Veröffentlicht in der Zeitschrift: Einblicke – Beiträge der Musiktherapie, Heft 11 „Kinder – Jugendliche – Erwachsene; Methodische Besonderheiten“ hrsg. von Hanna Schirmer für den Berufsverband der Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten in Deutschland e.V. BVM 2001, 65-83

BARBARA IRLE

Leitfaden zum musiktherapeutischen Erstkontakt mit Menschen mit geistiger Behinderung

Guidelines for Initial Contact with Mentally Challenged Clients within the Music Therapy Setting

Summary: *This article's attention is given to the collection of data, unique to initial contact within the music therapy setting, necessary for both assessing and developing treatment plans for mentally challenged patients. Often it is difficult to interpret patients' medical history or conduct interviews with patients. Important impressions, observation and verbalizations are noted and evaluated during patient's practice therapei session. This initial meeting allows the therapist to make an evaluation without interference from primary care givers. A survey question list is then presented and clarified.*

Zusammenfassung*: Der Beitrag befasst sich mit den besonderen Gegebenheiten eines musiktherapeutischen Erstkontaktes mit geistig behinderten Menschen zum Zwecke der Diagnose- und Indikationsstellung. Da es in der Regel kaum möglich ist, eine Anamneseerhebung oder ein Erstinterview mit den PatientInnen selber durchzuführen, müssen möglichst viele Eindrücke, Beobachtungen und Äußerungen der PatientInnen in der Probesitzung gesammelt und ausgewertet werden, um sie als Subjekt und ohne die Zuschreibungen der Betreuungspersonen wahrnehmen und einschätzen zu können. Hierzu wird ein Fragenkatalog vorgestellt und erläutert.*

Fragestellung

Psychotherapie mit geistig behinderten Menschen war bis vor einigen Jahren noch kaum vorstellbar und wurde erst in den neunziger Jahren als notwendig und sinnvoll erachtet, als man erkannte, dass auch geistig behinderte Menschen an psychischen Krankheiten leiden und somit auch psychotherapiebedürftig sein können. Musiktherapie mit geistig behinderten Menschen war darum bis zum Erscheinen von Dietmut Niedeckens Buch „Namenlos“ 1989 meist heilpädagogische Förderung mit Musik, welche sich an den förderdiagnostischen Kriterien der Heil- oder Sonderpägagogik orientierte. Seitdem gibt es neben der heilpädagogischen Musiktherapie auch Musiktherapie als Psychotherapie mit geistig behinderten Menschen, welche psychotherapeutische Ansätze, Methoden und Ziele verfolgt.

Wo alle heilpädagogische Förderung nicht mehr greift und ein geistig behinderter Mensch sich nur noch verweigert und zurückzieht oder aufgrund seiner Aggressivität kaum noch in eine Gemeinschaft integriert werden kann, suchen die Bezugspersonen nach neuen Wegen und Hilfestellung. Musiktherapie hat dann mit ihren vielfältigen und ´anderen´ Möglichkeiten eine hohe Akzeptanz gegenüber einer herkömmlichen Psychotherapie.

Wann ist Musiktherapie als Psychotherapie indiziert und welche diagnostischen Einschätzungen können bei einer Probesitzung mit einem geistig behinderten Menschen wie festgestellt werden? Als Grundlage jeder Einschätzung ist eine ausführliche Anamneseerhebung durch ein Erstinterview, bei Kindern möglichst durch ein ergänzendes Interview erforderlich. Bei Menschen mit geistiger Behinderung ist dies in der Regel so nicht möglich, da die PatintInnen selber oft gar nicht oder nur wenig sprechen . So kann die eigentliche Anamnese immer nur mit Betreuerinnen durchgeführt werden, die aber nur **über** oder **für** die PatientInnen sprechen können. Ganz selten gibt es eine richtige gemeinsame Improvisation, die z.B. über die Methode der `Beschreibung und Rekonstruktion` (Tüpker 1996) Aufschluss über die seelische Verstörung der PatientIn geben könnte. Wenn überhaupt gibt es allenfalls punktuell akustische Äußerungen durch das Hantieren und Probieren mit den Instrumenten oder mit der Stimme, welche einerseits wohl Mitteilungen sein können, andererseits jedoch auch oft nur die üblichen Stereotypien darstellen, mit welchen sie sich allen Erwartungen und Anforderungen der TherapeutIn entziehen und ihr Gleichgewicht herstellen wollen. Wohl kann ich Probesitzungen und ergänzende Interviews durchführen, aber wie kann ich dabei mit aller notwendigen Offenheit und zugleich mit professioneller Distanz (Fengler , 1996, S. 113ff) diesen Menschen wahrnehmen und einschätzen? Wie kann ich ihn als ein Subjekt „wahrnehmen und behandeln, der im Gewirr der phantasmatischen Zuschreibungen und therapeutischen Massnahmen zu leicht zum Objekt gemacht wird“ (Niedecken 1997, in: GB 4/97, S.380) ? Diese Fragen tauchten immer wieder auf und machten mir bewusst, wie wenig Handwerkszeug mir in dieser Situation zur Verfügung stand.

Ich arbeite als Musiktherapeutin mit einem psychoanalytisch/morphologisch orientierten Ansatz an einer Sonderschule einer Einrichtung für geistig behinderte Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 25 Jahre. Die LehrerInnen schlagen Kinder zur Musiktherapie vor, oft schwer geistig behinderte oder schwerst mehrfach behinderte Kinder mit massiven Verhaltensauffälligkeiten. Außer der mündlich wiedergegebenen Einschätzung des Klassenteams oder nur einer Lehrkraft und den Unterlagen von medizinischen Befunden und deren Behandlung, vom Schulaufnahmeverfahren und den Zeugnissen in den Akten gibt es kaum Anhaltspunkte über die Psychogenese eines Kindes.
Hatte ich mich zunächst ganz auf meine Intuition und einen allgemeinen Gesamteindruck bei Probesitzungen verlassen, spürte ich ein starkes Bedürfnis nach fundierteren Einschätzungskriterien und nach stichhaltigen Argumenten für eine Indikation, als ich im Zuge einer zusätzlichen Anstellung im Heim der Einrichtung plötzlich aus einer längeren Vorschlagsliste einige Kinder und ältere Jugendliche für die Musiktherapie auswählen musste. Vor allem die Begründung für eine Ablehnung bereitete mir große Schwierigkeiten.

Vorüberlegungen

Ich wünschte mir einen Katalog von Fragen zu haben, mit welchem ich sowohl den Aufbau einer Probesitzung gestalten als auch nach dessen Auswertung eine differenzierte Einschätzung einer PatientIn abgeben und die Indikation begründen könnte.
So beschäftigte ich mich zunächst mit Literatur über Psychodiagnostik bei geistig Behinderten, um Kriterien zur Beobachtung und Einschätzung zu finden. Obwohl es hier meist um Förderdiagnostik und Leistungsbeobachtung ging, konnte ich doch einige Anregungen finden (z.B. bei Fröhlich/Haupt, 1983

und Kobi, 1990) zu der Beobachtung von nonverbalen Kommunikationsformen, der Interaktion mit den anwesenden Personen und der Reaktionen auf Ansprache und Angebote.

