

# Behandlung schwerer jugendpsychiatrischer Störungen Musiktherapie zwischen Mythos und Möglichkeit



Claus Roeske

- Diplom Musiktherapeut – Lehrmusiktherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Systemischer Therapeut und Berater
- Supervisor

Kontakt: Claus Roeske, Siegfriedstr. 12, 32756 Detmold  
Tel: 05231 – 709294, Email: claus.roeske@dialog-sms.de

## **Abstract:**

In the article the author analysis the connection between the label „severe“ and the concept of „psychiatric diseases“. He examines on which different communication levels the impression, that a treatment is „difficult“, can arise and which effect this may have on the process of musictherapy. In a simple model of therapeutic dialogue will be made a differentiation between a „solution -“ and a „problemcontext“. Then follows an examination of specific musiktherapeutic activities according to this model.

The focus lies especially on the difference between a „solution-orientated -“ and a „problem-orientated trance“. Thesis concerning the solution-orientation of musictherapy will be presented and discussed in the end.

Das Interesse an der Behandlung schwerer Störungen dürfte für eine relativ junge Fachdisziplin wie die Musiktherapie besonders groß sein. Zum Teil konnte man sich über die Behandlung schwerer Fälle überhaupt erst eine Existenzberechtigung erarbeiten und begründen, daß eine Auseinandersetzung mit Musiktherapie notwendig und wichtig sei. Auf der einen Seite, kann es wünschenswert sein, daß Musiktherapie Nischen besetzen kann, die von anderen Fachdisziplinen nicht bearbeitet werden können. Auf der anderen Seite birgt dieser Prozeß große berufspolitische und persönliche Risiken. Selbstkritisch müssen wir hier anmerken, daß es uns bisher noch nicht gelungen ist, Musiktherapie exklusiv mit einem bestimmten Störungsbild zu verknüpfen. Es bleibt fraglich, ob dies überhaupt gelingen kann und erstrebenswert wäre. Abgesehen von diesem eher übergeordneten Interesse der Musiktherapie an schweren Störungen werden wir im klinischen und ambulanten Alltag ständig mit ihnen konfrontiert. Das Adjektiv 'schwer' begreife ich in diesem Zusammenhang als eine Etikettierung, deren Begrifflichkeit nicht unbedingt mit der exakten Terminologie zu-

sammenhängen muß. Das heißt konkret, nicht alles, was wir als 'schwer' in der Behandlung eines Falles ansehen, muß in die Kategorie der 'schweren Störungen' passen.

Im Folgenden möchte ich in einer prozesshaften Analyse unterschiedliche Kommunikationsebenen markieren, auf denen der Begriff 'schwer' entstehen und mit der Behandlung eines Patienten verknüpft werden kann.

Zugrunde gelegt wird hierbei ein systemisches Verständnis von Musiktherapie. Systemisches Verständnis bedeutet hierbei nicht, daß Musiktherapie eine Systemtherapie wird, bei der z.B. die Familie oder der soziale Kontext mit Hilfe von musiktherapeutischen Methoden mitbehandelt wird. Vielmehr möchte ich, daß systemische Sichtweisen als relevanten Einflußfaktoren erkannt werden und selbst in einer Einzeltherapie bearbeitet werden können. (vgl. Weiss, T.; Haertel-Weiss, G.; 1995) Diese Einflußfaktoren habe ich zu Begrifflichkeiten zusammengefaßt, die hier aus Gründen der Übersichtlichkeit untereinander stehen. Günstiger wäre es, die Faktoren in einem Kreis anzuordnen und eine gegenseitige Vernetzung durch Verbindungslinien deutlich zu machen, da eine Veränderung in einem Einflußfaktor unweigerlich die Veränderung in allen anderen Faktoren nach sich zieht.

