

Gedanken zum Spektrum der Gefühle in der Musiktherapie bei Jugendlichen mit neurotischer Erlebnisverarbeitung und Anpassungsschwierigkeiten

Ein musiktherapeutisches Fallbeispiel – NORA

Von Ursula Pez

Folgende Aspekte werden diskutiert:

- 1) Positive Wertschätzung sowie emotionale Therapeutin für den Patienten
- 2) Empathisches Verstehen und Bemühen, das dem Patienten in geeigneter Weise mitzuteilen
- 3) Kongruenz als Echtheit im Verhalten gegenüber Patienten.

Bei meinem Fallbeispiel handelt es sich um ein 15jähriges Mädchen, welches auf der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie mit der Diagnose Hyperventilationssyndrom, Eltern-Kind-Problematik aufgenommen wurde. Noras Hyperventilationsbeschwerden treten seit 1998 auf. Laut ihren Angaben hätten diese Zustände von Atemnot, damals erstmalig im Rahmen einer Tetanusimpfung begonnen. Weiters ist von Nora zu erfahren, dass solche Zustände auch beim Tauchen auftreten. Körperlich sei sie gesund, was auch vom Krankenhaus abgeklärt wurde.

Die KM gibt in der Anamnese an, dass Nora angeblich von ihrem 10. Lebensjahr an über beträchtliche Zeit sexuell missbraucht worden sei. Sie hätte den Täter nicht genannt. Laut KM ist nicht auszuschließen, dass es sich um den KV handelt.

Nora, ihr 13jähriger Bruder und die Mutter leben zur Zeit des stationären Aufenthalts seit einigen Monaten im Frauenhaus.

Ich habe versucht, anhand einer **Gefühlstabelle** herauszufinden, wie die jeweiligen aktuellen Tagesthemen Einfluss auf die Musiktherapie haben und welche Gefühle im Laufe der Therapie von Nora verbalisiert, wahrgenommen und ausgedrückt wurden.

Vorstellung: 29.6.
Aufnahme: 20.7.

- | | | | |
|-----|--------|--|--|
| 1. | 22.7. | ANGST
TROTZ | |
| 2. | 29.7. | TRAURIGKEIT
ANGST | 3.8. Psychologie-Test
6.8. Psychologin, Gespräch „Vater war`s“ |
| 3. | 11.8. | ABLEHNUNG
BEDRÜCKT (SCHULD) | 13.8. Gespräch mit Patientenanwältin
Besprechung der Konsequenzen für KV, wenn sie aussagt |
| 4. | 19.8. | TRAUER
ANGST | 9.9. Dienstreise zur Rechtsanwältin
10.9. Gespräch mit KM + Nora / Tagesausgang, Wochenende |
| 5. | 16.9. | ANGST (ANGINA)
ABWEHR | |
| 6. | 23.9. | WUT
RACHE | |
| 7. | 30.9. | WUT
TROTZ | |
| 8. | 7.10. | TRAUER
ANGST | 12.10. Gespräch Nora + KM
(Stat. Aufnahme 4.11. = Tag der gerichtlichen Einvernahme Noras) |
| 9. | 14.10. | ANGST | 15.10. Vorstellung Arbeitsamt
16.10. Wochenend-Ausgang
22.-24.10. Ausgang |
| 10. | 28.10. | ANGST
WUT
SCHULD | 29.10. AMS-Termin |

Mir ist ziemlich bald klargeworden, dass sich Nora an Teile ihrer Missbrauchsgeschichte während der Musiktherapie noch einmal erinnert. So war ich bemüht, ihr Zeit zu geben und keinen Druck zu machen. Außerdem war mir klar, dass schon ein vorsichtiges Ansprechen von Gefühlen bei ihr Unsicherheit und Überforderung auslösen konnte.

Hartmut Kapteina beschreibt in seinem Buch, das „Prinzip des nicht-wertenden Dialogs“ bei der Arbeit an und mit Gefühlen: *„Erst wenn das Prinzip des nicht-wertenden Dialogs in seiner wohltuenden Wirkung als verlässliche Grundlage der therapeutischen Beziehung erlebt*

wird, kann überhaupt die Bereitschaft entstehen, erneut eine Annäherung an dieses höchst beunruhigende Gebiet der Gefühle zu wagen.“

Nora fand einen guten Einstieg in die Einzeltherapie, weil sie bemerkte, dass ich sie annehme, wie sie ist. Sie durfte sagen: „ich habe Angst“ oder „ich mag nicht“, und ich habe sie dabei ernst genommen.

