

**„I want someone who shares the loneliness with me!“  
Chancen, Risiken und Grenzen von Musiktherapie in Schulen  
am Beispiel der Arbeit mit Kindern aus Problemfamilien**

**„I want someone who shares the loneliness with me!“  
Chances, risks and limitations of music-therapy in regular  
schools illustrated at the example of work with children  
from problematic families**

Waltraut Barnowski-Geiser, Erkelenz

*Immer mehr Schüler im dritten Jahrtausend tragen besondere familiäre Belastungen. Diese Kinder und Jugendlichen benötigen oftmals mehr Zuwendung als im klassisch orientierten Unterrichtsgeschehen zur Verfügung gestellt wird und werden kann – kann Musiktherapie eine adäquate Hilfe darstellen? Am Beispiel der Arbeit mit Kindern aus belasteten Familien (hier insbesondere alkohol- und suchterkrankter Eltern) werden Besonderheiten dieser Klientel erläutert. Wie kann musiktherapeutische Arbeit mit dieser Klientel in Schulen im Spannungsfeld von Pädagogik, Sozialer Arbeit und Medizin gelingen? Die musiktherapeutische Forschungsstudie „Hören, was niemand sieht“ und der Einsatz entlastender Hilfefaktoren (AWOKADO-Konzept) werden vorgestellt. Am Beispiel des in Theorie und Praxis erprobten KreTAS-Konzeptes werden Folgen für schulgerechte Diagnostik, Grenzen und Chancen frühzeitiger systembezogener Interventionen sowie Implikationen für die Verortung von Musiktherapie in allgemeinbildenden Schulen kritisch diskutiert.*

*In the third millenium a growing number of children suffer from special familial strains. These children and youths need more care than there is and can be given in regular schools – can music-therapy be an adequate support? At the example of work with children from burdened families (here particularly parents suffering from alcohol abuse and addiction) specific characteristics of this clientele are illustrated. How can music-therapeutic work with this clientele succeed in conflict with pedagogics, social work and medicine in regular schools? The music-therapeutic study „Hearing what no one sees“ and the implementation of exonerating help-factors (AWOKADO-concept) are explained. In the KreTAS-concept, that is approved in theory and practice, are shown exemplary consequences for school-suitable diagnostic, limitations and chances of early system-related interventions. Also implications for the classification of music-therapy in regular schools are critically discussed.*

**My Life**

*When I sit alone on my chair  
 And there is nothing for me to do  
 I want someone who shares  
 The Loneliness with me and stay through  
 This is it my lonely life  
 You might supposed to laugh  
 But when you laugh, it's like a knife  
 I have no one to love... no reason.... For life.*

Ausschnitt aus einem im Rahmen von Musiktherapie selbstverfasstem Rap-Song eines 17-jährigen Schülers mit schwer alkoholkranker Mutter, 17 Jahre (Barnowski-Geiser 2009)

Gute Gesundheit unterstützt erfolgreiches Lernen.  
 Erfolgreiches Lernen unterstützt die Gesundheit.  
 Erziehung und Gesundheit sind untrennbar.

Desmond O'Byrne, WHO/Genf

## **So fern und doch so nah: Bildungs- und Gesundheitswesen**

Dass Lernen und Gesundheit etwas miteinander zu tun haben, schleicht sich bislang nur auf leisen Sohlen in den ein oder anderen, meist innovativ denkenden Kopf – sowohl im Gesundheitswesen als auch in Schulen. Wenn dieser Aspekt Berücksichtigung findet, dann werden oftmals, einem klassischen Gesundheits- und Krankheitsverständnis folgend, körperliche Zusammenhänge fokussiert. Man widmet sich eher klassischen Feldern medizinischer Versorgung, wie etwa Hygieneaspekten, dem Erhalten oder Aufbau körperlicher Fitness (wie etwa das Veloprojekt in Hessen) oder „gesunder Ernährung“. Die Psyche jedoch bleibt in diesem Zusammenklang ungehörtes Stiefkind. Oftmals wird versucht, schwierige Probleme aus dem schulischen Raum auszulagern, etwa an die Jugend- und Suchthilfe zu delegieren. Wer jedoch, wie der Schüler im vorangestellten RAP, aufgrund seiner schweren familiären Belastung keinen Lebenssinn mehr sieht, für den sind einerseits Wege in unvertraute Institutionen außerhalb von Schule schwer zu gehen, für den sind andererseits auch noch so gut aufgearbeitete Lernangebote kaum zu nutzen. Längst wird deutlich, dass gerade Schüler mit einem schwierigen familiären Hintergrund zu den Bildungsverlierern gezählt werden müssen. Das ist die schlechte Nachricht. Die Gute folgt: Ein frühzeitiges Entdecken und Fördern dieser Kinder kann ungeahnte Resilienzen freisetzen und damit das Hochrisiko für Eigenerkrankung deutlich senken (Klein 2005; Zobel 2006).

Dass seelische Gesundheit eine Lernvoraussetzung darstellt, so wie ebenso Schule und familiäre Situationen krank machen können, ist in Wissenschaftskreisen, in jüngster Zeit etwa durch publizierte Erkenntnisse aus den Neurowissenschaften,

einschlägig bekannt – von konkreten Umsetzungen dieser zentralen Einsicht ist in Schulen bislang wenig zu sichten.

Die Kausalität dieser ungunstigen Entwicklung muss vielschichtig angenommen werden, sie gründet m. E. vor allem in überkommenen Menschenbildern und Denkweisen. Neues Denken und Sehen wird notwendig, denn, um mit Albert Einstein zu sprechen: Probleme lassen sich niemals mit der gleichen Denkweise lösen, durch die sie entstanden sind. Dieses Quer- und Neudenken könnte u. a. eine Annäherung der Bereiche Schule und Gesundheit zur Folge haben – die Disziplin der Musiktherapie bezöge sinnfällig auf dem Fuße einen Schnittfeldplatz, wie so oft als versierte Brückenschlägerin im Dazwischen: Zwischen den beiden noch wenig vertrauten Bereichen Erziehung und Heilung, zwischen Schule und Gesundheitswesen ebenso wie zwischen den in Schulen Tätigen und Lernenden wie zwischen den familiär Belasteten und der im RAP anklingenden sozialen Isolation.

### **Erziehung versus Heilung?**

Schulen haben laut Verfassung des Landes NRW primär einen erzieherischen Auftrag: Ehrfurcht vor Gott, Achtung vor der Würde des Menschen und Bereitschaft zu sozialem Handeln zu wecken, wird als vorrangiges Ziel der Erziehung (Artikel 7 der Verfassung für das Land NRW) beschrieben. Lange Zeit stand dabei, vor allem an weiterführenden Schulen, Selektion und besondere Qualifizierung im Vordergrund.

Während man sich in Schulen, verkürzt ausgedrückt, vor allem „Bildung“ als Ziel auf die Fahne geschrieben hat, steht bei der im Gesundheitswesen verorteten Therapie „Heilung“ im Fokus. Schaut man isoliert auf diese Zielsetzungen, so haben diese Bereiche augenscheinlich tatsächlich wenig miteinander zu tun. Schule wäre in dieser reduzierten Sichtweise als definierte Bildungsinstitution nicht als Ort des Gesundheitswesens anzusehen, ginge es doch demzufolge hier nicht um Heilung. Warum sollte, so schließt man folglich in dieser Denkweise, ein überfrachtetes Gesundheitssystem, in dem zunehmend Kostendämpfung eine Rolle spielt, sich den Ort Schule „aufhalsen“. Zugleich gilt es, medizinische Hoheitsgebiete, insbesondere auf therapeutischem Gebiet, wehrhaft zu verteidigen. Die Institution Schule zeigt immer deutlichere und dringend ernst zunehmende Zeichen eines Krisenpatienten: Immer mehr auffällige Schüler, immer mehr erschöpfte Lehrer, immer mehr entnervte Eltern und vor allem: Schlechte Leistungsergebnisse in nationalen und internationalen Schulleistungsuntersuchungen. Erst allmählich rückt die individuelle Förderung in den Fokus: Wo Pädagogik bestimmten Situationen und Schülern gegenüber ohnmächtig zu sein scheint, entsteht Nähe zu einer als Retterin erhofften, die Unterrichtssituation entlastenden wie auch immer gearbeteten Therapie. Lehrer allgemeinbildender Schulen befinden sich im Umgang mit

schwierigen Schülern oftmals in einer Position zwischen den Systemen Medizin und Sonderpädagogik wieder (Hänsel & Schwager 2000).

