

Möglichkeiten und Grenzen der musikalischen Gruppenimprovisation mit psychose-erkrankten Erwachsenen in einem sozial-psychiatrischen Zentrum

Petra Döhler

Das Sozial-Psychiatrische Zentrum (SPZ) ist eine gemeindenahere Einrichtung, die im vor- und nachstationären Bereich ein ambulantes Angebot von Betreuung, Beratung, Kontaktmöglichkeiten und Hilfen für psychiatrisch kranke Menschen in einer bestimmten Region bereitstellt.

*Das Sozial-
Psychiatrische
Zentrum (SPZ)*

Die Aufgabe ist es, diesen Menschen, ein Mindestmaß an Lebensqualität zu ermöglichen. Die Grundvoraussetzung, diese Menschen ansprechen und halten zu können, sind Flexibilität des Angebotes und Niederschwelligkeit des Zugangs.

Niederschwelligkeit heißt hier weniger, dass Betroffene selbst kommen, sondern eher, dass ihre Vermittlung leichter fällt, weil das Angebot kaum Anforderungen an sie stellt. Zudem können sie selbst bestimmen, wie intensiv sie es wahrnehmen wollen, wie häufig und welche Inhalte es hat.

*Niederschwellig-
keit*

Das Hilfsangebot soll zu einer Abnahme bzw. Verkürzung von Zwangseinweisungen. führen, freiwillige Krankenhausaufenthalte vermeiden bzw. verkürzen und die Rückfallgefahr reduzieren bzw. verhindern.

Das Angebot umfasst:

- Tagesstrukturierende Angebote im Sinne einer integrierten Tagesstätte
- offener Kontakttreff, Patientenclub mit weitgehender Selbstgestaltung
- Einzelberatung
- Freizeitmöglichkeiten, insb. außerhalb der Räume des SPZ, zur allgemeinen sozialen Reintegration
- Gruppen für verschiedene Aktivitäten wie Gespräche, Basteln, Kochen, Bewegung und Musik
- Hilfe im Wohnbereich
- Hilfen im Bereich Arbeit/Beschäftigung/Tagesstrukturierung
- Aufsuchende und nachgehende ambulante Hilfen
- psychosoziale Krisenintervention

Die Öffnungszeiten des SPZ Köln-Lindenthal, in dem ich die Praxiszeit absolvierte, sind immer von Montags - Freitags ab 10 Uhr , Sonntags ab 12.30 Uhr. Es schließt spätestens um 17.30 Uhr, wobei eine Kontaktaufnahme bei Krisenfällen auch außerhalb der Öffnungszeiten mit einzelnen Mitarbeitern gesichert ist.

Der Träger ist hier das Deutsche Rote Kreuz. Zusätzlich wird das SPZ gefördert durch den Landschaftsverband Rheinland. Zu den zwei festen Mitarbeitern, arbeiten dort eine Teilzeitkraft, ein/e Praktikant/in, eine Mitarbeiterin des Sozialpsychiatrischen Dienst, die einmal wöchentlich ihre Sprechstunde hat und ein Klinikarzt, der einmal wöchentlich eine Gesprächsgruppe führt.

Um einen möglichst zwanglosen Kontakt zu den Patienten herzustellen, entschloss ich mich, zunächst zwei volle Tage im SPZ am Tagesangebot teilzunehmen. So konnte ich die Menschen kennen lernen, und die Menschen mich kennen lernen konnten. Ich frühstückte und kochte Mittag mit Ihnen zusammen. Viele interessierten sich für die Musiktherapie und ich erklärte Ihnen, was ich anzubieten beabsichtigte.

Kontaktaufnahme

In der folgenden Woche, bot ich für alle Interessierten einen musiktherapeutischen Schnuppernachmittag an. Von ca. 15 Leuten, die diesen Nachmittag erlebt hatten, meldeten sich zwei an. Drei weitere meldeten sich aufgrund eines Flyers, der zu-

sätzlich im SPZ ausgegangen wurde. So waren wir am Anfang drei Frauen und zwei Männer. Eine regelmäßige Teilnahme hatte ich zur Bedingung gemacht und somit hatten einige Bedenken, ob sie auf die Dauer tatsächlich kommen würden.

Verbindlichkeit

Durch die Sozialarbeiter und später auch aus der Fachliteratur erfuhr ich, dass bei diesem Personenkreis eine hohe Fluktuation bei der Teilnahme an Gruppenangeboten herrscht. Wegen der psychosebedingten Stimmungsschwankungen ist bereits die regelmäßige Teilnahme bzw. eine bindende Erklärung zur Teilnahme ein großer Fortschritt für die einzelne Person. Bereits nach der zweiten Einheit, verabschiedete sich ein männlicher Teilnehmer und nach der fünften Einheit eine junge Frau. Somit blieben fest bis zum Ende der Praxiszeit zwei Frauen und ein Mann übrig.

Alle drei erzählten mir ungefähr nach 4 Monaten selbst, welche Diagnose bei ihnen gestellt wurde. Sie wiesen ausdrücklich daraufhin, dass sie nicht „*schizophren*“ seien, sondern an einer „*Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis*“ erkrankt waren. Die Diagnosen der Klinikärzte lauteten offiziell: „*paranoid-halluzinatorische Schizophrenie*“ bzw. „*wahnhaft, halluzinatorische Schizophrenie*“. Dies erfuhr ich jedoch erst viel, viel später.

Was ist eine Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis?