Tüpkers „Leitfaden zur Protokollierung musiktherapeutischer Behandlung, Erstinterview und Ergänzendes Interview „(Tüpker,1993) bot sich als Grundlage an, welche für die spezielle Situation des Erstkontaktes mit geistig behinderten Menschen modifiziert werden konnte. Ansonsten konnte ich mich nur auf meine eigenen Erfahrungen in diesem Arbeitsfeld stützen. Sehr hilfreich war, dass ich meine Gedanken und Vorstellungen in zwei kollegialen Arbeitskreisen vorstellen und diskutieren konnte

Herauskommen sollte eine möglichst differenzierte Beobachtung und eine möglichst objektive Wahrnehmung der PatientIn. Die Auswertung dieses Materials sollte Aussagen machen können über das Leiden, das Können, die seelische Gestaltbildung der PatientIn, etwas über die Eignung der Musik als Kommunikationsmittel, die Indikation für eine musiktherapeutische Behandlung sowie über einen möglichen Behandlungsauftrag.

Dabei gab es vor allem folgende Probleme zu bewältigen:

Wie sollte ich offen sein und bleiben in meiner Wahrnehmung dieser Menschen, deren manchmal bizarre Äußerungen mir oft unverständlich waren, und mich zugleich freimachen von den Vorstellungen und Erwartungen der Bezugspersonen, die immer stellvertretend für die Betroffenen sprachen?

Einerseits fühlte ich mich im Erstkontakt mit einer mir fremden PatientIn allein im Musikraum oft sehr unsicher, manchmal z.B. bei sehr aggressiven Jugendlichen sogar bedroht, so dass ich eine offene, unvoreingenommene Wahrnehmungshaltung nur durch die Anwesenheit einer Begleitperson herstellen konnte. Andererseits hemmte und beeinträchtigte mich deren Anwesenheit wiederum sehr. Ich entschied mich trotzdem für die Anwesenheit einer Begleitperson, fand aber wichtig, mir all diese Einflüsse und Eindrücke durch eine konsequente Protokollierung bewusst zu machen, um mich dann besser distanzieren zu können.

Ich begann damit, ein bestimmtes Setting für die erste Probesitzung festzulegen mit musikalischen Angeboten und Elementen, die sich bisher als sinnvoll und praktikabel gezeigt hatten. Danach versuchte ich in Anlehnung an Tüpkers Leitfaden (Tüpker, 1993) einen systematischen Protokollbogen anzufertigen, der möglichst viele Details der Sitzung abfragte und sammelte, welche anschließend ausgewertet werden konnten.

Im folgenden stelle ich die einzelnen Punkte mit entsprechenden Beispielen vor und erläutere das weitere Vorgehen.

Fragebogen zum Erstkontakt (Gesamtbild s. Anhang 2)

I. Für Musiktherapie vorgeschlagen von .....mit folgenden Worten:

Bei einer mündlichen Anfrage wird mir ein Kind zur Musiktherapie empfohlen mit Worten wie:

A. spricht so gut auf Musik an, vielleicht wäre das was für sie !

B. ist so musikalisch, er kann `Backe, backe Kuchen` und `An der Nordseeküste` singen, obwohl er sonst gar nicht spricht!

C. ist in der Klasse nicht tragbar, er braucht unbedingt eine 1:1 Betreuung!

D. braucht soviel Zuwendung, die können wir ihr hier nicht geben!

E. macht uns Sorgen, wir wissen nicht mehr weiter!

F. ist noch neu, wir wissen nicht, was mit ihr los ist, wir möchten eine Einschätzung!

All diese Äußerungen zeigen schon einiges über die Einstellung der Vorschlagenden sowohl zur PatientIn als auch zur Musiktherapie. Ich händige darauf den LehrerInnen noch einen kurzen Fragebogen aus (s.Anhang 1), der vor allem der Abklärung ihres Behandlungsauftrages und als Grundlage für die weiteren Gespräche dient Oft ist es schwierig, den ausgefüllten Bogen wirklich zurückzubekommen. So etwas Schriftliches braucht etwas Zeit und Mühe und hat etwas Verbindliches, man muss sich festlegen. Nur so kann aber ein Arbeitsbündnis mit den LehrerInnen geschlossen werden, mit welchen die Rahmenbedingungen zu vereinbaren und einzuhalten sind.

II. Erster Eindruck von der PatientIn / erster Satz / erste Szene

Nach Erhalt des ausgefüllten Fragebogens hospitiere ich für etwa eine halbe Stunde während einer Pause in der Klasse der PatientIn, um die PatientIn kennenzulernen, wobei ich dann auch die Atmospäre in der Klasse und die Kooperationsbereitschaft des Klassenteams erlebe, auf das ich bzgl. Absprachen und Einhaltung der Therapiezeiten im Schulalltag angewiesen bin. Manchmal deuten sich hier schon Probleme an, welche die ganze Therapie hindurch begleiten werden, z.B. dass die Klasse insgesamt froh ist, diesen Störenfried einmal loszusein, oder es gibt regelmässige Machtkämpfe um den Toilettengang oder das Händewaschen vor der Therapiestunde , oder die Musiktherapiestunde wird dauernd vergessen. Dies kann schon ein Hinweis auf die Grundproblematik der PatientIn sein, welche sie dauernd in Szene setzt und in welcher das Klassenteam mitagiert

Oft ist es schwierig, die PatientIn mehr beiläufig beobachten zu können, ohne von anderen Kindern besetzt oder auch von den Lehrpersonen mit ausführlichen Charakterisierungen festgelegt zu werden. Dennoch ist dies die einzige Gelegenheit, dieses Kind in einer normalen Alltagssituation erleben zu können. Meist fällt sofort auf, dass es ausserhalb des Klassengeschehens steht und ganz mit sich beschäftigt ist. Dies ist dann auch häufig das typische Verhalten und kann das Lebensgefühl oder die existenzielle Frage überhaupt andeuten:

G. klettert und balanciert wie ein Wiesel unentwegt auf einem niedrigen Schrank in meiner Nähe und veranlasst mich mehrmals, die Hand auszustrecken und ihn halten zu wollen, weil ich befürchten muss, dass er fällt. Sucht oder braucht dieses Kind Schutz und Halt bei anderen oder sucht es diesen durch sich selbst ?

H. nimmt zunächst wie ein böser Buddha dasitzend und wie ein Lama spuckend keinerlei Notiz von mir, streckt aber später vor mir sitzend ihre Hände über den Kopf zurück zu mir, damit ich in ihre Hände

klatsche. Ihre Hände sind voller Schwielen und ganz hart von dieser ihr eigenen Art der Kontaktaufnahme.

I. (ihn besuchte ich zum ersten Mal in seiner Heimgruppe) fährt mit dem Dreirad über den Flur und gegen die geschlossene Bürotür, hinter welcher sich eine Betreuerin befindet. Als er mich sieht, reisst er mir meinen Kalender aus der Hand und kreischt. Kennt dieses Kind keine Grenzen?