Bislang lassen sich in der Finanzierung drei gesetzliche Regelungen unterscheiden, die Gesundheitsgesetze, das Kinder- und Jugendhilfegesetz und die Schulgesetze. Die Zugangskriterien zu den Zuständigkeiten dieser Gesetze sind unterschiedlich. Um eine Förderung zu erhalten, muss der Schüler bislang in eine dieser Kategorien einzuordnen sein (Hänsel & Schwager 2000):

- Chronische Krankheit/Entwicklungsstörung, Bedrohung durch eine Behinderung
- Gefährdete Erziehung
- Nicht hinreichende Förderung in der allgemeinen Schule

In der Regel gehen diese Kategorien jedoch fließend ineinander über. Insbesondere die Umsetzung der Uno-Konvention zur Inklusion überrollt nun allgemeinbildende Schulen und lässt eine Neuorientierung der gängigen Professionen und Zuständigkeiten notwendig erscheinen.

In der medizinischen Sichtweise beschäftigt man sich mit Schülern vor allem außerhalb von Schule, wenn sie denn erkrankt sind (innerschulisch nur etwa in groß angelegten Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen etc. angezeigt)– kranke Schüler werden in der traditionellen Schule selektiert und in spezielle Einrichtungen (Krankenschule, Schule in der Psychiatrie, Schule für sozial-emotionalen Förderbedarf) ausgegliedert. Therapeuten und Ärzte haben demnach nichts mit Schule zu tun, Lehrer nichts mit der Heilung von Krankheiten. Diese klassische Unterscheidung der Bereiche ist vertraut, liefert aber kaum noch passende Antworten auf die Situation der Neuzeit. Hier treffen Lehrer alltäglich auf Schüler, denen sie nicht mit den klassischen Lehrmethoden beikommen können. So ist die Klage der Lehrerschaft lang: Schüler verweigern, reden nicht, schwänzen, sind gelangweilt, stören, sabotieren, sind nicht aufnahmebereit für das so wertvolle Wissen, behindern im Gegenteil sogar die Lernprozesse der anderen. Auf der anderen Seite sieht sich das medizinische System überspült mit einer Unmenge an diagnostisch auffälligen Schülern, die längst nicht ausreichend medizinisch versorgt werden können. Eine Kostenlawine, die zudem erst anrollt, wenn das Kind schon in den Brunnen gefallen ist, sprich medizinisch und klinisch relevante Diagnosen manifest geworden sind.

## Familie macht Schule – eine systemische Perspektive

### *Fallvignette 1*

*Frau B., 62 Jahre alt, Tochter einer Alkoholikerin, die von ihrer Geburt an chronifiziert abhängig war, erzählt begeistert, dass sie vor 4 Jahren begonnen habe, das Abitur nachzumachen: „Ich bin völlig überrascht, wie leicht mir das fällt, denn ich war früher eine sehr schlechte Schülerin. Ich konnte mich überhaupt nicht konzentrieren und habe*

*mich folglich für sehr dumm gehalten. Dafür habe ich mich ein Leben lang geschämt. Erst heute ist mir klar, dass der ganze Palaver zu Hause mich derart beschäftigt hat, dass ich mich weg geträumt habe in eine schönere Welt, wo Kinder versorgt und geliebt wurden – das habe ich auch in den Unterrichtsstunden gemacht, konnte das nicht mehr abschalten. Meine Freunde waren Feen und Puppen, andere Kinder einzuladen nach Hause wäre angesichts der Situation meiner Mutter undenkbar gewesen. Da ich meist die Antworten auf Fragen des Lehrers nicht wusste, lachten die anderen Kinder mich aus, einige ärgerten mich damit, dass ich dumm sei. So traute ich mich dann auch nichts mehr zu äußern, wenn ich es eigentlich richtig wusste. Wie sollte ich bei dem Chaos zu Hause noch wissen, was richtig und falsch ist, wonach der Lehrer fragt, wo ich mit ganz anderen Dingen den Kopf voll hatte. Mit all meinen Problemen allein gelassen, hatte ich nur eine Erklärung: Ich muss stockdumm sein! Das war dann wie eine Abwärts-spirale. Ich habe mich nichts getraut und war damit beschäftigt, dass die anderen nicht bemerken sollen, wie dumm ich bin. Ich habe im Rahmen meiner Nachqualifizierung sogar einen Intelligenztest gemacht: Ich konnte es kaum fassen, ich liege mit meinen Werten an der Grenze zur Hochbegabung!“ (Frau B., 62 Jahre)*  
(Praxisdokumentation)

Der im Fallbeispiel anklingenden Verknüpfung von Lernfähigkeit und familiärer Situation wird im schulischen Sektor noch wenig Rechnung getragen. Die Perspektive auf die Familie als für den Einzelnen bedeutsames System wurde vorrangig durch die systemische Therapie in den Fokus gebracht. Familiäre Interaktionsmuster wurden, etwa in ihrer Dependenz und Kausalität zu psychosomatischen Erkrankungen (Minuchin, Rosman & Baker 1978) interpretiert. Familien wurden als sich selbsterhaltende Systeme untersucht und Möglichkeiten der Veränderung dieser Strukturen beschrieben. Zunehmend rückten aus systemischer Perspektive Familienregeln in den Blickpunkt, die das aktuelle Verhalten jedes Einzelnen als Realisierung der zugrunde liegenden Familienmuster verstehen. In epistemologischen Untersuchungen entdeckte man in bestimmten Familien Familiengeheimnisse und Familienmythen als maßgeblich in ihren Auswirkungen auf die Musterbildung der Einzelperson sowie die Interaktionsmuster im System. Permanent sind Kinder demnach damit beschäftigt, eine Balance zwischen dem individuellen Wachsen und Entwickeln und dem Wunsch nach Zugehörigkeit zu finden. Dies rückte den Begriff der Homöostase, (beschreibt die Konstanterhaltung bestimmter physiologischer Größen unter wechselnden Umweltbedingungen), in das Zentrum der Betrachtung von Systemen.

Die Familientherapeutin Satir (1993) beschreibt insbesondere dysfunktionale Familien und ihre Formen der gestörten Kommunikation. Systemisch fokussiert wurde später auch familiäre Belastung durch das Phänomen der Triangulation. „In der Triangulation sucht jeder Elternteil die Unterstützung des Kindes gegen den anderen Elternteil, wodurch Allianzen und starre Bindungen in Koalitionen entstehen“ (Minuchin, Rosman & Baker 1978, 46f.). Insbesondere der Aspekt der familiären „Verstrickung“ wurde als sehr problematisch für die Entwicklung von Kindern angesehen. „Aber in der verstrickten Familie geht das Individuum gewissermaßen

im System verloren. Seine individuelle Autonomie ist so schwach definiert, dass ihm ein Funktionieren auf individuelle und eigene Weise so gut wie unmöglich gemacht ist“ (Minuchin, Rosman & Baker 1978, 43f.). Schul- und Lernschwierigkeiten scheinen dringend eine Untersuchung im Kontext familiärer Probleme zu erfordern.

## Die psychosozial hochbelastete Familie

Schüler aus psychosozial hochbelasteten Familie rücken im dritten Jahrtausend verstärkt in den gesamtgesellschaftlichen Fokus – ihre Situation ist schulisch in vielfältiger Weise bedeutsam. Als familiäre Belastungen werden beschrieben:

- Auflösung der traditionellen Form,
- materielle Probleme,
- beengte Wohnverhältnisse,
- häufiger Wohnortwechsel,
- soziale Isolation,
- häusliche Gewalt,
- hochproblematische Bindungs- und Interaktionsmuster
- Sucht

(Hurrelmann 1991, 2007; Rotthaus 1998)

Als Ursache werden die Zunahme alternativer Lebensformen und ein soziokultureller Wandel, Pluralisierung, Individualisierung (etwa Zunahme der Ein-Eltern-Haushalte), Globalisierung, Komplexitätssteigerung, multikulturelle Entwicklungstendenzen, virtuelle Dauerpräsenz neuer Medien, Verlust der Körperlichkeit, erhöhte Bildungsanforderungen und unzureichende Stressbewältigungsmuster etc. beschrieben. Sie stellen besondere Belastungen und Herausforderungen für Familiensysteme, und damit auch für die Schüler- und Lehrerschaft dar (Lammel 2007). Niedrigschwellige Hilfen sind zum Teil nicht spezifisch auf diese Klientel zugeschnitten und als Solitärmaßnahmen nicht hinreichend (Cierpka 2009). Familiäre Verleugnungsstrukturen und Tabuisierungstendenzen, wie sie insbesondere in Suchtfamilien oder Familien mit psychisch erkrankten Elternteilen auftreten (Lenz 2005), erschweren helfende Zugänge: Schüler aus diesen Familien werden in der Regel schlicht übersehen. Es ist eine Zunahme elterlicher Suchtstörungen zu verzeichnen. Bei ihren Kindern ist von Hochrisikogruppen für eigene psychische Erkrankungen auszugehen (Klein 2005; Trost 2003). Kinder aus sozial belasteten Familien schneiden in den Studien häufig besonders schlecht ab. Schülern aus Broken-Home-Situationen droht langfristig und ohne frühzeitige Hilfestellungen „Extremexklusion“ (Luhmann 1995).