Der Begriff „*Psychose*“ wurde im 19. Jahrhundert geprägt und leitet sich von dem Wort „*psychisch*“, d.h. „*mit der Seele zusammenhängend*“, also seelisch, ab. Damit werden sehr schwere seelische Erkrankungen zusammengefasst, die die betroffenen Patienten nicht aus eigener Kraft bewältigen können und ärztlich-therapeutische Hilfe unbedingt erforderlich machen. Maßgeblich für das Vorliegen einer psychotischen Erkrankungen sind Störungen des Denkens, der Wahrnehmung und der Kommunikation (vgl. Schulte, Tölle 1985, Mundt, in Faust 1995, 96 f).

Das Wort „*schizophren*“ kommt aus dem Griechischen und heißt wörtlich übersetzt etwa „*Spaltung der Seele*“. Damit ist nicht die Spaltung des Menschen in zwei Persönlichkeiten gemeint, sondern es beschreibt die Tatsache, dass das Erleben von schizophren Erkrankten in zwei verschiedene Wahrnehmungswelten geteilt ist.

Es werden verschiedene Unterformen der schizophrene Störungen beschrieben, jedoch sind die Krankheitsverläufe sehr individuell geprägt; jeder Patient entwickelt sozusagen seine eigene Schizophrenie.

Dörner und Plog erklären sich die Entstehung von schizophrenen Psychosen aus Lebenssituationen, die eine Trennung erfordern, die der betreffende Mensch nicht aushalten kann. Bei dem Bemühen, „gleichzeitig sich zu trennen und anwesend zu sein, gleichzeitig unverfügbar und gefügt zu sein, gleichzeitig anwesend und abwesend zu sein“, gerät er aus den Fugen.

Etwa 0,25 Prozent der erwachsenen Bevölkerung geraten pro Jahr in solche Zustände innerer Zerrissenheit und benötigen psychologische Hilfe. Bei 1 - 2 Prozent verdichten sich Spaltendes und Zerrissenes einmal im Leben so sehr, dass sie mit der Psychiatrie in Berührung kommen. Das Geschlecht macht dabei keinen Unterschied, nur scheinen Männer früher als Frauen zu erkranken.

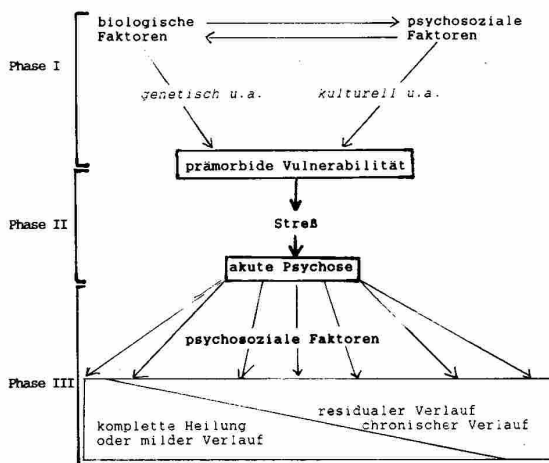
Die ersten schwerwiegenden Trennungserfahrungen liegen in der späten Pubertät und den folgenden Jahren. Folglich entstehen schizophrene Störungen am häufigsten in der Adoleszenz zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr.

Liegt das Alter höher, z.B. ab dem 45 Lebensjahr, dann spricht man eher von einer paranoiden, also wahnhaften Form mit einer depressiven Komponente. *Die paranoid-halluzinatorische Schizophrenie*

Wie ich bereits erwähnte, litten alle drei meiner Klienten unter einer sogenannten paranoid-halluzinatorischen Form der Schizophrenie. In der Literatur wird beschrieben, dass neben den auftretenden Störungen der Gefühle, des Willens und der Motorik hier Wahrnehmungsstörungen, Halluzinationen und vor allem Wahnbildungen in den Vordergrund treten.

Die Handlungen bzw. Reaktionen gehen einher mit großer Erregung und Zerfahrenheit, wobei es dem betreffenden nicht möglich ist, zwischen Wirklichem und Unwirklichem, zwischen Gedachtem und Vorhandenem zu unterscheiden. Die wahnhaften Erlebnisse erzeugen Verunsicherung, Angst, Fassungslosigkeit und rufen großes Misstrauen hervor.

Im nächsten Abschnitt möchte ich meine Klienten und ihre Geschichte kurz vorstellen. Dies ist besonders wichtig, da die Lebens- und Krankheitsgeschichte untrennbar miteinander verwoben sind und bestimmte psychosoziale Belastungssituationen erfasst werden müssen, um das Leiden des jeweiligen Patienten wirklich verstehen zu können.



Hierbei ist das „Vulnerabilität – Stress – Bewältigungsmodell“ von Luc Ciompi hilfreich. Es fasst das Krankheitsgeschehen als Zusammenspiel verschiedener Faktoren zusammen: Als persönliches Merkmal vieler Psychose-Patienten stellt er ein hohes Maß an Verletzlichkeit (Vulnerabilität) fest. Diese Menschen sind äußerst sensibel, empfindsam, phantasievoll und erleben zwangsläufig Stress, der mit Trennungserfahrungen, Konflikten, Herausforderungen, bedrohlichen Situationen etc. einhergeht besonders intensiv. Wenn die Stressbelastung die Selbststeuerungsressourcen des Menschen überfordern, kommt es zum Zusammenbruch des Denkens, der Wahrnehmung und der Kommunikation, eben zu einer Psychose.

Renate S. ist 50 Jahre alt, war Postbeamtin von Beruf. Damals hatte sie bei der Post eine Führungsposition und war für mehrere Mitarbeiter verantwortlich. Eines Tages merkte sie, dass es ihr jedoch zu viel wurde, sich ständig behaupten zu müssen und immer die Schwierigkeiten mit Mitarbeitern auszubaden. Sie hielt es dann irgendwann gar nicht mehr dort aus, kündigte und begann ein Psychologiestudium.

Dann, vor 10 Jahren, traten die ersten Symptome auf: sie bekam plötzlich große Angstzustände, fühlte sich verfolgt, vor allem vom Verfassungsschutz. Sie war der Überzeugung abgehört zu werden, dass man im Fernsehen und Radio über sie redet und dass in den Zeitungen über sie berichtet wird. Natürlich alles versteckt.

Ihr Freund veranlasste die Einweisung in eine geschlossene Klinik. Sie bekam Fluanxol, ein Neuroleptika, das besonders bei älteren Leuten gerne eingesetzt wird, da dieses Mittel wohl bei gleichzeitiger depressiver Komponente einer schizophrenen Psychose besonders wirksam ist.

Nach 4 Jahren setzte sie das Mittel abrupt ab, da es ihr anscheinend besser ging. Doch sie erlitt einen schlimmen Rückfall. Ihr Freund verließ sie daraufhin, sodass sie völlig allein war. Dies trieb sie zu Selbstmordgedanken, und daher ging sie wieder freiwillig in die Klinik. Dies ist nun 6 Jahre her.

Renate hat mittlerweile die Dosierung des Medikamentes herabsetzen können. Einmal pro Woche geht sie in psychotherapeutische Behandlung. Sie wohnt allein in einer kleinen Wohnung, wird

Vulnerabilität – Stress - Bewältigungsmodell

Die Patienten der Musiktherapiegruppe

durch eine Sozialarbeiterin des SPZ betreut, erhält auch nur eine geringe Rente. Sie berichtete sie, dass sie vor etwa 10 Jahren in der Klinik 7 Monate Musiktherapie lang hatte.

Jackie ist 46 Jahre alt und war Berufsmusiker (abgeschlossenes Musikhochschulstudium in Klavier und Schlagzeug). Er kommt aus einer wohlhabenden Familie, der Vater ist früh gestorben. Jackie und seine ältere Schwester waren sehr von der Mutter verwöhnt worden. Er hat ein schlechtes Verhältnis den beiden gegenüber, weil er sich vor etwa 15 Jahren von seiner Familie abnabeln wollte und beweisen wollte, dass er selbständig sein konnte.

Er lebt von Sozialhilfe allein in einer kleinen Wohnung.

Seit dieser Zeit genau, berichtete er, verfiel er immer wieder in akute psychotische Zustände. Er wollte unbedingt berühmt werden und als Berufsmusiker viel Geld verdienen. Er bildete sich ein, ein "Star" zu sein, und alle irgendwo installierten Kameras seinetwegen aufgestellt seien um ihn zu filmen.

Waren irgendwo Menschenansammlungen, so war er der Meinung, sie wollten alle ein Autogramm von ihm. Demzufolge posierte er und sprach er wildfremde Leute an. Jedes Mal, wenn er dann abgewiesen wurde und merkte, dass irgendwas an seiner Sicht nicht stimmt, wurde er aggressiv, geriet außer sich und wurde dann von der Polizei zwangseingewiesen.

Außerdem erzählte er, dass er Multiple Sklerose habe, die momentan einen Stillstand erreicht hätte. Er könnte mit seiner rechten Hand keine kleinen Gegenstände mehr greifen und hätte er Lähmungserscheinungen der ganzen rechten Seite. Er sei jedoch über die Ärzte sehr verärgert, da sie ihn als Hypochonder darstellen würden. Mir selbst ist diese Einschränkung allerdings auch nicht aufgefallen.

Anita ist 57 Jahre alt und war Buchhalterin. Sie hat zwei Schwestern mit Familie, die sie regelmäßig besucht, zu diesen beiden hat sie auch ein gutes Verhältnis. Ihre Ursprungsfamilie war mit dem Tod ihrer Mutter und kurz darauf mit dem Tod des Vaters vor etwa 30 Jahren auseinandergebrochen. Sie leidet von Geburt an einer Verkrümmung der Wirbelsäule und hat eine starke Sehschwäche. Da dadurch ihr Selbstbewusstsein litt, waren die Eltern und die Schwestern die einzigen Bezugspersonen in ihrem Leben. Von Beziehungen zu Männern erzählte sie nichts.

Den Tod ihrer Eltern kann sie bis heute nicht verkraften. Sie hörte Stimmen, die ihr zuriefen, sie solle sich umbringen. Sie litt unter Verfolgungswahn und ging nicht mehr vor die Tür. Große Angst hatte sie vor anderen Menschen und zog die Einsamkeit vor.

Sie ging nicht mehr zur Arbeit. Ihre Schwestern wiesen sie in eine geschlossene Klinik ein. Sie bekam Fluanxol und nun Zyprexa, beides Neuroleptika, die bei ihr als Nebenwirkung eine Sitz- und motorische Unruhe verursachen. Daher bewegt sie im Sitzen die Beine ständig in kleinen Tappschritten hin und her.

Anita lebt alleine, hat keine Kontakte, außer dass sie 4 Tage die Woche ins SPZ geht.

Sprachlich drückt sie sich in kurzen Sätzen oder nur mit einzelnen Worten aus.

Sie erzählte, dass sie sehr mit der Natur verbunden ist und daher täglich Spaziergänge am Kanal und See im Stadtpark unternimmt. Jedoch ist ihr größtes Problem die Einsamkeit. Verfällt sie darüber ins Grübeln, beginnen die paranoid - depressiven Zustände und sie hört wieder Stimmen. „Damit habe ich mich abgefunden“, sagte sie.

In den 70igern, bei einem Klinikaufenthalt, hatte sie bereits Musiktherapieerfahrungen gemacht, könne sich aber nicht mehr genau daran erinnern.

Schon von Beginn an waren die Trommeln, wie die große und die kleine Djembé,

die ägyptische Bauchtanztrommel (Darabouka) und die Bongos, die zentralen Instrumente, die sich die Drei fast jede Stunde aussuchten. Daneben kamen noch ein paar kleine Rhythmusinstrumente, wie das Tamburin, der Schellenkranz, der Tempelblock, die Holzschlitztrommel und die Rhythm-Eggs zum Einsatz, dies jedoch erst später.



Als sich nach mehreren Wochen die Trommelbegeisterung etwas normalisierte und das Bedürfnis, Neues auszuprobieren, wuchs, wurden dann auch Langklinger, wie z.B. die Glocke, Zimbeln und die Triangel oder auch Instrumente wie die Kalimba, sowie Flöte und Mundharmonika, ausgewählt.

*Möglichkeiten
und Grenzen für
die musikthera-
peutische Arbeit
mit psychose-
erkrankten Er-
wachsenen in
einer Nachsorge-
einrichtung*

Es zeichnete sich ab, dass Rhythmus und Struktur sehr wichtige Komponenten waren, die ihnen am Anfang Sicherheit und Halt gaben. Als dies erreicht war, das Vertrauen da war und sie sich in ihrer Umgebung wohl fühlten, waren sie bereit, den Rhythmus zumindest auf musikalischer Ebene endlich fallen zu lassen. Es wurden auch die zarten Töne zugelassen, nicht nur die harten Trommelschläge.

*Rhythmus und
Struktur*

Sie registrierten damit selbst die zwei unterschiedlichen Seiten in sich, die harte, aggressive, energiegeladene und die weiche, zarte, fließende Seite. Doch, dass diese beiden Seiten durchaus existieren und da sind, hatten sie bis dahin nicht mehr wahrgenommen.

zwei unterschiedlichen Seiten: die harte, aggressive und die weiche, zarte, fließende

Erst nachdem sie intensiv diese Instrumente ausprobiert hatten, nahmen Sie oft die Trommel und ein anderes Instrument. Mehr als zwei gleichzeitig wurden nicht ausgewählt. Als ich fragte, ob sie nicht mehr Instrumente benötigten, bekam ich ein klares „Nein“ zu hören. „Zuviel Instrumente würden verwirren“, also auch hier waren „Übersicht, Einfachheit und Struktur“ wichtig.

Erst gegen Ende der Praxiszeit wurden die Instrumente dann häufiger während eines langen Musikstückes gewechselt. Auf meine Frage nach dem Grund des Wechsels bekam ich zur Antwort: „Nun trauen wir uns, alle Instrumente, die uns angeboten werden, auch endlich mal selbst spielen zu können. Jetzt sind wir frei genug dazu, ohne Hemmungen.“

Da sich Struktur als wichtig erwies, war es richtig, dass ich nach der Begrüßung stets mit einem „Warming up“ begann, dass jedoch nur durchweg körperliche Bewegung beinhaltete. Denn eines hatte ich in den ersten Tagen bemerkt, alle im SPZ Anwesenden saßen nur den ganzen Tag rum und waren ständig müde und das nicht nur als Nebenwirkung der Medikamente. Ihren Körper und die damit verbundenen Energien nahmen sie gar nicht mehr wahr.

Warming up

Also machte ich mit ihnen:

- Dehn- und Streckübungen
- Atemübungen
- gegenseitiges Ausklopfen
- gegenseitige Massage von Kopf bis Fuß der Hinterseite
- Tanzen und Springen zu Musik mit immer neuen Varianten

Damit kam schon das erste Anzeichen von Lebensfreude zum Vorschein, denn sie bestätigten mir, dass sie sich bereits entspannter, wacher und mit positiver Kraft gestärkt fühlten. So waren wir dann bereit für die Musik.

In den ersten 4 Stunden blieben wir bei reinen Trommelspielen, viele von Lilli Friedemann (1973, 1983) wie z.B. Metrum - Opposition, Stören, Tummelei. Sogar „Schritte klopfen“ trauten sie sich. Da anfangs jeder große Hemmungen hatte, wurden durch diese Einführungsspiele die Ängste vor dem freien Spiel größtenteils überwunden. Die Patienten konnten erfahren, dass das frei improvisierte Trommeln nicht nur Spaß macht, sondern dass sie richtige kleine Musikstücke zuwege gebracht hatten. Anita und Renate hielten sich vorher für unmusikalisch und für Jackie war es eine vollkommene neue Erfahrung ohne Leistungsanspruch Musik zu machen.

Durch Struktur und freie Spiele hin zur Improvisation

Nachdem mit den Spielen die ersten Erfolgserlebnisse geschafft waren, verabschiedeten wir uns immer mit einem Abschlussstück, das nicht länger als ein paar Minuten dauerte. Anfangs trommelten sie leise und zaghaft, aber als ich dann lauter wurde, gab es kein Halten mehr. Jeder spielte, wie er wollte darauf los und jeder zog sein „Ding“ durch, wie es mir nachher bestätigt wurde und sie hatten

einfach Spaß.

Im Laufe der nächsten Wochen, in denen dann weniger Spiele und immer mehr freie Improvisationen getrommelt wurden, wurden die Stücke immer länger. Es ließ sich folgendes beobachten:

Renate zog ihren eigenen speziellen Rhythmus durch (3 Taps mit der rechten Hand und 3 Taps mit der linken Hand) und hörte gar nicht auf das, was die anderen spielten.

Anita spielte einen stereotypen Rhythmus, gemäß ihren Trippelbewegungen, die sie mit ihren Beinen machte (ein Zweier-Rhythmus, mit der Betonung auf der zwei, kurz hintereinander folgend) und Jackie spielte Trommelsoli, die ihn als Profitrommler entlarvten, der seit 15 Jahren nicht mehr Musik in einer Gruppe gemacht hatte und sich sicht- und hörbar freute.

Alle drei ließen außerhalb des Spiels weder Kontakt zu, noch wollten Sie Kontakt zu anderen knüpfen.

Kontakt herstellen durch Einsatz der Stimme

Ich fragte mich, wie konnte ich die *Störung des Kontaktes*, die auch zum Krankheitsbild zählt, beeinflussen? Sicherlich durch das regelmäßige gemeinsame Musikmachen, jedoch entschied ich mich dazu, meine Stimme zusätzlich einzusetzen. Meine Hoffnung war es, dass dadurch die Gruppenmitglieder ermutigt würden, Kontakt zueinander aufzunehmen und dass sich dies auch auf den Kontakt zu anderen Menschen übertragen würde.

Durch Sprechgesang, passend zu dem getrommelten Rhythmus, erreichte ich, dass sich die Patienten angesprochen fühlten. Da Renate, Jackie und Anita von mir mit Namen angesungen wurden und ich ihnen Fragen stellte, auf denen sie mir leicht eine Antwort „singen“ konnten, überwandene sie die Angst vor der eigenen Stimme. Es entstand ein eindeutiges Fließen zwischen Sender und Empfänger. Nach ein paar Minuten, ging der „Call and Response“ kreuz und quer, nicht nur noch von mir aus.

Immer wieder griff ich in den Improvisationen aktuelle Themen beim Singen auf. Einmal war es die allgemeine Müdigkeit, die alle hatten und ich sang: „Wake up“. Ein anderes Mal sang ich „Hallo Renate, Hallo Jackie, Hallo Anita“, wenn ich merkte, dass wieder jeder nur bei sich war.

Durch Gesang wurde oft vorhandene Spannung abgebaut, Beruhigung trat ein, und wenn vorher ein musikalisches chaotisches Durcheinander herrschte, harmonisierte meine Stimme die Spielweisen. Wie von Zauberhand schien dadurch eine Verbundenheit im Spiel zu entstehen. Die Rhythmen passten plötzlich zueinander, es schien, als hörten sie aufeinander. Nachher erzählten sie, dass sie stolz darauf gewesen sind, so zusammengespielt und gesungen zu haben.

Durch Blickkontakt und Mimik Vertrauen gewinnen

Auch der Blickkontakt spielte eine sehr große Rolle beim Musizieren. Die Patienten fühlten sich dadurch persönlich angesprochen, mit in die Handlung einbezogen und letztlich auch von mir bestätigt. Meine Freude, die ich hatte, wenn ich mit ihnen improvisierte, war sicher in meinem Gesicht und in meinen Augen abzulesen. Ich konnte wiederum in ihren Augen und Gesichtern lesen, wie es ihnen erging.

präsent sein

So machte ich die Erfahrung, dass ich mit all meiner Freude an der Musik im Hier und Jetzt dabei sein musste. Hatte ich mal keine Lust oder war ich „schlecht drauf“, konnte ich mich nicht verstellen, es übertrug sich auf meine Klienten. So war ich mir im Klaren, dass ich vor der Stunde genug Zeit brauchte, um mich frei zu machen, von anderen Dingen und Gedanken, die mich evtl. belasteten.

Durch die Gespräche vor und während der Musiktherapie erhielt ich einen Einblick in die Wahrnehmung der Umwelt von Renate, Jackie und Anita. Der Alltag ist für alle recht trist. Da sie alle drei alleine wohnen, fällt Ihnen meistens zu Hause die Decke auf den Kopf, aber raus zu gehen, trauen sie sich auch nicht.

Dies führt dazu, dass sie eher ins Bett zurückziehen und anfangen zu grübeln. Hauptsächlich wird die Umgebung als bedrohlich empfunden. Die einfachen schönen Dinge „draußen“ werden überhaupt nicht mehr wahrgenommen.

Also ging ich mit Ihnen raus in den Park. Sie sollten einfach mal 5 Minuten die Augen schließen und den Geräuschen der Umwelt zuhören. Später sollten sie in einer freien Improvisation spielen, was sie gehört hatten. Diese Improvisation führte dazu, dass sie sich mit ihrem Lebensgefühl auseinander setzten.

Die Wahrnehmung der Umwelt fördern

Es zeigte sich, dass auch eine Abwechslung im Angebot ausgesprochen willkommen war. Ich stieß nicht auf Ablehnung, als ich Malen nach Musik vorschlug. Ich wusste, dass es hierbei stark darauf ankommt, welche Musik ausgesucht wird.

Ich entschied mich hier für eine ausgeglichene Meditationsmusik wie z.B. „Monsoon-point“ von Amelia Cuni. Es war äußerst verblüffend, wie konzentriert und ausdauernd das Malen zur Musik vonstatten ging. Dabei wurde nicht gesprochen. Die CD dauerte 60 Minuten und solange wurde auch gemalt. Man sah förmlich, wie beruhigend diese Musik auf die Patienten wirkte. Anschließend sprachen dann wir über die Bilder.

Durch Malen nach ausgesuchter Meditationsmusik zur Ausgeglichenheit und Freude

Danach wurde daraus eine musikalische Improvisation. Jeder gab seinem Bild eine Überschrift, und wir improvisierten zu den einzelnen Titeln passende Musikstücke.

Mit der Zeit waren alle drei offener und zugänglicher geworden und erzählten mehr über sich. Ich fragte vor jeder Stunde, wie es ihnen ginge. Am Anfang erhielt ich nur kurze Antworten wie z.B. „gut, es geht so oder heute nicht so gut“. Doch dann sprachen sie einige Themen an. Ich griff diese Themen auf, und wir versuchten diese als freie musikalische Improvisationen umzusetzen. So wie wir dies mit dem Titel des Musikstücks beim Malen gemacht hatte. Mit einfachen Beispielen führte ich sie an diese Art von Musikimprovisation heran z.B. mit „Schnee“, weil es zur Zeit Winter war. Danach machten sie eigene Vorschläge wie z.B.:

Improvisationen mit Themen

- „Aprilwetter“
- „Natur - die eigene Natur“
- „Geisterbeschwörung“
- „Es geht mir gut“
- „Sucht“
- „Einsamkeit“

In der Reihenfolge der Themen sah ich eine Entwicklung von Außen nach Innen. Doch alle Themen hatten mit den Patienten selbst zu tun. Im Laufe der Wochen thematisierten sie immer stärker Prozesse, die mit ihrem inneren Erleben zu tun hatten.

„Aprilwetter“

Dieses Stück war ein Wechsel zwischen mehreren verschiedenen Gefühlszuständen. Heftiges Getrommel spiegelte Aggressionen wieder (starker Sturm und Regen). Langsamere, ruhigere Trommelschläge, diese Phase schien endlos zu dauern, zeigte das Verharren in Depressionen (graues Dämmerlicht mit endlosem Dauerregen).

Langklingende, helle Glockenspiel- und Zimbelklänge zeigten das Erscheinen der Lebensfreude und des allgemein positiven Gefühls (Sonne, blauer Himmel). Wir stellten fest, dass die Dauer des „Regens und Sturms“ wesentlich länger waren im Vergleich zur „Sonnenphase“.

Somit war mir plötzlich klar, dass diese Phase als separate Improvisation zur positiven Verstärkung

noch mal gespielt werden musste.

„Geisterbeschwörung“

Ein meditativer Trommelrhythmus mit Indianergesang, der verschiedene persönliche „Geister“ rief. Die Geister, die gerufen wurden, waren die Wahnvorstellungen, die die Drei während ihrer akuten Psychose gehabt hatten, sowie die Stimmen, die sie gehört hatten. Dadurch erzählte erstmals jeder seine eigene Geschichte der Krankheit und die offizielle Diagnose.

Wir sprachen über die Medikamente, die sie einnahmen und deren Nebenwirkungen und wie der Zustand derzeit bei jedem einzelnen aussah.

Dadurch erhielt ich endlich mal nach ca. 4 Monaten ein Bild von dem, was die Drei durchgemacht hatten und jetzt noch teilweise erlebten.

„Einsamkeit“

Ein kurzes Trommelstück mit Flöte und Rhythm-Eggs und Klangschale. Ein sehr gefühlsbeladenes Thema, jeder spielte für sich sein trauriges Stück. Beim anschließenden Gespräch zeigte sich bei Jackie Widerstand, er wollte nicht weiter darüber reden.

Anita sprach darüber in knappen Sätzen, wie sehr in ihrem Leben dies ein Thema ist und Renate erinnerte es an früher, wobei sie unterstrich, sie habe gelernt, dass sie selbst die Initiative ergreifen muss, um aus der Isolation herauszukommen. Sie würde versuchen, Ihre Ängste abzubauen und hatte sich bereits zu einem Kurs bei der VHS - progressive Muskelentspannung - angemeldet.

Daraufhin legten wir in der darauffolgenden Improvisation fest, dass jeder darauf achten sollte, mit jedem anderen mindestens einmal Kontakt aufgenommen zu haben. Folge war, zum Schluss spielten wir alle zusammen und sangen sogar alle exakt im Dreiklang. Darüber waren sie total begeistert und genossen das Gefühl der Gemeinsamkeit, so lange sie es konnten.

Freie Improvisationen

Wie bereits erwähnt, waren Einfachheit, Struktur und Rhythmus wichtige Komponenten. Meine Methode, die Überleitung von einfachen Spielen zu Improvisationen mit Themen und dann erst zu freien Improvisationen, war daher eine große Hilfe für die Patienten.

Bei den freien Improvisationen zeigte sich, dass sich von Mal zu Mal die gespielten Stücke verlängerten. Anfangs waren es 10 Minuten, dann 20 und nach einem halben Jahr dann 30 Minuten. Nach einem Jahr spielten wir dann fast eine dreiviertel Stunde am Stück.

Die Instrumente lagen in der Mitte unserer Sitzrunde. Je komplexer die Musikstücke wurden und je länger sie dauerten, umso häufiger wurden die Instrumente gewechselt.

Es zeigte sich also nicht nur in der Länge der Stücke, sondern auch in der Benutzung von mehreren Instrumenten eine deutliche Entwicklung. Die Einfachheit war der Komplexität des Ausdrucks gewichen. Flexibilität und Vielfältigkeit waren im Laufe der Monate geboren worden und wurden in die Tat umgesetzt.

In der Musik hatte anfangs ebenso die Einfachheit überwogen, einfache Rhythmen oder Klänge wurden gespielt. Mit der Zeit wurden die Rhythmen viel komplexer und wurden schneller gewechselt, als am Anfang, wo ein Rhythmus das ganze Stück bestimmte und ohne Mühe von den Dreien durchgehalten wurde.

Sie fanden jeder für sich heraus, dass es mehr Spaß machte, mit dem anderen zu kommunizieren, neue Rhythmen und Klänge auszuprobieren. Letztlich konnten sie sogar oft den Rhythmus ganz fallen lassen, ohne dabei direkt, das Stück zu beenden, wie zu Beginn. Sie merkten, dass nur eine andere Phase des Stückes begann, das nichts Beunruhigendes zu sein brauchte. Sie ließen sich darauf ein, weil es etwas Natürliches für sie geworden war, dass Phasen zu Ende gehen und neue beginnen.

Demgegenüber stand dann die ganze „Freiheit der Musik“, die sie sich nehmen konnten und auch nahmen, wobei der Begriff der „Freiheit“ nicht von mir geprägt wurde. Dieser Prozess dauerte etwa 6 bis 7 Monate. Es war die Zeit, die ich als den musikalischen Höhepunkt des Jahres bewerten möchte, in dem in die drei

Patienten behandelte.

Die Menschen, die in ein solches SPZ kommen, haben bereits fast alle endlos viele Therapien durchlaufen. Das Wort „Therapie“ schreckt viele. Anita, Renate und Jackie hatten bereits viele Therapeuten und Psychiater kennen gelernt und daher waren sie natürlich am Anfang sehr neugierig, wie ich mich verhalten und was ich von ihnen verlangen würde. Um ihr Vertrauen zu erlangen, betonte ich ganz deutlich, dass es in unserer gemeinsamen Zeit nicht darauf ankam, in der Vergangenheit „rumzuwühlen“ oder jemanden zu zwingen, über etwas zu reden, was ihm große Angst machte. Die Freude am Tun sollte hier an erster Stelle stehen.

Die Versuche, ein Musikstück zu beschreiben, scheiterten zunächst an der krankheitsbedingten Störung der Wahrnehmung. Dies zeigte darin, dass Zusammenhängendes nicht als solche wahrgenommen wurden. Das Stück konnte nicht als etwas Ganzes beschrieben werden, lediglich als pauschale Bewertung, wie z.B. „das war toll“ oder als diffuses Gefühl, wie: „das hat Spaß gemacht, es war schön usw.“

Die Rekonstruktion eines gespielten Stückes in Worten aus der Erinnerung war nicht möglich. Letztlich wohl auch, weil ihnen die Worte dazu fehlten und weil das Bewusstsein der Urheberschaft noch nicht gegeben war.

Also ging ich anders vor und stellte die Frage: „Wie war es denn für euch?“ oder „wie geht es euch nun?“. Und trotzdem waren die Antworten anfangs ziemlich knapp.

Renate war diejenige, die als erste offener und länger über Ihre Gefühle sprach und wie es derzeit in ihrem Leben aussah. Da die anderen bemerkten, dass nichts Schlimmes passierte und ich nicht tief in ihren Seelen bohren wollte, öffneten die anderen sich dann auch. Dennoch musste ich immer wieder Fragen stellen, musste immer wieder nachhaken, nachfragen, wenn eine globale Äußerung kam oder nur ein Wort gesagt wurde.

Im schleppenden Verlauf der Gespräche mag auch der bei Psychosekranken gestörte Denk- und Sprachablauf zum Ausdruck kommen. Also wird auch das Wort einfach strukturiert gehalten. Außerdem ist der Antrieb für langes und differenziertes Reden oft nicht vorhanden, da die Nebenwirkungen der Medikamente zu groß sind.

Renate war im Gespräch die zugänglichste und offenste Person von allen. Sie war sich als einzigste bewusst, dass sie sich nur selbst helfen konnte. Unsere Musiktherapie half ihr begleitend zur Gesprächspsychotherapie, die sie machte, um für Gefühle eine Ausdrucksform zu finden, die sie befriedigte.

Häufig kam sie angespannt zu den Stunden. Sie nahm sich ihre kleine Djembé und spielte ihren typischen 3er Schlag, den sie anfangs mühelos das ganze Stück durchhielt. Sie schaute nur auf ihre Trommel, hörte nicht auf das, was die anderen spielten und war trotzdem immer zufrieden. Auch sie berichtete, Kontaktschwierigkeiten im Alltag zu haben, und dies zeigte sich ganz offensichtlich in ihrer Art zu spielen.

Ich sprach sie darauf an, dass ich beobachtet hätte, dass sie oft für sich spielte und auch ganz genau immer ihren 3er Schlag. Ich fragte sie, was ihr denn dabei so durch den Kopf ginge. Sie schilderte mir, dass sie mit der Art und Weise, wie sie trommelte, ihre Gedanken in Ordnung bringen, ja sogar ihr Leben Stück für Stück wieder zusammensetzen würde. Sie könne sich damit bestens abregieren und Dinge bearbeiten. Anschließend konnte sie ganz entspannt über das reden, was sie beschäftigte und das mit der Zeit fließend und ohne mein ständiges Nachfragen.

Ich brauchte sie danach nie wieder darauf anzusprechen, denn es passierte Folgendes: Am Anfang eines Stückes spielte sie erst immer etwa 5-10 Minuten für sich auf ihrer kleinen Djembé, die ihr Lieblingsinstrument geworden war. Sie sagte, dass sie diese Zeit benötigte. Wenn sie dies nicht erst konnte, war sie nicht bereit Kontakt zu anderen aufzunehmen. Danach ließ sie problemlos Kontakt

*Gespräche nach
den Improvisati-
onen*

*Persönliche Ent-
wicklung anhand
des Beispiels von
Renate*

zu und spielte dann mit uns zusammen. Dies gefiel ihr viel besser.

Ich hielt dies für völlig verständlich, denn schließlich ist es für jeden wichtig, erst einmal mit sich selbst in Kontakt zu kommen und individuell zu entscheiden, wann und wie er für sich allein sein möchte und wann er mit den anderen zusammen sein möchte.

Als sie sich musikalisch an die anderen Teilnehmer der Gruppe und auch an mich wenden konnte, entwickelte sich im Laufe der Zeit der Wunsch, nachdem im SPZ meine Musiktherapie nicht mehr angeboten würde, mit einigen Leuten selbst Musik auf einfachen Instrumenten zu machen. Sie hatte wieder den Mut gefunden, auf andere Menschen zuzugehen.

Auch war sie nun bereit, andere Rhythmen zu spielen, die Djembé auch mal stehen zu lassen und sich andere Instrumente auszusuchen. Sie bestätigte mir, dass sich mit dieser Änderung, die sich vollzogen hatte, auch viel in der begleitenden Psychotherapie getan hatte. Sie sei einen großen Schritt vorwärts gekommen. Renate berichtete mir, was ich für äußerst wichtig halte, dass vieles, was in der Musik zum Vorschein kam, manchmal erst mehrere Tage später für sie greifbar wurde und dann auch erst in Worte gefasst werden konnte. Sie sprach dann mit ihrem Psychotherapeuten darüber, kam sie dann dort wieder ein Stück voran, konnte sie dies wieder in unserer Gruppe musikalisch be- und verarbeiten.

Auf dem sogenannten "Höhepunkt" unser Musik, also nach 6 - 7 Monaten, war ihre Persönlichkeit wieder soweit gefestigt, dass sie sich entschloss das Psychologiestudium fortzusetzen, das sie damals wegen der Krankheit abgebrochen hatte.

Sie sagte: „Die Musiktherapie hat mir geholfen, meine Ängste abzubauen. Anfangs habe ich mich für unmusikalisch gehalten, jetzt singe ich überall und wer das nicht hören will, der soll eben nicht hinhören. Mein Selbstbewusstsein ist auf jeden Fall gestiegen und trotz der Krisen, die mich manchmal schütteln, habe ich nun Möglichkeiten gefunden, diese zu bewältigen, was vorher nicht mehr machbar schien“. Nun habe ich erstmals Hoffnung, wieder richtig gesund zu werden.“

*Resümee aus
meiner Praxistä-
tigkeit für meine
Klienten und
mich*

Eine Patientin äußerte in einer Musiktherapie: „Gemeinsam frei zu improvisieren baut Grenzen, Aggressionen und Ängste ab, hilft Spannungen zu lösen und Dinge zu bearbeiten. Es schafft die Möglichkeit, sich besser wahrzunehmen und seine Lebensfreude wieder zu spüren. Es ermöglicht, sich die Freiheit zu nehmen, das zu tun und zu fühlen, was man sich sonst verbietet.“

Damit fasst sie alles zusammen, was man über die Effizienz und die Notwendigkeit der Musiktherapie in der Behandlung von psychisch kranken Menschen sagen kann.

Literaturverzeichnis:

Landschaftsverband Rheinland: Grundsätze zur Förderung von weiterentwickelten Kontakt- und Beratungsstellen, Köln, o.J.

Dörner, Klaus und Plog, Ursula: „Irren ist menschlich“, Bonn 1996

Bosshard, Ebert, Lazarus: Lehrbuch „Sozialarbeit und Sozialpädagogik in der Psychiatrie“, Bonn 1999

Tölle 1985,

Mundt, in Faust 1995, 96 f

Dörner

Friedemann, Lilli: einstieg in neue Klangbereiche durch Gruppenimprovisation, Wien 1973

Friedemann, Lilli: Trommeln, tanzen, tönen, Wien 1983



Zu meiner Person:

Ich heiße Petra Döhler geb.Dittmann und war im Jahre 2000, als ich absolvierte 35 Jahre alt und lebe mit meinem Ehemann und meinem 17 Monate alten Sohn Marvin, in Elsdorf-Heppendorf bei Köln. Wir haben dort ein "Zentrum für integrative Persönlichkeitsentwicklung" eröffnet, da mein Mann auch Psychotherapeut ist. Momentan bin ich im Erziehungsurlaub und wir praktizieren bis zum Juni 2006 nicht. Danach möchte ich gerne mit Kindern arbeiten.

Wir sind sogenannte Quereinsteiger, weil wir etliche Jahre und auch jetzt noch einen Brotberuf ausüben, der nichts mit einem üblichen Helferberuf zu tun hat. Ich konnte

jedoch in den letzten Jahren in diesem Unternehmen in der Aus- und Weiterbildung tätig sein und habe somit ein großes Spektrum an Erfahrung mit großen und kleinen Gruppen gemacht. Zur Zeit arbeite ich dort zur Überbrückung ein paar Stunden in der Woche wieder mit einem neuen Team.

Des weiteren habe ich nunmehr mein ganzes Leben dem Gesang und der Musik verschrieben, so dass ich nach einem Beruf suchte, der diese Fähigkeiten mit einer sinnvollen Tätigkeit verknüpft. Ich weiß nun sicher, dass ich dies mit der musiktherapeutischen Arbeit verwirklichen kann.

*Petra Döhler
Hansaremsgasse 49
50189 Elsdorf
02271/64412
PetraDoehl@hotmail.com*