1. Nora hat also in den ersten Therapiestunden Zeit ihre Gefühle,
 - bis die da sind, anzunehmen, und sie werden von mir nicht bewertet.
 3. Das heißt, ich vermeide Worte wie „gut“ oder „schlecht“, „das ist richtig“ oder „falsch“. Meine Haltung ist: Alles darf sein.
- Stunde

Ich spiele ihr auf verschiedenen Instrumenten vor und fordere sie zum Mitspielen auf. Sie reagiert darauf mit Verweigerung oder einfach nur mit stillem Vor-Sich-Hin-Weinen. Sie muss mir nichts erklären.

Schwieriger gestalten sich dann die nächsten Therapiestunden, wo es mir darum geht, dass Nora versuchen soll, ihre Gefühle auszudrücken. Über das „Malen zu Musik“ nähern wir uns diesem – für sie heißen – Thema an. Schon in einer der ersten Stunden sagt sie zu mir: „Du willst ja nur, dass ich umadumpumpa, das werde ich nie,.. Also sucht sie sich eine CD aus und malt zu Elton Johns „Candle in the wind“ eine dreiblütige Rose mit Dornen dran. Während sie zeichnet, wischt sie sich wieder die Tränen aus den Augenwinkeln. Im Anschluß daran, als sie ihre Zeichnung beendet hat, berichtet sie über ihre Schlaflosigkeit (Angst beim Schlafen) auf der Station und beschreibt ihre Hilflosigkeit mit den Worten: „Warum tut mir der Papa so was an mit 10 Jahren?“

Nach einer fast einmonatigen Therapie- und Urlaubspause erlebe ich die folgenden drei Therapiestunden besonders intensiv. Nora kommt in die 5. Therapiestunde mit Angina. Sie will reden, aber die Angst schnürt ihr die Kehle zu (wie sie selber sagt). An diesem Tag ist es schwierig, sie für ein Instrument zu motivieren. Sie sitzt mit verschränkten Armen da und bemerkt nur trotzig „ich will keine Gefühle spüren, ich hab‘ sie nicht“. Darauf reagiere ich diesmal eher ungehalten. So setze ich mich zu den Instrumenten und spiele ihr verschiedene Stimmungen vor. Ich will sie bewusst provozieren und sie reagiert auf meine Improvisation mit Traurigkeit, Belustigung, Entsetzen und Erstaunen. Als ich fertig bin, wartet sie kurz und verlässt dann den Raum mit den Worten: „Ich werd‘ nicht umadumpumpman“.

In der nächsten Therapiestunde (6.) fordert sie mich auf, für sie zu spielen. Ich frage sie nach ihren Wünschen und sie antwortet: „Ich bin die Richterin und der Papa steht vor mir.“

Nach einer sehr heftigen und lauten Improvisation meinerseits, beginnt sie zu weinen. Noch während ich auf dem Instrument sitze (Big-Bom), kuschelt sie sich an mich, legt ihren Kopf in meinen Schoß, zieht die Füße an und sagt: „Ich will wieder klein sein..“, Auf meine Frage, wie klein sie sein möchte antwortet sie: „Nichts, ich bin noch gar nicht da.“

Darauf frage ich sie woran sie sich erinnert und so beginnt eine Reise in die Vergangenheit auf der Nora verschiedene Stadien ihres Alters schildert. Sie erlebt sich als 3-jährige, als 6-jährige und erinnert sich an das Ende der Volksschulzeit. Mir kommt vor, als würde sie sich in unserem Dialog an traumatische Erfahrungen aus ihrer Kindheit erinnern und sie beendet diesen Prozess, der mit sehr viel Regression verbunden ist, ab dem Zeitpunkt, an dem sie sich

an ihr 10. Lebensjahr erinnert. Da verstummt sie und hämmert mit den Fingernägeln nur mehr auf der Big-Bom herum. Vorsichtig spreche ich den sexuellen Missbrauch an, der zu diesem Zeitpunkt begonnen hat. Und Nora nickt stumm, Tränen schießen ihr in die Augen und sie klatscht mit der ganzen Hand auf das Instrument. Ich lasse sie ausweinen, bis sie sich wieder entspannt und ruhig zu atmen beginnt. In diesem Moment merke ich, dass ich selbst völlig durchgeschwitzt bin und dass in dieser letzten Viertel Stunde sehr viel Nähe zwischen uns entstanden ist, sodass es uns beiden direkt schwer fällt, diese Stunde zu beenden. Es hat mich einige Energie gekostet, nicht in ein „Verschmolzen-Sein“ hineinzurutschen. Dabei war es wichtig, mich an die notwendige Dosierung der Beziehungsintensität und eine klare Strukturvorgabe zu erinnern.

