FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform "Polyloge"

Heilkraft der Sprache und Kulturarbeit

Internetzeitschrift für Poesie- & Bibliotherapie, Kreatives Schreiben, Schreibwerkstätten, Biographiearbeit, Kreativitätstherapien, Kulturprojekte

(Peer Reviewed)

Begründet 2015 von *Ilse Orth* und *Hilarion Petzold*
in den FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform "Polyloge"

herausgegeben mit *Elisabeth Klempnauer, Brigitte Leeser* und *Chae Yonsuk* für

„Deutsche Institut für Poesietherapie, Bibliotherapie, Sprachkultur und literarische Werkstätten"
an der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung" (EAG) in Verbindung mit der
„Deutschsprachigen Gesellschaft für Poesie- und Bibliotherapie" (DGPB)

Thematische Felder:
Poesietherapie – Poesie – Poetologie
Bibliotherapie – Literatur
Kreatives Schreiben – Schreibwerkstätten
Biographiearbeit – Narratologie
Narrative Psychotherapie – Kulturarbeit
Intermethodische und Intermediale Arbeit

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper, Hückeswagen
Heilkraft Sprache ISSN 2511-2767

Ausgabe 16/2020

Musikdienst bei psychosozialen Krisen

Betrachtung eines musikalischen Angebots im Rahmen von Kriseninterventionen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus Perspektiven der *Integrativen Therapie* *

Julia Böhm

---

* Aus der „**Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung**" (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: *Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper*. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: http://www.eag-fpi.com).
Teilnehmerin der EAG-Weiterbildung ‚*Musiktherapie im Integrativen Verfahren*'.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 3
2. Integrative Konzepte 5
2.1. Anthropologie - Kernkonzept 6
2.2. Wege der Heilung und Förderung sowie Heil- und Wirkfaktoren 6
2.3. Therapeutische Beziehung, Stile und Modalitäten 8
2.4. Identität und Leiblichkeit 10
2.5. Gesundheits- und Krankheitslehre und Krisen 13
3. Angebot 16
3.1 Rahmenbedingungen 16
3.2. Klientel und Zielsetzung 18
3.3 Umsetzung 22
3.3.1 Empathie 23
3.3.2 Tagesablauf und Akquise 24
3.3.3 Exemplarische Einheiten 27
4. Wirkung 31
4.1 Spiel und Raum 31
4.2 Der Musikdienst aus Perspektiven der IT 32
5. Reflexion 38
6. Zusammenfassung/Summary 40
7. Literaturverzeichnis 41

1. Einleitung

Diese praxisorientierte Arbeit beschreibt ein Projekt, das über ein Jahr auf einer Station für Krisenintervention in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie angeboten wurde. In Absprache mit dem Leitungsteam der Station wurden die Fähigkeiten aus meiner musiktherapeutischen Ausbildung am Institut in den Stationsalltag integriert.

Im alltäglichen Sprachgebrauch setzte sich zügig der Begriff „Musikdienst“ für das Projekt durch. Von Seiten der Klinik durfte ich als Mitarbeiterin des Pflege- und Erziehungsdienstes nicht offiziell therapeutische Angebote durchführen. Es entstand so ein Angebot, das sich in einem Feld zwischen Pädagogik und Therapie bewegte. Die Idee des Projektes traf bereits vor einer Umsetzung auf positive Resonanzen. Gleichzeitig stellte sich die herausfordernde Frage: Kann ein spontanes musikalisches Angebot in Krisensituationen funktionieren? Und vor allem: Wie kann es umgesetzt werden und welche Wirkung wird es haben - auf Patient*innen, auf das Team, auf die durchführende Person?

Der Musikdienst wurde als ein freiwilliges Angebot auf der Station installiert und in der Praxis als Einladung für die Patient*innen formuliert. Diese Graduierungsarbeit beschreibt einen Weg von der Idee, zur Umsetzung und wieder zu den theoretischen Grundlagen während der Umsetzung. Auf der Metaebene werden zunächst für das Projekt relevante Konzepte der Integrativen Therapie beschrieben. Anschließend wird ein ausführlicher Überblick über das Projekt gegeben, um schließlich beide Ebenen in der Darstellung wieder zusammenzuführen. Die Graduierungsarbeit bietet mir damit die Möglichkeit, mein Projekt und meinen Prozess mit „Integrativer Brille" zu betrachten, um mich selbst und meine Arbeit nach Beendigung des dortigen Arbeitsverhältnisses im Pflege- und Erziehungsdienst aus Sicht einer Musiktherapeutin zu reflektieren.

„Jeder ist „mit seiner Ontogenese immer und unabdingbar auf einem persönlichen WEG unterwegs […] in Gesundheit und Krankheit, Glück und Leid. Zugleich sind Menschen auch gemeinschaftlich auf dem WEG. Sie reisen im Konvoi“ (Petzold, 2019d, S. 47)

Die Umsetzung des Projektes verlangte viel Integration. Meine Fähigkeiten aus der Ausbildung zur integrativen Musiktherapeutin, angereichert durch meine Vorbildung als Sozialarbeiterin, wurden in meiner Funktion als Mitarbeiterin im Pflege- und Erziehungsdienst zusammengeführt. Selbsterfahrungsprozesse bieten in Phasen zwischen Gesundheit und Krankheit Hilfe. Im Integrativen Ansatz gibt es dafür Theorien und Methoden, die in aktuellen Entwicklungen einen besonderen Schwerpunkt auf Naturerfahrungen im grünen Raum haben, zum Teil bedingt auch durch biographische

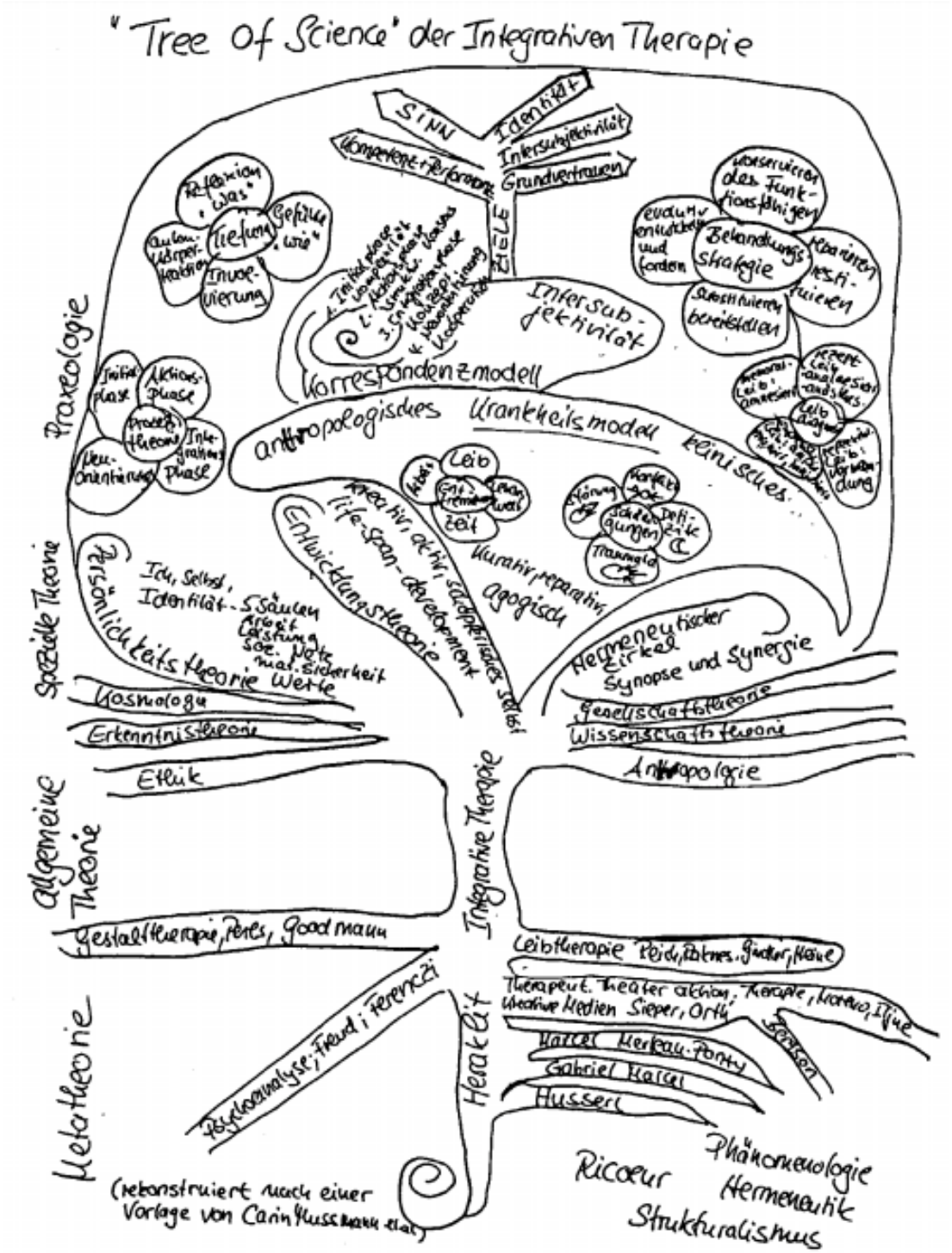
Wurzeln Petzolds, dem Mitbegründer des Integrativen Verfahrens. Wenn ich den Blick auf eigene biographische Bewältigungsstrategien richte, dann ist neben den ebenso für mich wichtigen Naturerfahrungen besonders die Musik ein treuer Begleiter - eine Möglichkeit zum Ausdruck und damit zum Bauen von Brücken oder Bahnen von Wegen (vgl. Petzold, 2019d, S. 54). Mir ist es deshalb ein Anliegen, auch anderen Menschen - in diesem Fall Kindern- und Jugendlichen - in Krisensituationen mit Musik eine Anregung zur Veränderung oder Stabilisierung zu geben.

Im Verlauf dieser Graduierungsarbeit werden beispielhaft Prozesse mit Patient*innen beschrieben[1]. Die Integrative Therapie bezeichnet in Abgrenzung zu anderen Schulen Menschen nicht als Fälle, sondern fasst die Therapien als Prozesse, „denn wir stehen mit dem Menschen im Prozess, an dem beide - Therapeutin und Patient - beteiligt sind“ (Petzold 2019a, S. 38).

[1] Die Daten dieser Graduierungsarbeit werden insgesamt anonymisiert.

2. Integrative Konzepte

Als Strukturgerüst verknüpft der Tree of Science die Theorie und Praxis der Integrativen Therapie auf den Ebenen der Metatheorien, der realexplikativen Theorien, der Praxeologie und der Praxis. Den Blick richte ich zuerst auf die mittlere Ebene, in der allgemeine und spezielle Theorien mit der Praxeologie aufeinandertreffen.



Verbildlichung des Tree of Science in Petzold 1994l, S. 46

2.1. Anthropologie - Kernkonzept

Das Integrative Verfahren wurde seit den 60er Jahren von Petzold und Kolleginnen entwickelt und verbindet multiple Methoden unter Berücksichtigung bio-, psychosozialer und ökologischer Faktoren. Das Modell des Tree of Science entstand hier als Orientierungshilfe und Kernelement. Anhand des Tree of Science können eigene Methoden entwickelt, erforscht und jeweils weiterentwickelt. Im Menschenbild der Integrativen Therapie (im Folgenden als IT abgekürzt) finden sich anthropologische Grundsätze, welche die Ebenen Körper, Seele und Geist gleichermaßen einbeziehen, die den Menschen, gleichwertig als Mann und Frau[2], im Zusammenhang, bzw. Kontext seiner Lebenswelt und im Kontinuum seiner kompletten Lebensspanne fassen. Es werden sowohl die kulturelle, als auch die historische und örtliche Eingebundenheit berücksichtigt. So können Therapeut*innen passend und angemessen bezogen auf die unterschiedlichen Dimensionen Körper, Seele und Geist sowie auf sozialer oder ökologischer Ebene reagieren und abgestimmt auf die Bedürfnisse und Eigenschaften des Hilfesuchenden flexibel arbeiten, z.B. über Körpertherapie oder Soziotherapie. Die IT bietet ein umfangreiches Repertoire an kreativen Behandlungsmethoden, in denen unterschiedliche Medien eingesetzt werden können (vgl. Petzold, 2003e/2006k, S. 105). Die prozesshafte Grundhaltung der IT befürwortet „eine Kultur konstruktiven Zweifels und einer offenen Revisionsbereitschaft“ auszubilden und zu wahren. Es ist notwendig, sich und seine Arbeit stetig zu reflektieren, zu kritisieren, zu hinterfragen, um eine zeitgemäße Entwicklung beizubehalten (Petzold, 2019d, S. 26). So wurden auch im letzten Jahr bspw. Konzepte, wie die 14 Heil- und Wirkfaktoren überarbeitet und erweitert.

2.2. Wege der Heilung und Förderung sowie Heil- und Wirkfaktoren

Neben dem gezielten und klient*innenorientierten Einsatz von Medien bieten ausgearbeitete und erprobte Konzepte, wie die Wege der Heilung und die Heil- und Wirkfaktoren Orientierung in der Beratung und Behandlung von Klient*innen, bzw. Patient*innen und tragen zur Reflexion des therapeutischen Handelns bei. Die ursprünglichen 14 Heil- und

[2] Diese dichotome Formulierung muss aufgrund aktueller Entwicklungen und Debatten durch das integrative Konzept der „Mehrperspektivität“ und damit einer pluriformen Sichtweise erweitert werden. Hierzu sei vertiefend das Behandlungsjournal von Straub Ortiz Montenegro zum Therapieprozess einer Transgender-Frau erwähnt (https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=behandlungsjournale_behandlungsjournal-mirjam-straub-ortiz-montenegro-03-2015.pdf)

Wirkfaktoren wurden in aktuellen Publikationen um drei ergänzt. Eine Auflistung mit den relevanten Kürzeln wird folgend dargestellt:

1. Einfühlendes Verstehen [protektiv], Empathie [supportiv] (**EV**)
2. Emotionale Annahme [protektiv] und Stütze [supportiv] (**ES**)
3. Hilfe bei realitätsgerechter [supportiv, konfrontativ], praktischer Lebensbewältigung (**LH**)
4. Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft [supportiv, konfrontativ](**EA**)
5. Förderung von Einsicht [supportiv, konfrontativ], Sinnerleben, Evidenzerfahrung (**EE**)
6. Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit [protektiv, supportiv, konfrontativ] (**KK**)
7. Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation, psychophysischer Entspannung (**LB**) [protektiv, supportiv] (**LB**)
8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen [protektiv, supportiv, konfrontativ] (**LM**)
9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte [protektiv, supportiv] (**KG**, **ÄE**)
10. Erarbeitung positiver Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonte [protektiv, supportiv, konfrontativ] (**PZ**)
11. Förderung positiver persönlicher Wertebezüge, Konsolidierung der existentiellen Dimension [protektiv, supportiv, konfrontativ] (**PW**)
12. Förderung von prägnantem Selbst- und Identitätserlebens, positiver selbstreferentieller Emotionen & Kognitionen, d.h. von „persönlicher Souveränität“ [protektiv, konfrontativ] (**PI**)
13. Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke [protektiv, supportiv] (**TN**)
14. Ermöglichung von Empowerment- und Solidaritätserfahrungen [supportiv, konfrontativ, protektiv] (**SE**)
15. Förderung eines lebendigen und regelmäßigen Naturbezugs [protektiv, supportiv] **(NB)**
16. Vermittlung heilsamer ästhetischer Erfahrungen [protektiv, supportiv,] **(ÄE)**
17. Synergetische Multimodalität [protektiv, supportiv, konfrontativ] **(SM)**

(aus Petzold et al. 2019e, S. 30f.)