Bei dieser Gelegenheit vereinbare ich einen Termin, zu welchem die PatientIn mit einer vertrauten Bezugsperson zu mir in den Therapieraum kommt. Die Begleitperson gibt PatientIn und Therapeutin Sicherheit und kann bestimmte mir unverständliche Äusserungen oder Verhaltensweisen auf Nachfrage erklären oder auch zwischen dem üblichen und neuem Verhalten unterscheiden. Manchmal kann eine sehr kreativ wirkende Stereotypie den Anschein erwecken, als sei sie gerade im Zusammenhang mit meiner Improvisation entstanden oder hätte sich darauf bezogen, wobei sie tatsächlich der übliche Ausdruck eines Widerstandes oder der Verweigerung ist.

III. Erste Stunde im Musiktherapieraum....

Unmittelbar nach der ersten Stunde im Musiktherapieraum fertige ich ein spontanes, sehr persönlich gehaltenes Protokoll an, so wie es gerade die Zeit zulässt. Hier geht es vor allem um Eindrücke, Einfälle und um Gegenübertragungsgefühle. Dies kann auch im morphologischen Sinne als `Ganzheit´ verstanden werden, bevor durch die systematische Beantwortung des Fragenkataloges quasi eine `Binnenregulierung` vorgenommen wird.

Zur weiteren Dokumentation nehme ich die gesamte Stunde auf Band auf, da hierdurch die vielen Episoden und Teilabschnitte durch Abhören klarer erkannt und verstanden werden können. Sehr hilfreich kann ein nach diesem Band angefertigtes Protokoll sein, wenn das Material all zu fragmentiert und verwirrend ist und gar kein Zusammenhang erkennbar ist. Aber auch kleine musikalische Sequenzen, für die man, wollte man nur wirkliche Improvisationsstücke aufnehmen, nicht noch schnell das Aufnahmegerät einschalten kann, können so überhaupt wahrgenommen und evtl, für eine Beschreibung genutzt werden.

Noch ergiebiger sind natürlich Videoaufnahmen, was jedoch den Leistungsanspruch, die Hemmungen und die Konzentration enorm beeinflusst. Zudem besteht dadurch noch mehr die Gefahr, dass die PatientIn sich nicht wirklich wahrgenommen und zu sehr zum Objekt gemacht fühlt und sich gar nicht auf eine Beziehung einlässt. Hier muss man sehr genau abwägen, wieviel Dokumentation notwendig und sinnvoll ist.

1. Wen oder was bringt die PatientIn mit ?

Wesentlich ist hier, wer mitkommt und wie deren Haltung zu dem ganzen Unternehmen ist.

Manche PatientInnen bringen neben der Bezugsperson auch noch ein Spielzeug o.a. mit. Interessant ist, was sie damit machen und wie sie darauf reagieren, wenn ich z.B. zu ihrem Tun Musik mache, und wieweit sie es loslassen können für etwas Interessanteres.

J. lässt seinen mitgebrachten Klotz aus dem Mund fallen, wenn er das Klavier in den Mund nimmt und ablutscht, und nimmt ihn erst wieder auf, wenn er das nächste interessante Objekt sucht.

K. bringt eine Hand voll Erde von draussen mit, legt sie auf den Tisch und kratzt sie am Ende der Stunde wieder sorgfältig zusammen und steckt sie in die Tasche.

Diese Szene kann den Stellenwert oder auch den Sinn eines solchen Gegenstandes deutlich machen, z.B. ob er zu einem Ritual gehört oder als Übergangsobjekt dient und ob er in die Therapie einbezogen werden sollte.

2. Wie ist der Kontakt und die Atmosphäre zwischen der PatientIn und der Begleitperson?

Wichtig ist hier festzuhalten, wie die Begleitperson mit der PatientIn umgeht, ob sie versucht zu kontrollieren oder zu helfen oder wie gut sie sich heraushalten und auch selbst wahrnehmen kann. Dies kann für die späteren Gespräche wesentlich sein und auch die Erwartungen an die Musiktherapeutin bewusst machen. Die Feststellung der eigenen Empfindungen gegenüber dieser Person ist sehr wichtig und notwendig, um die eigenen Gegenübertragungsgefühle sauber analysieren zu können.

Aber auch der Umgang der PatientIn mit der Bezugsperson kann viel aussagen über ihr Erleben von Beziehung, z.B. wenn sie sie permanent besetzt oder ignoriert, sie immer wieder per Blickkontakt um Erlaubnis fragt oder sie ins Spiel einbezieht, einen Machtkampf mit ihr provoziert oder nur auf deren Ansprache reagiert und die Therapeutin ignoriert.

3.-5. Erster Satz, erste Szene im oder am Musiktherapieraum! Worauf geht die PatientIn zu? Wie erfasst sie den Raum? Wie äußert sie sich? Was macht sie von sich aus - Stereotypien ?

Diese Punkte können meist nicht recht getrennt und nur im Zusammenhang beschrieben werden. Es kann jedoch hilfreich sein, alle Punkte der Reihe nach abzufragen, um sich an alles zu erinnern.

Manchmal ereignet sich die erste Szene schon auf dem Flur oder beim Reinkommen oder dehnt sich über eine lange Zeitspanne aus:

L. will oder kann die Schwelle des Raumes nicht überschreiten, wird dann von der Begleitperson überredet, bzw. reingezerrt.

M. wirkt ganz schüchtern und traut sich kaum den Raum zu betreten, haut aber schon bald kräftig auf die Klaviertasten.

N. stürzt in den Raum und sofort auf das nächstbeste große Instrument und stürzt es um.

O. will zunächst erst in alle Schränke gucken und beginnt auch gleich sie aufzuräumen.

P. stürzt auf das Klavier zu und flüstert inbrünstig „Klavier“ , als hätte sie auf diesen Moment schon lange gewartet.

Die Beobachtung des körperlichen Ausdrucks ist besonders bei sehr inaktiven oder schwerstmehrfach-behinderten ParientInnen wichtig, ist er doch oft die einzige Äußerung, die überhaupt wahrgenommen werden kann. Hier könnte eine Videoaufnahme besonders hilfreich sein, erinnert man doch spontan meist nur sehr ausgefallene körperliche Zeichen:

Q. ´s Klavierimprovisation wirkt wie eine Parodie auf einen großen Pianisten.

R. klappt immer wieder wie ein Taschenmesser in seinem Rollstuhl zusammen als sei ihm das aufrechte Sitzen nur unter grösster Anstrengung möglich.

S. macht einen Höllenlärm auf dem Schlagzeug, wobei sein Gesichtsausdruck wechselt zwischen einer drohenden und beängstigenden Grimasse und einem fast schadenfrohen, aber glücklichen Lachen.

6. Welche Angebote der Therapeutin wurden wie angenommen?

Zu Beginn der Probesitzung begrüsse ich die PatientIn und erkläre den Zweck der Begegnung und was sie hier tun kann mit einfachen Worten. Dann lasse ich sie machen und beobachte eine Weile nur. Ergreift

die PatientIn wenig Initiative, mache ich nach einiger Zeit verschiedene Angebote, z.B. Improvisieren zu ihrem Tun, die Situation oder das Geschehen kommentierendes Singen, tänzerische Musik zu den Bewegungen passend oder einzelne Klangereignisse mit dynamischen Veränderungen. Je nachdem worauf die PatientIn anspricht, kommen nicht alle Elemente vor, bei ganz passiven PatientInnen eher. Spricht eine PatientIn auf etwas an und ergibt sich daraus direkt ein guter Kontakt, teste ich allenfalls andere Angebote an, ob sie den bereits entstandenen Eindruck bestätigen. Für die differenzierte Protokollierung kann das Abhören der Tonbandaufnahme sehr wichtig sein. Auch sollte man alle Angebote im einzelnen abfragen:

T. kichert verlegen bei meinen Erklärungen. Versteht sie mich nicht oder lacht sie mich aus, weil sie das alles längst weiss?