### **Faktoren die zum Etikett „schwer“ in einer Musiktherapie führen können:**

#### **SOZIALER KONTEXT**

Eltern oder Bezugspersonen befürchten negative Auswirkungen bei Veränderung durch die Musiktherapie, die Veränderungen gehen in eine andere Richtung als erwartet

Klient, Eltern oder Bezugspersonen haben unterschiedliche Problem – bzw. Lösungsdefinitionen

Bestimmte Probleme dürfen nicht benannt werden (Tabu)

#### **ÜBERWEISUNGSKONTEXT**

Vorangegangene gescheiterte Behandlungsversuche

Schilderungen von Hoffnungslosigkeit durch Kollegen

Überzogene Erwartungen des Überweisers

Unterschiedliche Erwartungen des Klienten und seines sozialen Umfeldes

#### **DIAGNOSENSTELLUNG**

Krankheitsbild gehört zu den schweren Störungen

Wissenschaftlich erwiesene schlechte Prognose

Zu viele diagnostische Daten

### **KOOPERATIONSBEREITSCHAFT**

Geringe Motivation etwas zu verändern  
Fremdmotivation

### **INNERE BILDER DES THERAPEUTEN**

Persönliche Erfahrungen, die mit dem Fall in Verbindung gebracht werden

### **ART DER MUSIKALISCHEN KOMMUNIKATION**

Fremdartige musikalische Sozialisation  
Ungewohnter Musikgeschmack  
Unflexibles Verhalten bei Improvisation

### **ZIELE UND WÜNSCHE DES KLIENTEN**

Überhöhte, unrealistische Ziele  
Kontextfremde Erwartungen (z.B. Musikunterricht)  
Schlechte Verbalisationsfähigkeit und dadurch bedingt unklare Ziele

### **ARBEITSPLATZKONTEXT**

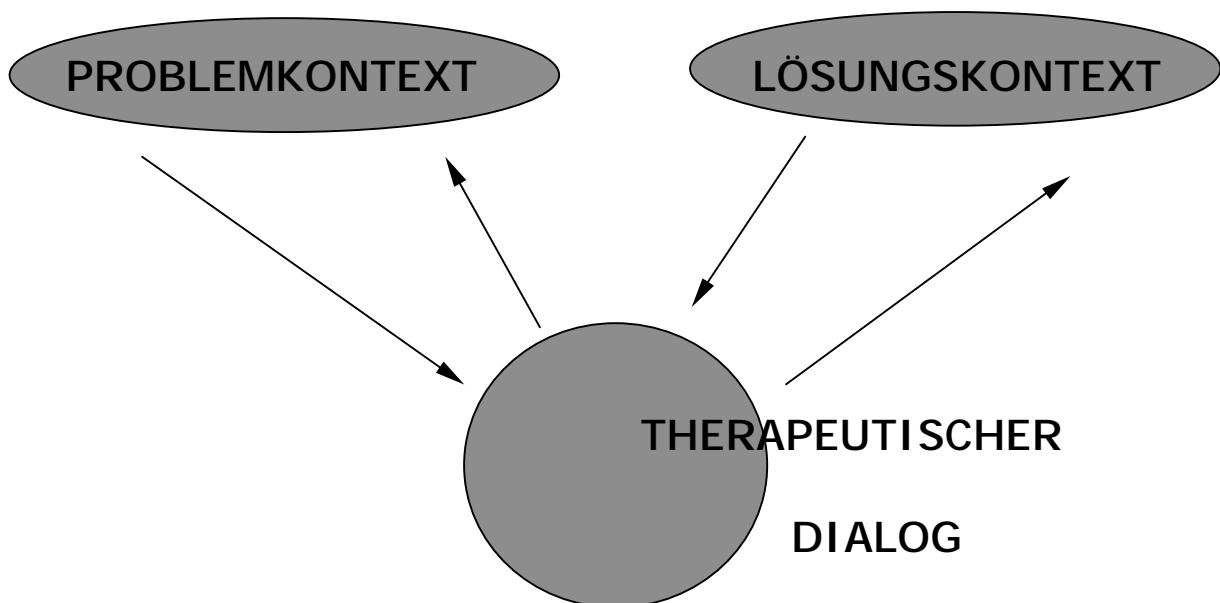
Schlechte Arbeitsbedingungen  
Geringe Wertschätzung und wenig Kommunikation im Team  
Andere Arbeitsaufträge