In der darauffolgenden (7.) Musiktherapiestunde fühlt sich Nora durch mein Big-Bom-Spiel anscheinend dermaßen provoziert, dass sie mir die Schlägel aus der Hand nehmen will, um diese festzuhalten. Da ich mich wehre, entsteht eine kurze Rangelei, wobei ich ihre Wut anspreche. Sie nimmt meine Aufforderung zum Trommeln an und beginnt ein trotziges, kleinkindhaftes Spiel. Dabei tobt sie auf einer Stelle und ist nicht wirklich ernst zu nehmen, wie ich es mir von einer wütenden 15jährigen erwarten würde.

Sie beendet ihr Spiel mit der Frage: „Die Mama hat gesagt, ich bin in meiner Entwicklung mindestens 4 Jahre stehen geblieben. Stimmt das?“

Nach diesen Therapiestunden hatte ich den Eindruck, dass Nora einige ihrer Gefühle wie Wut, Traurigkeit und Schmerz wiederentdeckt hat. Ich habe beobachtet, dass sie es schaffte, gewisse Gefühlsbereiche auszudrücken, doch einige Probleme bereitete es ihr, Gefühle anzunehmen.

In einer der letzten Therapiestunden wurde deutlich, wie schwierig es sein muss, ein über lange Zeit zurückgehaltenes, verneintes oder verdrängtes Gefühl wieder zu integrieren. Damit meine ich, Gefühle im Alltag nicht mehr unterdrücken zu müssen, sondern sie ausleben zu können, ohne sich oder jemanden anderen zu gefährden.

Unsere vorletzte Therapiestunde ist vom Gefühl der Angst gekennzeichnet. Thema ist Noras Angst vor der kommenden Gerichtsverhandlung und der damit verbundenen Konfrontation mit dem Vater. Ebenso verspürt sie Angst vor der Fahrt zum Arbeitsamt ihre berufliche Laufbahn betreffend.

So beginnt die vorletzte Therapiestunde. Es ist ein Tag, an dem ich selbst völlig planlos und sehr aufgewühlt bin. Und so passiert es, dass mir während einer gemeinsamen Improvisation auf den Röhrenglocken die Tränen kommen. Als Nora dies bemerkt, wird sie ganz starr, sagt immer wieder „nicht weinen“ und dann „ich will nicht weinen“, bis aus ihr herausbricht, dass ihr Vater sie während des sexuellen Missbrauchs geohrfeigt hatte, wenn sie dabei zu weinen begann. Und sie fragt mich: „hab‘ ich dich traurig gemacht“. Ich bin total überrascht und zugleich hilflos in dieser Situation und bekomme eine Ahnung, wie viel Unsicherheit Nora in Bezug auf ihre Gefühle mit sich herumträgt.

In der letzten Therapiestunde verbalisiert Nora ihre Angst. Sie spricht ihre Wut an und sagt, dass sie ihren Vater am liebsten erschießen würde. Gleichzeitig versucht sie ihn zu verteidigen, indem sie die Schuld bei sich sucht und sagt: „Wäre ich nur nicht mit ihm ins Freibad gegangen oder hätte ich keine Kleider anziehen sollen“. Weitere Themen sind der Abschied von der Station und die Angst vor der kontradiktorischen Befragung. In der letzten

Therapiestunde ist es für Nora nicht einfach, mich als stützende Bezugsperson zu verlieren, andererseits ist es für mich nicht leicht, sie aus dem geschützten Therapierahmen gehen zu lassen.

Aufgrund der stationären Entlassung ist die Musiktherapie mit Nora zwar beendet, allerdings glaube ich, dass der Prozess der Neuorientierung nicht abgeschlossen ist und noch Zeit und Begleitung brauchen wird.