U. hält beim Schlagen des Tambourins überrascht inne, als ich ihren Rhythmus imitiere, klopft wieder und pausiert, als warte sie auf eine Antwort.

V. ist passiv und schaut zum Fenster hinaus. Erst als ich die Glöckchen bimmeln lasse, kommt sie zu mir und reisst sie mir aus der Hand, um sie in den Mund zu stecken.

7. Reste und Ungereimtes

Der Punkt 7 soll all das fassen, was noch beobachtet wurde oder auffiel, aber in keine Kategorie hineinpasst, z.B. wenn es gar nicht zur Musik kam und was stattdessen stattfand. Auch ein anderer Umgang mit den Musikinstrumenten als damit zu musizieren oder inszenierte Rollenspiele, die genaue Beschreibung einer völlig passiven PatientIn oder einer besonders ausgefallenen Stereotypie können hier gefasst werden.

8. Eigenes Empfinden, Erleben und Gegenübertragung

Hier sind nun alle Empfindungen, Einfälle, Assoziationen, Gegenübertragungsgefühle und das eigene Erleben der Begegnung möglichst genau zu beschreiben:

a) Ich empfand einen unheimlichen Leistungsdruck und hatte das Gefühl, eine ganz schlechte Therapeutin zu sein. Ich schämte mich vor der Begleitperson und dachte wieder einmal daran, diese Arbeit hier aufzugeben.

b) Ich wurde ganz träge und bleiern müde, mir fiel gar nichts mehr ein.

c) Die PatientIn – oder die Begleitperson?- machte mich ganz wütend. Ich hätte sie am liebsten gleich wieder rausgeworfen und eine Behandlung direkt abgelehnt. Ich wollte sie ganz schnell loswerden.

d) Danach fühlte ich mich ganz kaputt und zerschlagen, und ich hatte Nackenschmerzen.

e) Ich habe grosse Angst vor der PatientIn und fühle mich bedroht. Ich will nicht mit ihr alleine sein und suche schon gleich nach Argumenten gegen eine Behandlung.

f) Ich bin hinterher sehr angetan von der Stunde und von den musikalischen Äusserungen der PatientIn. Die möchte ich gerne behandeln, aber haben es andere nicht nötiger?

Die Auswertung des Fragenkataloges kann diese spontanen Empfindungen manchmal als Gegenübertragung aufdecken, sie können aber auch wichtige Hinweise sein, die auf eine Überforderung (der PatientIn oder auch der TherapeutIn) schliessen lassen oder darauf, dass eine andere Therapie sinnvoller wäre.

Alle diese Wahrnehmungen sind möglichst bald nach der ersten Probesitzung anhand des Fragebogens festzuhalten. Es kann sich auch daraus ergeben, dass es besser wäre eine 2. Probesitzung abzuhalten. z.B.

wenn sich eine PatientIn zu sehr verweigert oder durch unvorhergesehene Störungen und Vorfälle kein rechter Eindruck entstehen konnte.

IV. Lebensgeschichte und medizinische Diagnose

Erst nachdem mein erster Eindruck von der PatientIn festgehalten ist, schaue ich in die Akten, welche als Schulakte allenfalls die medizinischen Fakten, Berichte aus dem Kindergarten und vom Schulaufnahme-verfahren sowie Zeugnisse enthält. Die Heimakte ist – falls für mich zugänglich – da etwas ausführlicher und enthält noch Entwicklungsberichte aus den Gruppen. Näheres über die Familienverhältnisse und -geschichte kann ich nur -wenn überhaupt- mündlich von BetreuerInnen, LehrerInnen oder den Eltern erfahren, falls diese zum Elternsprechtag bei mir erscheinen, oder von allen ein wenig.

V. Ergänzende Interviews mit Bezugspersonen aus Schule oder Heim

Ein ergänzendes Interview ist unbedingt notwendig und aus Zeitgründen meist nur mit einer Lehrperson möglich, selten mit einem ganzen Klassenteam. Solange ich noch im Heim beschäftigt war, führte ich bei Heim- oder Internatskindern ein weiteres Gespräch mit einer Bezugsperson aus der Heimgruppe, was oft eine wichtige Ergänzung war, leider aber auch manchmal auf dem Hintergrund des ständig schwelenden Konfliktes zwischen Heim und Schule nur bedingt nutzbar.

Wichtig bei diesen Interviews ist die Klärung des Behandlungsauftrages (z.B. anhand des Fragebogens zum Vorschlag, s. Anhang 1) und der Frage „Wer ist `die Dritte`?“ und das Schliessen eines Arbeitsbündnisses mit dieser Dritten.

VI. Auswertung und Einschätzung

Nachdem dies alles festgehalten und bewusst gemacht ist, können diese Informationen ausgewertet werden und zu einer Einschätzung der PatientIn sowie zu einer Entscheidung bzgl. einer musiktherapeutischen Behandlung führen. Ein möglicher Behandlungsauftrag ergibt sich aus der Zusammenschau der Anliegen und Erwartungen der PatientIn, der Schule und schliesslich meiner eigenen Wahrnehmung von der PatientIn. Die Punkte 7 und 8 wollen die Möglichkeiten der Beziehungs- und der Kommunikationsebene klären, z.B.: Konnte ich überhaupt zur musiktherapeutischen Ebene kommen, obwohl mich die PatientIn durch dauernde Umklammerung völlig zu vereinnahmen versuchte? Konnte bei einer sehr passiven PatientIn die Musik Brücke sein oder hatte sie aufweckende Wirkung?

Das `Gemeinsame Werk` umfasst nach Deuter (1996, S.45) „ alle Momente der Begegnung zwischen Patient und Therapeut“, kann also auch außerhalb von Musik entstehen, z.B. beim Spielen mit Gegenständen, Bällen ect., beim Rollenspiel oder einer anderen Nutzung des Spielraums.

Ebenso stellen „das gemeinsame Anwesendsein“ (ebd. S.46) und das, was nur mit „atmosphärisch“ (ebd..) bezeichnet und als solches wahrgenommen werden kann, wesentliche Einblicke in die seelische Verfassung der PatientIn dar. Dies kann nur innerseelisch wahrgenommen und am besten in Bildern beschrieben werden.

Die Rekonstruktionsversuche sind ebenfalls im Sinne der morphologischen Methodik (Tüpker,1996) zu verstehen und können je nach Zeit auch nur andeutungsweise durchgeführt werden. Eine morphologische Beschreibung einer Improvisation kann hier ebenso hilfreich sein, ist jedoch selten mangels geeigneter Improvisationsstücke zu verwirklichen . Eine Lebensmethode kann jedoch bereits erahnt werden, wenn

bestimmte Szenen oder Verhaltensweisen als symbolische Handlungen verstanden und gedeutet werden können.