Während die Idee der spezifischen Hochrisikogruppe in der klinisch-psychologischen Forschung und psychiatrischen Forschung fest verankert ist, wurde diese

lange, insbesondere durch einhergehende Stigmatisierungs- und Labelingdiskussionen, in der deutschen psychosozialen Szene kaum zur Kenntnis genommen (Michaelis & Petzold 2010) – diese Erkenntnis hat ebenso in die Lernräume der Schulen noch wenig Einzug gehalten. Und längst ist diese Problematik nicht mehr eine auf bestimmte Schulformen mit niedrigem Bildungsabschluss zu beschränkende.

„Suchtstörungen sind in unseren heutigen Gesellschaften allgegenwärtig. Sie sind nicht nur am Rande der Gesellschaft, etwa bei Drogenabhängigen, Wohnungslosen und Strafgefangenen, zu finden, sondern auch und vor allem bei allen Mitgliedern der Mittel- und Oberschicht“ (Klein 2007, 2).

### **Ein Beispiel: Schüler aus alkoholbelasteten Familien**

Stellvertretend für psychosozial hochbelastete Familiensysteme soll an dieser Stelle die Situation von Schülern aus alkoholbelasteten Familien beschrieben werden. Nach der Definition der WHO sind Alkoholiker „(...) exzessive Trinker, deren Abhängigkeit vom Alkohol einen solchen Grad erreicht hat, dass sie deutliche geistige Störungen oder Konflikte in ihrer körperlichen und geistigen Gesundheit, ihren mitmenschlichen Beziehungen, ihren sozialen und wirtschaftlichen Funktionen aufweisen; oder sie zeigen Prodrome einer solchen Entwicklung, daher brauchen sie Behandlung“ (Tölle 1996, 144). Als Schüler aus alkoholbelasteten Familien sollen somit diejenigen gelten, die über einen längeren Zeitraum den Folgen des Suchtmittelgebrauchs eines oder beider Elternteile ausgesetzt sind oder waren.

### **Epidemiologie**

Es ist davon auszugehen, dass in jeder Schulklasse mehrere alkoholbelastete Schüler vertreten sind. Epidemiologische Kennzahlen sowie Untersuchungen zu den Folgen der Kindheit in einer alkoholbelasteten Familie verdeutlichen die praktische sowie wissenschaftliche Relevanz der Thematik:

- 2.650.000 Kinder bis 18 Jahre und
- 1.300.000 Partner (ca. 75% Frauen) sind von elterlicher Alkoholbelastung betroffen (Klein 2005).
- Die Prävalenzrate der Alkoholembryopathie liegt bei 1–3 Fällen pro 1000 Lebendgeburten (Klein 2005).
- Bei 10000 Fällen pro Jahr ist von Alkoholeffekten auszugehen (Eustace, Kang & Coombs 2003; Löser 1995).
- In Deutschland werden jährlich etwa 2.200 Neugeborene mit Alkoholembryopathie geboren (Zobel 2006).



## Hauptsymptome

Kinder aus alkoholbelasteten Familien schneiden im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern aus Familien ohne Alkoholbelastung in vielen Bereichen schlechter ab: In einer von Klein und Zobel im Jahr 1999 durchgeführten quantitativen Untersuchungsstudie wurde deutlich, dass Erwachsene ihre alkoholbelastete Kindheit retrospektiv im Vergleich zu Erwachsenen ohne alkoholbelastete Kindheit deutlich aversiver einschätzten. Zudem zeigen Kinder alkoholbelasteter Eltern im Vergleich:

- schlechtere Leistungen in Intelligenztests
- schlechtere Schulleistungen und Schulprobleme
- vermehrt Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen
- häufiger Störungen des Sozialverhaltens
- mehr Ängste und depressive Symptome
- vermehrtes Ausgesetzt-Sein sexuellen Missbrauchs
- verstärkte Neigungen zu somatischen und psycho-somatischen Störungen (Zobel, 2006)

Insbesondere das Faktum der Transmission (Weitergabe der Alkoholabhängigkeit von Eltern an Kinder und Kindeskindern), plakativ verkürzt im historischen Ausspruch „Trinker zeugen Trinker!“ (Klein 2005; Zobel 2006) muss bedenklich stimmen, bedeutet sie doch in der logischen Fortsetzung einer ungunstigen Entwicklung durch die Generationen eine schier endlos erscheinende Kette von sich potenzierenden Problemfällen bei Kindern und Kindeskindern.

## Familiendynamik

Unausgesprochene, die Familie bestimmende Regeln wirken auf den Alltag der Kinder aus alkoholbelasteten Familien ein (Wegscheider 1988):

- Zentrierung auf Alkohol als zentrale Wahrnehmungsrichtung.
- Verleugnung von Alkoholismus als Problemhintergrund.
- Willkürlich erscheinende rigide Schulddelegationen.
- Fixiertes Festhalten an familiären Strukturen.
- Familiäre Verstrickungsmuster zum Erhalt der Verleugnungskultur.
- Starke Tabuisierungstendenzen.
- Generelle Tendenz zur Affektvermeidung.

In Studien an betroffenen Erwachsenen zeigten sich diese Familiensysteme oftmals als Festungen, die, Burgbewohnern gleich, hinter dicken Mauern leben, und nur selten Außenstehenden ihre Pforten öffnen (Barnowski-Geiser 2011).



Gerade in frühen Stadien findet eher eine Bagatellisierung der Erkrankung statt. Alkoholabhängige nehmen kaum professionelle Hilfe an. 71% der Alkoholabhängigen suchen niemals Hilfe auf, 14,5% haben geringfügige Kontakte (bis zu fünf Gesprächen mit einem Hausarzt) und nur 14,5% der Alkoholabhängigen nimmt darüber hinaus gehende Behandlung in Anspruch (Rumpf, Bischof, Hapke et al. 2005). Typisch für alkoholbelastete Familien ist ein spezifisches Familienklima. Die Atmosphäre, in der Kinder in alkoholbelasteten Familien aufwachsen, ist von Ambivalenz, Stress, Disharmonie, Instabilität und unberechenbaren Stimmungswechseln geprägt (Zobel 2006; Rennert 2005). „Die integrative Therapie stuft dysfunktionale, belastende ‚Familienatmosphären‘ als potentiell höchst pathogen ein (Masten et al., 2010, dieser Band), weil ‚Atmosphären ergreifende Gefühlskräfte‘ (Schmitz 1989) sind, die den Leib in negativer Weise ‚einstimmen‘, negative Physiologien (Disstress) evozieren und so krankheitsauslösend wirken“ (Michaelis & Petzold, 2010, S. 274).

### Fallvignette 2

*„Ich weiß nicht, ob Sie sich so etwas vorstellen können, ich hatte sozusagen keine Kindheit. Bis ich drei Jahre alt war, ging es, aber dann fing mein Vater an, Alkohol zu trinken. Ab da war jeden Tag Hölle und Krieg! Immer wieder hat er meine Mutter vor meinen Augen verprügelt. Völlig betrunken zerrte er mich und meine Geschwister mitten in der Nacht, ohne jede Vorwarnung, aus dem Bett, stellte sich vor uns auf, um uns zu bestrafen und verprügelte uns wahllos für Dinge, die ihm gerade in den Kopf kamen. Mitten in der Nacht. Wenn dann das Strafgericht und die Schläge gerade zu Ende schienen, öffnete sich die Tür erneut, alles begann genauso wie vorher und lief erneut ab, manchmal bis in die Morgenstunden. Mein Vater, wahrscheinlich im Filmriss, erinnerte sich an nichts.‘ Severines Familie war über Jahre wiederholten unberechenbaren Gewalttaten ausgeliefert. Fluchtversuche der Mutter scheitern, Frauenhausaufnahme, dann wieder Zusammenkommen der Eltern: ‚Und wieder ging alles von vorne los. Als meine Mutter uns verlassen wollte, besorgt mein Vater eine Waffe, um zu verdeutlichen, was mit uns Kindern im Falle der Flucht meiner Mutter passieren werde. Ich hatte große Angst. Seit ich sechs bin, habe ich meinen Vater gebissen und getreten, habe mich gewehrt und gesagt, was er meiner Mutter antut, versucht zu sagen, was in der Familie abläuft. Es hat nichts genützt, ich bekam dadurch sogar mehr Schläge. Dann, als ich neun war, hatte mein Vater eine andere Frau. Da wollte meine Mutter sich umbringen, immer wieder. Ich konnte Tag und Nacht an nichts anderes mehr denken, ich war immer in Angst um sie, hatte aber auch Angst, dass mein Vater plötzlich wieder betrunken aufläuft und uns allen etwas antut.‘... Severine sinnt ein wenig: ‚Ich hatte, glaube ich, so etwas wie einen Schutzengel, der mir eine große Sicherheit gegeben hat. Überhaupt fand ich einen Halt in meinem Glauben. Und meine Freundin! Die ist immer für mich da.‘ Zum ersten Mal geht ein Strahlen über Severines Gesicht: ‚Ich schreibe Lieder!‘“ (Severin, 14 Jahre)  
(Barnowski-Geiser 2009, 88f.)*