Die „14 plus 3 Heil- und Wirkfaktoren“ basieren auf dem Konzept der „Vier Wegen der Heilung und Förderung“, welche als Strategien in der Behandlung zu Heilung, Entwicklung und Stärkung unterstützend dienen. Die Wege der Heilung beinhalten:

1) Bewusstseinsarbeit → Einsicht, Sinnfindung, kognitive Regulation
2) Neu-/Nachsozialisation → Grundvertrauen, Selbstwert, emotionale Regulation
3) Ressourcen-/Erlebnisaktivierung → Persönlichkeitsgestaltung, Lebensstiländerung
4) Solidaritäts-/Exzentrizitätserfahrung → Metaperspektive, Souveränität (vgl. Petzold 1988n zitiert nach Petzold et al., 2019e, S. 45).

Sie können flexibel in der therapeutischen Praxis unter anderem als Wegweiser für die Entwicklung von Therapiezielen von Nutzen sein (Bärwolf, 2019, S. 8). Darüber hinaus dienen sowohl die Inhalte der Heil- und Wirkfaktoren als auch die Wege der Heilung als Wegweiser bei der Gestaltung und Festigung der therapeutischen Beziehung.

2.3. Therapeutische Beziehung, Stile und Modalitäten

Petzold benennt fünf Ziele therapeutischer Arbeit:

1) Das **Erhalten und Gewinnen von Grundvertrauen**, als Qualität des Menschen, die bereits vorgeburtlich aus der Verbindung zwischen Mutter und Kind im Uterus besteht und somit jedem Menschen innewohnt. Denn dort, wo „primordiale Koexeistenz zum Schwingen kommt, ist Heilung möglich“ (Petzold, 1980g, S. 232). Durch Erlebnisse von Mit-Sein wird Grundvertrauen vertieft und bekräftigt.

2) Eine **Förderung der Identität** braucht in der Weiterentwicklung das Miteinander, weil sie sich aus Selbst- und Fremdzuschreibungen konstituiert. Es ist also mindestens eine weitere Person, z.B. der*die Therapeut*in notwendig, um Veränderungsprozesse anzuregen.

3) So ist auch in der **Sinn-Findung** eine Ko-respondenz mit einer weiteren Person notwendig, weil Sinn über Zusammenhänge, Verbundenheit sowie auch Angrenzung aktiviert werden kann.

4) **Intersubjektivität** kennzeichnet sich durch *Engagement*, also eine Anteilnahme und ein persönliches Interesse an der Person, weiterhin durch *Personalität* und *Begegnung* als direkter, realer Kontakt und Möglichkeit gegenseitiger Berührung (vgl. Petzold, 1980g, S. 231 ff.).

5) Auch die **Förderung von** personalen, sozialen und lebenspraktischen **Kompetenzen** - „Fähigkeiten und Kenntnisse, die zur Erreichung von Zielsetzungen notwendig sind“ **und Performanzen** - „Fertigkeiten […], diese Potentiale auch im praktischen Vollzug umzusetzen“ - sind in der therapeutischen Beziehung wichtig, z.B. zur Vereinbarung und Erreichung von Zielen. Im Integrativen Sinne geht es bei der therapeutischen Beziehung um „Restitution, Erhaltung und Entfaltung des Beziehungsgefüges zum Leib […] und zur Welt“ und um „Sinn als Konsens […] und das […] Grundgefühl der Sicherheit und des Vertrauens“ (Petzold, 1980g, S. 241).

Richtet man den Blick exzentrisch auf den gemeinsamen Prozess, so verbinden sich im Therapieprozess Theorie und Praxis in einem Zyklus von Initialphase zur Aktionsphase, hin zur Integrationsphase bis zur Neuorientierungsphase, wodurch die Möglichkeit eines Lern- und Veränderungseffektes entsteht. Die so eingeteilten Phasen werden in der IT als hermeneutische Spirale bezeichnet (vgl. Petzold, 1980g, S. 240).

In der Umsetzung von Therapien vertritt die IT weiterhin eine sogenannte „multimodale Praxeologie“ mit fünf Modalitäten, welche Wege zur Intervention eröffnen:

- konservativ-stützend
- erlebniszentriert-aufdeckend

- übungszentriert-funktional
- konfliktzentriert-aufdeckend
- netzwerkaktivierend (Leitner, 2010, S. 217 f.).

Die Integrative Musiktherapie ist eine Methode, in der die voranstehenden Punkte 2-4 vermehrt zielgerichtet eingesetzt werden können. Petzold beschreibt die Integrative Musiktherapie als „ganzheitliche Methode, in der psychotherapeutische, musikagogische und musikheilpädagogische Maßnahmen klinisch fundiert verbunden“ und mit „präventiver und rehabilitativer Zielsetzung eingesetzt werden“ (Petzold 1997 zitiert nach Bärwolf, 2019, S. 25).

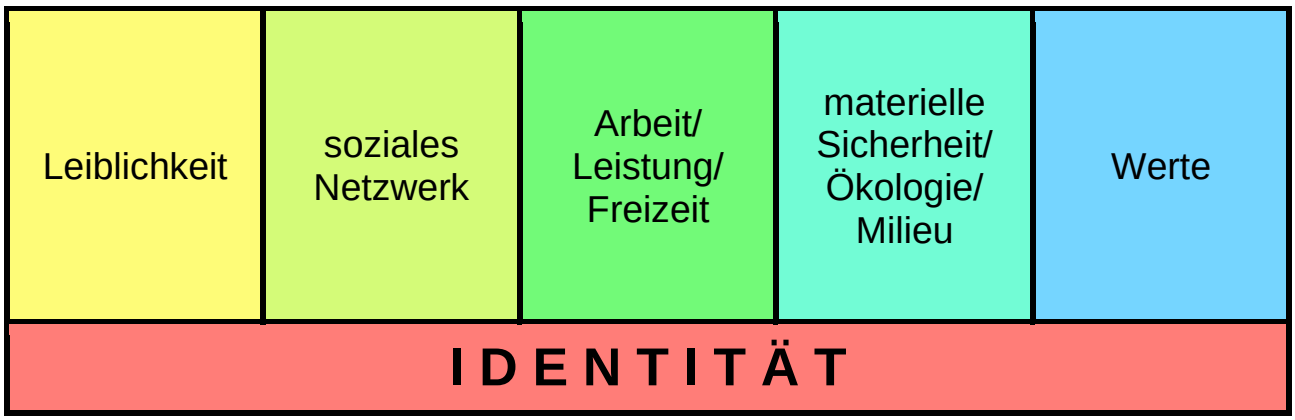
Als Integrativer Stil kann daher die Variabilität bezeichnet werden, sich auf einem Spektrum zwischen abstinentem und explorativem Stil frei bewegen zu können. Dabei ist natürlich die individuelle Passung zum*zur Klient*in, bzw. Patient*in zu beachten (vgl. Petzold 1980g, S. 253). Es ergeben sich deshalb Möglichkeiten zur Intervention im „direktiv/non-direktiv[em], abstinent/zugewandt[em], aufdeckend/stützend[em] Stil“ (Petzold, 2003, S. 508), um im Umgang mit Übertragungen, Gegenübertragungen, Vermeidung und Widerständen flexibel zu bleiben. Ein sich „In-Beziehung-setzen“ mit dem Therapeuten, bzw. der Therapeutin führt unweigerlich zu einer Ko-respondenz. Wie bereits Watzlawick 1964 formulierte: „Man kann nicht nicht kommunizieren“ (Watzlawick zitiert nach Petzold, 1980g, S. 243), auch wenn eine Beteiligung in der Therapie abgelehnt wird und man sich dadurch positioniert. Der*die Therapeut*in reicht bildlich gesprochen ihre Hand und präsentiert darauf eine Identifizierung mit offenem Ende der Integrierung oder Abweisung (vgl. Petzold, 1980g, S. 253 ff.). Aus Perspektiven der IT besteht eine wertvolle therapeutische Beziehung aus diesem Ko-respondenzprozess, einer Begegnung, bzw. einem sich „In-Beziehung-setzen“ mit dem Ziel der Sinnfindung und Förderung von Identitätsprozessen (vgl. Petzold, 1980g, S. 242f.).

In jedem therapeutischen Prozess geht es um kreative Prozesse, in denen sich die „Synergie“ von Therapeut*in und Patient*in positiv und zielführend auf den Gesamtprozess auswirkt (vgl. Petzold, 1980g, S. 244). Dabei ist die Haltung der selektiven Offenheit als Element der Praxis zu benennen, denn der „Therapeut ist als Gesamtperson mit seiner ganzen jeweiligen Befindlichkeit, seinen Gedanken, Gefühlen und Verhaltensäußerungen Intervention […] im beständigen Bezug auf den anwesenden Klienten“ (Petzold, 1980g, S. 254). Die Gesamtperson als Identität, ganz gleich ob Patient*in oder Therapeut*in, setzt sich aus den Anteilen des Leibes im Zeit- und Bezugsrahmen zusammen, welche im Folgenden näher erläutert werden (vgl. Leitner, 2010, S. 145).

2.4. Identität und Leiblichkeit

Als „Körper-Seele-Geist-Einheit“ ist der Leib „Grundlage unserer Existenz“ (Leitner, 2010, S. 147). Der Leib ist in der IT der größte Resonanzgeber, bzw. -erfahrer und wird deswegen auch „Resonanzkörper“ genannt (vgl. Petzold & Orth, 2017a, S. 31). Der in die Welt eingebundene Leib ist die Basis für unsere Emotionen und Reflexionen (vgl. Petzold, 2019d, S. 24). Er wird hierbei auch als „informierter Leib“ verstanden, als ein Zusammenspiel der Informationsverarbeitung. Eine Information schreitet ihren Weg „von außen nach innen durch ´triviale Internalisierungen´ und ´spezifische Interiorisierungen` (sensu Vygotskij)“ in Verbindung mit dem Konzept der „Habitusbildung“ nach Bourdieu. Diese Information wird zuerst mentalisiert, bzw. psychologisch geprüft (appraisal) und dann emotional bewertet (valuation) (Petzold & Orth, 2017a, S. 14). Zur Unterscheidung von Internalisierung und Interiorisierung sei kurz zusammengefasst, dass Internalisierung über die stetige Aufnahme von Eindrücken aus der Umwelt und deren mnestischer Abspeicherung entsteht. Bei Interiorisierungen werden Eindrücke durch Erinnerungen und Erfahrungen mit bedeutungsvollen Menschen angereichert (Petzold & Orth, 2017a, S. 10). Interiorisierungen haben durch ihre Verleiblichung eine bedeutungsträchtigere Qualität als eine Internalisierung (Petzold, 2019d, S. 37). Zum voranstehenden Kapitel kann daher ergänzt werden, dass es in Integrativ therapeutischer Arbeit wichtig ist, den Blick auf diese Interiorisierungen zu richten, weil wir uns als Mensch in der Beziehung mit „unseren heilsamen Qualitäten“ zur Verfügung stellen, was dem zweiten Weg der Heilung im Sinne einer „Nach- oder Neusozialisiation“ entspricht. Als Therapeut*in empfiehlt es sich, für Patient*innen spürbar zu sein, um Wirkungen anregen zu können (Petzold & Orth, 2017a S. 16 f.).

In der IT versteht man den Leib als „tragende Säule der Identität“. Fünf Säulen stützen diese Identität:



(eigene Darstellung, Inhalt zitiert nach Leitner, 2010, S. 147f.).

Der Integrative Leibbegriff wurde beeinflusst durch die Ideen von Gabriel Marcel und Maurice Merleau-Ponty, mit dem Grundsatz eines „être-au-monde“, also eines „Zur-Welt-Sein[s]“ (Petzold & Orth, 2017a, S. 2). Der Mensch darf in seiner Existenz niemals ohne seinen Lebenszusammenhang betrachtet werden, weil „Alles Sein Mit-Sein“ und somit „Ko-existenz“ ist, um Petzold aus 1978 zu zitieren (Petzold, 2003, S. 95). Petzold schreibt in aktuellen Texten des Weiteren über Personen als „Collagen“ mit ihren vielseitigen Dimensionen: „Höhen, Breiten, Tiefen, Transversalen, […] Erinnerungen, Phantasien, Prägnanzen, Konturen, Strukturen“, immer auch mit Blick auf die zeitliche Einbindung, auf Kontexte und soziale sowie ökologische Räume (Petzold, 2019d, S. 9).

Unsere Identität konstituiert sich folglich aus Resonanzen von außen in Kombination mit eigenen Zuschreibungen. Eine Identitätsbildung findet über „Kontakt und Abgrenzung, Mit-Sein und Bei-Sich-Sein“ statt, also einer Erfahrung mit sich selbst ebenso wie mit anderen (Petzold, 1980g, S. 233f.). Das menschliche Grundbedürfnis der Affiliation, welches als „intrinsisches Bedürfnis des Menschen nach Nähe zu anderen Menschen im geteilten Nahraum“ definiert wird, muss hier zusätzlich mit beachtet werden (Petzold & Orth, 2017a, S. 25). Mit den Anteilen Selbst, Ich und Identität und dem durch Moreno so benannten „sozialen Atom“ wird die Persönlichkeit beeinflusst und durch jegliche Außeneindrücke geprägt. Demnach werden Patient*innen in „Ko-respondenz“ mit prägenden Anderen, also auch in der Zeit der kurzfristigen Intervention während des Klinikaufenthaltes beeinflusst (vgl. Petzold, 2019d, S. 30ff.).

Das Leibselbst ist demnach grundlegend für die Persönlichkeit und deren Entwicklung zu einem Ich und zur Identität unter Berücksichtigung der sozialen und ökologischen Perspektive im Kontext und Kontinuum. Therapie muss deshalb einen Schwerpunkt beim Leib setzen, um den gesamten Menschen als „Körper-Seele-Geist-Welt-Wesen“ erfassen zu können. Als „informierter Leib“ ist der Mensch in die Welt eingebunden und verkörpert diese. Dieser Erkenntnis entsprechen auch aktuelle Entwicklungen zu vermehrt ganzheitlicher Medizin und naturverbundenen Ansätzen (vgl. Petzold & Orth, 2017a, S. 2 f.). Ein „komplexer Leibbegriff“, also die Integrative Perspektive von Leiblichkeit, betrachtet darüber hinaus immer den/das „sozialökologischen Kontext/Kontinuum“ und ist so eng mit der Welt verbunden, „dass sie empathisch miterfasst werden muss“ (Petzold & Orth, 2017a, S. 23f.). Die Identitätstheorie der IT greift vor allem in Verbindung mit der Betonung der Wirkung dieser „wechselseitige[n| empathische[n] Resonanzen“, durch welche gelingende Identitätsprozesse erst in Gang gesetzt werden. Als Kind und Jugendlicher befindet man sich mitten im Entwicklungsprozess der Identität. Eine Identität, die sich aus Funktionen des „Ich“ fortschreitend bis zur Entwicklung eines reifen „Selbst“ konstituiert, ist abhängig von

„erlebten Identifizierungen (Fremdattributionen) aus dem Kontext und erfahrenen Identifikationen (Selbstattributionen), ihrer emotionalen Bewertung (valuation) und kognitiven Einschätzung (appraisal) im Zeitkontinuum“ (Petzold 2011c zitiert nach Petzold & Orth, 2017a, S. 26). Wesentlich ist hier die Bereitschaft zur Veränderung und Selbstgestaltung. Petzold bringt hier gern das metaphorische Bild des „Selbst als Künstler und Kunstwerk“ ein (Petzold 1999q zitiert nach Petzold 2019d, S. 50). Damit unmittelbar verbunden ist auch die Bereitschaft zu einer „Begegnung und Auseinandersetzung“, also der „Ko-respondenz“, weil eine Entwicklung nur im Austausch mit Mensch und Natur stattfinden kann (vgl. Petzold, 2019d, S. 35). Weiterführend entsteht eine komplexe Empathie, wenn Mentalisierungen, bzw. Reflexionen in Kombination mit eigenleiblichem Spüren die Transversalität und so auch Transparenz zum Wachsen bringen.