Die hier genannten Unterpunkte sind nur beispielhaft, sie können beliebig ergänzt werden. Wichtig in der Praxis ist es, Entscheidungen zu treffen, auf welcher Ebene Störungen bzw. Probleme auftauchen. Je nachdem, wo ein Problem angesiedelt wird, folgen nach dieser Problemdefinition unterschiedliche methodische Schritte. In der Praxis obliegen auch nicht immer alle Ebenen dem Einflußbereich eines Musiktherapeuten. Besonders bei Punkt 1 und 2 dürfte es Berufsalltag der Musiktherapeuten sein, daß sie zur Klärung hier auftauchender Störungen den Austausch mit Kollegen suchen müssen. Trotzdem erscheint es mir wichtig, vermutete Störungen auf irgendeiner der Kommunikations-ebenen in der Musiktherapie anzusprechen und diese auch in Gegenwart des Patienten angemessen wertschätzend zu benennen. Ausnahme hierbei sind die Punkte: „innere Bilder des Therapeuten“, soweit es sich um lebensgeschichtliche, unverarbeitete Problemzonen handelt, und natürlich der Punkt „Arbeitsplatzkontext“. Auch muß man sich immer bewußt machen, daß die direkten musiktherapeutischen Methoden zum Teil ungeeignet erscheinen, bestimmte Punkte zu klären. Zum Beispiel kann eine Störung bei der Kooperationsbereitschaft oder Motivation des Klienten nicht unbedingt durch eine Vielzahl von interessanten,

wohl überlegten Improvisationsvorschlägen ausgeglichen werden, sondern bedarf eines klärenden Gespräches über Motivation, innere Zielsetzung und Möglichkeiten der Musiktherapie.

***Fallbeispiel:** Ein Patient kommt zur zweiten Sitzung der Musiktherapie. Gleich am Anfang der Sitzung sagt er mir, daß er überhaupt nicht wisse, wie ihm mit Musik bei der Lösung seiner Probleme geholfen werden könne. Es handelt sich um einen 16 – jährigen Jugendlichen, der wegen aggressiver Verhaltensauffälligkeit und Einkotens in die Klinik gekommen ist. In der ersten Sitzung hatte er nur etwas von den aggressiven Verhaltensproblemen erzählt. Beim Vorschlag, eine Improvisation zu machen, wirkt er mürrisch. Immer wieder wiederholt er die Frage: „Und, was soll denn das bringen?“ Ich erzähle ihm schließlich, daß ich im Einweisungsbrief gelesen hätte, daß er auch wegen Einkotens hier sei. Ich frage ihn auch, ob er deshalb an der Wirksamkeit von Musiktherapie zweifle, weil er glaube, daß ich nicht sein eigentliches Problem kenne. Er wird rot, sagt aber, daß ich recht habe. Er hätte sich in der ersten Sitzung nicht getraut von seinem Problem zu erzählen, was ich sehr verständlich finde. Anschließend sprechen wir noch länger über Auswirkungen und Belastungen des Einkotens. In den folgenden Sitzungen wirkt der Patient deutlich motivierter. Er entdeckt freie Improvisationen als eine Möglichkeit Spaß, Lebensfreude und unbelasteten Kontakt zu erleben.*

Im Folgenden möchte ich ein einfaches Modell des therapeutischen Dialoges vorstellen, bei dem besonders zwei unterschiedliche therapeutische Herangehensweisen fokussiert werden.