## Prä- und postnatale Belastung

Unterschätzt in ihren Spät- und Nachwirkungen auf die Schulzeit scheint bislang die Bedeutung der Prä- und Postnatalen Zeit, hier insbesondere die Auswirkungen der Mutter-Kind-Beziehung bei abhängig erkrankten Müttern (Trost 2003; Papousek & Papousek 1999). Es ist davon auszugehen, dass elterliche Feinfühligkeit, im interaktiven Bindungsgeschehen mit dem Säugling zentral für weitere Entwicklung einzustufen, gerade bei suchterkrankten Eltern in nicht ausreichendem Maße gegeben ist. Im günstigen Fall entwickelt sich zwischen Mutter und Kind kommunikative Zwischenleiblichkeit, zwischenleibliche Resonanz und Interaffektivität (Fuchs 2008). Im anderen Fall ist davon auszugehen, dass frühzeitig ungünstige neuronale Bahnungsprozesse verschaltet werden (Spitzer 2002; Hüther 1999). Durch häufig mit der elterlichen Suchterkrankung einhergehende Regulationsstörungen bei Suchtbabies, die vermehrt schreien sowie Schlaf- und Fütterungsstörungen zeigen, ist das Interaktionsklima zwischen Babies und Eltern zusätzlich belastet. Mangel an spielerischen Elementen, Ignorieren oder zögerndes Beantworten von kindlichen Signalen bestimmen den Interaktionsprozess (Trost 2003). Alkoholeffekte als auch Familieneffekte scheinen eine Vernachlässigung basaler kindlicher Bedürfnisse zu bedingen (Zobel 2006). Die Auswirkungen zeigen sich evidenterweise später in der Art und Weise, wie diese Schüler überhaupt in Beziehung treten können, insbesondere aber auch mit Erwachsenen, also ihren Lehrern. Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung wirkt erschwert, da oftmals grundlegende Beziehungskompetenzen fehlen, zugleich das elterliche Tabuisieren der Erkrankung den Kontakt zu Lehrern und anderen im Außen erschwert. In Untersuchungen zur transgenerationalen Transmission (Weitergabe von einer Generation zur anderen) zeigte sich ein deutlich erhöhtes Risiko für Kinder alkoholabhängiger Eltern für eine eigene Suchterkrankung (Zobel 2006). Es ist von einer sechs- bis achtfach erhöhten Auftretswahrscheinlichkeit gegenüber nicht Belasteten auszugehen. Allerdings ist auch festzustellen, dass etwa 70% der derart Belasteten kein eigenes Suchtproblem entwickeln (Michaelis & Petzold 2010). Zugleich scheint der Blick auf Weitergabe von Suchtstörung allein zu eng, Persönlichkeitsfaktoren, wie etwa die Entwicklung von Selbstbewusstsein und affektive Disposition. Es mangelt weiterhin an Longitudinalstudien (Michaelis & Petzold 2010). Maßgeblich eingearbeitet wurde inzwischen das Konzept der Salutogenese (Antonovsky 1997).

„Werden die familiären Erlebnisse und Erfahrungen vom Kind primär als Herausforderung (challenge) wahrgenommen, widerstehen die Kinder den krank machenden Einflüssen der Familienumgebung und zeigen in ihrer weiteren Entwicklung Stärken und Resilienzen. Wenn die Familienumgebung allerdings in erster Linie als schädigend wahrgenommen wird, liegt dagegen die Entwicklung von Störungen nahe“ (Zobel, 2006, S. 55).

## Zwischen Risiko und Chance: Die salutogenetische Perspektive

Während ein Teil der betroffenen Kinder als vulnerabel gelten muss und Störungen davon trägt, scheinen andere Kinder die Belastungen unbeschadet zu überstehen (Zobel 2007; Klein), insbesondere dann, wenn sie die familiäre Belastung als Herausforderung, die zu bewältigen schien, begreifen konnten. Studien zur Transmission von Alkoholismus liegen in folgenden Bereichen vor:

- Alkoholkonsum von Kindern und Erwachsenen aus alkoholbelasteten Familien und ihren in familiären Netzwerken
- Zwillingsstudien zur genetischen Disposition
- genderspezifische Unterschiede
- physiologische Reaktionsbereitschaft
- die Rolle der familiären Umwelt in Bezug auf die Transmission (Zobel, 2006)
- Familien-Prozess-Studien über die Lebensspanne (Wright & Heppner 1993)

Als Einflussfaktoren wurden ermittelt (Lenz 2005; Zobel 2006):

### *Risikofaktoren:*

- Co-Morbidität
- Co-Abhängigkeit
- Familiäre Grenzstörungen
- Inkonsistentes Erziehungsverhalten
- Vernachlässigung
- Gewalt
- Parentifizierung

### *Schutzfaktoren:*

- Familiäre Schutzfaktoren
- Personale Schutzfaktoren
- Soziale Schutzfaktoren
- Art und Weise des Umgangs mit den Belastungen (Coping)/Passung
- Verfügbarkeit und Mobilisierung von Bewältigungsressourcen

Wolin und Wolin (1996) entwickelten als erste ein Challenge-Modell. Die subjektive Wahrnehmung und Bewertung durch die betroffenen Kinder wurde hier als entscheidender Faktor für ihre weitere Entwicklung angesehen. Wolin und Wolin (1996) beschreiben sieben hilfreiche kindbezogene Resilienzen:

1. Einsicht
2. Unabhängigkeit
3. Bindungsfähigkeit
4. Initiative
5. Kreativität
6. Entwicklung von Humor
7. Aufbau von Moral

In Studien an erwachsenen Betroffenen konnten erstmals besondere Stärken Betroffener ermittelt werden, hier u.a. Belastbarkeit, Durchhaltevermögen, Loyalität, Soziale Kompetenz, Feingefühligkeit und Organisationstalent (Barnowski-Geiser 2011).

## Musiktherapie und Schüler aus alkoholbelasteten Familien

### *Fallvignette 3*

*„Raffaela bringt eine CD mit in die Therapiestunde, die ihre Lieblingsmusik sei. Sie höre immerzu das eine Stück und Mama würde sich darüber total aufregen, verlangen, dass sie die Musik ausstelle. Raffaela möchte mir das Stück vorspielen. ‚Wo bist du, Mama!‘, singt die Sängerin melancholisch und wiederholt im Refrain. Raffaela lebt von ihrer abhängigen Mutter getrennt und wartet sehnsüchtig, wieder mit ihr leben zu können. Dass die Musik eben diese Sehnsucht enthielt, war ihr noch wenig bewusst. Erst im Gespräch wird ihr deutlich, warum ihre Mutter diese Musik so wütend macht: Auf der CD wird zur Sprache gebracht, was für Mutter und Tochter ein großes Leid darstellt – die Mutter kann durch ihre Sucht Raffaelas Sehnsucht nach mütterlicher Zuwendung noch nicht erfüllen, möchte dies aber nicht sehen oder besprechen. In der Musik und den gesungenen Worten findet Raffaela den Anklang für ihre Sehnsüchte, der ihr in ihrer Familie verwehrt bleibt.“ (Raffaela, 13 Jahre)*

(Barnowski-Geiser 2009, 212)

Während für viele betroffene Jugendliche Musik ein selbstverständliches und unmittelbares Ausdrucksmedium für ihre persönliche Befindlichkeit zu sein scheint, stoßen wir im Forschungsfeld Musiktherapie und belastete Jugendliche auf eine Forschungslücke (Barnowski-Geiser 2009). Lediglich Kapteina (2004) beschreibt praxeologische Erfahrungen im Einsatz von rezeptiver und intermedialer Arbeit. Auf die Möglichkeit, durch Musik an frühe Kindheitserfahrungen anzuknüpfen, verweisen Decker-Voigt und Dunkelziffer e.V. (2005), in ihrer Arbeit mit missbrauchten Kindern. „Und diese Zeit stellt für die meisten von uns die Basisressource für das weitere Leben dar“ (Decker-Voigt & Dunkelziffer e.V. 2005, 23). Sie beschreiben, wie durch musiktherapeutische eine Annäherung an schwierige und traumatische Zeiten erfolgen kann „(...) und dies in einer ressourcenträchtigen Frühsprache – dies dürfte das nun weiter verstehbare ‚Phänomen Musiktherapie‘ ausmachen“ (Decker-Voigt & Dunkelziffer e.V. 2005, 24). Musiktherapie bietet die Chance der Problemaufdeckung und der gleichzeitigen Ressourcenfindung (Decker-Voigt & Dunkelziffer e.V. 2005).

In dieser Arbeit mit missbrauchten Kindern in einem Hamburger Forschungsprojekt zeigte sich die besondere Eignung von Musiktherapie hinsichtlich:

- Der Absenkung und Überwindung von Schwellenangst, der Begegnung mit einer Therapeut/in, die als ein Repräsentant derjenigen Erwachsenenwelt wahrgenommen wird, aus der die Traumatisierung oder Belastung erwuchs.

