

Musiktherapie im Behandlungskontext einer psychosomatischen Klinik

Maria Alm

Die Klinik für Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin ist die Station B5 des Städtischen Klinikums in der Neißestadt Görlitz. Sie befindet sich in ihrer Aufbauphase. Die Räumlichkeiten sind immer noch ein Provisorium, da sich der geplante Neubau um längere Zeit verzögert. Die räumlichen Gegebenheiten wirken sich naturgemäß auf die konzeptionellen Möglichkeiten aus. Am endgültigen Konzept wird derzeit noch diskutiert und gefeilt.

In etwa ist es wie folgt zu beschreiben:

Es bestehen 2 Gruppen mit stationär untergebrachten Patienten. Zusätzlich gibt es eine Gruppe mit Patienten der Tagesklinik, die räumlich getrennt ist von der Station. Inhaltlich werden die tagesklinischen Patienten aber jeweils einer der beiden o.g. Patientengruppen zugeordnet, so dass zwei Mischgruppen aus stationären und tagesklinischen Patienten entstehen. Einige Patienten wechseln zum Ende der Therapie in die Tagesklinik.

Jeder Patient hat einen Bezugstherapeuten. Das sind zur Zeit zwei Psychologinnen und ein Arzt. Diese leiten auch die Gesprächsgruppen und die Informationsgruppen, die bei Bedarf eingerichtet werden, wie z.B. zum Thema Schmerzen.

Die durchschnittliche Verweildauer der Patienten beträgt 6 bis 8 Wochen.

Zum Therapieangebot gehören als „nonverbale“ Verfahren: Körpertherapie, Kunsttherapie und Musiktherapie. Jede dieser Therapien ist für alle Patienten verpflichtend. Musiktherapie wird derzeit auf Grund der begrenzten zeitlichen Möglichkeiten der Musiktherapeutin nur für eine der beiden Patientengruppen angeboten.

Hauptanliegen der Klinik bzw. des Chefarztes der Klinik ist es, den Patienten neben umfangreichen Gesprächsangeboten auch nonverbale Therapieformen als „übende und erlebnisaktivierende Verfahren“ anzubieten.

Was Musiktherapie in dieser Klinik leisten kann und soll, wird vor allem auch durch das Konzept der Sozialmusiktherapie bestimmt. Das Handlungsziel der Sozialmusiktherapie wird mit dem Begriff „soziale Kompetenz“ beschrieben. Soziale Kompetenz zeigt sich laut C. Schwabe/U. Haase auf drei Ebenen:

- Fähigkeit zur Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Fähigkeit zum Selbstaussdruck
- Fähigkeit zur sozialen Interaktion

In der Sozialmusiktherapie spielt der Therapeut bei der Improvisation nicht mit. Er beschränkt sich auf Zuhören, und Wahrnehmen. Seine Handlungsanweisungen beziehen sich meist auf die **musikalischen Parameter**. Es kann z. B. heißen: „Spielen Sie ein Stück, das drei Teile hat!“ oder „Spielen Sie so leise es geht!“ oder „Finden Sie Klänge, die zueinander passen!“

Im Konzept der Siegener Zusatzausbildung dagegen heißt es z. B.: „Spielen Sie, wie Ihnen **zumute** ist, und versuchen Sie, über die Klänge Kontakt zu anderen Mitspielern zu finden!“

In der Reflexion geht es um die Beschreibung der improvisierten Musik und darum, wie die Umsetzung der Regel gelungen ist. Die Verbindung zu den persönlichen Themen (Transfer) wird nicht ausdrücklich hergestellt. Das hat wahrscheinlich auch mit dem Klinikkonzept zu tun. Die Patienten sprechen in den Gesprächs-therapien ausführlich über ihre persönlichen Dinge und sind in der Musiktherapie

Klinik für Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin

Auftrag der Musiktherapie

Soziale Kompetenz als Handlungsziel der Sozialen Musiktherapie

Konzeptionelle Besonderheiten der Sozialmusiktherapie

dazu dann nicht mehr bereit.

Auf den ersten Blick erscheint das sehr wenig zu sein. Es zeigt sich aber, dass enge Regeln durchaus ein Schutzraum sein können, in dem die Patienten ihre persönlichen Themen musikalisch zum Ausdruck bringen, ohne hinterher darüber sprechen zu müssen.

Vernetzung der unterschiedlichen Therapien

Der Tag in der Klinik beginnt mit einer Teambesprechung, an der alle Therapeuten und Krankenschwestern teilnehmen. Gesprochen wird über alle Patienten, zu denen es etwas Bedeutungsvolles zu berichten gibt. Bei konkreten Fragen zu einzelnen Patienten habe ich mich öfter an den zuständigen Bezugstherapeuten gewandt. Mitunter war es sehr wichtig und hilfreich zu hören, was sich in einer anderen Therapie oder im Klinikalltag am Tag zuvor ereignet hatte. Solche Informationen sind auch im sogenannten „Optiplan“ festgehalten, in dem nach jeder Therapie kurz dokumentiert werden muss.

Fallbeispiel: „Kontrolle gibt Sicherheit“ – Musiktherapeutische Einzelarbeit mit Frau H.

Frau H., eine junge Frau von 30 Jahren, war meine erste Einzelpatientin. Sie kam in die Klinik wegen einer depressiven Episode.

Einige Details aus ihrer Vorgeschichte:

Frau H. ist sehr behütet aufgewachsen. Sie selbst bezeichnete ihre Kindheit als gut. Die Eltern von Frau H. waren immer sehr besorgt um sie und erschwerten es ihr, das selbständig zu werden. Frau H. beantwortete die Überbehütung mit hysterischen Ausbrüchen. Die Eltern wiederum versuchten solche Ausbrüche mit noch mehr Fürsorge zu verhindern. In dieser Situation wurde eine Art „Leit-satz“ der Familie geprägt: „Hauptsache, Patricia flippt nicht aus.“ Diesen Satz machte sich Frau H. zu eigen.

Beruflich benötigte sie mehrere Anläufe, bis sie ein Studium zur Industriedesignerin bis zum Ende durchhielt. Zur Zeit der Therapie war sie selbständig, aber ohne Aufträge. Auch in Bezug auf Partnerschaften hatte Frau H. mehrere Versuche unternommen. Mit ihren Partnern war es ihr zunächst nicht so ernst gewesen, bis sie jemanden fand, mit dem sie ca. 3 Jahre zusammen lebte. Dessen Lebenskonzept, dass man ja von Sozialhilfe auch ganz gut leben kann und keine weiteren Ziele im Leben braucht, konnte sie sich aber doch nicht anschließen, deshalb vollzog sie die Trennung von ihm. Das und die berufliche Situation waren der Auslöser für die Erkrankung.

Frau H. zeigte in der Gesprächs-, Gestaltungs- und Körpertherapie großes Engagement. Sie „beherrschte“ aber die Techniken recht gut, so dass ihr zusätzlich noch Einzel-Musiktherapie verordnet wurde. Gruppen-Musiktherapie stand nicht auf ihrem Behandlungsplan.

1. Sitzung. Mir ist bekannt, dass Frau H. Angst vor der Musiktherapie hat. Also sprechen wir zuerst darüber, was ihr da Angst macht. Die Musiklehrerin hatte in der 4. Klasse zu ihr gesagt. „Patricia, du kannst nicht singen, lass es lieber.“ Seitdem hatte sie im Musikunterricht abgeschaltet und wahrscheinlich auch nicht mehr gesungen. Sie sagt, dass sie im Alltag Musik hört, aber große Angst hat, selbst musizieren oder gar singen zu müssen.