Das ganze Geschehen in einer Therapiesitzung, also auch das Musikmachen kann dem einen oder anderem Kontext zugeordnet werden. Kontext beinhaltet alle ex – und impliziten Vereinbarungen zwischen den Partnern der therapeutischen Kommunikation. In der Systemtheorie spricht man auch von unterschiedlichen Sichtweisen. Je nach dem, in welchem Kontext eine Improvisation betrachtet wird, können völlig unterschiedliche Sinnzusammenhänge konstruiert werden. Von allen Partnern der Kommunikation kann dieser Prozeß aktiv gestaltet werden.

### **Problemkontext**

- Fokussierung der Problemgeschichte des Klienten
- Untermauern der Diagnostik durch Beschreiben der Improvisationen
- Hervorheben von Defiziten, die in der Musik oder im musikalischen Verhalten auftauchen
- Kritisches, zweifelndes Hinterfragen
- Defizitäres Selbsterleben und Beschreiben von Improvisationen
- Eingeschränkte musikalische Kommunikation

### **Lösungskontext**

- Fokussierung zukünftiger oder gegenwärtiger Lösungen
- Aufzeigen von Therapiezielen oder Visionen durch ressourcenorientierte Beschreibung der Musik
- Hervorheben von Kompetenzen und Fähigkeiten, die in der Musik oder im musikalischen Verhalten auftauchen
- Wertschätzendes Fragen
- Erleben von Lösung, Wohlbefinden, Entlastung oder Lust bei Improvisationen
- Flexible musikalische Kommunikation

Auf der Ebene der therapeutischen Methodik können wir auch von 'problemzentriert' und 'lösungsorientiert' sprechen. Problemzentriert meint in diesem Zusammenhang, daß durch bestimmte therapeutische Interventionen und Methoden das Problembewußtsein des Klienten geschärft bzw. völlig neu definiert werden kann. Lösungsorientiert oder auch gebräuchlicher 'lösungsorientiert' meint, daß die therapeutischen Interventionen eher auf das Hervorheben von bereits vorhanden oder zukünftig phantasierten Lösungen gerichtet sind, das heißt, die Ressourcen und Kompetenzen des Patienten eher hervorgehoben werden sollen. (vgl. de Shazer, S. 1989) Problemzentriert ist von der Tendenz her eher in der Vergangenheit, lösungsorientiert ist von der Tendenz her eher in der Gegenwart und Zukunft angesiedelt. In einer idealtypischen Therapie kommt Kommunikation in beiden Bereichen vor. Der therapeutische Fokus sollte

locker von dem einen in den anderen Kontext schwenken können. Bei sogenannten 'schweren' Therapien ist davon auszugehen, daß die Kommunikation zu stark im Problemkontext stattfindet. Es gibt nun unterschiedliche therapeutische Interventionen, die zu dem einen oder anderen Kontext passen und eher eine Problemzentriertheit oder eine Lösungszentriertheit anregen.

Für die Musiktherapie ist von besonderem Interesse, welchen Beitrag die therapeutische Intervention der freien Improvisation zu dem einen oder anderen Kontext leisten kann. Freie Improvisation habe ich deshalb ausgewählt, weil es sich hierbei um die bedeutendste methodische Entwicklung der Musiktherapie handelt. Ich gehe dabei davon aus, daß eine freie Improvisation an sich nicht dem einen oder anderen Kontext zuzuordnen sei. Ob eine Improvisation lösungs- oder problemzentriert wird, hängt in entscheidendem Maße zunächst vom Patienten selbst und der Grundhaltung des Therapeuten ab, sowie von der Kommunikation, die vor und nach der Improvisation stattfindet.