- Der Möglichkeit, Annäherung an tabuisierte Themen herzustellen, Unausprechliches erklingen zu lassen. „Eine Annäherung, die eingebettet ist in die therapeutische Beziehung zur Therapeutin und die mit dem Medium improvisierter Musik eine zunächst verschlüsselte Symbolsprache ausdrücken lässt, was bisher unaussprechbar war, weil schon die Annäherung abgewehrt werden musste“ (Decker-Voigt & Dunkelziffer e.V. 2005, 17).

Funktionen von Musik in der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen in ihrer therapeutischen Indikation beschrieben Frohne-Hagemann & Pless-Adamczyk (Frohne-Hagemann & Pless-Adamczyk 2004). Nawe beschäftigt sich mit dem Belastungsfaktor der Triangulation in der Musiktherapie mit Trennungskindern (Nawe 2010).

### **Forschungsstudie zur Musiktherapie bei Alkoholbelastung: „Hören, was niemand sieht“**

In dieser Forschungsstudie handelt es sich um am Einzelfall orientierte theoretische Praxeologie (durchgeführt von 1999–2009), durch die allgemeine Rückschlüsse auf das Erleben und die Therapie von alkoholbelasteten Kindern möglich werden sollten (Barnowski-Geiser 2009). Hierbei wurde das Erleben alkoholbelasteter Kinder, Jugendlicher und erwachsener Kinder in den Mittelpunkt von Befragungen und Beobachtungen gestellt. Die qualitative Auswertung erfolgte durch leibtherapeutische Modelle und Beschreibungskriterien (Fuchs 2000; Petzold 2004; Baer & Frick-Baer 2004). Grundlage der Betrachtung bildeten leibphänomenologische, leibphilosophische, leibtherapeutische sowie musiksozialtherapeutische (Lenz 1995) Perspektiven.

### **Fragestellung und Ziele**

Folgende Fragestellungen wurden unter anderem in der Forschungsstudie verfolgt:

- Welche Besonderheiten im Erleben zeigen Kinder aus alkoholbelasteten Familien?
- Welche Faktoren (Methoden und Verfahren) lassen Veränderungen im Erleben möglich werden?
- Welche Funktionen kann Musik und Musiktherapie für diese Zielgruppe übernehmen?

## Methodik

Die Stichprobe umfasste 10 betroffene Kinder (weiblich: 7) mit einem Altersdurchschnitt von 12,5 Jahren und 10 betroffene Erwachsene (weiblich: 8) mit einem Altersdurchschnitt von 39,7 Jahren.

Die Auswertung erfolgte anhand einer differenzierten Auswertung dokumentierter Sitzungsprotokolle nach leibtherapeutisch-diagnostischen Kriterien. Weiterhin wurden die in den durchgeführten Interviews benannten Helfefaktoren kategorisiert.

In allen Feldern des Erlebens zeigten sich anhand der Forschungsergebnisse massive Auswirkungen der Alkoholbelastungen bei betroffenen Erwachsenen und Kindern:

- Chronische (verborgene) Hoherregung
- Affektive Beeinträchtigungen (Zentral in den Bereichen: Scham, Schuld, Angst, Leere & Ohnmacht)
- Beziehungsfixierung und Vermeidung
- Verlust von Bewertungsfähigkeit

## Exkurs 1: Beziehungsfixierung und Selbstverlust im Anderen

In Anlehnung an die Ökologische Psychologie wurde ein Modell der Bedeutungsräume entwickelt, das sozial interaktive Aspekte fokussiert. Im vorliegenden Modell wurde das interaktive Geschehen zwischen Kind und Süchtigem im Sinne einer Zwischenleiblichkeit aufgefasst.

Kinder, die über Jahrzehnte die Erfahrung machen, mit dem alkoholkranken Elternteil nicht in Kontakt zu kommen, „leer“ auszugehen, nicht gesehen und gehört zu werden, andererseits in unberechenbarer Weise und zu unbestimmten Zeitpunkten mit grenzüberschreitendem Kontakt überschüttet zu werden, beginnen den Alkoholkranken zu umkreisen, nicht zuletzt um zu kontrollieren, wann Bedrohliches zu erwarten ist. Der nicht gelungene Kontaktvollzug, die fehlende Begegnung, kann maßgeblich das Kontaktverhalten Betroffener bestimmen, bestimmt die Möglichkeit, sich aus Kontakt zu lösen und wieder zurückzuziehen – für viele Betroffene hat dieser Mangel an gelungenem Kontakt eine Fixierung auf den Alkoholkranken zur Folge. Sie kreisen um ihn, sie sind in ihrer gesamten Ausrichtung auf den Alkoholkranken zentriert, in einem Ausmaß, das als erstarrte Beziehungsfixierung benannt werden kann. Dies wird anhand folgenden Modells deutlich:

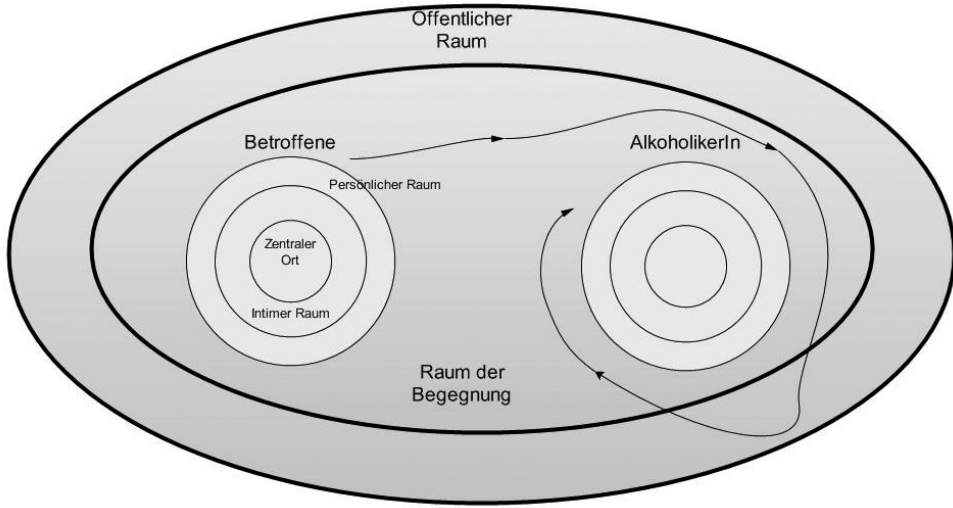


Abbildung 1: Modell der erstarrenen Beziehungsfixierung (Barnowski-Geiser 2009, 130)

Betroffene erleben einen Selbstverlust, ihre Intimität, das Bewusstsein, wo ihr persönlicher und zentraler Raum aufhört und der des Alkoholkranken beginnt, verschwimmt. Sie verschwinden gleichsam im Alkoholkranken – sie können nur noch schwerlich unterscheiden zwischen Ich und Du. Dies wird anhand folgenden Modells dargestellt:

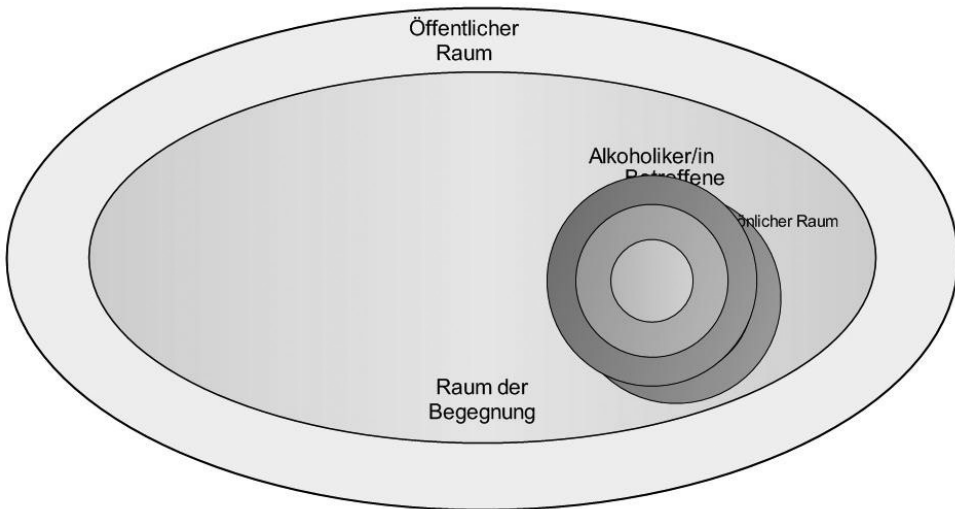


Abbildung 2: Modell des Selbstverlustes im Anderen (Barnowski-Geiser 2009, 131)



Besonders schwierig gestaltet sich das Entdecken betroffener Kinder, deren Eltern die Krankheit tabuisieren, Hilfe für sich ablehnen. Es ergibt sich die schizophrene anmutende Tatsache, dass Kinder behandelt werden sollen an Folgen einer elterlichen Krankheit, an der diese ablehnen, überhaupt zu leiden. Häufig sind diese Kinder als „auffällig unauffällig“ einzustufen. Oft fallen sie mit ihren Symptomen in andere Diagnoseraster, wie etwa das des ADHS und werfen unerkannte differentialdiagnostische Probleme auf. Traditionelle Diagnosesysteme reichten zur Erfassung und entsprechenden Behandlung in der Regel nicht aus. In der Untersuchung wurde diagnostisch das Kryptoanalytische Dechiffrieren angewendet, das insbesondere die Aufmerksamkeit auf scheinbar widersprüchliche Aspekte in der Wahrnehmung lenkt und die Symptomatik Betroffener im Sinne einer Geheimsprache auffasst.