Es kann sich aber auch ein Bezug zur Entwicklungspsychologie als naheliegend herausstellen, wenn sich z.B. eine Fixierung auf eine bestimmte Entwicklungsstufe allzu deutlich abzeichnet.

Ein erstes vages Behandlungskonzept kann sich aus all dem ergeben. Dies ist jedoch immer wieder je nach Fortgang des Behandlungsprozesses neu zu fassen.

Fallbeispiel M., 24J. alt

Im Folgenden möchte ich diesen Katalog noch einmal anhand eines konkreten Falls vorstellen, bei welchem die erste Begegnung zunächst so dürftig und mager erschien, dass ich im Zweifel war, ob ich die Probesitzung nicht wiederholen müsste. Die erste Probesitzung fand 4 Monate vor Beginn der Behandlung statt und sollte zunächst nur der Abgabe einer Einschätzung dienen. Bald darauf hatte ich diesen Leitfaden entwickelt und ihn anhand meines spontanen Protokolls nach der Sitzung und eines Tonbandprotokolls durchgearbeitet.

I. Vorgeschlagen für die Musiktherapie von der Lehrerin E., welche meine Arbeitsweise aus der Arbeit mit einem anderen Schüler der Klasse kennt und schätzt, zunächst aber nur meine Einschätzung der PatientIn wünscht.

II. Mein erster Eindruck von M. bei einer Hospitation in dieser Schule liegt lange zurück und blieb dann auch so: M. wirkt sehr jugendlich, Pippi-Langstrumpf- Typ mit dicken Brillengläsern, sehr großem Mund und schlechten Zähnen, nicht hübsch, aber doch sympathisch; gibt sich sehr offen, aktiv und kontaktfreudig, lacht viel, singt und tanzt ungehemmt während der Musik-AG, scheint alle Liedertexte zu kennen und zu können, quatscht mich auch später bei Begegnungen einfach an und zwar so, dass ich den Eindruck habe, dass sie sich verständlich ausdrücken kann und ich sie auch verstehe. Erst später erfahre ich, dass sie eigentlich nur wenige Wörter spricht.

III. Erste Stunde im musiktherapeutischen Setting am ....., Bandaufnahme und Bandprotokoll.

1. Lehrerin A. kommt mit, leider nicht E., welche mich angesprochen und um eine Vorstellung gebeten hatte. A. ist mir recht fremd und unvertraut, was mich zuerst ziemlich hemmt.
2. M. sucht Bestätigung und Sicherheit durch Blickkontakt bei A., während diese zunächst sehr bemüht ist, durch energisches Eingreifen das Unternehmen zum Erfolg zu führen. Später nimmt sie sich aber zurück und beobachtet aufmerksam. Sie scheint ebenfalls besorgt.
3. M. will schon nicht hereinkommen, steht herum mit steter Rückzugsbewegung, verweigert das Annehmen von allen Angeboten mit „Nööö“ und setzt sich erst auf strikte Aufforderung der Lehrerin hin.
4. Sie geht auf nichts zu , erfasst den Raum kaum, sucht nur immer wieder bestätigenden Blickkontakt zur Lehrerin.
5. Sie macht nichts von sich aus.
   a) Sie antwortet nur auf direkte Fragen von mir, z.B. als ich sie frage, ob sie sich an unsere erste Begegnung in der Musik-AG erinnere und wie sie da gesungen und getanzt habe. Da lacht sie und sagt :Jaaaa! Aber es klingt gekünstelt und aufgesetzt. Ausserdem sagt sie

oft Nööööö, ruft manchmal Mama und den Vornamen des Klassenlehrers in weinerlichem Tonfall.

b) M. singt ihr bekannte Lieder mit kompletten Texten mit, summt leise oder auf lalala halbe Zeilen der unbekannten Lieder mit und vor allem die Schlusskadenz.

Alle angebotenen Instrumente lehnt M. ab, sie trommelt nur mal leise mit den Fingerspitzen auf der Trommel, die ich neben sie gestellt habe.

c) M. sitzt gekrümmt auf ihrem Stuhl, macht immer wieder Fluchtbewegungen zur Tür; weinerlich oder mit verzerrtem Lächeln, das zu einer Grimasse entgleist, wenn ich mal gar nichts mache und nur abwarte. Sie streicht ständig über ihre Haare oder wickelt sie um die Finger, sieht mich verlegen und immer nur schräg, nie direkt an.

6. Welche Angebote der Therapeutin wurden wie angenommen?

a) Alle verbalen Erklärungen und Angebote versteht sie wohl, sie werden aber nicht angenommen.

b) b) und

c) gemeinsame Improvisationen oder Dialoge gibt es nicht, außer meine freien Improvisationen über den von M. gerufenen Namen des Klassenlehrers oder Mama, die sie dann mit weiteren Einwürfen der Namen, Hallos und Jajajas beantwortet. Hier entsteht eine völlig andere Stimmung als bei den Liedern: traurig und sehnsuchtsvoll.

d) Bei Liedern singt oder summt sie ein wenig mit, erfasst gut die Melodieverläufe und die Schlussfloskeln, so dass der Eindruck entstehen kann, sie kenne alle diese Lieder. Das Singen scheint ihr viel Sicherheit zu geben.

e) Besondere Klangreize ohne Struktur lehnt sie ganz ab, lacht höchstens mal über meine komischen Flötentöne.

7. Reste und Ungereimtes: Die Stunde war nur sehr kurz. Ich beendete sie nach ca. 20 Minuten, weil ich den Eindruck hatte, M. zu quälen und dass es ihr nicht gut gehe, sie evtl. sogar krank sei. Ich wollte es später zu einem anderen Zeitpunkt noch einmal versuchen. Irgendwie hatte ich eine andere M. im Kopf und erlebte diese Stunde als wenig aussagekräftig und unergiebig. Ich glaubte danach, keine Einschätzung abgeben zu können.

8. Eigene Empfindungen, Erleben, Gegenübertragungsgefühle:

Ich fürchte jede Pause und jeden Stillstand. Es ist mir schrecklich unangenehm und peinlich nichts zu tun und nur zu warten, einmal weil M. sich dann so verändert, zum andern, weil ich mich dann vor der Lehrerin schäme, wahrscheinlich befürchte ich als inkompetent zu erscheinen. (Auch später schäme ich mich sehr, ein Stück des Bandes KollegInnen in einer Supervision vorzuspielen). Ich finde mein Liedangebot am Anfang völlig unsensibel und gekünstelt. Ich bin ebenso wie die Lehrerin sehr bemüht, M. so zu aktivieren, wie ich sie in Erinnerung habe und kenne, eben mit harmlosen, fröhlichen Liedern. Ich kann sie so gar nicht annehmen und halte sie eher für krank und eingeschränkt. M. tut mir zwischendurch fast unerträglich leid. Ich empfinde Angst, zu enttäuschen und enttäuscht zu werden. Die gute Zusammenarbeit mit dem Klassenteam bzgl. des anderen Schülers setzt mich etwas unter Erfolgszwang.

IV.Lebensgeschichte und medizinische Diagnose

M. wurde mit 5 Jahren ´zur stationären Förderung und Pflege´ in das Heim der Einrichtung aufgenommen, d.h. sie lebt nun schon seit 20 Jahren in diesem Heim und ist hier zu Hause.