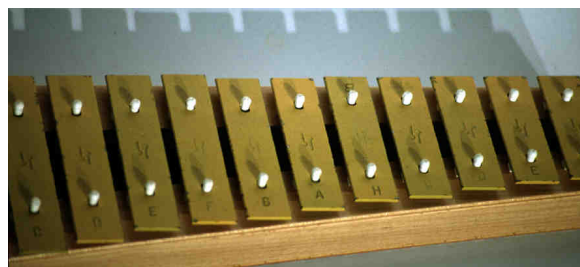
Die Instrumente für die Musiktherapie sind in der Raummitte aufgebaut. Ich zeige ihr einige, spiele sie an und gebe sie ihr zum Ausprobieren. Sie zeigt reges Interesse und hat zu jedem Instrument eine Bemerkung oder eine Frage. Über außergewöhnliche Formen oder die Art der Klangerzeugung bei einigen Instrumenten kommen wir ins Gespräch.

Anschließend fordere ich sie auf, sich 1 bis 2 Instrumente auszuwählen. Sie wählt:

Ein kleines Glockenspiel, eine Holzschlitztrommel und eine Oceandrum.

Ich wähle mir eine Trommel und eine Kalimba.

Dann lade ich zu einem musikalischen Gespräch ein. Ich sage in etwa: „Ich möchte mit Ihnen ein Gespräch führen, nicht mit Worten, sondern mit Klängen. Anschließend sprechen wir drüber.“



Frau H. setzt sich im Yoga-Sitz auf den Boden. Ich tue das auch, um ihr begegnen zu können und nicht von oben auf sie herab zu schauen.

Auffallend an der sich entwickelnden Improvisation ist: Auf dem Glockenspiel,

mit dem sie ihr Spiel beginnt und beschließt, spielt sie eine Melodie im Rhythmus lang-kurz-lang, aber so verschoben, dass es mir unmöglich ist, einen Kontakt zu ihr herzustellen. Mit keiner Begleitmöglichkeit ist eine Begegnung möglich, und ihre gebeugte, leicht abgewandte Körperhaltung unterstreicht meinen Eindruck, dass sie für sich bleiben möchte.

Das ganze Musikstück empfinde ich als sehr lang, mindestens 20 Minuten.

Im anschließenden Gespräch sagt sie: „Das hat mich sehr berührt, das hätte ich nicht gedacht.“

Besonders anrührend seien die leisen Töne gewesen, da habe sie weinen müssen. Bei den lauterem sei es anders gewesen. Manchmal sei sie ins Nachdenken gekommen, dann sei ihr Spiel hölzern geworden, aber sie habe sich auch fallen lassen können.

Mein Eindruck ist, dass Frau H. ihre Ängste sehr unter Kontrolle hat. Das Fallen lassen ist wohl ein tiefer Wunsch von ihr, ich jedenfalls kann mir unmöglich vorstellen, dass sie sich in dieser neuen, für sie Angst machenden Situation fallen lassen kann.

Als ich auf die Uhr schaue, ist 1 Stunde vergangen. Das habe ich selbst nicht gemerkt. Für die nächste Sitzung nehme ich mir vor, auf die Einhaltung der Zeit von 45 Minuten zu achten.

2. Sitzung. Frau H. berichtet, dass sie gerade eine sehr intensive Gestaltungstherapie hatte. Und jetzt sei sie aufgeregt wegen der Musiktherapie. Um einen Einstieg in die Musiktherapie zu finden, frage ich, ob seit unserer letzten gemeinsamen Sitzung noch etwas nachgewirkt hat. Sie bejaht; die leisen Töne wären ihr so nahe gegangen, aber die lauten waren irgendwie anders. Um das „irgendwie“ konkreter werden zu lassen, schlage ich vor, dass sie sich 2 Instrumente nimmt – eins für lautes und eins für leises Spiel – oder auch nur ein Instrument. Frau H. wählt wieder das Glockenspiel (für leise) und die Oceandrum (für laut). Ich nehme eine größere Klangschale und die Bongos. Ich sage: „Dann spielen wir mal laut und leise und schauen, was passiert.“

Wieder spielt Frau H. das Glockenspiel in gleicher Weise, wieder finde ich keinen Kontakt zu ihr. Erst als sie die Oceandrum spielt, bekommt die Musik Dynamik und Lebendigkeit, und ich habe das Gefühl, dass Angebote von mir beantwortet werden. Wenn ich z. B. auf den Bongos ein Crescendo spiele, antwortet sie mit einem lauten Rauschen. Anschließend an die Oceandrum spielt sie aber nochmals das Glockenspiel, so wie am Anfang. Sie spielt und spielt, immer dasselbe. Ich versuche, ihr ein Schlusssignal zu setzen – vergeblich. Schließlich spiele ich auf der Klangschale – meinem leisen Instrument – einen lauten Ton. Daraufhin hört sie auf.



In der Reflexion sagt sie, dass die lauten Töne sie erregt haben. Da hat sie sich an peinliche Situationen erinnert, wo sie hysterische Ausbrüche hatte. Sie hat Angst davor, wieder die Kontrolle über sich zu verlieren.

Ich frage noch danach, wie es ihr mit meinem lauten Ton von der Klangschale ging. „Damit konnte ich nichts anfangen“, antwortet sie, „aber irgendwie habe ich das gebraucht, dass mir jemand sagt, ich soll aufhören.“

3. Sitzung. Die Patientin beginnt zu erzählen, dass sie sich wieder unsicher fühlt, obwohl sie im Kopf weiß, dass sie das nicht braucht. Wir sprechen zuerst darüber, in welchen Situationen sie sich



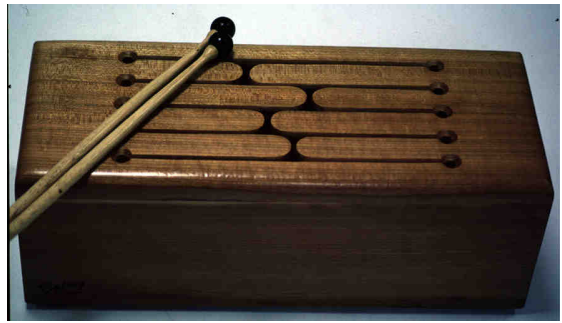
sonst noch unsicher fühlt und wie sie damit umgeht. Frau H. sagt, dass sie ihre Unsicherheit entweder überspielt oder aus der Situation herausgeht.

Ich mache einen Vorschlag für die Improvisation: Spielen, was kommt. Wenn eine unsichere Situation kommt, entscheiden was zu tun ist.

Diesmal wählt Frau H. die Kalimba und die Holzschlitztrommel. Als sie die Kalimba spielt, empfinde ich ihr Spiel zunächst als zart, vorsichtig, tastend. Dann verfällt sie wieder in ihren ungleichmäßigen Rhythmus, und ich habe keine Chance, mit ihr zusammen zu spielen. Ihr Spiel auf der Holzschlitztrommel wird rhythmisch und lauter. Es entwickelt sich eine gemeinsame Musik, aber es gibt keinen Blickkontakt.

Frau H. nimmt wieder die Kalimba, dann noch einmal die Holzschlitztrommel. Als ich das Gefühl habe, dass das Spiel zu Ende ist, spielt sie wieder die Kalimba, wieder auf ihre eigene Art und Weise. Sie scheint sie keinen Schluss zu finden.

Als wir über das Gespielte sprechen, berichtet sie, dass es ihr teilweise Spaß gemacht hat. Das waren die lauten und rhythmischen Stellen. Rhythmische Veränderungen, die ich ins Spiel brachte, haben sie zunächst verunsichert. Dann hat sie sich aber geholfen, indem sie einfach zu ihrem ursprünglichen Rhythmus zurückgekehrt ist. Ich sage ihr noch, dass ich sie gar nicht verunsichern wollte, sondern die Veränderungen angeboten habe, damit sie sie wahrnimmt und evtl. darauf reagiert.



„Warum haben Sie denn am Schluss noch mal die Kalimba gespielt?“, frage ich die Patientin. Sie weiß es nicht. „Wahrscheinlich hat es mich beruhigt.“

Einige Tage später erfahre ich, dass ich nur noch einmal mit Frau H. arbeiten werde, weil sie aus der Klinik entlassen wird.