## Exkurs 2: Zur Funktion der Musik

Musik wurde in unterschiedlichen Funktionen positiv erlebt. Bei bestehender familiärer Tabuisierung der Problemlage wurde der Einsatz von aktiver Musik jedoch z. Teil bedrohlich erlebt.

Rezeptive Musiktherapie in Kombination mit imaginativen Verfahren erleichterte Zugänge zu verbal schwer Zugänglichem. Brückenschläge zwischen Musik und Malen, Musik und Bewegung, Musik und Poesie, Musik und Imagination erwiesen sich als öffnende Faktoren. Die schwierige Arbeit zwischen „Hilfe wollen und nicht reden dürfen“ erforderte neue Methoden, die zielgruppenspezifisch entwickelt wurden, etwa Musikreisen (rezeptiv als Soap-Fortsetzungsgeschichten/R.L.M.) sowie in Aktiver Musiktherapie (Raumschiff Galactika) und klientenspezifische intermediale Ansätze, etwa „Haus der Stimmungen“ u.a. (Barnowski-Geiser 2009).

## Therapeutische Intervention

Im Rahmen der Forschungsstudie konnten insgesamt sieben Faktoren, die von Betroffenen in der therapeutischen Arbeit als entlastend und heilsam beschrieben wurden, ermittelt werden:

- A – Achtsamkeit
- W – Würdigung
- O – Orientierung
- K – Klarheit
- A – Anklang
- D – Deckung und Deparenting
- O – Offenheit und Öffnung

Diese bilden die Grundlage für das KreTAS-Konzept, das nachfolgend in seiner praktischen Anwendung erläutert wird.

## Lernen am Drahtseil des Tabus

Aus den Ergebnissen der Arbeit mit Kindern aus alkoholbelasteten Familien lassen sich Rückschlüsse und Parallelen für die Arbeit mit Kindern aus suchtbelasteten Familien sowie Kinder psychisch erkrankter Eltern ziehen. Oftmals sind diese Problemlagen auch eng verknüpft mit Familien in Trennungssituationen.

Das Problem der familiären Belastung lässt sich nicht an der Klassentüre ablegen: Das Lernen auf kognitiver Ebene sowie die sozial-emotionale Entwicklung sind durch die familiäre Erfahrung geprägt. Insbesondere bei chronifizierter familiärer Belastung können sich weitgehende und nachhaltige Folgen ergeben: Körper, Seele und Geist sind massiv betroffen.

Das kindliche System ist fortwährend mit dem existenziellen „Überleben-Müssen“ beschäftigt – es mangelt in der Folge an Kapazitäten zur Aufnahme der Lehrinhalte. Zudem mangelt es betroffenen Kindern an der Fähigkeit zur Bewertung: Bei jedem Lernprozess muss entschieden werden, was wichtig und richtig bzw. unwichtig und falsch ist. Diese Fähigkeit kann jedoch im Zuge des Aufwachsens in einer belasteten Familie nur schwer ausgebildet werden. Kinder lernen, was ihnen wichtig ist! Aber was von den Lehrinhalten ist denn wirklich wichtig im Angesicht eines alltäglichen Überlebenskampfes? Zudem erleben Kinder belasteter Familien auch Zuhause alltägliche Werteverstärkungen: Was heute als richtig gilt, kann morgen schon wieder falsch sein. Dies erschwert zudem die Entwicklung einer angemessenen Bewertungskompetenz. Folglich entsteht eine Diskrepanz zwischen der Bewertung dessen, was zwar schulisch wichtig sein mag, und der Bewertung dessen, was dem belasteten Schüler wichtig ist. Ermittelte Lernschwierigkeiten scheinen somit hier weniger eine Frage von Intelligenz, sondern oftmals logische Konsequenz von familiären Wirrungen und Irrungen zu sein.

Auch ungute Bindungsrepräsentationen und negative emotionale Erfahrungen können, folgen wir Erkenntnissen der Neurowissenschaften, frühzeitig zu festgefahrener Bahnungen im Kopf werden. In der Konsequenz drohen die familiären Bindungserfahrungen, da unbesprechbar und unaufgelöst, im schulischen Beziehungskontexten wiederholt zu werden: Der Lehrer erscheint im Sinne einer Übertragung etwa als „cholerisch“ oder „böse“. Das in der Familie übernommene Rollenstereotyp („Ich bin der Sündenbock“) sowie unaufgelöste dysfunktionale Kommunikations- und Interaktionsmuster drohen zudem im Klassensystem unreflektiert wiederholt zu werden: So können durchaus auch wohlmeinende Lehrer mit großem Misstrauen belegt werden und sich in ihrem Verhalten abgelehnt fühlen. Potentiell hilfreiche Bindungsangebote drohen für derart belastete Schüler ungenutzt zu verbleiben. Demnach können familiäre Beziehungserfahrungen negative Interaktionsketten im schulischen Kontext zur Folge haben und sich in der gesamten Schullaufbahn ungünstig manifestieren.

Schüler aus belasteten Familien erfahren, obwohl benötigt, kaum schulische Unterstützung:

Sie selbst sind oft in Ambivalenzen gefangen: Die familiäre Tabuisierung führt dazu, dass die Schüler sich ohnmächtig zwischen Sprechen und entdeckt werden Wollen bewegen und auf der anderen Seite, Hilfe aktiv annehmen und Sprechen über ihre familiäre Situation als Verrat an den Eltern definieren. Sie sind ihrer Hilfslosigkeit gefangen.

Somit benötigen Schüler aus belasteten Familien weniger die bislang verbreiteten außerschulischen Angebote, in denen sie „einmal über ihr Zuhause sprechen können“. Sie benötigen vielmehr beziehungsstiftende und persönlichkeitsstärkende Angebote in der Schule, in denen ihr Selbstbewusstsein, Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeit Unterstützung findet. Es scheint ungünstig, diese niedrigschwelligen Angebote an ein Etikett familiärer Belastung zu binden.

### **„Wir sind doch hier keine psychiatrische Anstalt!“ – Fallen in der Krisenbewältigung**

Das Dogma, Therapie habe in Schulen nichts zu suchen, hält sich erfolgreich. „Wir sind doch hier keine psychiatrische Anstalt!“, erregt sich die in der Überschrift zitierte Lehrerin, die erbost ein Gespräch über die Therapiebedürftigkeit eines Schülers ablehnt. Sie wolle unterrichten und Punkt!

Die Krise der Schüler wird jedoch in den Ort Schule getragen, an dem Lehrer und Mitschüler, ob sie wollen oder nicht, mit betroffenen sind. In einer Klasse mit mehreren Schülern, die besondere Belastungen tragen, wird es für Lehrer schwierig, sich schlicht dem Lernstoff zu widmen: Lehrer fühlen sich überlastet, versuchen sich über Bestrafungs- und Belohnungssysteme, meist erfolglos, zu helfen. „Wenn Schulkinder leiden, so leidet immer auch die Schule: Das eigene Lernpotenzial ausschöpfen, kann ein Kind nicht mehr, wenn es allzu sehr mit inneren Konflikten beschäftigt ist. Unbewusste Wirkmechanismen setzen da andere Prioritäten als sich curricular planen lässt ... Vormittags Rechnen lernen und nachmittags traurig sein, wäre vielleicht vernünftig, geht aber nicht. Existenzielle Konflikte haben immer Vorrang“ (Tüpker, Hippel & Laabs 2005, 9).