Für mich ist gerade in den letzten Therapiestunden sichtbar geworden, dass Nora erst lernen muss, ihre Gefühle und auch die der anderen angemessen wahrzunehmen. Passend finde ich an dieser Stelle den Satz von H. Kapteina dem ich mich abschließend anschließen möchte, wo er schreibt: „*Aufgabe der Therapie ist es nun, dem Menschen zu helfen, solcherart gebundene Wahrnehmung und Energie allmählich zu lösen und auf die Weiterentwicklung der Person zu lenken.*“

Beziehung

Für mich ist der Aufbau einer Beziehung mit dem Jugendlichen einer der spannendsten Momente in der Therapiearbeit. Verstehen wir sie doch als notwendige Voraussetzung für den Raum, in dem Begegnung und Kontakt möglich wird.

Der Einstieg und der Umgang mit dem Jugendlichen erfolgt weitaus aktiver als mit dem Erwachsenen. Das heißt, der Jugendliche ist z. B. überfordert, wenn ich theoretische Begriffe verwende, lange Gesprächspausen einhalte, in der Sprache schablonenhaft und unpersönlich bin.

Ich glaube, dass man mit einer abstinenter therapeutischen Haltung in der Kinder- und Jugendarbeit nicht weit kommen wird. Dabei hat es sich in meiner Arbeit immer wieder bewährt, Beispiele aus meinem eigenen Leben zu schildern, die für den jugendlichen Patienten relevant sind. Diese Beispiele können ein Modell für den Patienten sein, wenn die Therapeutin im Sinne einer Selbstdarstellung die eigenen Gefühle und Erlebnisse mitteilt.

Je stabiler die Beziehung ist, umso eher kommt es zu einem Lernen am Beispiel der Therapeutin. So können für den Jugendlichen Schilderungen, die aus meinen Erfahrungen mit meinen Kindern stammen, Erfahrungen, die ich mit anderen Patienten mache und jene, die aus der eigenen Adoleszenzzeit herrühren, durchaus förderlich sein.

Das kann dazu führen, dass der Jugendliche die Motive des Verhaltens anderer Personen, z.B. der Erziehungsmethoden der Eltern, erkennt und damit umzugehen lernt.

So meine ich auch, dass es mit der therapeutischen Grundhaltung vereinbar ist, Lob, Trost und Ratschläge zu erteilen.

Demnach gehören für mich zu einer therapeutischen Grundhaltung (wie schon bei Tausch beschrieben)

- (1) **positive Wertschätzung** sowie **emotionale Wärme** als Therapeutin für den Patienten
- (2) **empathisches Verstehen** und Bemühen, das **Verstandene** dem Patienten in geeigneter Weise **mitzuteilen**, sowie
- (3) **Kongruenz** als Echtheit im Verhalten gegenüber dem Patienten.

Zusammenfassend ist an dieser Stelle zu sagen, dass die innere Anteilnahme der Therapeutin, ihr aktives Tun in der Musiktherapie, die Anschaulichkeit, mit der emotionale Erlebnisse im musikalischen Spiel ausgedrückt und wahrgenommen werden, den Patienten dazu bringen:

- sich verstanden zu fühlen
- sich besser kennen zu lernen
- und eventuell bis dahin nicht akzeptierte Anteile der eigenen Persönlichkeit anzunehmen.

Dieser Prozess ist Voraussetzung, um ein Therapieziel, eine größere Selbständigkeit und das Bewältigen von Problemen aus eigener Kraft zu erreichen.

Praktisch

heißt das in meiner Arbeit, dass ich die rezeptive Musiktherapie gern als Einstiegsmedium, als Weg zum Jugendlichen wähle.

Von den Jugendlichen mitgebrachte CDs oder Musikkassetten lassen oft ihre Interessen und Vorlieben erkennen. Über das gemeinsame Anhören von Musik, Textinhalten, Tagesthemen etc. entsteht ein Vertrauensverhältnis und die damit so wichtige Verbindung zwischen Patient und Therapeutin.

Ich habe die Erfahrung gemacht, dass viele Jugendliche gerne diskutieren. Oft sitze ich dann nach solchen Musiktherapiestunden da und bezweifle meine berufliche Qualifikation:

- ⇒ Darf ich überhaupt nur reden?
- ⇒ Was hat das mit Musiktherapie zu tun?