***Fallbeispiel:** Martin ist ein 12 jähriger Junge. Psychiatrische Diagnose ist emotionale Störung (ICD 10 F 93.9) mit erheblicher Selbstwertstörung und Unselbstständigkeit und Probleme durch Erziehungsunsicherheit der Eltern (ICD 10 Z 62.8). Der Aufnahmelaß bei Martin ist erhebliche Versagens- und Konzentrationsmängel in der Schule, seine zunehmende Außenseiterposition, seine erhebliche Unruhe und Zappeligkeit sowie sein schlechtes Hören auf die Gebote der Eltern. Sehr beklagt wird von den Eltern die große Angst Martins, etwas verkehrt zu machen bzw. etwas Neues auszuprobieren. Vorgestellt wird Martin auch mit dem Verdacht des hyperkinetischen Syndroms. Erste Behandlungsversuche aufgrund seiner Verhaltensauffälligkeiten hat es bereits im Kindergartenalter gegeben. Die Eltern können von einer Vielzahl therapeutischer oder heilpädagogischer Maßnahmen berichten. Martin selbst berichtet von sich, daß er "von der Rolle" sei, er meint hiermit, daß er sich "keine 10 Sekunden" konzentrieren könne, daß er keine Freunde habe, sehr unruhig sei und fast besessen Computer spiele. Bei einem früheren Behandlungsversuch hatte Martin über einen längeren Zeitraum Ritalin eingenommen. Dieses Medikament wurde auf Initiative der Lehrerin und der Eltern aber wieder abgesetzt, weil diese keine deutliche Verhaltensverbesserung beobachten konnten. Martin selbst berichtet, daß er unbedingt Ritalin haben wolle. Er glaubt zu Beginn der Therapie, daß er sich ohne dieses Medikament nicht konzentrieren noch auf irgendeine Weise stillsitzen könne.*

*Von der ersten Stunde an zeigt Martin, daß er sehr viel Spaß beim Improvisieren hat. Er freut sich bei freien Improvisationen und zeigt hierbei sehr viel Kreativität und Experimentierfreude.*

*Nach dem Zufallsprinzip nehme ich manche Sitzungen mit der Videokamera auf. In einer dieser aufgezeichneten Sitzungen wählt Martin als Instrument das Schlagzeug; die Therapeuten spielen Klavier und Congas. Martin nimmt die Schlagzeugsticks sehr zögerlich in die Hand. Es scheint, als ob er sie nicht „anpacken“ möchte. Der Schwerkraft folgend fallen sie fast von alleine zurück auf die Trommeln. Er setzt dabei so gut wie keine eigene Energie ein. Unentschlossen dreht und wendet er die Sticks, spielt leise und ohne klaren Rhythmus.*

*Körperlich wirkt er wie in sich zusammengesackt und nutzt den großen Radius des Schlagzeuges kaum aus. Im Verlauf der Improvisation ändert Martin seine Spielweise. Er nimmt die Sticks fester in seine Hände, packt sie richtig an. Dabei öffnet er seine Arme und macht weite und fließende Bewegungen. Er vertieft sich in sein Spiel, das nun auch pulsierender und organischer wirkt. Auf seinem Gesicht kann man deutlich Spielfreude und Konzentration erkennen. Dabei nutzt er die Spielmöglichkeiten instrumental und auch dynamisch stärker aus. Kurzzeitig verfällt Martin nochmals in seine erste Spielhaltung, wird dann aber schnell wieder lockerer um dann über 20 Minuten frei und losgelöst zu spielen. Die Therapeuten begleiten sein Spiel stützend hauptsächlich mit ostinaten Rhythmen.*

*Nach der Improvisation erzählten wir Martin, daß uns aufgefallen sei, wie lange er sich konzentrieren könne. Zu einem späteren Zeitpunkt schauen wir das Video gemeinsam mit ihm an.*