Schaut man die Krise der Schule unter therapeutischen Aspekten an, so ist diese als existenziell bedrohlich erlebte Erfahrung einzuordnen, die bei Menschen archaische Gefühle erzeugen kann, die wiederum existenziell bedrohlich erlebt werden. Um Krisen zu begegnen, werden in der Regel Krisenbewältigungsstrategien, sogenannte Copings, entwickelt. Dabei sind unter Pädagogen insbesondere zu beobachten (Barnowski-Geiser 2010):

- *Pauschalisierung*: Eigene Lösungen für eine Krise werden auf andere übertragen und generalisiert, mündend in Sätzen wie „alle Kinder brauchen ...!“
- *Vereinfachung und Ideologisierung*: Komplizierte Sachverhalte werden vereinfacht, Vielschichtigkeit übersehen und münden in Aussagen wie „Wir müssen jetzt nur!“ Ob das gesunde Frühstück, Ritalin, QiGong: Das, was diese Pädagogen für sich selbst als hilfreich in Krise empfunden haben, soll allen Schülern zum Seelenheil verhelfen.
- *Verleugnung*: Es wird so getan, als gäbe es die Krise nicht. Im Leugnen ihres Vorhandenseins lässt sich scheinbar ruhig und ohne Veränderungsnotwendigkeit weiter leben.
- *Aktionismusfalle*: Ohne genauer zu schauen, was tatsächlich nun notwendig wäre, werden zusammenhanglos Projektstage und Events aus dem Nichts konstruiert, um zu demonstrieren, dass man etwas tue. Wertvolle Energien verpuffen, weil in diesem Krisencoping die nicht auszuhaltende Hilflosigkeit in blindwütigen Aktionismus gewandelt wird, mündend in der Aussage „Wir brauchen schnelle Lösungen!“
- *Resignation*: Wie auf der einen Seite Menschen völlig unter Druck geraten und in wilden Aktionismus verfallen, so glauben andere gar nichts tun zu können, mündend in Aussagen wie „Ich kann da gar nichts machen, dafür bin ich nicht ausgebildet“.

### **Auswege aus der Krise: Das KreTAS-Konzept**

In der Gesamtschule Mülfort wird seit 1999 im Rahmen des KreTAS-Konzeptes ein spezifisches Angebot für Schüler aus belasteten Familien durchgeführt, hier als Gruppen- und Einzeltherapie. Grundlage der Arbeit bildeten die AWOKADO-Hilfefaktoren, die im Folgenden in ihrer musiktherapeutischen Anwendungsmöglichkeit erläutert werden:

#### **A – Achtsamkeit**

- Achtsamkeit als innere Haltung
- Achtsamkeit als Leibgewahrsein  
*Musiktherapeutischer Weg*: Klangentspannung und -trance, Musik im Hier und Jetzt

#### **W – Würdigung**

- Würdigung der persönlichen Belastungen
- Würdigung individueller Stärken  
*Musiktherapeutischer Weg*: Musik als Ressource, Spiegel, Katalysator erfahren

**O – Orientierung**

- Stärkung von Bewertungs- und Entscheidungsfähigkeit
- Stärkung von Intentionalität und Richtungserleben
- Das Finden eines eigenen Standpunktes  
*Musiktherapeutischer Weg:* Die innere Stimme finden

**K – Klarheit**

- Vom Greifen zum Begreifen
- Von der Diffusität zur Prägnanz (konstitutive Leibbewegungen)  
*Musiktherapeutischer Weg:* „Wo und wie will ich Musik machen?“/ „Wie klinge ich, wie die anderen in meiner Familie?“

**A – Anklang**

- Anklang durch das Medium Musik
- Anklang in der therapeutischen Beziehung (Resonanzverfahren)
- Erlebte Zugehörigkeit im dialogischen und Gruppenspiel
- Zugehörigkeit finden  
*Musiktherapeutischer Weg:* Musik als Resonanzquelle & Beziehungstifterin erfahren

**D – Deckung und Deparenting**

- Erlebter Schutzraum
- Möglichkeit zu „kindlichem“ Spiel  
*Musiktherapeutischer Weg:* Freie Improvisation

**O – Offenheit und Öffnung**

- Erfahren einer offenen wertungsfreien therapeutischen Haltung
- Möglichkeit zu Ausdruck durch kreative Medien  
*Musiktherapeutischer Weg:* Spiel abseits ästhetischer Bewertung

Die Arbeit mit dem KreTAS-Konzept erwies sich insbesondere, wie in Befragungen geäußert wurde, als hilfreich, wenn:

- „Störung“ noch nicht im klinischen Sinne relevant war
- sich Beteiligte des Systems Schule in Not befanden, obwohl noch keine klinisch-therapeutische Diagnose und damit keine Induzierung für Therapie vorlag
- Lernleistung durch familiäre Belastung eingeschränkt war
- familiäre Tabuisierung außerschulische Therapie verhinderte
- diagnostizierte und behandelte Störungsbilder Unterstützung in der Schule vor Ort brauchten, um genügend Stabilität als Lernvoraussetzung zu schaffen
- Handlungskompetenzen von Pädagogen ausgeschöpft schienen
- nicht therapiefreundliche Eltern durch die Motivation der erhofften verbesserten Lernleistung nach erfolgter Therapie zur Mitarbeit zu motivieren waren (Barnowski-Geiser, 2010)

Somit stellt das KreTAS-Konzept eine mögliche Antwort auf die Krisensituation in Schulen dar. Es kann als ein Modell für eine sinnvolle Verortung musiktherapeutischer Gesundheitsarbeit am Ort Schule dienen.

### *Fallvignette 6*

(Auszug Abschlussbefragung nach Einzel-Musiktherapie Raffaella)

„Vor der Therapie: ‚Schuld‘  
*‚Ich habe viele Probleme mit meiner Mutter, ich denke aber, dass ich schuld bin. Ich bin sehr, sehr traurig.‘*

Jetzt: ‚Freunde‘  
*‚Es geht mir besser, ich achte mehr auf mich. Mir geht es gut, auch, wenn es meiner Mutter schlecht geht. Ich stürze nicht ab, wenn sie abstürzt, ich bin glücklicher. Ich kann mit meinen Freunden über ganz normale Sachen reden, ich bin nicht mehr nur voller Probleme, ich lache oft. Nachdem ich hier erzählt habe, was los ist, habe ich das auch ein paar anderen aus meiner Klasse gesagt, was mit Mama los ist. Die trösten mich jetzt, wenn was ist. Das hilft. Ich habe jetzt andere Wichtigkeiten. Familie, da ist so viel los, das lass ich hinter mir: ich konzentriere mich auf Freunde und Schule, dann geht’s mir gut. An dem anderen kann ich eh nichts machen.‘*

Zukunft: ‚Zusammen wohnen!‘  
*‚Mama ist trocken und ich wohne mit ihr.‘*

Hilfreich:  
*‚Dass jemand mal Zeit für mich allein hatte, ich konnte hier einfach erzählen und spielen: ich musste aber nicht. Ich habe mich verstanden gefühlt – es war gut, zu wissen, egal was passiert, du hast deine Stunde. Dadurch konnte ich mich sortieren und war nicht mehr so durcheinander. Und dass Sie nicht gleich irgendetwas unternehmen, was ich nicht will, dass das hier im Raum bleibt, wenn ich es will. Dadurch, dass ich hier offen reden konnte, bin ich offener geworden.‘ (Barnowski-Geiser, 2009, 288)*

## **Implikationen und Ausblick**

Schüler aus belasteten Familien benötigen dringend besondere Hilfestellungen aus dem psychosozialen Feld: Präventiv und oftmals auch therapeutisch! Schule erscheint als der hervorragende Ort der Früherkennung, Prävention und Intervention, da Kinder und Jugendliche aus belasteten Familien hier erreichbar sind.

Ein Fortsetzen bestehender Einzel-Projekt-Aktivitäten, aber auch ein Umdenken scheint erforderlich, insbesondere zugunsten musiktherapeutisch-pädagogischer Arbeit in Schulen vor Ort. Angebote für belastete Schüler in die Jugend- und Suchthilfe auszulagern oder erst einzusetzen, wenn bereits klinisch relevante Probleme aufgetreten sind, erscheint so wenig hinreichend wie kostendämpfend. Insbe-

sondere das große Heer der Schüler, die mit Eltern leben, die ihre Belastung nicht als solche sehen oder behandeln lassen (und das ist die erschreckend größte Zahl), wird allenfalls in Schulen vor Ort ansprechbar sein. Zugleich müssen Pädagogen dringend für Fragestellungen psychosozialer und therapeutischer Arbeit sensibilisiert werden. Sie brauchen Hilfestellung, wie sie betroffene Schüler entdecken und ggf. qualifiziert weitervermitteln können.