Diagnose: schwer geistig behindert aufgrund eines schweren organischen Hirnschadens mit leichter körperlicher Behinderung.

Schwangerschaft und Geburt normal, in den ersten Monaten schlechtes Trinken und Zyanose (blau-rote Färbung der Haut und Schleimhäute inf. Abnahme des Sauerstoffgehalts im Blut) bei Schreien, Verdacht auf Herzfehler nicht bestätigt, verzögerte Entwicklung, mit 3,5 Jahren länger dauernder tonisch-klonischer Krampfanfall, antikonvulsive Behandlung bis 9 Jahre, seitdem krampffrei.

In der Schulakte gibt es keine weiteren Angaben zur Lebensgeschichte, in der Heimakte ebenfalls nicht, nur noch zusätzliche Entwicklungsberichte. In diesen wird sie als sehr kontaktfreudig dargestellt, aber auch als sensibel bei Veränderungen, welche sie meist sehr verunsichern. Oft reagiert sie darauf entweder mit totalem Rückzug oder mit aggressivem Verhalten. Manchmal verhalte sie sich sehr selbständig und souverän, ein andermal bei Anforderungen aggressiv und verweigernd.

.

V. Ergänzendes Interview mit der begleitenden Lehrerin

Nach der ersten Probesitzung ergibt sich ein Gespräch mit der Lehrerin. Sie berichtet, dass M. sich bei Anforderungen gerne hinter anderen versteckt und versucht die Aufmerksamkeit von sich abzulenken. Sie ergreift selten die Initiative zu Aktivitäten und tut nur etwas auf direkte Aufforderung. Sie werde wohl oft auch überfordert, da sie meist so einen kompetenten Eindruck mache. Sie spricht aktiv nur wenige Worte, versteht aber fast alles und erweckt durch bestimmte Floskeln den Eindruck, als könne sie überall mitreden.

M.´s Schulzeit ist bereits abgelaufen und schon 2 mal verlängert worden. Sie muss diese Einrichtung im nächsten Sommer verlassen und wird dann in eine Erwachseneneinrichtung in der Nähe der Mutter wechseln

Die Lehrerin hatte M. mit solch einseitigem Verhalten wie heute noch nie erlebt und konnte es nicht einordnen. Sie schien aber sehr besorgt und bemüht, Hilfe und Begleitung für M. zu finden

VI. Auswertung und Einschätzung

1. Das Behandlungsdreieck bildeten zu diesem Zeitpunkt M., das Lehrerteam und die Musiktherapeutin. Die Lehrerinnen E. und A. und der Lehrer M. erwiesen sich als sehr kooperativ, offen für die begleitenden Gespräche und einfühlsam in M.´s Problematik. Später stieß noch die Bezugsperson aus M.´s Wohngruppe dazu und unterstützte M.`s Musiktherapie durch gemeinsam geplante pädagogische Maßnahmen.
2. Von der Musiktherapeutin wurden eine Einschätzung von M.´s Fähigkeiten und ihrer Störung erwartet und Unterstützung und Vorschläge für pädagogische Massnahmen gewünscht.
3. Der Behandlungsauftrag von M. lautete m.E.: Gib mir Sicherheit durch Vertrautes (z.B. Formangebote wie Lieder) und lass mich Eigenes entdecken.
4. Als behandlungsbedürftiges Leiden erlebe ich eine grosse Angst und Unsicherheit in ungewohnten Situationen, welche sie i.d.R. mit grosser Forschheit und Angepasstheit zeitweilig überspielen kann. Dies gelingt hier jedoch nicht, da sie sich nicht verstecken kann. Trauer und Regression sind in Ihren Rufen deutlich spürbar, dürfen aber nicht öffentlich werden.

5. Die anfänglich übertriebene und aufgesetzte Fröhlichkeit beim Liedersingen deckt Ratlosigkeit und Unsicherheit, auch Trauer und Trostlosigkeit, Peinlichkeit und Scham zu. Erst die freie Improvisation über M.´s Rufen von Namen der Bezugspersonen lässt ihre wahre Befindlichkeit spüren. Meine Angst vor Enttäuschung kann auch Gegenübertragung sein, nämlich ihre Angst Erwartungen zu enttäuschen, weshalb sie den reibungslosen Ablauf störende und unerwünschte Gefühle sonst durch ´Gut-Drauf-Sein´überspielt. Ihre Wut und Trauer über Enttäuschungen und Verluste, die sie sicher reichlich erfahren hat in 20 Jahren Heimaufenthalt, äußert sie durch Verweigerung, manchmal durch Aggressionen, womit sie sich vor Überforderung schützt.
6. Außerhalb von Musik gab es kaum Kontakt, allerdings erlebte ich sie in der Verweigerung als starkes Gegenüber, wenn auch immer zur Flucht bereit. Leider drohte sie in ihrer Verweigerung auch manchmal ganz zu verschwinden, als bliebe dann nichts mehr von ihr und für sie übrig.

   Kontakt entstand beim Singen von Liedern oder Melodieteilen, auch beim improvisierenden Aufgreifen ihrer Rufe nach den Bezugspersonen. Bei Formangeboten konnte sie sich singend an scheinbar Vertrautes dranhängen und sich sicher fühlen. M. ist sehr geschickt darin, musikalische Verläufe zu erahnen und mitzusingen, d.h. sie spürt sehr gut, was kommt und was erwartet wird.

   Ein ´gemeinsames Werk´ gab es als musikalische Ausgestaltung von M.´s `Schattenseite` in Liedteilen und freien Improvisationen.

   Die Atmosphäre in der Probesitzung hatte etwas von Wünschen und Hoffen und zugleich von Weglaufen und Nicht-da-sein-Wollen.
7. Es zeigen sich zwei Pole: die überangepaßte Alltagsseite, vermutlich die beste Lebensmethode, um über 20 Jahre in einem Heim mit ständig wechselndem Personal zu überleben, dann die von Ängsten geprägte, auch depressive Seite, welche durch Verweigerung und Rückzug gekennzeichnet ist.

   Musikalisch findet viel Aneignung statt, aber kaum Umbildung. Was ist mit Anordnung und Einwirkung? Scheinbar gibt es hier eine Schwäche, die M. bei Ängsten fast ganz aus der Szene verschwinden lässt. Ausrüstung/Können gibt es in ihrem so selbstverständlich und selbstbewusst wirkenden Gehabe, in den Floskeln, welche den Eindruck erwecken als könne M. sich gut ausdrücken, und in ihrem musikalischen Können. Ausbreitung verwirklicht sie in ihrer ´normalen´ Alltagsseite mit ihrer Kontaktfreudigkeit, die oft an Distanzlosigkeit grenzt.

   Als Lebensmethode wird erkennbar: Nachahmen und Sich-Anpassen sichern Kontakt, Verweigerung und aggressives Abgrenzen regulieren Überforderung.
8. Eine musiktherapeutische Behandlung ist aufgrund der musikalischen Kontaktmöglichkeiten gut denkbar. Behandlungsauftrag könnte sein: Die Ursachen für M.`s Blockaden finden und verstehen, Spielraum erweitern, damit sie ihr Potenzial ganz nutzen kann, Eigenes finden, Aneignung und Umbildung stärken, Anordnung und Einwirkung sollen sich ausprägen.
9. Als Behandlungskonzept eignet sich das Wiederholen und Variieren von Liedern, musikalischen Mustern, im scheinbar Immer-Gleichen Neues entdecken, z.B. durch Einbeziehen von anderen Instrumenten, Liedern, Texten und deren Abwandlung, Wege zur freien Improvisation finden. Vor allem ist es notwendig, viel Spielraum für eigene Entdeckungen und Experimente zu lassen, da M. zu stark auf die Erwartungen anderer reagiert.