Unsicherheit breitet sich in mir aus. Ich glaube aber, dass es wiederum für den Beziehungsaufbau förderlich ist, flexibel auf die jeweiligen Entwicklungsetappen im Therapieverlauf zu reagieren, und somit finden sich in meinen Musiktherapiestunden:

- Gespräche
- Musikhören
- heftige und leise Improvisationen
- wilde Tanzsessions und
- schummrig-dösende Entspannungsstunden

bunt gemischt.

Sexueller Missbrauch

Definition:

Sexueller Missbrauch ist die Einbeziehung von Kindern und Jugendlichen in sexuelle Aktivitäten, deren Funktion und Tragweite sie nicht überschauen können.

Sexueller Missbrauch ist auch dann gegeben, wenn die sexuellen Aktivitäten nicht ausdrücklich gegen den Willen eines Kindes und ohne die Anwendung von Gewalt erfolgen.

Von **Sexueller Misshandlung** wird gesprochen, wenn es zu Gewaltanwendung kommt und die sexuellen Aktivitäten gegen den Willen des Kindes herbeigeführt werden.

Eine häufige Form des sexuellen Missbrauchs ist der **Inzest**, worunter man die Ausübung des Geschlechtsverkehrs mit Familienangehörigen versteht.

Bei jedem sexuellen Missbrauch wird das **Macht-** und **Abhängigkeitsverhältnis** des Kindes (Opfers) ausgenutzt.

Jedes 3. bis 4. Mädchen und jeder 7. bis 8. Bub wird zwischen dem 1. und 16. Lebensjahr Opfer von sexueller Gewalt. Die meisten Kinder sind bei Beginn des sexuellen Missbrauchs zwischen 6 und 12 Jahre alt. An zweiter Stelle folgt die Altersgruppe der 0 bis 5jährigen Kinder und an dritter Stelle die der 13 bis 16jährigen Jugendlichen.

Sexueller Missbrauch kann sich über Jahre erstrecken und bis ins Erwachsenenalter andauern (15 bis 20 % aller Kinder in Österreich, 1/3 aller Kinder in den USA).

Für die praktische Arbeit als Therapeutin ist es wichtig, die Signale sexuellen Missbrauchs zu erkennen. Sowohl körperliche Symptome als auch auffällige Verhaltensweisen können einen Hinweis bieten.

Körperliche Symptome:

- ☛ Geschlechtskrankheiten
- ☛ Harnwegsinfekte
- ☛ Schwangerschaft
- ☛ Verletzungszeichen (blaue Flecken, Striemen, Blutergüsse)

Psychische Symptome:

- ☛ Altersuntypische sexuelle Aktivitäten und sexuelle Neugier
- ☛ depressive Verstimmungen
- ☛ Appetit- und Schlafstörungen
- ☛ Suizidgedanken
- ☛ massive Lern- und Leistungsstörungen
- ☛ Verwahrlosungstendenzen wie Weglaufen, Ablehnung familiärer Beziehungen, hysterische Reaktionen gegenüber Männern
- ☛ Aggression
- ☛ Trennungsangst
- ☛ Fehlender Kontakt zu Gleichaltrigen.

Ich möchte hier nicht näher auf die Folgen sexuellen Missbrauchs eingehen, sowie auf ein Täterprofil und die verschiedenen Ansätze von Ätiologie und Genese, sondern gleich zu therapeutischen Maßnahmen übergehen.

Es ist notwendig, therapeutische Maßnahmen in einem Gesamtplan zu integrieren, der alle Betroffenen und darüber hinaus auch die mit dem Fall befassten Instanzen (z. B. Jugendamt, Gericht, Krankenhaus) einbezieht.

In der Einzeltherapie mit dem Kind oder Jugendlichen sind **bohrende Fragen** den Missbrauch betreffend zu vermeiden. Oft gerät das Kind unter Druck und befindet sich schnell in einem massiven Dilemma:

Spricht es nicht über seine Situation und sein Erlebnis, wird es sich selbst untreu und erfährt keine Hilfe, spricht es darüber, wird es dem Täter (und oft auch der Mutter und ihrem Bild der „heilen Familie“) untreu.

Außerdem bekommt das Kind auch **Verantwortung** für alles, was nach der Aufdeckung des Missbrauchs möglicherweise auf die Familie zukommt (Strafverfolgung des Täters, Scheidung der Eltern, Fremdunterbringung des Opfers etc.) zugeschoben.

