

Musiktherapie als integraler Bestandteil in der tagesklinischen Betreuung psychisch Kranker

Ulrike Behr

Die vorliegende Arbeit beschreibt eine intensive Begegnung mit PatientInnen einer Tagesklinik für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Bevor ich meine praktische Arbeit beschreibe, möchte ich zunächst meine berufliche Entwicklung zur Musikpädagogin und Musiktherapeutin darlegen. Danach folgt die Vorstellung der Einrichtung, in der ich musiktherapeutisch tätig bin, die Vorstellung der KlientInnen und meiner Arbeitsbedingungen vor Ort. Ich werde kurz erläutern, wie ich die Musiktherapie dokumentiere und evaluiere und mit welchen Qualitätsverfahren in der Tagesklinik gearbeitet wird.

Die Tagesklinik ist eine teilstationäre sozialpsychiatrische Einrichtung für seelisch kranke Menschen, bei denen ambulante Maßnahmen nicht ausreichen oder eine

*Die Psychiatrische Tagesklinik
„KIELER
FENSTER“*



vollstationäre Behandlung nicht mehr notwendig, eine Nachbehandlung zur Stabilisierung aber erforderlich ist. Sie ist ein Angebot des Vereins Kieler Fenster, der Träger vielfältiger sozial- psychiatrischer Hilfen ist. Neben der Tagesklinik unterhält das Kieler Fenster ein Ambulantes Zentrum, eine Tagesstätte, betreutes Einzelwohnen, sozialtherapeutische Wohngruppen, verschiedene Arbeitstrainingsprojekte sowie eine ambulante Frühförderung. Das Ambulante Zentrum befindet sich im gleichen Hause wie die Tagesklinik und bietet in enger Zusammenarbeit eine Nachsorge im Anschluss an die tagesklinische Behandlung.

Die Behandlung erfolgt tagsüber in der Zeit von 8.30 bis 16.30 Uhr. Die Abende und Wochenenden verbringen die PatientInnen zuhause. Die Behandlungsdauer beträgt im Allgemeinen sechs bis acht Wochen, Kostenträger ist in der Regel die zuständige Krankenkasse, mitunter auch der Sozialhilfeträger.

Das therapeutische Team besteht aus MitarbeiterInnen der Fachdisziplinen Krankenpflege, Ergo-, Gestaltungs- und Musiktherapie, Sozialpädagogik, Psychologie und Medizin. Ergänzt wird das Team durch einen Zivildienstleistenden und eine

Sekretärin. *ENGELMANN (2000)* schreibt: Das multiprofessionelle Team ist seit jeher zentraler Aspekt gemeindepsychiatrischer Konzepte. Im *Leitbild des Kieler Fenster* heißt es: „*Psychische Erkrankungen sehen wir grundsätzlich als einen multifaktoriellen und lebensgeschichtlich bedingten individuellen Prozess, der durch das wechselseitige Zusammenwirken von somatischen, psychischen, geistigen und sozialen Faktoren ... bestimmt wird. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit.*“

Diese Rahmenbedingungen ermöglichen eine intensive Therapie, bei der die PatientInnen in ihrem sozialen Bezugsrahmen bleiben. Das therapeutische Programm ist in einen festen Wochenplan eingebunden und besteht aus Elementen der somatischen, Sozio- und Psychotherapie. Der Schwerpunkt liegt in der Arbeit mit Gruppen. Das Angebot umfasst:

- Medikamentöse Einstellung
- Psychotherapie als Gruppen- und Einzelbehandlung
- Training lebenspraktischer Fertigkeiten (Gesundheitstraining, Entspannungstraining, Außenaktivitäten)
- Beschäftigungs- und Gestaltungstherapie
- Musiktherapie
- Neigungs- und Interessengruppen (Sport, Lese- und Spielstunde, Projektgruppe)
- Sozialpädagogische Integrationshilfen
- Gesprächsgruppen (Bezugsgruppe, Männer-/ Frauengruppe)
- Angehörigenberatung

Die KlientInnen der Psychiatrischen Tagesklinik

In die Tagesklinik werden Menschen mit allen Formen der seelischen Erkrankung aufgenommen. Häufig sind dies Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, affektive Psychosen, Angststörungen, Zwangsstörungen, somatoforme Störungen und Persönlichkeitsstörungen. Sekundär liegen oft Abhängigkeitsprobleme oder Essstörungen vor.

Für Menschen mit akuter Selbst- und Fremdgefährdung, primärer Abhängigkeitsproblematik oder hohem Pflegebedarf ist dieses therapeutische Angebot *nicht* ausreichend.

Die Tagesklinik des *Kieler Fenster* hat 24 Plätze zur Verfügung. Die Aufnahme erfolgt über niedergelassene Ärzte oder psychiatrische Krankenhäuser. Sie erfordert die Bereitschaft zur Mitarbeit und setzt eine ausreichende Versorgung außerhalb der Behandlungszeiten voraus.

Die PatientInnen sind je nach Störungsbild einer von drei Bezugsgruppen zugeordnet. So befinden sich in Gruppe A persönlichkeitsgestörte Menschen, also Menschen mit Problemen in der Beziehungsgestaltung, beim Wahrnehmen, Denken und Fühlen. Viele leiden unter einer Borderlinestörung. Mehrfachdiagnosen, vor allem mit Essstörungen, Depression und Angststörungen sind häufig. In Gruppe B befinden sich Menschen mit Angst- und Zwangsstörungen und in Gruppe C Menschen mit psychotischen Erkrankungen (Abb.1). Zu jeder Bezugsgruppe gehören acht PatientInnen, eine Bezugstherapeutin und zwei Bezugspersonen sowie ein eigener Wochenplan. Einige Angebote finden gruppenübergreifend statt, so auch die Musiktherapie.

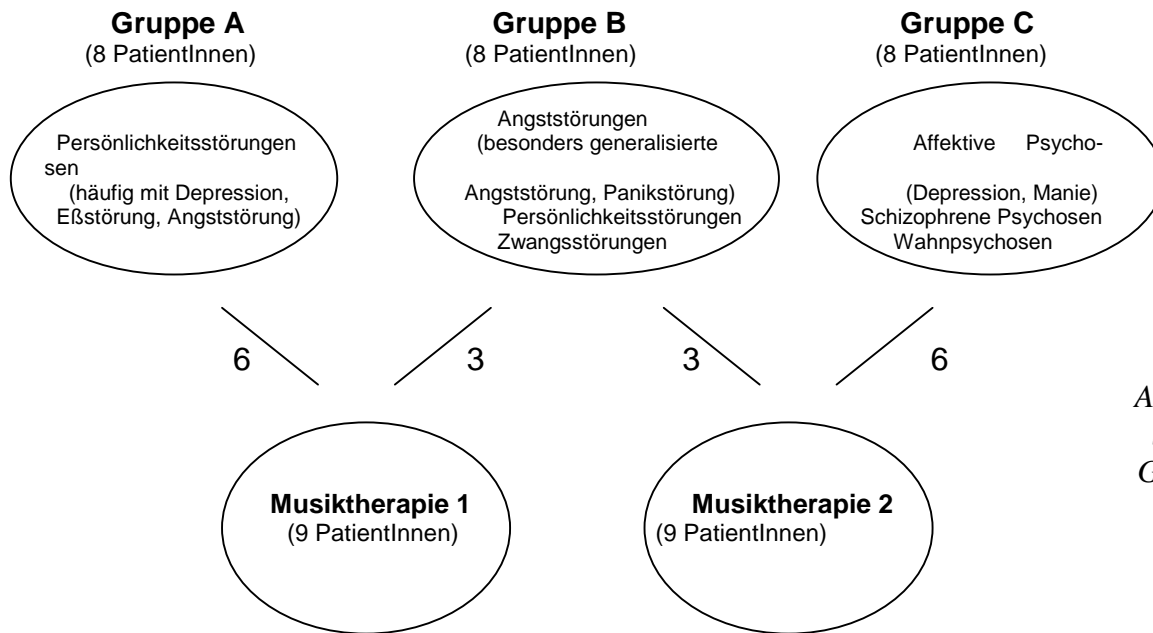


Abb.1: Diagnosespezifische Gruppeneinteilung

Als Honorarkraft für Musiktherapie bin ich Mittwochvormittags in der Tagesklinik. Alle anderen MitarbeiterInnen sind Voll- oder Teilzeitangestellte. Diese Konstruktion hat Vor- und Nachteile. Ich habe nicht in dem Maße wie die anderen MitarbeiterInnen an den Prozessen der PatientInnen teil. Andererseits habe ich einen unverstellteren Blick auf die KlientInnen und entdecke Seiten, die die MitarbeiterInnen durch den Alltagsablauf nicht erkennen können. Für die PatientInnen besitze ich eine Randposition im Team, was zu Beginn meiner Tätigkeit dazu führte, dass ich folgende These aufstellte:

Meine Arbeitsbedingungen

„Die Musiktherapie ist integraler Bestandteil in der tagesklinischen Betreuung psychischer Kranker, die Musiktherapeutin ist es nicht“.

Meine Arbeit beginnt mit dem Morgenteam, bei dem es um Organisatorisches und



aktuelle PatientInneninformationen geht (Neuaufnahmen, Vorstellungen, Besonderheiten). Anschließend habe ich zwei Musiktherapiegruppen von jeweils 60

Minuten Dauer. Die Gruppengröße besteht aus bis zu neun PatientInnen. Diese setzen sich diagnosespezifisch zusammen (siehe Abb.1). In der ersten Gruppe befinden sich überwiegend Menschen mit Persönlichkeitsstörung, darunter viele mit Borderline Syndrom, in der zweiten Gruppe Menschen mit Psychoerfahrungen. Depressionen sowie Angst- und Zwangsstörungen kommen in beiden Gruppen vor. Bedingt durch die unterschiedliche Verweildauer der PatientInnen ändert sich die Zusammensetzung der Gruppen z.T. wöchentlich.

Es steht ein Raum mit Instrumenten zur Verfügung. Der Raum ist relativ klein, was aus meinem subjektiven Empfinden heraus die Bewegungsfreiheit einschränkt. Zudem liegt der Raum exponiert zu Straße und Eingangsbereich, so dass ich, um einen geschützten Rahmen zu schaffen, bei geschlossenen Rollos arbeite. Dies wirkt sich auch auf das Improvisieren aus: ein „freies Bewegen“ im Raum, z.B. um das Instrument zu wechseln oder um Abstand zum Geschehen einzunehmen ist kaum möglich. Bei angstbesetzten Menschen erhöht dies die Hemmschwelle und wirkt bei größerer Lautstärke schnell „beengend“. Perkussionsinstrumente sind ausreichend vorhanden, Saiteninstrumente und „Langklinger“ dagegen nur mäßig vertreten, auch gibt es nicht für jede TeilnehmerIn eine Trommel.

Integration im Team

Bei der Übergabe im Mittagsteam berichte ich aus den Musiktherapiestunden. Dies gewährleistet die Einbindung der Musiktherapie in den gesamttherapeutischen Prozess. Der Informationsfluss ist dabei überwiegend von mir zum Team gerichtet. Als ich mit den Spaltungsmechanismen und den damit verbundenen Aggressionen einer Borderline - Patientin konfrontiert war, habe ich eine für mich wichtige Lernerfahrung gemacht.

Die Patientin kam nach der Teilnahme an der ersten Gruppe in den Musiktherapieraum zurück. Ohne mit mir Rücksprache zu halten wollte sie auch an der zweiten Gruppe teilnehmen und hatte mit einer anderen Patientin getauscht. Im Verlauf der anschließenden Diskussion, die von starken Aggressionen gegen die „rigide und unflexible“ Therapeutin gekennzeichnet war, wurde deutlich, dass die Rahmenbedingungen, meine Randposition im Team sowie mangelnde Informationen diese Situation begünstigt haben. So habe ich anschließend im Team erfahren, dass diese Patientin als eines ihrer Behandlungsziele „Grenzen akzeptieren“ genannt hatte. Ich merkte, dass ich insbesondere *wegen* der äußeren Bedingungen eine größere Nähe zum Team brauche, um mich integriert zu fühlen. Dieses Bedürfnis wahrzunehmen und im Team zu äußern waren wichtige Schritte in meinem Prozess der Integration in dieses Arbeitsfeld. Seitdem habe ich für jede Bezugsgruppe eine MitarbeiterIn als AnsprechpartnerIn, mit dem oder der ich mich *vor* den Musiktherapiestunden über die PatientInnen austausche. Damit ist ein Informationsfluss in meine Richtung gegeben. Darüber hinaus habe ich durch meine Öffnung sehr viel Rückhalt bekommen und Integration im Team erfahren, so dass ich die oben genannte These jetzt verwerfen kann.

Dokumentation und Auswertung

„Dokumentation und Evaluation therapeutischer Prozesse sind unverzichtbare Bestandteile der therapeutischen Tätigkeit. Sie stellen einen Versuch dar, das therapeutische Geschehen...zu begleiten und zu deuten.“ (METZNER, 2000, 234). In der wissenschaftlichen Evaluationspraxis haben in letzter Zeit qualitative Verfahren eine erhöhte Aufmerksamkeit bekommen, besonders was die Beschreibung und Auswertung von Fallverläufen angeht.

In der Tagesklinik im Kieler Fenster gibt es einen Qualitätszirkel, der sich u.a. mit der Dokumentation und Auswertung der therapeutischen Arbeit befasst. Der Qua-

litätszirkel erarbeitet zur Zeit ein neues System der klientInnen- und gruppenbezogenen Verlaufs- und Abschlussdokumentation. Auch für die Musiktherapie wird ein Formblatt entstehen. In dem von mir angefertigten Entwurf, habe ich die inhaltlichen Kriterien benannt, nach denen die Musiktherapie dokumentiert werden soll (Abb.2). Diese beziehen sich sowohl auf musikalische, als auch auf außermusikalische Prozesse.

Ausgangspunkte für die Dokumentation und Auswertung der tagesklinischen Arbeit sind die Anamnese, der Behandlungsvertrag und der Therapieplan. Die Anamnese findet in Form eines Erstgesprächs zwischen PatientIn und BezugstherapeutIn und eines Aufnahmebogens statt, mit dem wichtige PatientInnendaten erfragt werden. Der Behandlungsvertrag wird zwischen der Tagesklinik und der jeweiligen PatientIn zu Beginn der Behandlung geschlossen. Er dient der Festlegung allgemeingültiger Rahmenbedingungen und individueller Absprachen. Gemeinsam mit dem oder der PatientIn wird ein Therapieplan erstellt, in dem Ressourcen benannt, Ziele formuliert und die therapeutische Behandlung festgelegt werden.

Ich dokumentiere die Gruppen- Musiktherapie in Form eines Stundenverlaufsprotokolls. Dabei beschreibe ich aus der Erinnerung heraus die Eingangsszene und die Improvisationen. Ich benenne die Themen, an denen wir gearbeitet haben und reflektiere besonders evidente Szenen. Ich notiere mir sinnvolle Schritte bzw. mögliche Themen für die nächste Stunde. Am Ende versuche ich ein Bild vom Gesamtsetting zu gewinnen und gebe der Stunde einen entsprechenden Titel.

Tonbandmitschnitte von Improvisationen bieten mir in der Nachbereitung der Sitzung die Möglichkeit, die Improvisationen noch einmal aus der Distanz anzuhören. Hierbei versuche ich einen Eindruck von der Improvisation als Ganzes zu bekommen. Meine Aufmerksamkeit richtet sich auf die Atmosphäre der Musik, die Gestaltung von Anfang und Ende, die Instrumente (Spieler) und ihre Beziehung zueinander, die Dynamik und Struktur sowie auf freie Assoziationen. Wegen Zeitknappheit verzichte ich zumeist auf die Auswertung des gesamten musikalischen Materials und nutze die Mitschnitte nur punktuell zur Ergänzung des Stundenverlaufsprotokolls. Dies befriedigt nicht immer meine Ansprüche, wird aber den Anforderungen der Tagesklinik und meinem Arbeitsauftrag gerecht.

Die klientInnenbezogene Dokumentation im tagesklinischen Gesamtkontext erfolgt mit Hilfe von wöchentlichen Verlaufsberichten. Meine Dokumentation, aus der ich bei der Übergabe im Team berichte, und somit die Musiktherapie, fließt in die Verlaufsberichte mit ein.

Abb.2: Formblatt
zur Verlaufsdo-
kumentation der
Gruppen-
Musiktherapie

										Datum
										Instrumente
										Spielweise (lebendig, bestimmt, präzise, stabil, zart, rhythmisch, friedlich, gefühlvoll, spannung-/ ausdrucksreich, starr, zaghaft, unklar, grob, aggressiv, langweilig, verhalten, provozierend)
										Motivation
										Kreativität
										Wahrnehmung
										Führende Funktion
										Tragende Funktion
										Sich zeigen, mitteilen
										Sich durchsetzen
										Umsetzen von Spielvorgaben
										Beteiligung am Gespräch
										Pünktlichkeit
										Name: Gruppe: Bemerkungen

Musiktherapie als ganzheitliche Therapieform in der Tagesklinik des „Kieler Fenster“

Musiktherapie ist in meinem Verständnis ein psychotherapeutisches Verfahren, das sich eng an ein humanistisches Menschenbild anlehnt. In meiner beruflichen und persönlichen Entwicklung bin ich einer Vielzahl von psychotherapeutischen Richtungen und Arbeitsweisen begegnet. Ich habe verschiedene humanistische Ansätze kennen gelernt, wie Gestalttherapie, TZI und Transaktionsanalyse. In eigener Therapie habe ich tiefenpsychologische, systemische und körpertherapeutische Arbeitsweisen erfahren. Meine Supervisorin ist Psychoanalytikerin, in der Tagesklinik hat die Verhaltenstherapie ihren berechtigten Raum. Unter der Vielzahl dieser Einflüsse habe ich versucht, ein für mich stimmiges Konzept zu entwickeln, auf das ich mich bei meiner Arbeit beziehen kann.

Ich orientiere mich dabei am Leitbild des Kieler Fenster. Darin heißt es: „Wir sehen den Menschen ganzheitlich in einem sozialem und ökologischen Umfeld. Jeder Mensch hat das Recht auf eine selbstbestimmte Lebensgestaltung. ...Die (therapeutische) Beziehung ... ist eine authentische partnerschaftliche Begegnung mit Respekt vor Eigenständigkeit und individuellen Lebensentwürfen. ...Unser Handeln ist davon bestimmt, dass die Möglichkeiten zur Befriedigung wichtiger menschlicher Bedürfnisse nach Geborgenheit, Identität, Autonomie, Vertrautheit, Kontakt, Kommunikation, Anerkennung, sinnvoller Tätigkeit und Lebensperspektive erweitert bzw. erhalten werden können. Vorrangiges Ziel unseres Handelns ist es, psychisch erkrankte Mitmenschen ...auf der Basis eines humanistischen Menschenbildes so zu unterstützen und zu fördern, dass sie ein selbstbestimmtes Leben führen können. ...Ziel der Hilfen ist deshalb die Förderung von Eigenverantwortung, Handlungsfähigkeit und Selbständigkeit durch Stärkung persönlicher und sozialer Ressourcen.“

In der Tagesklinik wird also auf der Grundlage eines humanistischen Menschenbildes Ressourcen- und Lösungsorientiert gearbeitet. Dies geschieht in erster Linie verhaltenstherapeutisch, im Sinne von „Bewältigung problematischer Verhaltensmuster“ und mit systemischen Methoden. Die systemische Sichtweise spricht mich persönlich seit langem an und prägt mein therapeutisches Konzept. Aus einem systemischen Verständnis leiten sich therapeutische Vorgehensweisen ab, die dabei unterstützen sollen, neue Sichtweisen und Wirklichkeiten zu konstruieren und Wahlmöglichkeiten und Handlungsspielräume der PatientInnen zu vergrößern. Menschen werden gesehen als sich selbst organisierende, abgeschlossene Systeme. Anstöße von außen bewirken Änderung der Selbstorganisation und damit Anregung von Prozessen. Wichtige Vorgehensweisen sind u.a. die Lösungs- und Ressourcenorientierung oder das zirkuläre Fragen. In der systemischen Therapie wird das Stellen von Fragen als entscheidende therapeutische Interventionsform angesehen. „Fragen dienen hierbei nicht allein der Informationsgewinnung, sondern erzeugen auch neue...Sichtweisen.“ (ROESKE, 1999, 139). Meine Fragen zielen also auf Ressourcen oder eigene Lösungen ab. „Wann war es besser? Was war da anders? Welche Umstände haben dies begünstigt? Was braucht es dafür?“. Dies setze ich auch bei der Reflektion der Improvisationen ein:

Bei einer Trommelimprovisation setzen die TeilnehmerInnen nacheinander ein und finden im gegenseitigen aufeinander Hören einen gemeinsamen Rhythmus. Frau K., eine 24-jährige Persönlichkeitsgestörte Patientin mit Depressionen, steigt frühzeitig aus dem Spiel aus. Sie äußert anschließend Unzufriedenheit mit ihrem Spiel und Gefühle von Angst oder Panik, etwas falsch zu machen, also im Zusammenhang mit Leistungsdruck. Mit Hilfe der Fragen findet die Patientin heraus, dass sie die Erlaubnis braucht, tun zu dürfen, was sie will und dass es ihr hilft, mehr bei

*Musiktherapie
als ganzheitliche
Therapieform in
der Tagesklinik
des „Kieler
Fenster“*

*Beispiel:
„selbstbestimmt
handeln“*

sich zu bleiben. Um letzteres zu erleichtern, schlage ich vor, die Patientin solle in der nächsten Runde mit dem Spielen beginnen. In dieser Runde spielt die Patientin sicher und beendet als eine der letzten die Improvisation. Sie ist zufrieden mit ihrem Spiel und hatte sichtlich Spaß dabei. Die Lösung, eigene Ansprüche und die der anderen zu überprüfen und sich zu erlauben, etwas anderes zu tun und „Fehler“ machen zu dürfen, lässt sich in den Alltag übertragen.

Zirkuläre Fragen, wie z.B.: „Was glauben Sie, wie die anderen Ihr Spiel beschreiben würden? Wie würden Sie sich fühlen, wenn Sie an Stelle von Herrn K. dort gesessen und dies gespielt hätten?“, können die Wahrnehmung und Beschreibung dessen, was in der Improvisation entstanden ist unterstützen und es den PatientInnen erleichtern darüber zu sprechen.

*Beispiel: „eigene
Ressource erkennen“*

In einer weiteren Improvisation, in der wir uns mit verschiedenen Rollen auseinandersetzen, spielen wir zunächst Kinder und anschließend Erwachsene. Die „Erwachsenen-Improvisation“ ist rhythmisch deutlich strukturiert und besteht aus einer relativ gleichbleibenden Dynamik mit mittlerer Lautstärke. Herr N., ein 36-jähriger Patient mit schizophrener Erkrankung, spielt die Cowbell

*Therapeutische
Effekte der musikalischen
Improvisation*



Cowbell

gut hörbar immer auf der Eins des Taktes. Er sitzt dabei entspannt und hat einen ruhigen, interessierten Gesichtsausdruck. Auf mich wirkt er sehr präsent und haltgebend. Bei der anschließenden Reflektion ist er zunächst verwundert über das Feedback der Gruppe, die seinem Spiel eine wichtige tragende Funktion zuspricht und es mit Sicherheit, Souveränität und Verlässlichkeit verbindet. Auf die Frage: „Wie würden Sie sich als kleines Kind in Obhut dieses Erwachsenen mit seinem Spiel auf der Glocke fühlen?“ antwortet Herr N.: „geborgen, sicher und ruhig“ und kann dann das Feedback als eigene Ressource begreifen.

Bei der musikalischen Improvisation treten die PatientInnen in Kontakt zu Anderen und zur Umwelt. Nach *RUUD/MAHNS (1992)* wird Musik im therapeutischen Prozess zum Mittel der Verständigung. Sie macht innere Prozesse

hörbar und ermöglicht Beziehungen zu anderen Menschen und Auseinandersetzung mit der Umwelt. Den PatientInnen ermöglicht dies:

- Veränderung im Selbstbild: sich selbst im eigenen Spiel erkennen und akzeptieren, die Meinung über sich selbst überdenken,
- zwischenmenschliche Fertigkeiten zu üben: Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse und deren Äußerung; Abgrenzung gegenüber anderen; soziale Kompetenzen wie aufeinander Hören, Verantwortung übernehmen und Akzeptanz für alle Beteiligten zu entwickeln,
- den Umgang mit Gefühlen zu üben bzw. einen besseren Zugang zu Gefühlen zu bekommen: für PatientInnen mit Borderlinestörung oder Depression ist es ein Ziel, mit ihren Gefühlen wieder in Kontakt zu kommen oder überhaupt etwas zu fühlen, abgespaltene Gefühle kennen zu lernen und auch extreme Gefühle anzuerkennen und damit umgehen zu lernen,
- neue Erfahrungen zu machen: „*Mit dem gewonnenen Freiraum durch Unterlassen der Sprache ...lassen sich neue Erfahrungen anspüren.*“ (*DETTMER, 1999, 18*)
- neue Verhaltensweisen auszuprobieren,
- Ressourcen zu entdecken.

Die Veränderungen der inneren Prozesse sind die eine Seite der Musiktherapie. Die ebenso wichtigen Veränderungen im äußeren Verhalten, die durch Musiktherapie begünstigt werden, beschreibt *JUNGABERLE et al (2002)*. Zu der Erweiterung der Kompetenzen der KlientInnen durch Musiktherapie gehört demnach:

- die Fähigkeit möglichst wertfrei zu beobachten und die Leistungsorientierung zurückstellen
- offen und experimentierfreudig zu sein
- Zuhören, Verstehen wollen und Verknüpfen können
- tolerant sein gegenüber Disharmonien und Frustrationen mit dem Medium ertragen und mit Sinn füllen können sowie
- an den Erfahrungen anderer partizipieren und die Erfahrungen anderer respektieren können

Das Fördern dieser Kompetenzen, die es den PatientInnen ermöglichen, die musikalische Improvisation für ihren Veränderungsprozess nutzen zu können und die sich in den Alltag übertragen lassen, verstehe ich als Teil meines Behandlungsauftrages. Das nächste Beispiel zeigt, wie die musikalische Improvisation zur Aktivierung und Sozialisierung durch Erweiterung der Kompetenzen bei der Kommunikation beitragen kann.

*Entwicklung
alltagsrelevanter
Kompetenzen*

Herr C., ein 24-jähriger Patient mit schizophrener Erkrankung, zeigt sich im Kontakt mit anderen innerhalb der Tagesklinik zurückhaltend, er spricht wenig mit MitpatientInnen und ist auch im therapeutischen Gespräch sehr wortkarg. Wenn er angesprochen wird, antwortet er häufig mit nur einem Wort, oft ist es „gut“ oder „egal“. Sein Wahrnehmen und Denken ist beeinträchtigt, oft habe ich das Gefühl, dass er dem Gespräch nicht folgen kann, Anweisungen nicht versteht, neben sich steht, was sich auf sein Kontaktverhalten auswirkt. Im Tagesklinikalltag wirkt er meist unlebendig. In der Musiktherapie fiel sofort auf, dass Herr C. sich von Musik „ansprechen lässt“. Ich hatte das Gefühl, dass eine Verbindung entstehen kann. Bei Musik vom Tonträger wippt er kräftig mit dem Fuß im Takt. Zu Beginn der Stunden ist er zunächst zurückhaltend, manchmal muss ich ihn gesondert auffordern, sich ein Instrument zu suchen. Im Verlauf der Stunde ist er zunehmend engagiert und freudig dabei. Beim rhythmischen Spiel, insbesondere beim Trommeln, wird er sehr lebendig.

*Beispiel „Bei der
Improvisation die
Sprache wieder-
finden“*



Er spielt schnell und präzise und übernimmt häufig eine tragende Funktion. Mehrfach verschafft er sich auch in Improvisationen durch ausdrucksstarkes, präzises Melodiespiel Gehör. Er zeigt deutlich seine Kompetenzen beim Improvisieren. Während einer Improvisation, bei der sich eine Patientin etwas „Sanftes, Zartes“ wünscht, zupft er auf dem Psalter „Alle meine Entchen“ und zeigt sich damit ganz deutlich. Die MitpatientInnen äußern ihre Freude darüber, dass er sich zeigt. Im Gespräch verhält er sich oft wie oben beschrieben. Mitunter verblüfft er aber, indem er plötzlich in langen zusammenhängenden Sätzen klar und deutlich nicht nur die Improvisation beschreibt, sondern auch seine Gefühle und Vorlieben dazu verbalisiert. So äußert er im Anschluss an eine Trommelimprovisation: „*Mir hat besonders das Temperamentvolle, Lebendige an dem Stück gefallen und das rhythmische Zusammenspiel hat mir sehr viel Spaß gemacht.*“ Wenn ich im Team solche Sätze zitiere,

Psalter

sind die MitarbeiterInnen erstaunt. In vielen Musiktherapiestunden wurde die Lebendigkeit und Kreativität von Herrn C. sichtbar und hörbar, die ansonsten in der Tagesklinik keinen Ausdruck fand. Herr C. war in den Musiktherapiestunden deutlich als Teil der Gruppe wahrnehmbar. In der musikalischen Improvisation zeigte sich, dass Herr C. aktiv Dinge tun und dabei Lust, Kraft, Motivation und Befriedigung durch Kreativität spürte. Er konnte ohne Sprache in Kontakt treten. Es

wurde deutlich, wie dies zur Wiederentdeckung von Lebensgefühl und zur Kommunikation beigetragen hat.

*Improvisation
zwischen Struktur
und Freiheit*

*Bedeutung des
Rhythmus*

Methodisch bewege ich mich stets zwischen strukturierten, angeleiteten Spielen und freier Improvisation. Für alle PatientInnen der Tagesklinik gilt, dass sie mehr oder weniger viel Haltlosigkeit erfahren haben. Als Behandlungsauftrag sehe ich daher das Erleben und Gestalten von Struktur in einem als quälend erlebten Chaos, aber auch das „wieder beweglich machen“ von festgefahrenen Strukturen, wie sie z.B. bei Zwangsstörungen oder Depressionen vorkommen. Unter Struktur verstehe ich dabei alles, was dem Geschehen eine Ordnung oder einen Rahmen gibt. Das können äußere Bedingungen sein, Absprachen bezogen auf das Geschehen, Spielregeln, aber auch die strukturierenden Fähigkeiten der PatientInnen selbst oder der Musik. Ein wichtiges Element von Musik und für mich wichtiges Mittel zur Strukturierung ist der Rhythmus. Rhythmus trägt zur Wiederentdeckung der Lebensfreude bei. Nach *HEGI (1997)* ist Musik und besonders Rhythmus ein Abbild unseres Lebensgefühls. Rhythmus verrät Beweglichkeit und Zuverlässigkeit. Er ist etwas Dynamisches, Farbiges, Lebendiges, Überschaubares und Fassbares. Gemeinsamer Rhythmus bietet durch seine Struktur in der Improvisation ein Gefühl von Zugehörigkeit und Zusammenhalt. Dies zeigt sich auch darin, dass Harmoniebedürfnisse sich meist durch Rhythmus befriedigen lassen. Zu Beginn einer sich neu findenden Gruppe ist es wichtig, viele Strukturen vorzugeben. Hierfür nutze ich die Arbeit an Trommeln. Wir beginnen dabei ganz strukturiert, indem wir Gleichschlag, Betonungen, Beat und Offbeat, laut und leise, Crescendo und Decrescendo spielen. Es folgen Ostinato-Runden, bei denen die PatientInnen nacheinander einsteigen und eigene Motive spielen und schließlich versuchen wir, in ein anfangs ungeordnetes Spiel Rhythmus zu bringen. Dieses Vorgehen schafft zunehmend Sicherheit am Instrument und lässt Experimentierfreude entstehen. Meine Erfahrung hat gezeigt, dass es den TeilnehmerInnen ermöglicht, in späteren Stunden lustvoll und befriedigend in ein gemeinsames rhythmisches Spiel zu finden. Demgegenüber steht das Gewähren-Lassen von Prozessen, sowohl in der freien Improvisation, als auch in der jeweiligen Sitzung und die Bereitschaft, sich auf Unerwartetes und Neues einzulassen.

*Ablauf der Musiktherapie-
Stunden*

Die allgemeine Grundstruktur der beiden Musiktherapie-Stunden ist an den Bedürfnissen und Befindnissen der TeilnehmerInnen orientiert. Die PatientInnen kommen in den Raum und suchen sich zunächst ohne Instrumente einen Platz. Wenn alle sitzen, begrüße ich die Gruppe, orientiere mich wer da ist und schließe mit allen einen Kontrakt für die heutige Zeit. Dieser Kontrakt beinhaltet z.B. die Frage, ob es noch etwas zu besprechen gibt, bevor wir beginnen sowie die Begrüßung neuer GruppenteilnehmerInnen, die gefragt werden, welche Vorstellungen sie mit Musiktherapie verbinden. Diese Vorstellungen, wie z.B. Spaß haben, sich entspannen oder gemeinsam etwas machen fließen in meinen Behandlungsauftrag ein. Das erste musikalische Angebot habe ich für die Gruppe vorbereitet, es soll als Einstieg dienen. In der ersten Gruppe ist dies entweder ein klar strukturiertes Begrüßungsspiel mit Instrumenten oder eine körperliche Übung bestehend aus rhythmischen Elementen (Schritte, Klatschen, Patschen) oder angeleiteten Bewegungselementen. Diese Angebote sollen durch ihre Vorgaben Halt geben und gleichzeitig das emotionale Erleben begünstigen.

In der beispielhaft gewählten Gruppensitzung waren sechs PatientInnen aus Gruppe A anwesend: Zwei Frauen mit Anpassungs- und Belastungsstörungen sowie zwei Frauen und zwei Männer mit nicht näher bezeichneter oder kombinierter Persönlichkeitsstörung. Alle sechs PatientInnen leiden unter Depressionen, z.T. mit Angstreaktionen. Die Gruppe ist in dieser Konstellation relativ unverändert seit sechs Wochen in der Musiktherapie.

Stundenverlauf einer Sitzung mit Gruppe 1

An die Erfahrungen der Gruppe aus der letzten Sitzung anknüpfend, wo es um Kontaktaufnahme ging, beginnen wir mit dem Spiel „Wie geht es Dir?“. Dabei sind die TeilnehmerInnen aufgefordert, sich ein Instrument zu suchen, mit dem Sie ihr momentanes Befinden zum Ausdruck bringen können, sich nacheinander zu fragen „Wie geht es Dir?“ und mit dem Instrument zu antworten. Nach jeder Spielsequenz verbalisiert der/die Fragende das Wahrgenommene und tauscht sich mit der SpielerIn darüber aus. Frau B., eine 35-jährige stark depressive Patientin, die in den bisherigen Stunden ausschließlich den Triangel gespielt hat, wählt hierbei ein Schellenband. Sie spielt es rhythmisch und schnell, sitzt dabei aufrecht und blickt in die Runde. Sie bestätigt das Feedback, dass es ihr heute gut geht. Frau U., eine 26-jährige PatientIn mit Ängsten wählt den Gong und traut sich damit ihren gewohnten und Sicherheit bietenden Platz an der Tür zu verlassen. Als Sie nach ihrem Befinden gefragt wird, kann sie jedoch nicht spielen, wird unruhig und sagt, sie wisse nicht wie es ihr gehe. Meine Frage, ob der Gong, welcher mit seinem formlosen Klang wenig Struktur und Halt bietet und sehr



laut sein kann, ihre Angst widerspiegelt, kann sie weder verneinen noch bejahen. Mein Impuls ist es, dem nicht-depressiven musikalischen Spiel von Frau B. mehr Raum zu geben, gleichzeitig aber der Gruppe und Frau U., die wieder an ihren sicheren Platz bei der Tür zurückgekehrt ist, den nötigen Halt anzubieten. So schlage ich eine freie Improvisation mit Struktur vor, bei der ich die Gruppe auf Klanghölzern mit einem Ostinato rhythmisch begleite. Gleich nach Beginn holt sich Frau B. wieder den Triangel und spielt ihn mit monotonen Schlägen, ihr Blick ist dabei zum Boden bzw. nach innen gerichtet. Die ganze Gruppe spielt leise, zaghaft und zurückhaltend, auch eine Temposteigerung bringt nicht mehr Dynamik. Die Djembé wird von Frau K. mit Fingerspitzen gespielt und ist kaum hörbar, der Kontakt ihrer Hände zum Fell löst in mir Gefühle des „Beschützen Wollens“ aus. Ich habe Mühe, genug Energie zum Weiterspielen aufzubringen. Ich nehme in mir eine zunehmende Enge wahr, es entsteht Druck, weil nichts heraus darf. Trotz der deutlich spürbaren depressiven Energie dauert die Improvisation verhältnismäßig lange an, danach entsteht Unruhe.

Triangel

laut sein kann, ihre Angst widerspiegelt, kann sie weder verneinen noch bejahen.

Mein Impuls ist es, dem nicht-depressiven musikalischen Spiel von Frau B. mehr Raum zu geben, gleichzeitig aber der Gruppe und Frau U., die wieder an ihren sicheren Platz bei der Tür zurückgekehrt ist, den nötigen Halt anzubieten. So schlage ich eine freie Improvisation mit Struktur vor, bei der ich die Gruppe auf Klanghölzern mit einem Ostinato rhythmisch begleite. Gleich nach Beginn holt sich Frau B. wieder den Triangel und spielt ihn mit monotonen Schlägen, ihr Blick ist dabei zum Boden bzw. nach innen gerichtet. Die ganze Gruppe spielt leise, zaghaft und zurückhaltend, auch eine Temposteigerung bringt nicht mehr Dynamik. Die Djembé wird von Frau K. mit Fingerspitzen gespielt und ist kaum hörbar, der Kontakt ihrer Hände zum Fell löst in mir Gefühle des „Beschützen Wollens“ aus. Ich habe Mühe, genug Energie zum Weiterspielen aufzubringen. Ich nehme in mir eine zunehmende Enge wahr, es entsteht Druck, weil nichts heraus darf. Trotz der deutlich spürbaren depressiven Energie dauert die Improvisation verhältnismäßig lange an, danach entsteht Unruhe.

An dieser Stelle greife ich auf ein bewährtes Spiel zurück. Bei dem Spiel „Rhythmisch standhalten“ wird die Gruppe geteilt.

Rhythmisch standhalten

Das standhaltende Team, welches von mir Unterstützung erhält, sucht auf Trommeln einen stabilen Rhythmus. Die restliche Gruppe versucht dann dieses Rhythmus-Team mit beliebigen Instrumenten zu stören. Die eigentliche Idee dieses Spieles ist es, mit Hilfe eines rhythmischen Pulses bei sich zu bleiben, auch wenn rundherum Störungen sind. Meine Intention in diesem Moment ist es vielmehr, die Lebendigkeit und Kreativität zu steigern, wie es die Erfahrungen mit diesem Spiel gezeigt haben und der entstandenen Unruhe ein Ventil zu bieten. Es finden sich schnell TeilnehmerInnen, die stören wollen und nach passenden Instrumenten suchen. Sie wählen Becken, eine Chekehre, eine Flöte und eine Rätsche. Es braucht eine Weile, bis das Trommel-Team einen Rhythmus gefunden hat. Die „Störer“ beginnen mit impulsivem, lauten Spiel, sie bewegen sich frei im Raum und wechseln die Instrumente auf der Suche nach etwas noch „fieserem“. Frau U. spielt hohe, schrille Töne auf der Flöte und zeigt ihre Lust am Stören. Nach einer Weile geht sie zum Gong und schlägt diesen mehrfach laut an. Durch die „Störer“ verstärkt sich der Zusammenhalt innerhalb der Rhythmusfraktion, sie spielen jetzt lauter und standhafter, der Rhythmus kann gehalten werden. In beiden Teams ist die Energie deutlich gestiegen, die Gruppe ist wacher, Blickkontakte finden statt, es wird gelacht. Im anschließenden Gespräch tauschen sich die TeilnehmerInnen über die gemachten Erfahrungen aus. Nachdem die Gruppen getauscht haben beenden wir mit einer Abschlussgesprächsrunde die Sitzung.

Der Verlauf zeigt die Wendungen der Sitzung, das Hin und Her zwischen Offenheit und Verweilen in gewohnten Strukturen. Mein erster *follow up* Spielvorschlag „*Improvisation mit Struktur*“ entstand ja gerade daraus, dass Frau B. sich etwas Neues getraut hatte, was sich in der Wahl des Schellenbandes ausdrückte, und andererseits, dass es Frau U. nicht gelungen war, sich musikalisch auszudrücken. Im Verlauf des Spiels nahm ich wahr, dass die Spielform keine Anregung war, um etwas auszuprobieren und miteinander ins Spiel zu kommen, sondern vielmehr die Monotonie begünstigt hat, wie es am Triangelenspiel von Frau B. deutlich wurde. *SMEIJSTERS (1999)* beschreibt die geringe Teilnahme und das verflachte Spiel eines an Depressionen Erkrankten. Er spricht von einer Analogie zwischen der psychischen Störung und dem musikalischen Spiel. Zielsetzungen sieht er in dem Erreichen einer erhöhten Teilnahme, dem Ergreifen von Initiativen und dem Vergrößern des Einflusses auf die eigene Situation. In der beschriebenen Improvisation zeigte sich das hohe Anpassungsverhalten, welches die PatientInnen mitbringen, um akzeptiert zu werden und das Defizit an eigenen, selbstbewussten Autonomieanlagen. Das musikalische Spiel war gehemmt und zurückhaltend, niemand trat hervor oder übernahm die Führung, es entstand kein tragendes Spiel.

Der Vorschlag, „Rhythmisch Standhalten“ zu spielen, entstand aus meiner eigenen Sehnsucht nach mehr Lebendigkeit. Das Spiel vereinigt haltgebende und chaotische Elemente zu einem sinnvollen Ganzen. Es erlaubt nicht nur, laut und störend zu sein, sondern die chaotische, destruktive Handlung erfüllt eine Aufgabe, sie ist anderen (der Rhythmusfraktion) nützlich und gefährdet dadurch nicht die Akzeptanz der Störer. Das macht dieses Spiel für die PatientInnen in Bezug auf die genannten Ziele, z.B. Erreichen einer erhöhten Teilnahme, Ergreifen von Initiativen sehr wertvoll. Das Aufteilen der Gruppe in zwei Teams mit den gegenteiligen Aspekten Struktur und Chaos ließ mehr Beweglichkeit und Unterschiedlichkeit entstehen, was gerade bei Frau U. in ihrem Spiel mit Flöte und Gong und ihrer Lust am Stören sicht- und hörbar wurde. Ich konnte mehr eigene Beteiligung und Anwesenheit bei den PatientInnen wahrnehmen, die sich auch auf das anschließende Gespräch ausweitete. Die TeilnehmerInnen stellten miteinander Bezüge her und traten in Verbindung.