In dieser kleinen Fallvignette kann ich natürlich nicht die gesamte Therapie aufzeigen. Deshalb sei hier nur erwähnt, daß natürlich intensive Familiengespräche und Sozialtherapie stattgefunden haben und Martin zusätzlich in der Gruppentherapie war. Dies alles bleibt in diesem Zusammenhang unerwähnt. Auch möchte ich hier keine komplette Falldarstellung der Musiktherapie anbringen, sondern es geht mir darum aufzuzeigen, wie der lösungsorientierte Umgang mit einer freien Improvisation zu einem kleinen Fortschritt in der Therapie führen kann. Bei der Improvisation waren bei Martin deutlich zwei unterschiedliche Bewußtseinszustände oder Trancen zu beobachten. Zunächst befand er sich in einem Zustand, den ich hier „Problemtrance“ nenne. Erkennbar war dies besonders durch seine Schlägelhaltung und die Art seines Musizierens. Im Verlauf der Improvisation wird sein Spiel immer freier, seine Körperhaltung ändert sich, sie wird offener. Diesen Zustand nenne ich „Lösungstrance“. Im Verlauf geht er nach kurzer Zeit nochmals in eine „Problemtrance“, um dann bis zum Ende der 20-minütigen Improvisation in der „Lösungstrance“ zu verweilen.

Ich denke, es ist deutlich geworden, daß die Musik bzw. das musikalische Verhalten Martins nach verschiedenen Richtungen hin interpretiert werden könnte. Martins Improvisation stand für mich deutlich in dem Kontext seiner Aussage, daß er "von der Rolle" sei. Martin selbst hielt sich also für verrückt und zwar hauptsächlich deshalb, weil er sich Martin hat in der Improvisation den offensichtlichen Gegenbeweis zu seinem negativen Weltbild geliefert. "keine 10 Sekunden" konzentrieren könne.

Ich glaube, daß es in diesem Zusammenhang sehr wichtig war, daß er dieses Anderssein in der Musik erleben konnte. Spielerisch wechselte er zwischen den beiden Trancen. Er wäre sicherlich nicht erreichbar gewesen für eine Botschaft, die man ihm einfach nur erzählt hätte. Ich denke, daß Martin in den Improvisationen die Erfahrung machte, daß er sich konzentrieren, vertiefen und längere Zeit bei einer Sache bleiben konnte. Er fühlte sich dabei wohl und war sicher vor vermeintlichen Bedrohungen und Ängsten.

Freie Improvisationen bzw. Musik machen oder hören, können als ideales Medium zur Lösung – bzw. zukunftsorientierten Arbeit angesehen werden. Hierzu möchte ich an dieser Stelle vier Thesen vorstellen, die dies unterstreichen.

## Thesen zur Lösungsorientierung von Musiktherapie

- In einer passenden Musik ist neben dem Erlebnispotential des Verstandenwerdens bzw. des sich Verständlichmachens, immer auch ein zukünftiger, visionärer, tröstender oder lösender Aspekt enthalten.
- Die Lösung von Problemen ist immer mit psychovegetativen Erlebnissen verknüpft. Diese „Lösungserlebnisse“ können alleine durch das Hören oder Machen passender Musik ausgelöst werden.
- Die Botschaft von Musik ist immer multidimensional und uneindeutig. Bewußt wahrnehmbar bzw. beschreibbar sind immer nur Teilaspekte. Im therapeutischen Dialog ist es effektiv und ethisch vertretbar, die lösenden, tröstenden oder heilenden Aspekte hervorzuheben.
- Der lösungsorientierte Umgang mit Musik ist den meisten Menschen in ihrem Alltag vertraut. Es ist allgemeines Kulturgut, daß Musik zur Regulation psychovegetativer Spannungen, zur Unterstützung von Ekstase bzw. von Trance oder als Trostspender genutzt wird.

In seinem Buch „Jakob der Lügner“ läßt Jurek Becker die Hauptfigur ein Märchen erzählen, das ich hier ausschnittsweise wiedergeben möchte. Eine Prinzessin ist krank geworden, der König läßt alle Experten rufen, damit ihr geholfen werden kann. Keiner der Experten kennt ihre Krankheit. Schließlich sagt die Prinzessin, daß sie unbedingt eine Wolke bräuchte um gesund zu werden. Wieder läßt der König die weisen Männer seines Landes zusammenkommen und verkündet: „Demjenigen von euch weisen Männern, der meiner Tochter eine Wolke vom Himmel holt, gebe ich soviel Gold und Silber, wie auf den größten Wagen im ganzen Land passen!“ Die weisen Männer machen sich sofort an die Arbeit, kommen aber zu keinem brauchbaren Ergebnis, entwickeln statt dessen nur skurrile, undurchführbare Ideen. Die Prinzessin ißt keinen Bissen mehr, sie wird immer dünner. *„Eines schönen Tages hat der Gärtnerjunge, mit dem die Prinzessin manchmal draußen gespielt hat, als sie noch ein gesundes Mädchen*



*war, der hat in den Palast reingeschaut, ob in irgendeiner Vase Blumen fehlen. Und dabei hat er sie in ihrem Bett liegen sehen, unter der Decke aus Seide und bleich wie Schnee. Die ganzen letzten Tage schon hatte er sich den Kopf zerbrochen, warum sie nicht mehr in den Garten kam, aber den Grund dafür wußte er nicht. Und deswegen hat er sie gefragt: „Was ist los mit dir, Prinzeßchen? Warum kommst du nicht mehr raus in die Sonne?“ Und da hat sie auch ihm gesagt, daß sie krank ist und nicht eher gesund wird, bis ihr jemand eine Wolke bringt. Der Gärtnerjunge hat ein bißchen nachgedacht, dann hat er gerufen: „Aber das ist doch ganz einfach, Prinzeßchen!“ – „So, das ist ganz einfach?“, hat die Prinzessin verwundert gefragt. „Alle Weisen im Land zerbrechen sich umsonst die Köpfe, und du behauptest, das ist ganz einfach?“ – „Ja“, hat der Gärtnerjunge gesagt, „ du mußt mir nur verraten, woraus eine Wolke ist.“ Da hätte die Prinzessin fast lachen gemußt, wenn sie nicht so schwach gewesen wäre, sie hat geantwortet: „Was stellst du auch für dumme Fragen! Jedes Kind weiß, daß Wolken aus Watte sind“ – „Aha, und sagst du mir noch, wie groß eine Wolke ist?“ – „Nicht einmal das weißt du?“ hat sie sich gewundert. „Eine Wolke ist so groß wie mein Kissen. Das kannst du selber sehen, wenn du bloß den Vorhang zur Seite schiebst und zum Himmel blickst“.....“ ( Jurek Becker, )*

Es dürfte klar sein, wie das Märchen von Jurek Becker ausgegangen ist. Der Gärtnerjunge hat ein entsprechendes Stück Watte geholt und die Prinzessin wurde wieder gesund.

Jurek Becker ist mit diesem Märchen die idealtypische Darstellung einer lösungsorientierten Therapie gelungen. Der Gärtnerjunge kann der Prinzessin helfen, weil er neugierig und unvoreingenommen fragen kann, er kooperiert mit der Patientin. Statt mit ihr die Vergangenheit zu bearbeiten, bespricht er mit ihr zielgerichtet, welche Phantasien sie zu ihrer Heilung habe und kommt dabei zu einer überraschenden Lösung. Das Märchen an dieser Stelle hat aber noch eine andere Bedeutung. Als Musiktherapeut hätte ich Ihnen am liebsten an dieser Stelle eine Musik vorgespielt, die Sie in Ihrer Aufmerksamkeit weggeführt hätte in eine andere Gedankenwelt. Da das unmöglich in einem geschriebenen Artikel geht, habe ich nach einer anderen literarischen Form gesucht, bei der ein ähnlicher Effekt zu erwarten ist. Vielleicht haben sie als Leser über dieses Märchen amüsiert gelächelt, vielleicht haben sie sich über so einen Blödsinn geärgert, oder Sie haben auf einer anderen Ebene über das Vorherige nachgedacht.