So stellt sich für mich die Frage:

Wie ermöglicht man Kindern, über etwas zu sprechen, über das sie nicht sprechen dürfen oder können?

Ich kann kein Geheimnis herauslocken wollen, ich kann aber in der Therapie über **Wut, Angst, Schuld** und **Scham** reden. Über diese Themen wird es möglich, die gemachten Erfahrungen auszusprechen:

Die heimliche Geschichte zu fassen und dabei ein Stück begreifbarer zu machen, was da passiert ist.

Für mich war in der Musiktherapie mit Nora ein Therapieziel erreicht, indem nach dem Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zu mir eine Grundlage geschaffen wurde, über die sexuelle Misshandlung zu sprechen.

Weiters war es möglich, über das Thema Angst ein Gefühl für Gefahr, für Schutz, für Grenzen, für Nähe und Intimität zu entwickeln. Neben dem Thema Wut tauchte auch noch das Schuldgefühl auf. Es war mir wichtig, bei Nora das Gefühl zu verringern, die Verantwortung für den sexuellen Missbrauch zu tragen oder an einer etwaigen Auflösung der Familie schuld zu sein.

Matthias Hirsch schreibt in seinem Artikel „zur psychoanalytischen Therapie bei Opfern sexuellen Missbrauchs“:

„...sexueller Missbrauch in der Familie ist also als schweres psychisches Trauma zu verstehen, das die körperlich-sexuellen sowie psychischen Grenzen des Kindes überrollt.“

Als Aufgabe der Therapie beschreibt er, *„die verzerrten Objekt- und Selbstbilder realistischer zu machen in einem Prozess, der mit den oft verschütteten emotionalen Anteilen der damaligen sowie aktuellen Beziehung arbeitet. So wird die therapeutische Beziehung selbst als therapeutisches Instrument verwendet ...“*.

Zu diesem Kapitel abschließend möchte ich bemerken, dass es als Therapeutin für mich nicht immer leicht war, mich auf Anforderungen wie Abgegrenztheit und Selbstreflexion einzulassen, um während des therapeutischen Prozesses nicht neu zu verletzen.

Am schwierigsten war es, Noras Abwehr auszuhalten, sie dabei zu stützen, wenn sie sich gegen die Aufarbeitung wehrte, weil sie sich die grauenvolle Erfahrung nicht bewusst machen wollte.

Ich glaube auch, dass es wichtig ist, den Jugendlichen nicht nur auf das zu reduzieren, was passiert ist, sondern auch noch die **gesunden Persönlichkeitsanteile** zu sehen und hervorzuheben (Ressourcenorientierung, Empowerment = Selbstbefähigung).

Emotionen

Auf das Thema Emotionen bin ich auf einem Rundgang durch die Station gekommen, bei dem ich folgendes beobachtet habe:

Hans bekommt anscheinend ohne Anlass von Zeit zu Zeit Tobsuchtsanfälle. Nora sitzt in einer Ecke und starrt jeden an, der durch den Raum geht. Maria quatscht alle an. Susanne sitzt stundenlang am Hometrainer und radelt vor sich hin.

Was haben die Kids gemeinsam?

Sie drücken alle auf nonverbale Weise bestimmte Gefühle aus. Die einen tun dies auf eine ganz stille Art, so dass man es oft gar nicht bemerkt, die anderen zeigen es auf sehr spektakuläre Weise. Viele dieser Gefühlsäußerungen entstehen aus dem Augenblick heraus, als Reaktion auf ein unmittelbar vorausgegangenes Erlebnis, bei anderen scheint dagegen mehr dahinter zu stecken.

Spätestens in den Therapiestunden ist mir aufgefallen, dass viele der Jugendlichen Probleme haben, ihre **Gefühle „zur Sprache“ zu bringen**. Sie sagen also nicht „mir geht es jetzt soo...“ sondern sie tun etwas, um dies zum Ausdruck zu bringen und sich mitzuteilen. Dazu kommt auch, dass sie oft nicht wissen, „wohin damit“, „wem sag‘ ich es?“, „wie sag‘ ich es?“ und „bei welcher Gelegenheit“.

Es ist aber nicht nur der Umgang mit den eigenen Gefühlen schwierig, sondern auch der Umgang mit den Gefühlen der anderen. Es zeigt sich immer wieder, wenn unter den Jugendlichen z. B. Konflikte entstehen oder wenn Jugendliche über Konflikte mit den Eltern, den Lehrern usw. klagen, kann man nicht davon ausgehen, dass Jugendliche um die „**Bearbeitbarkeit**“ von Konflikten Bescheid wissen.