Unter Transversalität wird hier verstanden: Ein „offenes, nicht-lineares, prozessuales, pluriformes Denken, Fühlen, Wollen und Handeln, […] in permanenten Übergängen und Überschreitungen (transgressions)“ dar (Petzold, 2019d, S. 51). Durch eine Wechselseitigkeit, eine gemeinsame Arbeit an Entwicklung und Gesundheit - entsprechend Ferenczis Idee der „Mutualität“ - kann ein Lernprozess ins Fließen kommen, der wiederum „Transgressionen“ möglich macht (vgl. Petzold, 2019d, S. 26). Psychotherapie muss im Allgemeinen als nicht-statisches System betrachtet werden. Sie sollte sich immer im Sinne einer Vernetzung mit umliegenden Gegebenheiten in permanenter Entwicklung befinden (vgl. Petzold, 2019d, S. 21).

Zusammenfassend kann formuliert werden, dass die IT einen schulenübergreifenden Ansatz verfolgt, mit Methoden, die indikationsspezifisch einzusetzen sind, wie Bewegungs-, Musik- oder Naturtherapie. Diese orientieren sich an den zwei Grundpfeilern Leib und Welt: „Leib, der erfahrene Lebenswirklichkeit verkörpert/verleiblicht (embodiment) und […] Welt als Quelle aller Lebenswirklichkeit, in der alles eingebettet ist (embeddedness)“. Das Leib-Subjekt entwickelt sich aus „wechselseitige[n] Resonanzen von Mentalisierung und Embodiment“ (Petzold & Orth, 2017a, S. 5).

In der IT gibt es für den Weg des Lebens vielfältige Beschreibungen, so z.B. die „Biosodie“, also den Prozess der Lebenserzählung, der stetig „in actu“ und im Austausch mit Vergangenheits- und Gegenwartserlebnissen stattfindet. Biosodie wird zur kollektiven Aufgabe, wenn man Identitätsentwicklung, Gesundheit und sichere Zukunftsperspektiven fördern will. Dies kann als verantwortungsvolle Aufgabe auf die Taten der Mitarbeiter*innen oder Therapeut*innen in Zuständigkeit für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen übertragen werden (vgl. Petzold, 2019d, S. 31).

2.5. Gesundheits- und Krankheitslehre und Krisen

Krankheit und Gesundheit werden in der IT „als ein Spektrum möglicher Verfassungen des Menschen als ´Körper-Seele-Geist-Subjekt´ betrachtet, als ein Möglichkeitsraum der Person in ihren Lebensprozessen, in ihren Lebenslagen, d. h. ihrem sozioökonomischen bzw. soziokulturellen Kontext/Kontinuum. In diesem ’potential space ’muss […][man] sich regulieren und die Dynamik von Gesundheits-Krankheits-Prozessen gestalten, eine lebenslange Aufgabe, an der ein Mensch scheitern oder sich in kreativer Weise entfalten kann“ (Petzold 1975h zitiert nach Petzold, 2010b, S. 3). Besonders bei Kindern und Jugendlichen sind die Grenzen zwischen „Normalität und Pathologie noch fließender als im Erwachsenenalter“, was sogar Spontanheilungen möglich macht oder häufiger zu Symptomwechseln führt (vgl. Stein, 2020, S. 281).

„Prekäre Lebenslagen“ sind ein Grund für den Kontakt von Kindern und Jugendlichen zu einer Hilfseinrichtung. In einem erlebten Bedrängen aufgrund der „Häufung massiver körperlicher, seelischer und sozialer Belastungen durch Ressourcenmangel […], Fehlen […] ´protektiver Faktoren´“ kommt es vom schrittweisen Ressourcenverfall zur Überschreitung der Grenzen von jeglichen Copingmöglichkeiten des in sein Netzwerk eingebundenen Individuums (Petzold 2000h zitiert nach Petzold & van Wijnen, 2010, S. 3 f.). Eine pathogene Stimulierung wird aus Sicht der IT durch die Überschreitung von Copingfähigkeiten und Ressourcen hervorgerufen. Petzold beschreibt dazu vier schädigende Stimulierungen: Trauma (Überstimulierung), Defizit (einseitige/ fehlende Stimulierung), Störung (inkonstante/uneindeutige Stimulierung), Konflikt (gegen-läufige Stimulierung) (vgl. Petzold & van Wijnen, 2010, S. 32).

Die in dieser Graduierungsarbeit beschriebene Einrichtung bietet ein Angebot zur Unterbringung in Krisenzeiten. Als Krise fasst die IT den Prozess bis hin zu einer „Labilisierung eines Systems […] [durch Erschöpfung der] habituellen Bewältigungsleistungen (coping) und kreativen Gestaltungspotentiale (creating)“, von außen bis hin zum regressiven Einbruch (Petzold 1975m zitiert nach Petzold & van Wijnen, 2010, S. 4). In einer weiteren Steigerung durch länger andauernde Über- oder Unterstimulierungen, inkonstanter oder gegenläufiger Stimulierung kommt es dann zur Traumatisierung (vgl. Petzold & van Wijnen, 2010, S. 4f.).

Fünf bedeutungsträchtige Merkmale von Krisen fassen Schnyder und Sauvant zusammen:

- akut, überraschend, eigene Werte/Ziele anzweifelnd
- Labilisierung innenpsychisch, auf sozialer Ebene - adäquates/gewohntes Verhalten wird durch gegenteiliges Verhalten ersetzt

- erhöhte „Suggestibilität“
- „kleine Ursachen [mit] große[r] Wirkung“ - kritische Momente in welchen ein Wort/Blick zur Überforderung, Aggression oder gar zum Suizid führen
- Bedeutung von „Gefahr und Chance“ (Schnyder & Sauvant, 1993, S. 16f.).

Das chinesische Schriftzeichen für Krise wird in den Publikationen zum selben Thema häufiger dargestellt, weil es sich aus den beiden Zeichen *Gefahr („Wei“)* und *Chance („Ji“)* zusammensetzt. Das deutsche Wort hat seine Herkunft im Altgriechischen *krisis*, welches übersetzt „Wende, Höhepunkt, Umschlagpunkt, Entscheidung“ bedeutet. Die Krise kann daher auch als „richtungsweisender Wendepunkt in einem Entscheidungsprozess bezeichnet werden“ (Stein, 2020, S. 24). Zur Unterscheidung zwischen Krise und Problem lässt sich ergänzen, dass sich die Situation „vom ´üblichen Lauf der Dinge´ im Leben eines(einer) Patient(in)“ abheben sollte (Schnyder & Sauvant, 1993, S. 97), wobei die Erfahrung aus der Praxis bezeugt, dass eine Indikation zur Aufnahme im Kinder- und Jugendbereich auch häufig der Schutz der Kinder ist.

Es gibt weiterhin festgelegte Grundsätze für Kriseninterventionen. Beispielsweise ist es wichtig, einen zeitlich begrenzten Rahmen vorzugeben und als Ziel die Bewältigung der Überforderung/Krise zu fokussieren sowie die „gesunden Anteile“ der Patient*innen zu fördern, um „regressiven Anteilen“ entgegen zu wirken. Es bedarf idealerweise der Behandlung im multiprofessionellen Team (vgl. Schnyder & Sauvant, 1993, S. 86).

Überforderungen bis hin zur Krise hängen immer mit längerfristigem Stress zusammen. Stress zeigt sich evolutionsbedingt in Bedrohungssituationen, bei denen eine Entscheidung über Flucht oder Kampf gefällt werden muss. Es werden dabei Hormone ausgeschüttet, die eine höhere physische Aktivität möglich machen (vgl. Petzold & van Wijnen, 2010, S. 6). Nach Nitsch entsteht Stress immer aus den drei Faktoren „Persönlichkeit, Organismus und Soziales System“ (Petzold & van Wijnen, 2010, S. 12). In einem Stressmodell von Lazarus werden außerdem explizit als Einfluss auf eine Stressreaktion Personenvariablen bzw. persönliche Charakteristika benannt (vgl. Petzold & van Wijnen, 2010, S. 15).

Von einer Überforderung spricht man, wenn den persönlichen Belastungen „keine stützende Umwelt, unzureichende innere und äußere Ressourcen und keine adäquate Bewältigungsmöglichkeiten sowie keine ausreichende persönliche Stabilität gegenüberstehen, so dass die Wahrnehmungs- und Handlungsmöglichkeiten des Individuums im Feld eingeschränkt oder blockiert und seine Fähigkeiten der Selbststeuerung beeinträchtigt oder gar außer Kraft gesetzt werden“ (Petzold 1968a zitiert nach Petzold & van Wijnen, 2010, S. 4).

Nach dem Integrativen Grundkonzept: „Mensch wird man durch den Mitmenschen“ ist der Mensch besonders in Krisen und Überforderungssituationen auf Hilfestellung von außen angewiesen (Petzold, 2003, S. 408). Eine Anlaufstelle für Eltern oder Kinder in schwierigen Lebenslagen stellt die Notfallambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der Möglichkeit einer kurzfristigen stationären Unterbringung dar. In dieser Einrichtung sollte also das in dieser Arbeit thematisierte Musikangebot in Krisensituationen installiert werden.

3. Angebot

Die Idee des Angebots entstand aus dem persönlichen Wunsch, die Zusatzqualifikation mit dem Berufsleben zu verbinden. In Gesprächen mit Oberarzt und Stationsleitung wurden Möglichkeiten besprochen und an die örtlichen, zeitlichen, situativen Gegebenheiten angepasst. So entstand ein passgenaues Angebot mit flexibler Umsetzung und Handhabung, sowohl für die Station für Krisenintervention als auch für die Sozialarbeiterin mit musiktherapeutischer Zusatzqualifikation. Die Intervention erhielt eher zufällig den Namen „Musikdienst“ - praktikabel im Alltag formuliert, angelehnt an die Begriffe Früh-/Spät- und Nachtdienst für die allgemein im Pflege- und Erziehungsdienst durchgeführten Dienste der Arbeit auf der Station. Im Rahmen dieses Kapitels werden die Gegebenheiten und Umstände für den Musikdienst in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie erläutert. Dabei wird der Blick nach und nach von außen bis ins Projekt hinein gerichtet.

3.1 Rahmenbedingungen

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie (im nachstehenden Verlauf mit KJP abgekürzt) gehört zu einer Klinik der sogenannten Maximalversorger in Deutschland. Diese umfasst an mehreren Standorten im Kreis mindestens 1000 Betten und beschäftigt rund 10.000 Mitarbeiter. Die KJP führt mehrere Stationen mit unterschiedlichen Schwerpunkten, bspw. Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen oder Krisenintervention. Zusätzlich gibt es zwei Tageskliniken, die auch Plätze für Familien mit Kindern im Alter von 0-6 anbieten.

Spontanität beherrscht den Alltag der fakultativ geschützt-geschlossen geführten Kriseninterventionsstation. Hier werden Kinder und Jugendliche aufgenommen, die aufgrund von Krisen eine Intensivbehandlung benötigen. Für gewöhnlich dauern diese Aufenthalte zur Distanzierung von der (Not-)Situation und als Ersthilfemaßnahme 24 bis 48 Stunden an (siehe auch Grundsätze der Krisenintervention im vorangegangenen Kapitel). Trotz der zu berücksichtigenden hohen Anpassungsleistung die jede*r Patient*in während eines klinischen Aufenthaltes selbst leistet, kann eine vorübergehende Unterbringung abseits des häuslichen Umfelds „bei massiven Konflikten mit den Eltern […] zur Entspannung der Situation beitragen“ (Stein, 2020, S. 283). Nach einer Endaktualisierung der Akutsituation werden durch behandelnde Therapeut*innen und Ärzt*innen Empfehlungen zur Weiterbehandlung gegeben. Es gibt bspw. anschließend die Möglichkeit, eine Therapie auf derselben Station oder einer weiteren Station des Hauses zu beginnen und zum Teil werden ambulante Therapien oder Maßnahmen des Jugendamtes zum Schutz der Kinder/Jugendlichen in die Wege geleitet. Regelaufenthalte auf einer Therapiestation der KJP dauern 10-12 Wochen an - das gleiche Angebot gilt für einen Therapieplatz auf der

Station für Krisenintervention. So treffen Patient*innen in Krisen auf bereits stabilisierte, therapiemotivierte Patient*innen. Dahinter steht die Idee, von- und miteinander profitieren zu können. Aufgrund stetiger spontaner Notfallaufnahmen oder plötzlich auftretender Krisen auf der Station gestalten sich langfristige Planungen sowie die Einhaltung der allgemeinen Tagesstruktur schwierig. Schnelle Reaktionen sind jederzeit gefordert und eine hohe Flexibilität ist gefragt. Außerdem braucht es das Feingefühl aller beteiligten Professionen, kleinste Schwingungen und Stimmungsschwankungen wahrzunehmen, um adäquat zu reagieren und evtl. bereits vor Ausbrechen einer Krise Strategien umzusetzen, die zur Stabilisierung der Lage beitragen. Es existiert ein spannendes Feld, um ein musiktherapeutisches Angebot mit Spontaneität und Flexibilität umzusetzen.

Die Station ist eine fakultativ geschützt geführte Station für Krisen- und Intensivbehandlung und umfasst 12 reguläre Betten. Aufgrund der Versorgungspflicht in Notsituationen gibt es keine Höchstbelegungsgrenze. Indikation zur Aufnahme in Notsituationen ist eine akute Fremd- oder Eigengefährdung der Kinder/Jugendlichen bis 18 Jahren, mit Hauptwohnsitz im Kreisgebiet. Weiterhin gibt es eine nicht-festgelegte Zahl an Therapieplätzen für Kinder mit unterschiedlichen Diagnosen. Die Unterbringung in Krisensituationen erfolgt freiwillig durch Zustimmung der Eltern und der Patient*innen oder unfreiwillig nach §1631b BGB oder PsychKG. Patient*innen, die elektiv für einen Therapieaufenthalt über Wochen aufgenommen werden, unterzeichnen generell eine Freiwilligkeitserklärung und legen Therapieziele für den geplanten Aufenthalt fest. Fakultativ geschützt bedeutet in der Praxis, dass bestimmte Bereiche der Station im Krisenfall verschlossen werden können, bspw. ist eine Zweiteilung der Station möglich. Bei entsprechender Einschätzung der Therapeut*innen und Ärzt*innen können gleichermaßen bestimmte Bereiche wie auf einer normalen Therapiestation mit offenen Türen geführt werden. Allgemein behandelt die Station Kinder und Jugendliche mit vielseitigen, nicht festgelegten psychischen Erkrankungen/Einschränkungen, wobei es Häufungen der Diagnosen depressive Episode in unterschiedlichen Schweregraden, Störung des Sozialverhaltens, Verhaltensstörungen durch Substanzmissbrauch und Angststörung gibt. Die Arbeit erfolgt im multiprofessionellen Team aus Ärzt*innen, Psycholog*innen, den Mitarbeiter*innen des Sozialdienstes, verschiedenen Kreativtherapeut*innen und dem Pflege- und Erziehungsdienst (im Folgenden als PED abgekürzt). Letzterer besteht ebenfalls aus unterschiedlichen Professionen: Krankenpflege, Soziale Arbeit, Sozial- und Heilpädagogik, Erzieher*innen, Familienpflege und Heilerziehungspflege. Zum Zeitpunkt des Projektes werden sogenannte Spezialtherapien im Bereich Kunst/Ergo, Körper/Bewegung und tiergestützte Therapie umgesetzt. Die Station hatte zu dieser Zeit kein fest installiertes Angebot mit Musik und

wurde auch nicht über die vorhandene Spezialtherapie im Bereich Musik bedient. Die Stationsleitung und der Oberarzt zeigten sich daher offen für eine Ergänzung der bisherigen Angebote um diesen Bereich.