Darauf bin ich noch gar nicht vorbereitet. Gerade bin ich ein bisschen mit ihr warm geworden, und wir haben angefangen, uns kennen zu lernen. Jetzt wäre für mich der Zeitpunkt gekommen, wo ich deutlicher in das Spiel von Frau H. eingreifen würde. In ihrem zurückgezogenen und nicht enden wollenden Spiel auf leisen Instrumenten ist ja schon ein Muster erkennbar. Meine Vermutung ist, dass sie damit unbewusst signalisiert: „Lass mich in Ruhe, ich möchte für mich sein.“ Ich überlege und wäge ab, ob ich ihr in der letzten Sitzung noch etwas Unerwartetes zumuten kann, einen Versuch, das Muster zu verändern.

Von ihrer Bezugstherapeutin höre ich, dass es zwar Veränderungen gegeben hat in Bezug auf die Beziehung zu den Eltern. Klärende Gespräche haben stattgefunden, und Frau H. habe Schuldgefühle abbauen können. Aber sie wirkt noch genau so kontrolliert und selbstbeherrscht wie am Anfang. Das zeigt sich unter anderem auch in einem rigiden Tagesrhythmus. Sie beginnt ihren Tag immer mit Yoga und Joggen. Das braucht sie sicher.

In der Gesprächsgruppe wirkt sie regelrecht unantastbar. Alle ihre Beiträge sind gut und richtig, lassen aber wenig hinter die Fassade schauen.

Also beschließe ich, Frau H. bei passender Gelegenheit zu provozieren. Ich bin im Vorfeld selbst aufgeregt, weil ich ja nicht weiß, wann sich die Gelegenheit ergeben und was dann passieren wird.

4. Sitzung. Frau H. erzählt, dass es ihr gut geht. Sie freut sich auf draußen und hat viele Pläne für die nächste Zeit. Ich frage, was sie während des Klinikaufenthaltes alles erreicht hat: Das Verhältnis zu den Eltern sei besser geworden, sie selbst habe „ein stärkeres Ich-Bewusstsein und mehr Bauchgefühl“.

Ob es auch was gibt, was sie noch nicht erreicht hat? – Das verneint sie; sie hat alles geschafft, was sie sich vorgenommen hatte.

Meine Spielanweisung lautet: „Suchen Sie sich drei Instrumente; eins für die Vergangenheit, eins für die Gegenwart und eins für die Zukunft.“

Frau H. wählt ein Metallophon, die Holzschlitztrommel und die Bongos. Sie baut die Instrumente in einer halbkreisförmigen Linie vor sich auf und setzt sich im Yoga-Sitz dahinter. Ich sitze auf dem Stuhl, ausgerüstet mit Kalimba, Röhrenholztrommel, Djembe und – zum Provozieren – einem Kazoo.

Nach einer sehr langen Stille beginnt Frau H. auf dem Metallophon zu spielen. Sie sucht scheinbar



nach einer Melodie, die sich allmählich in den bekannten Rhythmus einfügt. Ich begleite auf der Kalimba und kann erstmalig mitspielen.

Dann spielt Frau H. die Holzschlitztrommel. Sie spielt vier Töne, immer in der gleichen Reihenfolge und in gleichmäßigem

Rhythmus. Es wirkt auf mich beinahe zwanghaft. Angebote von mir scheint sie zu überhören. Da spiele ich schnell und laut auf der Djembe. Keine Reaktion. Noch mal. Wieder keine Reaktion. Ich

nehme das Kazoo hinzu, trommle und „scharre“ auf dem Kazoo. Das einzige, was ich Frau H. entlocken kann, ist ein kurzes Lächeln. Gleich darauf spielt sie aber ganz konzentriert weiter ihr Motiv auf der Holzschlitztrommel, unbeirrt und ohne mich ein einziges Mal anzuschauen. Als mir klar ist, dass Frau H. sich nicht beeinflussen lassen will, höre ich auf zu spielen. Auch als sie noch die Bongos spielt, begleite ich sie nicht. Ich vermute, dass das ihr Instrument für die Zukunft ist, und in die Zukunft wird sie ja auch ohne mich gehen.

Das Gespräch kommt schnell auf den Mittelteil (Holzschlitztrommel + Trommel). Zu meinen „Trommelattacken“ sagt Frau H.: „Ich wollte mir nicht *eingreifen* lassen.“ Schnell verbessert sie sich. Sie hat sich stark gefühlt, weil sie sich nicht *rausbringen* ließ. Dann fühlte sie auch Trotz in sich aufsteigen.

Ich sage: „Eingreifen, das tue ich doch aber! Das ist sogar meine Aufgabe hier in der Therapie: Eingreifen, damit sich was verändern kann.“ Darauf antwortet Frau H. nicht, und wir reden an der Stelle nicht weiter, sondern sprechen erst über den ersten und dritten Teil der Improvisation.

Beim Spielen auf dem Metallophon (1. Teil) hatte Frau H. das Gefühl, im Rhythmus daneben zu spielen. Ich sage ihr, dass ich es anders erlebt habe und zum ersten Mal das Gefühl hatte, mit ihr *zusammen* zu spielen.

„Wie ging es Ihnen damit, dass ich Sie mit den Bongos (3. Teil) allein gelassen habe?“ frage ich.

„Das hat mich nicht gestört“, lautet die Antwort.

„Ja“, sage ich, „das glaube ich Ihnen. Ich glaube, dass es für Sie schwieriger ist, jemanden an sich heran zu lassen.“

Frau H. scheint wenig überrascht. Sie bestätigt meine Feststellung, die ich ihr ja ziemlich konfrontativ rübergebracht habe. Sie sagt, dass sie ein Mensch ist, der sich immer 100% geöffnet hat. Damit habe sie mehrmals schlechte Erfahrungen gemacht.

An dieser Stelle biete ich ihr einen Platzwechsel an. Frau H. nimmt auf meinem Stuhl Platz, und ich setze mich im Yoga-Sitz auf ihren Platz.

„Fällt Ihnen was auf?“ frage ich.

Das erste, was sie bemerkt: „Man macht sich so klein, wenn man da unten sitzt.“ Dann fällt ihr die Anordnung der Instrumente auf, die sie wie eine Mauer vor sich aufgebaut hatte.

„Möchten Sie jetzt hier etwas verändern?“ frage ich.

Frau H. nimmt die Bongos und setzt sich damit auf einen Stuhl. Sie wählt einen relativ großen „Sicherheitsabstand“ zu mir.

So wie ich Frau H. mit den Bongos auf den Knien dort sitzen sehe, kommen mir Gedanken, die ich ihr mitteilen möchte. „Sie dürfen sich auch schützen“, sage ich. „Sie müssen sich ja gar nicht 100% öffnen. Sie könnten es auch erst mal mit 10% probieren.“

Zum Abschluss trommeln wir noch gemeinsam. Ich empfinde das Stück als ein Zusammenspiel. Eindrücklich ist der Schluss: Er kommt mit einem gemeinsamen Trommelschlag.

Einschätzung:

Günstig für den Verlauf der Musiktherapie war in diesem Falle sicherlich, dass Musik für diese Patientin ein relativ unvertrautes Medium darstellte, eine besondere Chance war. In allen anderen Therapien fiel es ihr wesentlich leichter, ihre Kontrolle aufrecht zu erhalten. Da Frau H. außerdem eine hohe Therapiemotivation mitbrachte, konnte die Therapie bis zu dem Punkt gelingen, an dem sie wegen der äußeren Gegebenheiten beendet werden musste.

Etwas Entscheidende ist in der kurzen Therapiezeit nicht erreicht worden: dass Frau H. auch ihre aggressiven Anteile wieder entdecken, annehmen und in ihr Leben integrieren kann. Das hätte nur in einer vertrauensvollen Beziehung geschehen können. Dass das Vertrauen zwischen uns noch nicht genügend gewachsen war, zeigt sich zum Beispiel darin, dass sie mich während das Musizierens nicht anschauen konnte. In der Musik hatte sie jedoch schon begonnen, sich mehr auf mich zu beziehen. Bereits beim Dokumentieren der ersten Sitzung war mir die Wortgleichheit aufgefallen: Eine *Beziehung* entwickeln und gestalten – sich musikalisch aufeinander *beziehen*.