Nach dem Durcharbeiten des Leitfadens erschien die Probesitzung gar nicht mehr so dürftig und es war klar, dass M. Musiktherapie erhalten sollte, sobald ein Therapieplatz frei würde. Ich verzichtete auf eine

weitere Probesitzung, als die Therapie zum neuen Schuljahr beginnen konnte und ließ mir mehrere Stunden Zeit, um meine ersten Eindrücke zu vertiefen.

In der 5. Stunde gab es überraschend eine erste gemeinsame längere Improvisation, in welcher ich eine erstaunliche Entwicklung und viel Entfaltung von Eigenem feststellte. Nach einer morphologischen Beschreibung der Musik durch meine Supervisionsgruppe bestätigte sich allerdings nur der erste Eindruck, nämlich dass M. in den 20 Jahren Heimaufenthalt ein hohes Maß an Anpassung gelernt hat, eine Art Mimikry (d.h. Nachahmung und blitzschnelle Anpassung als Überlebensstrategie). Viele ihrer Leistungen sind spontane Nachahmungsleistungen und wahrscheinlich nicht erworbenes, angeeignetes Können.

So war die angebliche Entwicklung in unserer ersten Improvisation wohl eher eine überaus gelungene Imitation und die Erfüllung meiner Erwartungen.

Bei zu hoher Anpassungsleistung besteht aber die Gefahr, dass Eigenes kaum entwickelt und bewahrt werden kann. Deshalb versuchte M. das wenige Eigene, wie ihre Zuneigung zu der Bezugsperson in der Gruppe und zum Klassenlehrer, die sie wie Vater und Mutter erlebte, und ihre eigenen Wünsche durch Rückzug und Verweigerung zu schützen.

Es kam dann im Laufe der Behandlung immer öfter vor, dass M. sich auf ihre starren Muster zurückzog, sobald sie irgendwelche Erwartungen bei mir spürte. Ließ ich ihr Zeit und Raum, ganz in Ruhe selbst zu wählen und zu experimentieren, konnte sie sich entfalten und manchmal sehr eigenwillige und phantasievolle Dinge erfinden.

Durch die begleitenden Gespräche mit den Teams in Schule und Heim wurde auch deutlich, dass M. wegen ihrer Anpassungsfähigkeit oft als unkompliziert eingeschätzt wird und meist ´so neben her läuft´, dass ihr wichtige Dinge (wie z.B. auch gravierende Veränderungen in ihrer Familie) verschwiegen werden oder oft ihre Therapiezeit vergessen wird (während die des schwierigeren Mitschülers nie vergessen wird). So wurde auch ihr bevorstehender Wechsel in eine andere Einrichtung und der damit verbundene Abschied lange nicht thematisiert, verdrängt oder gar bagatellisiert (´M. hat doch keine Kontaktprobleme!´). Zum einen ist es für die BetreuerInnen einfacher und stressfreier, dies erst 1 bis 2 Wochen vorher anzukündigen, zum andern wird es auch verdrängt, weil viele von ihnen selber den Abschied scheuen, schliesslich war M. schon immer da und gehört sozusagen zur Einrichtung..

M. schien aber die bevorstehenden Veränderungen bereits zu spüren und als bedrohlich zu erleiden. Ich konnte die Bezugspersonen von der Wichtigkeit überzeugen, den Wechsel frühzeitig zu thematisieren und M. entsprechend durch begleitende Maßnahmen darauf vorzubereiten.

M. konnte nun die Musiktherapiestunden dazu nutzen, Wut und Trauer über den bevorstehenden Abschied hörbar zu machen und Trost zu suchen, z.B. im Rauschen der Ocean-Drum, wobei sie ganz versunken und bei sich zu sein schien. Ein solches Instrument konnte am Ende der Behandlung für sie gekauft und von mir überreicht werden als Symbol für das Finden und Bewahren ihrer ´Eigenheit´ und als Übergangsobjekt, das sie als ihr Eigentum in die neue Einrichtung mitnehmen konnte.

M. soll nach ihrem Umzug in die neue ´Heimat´ zunächst mit erheblichen Verhaltensauffälligkeiten reagiert haben wie Einkoten und Einnässen und mit starker Aggressivität.

Weder die Musiktherapie noch die sorgfältige pädagogische Vorbereitung auf den Abschied konnten M.´s Schmerz und Ängste mindern oder gar wegmachen. Aber M. konnte ihre unbequemen und störenden Gefühle zeigen und musste sie nicht wieder verstecken, sie konnte damit angenommen werden. Hier

wurde sie nicht gleich wieder als die unkomplizierte und pflegeleichte M. eingestuft, man musste sich mit dieser ´eigenwilligen` Person auseinandersetzen.
Nach etwa einem Jahr , hieß es, habe sie sich gut eingelebt und fühle sich dort wohl.

Resümee

M.´s Lebensmethode wurde bereits in der Probesitzung spürbar und anhand der differenzierten Beschreibung entlang des Leitfadens deutlich, schliesslich durch die Beschreibung der Improvisation aus der 5. Stunde bestätigt. Nur durch eine sehr zeitaufwendige Tonbandabschrift und die folgende Beantwortung des Fragenkataloges konnte aus dem als mager und dürftig empfundenen Erstkontakt eine Fülle an Material und Anhaltspunkten gewonnen werden. Da man selten Zeit für die Abschrift einer Tonbandaufnahme hat, ist der sofortige Einsatz des Fragebogens zeitsparend und genauso effektiv, evtl. kann man dafür das Tonband nochmals abhören.
Außerdem kann es sinnvoll und hilfreich sein, den Leitfaden immer mal wieder während einer längeren Behandlung durchzuarbeiten, z.B. auch wenn ein Bericht zu schreiben ist. Diese differenzierten Protokolle zu unterschiedlichen Zeitpunkten der Behandlung zu vergleichen, kann Entwicklung deutlicher erkennen lassen, gerade weil es bei der Arbeit mit geistig Behinderten ja oft um nur ganz kleine Entwicklungsschritte geht.
Gewiß kann man auch ohne einen solchen Fragebogen Bilder, Eindrücke und Einblicke gewinnen, die eine Einschätzung zulassen. Ich fühle mich jedoch seit Benutzung dieses Leitfadens sicherer und in meiner Einschätzung weniger vage und schwammig. Auch kann ich meine Grenzen nun besser erkennen und einhalten, werden für die Musiktherapie doch oft gerade die Schüler mit den schwersten Verhaltensauffälligkeiten vorgeschlagen oder auch solche, die einfach nur musikalisch und nicht psychotherapiebedürftig sind.
Die Entwicklung dieses Leitfadens hat mir auch geholfen, meinen Standpunkt und meine Konturen als Musiktherapeutin besser nach außen deutlich machen zu können. So hat sich die Art der vorgeschlagenen PatientInnen sowie die Formulierung der Vorschläge und der Erwartungen an die Musiktherapie geändert. Es werden heute z.B. häufiger verhaltensauffällige Kinder vorgeschlagen, die weniger geistig behindert aber aus sozial schwachen Familien mit Beziehungs- oder Persönlichkeitsstörungen kommen.
Eine ebenso schwierige Entscheidung wie die der Aufnahme zur Behandlung ist die der Beendigung einer Therapie, welche ich auch in Abstimmung mit dem Klassenteam fällen muss. Auch hier erweist sich das Durcharbeiten des Fragebogens als sehr sinnvoll.
Selbstverständlich läßt sich aus diesem Katalog wiederum ein Gerüst für die Protokollierung der fortlaufenden Therapiestunden entwickeln.