Somit haben sich für mich zwei Ansatzpunkte herausgebildet. Zum Einen fehlt es an der richtigen Sprache. Es fehlt ein Vokabel, mit dem man sagen kann, wie einem „ist“ oder „wie es einem geht“.

⇒ Man benötigt also einen **Begriff**.

Zum zweiten benötigt man eine

⇒ bestimmte **Interaktionsform**,

damit man mit den – wie auch immer geäußerten – Gefühlen „etwas anfangen“ kann.

So habe ich versucht, in der Fachliteratur fündig zu werden, was Emotionen sind. Mir wäre am liebsten eine eindeutige Definition gewesen. Gefunden habe ich verschiedene Theorien, wie die von **James & Lange**, welche besagt, dass Emotionen durch ein Gewahrwerden der körperlichen Reaktionen auf emotionsauslösende Reize entstehen.

Darwin meinte, dass manche Emotionen angeboren seien und dass der dazugehörige Gesichtsausdruck von Menschen aller Kulturen erkannt werden könne.

Bei **Krech & Crutchfield** steht in der Zusammenfassung des Kapitels Emotionspsychologie: *Menschen betrachten Emotionen als wichtig und interessant, aber vielleicht nicht als Gegenstand wissenschaftlicher Erforschung. Anfangs vermieden es Psychologen oft, das emotionale Verhalten zu studieren. Wenn sie sich damit befassten, konzentrierten sie sich hauptsächlich auf die unangenehmen Emotionen.*

Als nächstes habe ich in der musiktherapeutischen Literatur bei **Mary Priestley** ein interessantes Kapitel zum **Spektrum der Gefühle** gefunden. Sie hat versucht, dieses Funktionsgebiet zu kategorisieren und sich für die Entwicklung eines begrifflichen Modells, eines Spektrums der Gefühle entschieden. Die Darstellung dieses Spektrums als Zielscheibe hat sie Dr. Alexander Lowens Diagramm mit einem Kern der Liebe und abgestuften Gefühlen bis hin zum Hass darum herum angeordnet entnommen.

In diesem Modell hat jedes Gefühl positive und negative Aspekte. Die drei zentralen Gefühle – **Liebe, Freude** und **Frieden** – bilden eine Dreiergruppe, die ziemlich ausgeglichen sein sollte. In manchen Menschen ist Liebe die Tonika, Freude die Dominante und Frieden die Mediante. Bei anderen heißt die Tonika (der Grundton) Freude oder Frieden. Die meisten Menschen leben eines dieser Gefühle zu wenig aus und müssen bewusst darum arbeiten, das Gleichgewicht wieder herzustellen. Dazu ist Musiktherapie ausgezeichnet geeignet.

Beispiele:

Fluchtangst	+ 6	Wenn man vor etwas Gefährlichem flieht, ist dies eine normale und gesunde Reaktion.
	- 6	Negativ kann sie zu einer besinnungslosen Panikflucht werden, etwa in die physische oder psychische Krankheit.
Traurigkeit	+ 2	Ein Gefühl, das enorme Heilkräfte entfalten kann, wenn es sich frei entfalten darf; (zurückgehaltene Trauer Dr.E.P. Gramlich: physische Symptomatologie der Trauer, dabei können sich chronische Trauerzustände als chronische, körperliche Symptome ausdrücken, die entweder aus diagnostizierbaren psychosomatischen Zuständen resultieren oder aus den schlecht definierbaren Zuständen des Schmerzes und der Funktionsstörung. Parkes führt hierzu auf: Osteoarthritis, Dickdarmkatarrh, spastischer Dickdarm, Migräne, Asthma, Bronchitis und Geschwür in Magen und Darm. Diese Krankheiten können durch einen Verlust ausgelöst oder verschlimmert werden.)
	- 2	Das Selbstmitleid kann eine der zerstörerischsten und vergiftendsten Emotionen sein, das durch seine passive/masochistische Orientierung jede Fortentwicklung verhindert.
Freude	+ 1 b	Belebende Kraft, die Begeisterung ausdrückt.
	- 1 b	Hier ist die Manie zu nennen als ausgehöhlte Freude über defensive Strukturen und über das Abwehren anderer Emotionen.