*Fallbeispiel:
„Wie fröhlich
bleiben bei so
viel Angst?“ –
Musiktherapeutische
Einzelarbeit
mit Frau P.*

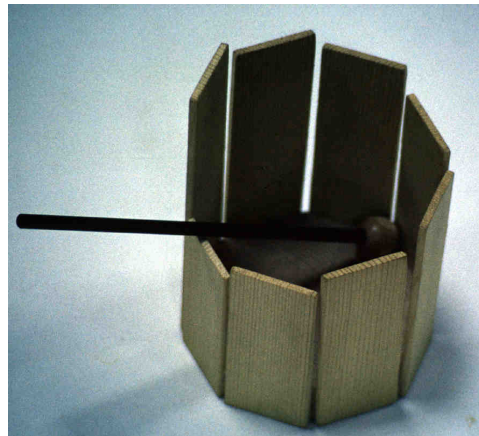
Auch Frau P., 48 Jahre alt, war wegen einer depressiven Symptomatik in der Klinik. Zu ihrer Vorgeschichte ist folgendes zu sagen:

Sie war ein Nachzüglerkind; bei ihrer Geburt waren beide Eltern schon über 40 Jahre alt. Ihre 4 Geschwister sind 12 bis 22 Jahre älter als sie. Schon als Kind hatte sie oft Angst um ihre Eltern, die ja nicht mehr jung und gesundheitlich beeinträchtigt waren. Die Angst um ihre nächsten Bezugspersonen zieht sich durch ihr ganzes Leben. Jetzt sind es die Geschwister und der Ehemann, die krank oder bereits verstorben sind. Ihren ersten Mann verlor sie, als er mit Ende dreißig merkte, dass er homosexuell ist und sich von ihr trennte. Aus der ersten Ehe stammen ihre zwei Kinder.

Ihr jetziger Mann ist nach mehreren Herzinfarkten innerhalb eines Jahres arbeitsunfähig. Sie selbst hat ihre Arbeit in einem Büro vor drei Jahren gekündigt, weil sie vom Arbeitgeber gemobbt wurde. Eine ihr angebotene Stelle als Kellnerin kann sie nicht antreten wegen der Schmerzen, die sie seitdem plagen.

Frau P. hatte sich Musiktherapie gewünscht, seit sie einmal auf dem Klinikflur zugeschaut hatte, wie die Gruppe tanzte. Ein Therapieziel für Frau P. lautete, dass sie lernt, eigene Wünsche zu äußern und sich zu erfüllen. Deshalb wurde ihr der Wunsch nach Musiktherapie gewährt.

1. Sitzung. Ich beginne, indem ich sage: „Ich habe gehört, dass Sie sich Musiktherapie gewünscht haben.“



Da erzählt Frau P., dass sie zu Hause, wenn sie allein ist und niemanden stört, oft Musik hört und dass ihr die Musik hilft, aus einer depressiven Stimmung herauszukommen.

Ich sage ihr, dass wir in der Musiktherapie vor allem selbst musizieren und damit das ausdrücken, was schwer zu sagen ist. Dann zeige ich ihr die Instrumente, und wir spielen sie an. Bei dieser Probierphase zeigt sich bereits etwas Wichtiges: Frau P. baut sich regelrecht zu mit den Instrumenten, die sie ablegt, so dass sie gar nicht mehr aufstehen kann. Nachdem sie die Djembé probiert hat, behält sie das Instrument zwischen den Beinen eingeklemmt, spielt die Klangschaale und erzählt mir nebenbei von ihren Problemen.

Zu den Instrumenten sagt Frau P. noch, die Oceandrum und die Rührtrommel seien die schönsten gewesen. Das eine habe sie beruhigt, das andere ihr Schwung gegeben.

Rührtrommel

2. Sitzung. Frau P. erzählt, dass sie vor der ersten Musiktherapie aufgereggt gewesen war, sich dann aber beruhigen konnte. Auf die Frage, wie es ihr jetzt geht, sagt sie weinend, sie habe in ihrer zweiten Ehe das Gefühl für sich selbst verloren. Nichts von dem, was sie gern möchte, kann sie tun. Sie muss Rücksicht nehmen auf ihren kranken Mann. Nun möchte sie lernen, mit ihrem Mann anders umzugehen und trotz der Situation wieder fröhlich werden wie früher.

„Sie sagen, dass Sie das Gefühl für sich verloren haben. Aber jetzt, wenn Sie mir das erzählen, **haben** Sie doch ein Gefühl. Suchen Sie sich mal ein Instrument, das dazu passt.“

Die Patientin spielt die Djembé mit den Fingerspitzen beider Hände, sehr leise. Ich spiele dazu Rahmentrommel, zunächst einzelne Töne, dann mehr. Schließlich spiele ich in ihrem Rhythmus mit. Kleine Veränderungen übernimmt sie sofort. Auch den Schluss übernimmt sie von mir.

Im Gespräch sagt die Patientin, dass sie in sich hineingehorcht habe. Sie konnte mal das tun, wonach ihr ist. Das habe gut getan.

Dass ich mich in ihr Spiel „eingemischt“ habe, fand sie gut. Da war sie nicht allein und hat sich verstanden gefühlt. Ihr Mann versteht sie nicht.

Dann beginnt sie wieder zu erzählen, was er ihr alles verbietet bzw. ablehnt, mit ihr gemeinsam zu tun, weil er doch so krank ist.

„Horchen Sie jetzt noch einmal in sich hinein“, fordere ich sie auf „was Sie jetzt für ein Gefühl Ihrem Mann gegenüber haben. Suchen Sie sich dafür ein Instrument!“

Frau P. wählt die Oceandrum und spielt leise und sehr gefühlvoll. Sie ist ganz versunken in ihr Spiel. Ich höre und schaue zu. Mir fällt auf, dass sich nur wenige Kugeln bewegen, die anderen bleiben still liegen.

Im Anschluss an das Spiel sagt Frau P.: „Ich möchte es meinem Mann ruhig beibringen, was ich mir wünsche. Ich möchte ruhig mit ihm reden.“

3. Sitzung. Frau P. berichtet, dass es ihr heute richtig gut geht. Sie hat keine Schmerzen. Da sie kein Thema mitgebracht hat, soll sie sich nach Lust und Laune Instrumente aussuchen.

Frau P. wählt das Metallophon, die Djembé und eine Rassel. Dann machen wir zusammen Musik. Frau P. spielt alle ihre Instrumente der Reihe nach durch. Deutlich ist wieder, dass sie rhythmische und Veränderungen der Lautstärke und Instrumentenwechsel von mir sofort übernimmt. Sie scheint es fast zu erspüren, was ich als nächstes tun will. Schließlich will ich aufhören zu spielen. Ich spiele einen betonten Schlag auf meiner Trommel. Frau P. antwortet. Ich setze die Trommel betont ab. Frau P. antwortet auf ihrem Instrument und schaut mich hilfeschend an. Ich stelle ein anderes Instrument von mir noch mal betont auf seinen Platz als Zeichen, dass für mich nun wirklich Schluss ist. Frau P. ist sehr verunsichert.

„Was soll ich denn jetzt machen? Ich kann mich nicht entscheiden. So ist das auch im Leben.“ Und sie erzählt, wie sie ja im Kopf alles weiß. Wenn sie aber aus dem Bauch heraus handeln will, geht es nicht. Zwischen Kopf und Bauch ist eine Schranke. Das ist der Panzer, der sie einengt. Während sie das erzählt, zeigt sie auf ihre Schultern und den ganzen Oberkörper. Wieder beginnt sie von ihrem Mann zu erzählen und wie ihr Leben durch ihn eingengt ist. Ich überspitze ihre Aussagen und sage: „Ihr Mann engt Sie ein – meinen Sie das so?“

Frau P. bejaht. „Er will das nicht, aber es ist so.“ Sie hat solche Angst um ihn, dass sie sich nicht traut, ihn auch nur für kurze Zeit allein zu lassen. Sie muss auch immer an ihre Familie denken, die immer kleiner wird, und an ihren ersten Mann. Ihren jetzigen Mann will sie nicht auch noch verlieren.