Literatur:

Deuter, M. (1996): Beziehungsformen in der musiktherapeutischen Arbeit mit psychotischen Patienten. In: Tüpker, R.(Hrsg.): Konzeptentwicklung musiktherapeutischer Praxis und Forschung Lit; Münster; 2. überarbeitete und erweiterte Auflage 2007

Fengler, J. (1996): Belastende Faktoren psychotherapeutischer Arbeit mit geistig behinderten Menschen zur Psychohygiene der Therapeutenperson. In: Lotz, W. u.a. (Hrsg.): Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung. Bern

Fröhlich, A./ Haupt, U.(1983) : Förderdiagnostik mit Schwerstbehinderten“. Eine praktische Anleitung zur pädagogisch-therapeutischen Einschätzung. Dortmund

Kobi, E.E. (1990): Diagnostik in der heilpädagogischen Arbeit. Luzern

Niedecken, D.(1997): Namenlos. Eine Zusammenfassung der Inhalte meines Buches. In: Geistige Behinderung, 4/1997

Tüpker, R. (1996): Ich singe, was ich nicht sagen kann. Zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie. Lit Münster

Tüpker,R. (1993): Leitfaden zur Protokollierung musiktherapeutischer Behandlung. In: Einblicke. Zeitschrift Deutscher Berufsverband der Musiktherapeuten e.V., Heft 4
Text wieder verfügbar in: Tüpker, Rosemarie (2005): Musiktherapie in Praxis, Forschung und Lehre. Schriften zur Habilitation, Dortmund Band 3: Beiträge zu Forschungsmethodik und Wissenschaftstheorie. über den Bestellservice dieser Website
www.uni-muenster.de/Musiktherapie/Literaturdienst/bestellservice.html

Anhang 1

Fragebogen zum Vorschlag für Musiktherapie

Name des Kindes: geb.:

Klasse:

Name der KlassenlehrerInnen:

Heim-/Internatsgruppe

Eltern:

Geschwister:

Behinderung/Diagnose:

Regelmäßig einzunehmende Medikamente:

Problematik – wodurch fällt das Kind auf und wodurch erscheint es therapiebedürftig? Anlass?

Warum **Musik**therapie?

Ziele, Vorstellungen, Erwartungen – was soll die Behandlung bringen?

Anhang 2

Fragebogen zum musiktherapeutischen Erstkontakt

Name: geb.:

Klasse: Heim-/Internatsgruppe:

KlassenlehrerInnen:

HeimbetreuerInnen:

Wohnbereichsleiterin:

I. Vorgeschlagen für Musiktherapie von.....mit folgenden Worten:
Begründung/erster Satz/ Behandlungsauftrag, Anlass für den Vorschlag für den Vorschlag.?

II. Erster Eindruck von der PatientIn/erster Satz/ erste Szene , wo?
Erscheinungsbild - Womit beschäftigt, aktiv-passiv - Kontakt zu andern – zur Musiktherapeutin ?
Art und Inhalt von Äusserungen?

III. Erste Stunde mit musiktherapeutischem Setting im Musiktherapieraum am...
Dokumentation durch Video... Bandaufnahme.... Protokoll..... Beschreibung einer Improvisation....

1. Wen oder was bringt die P. mit?
2. Kontakt und Atmosphäre zwischen P. und Begleitung?
3. Erster Satz, erste Szene am oder im Musiktherapieraum:
4. Worauf geht die P. von sich aus zu? Wie erfasst sie den Raum?
5. Was macht die P. von sich aus?- Stereotypien?- Äusserungen
   a) verbal
   b) musikalisch vocal und instrumental
   c) körperlich: Blick, Atmung, Tonus, Mimik (spez. Mundregion), Hand- und Körperbewegungen, Haltung (jeweils Situation und auch evtl. Bedeutung beschreiben)
6. Welche Angebote der Therapeutin wurden wie angenommen?
   a) verbale Erklärungen und Angebote
   b) musikalische Dialoge oder Spiele
   c) freie Improvisationen zum Tun der P., auch kommentierendes Singen – Reaktionen?
   d) Formangebote wie Lieder, Tänze ect.
   e) Klangreize (Extreme wie laut - leise, hell – dunkel, langsam – schnell, Geräusche ect.)
7. Reste und Ungereimtes
8 Eigene Empfindungen, Erleben, Gegenübertragung

IV. Lebensgeschichte und medizinische Diagnose, Fakten aus Akten und Gesprächen

V. Ergänzende Interviews mit.....
1. Erster Satz, erste Szene zu der P.
2. Beschwerden, Problematik, Zeitpunkt und Ereignisse bei Beginn, Auslöser

3. Erscheinungsbild, Vorlieben, Verhalten und Auftreten der P. ausserhalb der Therapie nach Beschreibung dieser Bezugsperson
4. Ergänzungen zur Lebensgeschichte und momentanen Lebenssituation
5. Atmosphäre des Gesprächs und Hinweise auf die Beziehung zwischen der P. und ´der Dritten`, zwischen der TherapeutIn und ´der Dritten`?

VI. Auswertung und Einschätzung

1. Anliegen der Dritten (Schule/Heim/Internat/Eltern) und Rahmenbedingungen (mögliche Widersprüche bei Behandlungsauftrag, Erwartungen ect.)
2. Was ist der Gegenstand? Welche Problematik soll mit Musiktherapie behandelt werden? (Oder soll eigentlich gefördert werden?)
3. Behandlungsauftrag der P.?
4. Erlebe ich als Musiktherapeutin ein behandlungsbedürftiges Leiden?
5. Was können meine Empfindungen und Gegenübertragungsgefühle, die Stimmung in der Musik aussagen über das Leiden der P.?
6. Wie und wo kam Kontakt/Beziehung mit/ohne Musik zustande?
   a) Konnte die musikalische Ebene zur Kommunikation, zur Herstellung von Kontakt und Beziehung genutzt werden und wodurch am meisten?
   b) Gab es ein ´gemeinsames Werk` oder ein ´gemeinsam Anwesendsein`, wie war die Atmosphäre?
7. Erste Rekonstruktionsversuche: Pole, Gestaltfaktoren, Versionen, Haupt- und Nebenfigurationen, Lebensmethode oder entwicklungspsychologische Einschätzung
8. Begründung für oder gegen eine Behandlung, möglicher Behandlungsauftrag, Behandlungsziel
9. Mögliches Behandlungskonzept

Barbara Irle, Dipl.-Musiktherapeutin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin