetz 2013, S. 8).

11.3.2 Kenntnisse und Kompetenzen der ausführenden SozialpädagogInnen

Aus meiner Erfahrung erleichtert es die Arbeit mit verhaltensauffälligen und traumatisierten Kindern und Jugendlichen, wenn man zur Grundausbildung zusätzliche Fortbildungen vorweisen kann. Dabei ist es wertvoll, vor allem jene Fortbildungen absolviert zu haben, welche thematisch auf die Arbeit mit verhaltensauffälligen und traumatisierten Kindern und Jugendlichen abgestimmt und somit hierbei förderlich sind. Hier wären beispielsweise Traumapädagogik, Trauerbewältigung, Gewalt in Familien, Sexualpädagogik wie auch Neuropsychologische Fortbildungen zu empfehlen. Verhaltensauffällige und traumatisierte Kinder haben, nach meinen und allgemeinen Erfahrungen, sehr oft starke Gefühlausbrüche, was zu Aggressionen bis hin zu Gewaltausbrüchen führen kann. In einigen Fällen ist die Arbeit mit ihnen daher sehr schwierig. Meine Erfahrung zeigt, dass ausgebildete MusikerInnen oder TänzerInnen, auch wenn diese eine pädagogische Ausbildung haben, gerade mit jenen schwierigen Kindern und Jugendlichen nur bedingt arbeiten können. Mit neuropsychologischem- und psychiatrischem Basiswissen, ist es für die SozialpädagogInnen einfacher das Verhalten dieser Kinder zu verstehen, ihre Handlungen nachzuvollziehen und somit auch ein längerfristiges Zusammenarbeiten zu gewährleisten. Zusätzlich zu den bereits genannten Qualifizierungen und Kenntnissen sind, musikalische Kompetenzen und Wissen über auf wissenschaftlich basierender Musikpsychologie und der Basis der Musiktherapie, unabdingbar.

11.4 Setting und Rahmenbedingungen (Sachmittel)

Das Setting und die Rahmenbedingungen sind bei diesem Konzept von enormer Bedeutung. Es muss anhand der Behandlungsbedürftigkeit des Kindes/des Jugendlichen entschieden werden in welchem Setting das Projekt durchgeführt wird und welche Rahmenbedingungen dafür nötig sind. Aufgrund der Idee dieses Konzeptes ist es jedenfalls ein Einzelsetting bei welchem man mehrere Sachmittel benötigt. Es ist wichtig einen Raum zur Verfügung zu haben, welcher abseits der stationären Einrichtung ist, da es häufig von Bedeutung ist, das Kind oder den Jugendlichen aus dem Alltag herauszunehmen und andere Rahmenbedingungen zu schaffen. Es sollten Räumlichkeiten zur Verfügung stehen, in denen genügend Platz ist um sich zu bewegen, sich hinzulegen und auch ein Tisch vorhanden ist, im Falle einer zusätzlichen Lernunterstützung (Allgemeines Lernen, Aufgaben machen). Es ist wichtig, dass es in diesen Räumlichkeiten kein Problem darstellt laut zu sein. Es darf wenn nötig laute Musik gespielt werden oder auch gesungen werden. Die Scheu zu singen,

weil andere damit gestört oder belästigt werden, soll und darf im Rahmen dieses Projektes nicht vorkommen.

Es sollten verschiedenste Medien, Musikinstrumente und Mikrophone (Verstärkeranlage) zur Verfügung stehen. Das Instrumentarium kann aus Orff Instrumentarium, Trommeln, Blockflöten, Gitarren, Stabspielen und ähnlichem bestehen. Auch ein Klavier ist meinen Erfahrungen zu Folge sehr brauchbar einzusetzen. Unter anderem auch um die Kinder gegebenenfalls musikalisch zu begleiten. Des Weiteren ist es ebenso wichtig Decken und Matten zur Verfügung zu haben, um sich entspannen zu können und eine gemütliche Atmosphäre zu schaffen.

Das Medium Musik soll aber nicht nur zur Entlastung und Entspannung genutzt werden, sondern es kann von den Kindern und Jugendlichen auch zur Inszenierung und symbolischen Darstellung traumatischen Materials genutzt werden.

Zur Ergänzung der musikalischen Interaktion ist es auch förderlich beispielsweise Spielszenen und Zeichnungen einzubauen. Daher ist es von Vorteil ein Spielfigurenset (Tier- und Menschenfiguren), Malutensilien, Liederbücher wie auch Märchenbücher anbieten zu können.

Anmerkung:

Es ist sehr darauf zu achten dass, sollte es in musikalischen Interaktionen oder Spielszenen zu Re-Inszenierungen der traumatischen Erfahrungen kommen, durch entsprechende Interventionen, eventuell sogar durch einen Abbruch des Spiels, verhindert wird, dass es zu einer Re-Traumatisierung kommt. Es ist von größter Wichtigkeit hier noch einmal anzumerken, dass es sich um ein sozialpädagogisches Projekt handelt und nicht um ein musiktherapeutisches Konzept.

11.5 Fallbeispiele: Lena und Laura

Im Folgenden werde ich nun Fallbeispiele darlegen, welche der Zielgruppe dieses Konzeptes entsprechen würden. Aus Gründen der Anonymität wurden alle Namen geändert.

Die beiden Mädchen, Lena und Laura (Lena zwölf Jahre alt, Laura acht Jahre alt) haben ähnliche familiäre Erlebnisse. Sie sind jedoch von Grund auf sehr verschieden, haben andere Indikationen, andere Verhaltensauffälligkeiten und auch ein unterschiedliches Alter. Dies erfordert unterschiedliche Methoden, Vorgehensweisen und Arbeitsformen. Auch die sozialpädagogischen Zielsetzungen sind nicht ident, was eine unterschiedliche Durchführung des Projektes fordert.

11.5.1 Fallbeispiel: Lena

Lena zeigt deutlich eine verzögerte Reaktion auf belastende Ereignisse der Vergangenheit, den über viele Jahre anhaltenden strukturellen Missbrauch und die Zeugenschaft elterlicher Gewalthandlungen. Lena ist temporär einem immer wieder auftretenden subjektiven Erleben von Hilflosigkeit, Ohnmacht, intensiver Furcht und Entsetzen ausgesetzt. Nach eigenen Aussagen von Lena kam es in der Vergangenheit zu mehrmaligen, sich wiederholenden Ereignissen, die mit traumatischem Erleben einhergingen. Lena reagiert auf jegliche Enttäuschungen mit enormer Wut. Nach Aussagen der Psychotherapeutin, reagiert Lena, aufgrund der komplexen Traumatisierungen, zunehmend mit Übererregungen wie impulsiv-aggressives Verhalten und sie weiß nicht wie sie mit ihrer aktuellen Wut umgehen soll. Ebenfalls sind bei Lena, Schlafstörungen, Unruhe, Reizbarkeit, schnelle Erschöpfung und Jähzorn zu beobachten. Dies zeigt sich auf der Verhaltensebene mit Weinen, Schreien, ungesteuertem Erzählen und Beschimpfungen, wie auch emotionalen Wutattacken. Lenas Selbstwertgefühl ist gering, weshalb sie viele Dinge tut die andere Kinder ihr auftragen, auch wenn dies Grenzen überschreitet.

11.5.1.1 Informationsblatt: Antrag auf Projektstunden im Einzelsetting mit Lena

Aufgrund dieser Informationen habe ich ein Informationsblatt zusammengestellt, welches aufzeigen soll, was die Zielsetzungen der Projektstunden, die Dauer, das Ausmaß und die Kosten darlegen sollen. Dieses Informationsblatt dient sowohl der Information für die stationäre sozialpädagogische Einrichtung, der betreuenden SozialpädagogInnen von Lena, wie auch der Jugendhilfe des Landes Steiermark.

11.5.1.2 Zielsetzungen

Wichtig bei den Zielsetzungen ist dass diese auch real umsetzbar sind, beziehungsweise durch musikalisch sozialpädagogisches Handeln erreicht werden können.

Aufgrund der temporären Thematiken dieses Beispiels, habe ich folgende Zielsetzungen festgehalten:

- Stärkung des Selbstwertgefühls
- Stärkung der sozialen Kompetenz
- Stabile Persönlichkeitsentwicklung
- Stabile Pubertätsentwicklung

- Sozialpädagogische Aufarbeitung der eigenen Biografie und entwicklungsbelastender Erlebnisse
- Erlernen von individuellen Bewältigungsstrategien (Thema: Wut, Aggression und Trauer)
- Erlernen einer altersgemäßen Selbstständigkeit
- Erlernen von Wertigkeit und Struktur

11.5.1.3 Dauer

Die Dauer sollte ein Jahr betragen, da in diesem Zeitraum die Ziele realistisch umgesetzt werden können. Des Weiteren ist dies eine Unterstützung während des Schuljahres.

11.5.1.4 Ausmaß

Aufgrund der Zielsetzungen und der Möglichkeit Lena aus der Struktur der sozialpädagogisch stationären Einrichtung herauszunehmen, ist ein Ausmaß von fünf Stunden pro Woche zu setzen. Zehn Stunden wären aufgrund möglicher schulischer Schwierigkeiten zu bedenken.

11.5.1.5 Kosten

Aufgrund des hohen Stellenwertes Lena aus der Struktur der sozialpädagogisch stationären Einrichtung herauszunehmen und das vorgesehene Konzept umzusetzen, wären die Kosten für ein Jahr, nach dem Kollektivvertrag der Sozialwirtschaft Österreichs (BAGS) Stufe 7, zu berechnen.

11.5.1.6 Konzept Lena: Musik als Bewältigungsstrategie

Aufgrund der Ressourcen von Lena, sind Methoden der musikalischen Bewältigungsstrategie, auf wissenschaftlich fundierten Methoden der Musiktherapie basierend, zu empfehlen. Musikalische Bewältigungsstrategien haben hier einen positiven Einfluss auf die gesamte Persönlichkeitsentwicklung. Darüber hinaus bietet Musik eine gute Chance zur Verringerung von Aggression und Wut. Aktive wie auch reaktive musikalische didaktische Konzepte können positive Gestimmtheiten festhalten, Glücksgefühle auslösen, wie auch befreiend wirken. Sie können helfen psychisches Gleichgewicht herzustellen,

aufrecht zu erhalten, Entspannung zu erfahren und damit für sie wichtige Bewältigungsstrategien zu erlernen. Musik ist hier ein Ventil für emotionale Entfaltung und stärkt das Selbstvertrauen. Dies kann umgesetzt werden durch die sozialpädagogische Stützung einer weiblichen Bezugsperson, welche auf „Musik als Bewältigungsstrategie in der Sozialpädagogik“ spezialisiert ist.

Es ist hier wichtig musikalische und traumapädagogische Bewältigungsstrategien zu vereinen und Lena realistische alltägliche Strukturen näher zu bringen. Die gesetzten Ziele sind mit einer regelmäßigen sozialpädagogischen Unterstützung und der Möglichkeit Lena aus der Struktur der sozialpädagogisch stationären Einrichtung herauszunehmen, zu erreichen.

11.5.2 Fallbeispiel: Laura

Laura zeigt, trotz der ähnlichen Ereignisse die Lena erlebt hat, völlig andere Verhaltensauffälligkeiten. Sie zeigt deutlich psychosomatische Reaktionen auf die belastenden Ereignisse der Vergangenheit. Laura ist temporär einem immer wieder auftretenden subjektiven Erleben von Hilfslosigkeit, Ohnmacht, intensiver Furcht und Entsetzen ausgesetzt. Laura flüchtet zunehmend in eine andere Lebenswelt. In akuten Fällen resigniert sie oder hat psychosomatische Symptome wie starke Kopf- und/oder Unterleibsschmerzen. Es wurden bei ihr in den letzten Monaten vermehrt psychische Absenzen festgestellt. Diese bereiten ihr zusätzliche Schwierigkeiten in der Schule. Es wurde beobachtet, dass sie dies als Bewältigungsstrategie für sich erkannt hat, da die Absenzen häufig dann eintreten, wenn Laura mit schwierigen Aufgaben, Problemen oder Konflikten konfrontiert ist. Es zeigen sich zunehmend Regressionen und keine altersgemäße Selbstständigkeit. Eine stabile Persönlichkeitsentwicklung ist nur gering festzustellen.

Soziale Kontakte herzustellen fällt ihr schwer und es zeigt sich häufig, dass ihr Selbstwertgefühl nur sehr gering ausgeprägt ist. Aufgrund des Verhaltens und der Schwierigkeiten die Laura im Alltag hat, wurde sie auch in der Schule beobachtet. Hier hat sich klar gezeigt, dass sie nur sehr geringe soziale Kompetenzen zeigt und sich vermehrt Aufmerksamkeit der Stützlehrerin einholt. Des Weiteren bereiten geringe Konzentrationsfähigkeit und eine klare Aussprache Probleme.

11.5.2.1 Informationsblatt: Antrag auf Projektstunden im Einzelsetting mit Laura

Ebenso wie bei Lena, habe ich ein Informationsblatt zusammengestellt. Auch wenn dieses Ähnlichkeiten aufweist, sind die Methoden mit denen gearbeitet wird beziehungsweise die musikalische Arbeit mit Laura, eine völlig andere als bei Lena.

11.5.2.2 Zielsetzungen

In Absprache mit den betreuenden SozialpädagogInnen lege ich folgende Zielsetzungen dar:

- Stärkung des Selbstwertgefühls
- Stärkung der sozialen Kompetenz
- Stabile Persönlichkeitsentwicklung
- Psychische Absenzen verringern
- Erlernen individueller Bewältigungsstrategien
- Erlernen einer altersgemäßen Selbstständigkeit
- Konzentrationsfähigkeit steigern
- Aussprache verbessern

11.5.2.3 Dauer

Ebenso wie bei Lena, soll die Dauer der Projektstunden ein Jahr betragen, da in diesem Zeitraum die Ziele realistisch umgesetzt werden können. Des Weiteren bietet dies eine zusätzliche Unterstützung während des Schuljahres.

11.5.2.4 Ausmaß

Aufgrund der Zielsetzungen und der Möglichkeit Laura aus der Struktur der sozialpädagogisch stationären Einrichtung herauszunehmen und ihre eigene Persönlichkeitsentwicklung zu fördern, ist ein Ausmaß von fünf Stunden pro Woche zu setzen.

11.5.2.5 Kosten

Aufgrund des hohen Stellenwertes Laura aus der Struktur der sozialpädagogisch stationären Einrichtung herauszunehmen und das vorgesehene Konzept umzusetzen, wären die Kosten

für ein Jahr, nach dem Kollektivvertrag der Sozialwirtschaft Österreichs (BAGS) Stufe 7, zu berechnen.

11.5.2.6 Konzept Laura: Musik als Bewältigungsstrategie

Aufgrund der belastenden Erlebnisse, Lauras biografischen Hintergrundes und des beobachteten Verhaltens, ist hier eine weibliche Sozialpädagogin zu empfehlen.

Aufgrund der Ressourcen von Laura, wie auch ihrer Vorlieben sind Methoden der musikalischen Bewältigungsstrategie, auf wissenschaftlich fundierten Methoden der Musiktherapie basierend, zu empfehlen. Das aktive Musikmachen in all seinen verschiedenen Spielformen, ohne möglichen Druck einer Musikschule, fördert die Persönlichkeit. Musik kann hier die Sprachentwicklung fördern, die Konzentrationsfähigkeit stärken, die Grob- und Feinmotorik wird trainiert, die Kreativität angeregt und das Sozialverhalten wird verbessert. Musik dient hier als ein Ventil für emotionale Entfaltung und stärkt das Selbstvertrauen. In einem Funktionsraum, außerhalb der sozialpädagogisch stationären Einrichtung, kann Laura ihre Vorliebe zur Musik ausüben und diese zugunsten einer positiven Gestimmtheit nutzen.

Die Musik gewährleistet hier die soziale Kompetenz zu steigern und Laura eine optimale Entfaltung ihrer kindlichen Anlagen zu ermöglichen wie auch einen positiven Einfluss auf die gesamte Persönlichkeitsentwicklung zu haben. Sie hat die Möglichkeit mit Hilfe von Instrumenten, Gefühle auszuleben und Energien freizusetzen. Musik dient als kommunikative Stütze, der Stärkung des Selbstbewusstseins und der positiven Identität.

Aufgrund des diagnostizierten Entwicklungsrückstandes von Laura, können gerade die musisch-kreativen und spielerischen Prozesse hilfreich sein, die gesetzten Ziele zu erreichen wie auch Bildungs- und Entwicklungsprozesse anzuregen und zu unterstützen. Dies kann umgesetzt werden durch die sozialpädagogische Stützung einer weiblichen Bezugsperson, welche auf „Musik als Bewältigungsstrategie in der Sozialpädagogik“ spezialisiert ist. Es ist jedoch wichtig musikalische wie auch traumapädagogische Bewältigungsstrategien zu vereinen.

Die Umsetzung der gesetzten Ziele ist mit einer regelmäßigen sozialpädagogischen Unterstützung im Einzelsetting, außerhalb der sozialpädagogisch stationären Einrichtung, möglich.

12 Fazit

Musik ist von Geburt an Bestandteil der Menschen, denn unbewusst werden schon von Kleinkindalter an Geräusche und Töne wahrgenommen. Musik ist in den unterschiedlichsten Formen Bestandteil fast aller Lebensbereiche, Altersgruppen und aller sozialen Schichten. Sie ist in allen Kulturen der Welt zu finden, sogar in der Tier- und Pflanzenwelt.

Diese Arbeit zeigt anhand fundierter Literatur auf, dass die besonderen Eigenschaften der Musik früh erkannt wurden und sie, vor allem durch die starke emotionale Wirkung, eine heilende Wirkung hat und Musik sich optimal als Ausdrucks- und Kommunikationsmedium sowie als Medium, über das sich Beziehung aufbauen und entwickeln kann, eignet. Aus diesen Erkenntnissen entwickelte sich die Musiktherapie, welche im Lauf der Geschichte in zahlreichen Formen präsent war. Erst Mitte der sechziger Jahre beginnt ein Umdenken und Musiktherapie wurde eine große psychotherapeutische Bedeutung beigemessen, welche zielführend in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen ist. Die Kinder- und Jugendmusiktherapie entwickelte sich aber erst in den vergangenen 20 Jahren und gilt somit als modernste Form der Musiktherapie. Diese Form der Musiktherapie wird heute in unterschiedlichen Bereichen angeboten und durchgeführt, wie beispielsweise in Kliniken, Beratungsstellen, Schulen wie auch in sozialpädagogisch stationären Einrichtungen. Dennoch ergab sich bei meinen Recherchen, dass es noch durch keine wissenschaftliche Studie belegt ist, in welcher Häufigkeit Musiktherapie für Kinder und Jugendliche angewendet wird. Viele MusiktherapeutInnen legen jedoch dar, dass Kinder mit unterschiedlichen Entwicklungsproblemen, psychischen Erkrankungen wie auch Behinderungen ein vielfältiges musiktherapeutisches Angebot erhalten. Kindermusiktherapie wird also als psychotherapeutische oder als entwicklungsfördernde Therapieform eingesetzt. Dies erfolgt in medizinisch-klinischen oder rehabilitativen Institutionen, wie auch im Rahmen heil- und sonderpädagogischer Förderungen.

Basierend auf den Methoden und den Erkenntnissen der Kindermusiktherapie zeigt sich, dass sich musiktherapeutische Methoden sehr gut in sozialpädagogische Handlungskonzepte integrieren lassen, wobei es sich um musikalische, psychische wie auch soziale Lern- und Entwicklungsprozesse handelt. In der Arbeit wird jedoch deutlich, dass speziell bei der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen, es wichtig ist ein Wissen über Traumapsychologie zu besitzen, um insbesondere Re-Traumatisierungen zu vermeiden. TraumawissenschaftlerInnen betonen, dass musikalisches Erleben Gefühle stark anspricht und daher grundsätzlich ein gewisses Risiko zur Re-Traumatisierung besteht. Es muss berücksichtigt werden, dass starkes Fühlen bereits extrem belastend sein könnte und dazu führen kann, dass PatientInnen dissoziieren. Daher ist es wichtig, dass Menschen vorerst so stabil werden, dass sie es sich erlauben können den Schmerz dosiert zu erleben.

Wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen, dass es wichtig ist, dass man sich tröpfchenweise mit den belastenden Emotionen beschäftigt und zu Beginn der musiktherapeutischen Arbeit, die PatientInnen mit heilsamen und gehobenen Emotionen in Kontakt kommen. Wie nun diese positiven, heilsamen und gehobenen Emotionen zustande kommen, wird in dieser Arbeit durch fundierte wissenschaftliche Erkenntnisse der Hormonforschung dargelegt. Aufgrund dieser Erkenntnisse wird, wenn wir Musik hören die wir mögen, Oxytocin ausgeschüttet. Dieses Hormon beeinflusst nicht nur das Verhalten des Menschen, sondern auch allgemein soziale Interaktionen. Diverse Forschungsergebnisse zeigen, dass Oxytocin wahrscheinlich das wichtigste Hormon gegen Stress und für Wohlbefinden ist wie auch eine beglückende Wirkung auslösen kann. Es wird aufgezeigt, dass Oxytocin mit der heilsamen Wirkung der Musik zusammenhängt. Jedoch ist es wichtig zu betonen, dass nur Musik die wir gerne hören Wohlbefinden auslösen kann. Im sozialpädagogischen Alltag zeigt sich deutlich, dass Kinder und Jugendliche früh Vorlieben für bestimmte Rhythmen und Musikstile entwickeln und sich damit identifizieren. Allein durch die richtige Musikkwahl in unterschiedlichen sozialpädagogischen Einrichtungen, kann eine ruhige familiäre Stimmung erzeugt werden. Musik erzeugt unterschiedliche Emotionen, welche man durch den gezielten Einsatz von Musik sehr gut steuern kann.

Es wird in dieser Arbeit aufgezeigt, dass Musik als professionelle Methode in der Sozialpädagogik eingesetzt wird. Die dargelegten Kenntnisse über Musik, die Eigenschaften und Besonderheiten der Musik, fordern es geradezu heraus Musik als Hilfsmittel, als Interventionsmethode wie auch Präventionsmethode, in der Sozialpädagogik einzusetzen. Sie kann als nonverbales Medium die Sozialpädagogik effektiv bereichern. Somit scheint der Einsatz von Musik in manchen sozialen Handlungen geradezu als notwendig. Die starke, positive Wirkung der Musik auf das individuelle psychische Befinden sowie auf soziale Gruppenprozesse zeigt, dass der Einsatz von Musik in der Sozialpädagogik, vor allem im präventiven Sinne, eine große Chance und Ressource für den Erfolg professionellen sozialen Handelns darstellt. Dies gilt insbesondere in der Arbeit mit Kindern, da sie noch im Entwicklungsprozess sind und dieser positiv unterstützt werden kann. Musik als Medium kann in der Sozialpädagogik, insbesondere zur Förderung der Persönlichkeitsbildung wie auch Kommunikations-, Wahrnehmungs- und Kreativitätsförderung, eingesetzt werden. Sie dient hier als Hilfsmittel zur Initiierung verschiedenster kommunikativer Prozesse.

Aufgrund des Wissens welches ich mir im Lauf dieser Arbeit angeeignet habe, der diversen Fortbildungen in Musiktherapie, Traumapsychologie und Traumapädagogik und der Zusammenarbeit mit einer stationären sozialpädagogischen Einrichtung, war es mir möglich Studien mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen durchzuführen, diese subjektiv zu

dokumentieren und die langfristigen Auswirkungen der unterschiedlichen musikalischen Methoden darzulegen. Aufgrund der Ergebnisse meiner Studien, ziehe ich den Schluss, dass es nicht unbedingt eine Therapie sein muss, um eine therapeutische Wirkung zu erzielen und somit Musik als Bewältigungsstrategie, sowohl präventiv wie auch interventiv, in der sozialpädagogischen Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen förderlich ist.

13 Literaturverzeichnis

Bastian, Hans Günther (2000): Musik(erziehung) und ihre Wirkung: Eine Langzeitstudie an Berliner Grundschulen. Unter Mitarbeit von Kormann, Adam/Hafen, Roland/Koch, Martin. Mainz: Schott Verlag.

Bastian, Hans Günther (2007): Kinder optimal fördern – mit Musik: Intelligenz, Sozialverhalten und gute Schulleistungen durch Musikerziehung. 4. Aufl. Mainz: Schott Verlag.

Becker, Maria (1996): Musikbegriff. In: Decker-Voigt, Hans-Helmut/Knill, Paolo J./Weymann, Eckhard (Hrsg.) (1996): Lexikon der Musiktherapie. Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe Verlag, S. 230-233.

Bohleber, Werner (2000): Die Entwicklung der Traumatheorie in der Psychoanalyse. In: Psyche. Jg. 9, H. 10, S. 797-839. Gießen, Stuttgart: Klett Cotta/Psychosozial-Verlag.

Brodbeck, Simone (2008): Ansätze der Musiktherapie. 1. Aufl. Grin: Norderstedt Verlag.

Bruhn, Herbert (2000): Musiktherapie: Geschichte – Theorien – Methoden. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Decker-Voigt, Hans-Helmut/Escher, Johannes (Hrsg.) (1994): Neue Klänge in der Medizin. Musiktherapie in der inneren Medizin. Bremen: Trialog Verlag.

Decker-Voigt, Hans-Helmut (2008): Lehrbuch Musiktherapie. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie (1998): Musiktherapie mit Kindern. Musiktherapeutische Umschau. H.19.

Droh, Roland/Spintge Ralph (1992): Musik-Medizin. Physiologische Grundlagen und praktische Anwendungen. Stuttgart: Fischer Verlag.

Eschen, Johannes Th. (1996): Aktive Musiktherapie. In: Decker-Voigt, Hans-Helmut/Knill, Paolo J./Weymann, Eckhard (Hrsg.) (1996): Lexikon Musiktherapie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag, S. 5-6.

Flatten, Guido/Gast, Ursula/Hofmann, Arne/Liebermann, Peter/Petzold, Ernst R./Reddemann, Luise/Wöller, Wolfgang (2004): Posttraumatische Belastungsstörung – Quellentext. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Flatten, Guido/Hofmann, Arne/Wöllner, Wolfgang (2001): Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung. Leitlinien Posttraumatische Belastungsstörung. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Frank-Bleckwendel, Eva Maria (1996): Rezeptive Musiktherapie. In: Decker-Voigt, Hans-Helmut/Knill, Paolo J./Weymann, Eckhard (Hrsg.) (1996): Lexikon der Musiktherapie. Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe Verlag, S. 230-233.

Gembris, Heiner (1993): Zur Situation der rezeptiven Musiktherapie. In: Musiktherapeutische Umschau. Jg. 3, H. 14, S. 193-206.

Grubrich-Simitis, Ilse (1979): Extremtraumatisierung als kumulatives Trauma. In: Psyche. Jg. 11, H. 11, S. 991-1023. Gießen, Stuttgart: Klett Cotta/Psychosozial-Verlag.

Hartogh, Theo/Wickel, Hans-Hermann (2004): Musik und Musikalität. Zu der Begrifflichkeit und den (sozial-)pädagogischen und therapeutischen Implikationen. In: Hartogh, Theo/Wickel, Hans Hermann (Hrsg.): Handbuch Musik in der Sozialen Arbeit. Weinheim: Juventa Verlag.

Hauk, Sabine Alexa (2004): Musiktherapeutische Techniken. 1. Aufl. Grin: Norderstedt Verlag.

Hecher, Johannes (2013): Musiktherapie im Kinder und Jugendbereich. Musiktherapie in der Sozialen Arbeit. Saarbrücken: AV Akademikerverlag.

Hodenberg, Frederike v. (1993): Aktiv rezeptiv – ein morphologischer Werkstattbericht aus der Onkologie. In: Musiktherapeutische Umschau. H. 4, S. 317-322.

Hofmann, Arne (2006): EMDR Therapie psychosomatischer Belastungssyndrome. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme Verlag.

Kapteina, Hartmut (2009): Soziale Arbeit. In: Decker-Voigt, Hans-Helmut; Weymann, Eckhard (Hrsg.): Lexikon Musiktherapie. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Koch-Temming, Hedwig/Plahl, Christine (Hrsg.) (2008): Musiktherapie mit Kindern. Grundlagen-Methoden-Praxisfelder. 2.Aufl. Bern: Hans Huber Verlag.

Kraus, Werner (2002): Die Heilkraft der Musik. 2. Aufl. München: Beck Verlag.

Levine, Peter (1998): Trauma-Heilung das Erwachen des Tigers; unsere Fähigkeit, traumatische Erfahrungen zu transformieren. Essen: Synthesis Verlag.

Lorenzer, Alfred (1970): Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

- Maranto, Cheryl Dileo (1992):** A comprehensive definition of music therapy with an integrative model for music medicine. In: Droh, Roland/Spintge, Ralph (Hrsg.): Music Medicine. Saint Louis, MI: MMB Music Verlag, S. 19-29.
- Maranto, Cheryl Dileo (1993a):** Applications of music in medicine. In: Heal, Margaret/Wigram, Tony (Hrsg.): Music therapy in health and education. London: Kingsley Verlag, S. 153-174.
- Maranto, Cheryl Dileo (Hrsg.) (1993b):** Music therapy: International perspectives. Pipersville, PA: Jeffrey Verlag.
- Metzner, Susanne (2001):** Psychoanalytische Musiktherapie. In: Decker-Voigt, Hans-Helmut (Hrsg.): Schulen der Musiktherapie. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag, S. 33-54.
- Mitzlaff, Sabine (2008):** Glissandi, die schwindlig machen – Musiktherapie für traumatisierte Kinder. In: Plahl, Christine/Koch-Temming, Hedwig (Hrsg.): Musiktherapie mit Kindern. Bern: Hans Huber Verlag, S. 276-285.
- Mukarowsky, Jan (1971):** Kapitel aus der Ästhetik. Frankfurt am Main: Vervuert Verlag.
- Neuhold, Thomas (2007):** Der Einfluss von Musik auf die Entwicklung des Kindes. 1. Aufl. Grin: Norderstedt Verlag.
- Poustka, Fritz/Remschmidt, Helmut/Schmidt, Martin (Hrsg.) (2001):** Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Bern: Hans Huber Verlag.
- Priestley, Mary (1972):** Music Therapy in Action. London: Constable Verlag.
- Reddemann, Luise (2004):** Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual. 2. Aufl. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta Verlag.
- Reddemann, Luise (2007):** Musik – Ein Resilienzfaktor oder eine Gefährdung für schwertraumatisierte Menschen? In: Wolf, Hanns-Günter (Hrsg.) (2007): Musiktherapie und Trauma. Wiesbaden: Zeitpunkt Musik. Reichert Verlag, S. 21-26.
- Riedesser, Peter/Fischer, Gottfried/Schulte-Markwort, Michael (1998):** Zur Entwicklungspsychologie und –pathologie des Traumas. In: Streeck-Fischer, Annette (Hrsg.) (1998): Adoleszenz und Trauma. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht Verlag.
- Sachsse, Ulrich/Streeck-Fischer, Annette/Özkan, Ibrahim (Hrsg.) (2002):** Traumatherapie – Was ist erfolgreich? Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht Verlag.

Schmidt, Bettina/Hurrelmann, Klaus (2000): Präventive Sucht- und Drogenpolitik. Opladen: Leske und Budrich Verlag.

Schwabe, Christoph (1972): Musiktherapie. 2. Aufl. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.

Schwabe, Christoph (1978): Methodik der Musiktherapie. Leipzig: Barth Verlag.

Schwabe, Christoph (1986): Methodik der Musiktherapie und deren theoretische Grundlagen. Leipzig: Thieme Verlag.

Schwabe, Christoph (1989): Regulative Musiktherapie. Leipzig: Thieme Verlag.

Schwabe, Christoph (1996): EBS (Erlabrunner Beurteilungsbogen zur Stundeneinschätzung bei symptomzentrierter Gruppenpsychotherapie). In: Decker-Voigt, Hans-Helmut (Hrsg.) (1996): Lexikon Musiktherapie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag, S. 86-87.

Schwabe, Christoph (1996): Methodensystem der Musiktherapie. In: Decker-Voigt, Hans-Helmut (Hrsg.) (1996): Lexikon Musiktherapie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag, S. 208-217.

Schwabe, Christoph (1996): Regulative Musiktherapie (RMT). In: Decker-Voigt, Hans-Helmut (Hrsg.) (1996): Lexikon Musiktherapie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag, S. 317-321.

Schwaiblmair, Frauke (1997): Musiktherapie in Deutschland. In: Fitzthum, Elena et al. (Hrsg.): Wiener Beiträge zur Musiktherapie: Weltkongresse Wien-Hamburg. Wien: Edition Praesens Verlag.

Smeijsters, Henk (1996): Methoden der psychotherapeutischen Musiktherapie. In: Decker-Voigt, Hans-Helmut/Knill, Paolo J./Weymann, Eckhard (Hrsg.) (1996): Lexikon Musiktherapie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag, S. 199-208.

Smeijsters, Henk (2009): Geschichtlicher Hintergrund zu musiktherapeutischen Methoden der Gegenwart. In: Decker-Voigt, Hans-Helmut/Weymann, Eckhard (Hrsg.) (2009): Lexikon Musiktherapie. 2. Aufl. Göttingen, Bern, Wien, Paris, Oxford, Prag, Toronto, Amsterdam, Kopenhagen, Stockholm: Hogrefe Verlag, S. 150-153.

Ster, Axel (2009): Geschichte der Musiktherapie/Musikmedizin nach 1945 in Deutschland. In: Decker-Voigt, Hans-Helmut/Weymann, Eckhard (Hrsg.) (2009): Lexikon Musiktherapie. 2. Aufl. Göttingen, Bern, Wien, Paris, Oxford, Prag, Toronto, Amsterdam, Kopenhagen, Stockholm: Hogrefe Verlag, S. 144-147.

Van der Kolk, Bessel A./McFarlane, Alexander C./Weisaeth, Lars (Hrsg.) (2000):

Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschungen zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie. Paderborn: Junfermann Verlag.

Vogel, Johanna (2001): Musik als Medium in der Sozialen Arbeit – Kinder fördern.

Wiesbaden: Zeitpunkt Musik. Reichert Verlag.

Watkins, John G./Watkins, Helen H. (2003): Ego-States Theorie und Therapie. Heidelberg:

Auer Verlag.

Wickel, Hans Hermann (1998): Musikpädagogik in der Sozialen Arbeit: Eine Einführung.

Musik als Medium. Band 2. Münster: Waxmann Verlag.

Wolf, Hanns-Günter (Hrsg.) (2007): Musiktherapie und Trauma. Wiesbaden: Zeitpunkt

Musik. Reichert Verlag.

Internetquellen:

Bundesarbeitsgemeinschaft Musiktherapie (2010): Kasseler Thesen zur Musiktherapie.

In:

http://www.musiktherapie.de/fileadmin/user_upload/medien/pdf/Kasseler_Thesen_zur_Musiktherapie.pdf [30.06.2014].

DMTG (1998): Definition Musiktherapie. In: <http://www.musiktherapie.de/index.php?id=18>.

[30.06.2014].

DMTG (2003): Geschichte der Musiktherapie. In:

http://www.musiktherapie.de/fileadmin/user_upload/medien/pdf/Geschichte_Musiktherapie.pdf. [01.07.2014].

Kasseler Konferenz musiktherapeutischer Vereinigungen in Deutschland (2004): Erste

Konsensbildung zum Berufsbild. Eine verbandsübergreifende Arbeit der Delegierten aller musiktherapeutischen Organisationen. In:

http://www.musiktherapie.de/fileadmin/user_upload/medien/pdf/Berufsbild.pdf [30.06.2014].

Münzberg, Christian (2014): Psychotherapeut, Musiktherapeut und Sozialpädagoge. In:

<http://www.musiktherapie-graz.com/b924.html> [12.10.2014].

RIS, Bundeskanzleramt (2014): Gesamte Rechtsvorschrift für Musiktherapiegesetz.

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=2000586>. S. 1 [11.08.2014].

Steiermärkisches Jugendwohlfahrtsgesetz (2013): Jugendwohlfahrtsgesetz-Durchführungsverordnung-StJWG-DVO. StJWG DVO idf LGBl 2013_30.pdf In: <http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/beitrag/11680263/76703105>: StJWG DVO idf LGBl 2013_30.pdf [16.10.2014].

14 Anhang

Interviewleitfaden

Name:

Datum:

Uhrzeit und Dauer:

Interviewsituation:

Nonverbales Verhalten:

Weitere Anmerkungen:

Einleitung der Studentin:

Vorerst möchte ich mich bei Ihnen bedanken, dass Sie sich bereit erklärt haben mit mir ein Interview zu führen und sich dafür die Zeit genommen haben.

Wie ich Sie bereits im Vorfeld informiert habe, ist das Ziel meiner Befragung den musiktherapeutischen Bereich und die musikalische sozialpädagogische Arbeit zu definieren, Grenzen und Verknüpfungen aufzuzeigen, wie auch Berichte über persönliche Erfahrungen zu erhalten. Aufgrund Ihrer Ausbildungen und Erfahrungen betrachte ich Sie dafür als außerordentlich qualifiziert.

Ich habe mir für unser Interview einen Leitfaden erstellt, auf den ich mich während des Interviews stützen möchte. Selbstverständlich können Sie Anmerkungen, welche Sie noch als wichtig empfinden, hinzufügen.

Ich würde Sie gerne um Ihr Einverständnis bitten, dieses Interview mit einem Diktiergerät aufzunehmen. Selbstverständlich werden die Daten meiner Auswertung anonym behandelt.

Angaben zur Person

- Ausbildungen
- Verknüpfungen der Ausbildungen
 - Welche Intension hatten sie um diese Arbeitsfelder beziehungsweise die entsprechenden Ausbildungen miteinander zu verbinden?

(Aus-)Wirkungen der Musik

- Wirkung der Musik auf Kinder und Jugendliche
- Musik als Bewältigungsstrategie in unterschiedlichen Lebenskrisen
- Welche (Aus-)wirkungen kann Musik bei Kindern und Jugendlichen haben?
 - Wie würden Sie das beschreiben?
 - Wie würden Sie diese beschreiben?
- In welchen Lebenskrisen würden sie Musik als Bewältigungsstrategie empfehlen?

Musiktherapie

- Voraussetzungen der Kinder und Jugendlichen
- Methoden und Setting (Einzel- oder Gruppensetting)

Anhang

im musiktherapeutischen Bereich mit ihnen arbeiten können?

- Wie wählen Sie das Setting (Einzel- oder Gruppensetting) in der musiktherapeutischen Arbeit?
 - Wann ist es sinnvoll welches Setting zu wählen?

Musik in der Sozialpädagogik

- Musikalische Projekte für Sozialpädagogische Zielsetzungen
- Nachhaltige Wirkung von musikalischen Projekten in der Sozialpädagogik
- Musik in der Sozialpädagogik: Prävention und/oder Intervention
- Gefahren beim musikalisch sozialpädagogischen Arbeiten mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen
- Kenntnisse und Kompetenzen der ausführenden SozialpädagogInnen
- Resümee: Musik als Bewältigungsstrategie in der Sozialpädagogik
 - Inwiefern würden Sie sagen dass Musikalische Projekte für sozialpädagogische Zielsetzungen nützlich sind?
 - Würden Sie sagen dass bestimmte musikalische Übungen in der Sozialpädagogischen Arbeit auch nachhaltige Wirkungen erzielen können?
 - Sind sozialpädagogisch musikalische Projekte nur präventiv förderlich oder können sie auch interventiv förderlich sein?
 - Inwieweit sehen Sie Gefahren bei der sozialpädagogisch musikalischen Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen?
 - Würden Sie hier bestimmte Methoden empfehlen oder ausschließen?
 - Welche Kenntnisse sollten die SozialpädagogInnen haben um mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen musikalisch zu arbeiten?
 - Welche Kompetenzen sind besonders wichtig?
 - Würden Sie sagen dass SozialpädagogInnen sowohl im traumapädagogischen Bereich als auch im musikalischen Bereich Erfahrung, Kompetenzen und Ausbildungen haben sollten?
 - Würden Sie resümierend sagen dass Musik als Bewältigungsstrategie in der Sozialpädagogik zu empfehlen ist?

Grenzen und Verknüpfungen zwischen Musiktherapie und musikalisch sozialpädagogischer Arbeit

- Erreichen ähnlicher (Aus-)Wirkungen
- Grenzen, Unterschiede und Verknüpfungen aufzeigen

- Glauben Sie das musikalische Projekte in der Sozialpädagogik ähnliche Wirkungen erzielen können wie die musiktherapeutische Arbeit?
 - Wo sehen Sie die Grenzen?

- Wo sehen Sie die Unterschiede zwischen der musiktherapeutischen und musikalischen sozialpädagogischen Arbeit?

Anmerkungen

- Zusätzliche Anmerkungen des/der Interviewpartners/Interviewpartnerin
 - Möchten Sie noch etwas ergänzen?

-Vielen Dank für Ihre Teilnahme-

Die Kasseler Thesen

„Präambel

Mit den vorliegenden Thesen haben die Vertreter/Innen der oben genannten acht musiktherapeutischen Vereinigungen in Deutschland den Versuch unternommen, einen schulenübergreifenden Konsens zur Musiktherapie herbeizuführen. Dieser besteht in Aussagen zu theoretisch-wissenschaftlichen Grundlagen der Musiktherapie, Ausbildungsschwerpunkten, konzeptionellen Voraussetzungen und Anwendungsbereichen. Die Thesen können nur in ihrer Gesamtheit verstanden werden, da die einzelnen Aussagen einander bedingen und ergänzen. Die darin enthaltenen Festlegungen lassen Raum für die unterschiedlichen musiktherapeutischen Konzeptionen und geben gleichzeitig eine verbindliche Basis für die Qualitätssicherung. Die Kasseler Thesen dienen einem gemeinsamen berufspolitischen Vorgehen zur Schaffung der gesetzlichen Grundlagen für die Ausübung von Musiktherapie. Gleichzeitig implizieren sie eine Abgrenzung zu anderen therapeutischen Verfahren, in denen ebenfalls Musik eingesetzt wird. Die Dynamik der fachlichen und verbandspolitischen Auseinandersetzung zur Erarbeitung der Kasseler Thesen wurde maßgeblich vorangetrieben durch die Begegnung der historisch gewachsenen ost- und westdeutschen Fachtraditionen. Dieser Prozess markiert den Beginn einer auf Integration und Kooperation ausgerichteten Entwicklung zwischen den VertreterInnen der unterschiedlichen Musiktherapierichtungen in Deutschland.

These 1

Musiktherapie ist eine praxisorientierte Disziplin, deren wissenschaftliche Grundlagen in enger Wechselbeziehung zu verschiedenen Wissenschaftsbereichen stehen, insbesondere der Medizin, den Gesellschaftswissenschaften, der Psychologie, der Musikwissenschaft und der Pädagogik.

These 2

Der Begriff "Musiktherapie" ist eine summarische Bezeichnung für unterschiedliche musiktherapeutische Konzeptionen, die ihrem Wesen nach als psychotherapeutische zu charakterisieren sind, in Abgrenzung zu pharmakologischer und physikalischer Therapie. Musiktherapie näher zu definieren erfordert Aussagen zum zugrunde liegenden Psychotherapiebegriff und Musikbegriff.

These 3

Ausgehend von einem bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnis ist Psychotherapie wissenschaftlich fundierte Behandlung mit psychologischen Mitteln. Sie gehört zum Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens und hat dort eine integrative Funktion. Psychotherapie beruht auf einem jeweils zu definierenden theoretischen Konzept, das Aussagen zum Menschenbild, zur Ethik und zum Krankheitsverständnis beinhaltet. Daraus ergibt sich ein System von Methoden, mit dem sie sich auf die therapeutischen, rehabilitativen und präventiven Gebiete des Gesundheits- und Sozialwesens einzustellen vermag. Somit ist das Erscheinungsbild psychotherapeutischer Methoden theorie- und kontextabhängig insbesondere in Bezug auf die Indikationsstellung, die Zielsetzung, das methodisch-didaktische Therapeutenverhalten, den Umgang mit der Gruppendynamik bzw. den dynamischen Prozessen der Dyade. Psychotherapie begründet sich in der Konstituierung des therapeutischen Settings und ist an die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung gebunden. Die Wirksamkeit der Psychotherapie entfaltet sich im Wahrnehmen, Erleben, Erkennen, Verstehen und im Handeln des Patienten. Keine psychotherapeutische Methode oder Technik folgt einem monokausalen Wirkprinzip.

These 4

Musik ist vom Menschen gestalteter Schall. Als akustisches, zeitstrukturierendes Geschehen ist sie Artikulation menschlichen Erlebens mit Ausdrucks- und Kommunikationsfunktion. Sie befindet sich im dialektischen Spannungsfeld individueller – körperlicher, psychischer, spiritueller, sozialer – und gesellschaftlich-kultureller Bedingungen und ist dort wirksam und bedeutsam. Musik wird zum subjektiven Bedeutungsträger über den Prozess des Wiedererkennens interiorisierter Erfahrungen, die im Zusammenhang der Menschheitsgeschichte, dem Enkulturationsprozeß und der aktuellen Situation stehen.

Zu "gestaltet"

Bei der musikalischen Gestaltung werden Töne, Klänge und Geräusche in übergreifende rhythmische, melodische und harmonische Strukturzusammenhänge gebracht. Dieser Vorgang ist Grundlage aller künstlerischen Schaffensprozesse in der Musik. Gestaltung schließt auch unbeabsichtigte Schallereignisse ein, sofern diese vom Rezipienten als bedeutsam wahrgenommen werden.

Zu "Schall"

Schall ist die Bezeichnung für alle hörbaren Schwingungsvorgänge und schließt die Begriffe Ton und Klang als Phänomene universaler harmonikaler Gesetzmäßigkeiten und den Begriff Geräusch mit ein.

Zu "zeitstrukturierend"

Musik beinhaltet Erfahrungen von und mit Zeit.

Zu "Artikulation"

Diese Artikulation ist nonverbal und präverbal. Auch das Verständnis der Musik als präsentatives Symbolsystem ist darin enthalten (Maria Becker in: Lexikon der Musiktherapie 1996, 230); andere Zugänge sind aber ebenfalls abgedeckt, wie semiotische (Christoph Schwabe: Methodik der Musiktherapie, Leipzig 1978) oder ästhetische (z.B. Jan Mukarowsky: Kapitel aus der Ästhetik, Frankfurt am Main 1971; Georg Lucács: Ästhetik, 4 Bände, Frankfurt am Main 1972).

These 5

In der Musiktherapie ist Musik Gegenstand und damit Bezugspunkt für Patient und Therapeut in der materialen Welt. An ihm können sich Wahrnehmungs-, Erlebnis-, Symbolisierungs- und Beziehungsfähigkeit des Individuums entwickeln. Rezeption, Produktion und Reproduktion von Musik setzen intrapsychische und interpersonelle Prozesse in Gang und haben dabei sowohl diagnostische als auch therapeutische Funktion. Das musikalische Material eignet sich, Ressourcen zu aktivieren und individuell bedeutsame Erlebniszusammenhänge zu konkretisieren, was zum Ausgangspunkt für weitere Bearbeitung genommen wird.

These 6

Musiktherapeutische Methoden folgen tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutisch-lerntheoretischen, systemischen, anthroposophischen und ganzheitlich-humanistischen Ansätzen. Der Begriff "Ansätze" beinhaltet Theoriebildung und zugehörige Handlungskonzepte.

These 7

Musiktherapie wird in Institutionen des Sozial- und Gesundheitswesens durchgeführt:

- *im klinischen Bereich (z.B. in psychotherapeutischen Spezialkliniken für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, in stationären und semistationären Kliniken, in psychosomatischen und psychiatrischen Fachkliniken)*
- *im außerklinischen Bereich (z.B. soziale Fördereinrichtungen, Heime für alte Menschen)- im rehabilitativen Bereich (z.B. in Fördereinrichtungen für psychisch, geistig und/oder körperlich behinderte Kinder, Jugendliche und Erwachsene, in ambulanten psychiatrischen Nachsorgeeinrichtungen, in der Neurologie)*

- *im präventiven Bereich (z.B. in der prophylaktischen Arbeit bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in allen Lebensabschnitten)*
- *in der Palliativmedizin*
- *in Beratung und Coaching*
- *und in freier Praxis.*

These 8

Voraussetzung für die Anwendung von Musiktherapie ist eine syndromatologische und eine therapieprozessbezogene musiktherapeutische Diagnostik. Daraus leiten sich Indikationsstellung und Zielformulierung ab. Das Wesen der musiktherapeutischen Diagnostik liegt in der Beschreibung der musikalischen Phänomene und ihrer Verbindung zu körperlichen, seelischen und sozialen Vorgängen.

These 9

In der Musiktherapie werden spezifische Dokumentationsverfahren zur Therapieevaluation und zur wissenschaftlichen Forschung verwandt.

These 10

Die Ausbildung von MusiktherapeutInnen umfasst:

- *einen Schwerpunkt in musiktherapeutischer Selbsterfahrung in Bezug auf den Umgang mit Musik, der eigenen Emotionalität und interaktionellen Prozessen,*
- *Theorie und Methodik musiktherapeutischer Konzepte und deren anthropologische, musikwissenschaftliche, medizinische, erziehungswissenschaftliche und andere Grundlagen*
- *Musikpraxis (therapeutisches Handeln mit musikalischen Mitteln),*
- *supervidierte Praktika im Berufsfeld“ (Die Kasseler Thesen 1998, S. 1-4).*

Konsensformulierungen der Kasseler Konferenz Musiktherapeutischer Vereinigung

Konsensformulierung 1:

Personelle Voraussetzung für die Berufsausübung

Voraussetzung für die Ausübung des Berufes des Musiktherapeuten/der Musiktherapeutin ist eine, auf der Grundlage konsensualler Standards, abgeschlossene Ausbildung (vgl. Kasseler Konferenz Musiktherapeutischer Vereinigungen in Deutschland 2004, S. 2).

Folgende inhaltliche Schwerpunkte sind verbindlich für alle Ausbildungen:

- *„musikalische Fertigkeiten und Wissen / professionelle Verfügbarkeit musikalischer Mittel in ihren unterschiedlichen Erscheinungsformen*
- *biologische, psychologische und soziale Lehrinhalte/Kenntnisse in Medizin, Psychologie, Entwicklungspsychologie, Psychotherapie und sozial-rehabilitative Sachverhalte*
- *musiktherapeutische Fertigkeiten und Wissen*
 - *theoretisch- und methodische Ansätze der Musiktherapie allgemein und*
 - *in verschiedenen Praxisfeldern*
 - *Wissen über musiktherapeutische Interventionsmöglichkeiten*
 - *eingehende Kenntnisse in der Theorie und Methodik der gelehrten musiktherapeutischen Konzeption*
 - *interdisziplinäre Teamfähigkeit einschließlich Dokumentation und Repräsentation*
- *Förderung persönlichen Wachstums in Form von fundierter Selbsterfahrung auf der Basis verschiedener psychotherapeutischer Konzeptionen*
 - *Vermittlung von Kenntnissen über den musiktherapeutischen Prozess durch eigenes Erleben (z.B. methodenbezogene Selbsterfahrung)*
 - *persönlichkeitsbezogene Selbsterfahrung (z.B. Erkennen von Möglichkeiten, Behinderungen und Grenzen der eigenen Handlungskompetenz*
 - *Umgang mit Musik in ihren unterschiedlichen Erscheinungsformen*
- *klinisches Training / Praktika und supervidierte praktische musiktherapeutische Arbeit*
- *ethische Prinzipien und Forschung / Weiterentwicklung der musiktherapeutischen Konzeptionen“* (Kasseler Konferenz Musiktherapeutischer Vereinigungen in Deutschland 2004, S. 2).

Konsensformulierung 2:

Eingangsvoraussetzungen für die Ausbildung

Die Mindestvoraussetzungen dafür sind:

- *„3-jähriger Fachschulabschluss mit Berufstätigkeit / Fachhochschulreife*
- *musikalisch-musiktherapeutische Eignung*
 - *musikalische Eignung: musikalische Fähigkeiten im Sinne persönlich und freier Ausdrucksmöglichkeit mit differenzierter ausbildungsbezogener Orientierung*
 - *musiktherapeutische Eignung: psychische und physische Belastbarkeit, Fähigkeit zu Selbstreflexion, Rollenflexibilität, Frustrationstoleranz, Umgang mit Aggressivität, sowie Nähe-Distanz-Regulierung Motivation zur Arbeit an sich selbst, Flexibilität und Spontaneität bei eigener Kontinuität, angemessene Selbstdarstellung, Empathiefähigkeit“ (ebd.)*

Konsensformulierung 3:

Berufsfelder

MusiktherapeutInnen arbeiten institutionell gebunden oder selbständig in den Berufsfeldern Gesundheits- und Sozialwesen und/oder Bildungs- und Beratungswesen (z.B. Wirtschaft). Des Weiteren sind sie in Forschung, Evaluation und Öffentlichkeitsarbeit tätig (vgl. ebd., S. 3).

Konsensformulierung 4:

Tätigkeitsfelder

MusiktherapeutInnen sind im kurativen, rehabilitativen wie auch im präventiven Bereich tätig, und arbeiten übungszentriert/funktional, erlebniszentriert/kreativ und konfliktzentriert aufdeckend. Die Therapien finden in Einzel- und Gruppentherapien statt, dabei kann auch das soziale Umfeld mit einbezogen werden (vgl. ebd.).

Konsensformulierung 5:

Spezifische Merkmale

Musik ermöglicht Veränderung, als zentrales Wahrnehmungs-, Begegnungs-, Erlebnis- und Gestaltungsfeld, Reifung und Wachstum (vgl. ebd.).

Konsensformulierung 6:

Aufgaben

Es wird der Ist-Zustand in Abhängigkeit vom Handlungsauftrag benannt. Davon ausgehend werden Handlungsziele und –Konzepte entwickelt. Das Handlungskonzept muss dabei reflektiert und dem Entwicklungsprozess angepasst werden.

Konsensformulierung 7:

Fortbildung

Fortbildungen sollen regelmäßig sowohl fachspezifisch (d.h. musiktherapeutisch, psychotherapeutisch und künstlerisch) als auch in ergänzenden Bereichen wie beispielsweise menschenkundlichen, medizinischen und sozialen stattfinden. Eventuelle Vorgaben der Berufsverbände sind zu beachten (vgl. ebd.).

Konsensformulierung 8:

Ethik

Eine gemeinsame Ethikkommission der Kasseler Konferenz Musiktherapeutischer Vereinigungen wacht über die Einhaltung des Ethikkodexes, zu welcher MusiktherapeutInnen verpflichtet sind.

Konsensformulierung 9:

Berufsentwicklung

Der Beruf des Musiktherapeuten/der Musiktherapeutin entwickelt sich zu Eigenständigkeit durch qualitätssichernde Maßnahmen wie beispielsweise Dokumentation, Evaluation, Organisation und Netzwerke in Forschung, Lehre und klinischer wie auch beratender Praxis

und in Wechselwirkung mit äußeren Rahmenbedingungen (vgl. ebd., S. 3).

Konsensformulierung 10:

Standortbestimmung innerhalb des Gesundheitswesens und innerhalb des bundesweiten Berufs- und Ausbildungssystems

Der Beruf wird als eigenständiger Heilberuf verstanden, der das bestehende Gesundheitswesen sowie das Sozial- und Bildungswesen um den nonverbalen und kreativtherapeutischen Ansatz bereichert. Der Berufsabschluss (der dem B.A. mindestens vergleichbar ist), wird erreicht in privatrechtlichen Ausbildungen und staatlichen Studiengängen (vgl. ebd., S. 4).

Konsensformulierung 11:

Menschenbild

In einem humanistischen Sinne versteht Musiktherapie den Menschen als bio-psycho-soziales Wesen in einem ökologischen und gesellschaftlichen Kontext.

Konsensformulierung 12:

Interdisziplinäre Kooperations-Kompetenz

Interdisziplinäre Kooperations-Kompetenz zeigt sich unter anderem in der Teamfähigkeit mit kooperierenden Fachdisziplinen wie beispielsweise dem Gesundheits- und Sozialwesen, dem Bildungs- und Beratungswesen, der Forschung, der Evaluation und Öffentlichkeitsarbeit). Sie setzt das Erkennen der eigenen Grenzen wie auch den Respekt vor Arbeitsweisen anderer sowie die Transparenz im Darstellen der eigenen Tätigkeit voraus (vgl. ebd., S. 4).

Konsensformulierung 13:

Supervision

Supervision soll regelmäßig in Form von Einzel- und/oder Gruppensupervision, als team- und/oder klientInnenbezogene Supervision wahrgenommen werden. Sie dient der Reflexion konzeptioneller, didaktischer, inhaltlicher und institutioneller Fragen sowie der Reflexion der TherapeutInnenpersönlichkeit und seiner/ihrer Handlungskompetenzen zum Zwecke der

Sicherstellung einer qualifizierten musiktherapeutischen Behandlung. Eventuelle Vorgaben der DGSV wie auch der Berufsverbände sind zu beachten (vgl. ebd.).

Konsensformulierung 14:

Selbsterfahrung (siehe auch Konsensformulierung 1)

- *„Förderung persönlichen Wachstums in Form von fundierter Selbsterfahrung auf der Basis verschiedener psychotherapeutischer Konzeptionen*
 - *Vermittlung von Kenntnissen über den musiktherapeutischen Prozess durch eigenes Erleben (z.B. methodenbezogene Selbsterfahrung)*
 - *persönlichkeitsbezogene Selbsterfahrung (z.B. Erkennen von Möglichkeiten, Behinderungen und Grenzen der eigenen Handlungskompetenz)*
 - *Umgang mit Musik in ihren unterschiedlichen Erscheinungsformen Realisation in Dyade und/oder Gruppe*
- *Die Quantifizierung findet unter Berücksichtigung der Berufsverbands- und EMTC Vorgaben statt“ (Kasseler Konferenz Musiktherapeutischer Vereinigungen in Deutschland 2004, S. 4).*