An dieser Stelle müssen wir abschließen, die Zeit ist um. Um Frau P. nicht so zu entlassen, frage ich sie, ob sie mit dem einverstanden ist, was ich ihr als Abschluss vorschlage:

Ich spiele ein Lied von Hans-Jürgen Hufeisen (Flötenmusik) mit dem Titel „Mein Schutzengel“. Dabei stelle ich mich hinter Frau P. und lege ihr meine (warmen) Hände auf die Schultern.

4. Sitzung. Es ist gleichzeitig unsere letzte Sitzung.

Frau P. geht es einigermaßen gut. Die letzte Körpertherapie ist ihr nicht gut bekommen. Da ging es um das Thema „Aggression“. Seitdem hat sie wieder Schmerzen.

Ein Thema hat sie nicht mitgebracht. Ihr Kopf ist ganz leer.

„Dann schlage ich was vor“, sage ich.

In unseren Sitzungen ging es ja immer wieder um den Ehemann von Frau P. Ich beschreibe kurz die Situation mit meinen Worten und fordere sie dann auf, sich je ein Instrument für sich und ihren Mann auszusuchen. Für sich selbst braucht die Patientin nicht lange zu überlegen, aber die Wahl für ihren Mann fällt ihr schwer. Schließlich nimmt sie eine Rührtrommel mit Gummikopfschlägel. Dieses Instrument spiele ich. Bevor wir beginnen, fragt Frau P.: „Soll ich anfangen?“

„Beginn und Ende sind offen. Machen Sie es so, wie es Ihnen zumute ist.“

Da beginnt sie auf ihrer Trommel zu spielen. Ich spiele mit, kann aber mit meinem Instrument wegen des weichen Gummischlägels nur sehr leise spielen. Sofort wird sie auch noch leiser. Sie macht alles, was ich auch mache.

Im Gespräch sagt Frau P:

„Die Rührtrommel hat gut zu meinem Mann gepasst. Ich habe sie gewählt, weil mein Mann auch so leise ist. Nur manchmal sagt er etwas sehr bestimmt, das verunsichert mich dann. Ich möchte spüren, wie es ihm geht.“

Und wieder beginnt Frau P. zu erzählen. Sie hat die Tendenz, sehr viel zu reden, wenn es um das Thema „kranker Mann und kranke Geschwister“ geht. Deshalb falle ich ihr ins Wort und sage: „Das führt uns jetzt nicht weiter, wenn Sie das wieder alles erzählen. Gehen wir doch noch mal zurück zu unserer Musik.“

Ich beschreibe der Patientin meine Wahrnehmung, dass sie sich gänzlich nach mir gerichtet hat. In einer neuen Improvisation soll sie versuchen, eine andere Lösung zu finden, mit mir bzw. mit ihrem Mann zu sprechen.

Frau P. beginnt leise mit den Fingerspitzen zu trommeln. Der Rhythmus ist ganz gleichmäßig. Nach einer Weile komme ich mit meinem Instrument dazu. Ich spiele einen anderen Rhythmus. Recht lange spielen wir so. Frau P. hält durch. Dann spiele ich bei ihr mit. Das Spiel wird etwas lauter, es gibt einen gemeinsamen Schluss.

Wir reflektieren die Musik noch kurz. Frau P. sagt, was sie in der Musik schon getan hat. Sie muss nur lange genug beharrlich durchhalten, wenn sie bei ihrem Mann was erreichen will. Dann sagt er schließlich ja.

Zum Abschluss der Sitzung und der Therapie spiele ich für Frau P. noch ein Lied von CD: „Jeden Tag“ (aus: „*Beautiful Planet*“ von Amei Helm)

*„Jeden Tag ein bisschen leichter
jeden Tag ein Stückchen weiter
Schritt für Schritt
auf der Straße meines Lebens*

*Ja, so gehe ich, Schritt für Schritt
und ich wachse jeden Tag ein jeden Tag,
ein Stück
ja, so gehe ich, Schritt für Schritt
auf der Straße meines Lebens“*

Einschätzung: Bei Frau P. hatte ich den Eindruck, dass die Musiktherapie den Therapieverlauf insgesamt unterstützt hat. Manches Mal hatte Frau P. in den Sitzungen gesagt: „Das Thema hatten wir kürzlich auch in der Gesprächsgruppe.“ Dadurch, dass die Patientin Parallelen zwischen ihrer improvisierten Musik und ihrem Alltag entdeckte, hatten wir die Chance, nach Veränderungsmöglichkeiten in der Musik zu suchen und diese schon mal auszuprobieren, so wie es in der letzten Sitzung geschah.

Trotz der kurzen Zeit hatte ich das Gefühl, dass Frau P. genug von ihrem Klinikaufenthalt mitgenommen hat, um erst mal zurecht zu kommen. Sie hat verstanden, dass sie mehr für sich sorgen muss, und hat auch Wege gefunden, wie sie das tun kann. Das Abschiedslied sollte ihr Mut machen, ihre neuen Erkenntnisse jeden Tag ein Stückchen zu praktizieren.

*Fallbeispiel:
„Wo die Angst
ist, ist die Erinnerung“ – Musiktherapeutische
Einzelarbeit mit
Herrn S.
Verlust des
Erinnerungsvermögens*

Herr S., ein 40jähriger Patient, befindet sich seit längerer Zeit in der Klinik. Nachdem er bei einem Aufenthalt im Stadtpark zusammengeschlagen und ausgeraubt worden war, hat er seine Erinnerungen verloren. Von seiner Mutter, die ihn bei sich aufnahm und die Therapie anfangs intensiv begleitete, stammen alle Informationen über seine Vorgeschichte. Als Herr S. geboren wurde, befand sich die Mutter im Direktstudium. Deshalb kümmerte sich die Großmutter in den ersten 5 Lebensjahren um ihn. Diese soll ihn sehr streng erzogen haben. In der Akte ist auch von Misshandlungen die Rede. Nach 10 Jahren Schule erlernte Herr S. den Beruf eines Werkzeugmachers. Nach der Wende wurde er arbeitslos, fand aber auf Grund guter fachlicher Kenntnisse eine Anstellung bei einer österreichischen Firma. Ca. 10 Jahre lang lebte Herr S. in Österreich, heiratete 2 mal und erwarb ein Eigenheim. Aus der 2. Ehe ging ein gemeinsames Kind hervor, zu dem eine enge emotionale Beziehung besteht. Seine Frau verließ ihn vor ca. einem Jahr mit den drei Kindern – zwei davon hatte sie mit in die Ehe gebracht – und Herr S. kämpfte monatelang vergeblich um das Sorgerecht für sein Kind. Dazu kam eine arbeitsmäßige Überlastung, und Herr S. wurde schon vor dem Überfall wegen Migräne und depressiver Zustände ärztlich behandelt.



Das einzige, was er bis dahin erinnert, ist der Überfall, bei dem er bei Einbruch der Dunkelheit mit Knüppeln zusammengeschlagen worden war. Erst am nächsten Morgen war er völlig durchnässt aufgefunden worden. Dieses traumatische Erlebnis taucht in Alpträumen und Flashbacks immer wieder auf. Herr S. verfällt häufig in dissoziative Zustände. Nachdem eine hirnganische Schädigung endgültig ausgeschlossen worden ist, wird nun in der Therapie daran gearbeitet, seine Erinnerungsfähigkeit wieder herzustellen. Seit 2 ½ Monaten bekommt er auch Einzel-Musiktherapie.

Sitzung. Herr S. kommt pünktlich zum Musiktherapie-Raum. Mühsam hat er sich meinen Namen gemerkt und fragt, ob er denn jetzt und hier richtig sei. Nachdem ich ihm gesagt habe, dass alles seine Richtigkeit hat, setzt er sich und schaut auf die Instrumente. Auf meine Einladung hin betrachtet, befühlt und experimentiert er

sehr ausführlich. Er spielt extrem leise. Wenn es doch einmal etwas lauter wird, erschrickt er.