- Klassische Diagnosesysteme greifen in der Entscheidung über Hilfsbedürftigkeit zu kurz – Hilfs- und Therapiebedürftigkeit erfordert in Schulen vor Ort neuen Umgang mit Diagnosekriterien. Hier muss Hilfe erfolgen, wenn das System in Not gerät – nicht erst, wenn Krankheit im klinischen Sinne vorliegt.
- Es wäre wünschenswert, dass man im Gesundheitswesen die psychische Unterstützung von Schülern im Sinne einer Herstellung von Lern- und Beziehungsfähigkeit als Teil der Profession begriffe.
- Das Erleben von Schülern in familiären Belastungen, das sich häufig einem verbalen Zugang entzieht, muss einen größeren Raum in der Arbeit einnehmen. Musik- und kreativtherapeutische Verfahren bergen hier spezifische Chancen zur Prävention und Intervention, insbesondere zur Potenzialentfaltung und Entlastung, die bislang kaum ausgeschöpft scheinen!
- Praxisprojekte für Schüler aus belasteten Familien (wie etwa auf der Basis des AWOKADO-Konzeptes im KreTAS-Projekt) erscheinen dringend im schulischen Raum erforderlich.
- Dies erfordert, neben Grundversorgung, materielle Unterstützung von staatlicher Seite für dringend notwendige Forschungsvorhaben im Bereich der Implementierung musiktherapeutischer Arbeit in Schulen.
- Eine Verbindung qualitativer und quantitativer Forschungsmethoden sowie interdisziplinäre Forschungsprojekte im Bereich Musiktherapie, Pädagogische Psychologie, Bildungsforschung sowie Belastungs- und Resilienzforschung scheinen notwendig!
- Wünschenswert erscheint, systemische Spezialgebiete, wie das Feld „Schule“ und „Familiäre Belastung“, in die Ausbildung von angehenden Musiktherapeuten aufzunehmen. Es mangelt an einerseits psychotherapeutisch ausgebildeten Fachkräften (versiert im Umgang mit systemimmanenten Übertragungen und klinischen Krankheitsbildern), die „spielend“ helfend (in einem musiksozialtherapeutischen Sinne) auf niedrighschwelligem Wegen Lernen und Beziehung möglich werden lassen.
- Musiktherapie in der Arbeit mit Kindern aus belasteten Familien kann nicht psychotherapeutisch induzierte Hilfe ersetzen, kann nicht, wie es die Schüler oft wünschen, ihr Zuhause zu einem anderen machen und auch nicht aufsuchende Angebote der Familien- und Jugendhilfe ersetzen. Sie kann jedoch einen wesentlichen Beitrag leisten, die (Er-)Lebenswelt und die Weiterentwicklung dieser Schüler nachhaltig positiv zu gestalten.



## Literatur

- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen.
- Baer, U.; Frick-Baer, G. (2004): Klingen, um in sich zu wohnen. Methoden und Modelle leiborientierter Musiktherapie. Neukirchen-Vluyn.
- Barnowski-Geiser, W. (2011): Vater, Mutter, Sucht. Wie erwachsene Kinder suchtkranker Eltern trotzdem ihr Glück finden können. Neukirchen-Vluyn.
- Barnowski-Geiser, W. (2010): Schule braucht Gefühl. Kinder kreativ-therapeutisch fördern. Neukirchen-Vluyn.
- Barnowski-Geiser, W. (2009): Hören, was niemand sieht. Kreativ zur Sprache bringen, was Kinder und Erwachsene aus alkoholbelasteten Familien bewegt. Neukirchen-Vluyn.
- Cierpka, M. (2009): Keiner fällt durchs Netz. Wie hochbelastete Familien unterstützt werden können. *Familiendynamik* 2, 156–167.
- Decker-Voigt, H.-H.; Dunkelziffer e.V. (Hrsg.) (2005): „Der Schrecken wird hörbar“. Musiktherapie für sexuell missbrauchte Kinder. Bremen.
- Eustace, L. W.; Kang, D. H.; Coombs, D. (2003): Fetal alcohol syndrome: A growing concern for health care professionals. *Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing* 32, 215–221
- Frohne-Hagemann, I.; Pleß-Adamczyk, H. (2004): Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter. Göttingen.
- Fuchs, T. (2000): Leib – Raum – Person. Entwurf einer Phänomenologischen Anthropologie. Stuttgart.
- Fuchs, T. (2008): Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption. Stuttgart.
- Hänsel, D.; Schwager, H.-J. (Hrsg.) (2000): Hilfesysteme bei gesundheitlichen Belastungen von Schülern. Schule im Netz medizinischer, sozialer und sonderpädagogischer Institutionen. Weinheim.
- Hüther, G. (1999): Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden. Göttingen.
- Hurrelmann, K. (1991): Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf, 2. Aufl., Weinheim.
- Hurrelmann, K. (2007): Zur Situation von Kindern in Familie, Schule und Freizeit: Zunehmende gesundheitliche Belastungen. In: Borg-Laufs, M. (Hrsg.): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Band 1: Grundlagen. Tübingen.
- Kapteina, H. (2004): Rezeptive Musiktherapie bei Suchterkrankungen. In: Frohne-Hagemann, I. (Hrsg.): *Rezeptive Musiktherapie. Theorie und Praxis*. Wiesbaden
- Klein, M. (2005): Kinder aus suchtbelasteten Familien. In: Thomasius R.; Küstner U. J. (Hrsg.): *Familie und Sucht. Grundlagen – Therapiepraxis – Prävention*. Stuttgart
- Klein, M. (2007): *Kinder und Suchtgefahren*. Stuttgart.

- Klein, M.; Zobel, M. (1999): Kinder in suchtbelasteten Familien – Psychologische Suchtforschung unter transgenerationaler und ätiologischer Perspektive. In: Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V. (Hrsg.): Suchtbehandlung. Entscheidungen und Notwendigkeiten 22. Geesthacht.
- Lammel, U. A. (2007): Phänomenologie einer Jugendkultur in den 90er Jahren und Anfragen an Soziale Arbeit in Praxis und Ausbildung. In: Petzold H.; Schay P.; Ebert W. (Hrsg.): Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung, 2. Aufl., Wiesbaden
- Lenz, A. (2005): Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen.
- Lenz, M. (1995): Musik und Kontakt. Grundlagen und Modelle musik-sozialtherapeutischer Gruppenimprovisation. Frankfurt.
- Löser, H. (1995): Alkoholembryopathie und Alkoholeffekte. Stuttgart.
- Luhmann, N. (1995): Inklusion und Exklusion. In: idem: Soziologische Aufklärung 6. Die Soziologie und der Mensch. Opladen.
- Minuchin, S.; Rosman, B. L.; Baker, L. (1978): Psychosomatische Krankheiten in der Familie. Stuttgart.
- Michaelis, K.; Petzold, H. (2010): Zur Situation von Kindern suchtbelasteter Familien aus Sicht der integrativen Therapie. Integrativ-systemische Überlegungen zur Entwicklung von Risiko und Resilienz bei Kindern mit suchtkranken Eltern. Integrative Therapie 36(2/3), 252–280.
- Nawe, N. (2010): Musiktherapie mit Trennungskindern. Triangulierungsprozesse in der Einzel- und Gruppentherapie. Wiesbaden.
- Papousek, H.; Papousek, M. (1999): Symbolbildung, Emotionsregulation und soziale Interaktion. In: Friedlmeier, M.; Holodyski M. (Hrsg.): Emotionale Entwicklung, Funktion, Regulation und soziokultureller Kontext von Emotionen. Heidelberg.
- Petzold, H. (2004): Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn.
- Rennert, M. (2005): Co-Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet. Freiburg.
- Rothaus, W. (1998): Wozu erziehen? Entwurf einer systemischen Erziehung. Heidelberg.
- Rumpf, H.-J.; Bischof, G.; Hapke, U. et al. (2005): Ausstiegsprozesse. In: Thomasius R.; Küstner U. J. (Hrsg.): Familie und Sucht. Stuttgart.
- Satir, V. (1993): Selbstwert und Kommunikation. Familientherapie für Berater und zur Selbsthilfe. Dillingen.
- Spitzer, M. (2002): Lernen. Gehirnforschung und die Schule des Lebens. Heidelberg.
- Tölle, R. (1996): Psychiatrie einschließlich Psychotherapie. Berlin.
- Trost, A. (2003): Interaktion und Regulation bei suchtkranken Müttern und ihren Säuglingen. In: Landschaftsverband Rheinland, Dezernate Gesundheit und Jugend/Landesjugendamt (Hrsg.): Suchtfalle Familie?!. Forschung und Praxis zu Lebensrealitäten zwischen Kindheit und Erwachsenenalter. Dokumentation der gemeinsamen Fachtagung

- der KFH NW, Forschungsschwerpunkt Sucht, und des Landschaftsverbandes Rheinland, Dezernate Gesundheit und Jugend/Landesjugendamt. Köln.
- Tüpker, R. Hippel, N.; Laabs, F. (Hrsg.) (2005): Musiktherapie in der Schule. Wiesbaden.
- Wegscheider, S. (1988): Es gibt doch eine Chance. Hoffnung und Heilung für die Alkoholiker-Familie. Wildberg.
- Wolin, S.; Wolin, S. (1996): The challenge model. Working with strengths in children of substance abusing parents. *Adolescent Substance Abuse and Dual Disorders* 5, 243–256.
- Wright, D. M.; Heppner, P. P. (1993): Examining the well-being of nonclinical college students: Is knowledge of the presence of parental alcoholism useful? *Journal of Counseling Psychology* 40, 324–334.
- Zobel, M. (2006): Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und -chancen. Göttingen.

Dr. Waltraut Barnowski-Geiser  
Am Hügel 6  
41812 Erkelenz  
Barnowski-Geiser@t-online.de