Priestley nutzt das Emotionsspektrum als Werkzeug der Bestandsaufnahme im ersten Interview eines neuen Klienten. Dazu präsentiert sie ihm die grundlegenden Emotionen auf Karten geschrieben und legt diese Karten auf den Fußboden aus. Der Klient sitzt nun vor den angeordneten Musikinstrumenten und kann seine Gefühle relativ leicht klanglich ausdrücken. Priestley nimmt die Musik des Klienten auf Band auf, spielt sie ihm vor, damit er sich über seine jeweiligen Gefühle und entsprechende Ereignisse aus seinem Leben, in denen diese Emotionen als destruktiv oder hilfreich erlebt wurden, klar wird.

Für mich ist Priestleys Modell sehr detailliert und ausgereift – aber kompliziert. Noch dazu nutzt sie das Spektrum zur Aufzeichnung der Emotionen in Fallnotizen, wobei sie auch noch verschiedene Körperausdrücke mitberücksichtigt.

In meiner Arbeit mit Kindern und Jugendlichen hat sich ein einfaches Modell bewährt:

Wir unterscheiden **angenehme** und **unangenehme Gefühle**.

Die Jugendlichen haben außerdem „**ihre Sprache**“, um Gefühle mitzuteilen, und ich habe für mich eine Zusammenfassung erstellt, wie Gefühle von ihnen beschrieben werden.

Die Interaktionsform ist für mich jede Art von

- ♪ Musik machen
- ♪ Musik hören
- ♪ Musik malen
- ♪ Musik tanzen,

die in den Therapiestunden ausprobiert und entwickelt wird, um zum Austausch über Gefühle zu kommen.

Die Einzelmusiktherapiestunden sind ein optimaler Platz, wo es primär oft nur darum geht, Gefühle wahrnehmen zu können. Es geht immer um das Jetzt: „Was empfinde ich jetzt, was fühle ich gerade?“

Bei der Arbeit mit und an Gefühlen ist das Prinzip des nicht-wertenden Dialogs besonders wichtig. So wird die therapeutische Beziehung als wohltuend erlebt und in dieser Atmosphäre sind weitere Therapieschritte wie

🎨 Gefühle ausdrücken

👂 Gefühle integrieren – das heißt:

- 👁️ aushalten, erleben lernen
- 🚫 nicht zurückhalten, betäuben, verdrängen, abspalten

möglich.

Im besten Fall können die Jugendlichen lernen, im Alltag mit Gefühlen zurecht zu kommen. Durch „unglückliche Entwicklungen“ (Kränkung; nicht gelernt, Frustrationen auszuhalten, wie schütze ich mich vor Verletzung) haben sie Gefühle verdrängt. So ist es sinnvoll, in einer therapeutischen Gemeinschaft (geschützter Rahmen), einer Therapiestunde, dem Patienten ein **Nachreifen** zu ermöglichen.

Beim Schreiben dieses Referats ist abschließend noch ein Gedanke aufgetaucht:

Es geht darum, dass ich als Therapeutin mir immer wieder über meine eigenen Gefühle klar sein sollte. Das heißt, jeder Therapiebeginn fängt damit an, dass ich mich frage, wie komme ich überhaupt in Kontakt? Ich weiß, dass ich vor Therapiebeginn abklären muss, ob ich überhaupt mit dem Jugendlichen arbeiten kann. Das heißt, ich kann ohne ein Empathiegefühl mit niemandem gemeinsam improvisieren. So ist für mich also schon in der ersten Begegnung, beim Erstkontakt, ein Gefühl da, welches mir die Gewissheit vermittelt, mit der/dem kann ich arbeiten.

Ich habe auch gelernt, dass Offenheit, Ehrlichkeit, das Ansprechen von Situationen (ich glaub‘ du bist so still, weil du Angst vor mir hast, oder ich hab‘ das Gefühl, du nimmst mich nicht ernst, oder jetzt weiß ich auch nicht mehr weiter) eine gute Voraussetzung sind, um den Kontakt zu halten. Das heißt und das zeigt auch das Fallbeispiel. Ich bin während der Therapie immer wieder mit meinen eigenen Emotionen konfrontiert. Es ist nicht immer leicht, die Balance zwischen ausreichendem Beziehungsangebot und notwendiger Abgrenzung zu finden.