Wir gestalten auch eine gemeinsame Musik. Herr S. spielt die Leier und ich die Kalimba. Er probiert verschiedene Spielmöglichkeiten aus: weiches Zupfen, Zupfen mit den Fingernägeln, über die Saiten streichen. Einige Male antwortet er mir auf seinem Instrument, aber wahrscheinlich unbewusst. Den Namen seines Instrumentes möchte er sich unbedingt merken: Leier. Sie wird in der ersten Phase der Therapie sein Lieblingsinstrument.

Leier

2. Sitzung. Tatsächlich kann sich Herr S. an die Leier erinnern, als er sie sieht. Mit meiner Hilfe fällt ihm auch der Name wieder ein. Er spielt das Instrument, aber als ich ihn auf einem kleinen Glockenspiel begleiten will, geht es nicht. Er spürt den Klang des Glockenspiels unangenehm im Kopf und vernimmt ein Rauschen im Ohr.

Wie das klingt, frage ich. Der Regenmacher ist es nicht, aber bei der Oceandrum weiten sich seine Augen. Er schaut und hört zu, wie ich das Instrument (leise) spiele und probiert es dann selbst. Gleich darauf macht ihm die Oceandrum aber Angst. Die Kugeln, die beim Hin- und Herbewegen des Trommelkörpers „wegrutschen“ und den Klang erzeugen erinnern ihn daran, dass er auch seine Gedanken nicht festhalten kann. Alles rutscht ihm weg. Das macht ihm Angst.

Ich will sehen, wie es ihm wohl mit einem anderen Klang geht, mit dem einer tiefen Klangschale oder des Gongs. Ich spiele beide Instrumente an. Diese Klänge bleiben ja lange bestehen. Herr S. probiert es auch. Aber auch ein langer Klang löst sich irgendwann mal auf. Also tun ihm diese Klänge an diesem Tag auch nicht gut. Und plötzlich ist da noch etwas anderes, was ihn ängstigt: Die Instrumentenschlägel. Er erinnert sich an die Knüppel, mit denen er zusammengeslagen worden ist. Er bekommt ein Flashback und spürt sich nicht mehr. Ich frage ihn, was ihm jetzt helfen kann und zeige auf die Instrumente. Er nimmt eine Chekere, drückt sie zwischen seinen Händen und reibt sich dann die Oberschenkel. So machen wir das auch in Zukunft, wenn er in die Nähe von dissoziativen Zuständen kommt: Taktile Reize schaffen, den Boden unter den Füßen spüren, auch mal aufstehen und ein Stück im Raum laufen.



Chekere

3. Sitzung. Herr S. möchte noch mal einige Instrumente ausprobieren. Er tut das sehr gründlich und zeigt Phantasie. Bei den Blasinstrumenten macht er etwas Merkwürdiges: Er nimmt das Mundstück nicht in den Mund, sondern versucht mit Abstand hineinzublasen.

Nachdem er genügend experimentiert hat, nimmt er sich den Regenmacher für eine gemeinsame Improvisation. Mitten im Spiel wird ihm bewusst, dass er ja einen Stock in der Hand hält. Er hilft sich damit, dass er seine Aufmerksamkeit auf mein Instrument, die Oceandrum richtet. Grundsätzlich kann er von seiner Aufmerksamkeit her nur eines wahrnehmen: entweder seine eigenen Klänge oder meine.

In der Reflexion sagt er zwei Dinge:

- „Ich möchte lernen, mit solchen Situationen umzugehen. Draußen muss ich das auch schaffen.“
- „Es war schön, dass ich nicht allein war.“

Um Herrn S. wieder in das Hier und Jetzt zu bekommen, biete ich ihm zum Abschluss eine Klangmassage an. Er möchte, dass ich die Leier spiele.

Ich spiele das Instrument von verschiedenen Standorten aus und mit unterschiedlicher Distanz. Ich gehe auch spielend hinten um ihn herum.

Das hat ihm keine Angst gemacht, sagt er dann. Er wusste ja, dass ich das bin.

4. Sitzung. Dem Patienten geht es gut. Er hat gut geschlafen und keine Kopfschmerzen.

Noch immer hat er nicht alle Instrumente ausprobiert und das möchte er jetzt tun. Er spielt drei Instrumente, jedes ziemlich lange: das Metallophon, eine Rührtrommel und das kleine Glockenspiel. Als er die Rührtrommel spielt, begleite ich ihn auch mit einer Rührtrommel. Und ich spiele ein Crescendo. Am Höhepunkt erschrickt er. „Das war jetzt zu viel“, sagt er. „Das Geräusch kenne ich noch nicht, darum macht es mir Angst.“ Ich frage, was er jetzt machen möchte, was ihm gut tun würde. Er spielt weiter auf der Rührtrommel, ganz ruhig und gleichmäßig. Dann bricht er das Spiel ab, indem er den Kopf ruckartig hebt und mit den Augen blinzelt. Er war in einen Zustand gekommen, der dem Einschlafen ähnelt. Alle Gedanken waren weg, und er habe sich nicht mehr festhalten können. „Ich muss jetzt wieder wach werden“, das konnte er noch denken und selbst wieder in die Realität zurückfinden. Ich beende die Sitzung mit ein paar einfachen Wahrnehmungsübungen: Selbstmassage der Arme und Beine; spüren, dass der Boden fest ist und trägt; sich im Raum umschaun.



Regenmacher

Klangmassage

5. Sitzung. Diese Sitzung wird auch für mich zur „Probierstunde“. Bisher ist es mir nicht gelungen, in der Musik Kontakt zu Herrn S. herzustellen. Wenn ich ihn begleitete, hat er es entweder nicht gemerkt oder meine Aktivitäten für kurze Momente isoliert wahrgenommen.

Er hatte bis jetzt Klänge bevorzugt, die sehr obertonreich sind und deren Resonanz er stark und oft unangenehm im Kopf spürt. Sein Kopf ist ja auch sein Problem. Permanent ist er im Alltag damit beschäftigt, mitzubekommen was andere sagen, sich Dinge zu merken und vieles ganz neu zu lernen. Er kann sich aber auch nicht lange konzentrieren. Nach kurzer Zeit bekommt er Kopfschmerzen, und das Ohrenrauschen setzt ein.

In dieser Sitzung versuche ich ihm tiefe Klänge anzubieten. Er soll sich nicht unbedingt auf seinen Kopf konzentrieren. Das ist wahrscheinlich leicht gesagt, denn er spürt die Resonanzen wieder im Kopf.

Ich muss Herrn S. auch ankündigen, dass wir uns bald verabschieden müssen, denn meine Praxistätigkeit läuft aus. Herr S. wirkt betroffen, als ich ihm das sage.

An unserem nächsten und gleichzeitig vorletzten Termin ist er mit einem randvollen Therapieprogramm an diesem Tag und seinem neuen Medikament nicht in der Lage zu arbeiten, so dass ich ihn in den Ruheraum schicke. Nun haben wir also nur noch eine Stunde für den Abschied.

6. Sitzung. Nach seinem Befinden gefragt erzählt Herr S. von Alpträumen, die ihn vergangene Nacht geplagt haben. Sonst habe er sich solche Träume immer mit einem bestimmten Ereignis am Tag vorher erklären können. Dieses Mal weiß er aber nicht, woher sie kamen.

Ich lenke das Gespräch auf den Abschied. Er kann sich dunkel entsinnen, dass ich schon mal so was gesagt habe. Nun soll er sich ein Instrument nehmen, das er gern noch mal spielen will. Herr S. nimmt die Leier. Er fängt sofort an zu spielen und experimentiert in seiner fast kindlichen Art mit dem Instrument. Ich höre zunächst zu. Dann fordere ich ihn auf, noch mal zu musizieren und dabei einen klaren Anfang und ein klares Ende zu finden. Diesmal spiele ich die Kalimba dazu. Ich habe aber vorher nichts gesagt, denn ich will wissen, ob er überhaupt merkt, dass ich mit spiele.