Als weitere Strukturhilfe setze ich Materialien als Gerüst für die Improvisationen ein. Bevorzugt arbeite ich mit Karten, auf denen Gefühlsbegriffe bzw. Gefühlszustände notiert sind. Hiermit lassen sich Spiele mit unterschiedlicher Intention machen. Um den Ausdruck am Instrument zu üben und die Wahrnehmung zu schulen, spielen wir z.B. „*Begriffe raten*“: Dabei muss eine Hälfte der Gruppe raten, über welchen Begriff die andere Hälfte improvisiert. Unter dem Aspekt der Erlebnisorientierung improvisieren wir über Begriffe, die sich die PatientInnen unter einer bestimmten Fragestellung aussuchen: *Welches Gefühl habe ich jetzt? Welches wünsche ich mir? Welches kenne ich nicht? Oder einfach: Welche Karte spricht mich spontan an?* Die Karten erleichtern nicht nur den Einstieg in die Improvisation, sondern auch das Gespräch. Sie unterstützen die PatientInnen dabei etwas von sich zu zeigen. Sie sind fassbar, sichtbar, wegschmeißbar und austauschbar. Der folgende Stundenverlauf beschreibt das Erschließen von Erlebnisbereichen und entdecken von Ressourcen durch die musikalische Improvisation:

*Stundenverlauf
einer Sitzung mit
Gruppe 2*

An dieser Stunde nehmen neun PatientInnen der Gruppen B und C teil, von denen die meisten seit fünf Wochen in der Musiktherapie sind. Die Sitzung beginnt mit einem gruppendynamischen Prozess, der sich daraus ergibt, dass noch eine Teilnehmerin fehlt und zwei der bereits Anwesenden ihren Unmut über deren häufige Verspätung äußern. Nach erscheinen der Patientin drückt sich die Kritik zunächst in Form von Vorwürfen aus, die bei der Patientin zu Rechtfertigungen führen. Im

weiteren Gesprächsverlauf gelingt es den Betroffenen die Vorwürfe konstruktiv zu wenden in ein Benennen ihrer Gefühle der Verärgerung und ihres Wunsches nach Pünktlichkeit. Hierfür hat die Patientin Verständnis und erklärt, sich in Zukunft mehr zu bemühen.

Da sich die Gruppe auf diese Weise bereits zusammengefunden hat, beschließe ich gleich an die Arbeit der vergangenen Stunde anzuknüpfen, in der wir bereits mit Gefühlsbegriffen gearbeitet haben. Ich schlage vor, heute über Gefühle zu improvisieren, die die PatientInnen gerne hätten, also einem gewünschten Zustand. Ich breite die Karten in der Mitte aus und fordere die TeilnehmerInnen auf, sich eine auszuwählen. Der 36-jährige Herr N. stellt als erster seine Karte vor, er hat „verliebt“ gewählt. Nachdem er von seinem Wunsch, sich wieder zu verlieben berichtet hat, entsteht eine lebhafte Diskussion darüber, was es zum Verlieben braucht. Genannt wird u.a. „richtige Stimmung“, Offenheit und Selbstliebe. Ich schlage vor „Verliebt Sein“ mit Instrumenten zu spielen. Während der Improvisation wirken die TeilnehmerInnen auf mich wach und irgendwie bemüht, einzelne nehmen Blickkontakt auf, die Musik nehme ich als fröhliches Durcheinander wahr. In der anschließenden Gesprächsrunde wird gesagt, dass etwas „Verliebtheit“ angeklungen ist, z.B. durch das melodische Spiel auf dem Metallophon, aber insgesamt war es eher ruhig und verhalten. Es entsteht Einigung darüber, dass es schwierig ist, „Verliebt Sein“ zu spielen. Eine Patientin stellt die Hypothese auf, dass wir zu viele Spieler waren, eine Andere sieht eine Parallele zur Schwierigkeit im Alltag sich zu Verlieben.



Als nächstes stellt der 28-jährige Herr K. seinen Begriff vor: er wünscht sich, einmal wieder kraftvoll zu sein. Schon bei der Instrumentenwahl wirken die TeilnehmerInnen im Hinblick auf die Improvisation kraft- und lustvoll, sie entscheiden sich schnell, viele greifen auf Trommeln zurück, daneben gibt es Becken, einen Schellenkranz und einen Woodblock. In der Improvisation wird dynamisch, laut und rhythmisch gespielt. Ich nehme eine hohe Energie und

Schellenkranz

Spielfreude wahr, sowohl bei der Gruppe als auch bei mir selbst. Es entstehen Kontakte zwischen einzelnen SpielerInnen, welche die Spielfreude noch sichtlich erhöhen. Alle sind aufmerksam und engagiert dabei, Haltung und Mimik drücken Spaß aus. Die TeilnehmerInnen spielen in gleichbleibendem Tempo ausdauernd etwa 10 Minuten.

Herr G., sonst sehr schüchtern und zurückhaltend, ist mit dem Woodblock deutlich zu hören, er geht auf Kontaktangebote ein und nimmt mit seinem Spiel eine zentrale Funktion ein. (Hörbeispiel 2) In der anschließenden Runde äußern viele PatientInnen, jetzt mehr Kraft und Energie zu spüren. Ein Patient sagt über die Improvisation: „Das war das Beste, was wir bislang gespielt haben!“



Woodblock

Zu Beginn meiner Arbeit in der Tagesklinik lautete die zentrale Frage bei meinen Vorbereitungen, aber auch während der Musiktherapiestunden: „Was biete ich der Gruppe an?“. Ich habe mich stets gründlich vorbereitet, lag aber mit meinen Angeboten auch oft daneben, weil es mir nicht immer gelang, *follow up - Spiele* anzubieten, die sich an den zentralen Bedürfnissen der Gruppe orientierten. Viele von den Improvisations- und Bewegungsspielen, die ich in Siegen gelernt habe, musste ich für meine PatientInnen verändern und sehr oft vereinfachen. Anfänglich hatte ich Zweifel, ob ich den Anforderungen gerecht werden würde. Manchmal war ich verunsichert, weil es mir schwer viel, auseinander zu halten, ob es sich bei den aufkeimenden Aggressionen um eine Reaktion auf mein Spielangebot handelte, oder diese der jeweiligen Krankheit zuzuordnen waren.

Auswertung

Die Motivation aus den Erfahrungen zu lernen war jedoch stets vorhanden. In Auseinandersetzung mit den Lösungsversuchen der PatientInnen habe auch ich nach eigenen Lösungen gesucht. Ich habe gelernt, wie viel Struktur die PatientIn-

nen brauchen und dass es stets darum geht, zur rechten Zeit ordnend-strukturierende oder chaotisch-schöpferische Angebote zu machen. Und ich habe gelernt, wie viel Struktur *ich* brauche, um mich sicher zu fühlen, und habe meine Rahmenbedingungen und meine inhaltliche Arbeit dahingehend verbessert. Ich habe mich auf meine Ressourcen, allen voran die rhythmische Arbeit an Trommeln, besonnen. Hiermit habe ich meiner Arbeit ein sicheres Fundament gelegt, auf das ich jederzeit zurückgreifen kann. Meine Erfahrungen damit haben gezeigt, in welcher Form die PatientInnen davon profitieren: Rhythmus trägt, gibt Halt, verbindet, vermag Lebensfreude und Kraft zu erzeugen.

Der Rückhalt im Team hat mir geholfen, sicherer in Bezug auf die eigene Beurteilung zu werden. Meine Unsicherheit zu akzeptieren und damit umgehen zu lernen, z.B. Pausen zu ertragen, Aggressionen besser auszuhalten, auszuwählen, einzugrenzen, nicht alles leisten zu können oder eine entstandene Anspannung stehen lassen zu können waren wichtige Lernschritte.

Mir ist bewusst, dass ich in diesem neuen Lernfeld noch viel Zeit, praktische Erfahrungen und theoretisches Hintergrundwissen brauche, aber dieses Bewusstsein vermag nicht mehr meine Kompetenz in Zweifel zu ziehen. Ich spüre Freude darüber, einen eigenen Stil zu entwickeln, nicht im Sinne einer Technik, sondern im Sinne der Gruppe. Die oben genannte Frage „*Was biete ich der Gruppe an?*“ ist anderen Fragen gewichen. Sie lauten: „*Was macht die Gruppe?*“ Und: „*Was macht das mit mir?*“

Das Vertrauen in die Fähigkeit, eigenverantwortlich zu Lernen und zu Arbeiten, welches das Team der Tagesklinik, aber auch meine Supervisorin Beate Mahns mir entgegen bringt, ist mir auch stets hier in Siegen entgegengebracht worden. Dafür danke ich Hartmut Kapteina, Inge Kritzer und Karl-Heinz Wortmann.

Literaturverzeichnis

- BRUHN, H.: Musiktherapie. Geschichte – Theorien – Methoden. Göttingen. 2000.
- DETTMER, B.: Zum Verständnis und zur Einleitung der Veränderung innerer Strukturen – Systemische Gedanken zur musiktherapeutischen Improvisation. In: Musiktherapeutische Umschau Bd.20/1. Göttingen. 1999.
- DEUTER, M.: Beziehungsformen in der musiktherapeutischen Arbeit mit psychotischen Patienten. In: TÜPKER, R. (Hrsg.): Konzeptentwicklung musiktherapeutischer Praxis und Forschung. Münster. 1996.
- DÖRNER, K. u. PLOG, U.: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie / Psychotherapie. Leipzig. 1989.
- ENGELMANN, I.: Manchmal ein bestimmter Klang. Analytische Musiktherapie in der Gemeindepsychiatrie. Göttingen. 2000.
- ESCH, A. u. WEST, U.: Strukturierungsprozesse in der offenen musiktherapeutischen Gruppenarbeit. In: TÜPKER, R. (Hrsg.): Konzeptentwicklung musiktherapeutischer Praxis und Forschung. Münster. 1996.
- FROHNE-HAGEMANN, I.: Musik und Gestalt. Klinische Musiktherapie als integrative Psychotherapie. Göttingen. 1999.
- HAFFA-SCHMIDT / v. MOREAU / WÖLFL (Hrsg): Musiktherapie mit psychisch kranken Jugendlichen. Grundlagen und Praxisfelder. Göttingen. 1999.
- HEGI, F.: Improvisation und Musiktherapie. Paderborn. 1990.
- JUNGABERLE/ WOLFART/ VERRES: Wie wird Musik zu einem therapeutischen Erlebnis? Transfer-Kompetenzen beim Improvisieren. In: Musiktherapeutische Umschau Bd.23/3. Göttingen. 2002.
- METZNER, S.: Ein Traum: Eine fremde Sprache kennen, ohne sie zu verstehen. Zur Evaluation

- von Gruppenimprovisationen. In: Musiktherapeutische Umschau Bd.21/3. Göttingen. 2000.
- ROESKE, C.: Martin: Behandlung eines Jugendlichen mit Zwängen unter Einbeziehung systemisch-lösungsorientierter Ansätze. In: HAFFA-SCHMIDT / v. MOREAU / WÖLFL (Hrsg): Musiktherapie mit psychisch kranken Jugendlichen. Grundlagen und Praxisfelder. Göttingen. 1999.
- RUUD, E. und W. MAHNS: Meta-Musiktherapie. Wege zu einer Theorie der Musiktherapie. Stuttgart. 1992.
- SMEIJSTERS, H.: Grundlagen der Musiktherapie. Göttingen. 1999

Ulrike Behr

Zur Person:

Nach Abschluss eines naturwissenschaftlichen Studiums zur Diplom-Geographin vor zehn Jahren, habe ich während meiner Kindererziehungszeiten viel Freude und Heilsames am Musikmachen ‚wieder‘ entdeckt. So absolvierte ich nach mehrjährigem Conga-Spiel eine Ausbildung in Latein-amerikanischer Perkussion und begann anschließend mit der musikalisch-therapeutischen Zusatzausbildung in Siegen. Die ersten zwei Ausbildungsstufen und der Austausch mit anderen Teilnehmerinnen gaben mir soviel Kraft und Motivation, dass ich begann, musikpädagogisch mit Vorschulkindern zu arbeiten. Diese Arbeit weitete sich schnell aus. Heute leite ich wöchentlich zehn Gruppen, deren Spektrum von Eltern-Kind-Kursen über rhythmisch-musikalische Früherziehung, bis zu Gitarrenkursen und Trommelworkshops für Kinder und Erwachsene reicht. Diese Arbeit verschaffte mir intensive Erfahrungen im Bereich „Musikmachen“ mit Gruppen, sowohl mit Kindern als auch mit Erwachsenen. Meine pädagogische Arbeit ist dabei von musiktherapeutischen Vorgehensweisen geprägt. Neben meiner eigenen Planung arbeite ich bedürfnisgeleitet und gehe auf die Stimmungen mit musikalischen Angeboten ein.

Im April 2001 kam im Rahmen der Zusatzausbildung eine Honorarstelle am Musiktherapie Institut Rendsburg hinzu. Hier habe ich 1 ½ Jahre Erfahrungen in Einzeltherapie mit Kindern und Jugendlichen mit Auffälligkeiten im psychosozialen Bereich, Störungen der Emotionalität und Entwicklungsverzögerungen gesammelt. Diese Arbeit hat in mir oft Unzufriedenheit ausgelöst, weil die Bedingungen bzw. Systeme, in denen die KlientInnen leben, mich immer wieder mit den Grenzen dieser therapeutischen Einzelarbeit konfrontierten.

Als ich mich im vergangenen Jahr für die Heilerlaubnis im Bereich Psychotherapie intensiv mit psychiatrischem Grundwissen auseinandersetzte, spürte ich wie schon oft die Lust, mit psychisch kranken Erwachsenen zu arbeiten. Diese Motivation gründet sich auf die Betroffenheit als Angehörige eines psychisch erkrankten Bruders. So zögerte ich nicht, als sich mir eine Stelle als Honorarkraft für Musiktherapie in einer Tagesklinik in Kiel bot. Seit Beginn dieses Jahres bin ich dort an einem Vormittag pro Woche musiktherapeutisch tätig. Diese Arbeit ist Ausgangspunkt des vorliegenden Fachvortrages.