Ich habe für meinen Artikel den Untertitel 'Musiktherapie zwischen Mythos und Möglichkeit' gewählt. Ich denke, daß Musiktherapie eine Möglichkeit ist, mit schweren Störungen im Jugendalter zu arbeiten. Die meisten Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind therapiemotiviert, weil sie ein Interesse haben, etwas an ihrem Leiden zu ändern. Sie können sich verbal ausdrücken und sind in der Lage, wenn man sich ihnen wohlwollend und wertschätzend nähert, Fragen angemessen zu beantworten. Auch in einer Musiktherapie besteht die Möglichkeit, neugierig nachzufragen und potentielle Störungen des Therapie-

prozesses, welche die Arbeit erschweren, offen und auf eine angemessene Weise mit den Patienten zu klären.

Es gibt meines Erachtens keinen Grund, Musiktherapie zu mystifizieren. Alles, was in der Therapie geschieht, sollte erklärbar sein. Eine Spezialisierung von Musiktherapie auf bestimmte Krankheitsbilder, wie z.B. Frühstörungen, Psychosen oder Mutismus halte ich nicht für sinnvoll, da dies zu einer unzulässigen Einengung musiktherapeutischer Handlungsmöglichkeiten führen würde. Allerdings wäre es genauso fatal, Patienten abzulehnen, die sich verbal nicht ausdrücken können. Selbstverständlich ist Musiktherapie eine Methode der Wahl, wenn die Verbalisationsfähigkeit gering oder gar nicht vorhanden ist. Dies sollte aber nicht die einzige Indikation sein. Neben defizitären Beschreibungen sollte immer auch die Frage berücksichtigt werden, ob das Medium Musik eine Resource darstellt. Eine einfache Fragestellung, wie: „Was glaubst Du (Was glauben Sie), was könnte bei Deiner (Ihrer) Therapie hilfreich sein?“ eröffnet manchmal neue unerwartete Wege. Oben hatte ich auf den Unterschied zwischen Problem – und Lösungskontext im Therapieverlauf hingewiesen. Analog sollte für Musiktherapie eine problemzentrierte und eine lösungszentrierte Indikationsstellung erarbeitet werden. Im therapeutischen Alltag bedeutet dies bei der Behandlung „schwerer Störungen“, daß man sich zu Beginn einer Therapie immer fragen sollte, ob Musik machen oder hören ein geeignetes Medium für diesen speziellen Menschen darstellt.

Die Auseinandersetzung mit systemischen bzw. lösungsorientierten Ansätzen in der Musiktherapie erscheint notwendig um sich auf das heilende und lösende Potential von Musik zu besinnen. Hierbei sollte keine neue Musiktherapie entstehen ( vgl. Roeske, C. in Haffa-Schmidt u.a., Hg. 1999, S.148 – 149), sondern die besondere Möglichkeit dieser Psychotherapiemethode aus einem anderen Blickwinkel hervorgehoben werden. Die Auseinandersetzung mit tiefenpsychologischen bzw. analytischen Konzepten hat der Musiktherapie sicherlich geholfen eine seriöse Methode zu werden. Leider ist hierbei manchmal der Blick für das Einfache, Naheliegende verloren gegangen. Sich mit den heilenden und lösenden Kräften von Musik zu beschäftigen ist schließlich der Ursprung aller musiktherapeutischen Bemühungen.

## Literatur

Weiss, T.;Haertel-Weiss, G. (1995): Familientherapie ohne Familien. München  
De Shazer, S. (1989); Der Dreh. Heidelberg  
Roeske, C. in Haffa-Schmidt U.....(Hg.) (1999): Musiktherapie mit psychisch  
kranken Jugendlichen. Göttingen