Musikalisch tut er jetzt etwas Bemerkenswertes: Er spielt allmählich immer rhythmischer, und sein rechter Fuß bewegt sich im Takt dazu.

Auf meine anschließende Frage, was an der zweiten Musik im Vergleich zur ersten anders gewesen sei, antwortet er: „Der Rhythmus hat mir geholfen, meine Gedanken zu ordnen.“ Meine Begleitung erwähnt er nicht. Als ich ihn danach frage, sagt er: „Ich bin auch mal kurz bei Ihnen gewesen, dann bin ich aber zurück zu meinem Instrument gegangen. Das geht immer hin und her.“

Ich gebe mich damit nicht zufrieden und frage: „Wie *ging* es Ihnen denn damit, dass ich mich in Ihr Spiel eingemischt habe?“

Herr S. sagt wieder, dass er sich ja nicht auf zwei Dinge gleichzeitig konzentrieren kann. Ich sage: „Ich frage deshalb so genau nach, weil ich wissen möchte, ob Sie vielleicht mit Ihrem Klang lieber alleine wären.“

Da sagt er: „Ja und nein.“

„Gut“, sage ich, „nun haben wir nur noch wenig Zeit. Wir müssen uns jetzt wirklich verabschieden. Sie dürfen entscheiden, ob Sie allein noch mal ein bestimmtes Instrument spielen wollen oder mit mir gemeinsam.“

Herr S. möchte mit mir gemeinsam spielen. Ich lasse ihn beide Instrumente aussuchen; seins und auch das, was ich spielen soll. Er nimmt die Kalimba, mir gibt er ein kleines Metallophon in die Hand. Dann spielen wir gemeinsam. Die Musik, die entsteht, ist so vollkommen anders als alles Bisherige, dass ich es kaum glauben kann. Es ist ein Hin- und Herreichen von Motiven und die Klänge der beiden Instrumente sind ineinander verwoben wie die Fäden in einem Teppich. Ein wirklicher Dialog hat stattgefunden; ohne Worte zu gebrauchen haben wir uns verstanden.

Als die Musik verklungen ist, blickt Herr S. von seinem Instrument auf und sagt strahlend: „Das war schön.“ Ich sage ihm, dass es für mich auch sehr schön war und dass ich es schade finde, dass wir nicht zusammen weiter arbeiten können.

„Vielleicht kommen Sie ja noch mal wieder. Ich dachte auch, dass Dr. H. (der erste Bezugstherapeut) noch mal wieder kommt, aber er kam nicht. Vielleicht besuchen Sie uns ja mal.“

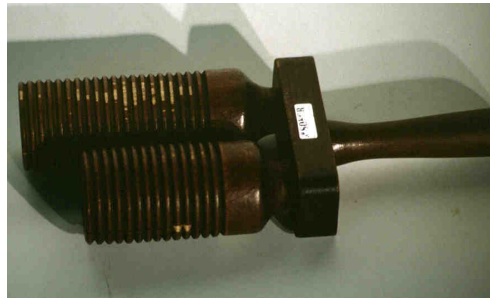
Ich habe ein schlechtes Gefühl bei diesem Abschied. Dass die Beziehung schon so weit gewachsen ist, dass mein Weggehen für Herrn S. schwierig sein könnte, hätte ich nicht gedacht. Er hat mir aber deutlich gezeigt, wie wichtig es für ihn wäre, dass ich ihn noch weiter begleite. Mehrfach ist er in seinem Leben schon verlassen worden. Jetzt an dieser Stelle die Beziehung abubrechen, das halte ich für schlecht.

Ich spreche noch mal mit dem Chefarzt, berichte von unserer letzten Sitzung und biete an, mit Herrn S. weiter zu arbeiten, obwohl ich einen sehr weiten Weg bis zur Klinik habe.

Und tatsächlich bekomme ich grünes Licht. Es wird ein Honorarvertrag gemacht, und lückenlos kann ich die Therapie fortsetzen.

7. Sitzung. Herr S. sagt: „Das ist aber schön, dass du wieder da bist.“ Gleich zwei mal rutscht ihm versehentlich ein „du“ heraus.

Sein Befinden ist heute nicht so gut. Er hat Kopfschmerzen. Nachdem er kurz einige Instrumente angespielt hat, nimmt er sich eine Vogelstimme, die ein leises Zwitschern hervorbringt. Er erzählt, dass seine Eltern, bei denen er wieder wohnt, auch einen Vogel haben. Ich fordere ihn auf zu schauen, ob es noch andere



Tiere gibt, die man mit Instrumenten darstellen kann. Herr S. findet eine Röhrenholztrömmel, die klingt wie das Klappern eines Storchs. Ich spiele ihm auf der Flöte das Lied „Auf unsrer Wiese gehet was“ vor und frage ihn, ob er das kennt. Er kennt es nicht. Ich singe es ihm auch vor. Den Scherz in dem Lied versteht Herr S. nicht. Aber er möchte Flöte spielen. Er hält die Flöte richtig in der Hand und spielt zuerst unsicher, dann immer sicherer werdend die Tonleiter rauf und runter. Seine Mutter hat ihm das mal gezeigt, sagt er.

Röhrentrommel

8. Sitzung. Herr S. setzt sich auf seinen Stuhl und rückt näher an die Instrumente heran. „Das ist besser so“, sagt er. Sofort entdeckt er die Flöte und möchte wieder spielen. Er spielt wieder die Tonleiter rauf und runter. Dann probiert er noch die anderen Flöten, eine Oberton- und eine Ziehflöte. Sein Spiel auf der Ziehflöte begleite ich mit einer Klangschale. Er spielt immer heftiger, und auch ich spiele immer lauter. Eine solche Lautstärke wäre noch vor einigen Wochen undenkbar gewesen. Hinterher sagt er, dass er nur den Ton meiner Klangschale treffen wollte, deshalb habe er so heftig gespielt. Ich sage, dass man den Ton auch singen kann, und tue es auch gleich. Herr S. singt auch. Wenn ich meinen Ton verlasse, um einen anderen anzusingen, kommt er mit seiner Stimme immer nach.

Unsere kleine Stimmimprovisation benutze ich als Brücke und biete ihm noch ein anderes Kinderlied an, das eigentlich jeder kennt: „Hänschen klein“. Aber Herr S. kennt es nicht. Wir singen es zusammen. Dann sage ich: „Ich will Ihnen auch sagen, warum ich ausgerechnet auf diese Lied kam. Sie heißen doch mit Vornamen Johannes. (Johannes – Hans – Hänschen)

„Ja“, sagt er, „das sagen alle. Ich muss es ja glauben. Die erzählen mir auch, dass ich in Österreich gelebt habe und Familie hatte. Ich muss es eben glauben. Aber ich habe kein Gefühl dabei.“ Zum ersten Mal spricht er mit mir darüber, wie er sich in seiner Situation fühlt.

Wir beschäftigen uns noch mal mit dem Hänschen aus dem Lied. Gemeinsam überlegen wir, was das wohl für ein Hänschen ist, das da allein in die Welt zieht. Herr S. soll sich ein Instrument für das Hänschen suchen. Er nimmt die Holzschlitztrömmel. Ich übernehme die Rolle der Mutter, die zu Hause auf Hänschen wartet. Das mache ich mit der tiefen Klangschale. Dann spielen wir Hänschens Reise. Am Schluss hat Herr S. ein inneres Bild von einem Haus im Wald. Als er davon erzählt, wird er wieder unruhig und reibt sich mit den Händen die Oberschenkel. Er sei einfach nicht näher an das Haus herangekommen, sagt er. Da drin war es dunkel, und außerdem war da der Wald. Angst hatte er nicht hineinzugehen, es ging einfach nicht näher. Er kann sein Gefühl nicht benennen, das ihn daran hinderte, in das Haus hineinzugehen. Sehr schnell entfernt sich dann das Bild wieder.

Wir legen unsere Instrumente ganz bewusst ab und verabschieden uns aus unseren Rollen. Ich fordere ihn auf, den Raum und mich anzuschauen, um zurückzufinden in das Hier und Jetzt.

9. Sitzung. Herr S. erzählt, dass er am Wochenende allein im Kino war. Das war ein Belastungstest. Die Dunkelheit konnte er noch nicht gut aushalten und musste zwischendurch das Kino verlassen. Er will das weiter üben und bald wieder allein ins Kino gehen.

Als Herr S. die Flöte sieht, nimmt er sie sich. Gemeinsam spielen wir eine Improvisation, in der ich vor allem rhythmische Stütze gebe. „Das war schön“, sagt er wieder. „Kann man Flöte spielen lernen?“

„Ja“, sage ich, „das ist auch gar nicht so schwierig.“ Ich bringe ihm bei, ein Stück von „Hänschen klein“ auf der Flöte zu spielen. Herr S. muss sich ziemlich anstrengen, aber er schafft es. Zwischendurch erzählt er mir, wie mühsam die ganze Therapie für ihn ist und dass ihn manchmal der Mut verlässt, wenn er so wenig Fortschritte sieht. Er möchte sich Mühe geben und alles richtig machen, aber wenn es drauf ankommt, fallen ihm die Dinge einfach nicht ein, die er sagen möchte. Er weiß auch oft nicht, was richtig und falsch ist. Ich erzähle ihm von mir, dass ich auch oft Fehler

*Stimm-
improvisation*

mache, wenn es drauf ankommt, z.B. wenn ich Orgel oder Klavier spielen muss. Dann mache ich mir Druck, dass es besonders gut klappen muss, und es klappt gerade nicht. Meine Absicht dabei ist, ihn zu entlasten, denn er vergleicht sich in letzter Zeit häufig mit den anderen und nimmt schmerzlich seine Defizite wahr.

Wir beenden die Sitzung mit einer Improvisation über das Lied „Hänschen klein“.

„Die Flöte ist das schönste Instrument“, sagt Herr S. am Schluss, „weil man da hört, was man selbst macht.“

10. Sitzung. Herr S. erzählt mir, dass er für drei Tage allein zu Hause ist. Seine Eltern sind nach Österreich gefahren, um seine Möbel zu holen. Er wird damit allein in eine Wohnung ganz in der Nähe von seinen Eltern ziehen. Das wird ein großer Schritt für ihn, denn er hat große Angst allein zu sein, besonders nachts. Vergangene Nacht hat er sehr schlecht geschlafen und jetzt hat er Kopfschmerzen.

Ich bitte ihn, doch einmal mit einem Instrument auszudrücken, wie es ihm heute geht. Er nimmt das Xylophon und spielt mit zwei Schlägeln eine Musik, die viele Facetten hat: kleine und große Glissandi, einzelne Töne, zwei Töne gleichzeitig, arhythmisch und rhythmisch, schnell und langsam.

Die wichtigsten Aussagen, die er in der Reflexion macht, sind (mit meinen Worten ausgedrückt):

- „Das war richtig schöne Musik. Ich wusste gar nicht, dass man so schöne Musik selbst machen kann.“
- „Es war eine „harmonische“ Musik.“ Er meint damit, dass unsere Instrumente (ich hatte Holzschlitztrommel und Kalimba gespielt) gut zusammengeklungen haben.
- „Ich konnte ausdrücken, wie es mir geht. Die tiefen Töne bedeuten, dass es mir schlecht geht, die hohen bedeuten, dass es mir gut geht. Ich wünsche mir, dass es mit mir besser wird. Darum habe ich auch viele hohe Töne gespielt.“
- „Ich konnte aufhören zu denken. Ich war nur mit dem Spielen beschäftigt.“

Nach dieser Improvisation sind die Kopfschmerzen fast weg.

Herr S. probiert noch einiges, z. B. spielt er mit meiner Hilfe „Alle meine Entchen“ auf dem Xylophon und nimmt auch die Flöte noch einmal zur Hand. Aber sie ist heute nicht sein Instrument. Das eigentlich Bedeutsame war die erste Improvisation, in die er seine unbestimmten Gefühle und nicht zu Ende gedachten Gedanken hineinlegen konnte.

Beim Abschied sagt er: „Ich freue mich schon auf nächstes Mal“.

Einschätzung:

Die Therapie mit Herrn S. erwies sich anfangs als schwierig. Schnell war er überfordert und reagierte mit Kopfschmerzen, Ohrenrauschen und Dissoziation. Er konzentrierte sich zunächst fast ausschließlich auf seinen Kopf. Gefühle spielten anfangs eine untergeordnete Rolle. Auch in den Dokumentationen der anderen Therapeuten standen ähnliche Beobachtungen.

Für mich besonders auffallend war, dass ein Kontakt über die Musik in der ersten Phase nicht möglich war. Meine Vermutung war, dass es sich nicht nur um ein **Konzentrationsproblem** handelte (sich nicht gleichzeitig auf zwei Dinge konzentrieren können), sondern dass er **Nähe** noch nicht zulassen konnte. Erst als der Abschied drohte, konnte er aus seiner Isolation heraustreten. Indem Herr S. die Erfahrung machte, dieses Mal nicht verlassen zu werden, konnte er sich auf unsere Beziehung einlassen. Seitdem ist in seinem musikalischen Verhalten eine deutliche Veränderung erkennbar. Er nimmt seine und meine Töne nicht mehr isoliert, sondern als Ganzes wahr und bezieht meine Musik in seine Gestaltung ein. Auch ist die Musiktherapie für ihn ein Ort geworden, wo er seine Gedanken ordnen und manchmal sogar loslassen kann.

Maria Alm:



Zur Person

Ich komme aus dem Ostteil von Deutschland. Vor der Wende studierte ich in der damaligen DDR Kirchenmusik und Gemeindepädagogik. Nach der Wende erhielt ich für die Ausbildung als Gemeindepädagogin eine Anerkennung als Sozialarbeiterin, was den Grundstock für das Zusatzstudium Musiktherapie bildete.

Aus familiären Gründen wollte ich mich nach einigen Jahren Gemeindearbeit aus dem kirchlichen Dienst verabschieden, jedoch die wesentlichen Elemente meiner Arbeit, Musik und unmittelbaren Kontakt zu Menschen unterschiedlicher Altersgruppen, beibehalten. Musiktherapie erschien mir als die ideale Lösung.

Im Juni 1999 fand ein Siegener Aufnahmetag in Neudietendorf in Thüringen statt, mit Inge Kritzer und Helmut Rudloff. Diesen besuchte ich, hatte einen positiven Ersteindruck, das Baukas-

tenprinzip der Ausbildung gefiel mir, die ersten Termine passten, und so begann ich einen Monat später die Ausbildung.

Die Vor- und Nachteile eines Zusatzstudiums als Ergänzung zum Grundberuf konnte ich zum damaligen Zeitpunkt noch nicht überblicken. Einerseits betrachte ich meinen Ursprungsberuf als Grundlage für meine musiktherapeutische Tätigkeit und profitiere von Fähigkeiten und Hintergrundwissen, die ich mir zuvor schon erworben hatte. Andererseits war mir von Anfang an klar, dass ich durch das Zusatzstudium einen Berufswechsel anstreben würde. In welchem Bereich ich mich musiktherapeutisch ansiedeln will, ist noch nicht endgültig festgelegt.

Die Praxistätigkeit wollte ich nutzen, um mich mit unterschiedlichen Klientel auszuprobieren.

In der ersten Phase arbeitete ich mit geistig behinderten Frauen in einem Heim der Diakonie, das waren ca. 1 ½ Jahre. Dann kam eine Arbeitsphase mit Kindern in einer heilpädagogischen Kindertagesstätte für vier Monate. Zuletzt hatte ich noch das Glück, in einer psychosomatischen Klinik meine Praxistätigkeit fortzusetzen.

Maria Alm
Ligaer Straße 9
01561 Schönfeld

burghardalm@gmx.de