In der Gesamtklinik der KJP setzt eine Musiktherapeutin auf zwei offenen Stationen ihr Angebot um und nutzt dafür einen voll eingerichteten Musikraum, der für den Musikdienst nach Rücksprache mitbenutzt werden durfte. Dieser Musikraum bietet durch seine von der Station für Krisenintervention zwei Gehminuten entfernte Lage die Chance, vom Stationsalltag Abstand zu nehmen. Ausgestattet ist der Raum mit einem Equipment aus diversen Percussion-Instrumenten (Schlitz-/Trommeln, Djemben, Xylophonen, Rasseln, Schlagzeug), Klangkörpern (Gong, Klangschalen, Monochord, Marimbula), Flöten, Klavier, Gitarren, Boom Whackers etc. Weiterhin kann über einen Computer mit Musikboxen Musik aus dem Internet abgerufen werden.

Das Projekt fand über einen Zeitraum von 14 Monaten statt und es wurden insgesamt 73 Einheiten in einem zeitlichen Rahmen von je 20 Minuten bis zu 60 Minuten durchgeführt. Etwa die Hälfte dieser Einheiten wurde mit Kurzzeitpatient*innen in Kriseninterventionen durchgeführt.

3.2. Klientel und Zielsetzung

Die Kinder und Jugendlichen sind meist im Alter zwischen 10 und 17 Jahren, in selteneren Fällen wird auch für Kinder ab 8 Jahren eine Krisenintervention zur Stabilisierung empfohlen. Gerade Jugendliche sind in der Phase der Adoleszenz häufiger misstrauisch und abwartend, ob sich die Person gegenüber genauso „unangebracht“ wie andere Erwachsene oder gar wie die eigenen Eltern/Betreuer*innen verhält. Als Helfer*in benötigt man hier Geduld kombiniert mit Empathie, bezogen auf die Erinnerung eigener Erfahrungen in dieser Zeit, um Akzeptanz und Verständnis aufrecht erhalten zu können (vgl. Stein, 2020, S. 282).

Das Klientel bringt stressbedingte Pathologien auf unterschiedlichen Ebenen mit. Diese können nach einer Beschreibung von Levi „emotional sein (Angstzustände, Depression, Hypochondrie und Entfremdung), kognitiv (Konzentrations- oder Gedächtnisverlust, Unfähigkeit, Neues zu lernen, kreativ zu sein, Entscheidungen zu treffen), behavioristisch (Drogen-, Alkohol- und Tabakmissbrauch, Weigerung, sich behandeln zu lassen oder sich in Behandlung zu begeben) oder psychologisch (neuroendokrine und immunologische Funktionsstörungen)“ (Levi zitiert nach Petzold & van Wijnen, 2010, S. 20). Mögliche belastende Reize bei einer Aufnahme zur Krisenintervention decken sich mit Levis Klassifikationen, z.B. durch chemische Stressoren (Drogen), seelische Stressoren

(Leistungsdruck) sowie soziale Stressoren (Konflikte, Verlust, Ablehnung, etc.) (vgl. Petzold & van Wijnen, 2010, S. 21). In Fällen von selbstverletzendem oder selbstschädigenden Ideen und Handlungen sind es häufig negativ besetzte Interiorisierungen, die eine Beeinträchtigung des Selbstwertes und der Identität mit sich bringen (vgl. Petzold & Orth 2017a, S. 11). Bei Jugendlichen kann die Adoleszenz durch ihre Häufung an Entwicklungsaufgaben eine schwerwiegende Identitätskrise auslösen. Es ist eine Phase großer Veränderungen, die eine Stabilität im Umfeld fordert (Stein, 2020, S. 280). Überforderungs- und Krisenmodelle beschreiben Verläufe vom Stadium Agitation (*etwas schaffen müssen*) zu Regression („ich kann nicht mehr“) bis hin zur Restitution (Erreichen des Ziels durch Ressourcen oder äußere Hilfen). Wird jedoch der „organische Rhythmus von Anspannung und Entspannung“ bspw. durch fehlende Ressourcen und Hilfen gestört, kommt es zu einer Dauerspannung und wenn diese nicht mehr aufrecht erhalten werden kann, folgt die Dekompensation (Absturz oder Durchdrehen). Die eingetretene Dekompensation wird häufig in den Aufnahmegründen zur Krisenintervention erkennbar: Depression, suizidale Pläne und Handlungen, Selbstschädigung in Form von Drogen- und Alkoholmissbrauch, Medikamentenintoxikation, Fremd- und Selbstaggression etc. Die genaue Ausdrucksform der Dekompensation ist von verschiedenen Persönlichkeitsstrukturen abhängig, vom Umfeld (sozial und ökologisch) und von der zeitlichen Achse, in der sich jede*r Einzelne befindet (vgl. Petzold & van Wijnen, 2010, S. 26f.). Bei einem Großteil der Patient*innen sind grenzverletzende biografische Inhalte der Grund für Einschränkungen und Störungen in Beziehungen. In der Behandlung besteht die Schwierigkeit darin, dass diese Kinder und Jugendlichen aufgrund ihrer Erfahrungen mit Widerstand oder anderen scheinbar dysfunktionalen Handlungen reagieren. Umso wichtiger ist es, durch Üben und kleinschnittige Angebote Vertrauen aufzubauen, um die Überarbeitung von bestehenden Mustern anzuregen. Es geht dabei beständig um ein „Aushandeln von Grenzen und Positionen“ (Petzold, 2019a, S. 32f.).

Der Musikdienst bietet die Möglichkeit eines „unbeschwerten“ Kontakts im geschützten Raum, entfernt von der Station, die mit der Krise in Verbindung gebracht wird. In diesem spontanen ersten Kontakt sollen Vertrauen und Offenheit vermittelt werden. In der Umsetzung des Musikdienstes muss also in jedem Fall das erste Ziel therapeutischer Arbeit „Erhaltung und Gewinn von Grundvertrauen“ fokussiert werden. Dieses wird über das Mit-Sein und die gemeinsame Erfahrung im Raum erlebbar gemacht. Dafür ist es wichtig sich einlassen zu können und dem intersubjektiven Prozess Raum zu bieten. So können Erfahrungen früherer Defizite über die therapeutische Beziehung nachsozialisiert werden. Wie bereits im Theorieteil angedeutet, geht die IT von einem mitgegebenen Grundvertrauen

aus, das durch die Verbindung im Mutterleib immer von Grund auf vorhanden ist und erst postnatal negative Einflüsse erfahren kann (Petzold, 1980g, S. 230 ff.). Wichtig ist ein geschützter Raum, in welchem „die kreativen Quellen des Patienten erschlossen und in angstfreier Umgebung […] genutzt werden können“ - man kann also von einem „(angst- und stressfreien) Spiel-Raum" sprechen, der Ideen und Veränderungen anregen soll (Bärwolf, 2019, S. 16).

Angelehnt an die Ideen Orths und Petzolds zum Thema Gruppenprozessanalyse von 1995 können weiterhin und allgemein Globalziele der Kinderpsychotherapie summiert werden, welche übergeordnet und zur Orientierung eines therapeutischen Angebots dienen sollten: „Gesundung (*curing*), Bewältigung von Lebenszuständen (*coping*), emotionale und soziale Unterstützung (*support*), Verbesserung bestimmter Fähigkeiten und Fertigkeiten (*enlargement*), Förderung von Potentialen und Gestaltungsmöglichkeiten (*enrichment)*, Förderung von Autonomie und Selbstbestimmtheit (*empowerment*)“ (Frohne-Hagemann & Pleß-Adamczyk, S. 20 f.). Der Aufenthalt auf der Station für Krisenintervention soll ein erster Schritt zu einer Endaktualisierung und Distanzierung von der auslösenden Situation sein. Dabei geht es darum, die Ressourcen der Patient*innen zu fokussieren und zu aktivieren. Petzold beschreibt Ressourcen als „Mittel […] zur Bewältigung von Anforderungen“. So gibt es z.B. innere Ressourcen, wie körperliche, emotionale und geistige Stärke oder äußere Ressourcen, wie soziale Netzwerke, ein sicherer Wohnort und eine gesicherte finanzielle Situation. Durch das verstärkte In-den-Blick-nehmen der Ressourcen kann wiederum die Kreativität angeregt werden, um Probleme neu zu bearbeiten oder die Person in Problemlagen zu halten und um Potentiale anzuregen (vgl. Petzold 1968 zitiert nach Petzold & van Wijnen, 2010, S. 40). Ergänzend stellen Ressourcen nach einer Theorie von Hobfoll Energien zur Stressbewältigung dar, nach denen der Mensch stetig strebt, um im Alltag auftretenden Stressoren entgegen zu wirken. Er empfiehlt deshalb, bei stark rückgängigen Ressourcen aufgrund von Krisen und langanhaltendem Stress, im Therapieprozess Interventionen einzubringen, die einem Ressourcenverfall entgegen wirken (vgl. Petzold & van Wijnen, 2010, S. 19). So sollen auch im Musikdienst in der Freiheit einer kreativen Umsetzung oder auch im Gespräch die Ressourcen angeregt, ausgegraben, provoziert oder wiederentdeckt werden. Die Idee des Musikdienstes als kreatives Angebot im Klinikkontext unterstützt zusätzlich die Integrative „Anthropologie des schöpferischen Menschen“ und kann als Methode Ausdrucksmöglichkeit und neue Erfahrung sein (Petzold, 2019d, S. 49). In dieser gemeinsamen Exploration im Raum werden unweigerlich auch Identitätsprozesse angeregt.

Besonders ab dem Jugendalter, mit Beginn der Pubertät, spielt die Identitätsbildung eine große Rolle. Identität entsteht doppelseitig über ein Zusammenspiel „von Leib und Kontext im Zeitkontinuum“, das heißt in Kombination von eigenem Wahrnehmen und Handeln („Identifikation“) mit Zuschreibungen aus dem Umfeld („Identifizierung“) (vgl. Petzold, 1980g, S. 233). So kann der Musikdienst im gemeinsamen Erlebnis von Abgrenzung und Berührung in einer Ko-respondenz miteinander identitätsfördernd wirken. Über diese Ko-respondenz und den intersubjektiven Verlauf findet ein gemeinsamer Prozess hin zu einem „SINN als Konsens“ statt (Petzold, 2019d, S. 36). Auch hier werden wieder An-/Näherungen, bzw. -grenzungen erprobt. In der gemeinsamen hermeneutischen Arbeit, in der ebenso Dissens seinen Platz finden kann und darf, geht es nach Winnicotts Vorbild darum, einen „hinlänglichen Konsens zu finden“ und „good enough“ zu sein. Gerade in dieser Zeit, gekennzeichnet durch umfangreiche Vernetzung über vielfältige Kommunikationswege mit globalen Ausmaßen sind ein „polylogisches Denken“ und eine „konnektivierende oder collagierende Hermeneutik“ gefordert. Es ist wichtig, durch Interventionen komplexen, zerstreuten Lebensrealitäten/Identitäten wieder eine einheitliche Richtung an die Hand zu geben und sie wieder zusammenzuführen (Petzold, 2019d, S. 40f.).

Diese Komplexität kann unter anderem auch durch Bestandteile der Enkulturation und Sozialisation als Mensch in gewissem Maße eingeschränkt, bzw. „gefangen“ sein, weshalb *ein besseres Verständnis von sich selbst zu erhalten* als ein weiteres Ziel einer Therapie oder Intervention formuliert werden kann. Um sich auszudehnen, zu korrigieren oder sich weiter zu entwickeln braucht man Erfahrungen, Begegnungen, Auseinandersetzungen mit anderen Menschen. In der IT spricht Petzold in diesem Zusammenhang von einer „angemessenen Oikeiosis“, bzw. „Selbstfindung“ (Petzold, 2019d, S. 38f.).

In „posititiven und förderlichen Relationalitäten“ und „konstruktiven Affiliations-verhältnissen“ können Krisen also durch „das Vermitteln von aufbauende[n] Lebenserfahrungen“ überwunden werden. Positive und schützende Einflüsse können negative Erfahrungen „abpuffern und Resilienzbildung unterstützen“. In Polylogen zwischen Patient*innen und Therapeut*innen, bzw. allgemein im Austausch mit dem (klinischen) Umfeld werden Perspektiven ausgeweitet und regen so „alternative Handlungs-möglichkeiten“ an (Petzold, 2019d, S. 53). In einer therapeutischen Intervention kommen unterschiedliche Rollenfunktionen und Interventionsstrategien zum tragen. So kann der*die Therapeut*in mit einer wertschätzenden Haltung „*Katalysator*“ sein, an dem die Gefühle der Patient*innen auch nonverbal heran getragen werden können. Man kann außerdem über

die Funktion *„Fascilating“* [3] Wachstumsprozesse fördern und den Patient*innen „mit geringsten Hilfen Dinge selber tun und finden lassen“, indem man seine*ihre Impulse unterstützt und ihn*sie selbst den Rhythmus angeben lässt. In der Musik taucht außerdem immer wieder das Motiv von *stützenden Therapeut*innen* auf. Dabei reichen die Möglichkeiten von großzügiger Unterstützung bis zur Reduktion dieser hin zum dadurch möglichen „self-support“. Auch die Beschreibung des *Stimulierens* passt zum Musikdienst, weil es das Erleben fokussiert und das Angebot unterbreitet sich mit Menschen und auf neue Situationen einzulassen. Durch kreative Medien können Selbsterfahrungs- und Wachstumsprozesse in Gang gebracht werden (Petzold, 1980g, S. 278 ff.).

In einem Raum oder Ort, welcher Sicherheit und Vertrauen vermittelt, kann dann auch Konvivialität entstehen. Ein Ort, an dem Patient*innen ohne Angst vor Verletzung ihrer Grenzen beieinander sein können, und wo sie Gerechtigkeit und Freiheit in der Äußerung von Erfahrungen und Meinungen erfahren (vgl. Petzold & Orth, 2017a, S. 26). Dieser Ort soll im kleinen Rahmen die oben genannten großen Ziele der Kinderpsychotherapie, nämlich Bewältigung, Unterstützung und Förderung möglich machen. Ein Schritt der durch Jacobsen bereits 1974 formulierten „sechs Schritte der Krisenintervention“ ist auch der Ausdruck von Gefühlen, um eine Entlastung anzuregen. Der Musikdienst kann eine Chance sein, für diese Gefühlen erweiterte und /oder andere Ausdruckmöglichkeiten anzubieten (Schneyder & Sauvant, 1993, S. 21).

Zusammenfassend kann und soll der Musikdienst als ein angst-/stressfreier Raum zur Nachsozialisation beitragen und das Grundvertrauen anregen. Das Projekt soll die Stabilisierung der Identität fokussieren und als Bewältigung von bzw. als Hilfe in bestimmten Lebenszuständen dienen. Er trägt damit zur Endaktualisierung in der Krise bei, bietet emotionale/soziale Unterstützung und fördert auf der Ebene der Patient*innen Potentiale, Ressourcen, Selbstbestimmtheit und (emotionalen) Ausdruck. Für die Station ergibt sich weiterhin der Wunsch und das Ziel einer punktuellen Entlastung der Mitarbeiterinnen und der Patient*innengruppe. Ein tieferer Einblick in die praktische Umsetzung dieser Ziele soll über eine genaue Beschreibung des Angebots gemacht werden.

3.3 Umsetzung

„Kinder leben von Menschen umgeben, erleben sich mit ihnen in Prozessen ´zwischenleiblicher, wechselseitiger Empathie´ als Resonanzgeschehen (Petzold et al. 1994/2016; Petzold, Orth 2017a) und sie erleben sich weiterhin in den parallellaufenden Prozessen der ´Selbstempathie´ als eigenleibliches, interozeptives

[3] In späten Werken von Perls wird der Therapeut auch als „Fascilator“ bezeichnet, dessen Aufgabe ein „fascilitate growth“, also eine Förderung des Wachstums ist (vgl. Petzold, 1980g, S. 279).

Spüren des Selbst (ibid.; Craig 2002, 2010, 2011). Das heranreifende Selbst wächst durch sein Selbstempfinden, sein Selbstgefühl, Selbstwertgefühl, Wertlosigkeitsgefühl im Zusammenspiel der selbstbezogenen Kognitionen und Emotionen mit ihren Leibresonanzen (Petzold 2003a), wie sie sich in vollziehenden Narrationen und dramatischen Aktionen des Lebensgeschehens ereignen (Petzold 1982o/2015, 1990p).“ (Petzold et al., 2017b, S. 911)

3.3.1 Empathie

In der Umsetzung des Musikdienstes geht es zentral um das Thema Empathie. Die Empathie gründet nach der Definition der IT auf menschlichen Fähigkeiten mit einer genetischen Disposition, angereichert durch Entwicklungsprozesse seit der Babyzeit. Empathie wird durch die Funktion der Spiegelneuronen, durch biochemische und bioelektrische Signale beeinflusst und zeigt sich in einer intuitiven Leistung und mitfühlenden Regung. Komplexe Empathie erfordert ein breites Wahrnehmen mit allen Sinnen im stetigen Austausch mit bewussten und unbewussten Resonanzen aus unserem Gedächtnis und eine wechselseitige Empathie ermöglicht außerdem das Einfühlen in andere Beziehungen, eingeschlossen deren Leiblichkeit, deren Weltbezüge sowie des sozialen und ökologischen Kontextes. So kann man auf differenzierte und umfassende Weise hermeneutisch erschließen, also wahrnehmen, erfassen, erkennen und erspüren (vgl. Petzold, 2019a, S. 23). Kurz zusammengefasst ist Empathie ein „zwischen-menschliches Geschehen […], bei dem es um das differenzierte Erfassen des jeweils anderen und des eigentlichen Selbst geht“ (Petzold, 2019a, S. 25). Empathie kann als „ein Phänomen wechselseitiger Resonanz“ nicht abgestellt werden, ist vielmehr auf zwischenleiblicher Ebene immer aktiv und wird „vom informierten Leib aufgenommen und internalisiert, bzw. interiorisiert“. Komplexes Lernen wird durch komplexe Empathie unterstützt und sollte durch die Therapeutin angeboten werden, um das „Aushandeln von Positionen und Grenzen“ in respektvollem Miteinander möglich zu machen (Petzold, 2019a, S. 21).

In Interaktionen kann das Selbstlernen über emphatisches Erfassen einer Bezugsperson angeregt werden - „Selbstempfinden, Selbsterfassen und Selbstverstehen“ werden möglich gemacht und gefördert. Hier tritt das Wirkprinzip in therapeutischen Beziehungen in den Vordergrund (Position 1 aus den 14 plus 3 Wirkfaktoren): „Heilung in Therapie […] geschieht durch Interiorisierung, Einleibung (embodiment) einer benignen zwischenmenschlichen, empathischen Beziehung als korrektive zwischenleibliche, emotionale und kognitive […] positive[…] Beziehungserfahrung[…] (reparenting)“ (Petzold, 2019a, S. 26). Empathie ist dabei ein notwendiger Bestandteil sorgsamen Handelns, dem sogenannten „sensitive caregiving“. Es ist hier wichtig nach dem Vorbild der IT als „empathiezentrierte

Humantherapie“ eine dialogische Haltung einzunehmen mit Schwerpunkt des gemeinsamen Experimentierens und Spielens, wie es auch im Musikdienst zum Tragen kommt (Petzold, 2019a, S. 27). Die komplexe Empathie, wie sie die IT fasst, „schafft Sicherheit und Beruhigung, bietet Unterstützung zur Regulation realitätsangemessener Beunruhigung durch Vernunft und Besonnenheit, sodass Belastung reduziert wird (Petzold, 2019a, S. 42).

Der zweite Weg der Heilung und Förderung der IT, unter Berücksichtigung Ferenczis Idee einer Nachnährung auf emotionaler Ebene, soll eine korrektive Erfahrung durch zwischenleibliches Empathie-Erleben ermöglichen. In der Musiktherapie kann über Synchronisation motorischer Bewegungen oder über ein Mitschwingen Empathie spürbar und nutzbar gemacht werden. Dabei ist es wichtig, „die Emotionen, das Fühlen und Empfinden des anderen aufzunehmen, weiterhin seine Volition […] zu erfassen“ (Petzold, 2019a, S. 28).

Empathie benötigt stetige Selbstreflexion und ist nicht per se positiv, denn es gibt auch Gefahren einer Fehlempathie, z.B. in einer schlechten „Passung“ oder bei „pathologischen Entgleisungen“ bzw. „negativen Übertragungen“. Eine Orientierung und somit auch Metaziel in der Umsetzung des Musikdienstes sollte deshalb die positive Empathie sein, in der „konstruktive Wertorientierung“, „menschenfreundliche Verständnis“, Mitgefühl, Hilfsbereitschaft und „achtsames Sorgetragen“ enthalten sind, damit ein Respekt vor der durch Levinas formulierten „Andersheit des Anderen“ gewahrt wird. Wenn durch diese Weise positive Empathie umgesetzt wird, kann Konvivialität entstehen, also ein „gedeihliches soziales Miteinander, fundierte Kollegialität, menschenfreundliche Atmosphären, Partnerschaftlichkeit und Freundschaft“ (Petzold, 2019a, S. 39f.).

Der erste Kontakt und die Einladung zum Musikdienst stellen also einen Türöffner zur Empathie dar.

3.3.2 Tagesablauf und Akquise

Aufgrund der flexiblen Patient*innenstruktur wurden punktuell und spontan Anfragen an Patient*innen gestellt, unter Beachtung, ob im jeweiligen Zeitpunkt keine anderen Therapien terminiert waren. Als Raum wurde in Absprache mit der klinikinternen Musiktherapeutin der voll ausgestattete Musikraum außerhalb der Station genutzt. Vereinzelt wurden auch die Räumlichkeiten der Station oder allgemein der Klinik mit mobilen Instrumenten, wie Kalimba oder Keyboard genutzt, was dem Angebot in der Gesamtheit noch mehr Flexibilität ermöglichte. Der Musikdienst erfolgte zumeist in der Dyade. Es gab auch Umsetzungen in

Kleingruppen mit maximal drei Patient*innen oder auch in der Kombination Musiktherapeutin, Patient*in und Bezugspflege-Betreuer*in in der Triade.
Als Musiktherapeutin und gleichzeitig Mitarbeiterin im PED besetzte ich eine Doppelrolle. Erschwerend ergab sich deshalb der Umstand, dass der Musikdienst zum Teil aufgrund personeller Engpässe und wegen urlaubsbedingter Freizeiten keine Regelmäßigkeit in der Durchführung erfahren konnte. Die Idee und Planung war eine Durchführung des Musikdienstes an einem Tag in der Woche. In der Praxis konnte diese Kontinuität nicht gehalten werden.
Der Tag wurde jeden Morgen kurzfristig organisiert und Patient*innenpläne wurden nach freien Zeiten durchsucht. Weiterhin mussten Ausgangsstufen und Risikoeinschätzungen der Ärzt*innen erfragt, bzw. im elektronischen Dokumentations-System nachgelesen werden. Darüber hinaus wurde im Austausch mit dem Team des PED die aktuelle Stimmungslage auf der Station erspürt. Anschließend wurden die Patient*innen aktiv angesprochen oder es wurden bereits ausgesprochene Anfragen durch die Patient*innen in den Ablauf eingebunden.
Aufgrund der Doppelrolle kam es vor, dass der Kontakt zu den jeweiligen Patient*innen in der Rolle der Musiktherapeutin nicht immer gleichzeitig auch ein Erstkontakt war. Für neue Patient*innen konnte über die Anfrage ein erstes Beziehungsangebot gemacht werden. Patient*innen, die bereits Einheiten mitgemacht hatten, nahmen im Verlauf häufig eigenständig Kontakt zur Musiktherapeutin auf und erfragten neue Termine. Dabei handelte es sich schwerpunktmäßig um Therapiepatient*innen mit längeren geplanten Aufenthalten. Die Dauer einer Einheit musste in Abhängigkeit von der persönlichen Verfassung der Patientinnen sowie des Zeitfaktors wegen der Doppelnutzung des Raumes mit der hausinternen Musiktherapeutin und den stationsintern zu berücksichtigenden Alltagsstrukturen stattfinden. Eine festgelegte Struktur der jeweiligen Einheiten gab es nicht. Die Patient*innen wurden eingeladen, den Musikraum in Begleitung durch die Musiktherapeutin kennenzulernen. In dem jeweils ersten Termin wurde die Rolle der Musiktherapeutin erklärt. Es wurden also die Doppelrolle PED und Musiktherapeutin erwähnt sowie der Umstand, dass sich die Musiktherapeutin in der Ausbildung befindet. Kommuniziert wurde auch, dass kein Erlernen und Beherrschen eines Instrumentes nötig sei, dass es keine Erwartungen seitens Musiktherapeutin gebe und dass man einfach nur zusammen oder allein spielen dürfe. Als wichtig stellte sich zusätzlich eine Abgrenzung zur Schule, insbesondere einer Benotung des Handelns und die Abgrenzung zur Therapie mit den zugeordneten Gesprächstherapeuten heraus. So konnte man sich unverbindlich und spielerisch annähern. In der Integrativen Musiktherapie hat eine spielerische Umsetzung in

der Handhabung der Instrumente eine übergeordnete Rolle. Ein so entstandenes Spiel hat schöpferische Qualitäten und kann über das Wahrnehmen und Erfassen, orientiert an der hermeneutischen Spirale dazu beitragen „Erinnerungen und Gefühle besser verstehen und erklären zu können“ und möglicherweise Verhalten verändern (Bärwolf, 2019, S. 33 f.).

Im gemeinsam betretenen Raum befinden sich stets Atmosphären, durch die wir in unserer Stimmung beeinflusst werden können. Über therapeutisch gezielten Einsatz wird es möglich, Veränderungen anzuregen und Einfluss zu nehmen (vgl. Grooterhorst, 2017, S. 20). Atmosphären können mit den unterschiedlichen Sinnen erfasst werden. Mit der Gesamtheit ihrer Komplexität werden sie im Leibgedächtnis gespeichert (vgl. Rother, 2009, S. 41). Über Medien können diese inneren Bewegungen zum Ausdruck gebracht werden. Musikinstrumente regen durch Optik oder Material biografische Assoziationen an und können über Klänge auch emotionale Regungen und szenische Erinnerungen auslösen (vgl. Moser zitiert nach Rother, 2009, S. 42). Die Kinder und Jugendlichen wurden angeregt, nach Belieben verschiedene Instrumente im Raum zu explorieren. Es erfolgten Anregungen, bekannte Instrumente anzuspielen oder unbekannten Instrumenten näherzutreten. So konnten erste Klänge erprobt werden. Der Patient durfte jederzeit selbst entscheiden welchen Verlauf das Angebot nehmen soll. Impulse wurden durch die Musiktherapeutin aufgenommen, gespiegelt, fortgeführt oder provoziert. So entstanden bspw. Duos, Frage-Antwort-Spiele, Gespräche zur Musikbiografie oder auch davon unabhängige Austausche. Bei eher skeptischen Jugendlichen ergab sich häufiger auch ein schneller Zugang über Gespräche den eigenen Musikstil betreffend (vgl. Stein, 2020, S. 282).

An verschiedenen Instrumenten, die gemeinsam bespielt werden konnten, wurden durch die Musiktherapeutin zum Teil bestimmte Impulse gesetzt, um Reaktionen der Patient*innen herauszufordern. Musiktherapeutisch können in der Interaktion Impulse gesetzt werden, entweder am gleichen oder einem anderen Instrument, welche die Patient*innen stützen oder zur Weiterentwicklung anregen. Häufig wurde als Methode die Improvisation gewählt. Diese eignet sich, um Mensch und Musik zu verbinden, wodurch die Person in ihrer Gesamtheit mit ihren Atmosphären, Gefühlslagen, Problemen, etc. hörbar wird (vgl. Hegi zitiert nach Rother, 2009, S. 41). Zurückhaltende oder gleichgültig wirkende Patient*innen wurden zum Teil über regelhafte Spielformen oder eine geringere Auswahl an vorgeschlagenen Instrumenten angeregt, mitzumachen. Gespräche beinhalteten Themen favorisierter Musik in unterschiedlichen Lebenslagen oder über den aktuellen Musikgeschmack.

Das Angebot lief über eine absolute Freiwilligkeit. Manche Patient*innen äußerten bei Unsicherheiten den Wunsch, eine*n Mitpatient*in oder eine Person des PED bei sich haben zu wollen. So entstanden auch Musikdienste in Kleingruppen bis vier Personen, inklusive der Musiktherapeutin. Bereits kurz nach der Installation des Musikdienstes traten auch Therapeut*innen und Ärzt*innen sowie Kolleg*innen aus dem PED an die Musiktherapeutin heran, um eine Teilnahme bestimmter Patient*innen am Angebot vorzuschlagen. Dies betraf Vorschläge zum Thema Selbstbewusstsein, Frustrationstoleranz, musikalische Vorerfahrungen, die jedoch häufiger auf Patient*innen in Therapieaufenthalten bezogen waren. Einige dieser Einheiten sollen als Eindruck folgend geschildert werden.

3.3.3 Exemplarische Einheiten

Der Musikdienst bediente sich schwerpunktmäßig der erlebnis- und übungszentrierten Modalität. Die nachstehend dargestellten Beispiele wurden alle im Rahmen einer Unterbringung zur Krisenintervention durchgeführt. Die Namen wurden aus Datenschutz-gründen verändert und auch über das Alter und die Lebensumstände werden nur annähernde Angaben gemacht. So vielseitig wie die individuellen Charaktere sind auch die Erfahrungen in der Umsetzung des Musikdienstes. Es werden drei unterschiedliche Personenkonstellationen vorgestellt. Die Diagnosen werden jeweils nach ICD-10 benannt.

Dyade

Robin ist unter zehn Jahren alt. Aus der Anamnese entnehme ich familiäre Konflikte und frühe Gewalterfahrungen, die aus allgemeiner Überforderung der Eltern und im Umgang mit ihrem Kind rühren. Aufgrund des kulturellen Hintergrundes lässt sich vermuten, dass Konflikte schon in früheren Generationen mit Gewalt gelöst worden sind. Robin hat ein diagnostiziertes ADHS (F90.1), gelegentliche Enuresis (F98.02) und zeigt sich den Eltern gegenüber vermehrt laut, fordernd, aufdrehend und ist dann bei deutlicher Begrenzung nicht mehr zu bändigen. Aufnahmegrund zur Krisenintervention war seine Aussage während eines Konfliktes: „dann springe ich jetzt aus dem Fenster“. Eine enge Begleitung durch die Jugendhilfe wurde direkt eingeleitet. Der Junge sollte zur Klärung für eine oder maximal zwei Nächte auf der Station verbleiben. Er zeigt sich schnell freundlich und angepasst, kann sich an Absprachen mit dem PED halten. Robin nimmt auf Nachfrage durch die Musiktherapeutin interessiert am Angebot teil. Ihm wird die Einladung ausgesprochen sich im Musikraum umzuschauen und die Instrumente bespielen zu dürfen. Er exploriert sehr kindlich eine Vielzahl an Instrumenten, stellt viele Fragen zu den Namen und zur Funktionsweise sowie zum Aufbau der Instrumente. Robin spielt hauptsächlich

eigenständig, reagiert wenig auf Impulse der Musiktherapeutin. Er bringt aber Ideen zum gemeinsamen Musizieren ein, bei denen er selbstbewusst die Instrumente auswählt und aufteilt - die Musiktherapeutin am Klavier und er am Schlagzeug. Er fordert sich sogar Ruhe und Pausen für eigene Soli ein. Robin interessiert sich besonders für das Klavier und Percussioninstrumente. Letztere bedient er in hoher Lautstärke, zeigt dabei Spaß und sucht Blickkontakt zur Musiktherapeutin. Er nutzt weiterhin das Glockenspiel als Spielzeug, welches er auseinander und wieder zusammenbaut. Hier bemerkt er plötzlich das Auftreten von Rücken/Nackenschmerzen, evtl. aufgrund seiner Haltung in der Aktion. Er möchte jedoch nicht diesbezüglich auf Nachfragen der Musiktherapeutin genauer eingehen. Robin hält sich im Raum an gemeinsame Absprachen, Regeln und den angewiesenen Umgang mit den Instrumenten. Er zeigt grundsätzlich „Sprunghaftigkeit“, jedoch nicht aufgrund von selbst verursachten Frustrationen. Robin benennt zum Ende eigenständig, gern wieder am Angebot teilnehmen zu wollen.

Triade mit 2 Patientinnen

Kristina wird zur Krisenintervention wegen suizidaler Äußerungen aufgrund multipler Stressoren für zwei Nächte auf der Station aufgenommen (F32.1). Sie ist ca. 15 Jahre alt, erst vor kurzer Zeit mit ihrer Familie nach Deutschland gezogen und zeigt sich in diesem Zusammenhang überfordert. In der Familie gibt es Schwierigkeiten Probleme offen anzusprechen. Kristina spricht bisher nur wenig deutsch, verfügt jedoch über ein gutes Sprachverständnis. Ihr fällt es daher nicht schwer am Stationsalltag teilzunehmen und sich an Aufgaben zu beteiligen. Sie zeigt sich im geschützten Rahmen zügig entlastet und kooperiert mit den Mitarbeiter*innen des PED, zeigt sich höflich, freundlich und hilfsbereit. Kristina nimmt auf Nachfrage mit einer Mitpatientin am musikalischen Angebot im Musikraum teil. Sie zeigt sich interessiert über die Menge an verfügbaren Instrumenten, kann schwingungsfähig und jugendlich reagieren. Sie nimmt zu Beginn den Platz am Schlagzeug ein, verbleibt hier zunächst zurückhaltend und eher beobachtend. Die Mitpatientin gibt mit Unterstützung der Musiktherapeutin, beide jeweils an einem Cajon gegenüber dem Schlagzeug, einen Rhythmus vor, den Kristina zaghaft mitspielt. Durch einen Positionswechsel der Musiktherapeutin direkt neben Kristina am Schlagzeug wird für sie ein kräftigeres Spiel möglich und sie zeigt sich humorvoll. Es erfolgt ein Wechsel zum Klavier. Kristina sucht hier eigenständig Töne und Melodien. Die Musiktherapeutin regt zur gemeinsamen Improvisation an. Kristina kann dabei gut im Kontakt bleiben und es entsteht ein fröhliches Frage-Antwort-Spiel. In diesem gemeinsamen Spiel, schafft sie es jedoch nicht, auch die Mitpatientin mit einzubeziehen. Bei einem weiteren Spielangebot zu dritt

spielt sie am Klavier eher für sich selbst. Kristina äußert nach dieser Sequenz Interesse an der E-Gitarre, zeigt Kenntnisse in der Handhabung von Gitarren und erfragt Fingersätze zum Spielen von Akkorden. In der Dyade mit der Therapeutin zeigt sich Kristina allgemein gut greifbar, in der Kleingruppe bleibt sie jedoch eher unsicher und auf sich selbst konzentriert.

Nina ist nur wenig älter als Kristina und hatte bereits auf einer anderen Station eine Therapie wegen ihrer Essstörung begonnen (F50.1) und eigenständig vorzeitig beendet. Zur Krisenintervention kam Nina aufgrund des massiven und bedrohlichen Gewichtsverlustes mit erhöhter Risikobereitschaft bei Drogen- und Alkoholkonsum. Sie nimmt auf Nachfrage in Begleitung durch Kristina am musikalischen Angebot teil. Nina kann durch konkrete Angebote der Musiktherapeutin in ein gemeinsames rhythmisches Spiel der Kleingruppe finden. Sie spielt selbst das Cajon. Während der Sequenz der Musiktherapeutin mit Kristina am Klavier beobachtet Nina nur, auch nach einer direkten Einladung mitzuspielen. Nina schaut sich im Raum um, schlägt nach einiger Zeit eigeninitiativ den Gong laut an und verschafft sich so Gehör. Sie beobachtet die Reaktionen genau. Nach einem Vorschlag der Musiktherapeutin das Klavier durch Schlitztrommeln zu begleiten, steigt Nina gern ein, spielt einen schnellen Rhythmus, welcher durch die Musiktherapeutin begleitet wird. Den gemeinsamen Kontakt auf diese Weise kann Nina gut (aus)halten. Es erfolgt jedoch keine Kontaktaufnahme mit Kristina am Klavier. Als Kristina kurzfristig das Instrument wechselt und sich auch an einer Schlitztrommel versucht, wechselt Nina direkt an das Xylophon und spielt ein Kinderlied, zeigt sich hier fast kindlich und fröhlich scherzend. Die kurze Sequenz wird wieder über einen eigenständig durch Nina initiierten Gongschlag unterbrochen. Während der Exploration der E-Gitarre durch Kristina verbleibt Nina nur beobachtend. Sie beendet die Einheit zuletzt mit einem kräftigen Anschlag des Gongs.

Triade mit Bezugs-PED

Jan nimmt bereits längere Zeit an der Klinik ambulante Therapie wahr, weil seine Geschlechtsumwandlung therapeutisch begleitet wird (F64.0). Das familiäre Umfeld trägt seine Entscheidung mit und unterstützt ihn in schwierigen Lebenslagen. Während der Identitätsausbildung kommt es jedoch immer wieder zu Unsicherheiten und damit verbundenen lebensverneinenden Gedanken, weshalb er sich freiwillig entscheidet, zur Endaktualisierung eine Krisenintervention stationär wahrzunehmen. Er nimmt während seines Aufenthaltes das Angebot des Musikdienstes dankend an. Er hatte bereits davon gehört und es als interessant befunden, weil er selbst musikalisch sei und lange Gitarre

spiele. Er wird begleitet durch seine Bezugsbetreuerin. Im Raum angekommen, wird Jan angeregt mit der Musiktherapeutin und der Mitarbeiterin des PED unbekannte und bekannte Instrumente zu explorieren. Er zeigt sich hier jedoch eher zurückhaltend, verbleibt auf seinem Platz. Er bekommt durch die Musiktherapeutin Instrumente direkt angereicht und fängt erst dann an zu agieren, zum Beispiel mit einer Kalimba. Er benennt auf Nachfrage den Wunsch, klassische Stücke auf seiner eigenen Akustikgitarre vorzuspielen. Jan trägt hier selbstsicher und auswendig seine Stücke vor, zeigt dabei hohes motorisches Geschick. Jan berichtet, auch erst zurückhaltend und auf Nachfrage, von Wettbewerben, an denen er regelmäßig teilnehme, weiterhin von seiner depressiven Phase vor dem Klinikaufenthalt, in welcher er keine Lust mehr hatte zu üben. So entstehen Gespräche über berufliche Perspektiven. Jan hat den Wunsch, Musiklehrer zu werden, hat jedoch Respekt vor den damit verbundenen Aufnahmeprüfungen. Er habe allgemein Prüfungsängste und benennt als Symptom zitternde Hände. Die Familie sei allgemein sehr musikalisch, Mutter und Geschwister würden auch Instrumente spielen und gelegentlich musiziere man auch zusammen in Duetten oder Trios. Der Vater bezeichne sich jedoch selbst als unmusikalisch und humorvoll als „Instrumententräger". Zuletzt regt die Musiktherapeutin noch eine Improvisation zu dritt an, mit zwei Akkorden an Klavier, Gitarre und Cajon. Nach einer Eingewöhnungsphase und daraufhin steigendem Mut in freierer Umsetzung kann ein fröhliches gemeinsames Spiel entstehen. Jan verlässt die Einheit gut gestimmt.

4. Wirkung

Nachdem nun der Blick mitten in die Praxis gerichtet wurde, kann mit einen Schritt zurück die Perspektive von außen eingenommen werden, um die konkreten Inhalte mit der zu Beginn beschriebenen Theorie in Verbindung zu bringen. Die Wirkung des Musikdienstes bringt vielfältige Perspektiven mit sich: die der Patient*innen, der Mitarbeiter*innen der Station, des sozialen Umfelds und die der Musiktherapeutin selbst. Auch die räumliche Perspektive und die Spielform zeigen Wirkungen auf die Atmosphären, Stimmungen und Schwingungen die beteiligten Personen betreffend. Deshalb muss neben der Betrachtung aus Integrativer Sicht mit den vorgestellten Konzepten noch ein Blick auf zwei Kernelemente des Musikdienstes gerichtet werden.

4.1 Spiel und Raum

In meinen Einladungen zur Teilnahme am Musikdienst habe ich häufig formuliert, dass simpel ein gemeinsames Spielen umgesetzt werden könne. Fokussiert man diesen Inhalt, so ist ein interessanter Eintrag des Wortes „Spiel“ aus dem Brockhaus aufzufinden, den auch Bärwolf in seiner Graduierungsarbeit verwendet. Die Definition beinhaltet die Stichworte „Schauspiel“; „Tanz“, „Bewegung“ und „Musik“. Eine „spielerische Aktivität“ folgt „eigenen, von allem anderen Verhalten abgegrenzten Regeln […] frei von äußerer Zwecksetzung oder Zwang“ und vollzieht „damit für den Menschen einen Bereich der Freiheit und Offenheit individuellen Handelns“ (aus Brockhaus, zitiert nach Bärwolf, 2019, S. 13). Auch Huzinga fasst prägnante Merkmale des Spielens zusammen, von denen besonders erwähnenswert das freie Handeln und „eine eigene Realität“ in Abgrenzung zur bestehenden Wirklichkeit mit „eigener zeitliche[r] und räumliche[r] Begrenzung“ ist (Bärwolf, 2019, S. 14). Das gemeinsame Spielen in der Musik ist immer dynamisch, erfolgt in Interaktion und ist mit Abwechslung und Bewegung verbunden. Einem Spiel auf therapeutischer Ebene können verschiedene Funktionen zugeschrieben werden, wie Entspannung, Ablenkung, Katharsis und Reifung (vgl. Bärwolf, 2019, S. 15f.). Eine Grundidee beinhaltet den Aspekt, dass Musik als Teil unserer Biologie bereits im frühkindlichen Alter Interesse und Neugier weckt. Rhythmen und Melodien werden bereits von jüngsten Kindern und Babys aufmerksam fokussiert und verfolgt. Durch Musik ist nach Ansicht einer Forschungsarbeit von Mithen in gleichen Anteilen wie auch durch Sprache ein Austausch von Informationen und der Ausdruck von Gefühlen und Stimmungen möglich (vgl. Bärwolf, 2019, S. 19). Musik ist demnach auch eine Möglichkeit zur „Expression, mittels derer wir innerpsychische Spannungen nach außen ableiten und gestalten“ (Klausmeier

1978 zitiert nach Bärwolf, 2019, S. 20). Als Definition einer musikalischen Improvisation fasst Bärwolf aus verschiedenen Enzyklopädien zusammen: spontanes, meist Instrumentales Musizieren über z.B. vorgeschlagene Themen, Harmonien oder Rhythmen, bzw. freies Phantasieren (vgl. Bärwolf, 2019, S. 24). Doch kann eine Improvisation umgesetzt werden und hilfreiche, genesende Aspekte beinhalten ohne dass sie, wie Petzold es gern benennt, zur „Kakophonie“ wird? Als Gegenargument kann die Intuition erwähnt werden, welche in einem „improvisatorisch-explorativem Klang- und Spielexperiment“ zur Veränderung und damit Abstimmung auf das andere Spiel führt. Ein solcher „Erfahrungsraum“ wird nach Vorbild Winicotts zum „potential space“ (Winicott zitiert nach Bärwolf, 2019, S. 36).

Im musiktherapeutischen Spiel muss deshalb auch der Raum mit seinen verschiedenen Bedeutungen beachtet werden. Es gibt die Perspektive des materiellen Raumes, in welchem sich Musik ausbreitet. Weiterhin gibt es die psychische Dimension mit Möglichkeiten der Ausdehnung und zu bewahrenden Schutzgrenzen. Weiterhin gibt es den Anteil der Atmosphären, siehe auch Kapitel 3.3.2 (vgl. Bärwolf, 2019, S. 29). Frohne-Hagemann und Pleß-Adamczyk benennen Musiktherapie sowohl als „intemediäre[n] Spielplatz“, wie auch als „potentiellen Raum“ nach Winicott (Frohne-Hagemann & Pleß-Adamczyk, 2005, S. 93). Spielen ist als ein Grundrecht wichtig für „die Entwicklung einer gesunden Identität“ (ebenda), denn über das Spiel können in gleichzeitig realen und unrealen Situationen Bedürfnisse, Konflikte und Lösungen geprobt werden (vgl. Streek-Fischer zitiert nach Frohne-Hagemann & Pleß-Adamczyk, 2005, S. 93). Bärwolf sagt dem Spiel unter Berücksichtigung Petzolds entwicklungspsychologischer Theorien über das „emergierende Selbst in Kontext und Kontinuum“ und Sterns „emergent sense of self“ eine „aussagekräftige diagnostische wie auch heilsame Funktion“ zu (Bärwolf, 2019, S. 30).

Zusammenfassend bieten die Bestandteile Spiel und Raum einerseits die Eröffnung vielseitiger Möglichkeiten und andererseits den geschützten Rahmen mit Regeln und der Wahrung von Grenzen. In einer Verdichtung der in Kapitel 2 beschriebenen Konzepte soll nun ein Blick aus Integrativer Sicht auf das Projekt gerichtet werden.

4.2 Der Musikdienst aus Perspektiven der IT

In Kapitel 3.2. wurde bereits angedeutet, dass als ein Ziel der Krisenintervention die Wiederherstellung verlorener, bzw. beschädigter Relationalität benannt werden kann. Der Kontakt zum*zur Anderen ist dabei von hoher Wichtigkeit, um „wieder mit sich selbst in Kontakt zu kommen“. Ebenso wichtig für die Krisenhelferin ist eine Berührung über das **Wahrnehmen** im Kontakt. Weiterführend geht es um Empathie im **Erfassen** der

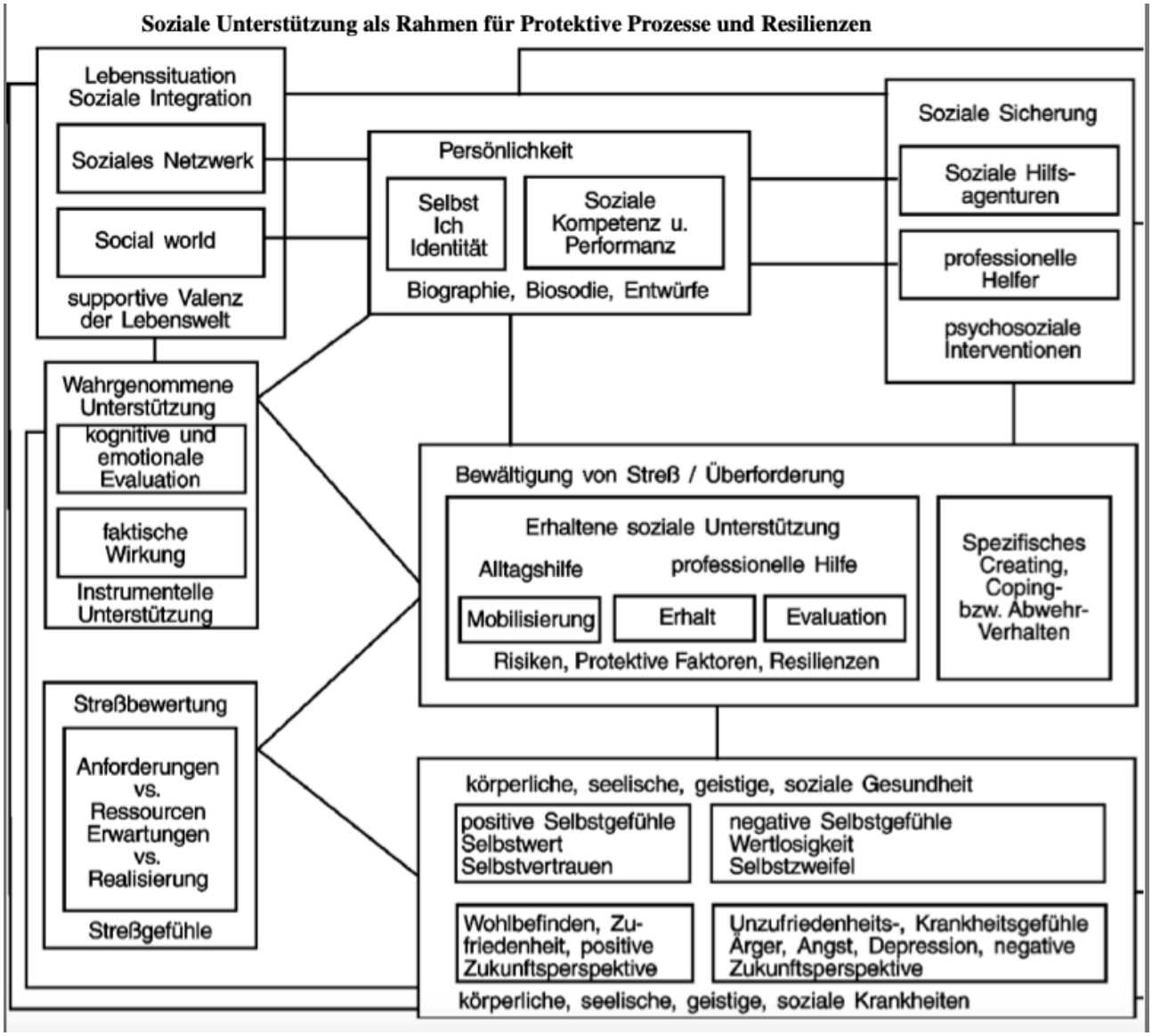
Berührungspunkte. Als Krisenhelfer*in muss man sich „in bewegter Ruhe bzw. in ruhiger Bewegtheit stabil halten“, damit der*die Patient*in bei emotionaler oder psychischer Bewegung durch Ruhe und Zuversicht wieder zur Stabilität finden kann, um möglicherweise einen Prozess des **Verstehens** anzuregen, entweder durch eigenes **Erklären** oder die Annahme der oder Angrenzung an die Erklärungen durch die Krisenhelferin. Die Patient*innen werden so in ihrer Handlungsebene und Selbstbestimmung gefördert. Die Hervorhebungen aneinandergereiht entsprechen dem aus der IT stammenden Konzept der hermeneutischen Spirale. Die Helfer*innen oder hier die Musiktherapeutin kann im Fall der Krise auch, wie in Morenos Psychodrama bezeichnet „Hilfs-Ich“ benannt werden, da Therapeut*innen die Patient*innen über „Ko-Mentalisierung“ begleiten, bis derjenige*diejenige den eigenen Weg wieder allein gehen kann und möchte (vgl. Petzold & van Wijnen, 2010, S. 50). In einem erfolgreichen Prozess „wechselseitiger Hermeneutik“ entsteht dann auch „Konvivialität“ - ein „wohlwollende[s] friedliche[s] Miteinander“ (Petzold & Orth, 2017a, S. 25).

Im Sinne des Prinzips der Affiliation und der empathischen wechselseitigen Resonanzen kann eine Krisenintervention in der Klinik auch Kontakt zu Mit-Menschen herstellen, die sich in ähnlichen Situationen befinden. Zusätzlich trifft man über die Mitarbeiter*innen auf Verständnis gegenüber der schwierigen Situation. Es kann ein Gefühl der „Verbundenheit“ und „Zugehörigkeit“ entstehen, welches im Prozess besonders wirksam gegen eine „Entfremdung“ ist (Petzold & Orth, 2017a, S. 25). Die Idee der Krisenintervention und mit ihr die Idee einer kurzfristigen musikalischen Intervention nimmt Bezug auf den informierten Leib. Durch die Distanzierung aus der Krisensituation kann Raum geschaffen werden, Verarbeitungsprozesse werden angeregt und im Kontakt mit anderen Menschen können sich Perspektiven und Wertungen erweitern (vgl. Petzold, 2019d, S. 26).

Die Heil- und Wirkfaktoren sind in Krisensituationen eine Hilfestellung zur Förderung von Resilienz. Wenn in einer Krise externale Schutzfaktoren, wie beispielsweise ein Aufenthalt in der Klinik, eine erfolgreiche Hilfestellung bieten, dann hat das ebenso Wirkung auf die internalen Schutzfaktoren der Patient*innen, also auf ihre Resilienzen. „Selbstsicherheit, Selbstvertrauen, Souveränität, erlebte und integrierte Selbstwirksamkeit […] können dann als internale Schutzfaktoren“ erkannt werden (Müller, Petzold 2003 zitiert nach Petzold & van Wijnen, 2010, S. 44).

Schwarzer stellte in seiner Untersuchung zum Thema Stress eine hohe Wichtigkeit von sozialer Unterstützung fest, weil sie die Funktion des Schutzes vor psychisch und physisch gesundheitlichen Folgen hat. Die Möglichkeit, über Soziale Unterstützung allzeit im Notfall Hilfe von außen erhalten zu können, bringt eine „wohltuende Wirkung auf die Befindlichkeit“

(Petzold & van Wijnen, 2010 S. 45 f.). Das soziale Netzwerk spielt in der IT zusätzlich als identitätsstützender Pfeiler eine wichtige Rolle. Petzold hat zum Thema soziale Unterstützung bereits 1993 ein Modell erstellt, welches die Zusammenhänge der Netzwerke



Modell der sozialen Unterstützung S. 46 (Petzold & van Wijnen, 2010)

bei Stressbewältigungen aufzeigt:

Die IT setzt in ihrer Praxis eine therapeutische Beziehungsarbeit mit empathischer Zugewandtheit um - im Unterschied zur „Freudschen Abstinenz“, weil Menschen – so die Auffasung der IT – evolutionär bedingt in stetigen Bezogenheiten und zwischen-menschlichem Miteinander leben. Komplexe Empathie ist Voraussetzung für professionelle Arbeit im sozialen Bereich. Auch die Bedeutung von Resonanzen in der nonverbalen Kommunikation sind nicht zu unterschätzen (vgl. Petzold & Orth, 2017a, S. 26 f.).

Im konkreten Bezug auf dem Musikdienst werden über die gemeinsame Exploration des Raumes, über eine Aufnahme der vorhandenen Schwingungen im Rahmen der Krisenintervention die Patient*innen aktiviert, damit Stimmungen in Resonanz kommen können. Es werden dadurch Szenen aus der Erinnerung ins Bewusstsein gerufen, die so gemeinsam auf kreativer Ebene im geschützten Raum erfahrbar gemacht werden können und möglicherweise bearbeitet oder modifiziert werden. Diese Resonanzprozesse können im Besonderen über musikalische Impulse angeregt, über ein breites Instrumentarium ausgedrückt werden und durch Schwingungen auch in den Leib übergehen. Es wird sowohl eine Ko-respondenz nach innen, als auch jene nach außen - also eine zwischenleibliche Resonanz im Kontakt mit der Musiktherapeutin - angeregt (vgl. Petzold & Orth, 2017a, S. 8f.). Wechselseitige Empathie ist dort, wo „leibliche Resonanz“ erklingt, und gelingende therapeutische Beziehungen sollen eine Feinspürigkeit füreinander sowie vielfältige Beziehungsqualitäten umsetzen. Es ist wichtig „in (…) und mit sich selbst in Resonanz gehen zu können“, sich selbst zu spüren, um emotionale Nähe herzustellen und um sich selbst annehmen zu können. Wenn man als Helfer*in oder Therapeut*in diese Eigenschaft fördert, können Patient*innen die Fähigkeit entwickeln, sich selbst auch in belastenden Gefühlslagen zu stabilisieren (Petzold & Orth, 2017a, S. 31ff.).

Es eröffnet sich hierbei ein Möglichkeitsraum, in welchem abgespeichert wird und das Verhalten beeinflussender Muster „durch eine kognitive Neueinschätzung (appraisal) und/oder emotionale Umbewertung (valuation) […] verändert werden“ kann (Petzold & Orth, 2017a, S. 10). Über diese therapeutisch eingesetzte Aktivierung wird ein durch Goffman sogenanntes „refraimimg“ möglich. Einem Thema, das in einem neu angebotenen Rahmen, also in einer Therapie oder konkret im Beispiel des Musikdienstes Platz findet, eröffnet sich dort die Möglichkeit einer alternativen Erfahrung, einer Veränderung von Internalisierungen und Interiorisierungen, wodurch neue Informationen im Leib gespeichert werden können. „Ein „neu-informierter Leib“ hat Chancen zu neuem Handeln in der Welt“ (ebenda). „[D]urch neue positive Internalisierungen angereicherte Innenwelten haben eine förderliche Wirkung“ für Genesungen, indem sie auf „Schätze des informierten Leibes zurückgreifen“ und positive Resonanzen anklingen lassen. Selbstverständlich können durch diese kurzfristigen Interventionen keine chronisch negativ besetzten Interiorisierungen nachhaltig verändert werden (Petzold & Orth, 2017a, S. 15).

Zusätzlich ist ein schwer zu kalkulierender und dennoch zu berücksichtigender Faktor das sogenannte „Qualia-Erleben“, das subjektive Empfinden eines Erlebnisses/Prozesses/ Zustands, welches auf empathischer Ebene eine Begrenzung darstellt und Deutungen keine absolute Sicherheit zuweisen kann. Es ist daher in einer modernen Therapie besonders

wichtig, sich über eine therapeutische Beziehung mit dem Grundverständnis der Augenhöhe anzunähern und zueinander zu finden (vgl. Petzold & Orth, 2017a, S. 36).

Ein sicherer Bestandteil der spontanen Intervention durch den Musikdienst muss ein „gut reguliertes positives Mitschwingen […] Verständnis und Mitgefühl“ nicht nur bezogen auf die Patient*innen sein (Petzold, 2019a, S. 31). Dadurch kann ein ausgleichender Zustand der Helfer*innen erreicht werden, der zum hilfreichen Intervenieren für die Patient*innen beitragen kann (vgl. ebenda).

Als Schlüssel zur Anregung einer Veränderung müssen „Evidenzerlebnisse (Petzold 1975a)“ geschaffen werden. „Ein Erlebnis von vitaler Evidenz ergreift den ganzen Menschen“ und zeigt sich als Ergebnis aus dem Zusammenspiel von körperlicher, seelischer und geistiger Erfahrung. Ein Mensch verändert Verhaltensweisen oder Ansichten, wenn emotionale und kognitive Erfahrungen und damit verbundene Grenzerlebnisse geschaffen werden. Der authentische Kontakt zwischen Therapeut*in und Patient*innen kann dann eine reparative und stabilisierende Wirkung haben, die zur „persönlichen Entwicklung und Entfaltung“ beiträgt (Petzold 1980g, S. 262).

Musik kann in ihren Funktionen verschiedene Potentiale unterstützen, wie Frohne-Hagemann und Pleß-Adamczyk zusammenfassen, angelehnt auch an Strategien, Funktionen und die eigene Haltung in therapeutischen Interventionen (Kapitel 3.2.). So stellt Musik „in ihrer *Haltefunktion*“ einen sicheren und stützenden „Container“ bereit, in dem „Urvertrauen“ und „Geborgenheit“ erspürt werden können. Als „*Vehikel*“ oder „*Katalysator*“ trägt Musik dazu bei, in Richtung Emotionen zu weisen, entweder unterstützend, ermutigend oder im Ausdruck, bzw. Erleben von „Affekten und Gefühlen“. Wird die Musik als „*Resonanzgeberin*“ genutzt, kann durch eine Spiegelung von Emotionen Verständnis vermittelt werden. Im Angebot des Musikdienstes, kann Musik auch als Gemeinsamkeit, also *„Intermediärobjekt*“ betrachtet werden. Vor allem in den Kleingruppenangeboten kann diese Erfahrung nicht nur mit der Musiktherapeutin, sondern auch mit Mitpatient*innen geteilt werden. Im Praxisbeispiel mit Jan zeigt sich Musik als große „*Ressource“*, zeigt Potentiale und Fähigkeiten auf. Von genauso hoher Wichtigkeit und orientiert am Integrativen Konzept muss die *soziokulturelle* Dimension erwähnt werden, die durch Vermittlung politischer, „soziale[r] und kulturelle[r] Hintergründe“ zur Förderung der Identität beiträgt (Frohne-Hagemann & Pleß-Adamczyk, 2005, S. 95 ff.).

Therapie ist zudem aus Integrativer Sicht generell immer auch ein kultureller Beitrag, weil sie sich Förderung, Heilung und Gesundheit eines Einzelnen oder einer Gruppe, eingebunden in deren Netzwerke zur Aufgabe macht und damit zum Wohl der Allgemeinheit beiträgt (Petzold et al., 2013a, S. 13).

Als Übersicht sind die im gesamten Verlauf dieses Kapitels benannten prägnanten Inhalte des Musikdienstes in dieser Tabelle zusammen gefasst (eigene Darstellung):

Wirksame Inhalte des Musikdienstes
Förderung der erlebten Intersubjektivität
Förderung Resilienz
Möglichkeit zur Neueinschätzung
Identitätsstütze
Förderung Vertrauen
Stabilisierung durch Resonanz, Evidenzerlebnisse, Konvivialität
Endaktualisierung Krise
Entlastung des Teams/der Station
kultureller Beitrag

Auch wenn das Angebot nicht offiziell als „therapeutisches Angebot“ bezeichnet werden durfte, konnte es mit jedoch mit vielen (musik-)therapeutischen Anteilen Wirkung zeigen. Gerland hat zu diesem Thema 2017 einen Artikel erstellt, welcher beschreibt, dass die Grenzen zwischen Therapie und Pädagogik, besonders im Bereich Musik manchmal schwer zu differenzieren sind. Vor allem in Arbeitsfeldern, die mit Menschen in „besonderen Lebensumständen“ zu tun haben, wie auch hier auf der Station für Krisenintervention, erfordert die Pädagogik und Therapie mehr Flexibilität in ihrer Umsetzung. Auch wenn kein explizit formulierter therapeutischer Auftrag in Verbindung mit dem Musikdienst benannt ist, zeigen die Erlebnisse und Rückmeldungen aus der Praxis interessante und vielseitige Ergebnisse (Team, Klient, Musiktherapeutin betreffend). Die Hinführung zu biopsychosozialen Modellen, auch in der modernen Medizin, erfordert auf vielen Ebenen Übergänge, Mischungen, Neuorientierungen. Das fließende Gesundheits- und Krankheitsmodell der IT bietet ein hilfreiches Grundverständnis. Auch auf der Ebene der Bildung wurden die Stimmen hin zur Inklusion im letzten Jahrzehnt immer lauter. Gerland resümiert, dass besonders die Musiktherapie von diesen aktuellen Entwicklungen profitieren kann, weil das Medium Musik auf allen drei Ebenen, also biologisch, sozial und psychologisch, wirksam ist. Dies kann als Chance genutzt werden, um wandlungsfähig zu bleiben und eine innovative Weiterentwicklung, so wie es auch Petzold von der allgemeinen Psychotherapie fordert - siehe Kapitel 2.3 (vgl. Gerland, 2017) zu unterstützen.

5. Reflexion

„Musiktherapeutische Interventionen beinhalten gleichermaßen psychotherapeutische und heilpädagogische Maßnahmen und die Musik hat dabei verschiedene therapeutische Funktionen“ (Frohne-Hagemann & Pleß-Adamczyk, 2005, S. 21). An diesem Zitat orientiert, habe ich den Musikdienst als Chance genutzt, um Erfahrungen zu sammeln, um meine Identität als Musiktherapeutin zu stärken und meine Position zu finden. Es wurde für mich zügig deutlich, dass ich in diesem Projekt, auch wenn es nicht explizit als therapeutisches Angebot galt, meine verfügbaren Fähigkeiten, also auch die therapeutischen Anteile einbringen würde. Als Musiktherapeutin in meinem Projekt mit dem Namen „Musikdienst“ auf der Station für Kriseninterventionen konnte ich meine Erfahrungen aus den unterschiedlichen Bereichen zentrieren, praktisch umsetzen und mit einem mir vertrauten Medium Kindern und Jugendlichen eine Hilfestellung bieten oder gar einen Weg aufzeigen. Im Team der Station habe ich vorwiegend positive Resonanzen, viel Interesse sowie Respekt wahrgenommen und entsprechende Rückmeldungen erhalten.

Für den kurzen Aufenthalt der Krisenintervention stellte der Musikdienst ein optimales kurzfristiges und flexibles Angebot dar. Um die Patient*innen handlungsfähig zu halten, muss dabei beachtet werden, dass ein Fokus auf den Transfer ins Umfeld und in die Lebenslage der Betroffenen gelegt wird. „PatientInnen müssen ja die Fähigkeiten (capabilities) und Möglichkeiten (potential) haben, in der Welt außerhalb des Schutzraumes der Therapie oder der Klinik zu bestehen“. Durch den Integrativen Ansatz werden notwendige Perspektiven, z.B. die sozialarbeiterische mit der politischen und soziotherapeutischen vereint, und können Wirkungen für die Patient*innen anregen, um sich in der heutigen komplexen Gesellschaft zu behaupten (Petzold, 2019a, S. 33). So erhielt auch mein sozialarbeiterischer Blick eine Gewichtung in der Umsetzung des Projektes. Die Einbindung der Patient*innen in ihre komplexen sozialen Netzwerke bzw. in menschliche Narrative, die sich jeweils ebenso polylogisch austauschen, sogenannte „embodied narratives“, sind in einer so kurzen Behandlungsdauer während der Krisenintervention allerdings schwer zu entwirren, weshalb der Fokus des Musikdienstes auf die Patient*innen selbst gelegt werden musste (Petzold, 2019d, S. 35).

Bereits im ersten Kontakt mit dem Institut meiner Ausbildung wurden mir die vielseitigen Möglichkeiten der Integrativen Musiktherapie, als nicht starre, ausschließlich musikalische Methode nahe gelegt. Die Integrative Musiktherapie macht es auf diese Art möglich, ein solch flexibles Konzept für ein Projekt auf einer Krisenstation umzusetzen.

Der Musikdienst stellte sich für die beschriebene Krisenstation als äußerst wirksame Methode dar. Ein Raum, in dem Sicherheit über Halt vermittelt wurde, in dem sich ein Möglichkeitsraum eröffnete, der Exploration und Ausdruck von Gefühlen anregen konnte. Das Projekt konnte in seiner Funktion zudem einfach eine „Freizeitbeschäftigung“ sein (Niedrigschwelligkeit) oder einen Ortswechsel innerhalb der Klinik bieten. Die Teilnahme oblag dabei immer absoluter Freiwilligkeit, unterstützte so die Selbstbestimmung und war spontan. Diese übungszentrierte und erlebnisaktivierende Methode stellte durch ihre leibnahen Eigenschaften Möglichkeiten unmittelbarer Resonanzen bereit, schaffte Felder, in denen Beziehung, Entspannung und Interaktion erlebbar wurden und in denen Ressourcen aufgedeckt und aktiviert werden konnten.

Für mich persönlich und für einen Teil der Patient*innen mag der Aufenthalt in der Klinik, angereichert durch den Musikdienst Wege eröffnet haben, auf denen man ein Stück weit gemeinsam gehen konnte, um sich daraufhin auch allein weiter zu trauen.

6. Zusammenfassung/Summary

Musikdienst bei psychosozialen Krisen

Betrachtung eines musikalischen Angebots im Rahmen von Kriseninterventionen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus Perspektiven der Integrativen Therapie

In der vorliegenden Arbeit wird ein musikpädagogisches Angebot auf der Krisenstation für Kurzzeitpatient*innen einer Kinder- und Jugendpsychiatrie beschrieben und die Rolle der ausführenden Sozialpädagogin näher betrachtet. Fokussiert werden Ziele und Wirkung des Projektes in Verbindung mit den Funktionen der Pädagogin sowie allgemein der Auswirkung auf das klinische Umfeld. Überschneidungsaspekte zwischen pädagogischem und therapeutischem Arbeiten werden beschrieben und anhand der Theoriekonzepte der *„Integrativen Therapie“* reflektiert.

Schlüsselworte: Empathie, *Integrative Musiktherapie*, Informierter Leib, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Krise, Pädagogik

Musical service for psychosocial crises

consideration of a musical support during crisis intervention in paediatric and adolescent psychiatry from the perspectives of Integrative Therapy

This paper focuses on a music-pedagogical programme for short-term patients of paediatric and adolescent psychiatry. A closer look is being taken on therapeutic aims and effects, the part of the social worker, particularly with regard to her functions and the impact on the surrounding clinical environment. Overlappings between pedagogic and therapeutic work are described and reflected on the basis of concepts of „I*ntegrative Therapy“*.

Keywords: empathy, I*ntegrative Music Therapy*, Informed Body, paediatric and adolescent psychiatry, crisis, pedagogics

7. Literaturverzeichnis

Bärwolff, A. (2019): Der Begriff des Spielens in Musik und Therapie und seine besondere Bedeutung für die Integrative Musiktherapie In Heilkraft der Sprache und Kulturarbeit - Internetzeitschrift für Poesie- & Bibliotherapie, Kreatives Schreiben, Schreibwerkstätten, Biographiearbeit, Kreativitätstherapien, Kulturprojekte. Ausgabe 11/2019. Hückeswagen: FPI Publikationen - Verlag Petzold + Sieper. Unter https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=baerwolf-der-begriff-des-spielens-in-musik-und-therapie-besondere-bedeutung-heilkraft-sprache-11-2019.pdf

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

Gerland, J. (2017): Dimensionen des Übergangs in pädagogischen und therapeutischen Handlungsfeldern. Kritisch wertschätzende Überlegungen zu Musiktherapie und -pädagogik. Siegen

Grooterhorst, H. (2017): Im unentschiedenen Raum - Wahrnehmung und Umgang mit Atmosphären in der rezeptiven integrativ-musiktherapeutischen Arbeit. Der Einsatz von Klangschalen auf einer Isolierstation für Knochenmarktransplantation In Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderuung. Ausgabe 35/2017. Hückeswagen: FPI Publikationen - Verlag Petzold + Sieper

Leitner, A. (2010): Handbuch der Integrativen Therapie. Wien/New York. Springer

Petzold, H.G. (1980g): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie. In Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit. Ausgabe 05/2013. Hückeswagen: FPI Publikationen - Verlag Petzold + Sieper. Unter https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_petzold-1980g-rolle-therapeut-therapeutische-beziehung-in-der-integrativen-therapie.pdf

Petzold H.G. (1994l): Entwicklungen in der Gestalttherapie von Fritz Perls [und der „Integrativen Therapie“ der „Zweiten Welle“] – Überlegungen zur Frage nach der therapeutischen Identität in einer pluralen therapeutischen Kultur. Unter https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_petzold-1994l-entwicklungen-gestalttherapie-fritz-perls-integrative-therapie-zweite-welle-identitaet.pdf

Petzold, H.G. (2003): Integrative Therapie - Modelle Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie, Band II Klinische Theorie & Band III Klinische Praxeologie, Paderborn, Junfermannverlag

Petzold, H.G. (2003e/2006k): Integrative Therapie als „angewandte Anthropologie“ in einer „Transversalen Moderne“ - Menschenbild und Praxeologie. In Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit. Ausgabe 02/2011. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI Publikationen - Verlag Petzold + Sieper. Unter https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold_integrative_therapie_anthropologie_menschenbild_und_praxeologie-polyloge-02-2011_update_2006k.pdf

Petzold H.G. (2010b): Gesundheit, Frische, Leistungsfähigkeit - Potentialentwicklung in der Lebensspanne durch „Integratives Gesundheitscoaching“ erschienen als Geleitwort zu: Ostermann, D., Gesundheitscoaching. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften 2010, 19-26 Unter https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_petzold_2010b-gesundheit_frische_leistungsfaehigkeit_polyloge_11_2010.pdf

Petzold, H.G. (2012h): Integrative Therapie – Transversalität zwischen Innovation und Vertiefung, Die „Vier WEGE der Heilung und Förderung“ und die „14 Wirkfaktoren“ als Prinzipien gesundheitsbewusster und entwicklungsfördernder Lebensführung. Unter https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_petzold-2012h-integrative-therapietransversalitaet-innovation-vertiefung-vier-wege-14-wirkfaktoren.pdf

Petzold, H.G: (2019d): Notizen zur „OIKEIOSIS“, Selbstfühlen und Naturfühlen. Transversale Selbst-, Natur- und Welterkenntnis, „kreativ-collagierendes Denken“, „Green Meditation“, „Green Writing“, „Grünes Handeln“ in der Integrativen Therapie (vorläufige Arbeitsversion) In Grüne Texte: Die neuen Naturtherapien - Internetzeitschrift für Garten-, Landschafts-, Waldtherapie, Tiergestützte Therapie, Green Care, Green Meditation, Ökologische Gesundheit, Ökopsychosomatik. Ausgabe 14/2019. Hückeswagen: FPI Publikationen - Verlag Petzold + Sieper Unter https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-2019d-2020c-oikeiosis-selbstfuehlen-naturfuehlen-transversal-gruene-texte-14-2019.pdf

Petzold, H. G., Leeser, B., Klempnauer, E. (2017b): Wenn Sprache heilt. Handbuch für Poesie- und Bibliotherapie, Biographiearbeit, Kreatives Schreiben. Festschrift für Ilse Orth, Bielefeld: Aisthesis. Unter https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-orth-2017b-epitome-polyloge-integrative-therapie-mentalisierungen-interozeption-polyl-31-2017.pdf

Petzold, H.G.; Mathias, U: (2019a): Das integrative Modell „komplexer, wechselseitiger Empathie“ und „zwischenleiblicher Mutualität“ als Grundlage melioristischer Lebenspraxis, Therapie und Supervision. Unter https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-mathias-2019a-integrative-modell-wechselseitige-empathie-zwischenleiblich-supervision-03-2020.pdf

Petzold, H.G.; Orth, I. (1994a): Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch „mediengestützte Techniken“ in der Integrativen Therapie und Beratung. In Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit. Ausgabe 03/2012. Hückeswagen: FPI Publikationen - Verlag Petzold + Sieper. Unter https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-orth-1994a-kreative-persoenlichkeitsdiagnostik-mediengestuetzte_techniken-polyloge-03-2012.pdf

Petzold, H.G.; Orth, I. (2017a): Interozeptivität/Eigenleibliches Spüren, Körperbilder/Body Charts - der „Informierte Leib“ öffnet seine Archive: „Komplexe Resonanzen“ aus der Lebensspanne des „body-mind-world-subject“ (Werkstattversion) In Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit. Ausgabe 22/2018. Hückeswagen: FPI Publikationen - Verlag Petzold + Sieper. Unter https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-orth-2017a-interozeptivitaet-eigenleibliches-spueren-koerperbilder-body-charts-polyloge-22-2018.pdf

Petzold, H.G.; Orth, I.; Sieper, J. (2013a): Manifest der Integrativen Kulturarbeit 2013 - Schlusskapitel des Buches „Mythen, Macht und Psychotherapie. Therapie als Praxis kritischer Kulturarbeit“, Petzold, Orth, Sieper, Bielefeld: Aisthesis In Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit. Ausgabe 24/2013. Hückeswagen: FPI Publikationen - Verlag Petzold + Sieper. Unter https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-orth-sieper-2013a-manifest-der-integrativen-kulturarbeit-2013-polyloge-24-2013.pdf

Petzold, H. G.; Sieper, J.; Orth, I. (2019e): Die „14 plus 3“ Wirkfaktoren und Wirkprozesse der Integrativen Therapie vor dem Hintergrund sozio-ökologischer Kontextreflexionen 1965 – 2019. Erg. U. revid. von Petzold 2016n. Forschungsbericht aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen Ersch. *POLYLOGE* 3/2019. Unter http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/index.php.

Petzold, H.G.; van Wijnen, H. (2010): Stress, Burnout, Krisen - Materialien für die supervisorische Unterstützung und Krisenintervention In Supervision: Theorie-Praxis-Forschung Ausgabe 11/2010. Düsseldorf/Hückeswagen, Amsterdam: FPI Publikationen - Verlag Petzold + Sieper. Unter https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=supervision_petzold-van-wijnen-stress_burnout_krisen.-supervision-11-2010.pdf

Orth, I. (1994a): Kreative Persönlichkeitsdiagnostik durch „mediengestützte Techniken“ in der Integrativen Therapie und Beratung. In: Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit. Ausgabe 03/2012. Hückeswagen: FPI Publikationen - Verlag Petzold + Sieper. Unter https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-orth-1994a-kreative-persoenlichkeitsdiagnostik-mediengestuetzte_techniken-polyloge-03-2012.pdf

Rother, B. (2009): Musik und Gesundheit - Die salutogenen Wirkungen von Musik und Möglichkeiten ihrer Nutzung in Alltag, Pädagogik und Therapie Perspektiven Integrativer Therapie. In Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderuung. Ausgabe 30/2009. Hückeswagen: FPI Publikationen - Verlag Petzold + Sieper. Unter https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_rother_musik-und-gesundheit_polyloge_30_2009.pdf

Schnyder, U.; Sauvant, J.-D., (Hrsg.) (1993): Krisenintervention in der Psychiatrie, 1. Auflage. Bern: Hans Huber

Stein, C. (2020): Spannungsfelder der Krisenintervention – ein Handbuch für die psychosoziale Praxis. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer