

„Musiktherapie mit alkohol- und drogenabhängigen Erwachsenen in einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie“

Annette Golomski

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Einrichtung des Landeswohlfahrtsverbandes (LWV Hessen) versteht sich als Akutklinik, die für die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung der Marburger Region zuständig ist. Sie ist umgeben von einem botanischen Garten mit hohen alten Bäumen und Teichanlagen. Die Klinik untergliedert sich in verschiedene Abteilungen, die in unterschiedlichen Häusern ihren Sitz haben: die Abteilung für Allgemein-Psychiatrie, die Abteilung für transkulturelle Psychiatrie und Psychosomatik, die Abteilung für Gerontopsychiatrie sowie die Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen, welche hier näher beschrieben wird.

Das Zentrum für soziale Psychiatrie und Psychotherapie Marburg Süd

In der Zeit von September 2004 bis November 2005 fand meine musiktherapeutische Praxistätigkeit auf der Abhängigkeitsabteilung statt, die sich in Station A und B unterteilt:

Auf Station A befinden sich in erster Linie PatientInnen mit einer Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeitserkrankung sowie Abhängigkeitserkrankte, bei denen eine so genannte Doppeldiagnose vorliegt, d.h. bei denen neben der Sucht eine psychiatrische Erkrankung besteht, wobei die Abhängigkeitserkrankung primär oder sekundär bestehen kann. Auf dieser Station werden ca. 70% Männer und 30% Frauen behandelt, die sich durchschnittlich zwischen dem 30. und 60. Lebensjahr befinden. Die PatientInnen kommen zum Teil freiwillig in die Klinik, um einen Alkoholentzug zu machen; teilweise werden sie notfallmäßig aufgenommen, wenn sie z.B. komatös aufgefunden wurden und zum Teil haben sie gerichtliche Auflagen, d.h. entweder sie machen einen Entzug mit einer anschließenden Langzeittherapie oder sie müssen einen Strafvollzug antreten. Nach der stationären Aufnahme in der Klinik findet im ersten Behandlungsschritt eine körperliche Entzugsbehandlung statt. Die abhängigkeitskranken Männer und Frauen gehen nach dem Entzug, der zwischen zwei und vier Wochen dauert in eine Langzeittherapieeinrichtung oder sie nehmen am tagesklinischen Angebot der Klinik teil. Nach einer Phase der „langsamen Ausdünnung“ können die PatientInnen die ambulanten Therapiemöglichkeiten der Klinik nutzen. Zu denjenigen, die an der Musiktherapie teilnehmen gehören vorrangig PatientInnen der Tagesklinik und diejenigen, die die ambulanten Angebote nutzen.

Auf Station B werden in erster Linie Menschen behandelt, die eine Abhängigkeit von illegalen Drogen entwickelt haben wie z.B. eine Opiatabhängigkeit und/oder eine Abhängigkeit von Benzodiazepin. Auch auf dieser Station überwiegt deutlich in ähnlich prozentualer Verteilung wie oben dargestellt der Anteil der Männer gegenüber dem Frauenanteil. Das Durchschnittsalter der Patienten liegt bei ca. 20-35 Jahren. Im Hinblick auf die Freiwilligkeit bezüglich der Teilnahme am Entzug verhält es sich ähnlich wie auf Station A. Die Frauen und Männer dieser Station entziehen von ihrem Drogenkonsum in einem Zeitraum von ca. 2-6 Wochen. Nach gelungenem Entzug geht der größte Teil von ihnen in eine Langzeittherapie oder sie nutzen ambulante Therapieangebote außerhalb der Klinik. Die PatientInnen, die an der Musiktherapie teilnehmen befinden sich im Gegensatz zu denen, die auf der Station A Musiktherapie machen noch im akuten Entzugsstadium.

Hinsichtlich der Behandlungsergebnisse zeigen sich bei der Behandlung von alko-

holabhängigen Menschen folgende Ergebnisse: Laut H. Küfer gilt bezüglich des Therapieerfolges eine „Ein-Drittel Regel“, d.h. ein Drittel der Patienten zeigt einen guten Behandlungserfolg (abstinent), ein Drittel wird als gebessert eingestuft und ein Drittel zeigt keinen Behandlungserfolg. Die Behandlungserfolge bei drogenabhängigen Frauen und Männern verlaufen ungünstiger. Der Anteil der Therapieabbrecher wird auf ca. 70% geschätzt. Die Besserungsrate der regulären Therapiebeender wird auf 60-80% geschätzt. (Vgl. H. Küfner 1997, S. 22) Entsprechend dieser dargestellten Statistik verhält es sich auch mit der Fluktuation bei den PatientInnen, die an der Musiktherapie teilnehmen.

Zu den Therapieangeboten für die Abhängigkeitserkrankten der beiden Stationen gehören Gesprächsgruppentherapien, Einzelgespräche mit ÄrztInnen und PsychologInnen, Ergotherapie, Bewegungs- und Körpertherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie sowie eine fachpsychiatrische Pflege. Für die PatientInnen stehen SozialarbeiterInnen bzw. Dipl. PädagogInnen bereit, die sie in allen lebenspraktischen Fragen beraten und unterstützen.

Einmal wöchentlich finden Stationsgespräche mit MitarbeiterInnen der Fachdisziplinen, Psychologie, Medizin, Krankenpflege, Ergo-, Bewegungs- und Körpertherapie sowie Musiktherapie statt, um die Therapieverläufe der PatientInnen zu besprechen. Weiterhin werden die Aufnahmekriterien und Krankheitsbilder der neu aufgenommenen PatientInnen seitens der ÄrztInnen vorgestellt.

Abhängigkeitserkrankungen

„Das Abhängigkeitssyndrom umfasst gemäß ICD-10 „ein Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder Substanzklasse für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber Verhaltensweisen, die von ihm früher höher bewertet wurden“ (Weltgesundheitsorganisation 1991)“. (vgl. L. Schmidt 1997, S. 13).

Alkoholmissbrauch und – Abhängigkeit

Bei einem Konsum von Alkohol über das sozial tolerierte Maß hinaus kann es sich um einen einmaligen Missbrauch (Intoxikation), handeln. Es findet ein Rauschzustand statt, bei dem die zentralnervöse Regulierung und motorische Steuerung beeinträchtigt sind.

Der Alkoholmissbrauch ist durch ein unbezwingbares Verlangen nach Alkohol gekennzeichnet, welches auf dem wiederholten Gebrauch von Alkohol trotz des Wissens um die negativen Konsequenzen beruht. Neben den körperlichen und psychischen Schäden können auch soziale Probleme wie z.B. der Verlust des Arbeitsplatzes, familiäre Konflikte etc. auftreten. Missbrauch führt zur psychischen Abhängigkeit mit dem Bedürfnis täglich zu trinken. (Vgl. Ermann 2004, S.291)

Arten des Trinkens nach Jellinek (1960) und Feuerlein (1989)

- Alpha-Typ (Konflikttrinker): psychisch abhängig, kein Kontrollverlust
- Beta-Typ (Gelegenheitstrinker): nicht abhängig, kein Kontrollverlust
- Gamma-Typ (süchtiger Trinker): psychisch, später körperlich abhängig, Kontrollverlust, abstinentfähig
- Delta-Typ (Spiegel- oder Gewohnheitstrinker): psychisch abhängig, kein Kontrollverlust, nicht abstinentfähig
- Epsilon-Typ (episodischer Vieltrinker): psychisch abhängig, Kontrollverlust, abstinentfähig
- Gamma-Delta-Mischtyp

Die Alkoholabhängigkeit, auch chronischer Alkoholismus genannt, ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet: Ein unbeherrschbares Verlangen nach Alkohol, Kontrollverlust während des Konsums, eine Toleranzentwicklung um die gewünschte Stimmungslage zu erreichen, Entzugssymptome nach Beendigung des Trinkens und Fortsetzung des Alkoholkonsums zur Vermeidung von Entzugssymptomen, psychische Symptome wie Ängste und Depressionen und körperliche Symptome.

Der chronische Alkoholismus verläuft progredient mit Gefahren und Folgen in allen Lebensbereichen. Die psychischen Belastungen bestehen darin, dass abhängigkeitskranke Menschen nur noch für die Sucht leben, d.h., es besteht ein andauerndes Denken an Alkohol. Es findet ein zunehmender sozialer Abstieg statt mit dem Verlust von familiären Beziehungen und Sozialbezügen. Organische Schäden wie Leberzirrhose und Polyneuropathien können auftreten sowie hirnorganische Schäden wie drogeninduzierte Psychosen (Alkoholhalluzinose), Wernicke-Enzephalopathie, Korsakow-Syndrom (vgl. L.Schmidt 1997, S. 13-15 u. Ermann 2004, S.291 f).

Opiatabhängigkeit

Die Opiatabhängigkeit geht mit einer starken Toleranzentwicklung einher, d.h. die Dosis muss in kurzer Zeit erhöht werden, um die gewünschte Wirkung zu erreichen. Opiate bewirken eine Schmerzunempfindlichkeit, Gefühle von wohliger Auflösung, Euphorisierung, Geborgenheit, Nähe- und Wärmeempfindungen, Gefühl von der „Leichtigkeit des Seins“ bei gleichzeitiger Dämpfung und Verdrängung von Missempfindungen wie Angst, Unruhe, Wut, Einsamkeit etc. Es findet ein Rückzug in das innere Erleben statt. Die mittels der Drogen positiv erlebten Zustände werden kontrastiert mit den Entzugssymptomen bei Ausbleiben des Stoffes: Es treten starke Schmerzen am ganzen Körper, Angstzustände, Schlaflosigkeit, Ruhelosigkeit, Frieren, Schwitzen, Krämpfe, Übelkeit etc. auf. Bei chronischer Einnahme entwickeln sich zunehmend gesundheitliche Schäden wie Abmagerung, Blutarmut, Magen-Darm-Probleme, Leistungsabfall usw.. Darüber hinaus wird der eigene Wille, die Fähigkeit über sich selbst zu bestimmen stark beeinträchtigt durch das ständige Kreisen der Gedanken auf das Thema Anschaffung der Droge bzw. Beschaffung der finanziellen Mittel für die Drogen. Der diesbezügliche Stress bewirkt häufig, dass die Abhängigen in die so genannte Beschaffungskriminalität bzw. Prostitution hineingeraten. Es entwickelt sich zunehmend eine soziale Wesensveränderung mit Verfall von moralischen Werten und Normen. Am Ende dieser Entwicklung stehen die Betroffenen vor der Frage, Inhaftierung, Selbstmord mittels einer Überdosis oder Behandlung (vgl. Dilling 2001, S.86 u. Kapteina/Hörtreiter 1993, S. 9-10).

Psychodynamik des Suchtverhaltens

Suchtmittel werden zur Verminderung innerer Spannungen eingesetzt, wobei die als belastend erlebten Emotionen mit Hilfe des Alkohols und/oder der Drogen in Entspannung und Euphorie umgesetzt werden. Ermann beschreibt in diesem Kontext die Suchtspirale, die über „die Gewöhnung, den Missbrauch und die Abhängigkeit zur sozialen Isolation und Desintegration führt und immer neue Spannungen schafft, die wiederum durch Suchtmittelkonsum bzw. gesteigertem Suchtverhalten betäubt werden müssen“. Psychologisch betrachtet werden hier Abwehr- und Bewältigungsstrategien wirksam, „unter denen der narzistische Rückzug in eine omnipotent beherrschte Welt hervorragt.“ (Ermann 2004, S.296) Diese Art der Verarbeitung von Spannungszuständen betrifft alle Abhängigkeits-erkrankten: Missempfindungen und Konflikten wird passiv begegnet, anstatt sie

aktiv anzugehen. Es findet ein Rückzug in eine Phantasiewelt statt, die von Größenphantasien und Allmachtsdenken beherrscht wird. Rückzug als Problemlösungsstrategie ist nicht an eine spezifische Art der Persönlichkeit gebunden, sondern alle Arten anhaltender Spannungszustände tragen das Risiko in sich, dass die Betroffenen ihnen mit Suchtmitteln begegnen. (vgl. Ermann 2004, S.297)

In der psychoanalytischen Entwicklungs- und Strukturdiagnostik finden sich alle strukturellen Entwicklungsniveaus, wobei das mittlere und niedrige Strukturniveau besonders häufig von Abhängigkeitserkrankungen betroffen sind.

Das niedrige Strukturniveau umfasst eine Entwicklungsposition innerhalb der ersten beiden präverbalen Lebensjahre eines Kindes. In dieser Zeit findet die Individuationsentwicklung statt, d.h. das Kind entwickelt sich von der symbiotischen Beziehung zur Mutter weg in Richtung eines eigenen Individuums. Wenn diese Phase der Entwicklung misslingt und sich das Kind nicht zu einem Individuum gegenüber der Außenwelt entwickelt, kann es sich auch im späteren Leben unzureichend von der Außenwelt abgrenzen (vgl. Smeijsters 1999, S.19).

Diagnostisch wird bei Menschen, die auf einem niedrigen Strukturniveau organisiert sind, eine Aufrechterhaltung bzw. regressive Wiederbelebung von Spaltungsprozessen sichtbar. Sie leben in einer gespaltenen Welt voller Gegensätzlichkeiten. „Die Welt und das innere Erleben werden in „nur gut“ für Sicherheit und Geborgenheit, Befriedigung, Verfügbarkeit und Anwesenheit und in „nur schlecht“ für Hilflosigkeit, Frustration und Hoffnungslosigkeit, Verlassenheit polarisiert. Andere Menschen werden als Strukturhilfe (Selbst-Objekt) benötigt, d.h. Menschen auf niedrigem Strukturniveau sind darauf angewiesen, dass andere ihre Defizite in der differenzierten Wahrnehmung der Realität ausgleichen und ihnen helfen, die unsichere Beziehung zu sich selbst zu festigen. Menschen, die diese Funktion erfüllen, werden von den Betroffenen folglich als die „Allerbesten“ und wenn sie sich diesem Kontakt entziehen als „fürchterlich schlecht“ wahrgenommen. Der damit einhergehende Gefühlswechsel steht auf der einen Seite mit idealisierender Überhöhung und auf der anderen Seite mit dramatischer Entwertung und Hassgefühlen (vgl. Ermann 2001, S. 87).

Die primären Spaltungen sind verbunden mit einer Ich-Schwäche, die sich in einer Ich-Struktur-Störung sowie einer Störung des Selbstgefühls zeigt. Die Folge ist ein labiler Realitätsbezug sowie eine geringe Belastbarkeit durch Affekte, Impulse und zwischenmenschliche Spannungen. Ermann beschreibt in diesem Kontext, dass die Betroffenen mit Hilfe des Suchtmittels die Intensität des Erlebens, das Gefühl „ganz“ zu sein suchen. Die Sucht stabilisiert das schwache Ich (vgl. Ermann 2004, S. 297).

Das mittlere Strukturniveau bezeichnet eine Entwicklungsposition, die ca. nach dem 18 Lebensmonat beginnt, wenn die Individuationsentwicklung bereits stattgefunden hat. Entscheidend für diese Entwicklungsstufe ist der Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt. Das Kind erfährt in dieser Phase, dass die Mutter sowohl befriedigt, als auch frustriert, was zu Gefühlen von Sehnsucht nach Liebe und zu Aggression führt. Die aggressiven Gefühle werden durch die Angst begleitet, dass die Bezugsperson (Objekt) verloren geht (vgl. Smeijsters 1999, S. 19).

Neben den Verlustängsten, die diese Phase prägen ist die Versorgung für das Kind von zentraler Bedeutung. Wenn diese Entwicklungsstufe von dem Kind aufgrund von Vernachlässigung bzw. Überversorgung unzureichend bewältigt wird, bestehen bei den Betroffenen, auch im späteren Leben verschiedene Selbstvorstellungen und Vorstellungen von anderen nebeneinander bzw. wechseln sich ab.

Diese Vorstellungen können nur mäßig in ein einheitliches Bild integriert werden und es besteht ein unsicheres Selbstgefühl (vgl. Ermann 2004, S. 91-92).

Auf der Grundlage der Missempfindungen und des andauernden Erlebens von Entbehrungen können Suchtmittel für Menschen, die auf mittlerem Strukturniveau organisiert sind, zum Ersatz für das verloren erlebte Selbst-Objekt werden, so dass innere Spannungen reguliert werden können und Gefühle von Omnipotenz und Unabhängigkeit entstehen (vgl. Ermann 2004, S. 297).

Die in dem vorherigen Kapitel dargestellte Psychodynamik des Suchtverhaltens vor dem Hintergrund „misslungener Entwicklungspositionen“ beziehen sich vorrangig auf die Ausführungen Ermanns, der einen psychoanalytisch orientierten Ansatz vertritt. Unter dem Begriff „Analytisch orientierte Psychotherapie“ findet sich eine heterogene Gruppe verschiedener Therapien, die sich an die theoretischen und technischen Prinzipien der Psychoanalyse lediglich anlehnen, ohne die strengen Bedingungen psychoanalytischer Behandlung zu erfüllen. Die unter dem Begriff zusammengefassten Behandlungsformen definieren sich als interpretativ, einsichtsorientiert, tiefenpsychologisch und psychodynamisch.

Bruhn stellt dar, dass Musiktherapie, die sich an tiefenpsychologischen und psychodynamischen Therapiemodellen orientiert, das Ziel verfolgt, die Struktur eines hinter der Störung liegenden Konfliktes aufzudecken (vgl. 1999, S. 66). Der Musik in der Musiktherapie wird in diesem Kontext eine besondere Bedeutung zugesprochen, da sie als sinnlich-symbolische Interaktionsform anzusehen ist, die in der Lage ist, an frühe, präverbale Zustände kindlichen Erlebens und Erfahrungen zu erinnern und diese so der Bearbeitung zugänglich zu machen. Musiktherapie kann folglich den Zugang zu verdrängten und verschütteten Anteilen der Persönlichkeit eröffnen (vgl. Aissen-Crewett 2000, S. 53-59, Langenberg 1996, S. 308).

Neben der psychoanalytisch orientierten Musiktherapie sind für meine Arbeitsweise auch Aspekte aus der verhaltenstherapeutisch orientierten Musiktherapie bedeutsam: Musik soll dazu dienen Spannungszustände wie z.B. Schmerzen, Angespanntheit, Unruhezustände etc. zu erleichtern. Darüber hinaus kann Musik in der Verhaltenstherapie als Übungsobjekt verwendet werden. Durch das aktive Praktizieren von Musik können erwünschte soziale Verhaltensweisen eingeübt und unerwünschte abtrainiert werden (vgl. Bruhn 1999, S.72).

Als ergänzende Grundlagen meiner Arbeitsweise dienen auch Erfahrungen aus der Musiktherapie, die auf Methoden der Gestalttherapie zurückgreifen. Gestalttherapeutisch arbeitende Musiktherapeuten haben sich in Deutschland unter dem Begriff Integrative Musiktherapie vereinigt. Während in der Psychoanalyse von allgemein gültigen Entwicklungsmodellen ausgegangen wird, steht in der Gestalttherapie die individuelle identitätsbezogene Persönlichkeitsentwicklung im Vordergrund. Integrative Musiktherapie ist am Prozess des Geschehens orientiert. Die Diagnose sollte nach Frohne-Hagemann immer durch Korrespondenz und Konsensprozesse neu konstituiert werden, um Stigmatisierungen zu vermeiden. „Integrative Musiktherapie ist die Arbeit mit Resonanzen.“ Sie ist die Arbeit „vom Leibe aus“, vom eigentlichem Spüren, Fühlen und Ordnen dessen, was wahrgenommen wird. „Die kreativen Seiten des Patienten sollen gefördert werden, seine Fähigkeit einen musikalischen Ausdruck zu finden, um so zu sich selbst zu finden“ (Frohne-Hagemann 1996, S.153).

Im Hinblick auf die hier beschriebenen Aspekte verschiedener Methoden, die als Grundlage meiner musiktherapeutischen Arbeitsweise zu sehen sind, beziehe ich

musiktherapeutische Behandlungsansätze:

... tiefenpsychologisch

... verhaltenstherapeutisch

*... gestalttherapeutisch,
... integrativ*

mich auf Bruhn, der „Moderne Musiktherapie“ als Mischform von verschiedenen Therapierichtungen beschreibt, denen ein gemeinsames Menschenbild zugrunde liegt. (vgl. Bruhn, 1999, S. 77).

... therapeutische Beziehung In der musiktherapeutischen Beziehung begegnen sich TherapeutIn und PatientIn in der Musik als Mitmensch. Sie beschreiten einen gemeinsamen Weg, um der Lebensprägung des Patienten bzw. der Patientin nachzuspüren, Verhaltensmuster wahrzunehmen und zu entdecken, die immer nach denselben Prinzipien ablaufen und zu gleichen bzw. ähnlichen Problemstellungen führen. Der/die TherapeutIn begleitet den/die PatientInnen dabei Erinnerungen an eventuelle schmerzhaft frühe Erfahrungen wachzurufen und zu erkennen, um sie verarbeiten und verabschieden zu können. Der/die PatientIn soll mit therapeutischer Unterstützung motiviert werden, neue Verhaltensmuster zu erarbeiten und auszuprobieren, um zukünftig einen neuen Lebensweg beschreiten zu können.

Das Setting: Gruppentherapie und Einzeltherapie Auf der Abhängigkeitsstation der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg Süd findet die Musiktherapie zweimal wöchentlich für je eine Stunde in der Gruppe mit 3-5 PatientInnen statt. Die aktive Musiktherapie kann in der Gruppe als diagnostisches Instrument genutzt werden. Hierbei bezieht sich die musiktherapeutische Diagnostik auf die sich widerspiegelnden Beziehungsverhältnisse (kontrastierend, ergänzend, verschwimmend, ausweichend etc.), auf die Eigenart der Prozessdynamik (träge, überbeweglich, brüchig, stehen bleibend etc.) sowie auf Stimmungen und Atmosphäre“ (vgl. Weymann 1996, S.136).

Auch für den Patienten können Interaktionsmuster in der Beziehungsgestaltung durch die Gruppentherapie transparent gemacht und neue Muster können ausprobiert werden.

Außerdem bietet die Gruppe den PatientInnen den nötigen Schutzraum und ist gleichzeitig der Ort, an dem die Patienten sich besonders intensiv mit ihrer Abhängigkeitserkrankung auseinandersetzen. Die häufig schon aus der vorangegangenen psychotherapeutischen Gesprächsgruppe thematisierten Inhalte werden in der anschließenden Musiktherapiesitzung wieder aufgegriffen und vertieft. Gerade Probleme auf der Beziehungsebene stehen bei Abhängigkeitserkrankten häufig im Vordergrund: So heben auch Kapteina/Hörtreiter hervor, dass der Konflikt zwischen den eigenen emotionalen Bedürfnissen und den Ansprüchen und Erwartungen anderer gerecht zu werden, ein Thema ist, das in der Arbeit mit Abhängigkeitserkrankten ständig präsent ist (Kapteina/Hörtreiter 1993, S.233).

Einzelmusiktherapie finden nur statt, wenn sich PatientInnen in einer so vehementen Krise befinden und ihre individuellen Themen sowohl die Gruppe als auch die Gruppensituation den Patienten bzw. die Patientin überfordern, wie z.B. bei einer drohenden suizidalen Gefährdung. In solch einem Fall findet die Musiktherapie in Absprache und im Austausch mit den ÄrztInnen und PsychologInnen einzeln statt, bis die Gruppenfähigkeit des Betroffenen möglicherweise wieder gegeben ist.

Der Beginn der Musiktherapiesitzung

Im Laufe meiner Praxistätigkeit hat sich folgender Beginn der Musiktherapiesitzung entwickelt: Nach der Begrüßung folgt für neue PatientInnen eine sehr kurze vereinfachte Vorstellung hinsichtlich der Inhalte und des praktischen Verlaufs der Musiktherapie sowie die Klärung von Fragen seitens der PatientInnen. Im Anschluss daran haben alle die Möglichkeit kurz ihre momentane Befindlichkeit und Situation zu schildern. Es folgt eine verbale Wiederholung der

musikalischen und thematischen Schwerpunkte der vorangegangenen Sitzung sowie die Besprechung möglicher unbearbeiteter Themen. Aufgrund des rückblickenden Austausches mit den PatientInnen wird deutlich inwieweit sie sich mit Themen der letzten Sitzung auseinandergesetzt haben bzw. ob andere Themen im Moment Vorrang haben und ich „geplante“ Improvisationen spontan verändern bzw. andere anbieten sollte. Neue TeilnehmerInnen an der Musiktherapie nutzen diese kurze Gesprächsphase, um eine Ahnung zu entwickeln, was sie in der Therapie erwartet, was m.E. auch wesentlich zu einem Abbau von anfänglichen Ängsten und Widerständen gegenüber der Musiktherapie führt.

Entsprechend der psychotherapeutischen Ausrichtung der aktiven Musiktherapie ist die Improvisation das „Werkzeug, die Quelle und das Experimentierfeld, die Methode und die Technik sowie die Wirkungspotenz der Musiktherapie“ (Hegi 1997, S. 157) Musiktherapeutische Improvisation beginnt in der inneren Bewegung und überträgt sich auf die äußere Bewegung, auf das Instrument und die Stimme, wobei folglich die Gefühle und Impulse die Bewegung ausdrücken. Hegi betont, dass jede Improvisation ein Experiment der Selbstwahrnehmung und Grenzüberschreitung ist, wobei ein Erfahrungsfeld entsteht, in dem vernebelte, unbewusste, verkehrt verbundene und unbewältigte Gefühle wiederbelebt und neue Gefühle geweckt werden können (vgl. Hegi 1997, S.158 f).

Improvisation

Um den Einstieg in die Musiktherapie zu erleichtern, Verhaltensauffälligkeiten zu erkennen und um den Gruppenprozess in Gang zu bringen werden vor allem zu Beginn der Therapie angeleitete einfache Improvisationen angeboten, wie z.B.

- Themenorientierte Improvisationen, die Titel wie z.B. „Rückfallangst“, „Arbeitslosigkeit“, „Abschied für einen Patienten“ etc. erhalten können. Diese Themen werden anschließend vor dem Hintergrund des musikalischen Erlebnisses reflektiert.
- Improvisationen mit Spielregeln wie „Solo-Tutti-Spiele“, „Rhythmus vorgeben“, „Lärmphasen“ etc.. Diese Improvisationen können Themen in die Gruppe einbringen, die sich auf der Beziehungsebene bewegen und z.B. Verhaltensmuster aufzeigen, die mit Selbstwertproblematiken einhergehen. Auftauchen können Themen wie „Dominanz – Unterordnung“, nicht selten im Zusammenhang mit Gewalterfahrungen bzw. traumatischen Erfahrungen.
- Improvisationen mit dynamischen Elementen wie „schönes Wetter - Sturm kommt auf –schönes Wetter“, verschiedene Tempi spielen „angenehmes Tempo - langsamer – schneller werden - wieder angenehmes Tempo“ etc.. Derartige Improvisationen mit dynamischen Elementen können die Auseinandersetzung mit Themen wie Bewegung, Hektik und Ruhe im Kontext mit und ohne Suchtmittel anregen sowie die Auseinandersetzung mit Gefühlszuständen wie Wut, Ohnmachterfahrungen, Angst etc.. Sie implizieren aufgrund ihrer innewohnenden Bewegung Veränderungsprozesse.
- Improvisationen in denen Gegensatzpaare gespielt werden wie „hell und dunkel“, „Chaos und Ordnung“, „Feuer und Wasser“. Auf der Grundlage der Vorstellung, dass Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen häufig aufgrund früher Erfahrungen die Welt in „schwarz-weiß“ Vorstellungen einteilen (s.u.) dienen diese Improvisationen dazu, Erfahrungen und Situationen zu kreieren, die Polaritäten, Konfliktelemente und widerstreitende Kräfte aufweisen. Mittels der Improvisation, in der diese Polaritäten sich vereinigen können und Übergänge gespielt werden, können kompatible

Dimensionen erkennbar werden und der Blick für differenzierte Sichtweisen geöffnet werden (vgl. Aissen-Crewett 2000, S. 51).

- Improvisationen, die Klangbilder ergeben wie „Aufsteigender Nebel“, „Waldweg der in Lichtung führt“, „Landschaft mit See und Tieren“ etc. Klangbilder können aufgrund ihres hohen symbolischen Gehaltes, frühen, verdrängten und verleugneten Gefühlen Raum geben. Klangbilder, die häufig einen Zugang zur Gewinnung zu unbewussten Inhalten mit sich bringen, können therapeutische Prozesse vertiefen.
- Improvisationen in denen Gefühlszustände von der Gruppe gespielt werden wie „Langeweile“, „Stress“, „Ärger“ etc. oder das Spiel „Gefühle raten“ bei dem ein/e PatientIn versucht einen von anderen Patienten gespielten Gefühlszustand wie „Wut“, „Einsamkeit“, „Zufriedenheit“ etc. - der nach dem Zufallsprinzip (Karten ziehen) ausgewählt wird - zu erraten. Der „Rater“ spielt ohne das Gefühl benannt zu haben kurz mit, beendet das Spiel und nennt den Begriff. Diese Improvisationen dienen dazu sich differenzierter und intensiver bewusst mit Gefühlen auseinanderzusetzen und sich ihnen auf angstfreiem Weg zu nähern. (vgl. Kapteina/ Hörtreiter 1993, S.133-146)
- Freie Improvisationen werden angewandt, wenn unter den GruppenteilnehmerInnen Nähe und Vertrauen besteht. In freien Improvisationen kann eine Fülle von biographischem Material zutage kommen, wobei so Kapteina/Hörtreiter, auch die „Gefahr besteht, dass zuviel Themen aktualisiert werden, als die Gruppe verkraften kann“ (ebd. S. 250-251).

Die Auswahl angeleiteter Improvisationen bzw. das Angebot der freien Improvisation ist abhängig von dem Gruppenprozess und den in der Gruppe aufkommenden und gewünschten Themen bzw. der notwendigen Fokussierung auf einzelne Themen.

Das therapeutische Gespräch

Es ist die Aufgabe des Therapeuten bzw. der Therapeutin die improvisierte Musik des Patienten, denen er/sie mit musikalischen Interventionen wie Wiederholungen, Spiegelungen, Variationen, Zuspitzungen etc. begegnet, zu entschlüsseln und zu analysieren, mit dem Ziel einen Prozess bei dem Patienten in Gang zu setzen, der zu neuen Möglichkeiten des Erlebens und Handelns führt (Hegi 1997, S. 156-159).

Um eine „In-Gang-Setzung“ eines Prozesses zu unterstützen, welcher psychische, körperliche und soziale Fragen betreffen sollte, ist im Anschluss an eine Improvisation, ein aufarbeitendes und fokussierendes auf einer therapeutischen Theorie basierendes Gespräch notwendig, um einen „Gegenpool zur metaphorischen Freiheit der Musik zu setzen“ (Hegi 1997, S. 160).

So betont auch Aissen-Crewett, bezugnehmend auf das Modell Priestley, dass Musik und Worte gleichermaßen im therapeutischen Prozess notwendig sind und sich in ihrer Wirkung gegenseitig steigern: „Die Musik eröffnet den Zugang zu den Gefühlen und bringt sie in die Außenwelt, wo das Bewusstsein sie beobachten kann und die Worte führen das Bewusstsein zum Erkennen und Verstehen von Gefühlen.“ (Aissen-Crewett 2000, S. 76)

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 (vgl. Metzner 2000, S.234).

In der Musiktherapieforschung werden häufig qualitative Erhebungsverfahren angewandt, um der Komplexität von psychotherapeutischen Prozessen und Effekten gerecht werden zu können. Die qualitative Erhebung basiert auf der Grundlage einer ausführlichen Anamnese und eines Kontraktes (vgl. Kapteina/Wortmann, 2002).

Die Anamnese findet in Form eines Erstgesprächs zwischen dem Patienten bzw. der Patientin der zuständigen Ärztin bzw. des Arztes statt. Ersteinschätzung und mögliche Diagnose des Patienten bzw. der PatientIn werden an die jeweiligen zuständigen TherapeutInnen, KrankenpflegerInnen etc. weitergegeben. Ein individuelles Therapieziel wird mit den PatientInnen nur grob vereinbart, wobei der Entzug von Drogen bzw. Alkohol im Vordergrund steht bzw. eine allgemeine Stabilisierung der psychischen, körperlichen und sozialen Situation. Während des Therapieprozesses werden in den Teamsitzungen konkretere Einschätzungen und eventuelle Zielorientierungen einzelner Patienten ermittelt und besprochen.

Meine Arbeitsweise dokumentiere ich in Form eines Stundenverlaufsprotokolls, dass ich aus der Erinnerung heraus nach der Sitzung verfasse, wobei ich mich auf musikalische und außermusikalische Prozesse beziehe. Der prozessuale Therapieverlauf wurde von mir im Hinblick auf die Instrumentenauswahl der PatientInnen und die musikalischen Parameter wie Tempi, Lautstärke, Struktur und Dynamik, Intensität, Pausen, etc. für jede Sitzung protokolliert. Ich notiere die Gestaltung von Anfang und Ende der Improvisation, Stimmungen und Atmosphären, die musikalischen Beziehung der PatientInnen untereinander sowie auffallende Mimik und Körperhaltungen. Darüber hinaus halte ich die aufkommenden Themen der Reflexionsphase schriftlich fest sowie die Rückmeldungen aus anderen Therapien. Vorausschauend plane ich ein bis zwei mögliche musikalische Improvisationen für die nächste Sitzung für den Fall, dass die PatientInnen der vorhergegangenen Sitzung noch anwesend sind.

Frau A. ist eine 34 jährige Patientin, der eine psychotische Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis diagnostiziert wird, mit Auffälligkeiten wie eine sekundäre Alkoholabhängigkeit sowie Aggression, Autoaggression, Angstzustände, Antriebsschwäche und Ich-Schwäche. Medikamentös erhält die Patientin täglich 160 mg Zeldox, ein Antipsychotikum, 50 mg Stangyl, ein Antidepressiva vor allem gegen ihre Schlafstörungen sowie 130 mg Truxal, ein Neuroleptikum, das beruhigend wirken soll.

Frau A. kommt nach ihrer stationären Behandlung als Tagesklinikerin in die Gruppenmusiktherapie. Sie ist eine große, korpulente Frau mit grob wirkenden Gesichtszügen. Sie nimmt in der ersten Musiktherapiesitzung eine verschränkte Körperhaltung ein und wirkt sehr misstrauisch.

1. Stunde: Frau A. probiert die Instrumente nicht weiter aus, sondern greift gleich nach der großen Djembe, mit der sie vor der Improvisation auch keinen „Kontakt“ aufnimmt und spielt in der Improvisation mit dem Thema „Allein und Zusammen“ einen lauten schnellen, ungleichmäßigen Rhythmus ohne erkennbaren „Beat“. Sie spielt m.E. leicht aggressiv und scheint nicht auf die anderen zu achten, die sich nach und nach dem Rhythmus ihres dominanten Spiels anpassen.

Reflexion: Frau A. sagt, dass sie nur für sich alleine gespielt habe, die anderen nicht hören konnte und sich auch nicht anpassen könne und wolle. Sie stellt sich als Einzelkämpferin in ihrem Alltagsleben dar, kommt jedoch während des Reflexionsgesprächs zu dem Ergebnis, wie anstrengend und einsam ihre Rolle sei. Sie äußert den Wunsch „mal wieder etwas mit anderen gemeinsam tun zu wollen“.

Die Patientin vermeidet Beziehungen und wünscht sich gleichzeitig Kontakt. Diese Art der Kontaktstörung steht laut Ermann im Zentrum schizoiden Persönlichkeitsstörung (niedriges Strukturniveau, vgl. Ermann 2004, S. 180).

Sie kann auch im Zusammenhang mit ihrer Alkoholabhängigkeit betrachtet werden. So beschreibt K. Leidecker die Tendenz zum Einzelgängertum, dem „einsamen Wolf“, das Nichtvorhandensein tragfähiger Beziehungen und die damit einhergehende Isolation als typisches Thema von Alkohol-

*Falldarstellungen
Frau A von der
Station für alkoholabhängige
Menschen*

*Kontakt mit der
Musik*

abhängigen (Leidecker 2002, S.100).

2. Stunde: In der Improvisation „Reise-Pause-Reise“ lockert sich die Haltung von Frau A. Sie spielt einen lauten, mittelschnellen kurzen gleichmäßigen 2er- Rhythmus für die „Reise“ und in der „Pause“ etwas langsamer eine Melodie mit der Steeldrum. Sie spielt für sich allein, wirkt aber während des Spiels nicht mehr so misstrauisch und teilnahmslos.

Reflexion: Sie teilt mit, dass ihr das Musikstück gut gefallen habe, sie aber für sich gespielt habe und zwar eine Erinnerung an eine Busreise. Sie habe verschiedene Führerscheine auf die sie sehr stolz sei und ihr Traum sei es, Busfahrerin zu werden. Auf meine Frage, was an der Musik über die Erinnerung hinaus angenehm war, antwortet sie, der rhythmische Teil, der Weg, das Ziel. Sie berichtet über ihre Orientierungs- und Ziellosigkeit: Sie sei unfähig einen Tagesablauf alleine zu gestalten und könne z.B. nicht für sich kochen oder Ordnung in ihrer Wohnung halten.

Frau A. erlebt mit der Musik eine persönliche positive Erinnerung, die im Kontext von Hoffnung und Zuversicht steht. Aissen-Crewett betont, dass derartige musikalische Bestätigungen, in denen die Patienten in der Musik Augenblicke des Glückseins aus Vergangenheit erleben sehr wichtig sind, um auch Momente der Freude in der Therapie zu erleben (Aissen-Crewett 2000, S. 60).

Frau A. nutzt m.E. dieses erste positive Erlebnis, um motiviert für die Musiktherapie zu sein, da sie spürt, dass die Musik etwas mit ihr zu tun hat und sie beginnt wahrzunehmen und in die Musik zu spüren.

Gefühle ausdrücken

4-6. Stunde: Da sich einige PatientInnen in der Musiktherapiegruppe schon intensiv auf die Therapie einlassen, rege ich in Absprache mit den PatientInnen die Improvisation „Gefühle spielen“ an (vgl. Kapitel 5.3.). Lediglich Frau A. ist ziemlich neu in der Gruppe. Sie wirkt sehr motiviert und ist bereit, diese Improvisation zu spielen. Ich bin mir unsicher, ob sie mit dieser Improvisation nicht überfordert ist und erlebe die Musiktherapie aufgrund der sich häufig wechselnden PatientInnen wieder als einen gewagten Spagat zwischen verschiedenen individuellen Therapieprozessen.

Die Patienten spielen in den folgenden Stunden Basisgefühle wie „Freude“, „Zufriedenheit“, „Trauer“ (vgl. Kapitel 5.3.). Die musikalische Umsetzung der Gefühlszustände gelingt erstaunlich gut und alle Gefühle werden von den ratenden Mitspielern „richtig“ mitgespielt und schließlich erkannt. Nach der ersten „Gefühlsimprovisation“ regt Frau A. zu meinem Erstaunen an, wieder Gefühle zu spielen. Sie fände das sehr spannend.

Reflexion: Es findet eine rege Auseinandersetzung bezüglich der Gefühlszustände statt. Frau A. thematisiert, sichtbar zufrieden mit ihrem Spiel, dass sie Zufriedenheit „gut“ spielen konnte, wenn auch melancholische Anteile von ihr in der Musik wahrgenommen wurden. In ihrem Alltag gebe es noch Momente, in denen sie zufrieden sei, speziell, wenn sie bei ihren drei Kindern sei. Das danach folgende Thema „Trauer“ spielte sie mit der Djembe. Sie trommelte lähmend langsam und sagte, dass sie die Musik der Trauer kaum aushalten könne, da sie an ihre Kinder denken müsse, die ihr weggenommen wurden und nun bei ihren Eltern leben. Sie habe niemals die Chance sie zurückzubekommen. Trauer halte sie gefühlsmäßig nicht aus, was auch der Grund sei, warum sie Trinken müsse. Das Thema Freude, so Frau A., hätte sie nicht richtig mitspielen können, da sie es als „aufgesetztes“ unehrliches Spiel erlebt hätte, da sie Freude momentan nicht kenne.

Kapteina/Hörtreiter stellen dar, dass mittels der Musik den Gefühlen eine Gestaltbildung ermöglicht wird, über die anschließend kommuniziert werden kann (vgl. H. Kapteina/H. Hörtreiter 1993, S. 136). Frau A. lässt sich darauf ein, Gefühle zu spielen und diese musikalisch auszudrücken. Deutlich wird für sie ihre Angst und Vermeidungshaltung gegenüber dem Gefühl „Trauer“, dass im Kontext komplexer Lebensproblematiken hier zum ersten Mal auftaucht, auch im Zusammenhang mit ihrem Alkoholkonsum. Mittels der gespielten Gefühlszustände wird ihre Selbstwahrnehmung insofern sensibilisiert, da sie die Diskrepanzen zwischen gespielten Gefühlen und empfundenen Gefühlen erlebt: Das gespielte Gefühl „Trauer“ berührt sie als verdrängtes Gefühl, das gespielte Gefühl „Freude“ bleibt ohne Bezug zu ihr selbst.

Auseinandersetzung mit Kontaktängsten

7-8. Stunde: Die folgenden eher freien Improvisationen werden als kurze phasenweise rhythmische Stücke gestaltet und von Frau A. wesentlich bestimmt. Frau A. spielt die Steeldrum - die sie von da an als ihr Instrument bezeichnet - sehr laut und mit schnellen unruhigen Doppelschlägen.

Reflexion: Frau A. berichtet, dass das Spiel für sie angenehm war und sie versucht habe, auf die anderen zu hören, aber diese haben nicht zusammengespielt, so dass sie wieder bei sich geblieben sei. Sie berichtet, dass sie zu oft von anderen Menschen enttäuscht worden sei und sich deswegen wohler fühle, wenn sie die Mauer um sich immer höher ziehe.

Die bereits oben erwähnte Kontaktstörung (vgl. 1. Stunde) von Frau A. ist m.E. am ehesten – ausgehend von Hegi's fünf für die Musiktherapie übersetzten Kontaktstörungen aus der Gestalttherapie - im Bereich der „Projektion“ zu finden. Man akzeptiert sich selbst nicht, verdrängt die schwierigen Seiten, wirft diese Unzufriedenheit den anderen zu und bekommt keinen Kontakt. Es bestehen hohe Erwartungen an die anderen und gleichermaßen eine Blockierung der eigenen Veränderbarkeit. „In der Improvisation erscheint die Projektion als Manipulation“, eine Gratwanderung zwischen Macht und Isolation. Man sendet Erwartungen aus, die eher unsichere Menschen als Machtunterstützung erwidern.“ (Hegi 1997, S. 167)

Im Austausch mit den anderen anwesenden PatientInnen thematisieren wir die kontaktvermeidende Haltung von Frau A. Im Zusammenhang mit ihrem Spiel erhält Frau A. von ihren MitspielerInnen das Feedback, dass ihr Spiel schön gewesen sei, und ihr Rhythmus die anderen gestützt habe und Orientierung geboten habe. Frau A. ist erstaunt über ihre unbewusste Wirkung im Musikstück. Sie hat Kontakt gesucht und keinen gefunden, die anderen haben Kontakt erlebt.

9.-12. Stunde: In den nächsten Stunden spielen wir Improvisationen mit einfachen Spielregeln, wie „Rhythmus vorgeben“, „Anfang und Ende“ bestimmen, „Solo-Tutti“ Spiele, um andere musikalische Interaktionsformen auszuprobieren. Frau A. spielt die große Djembe und die Steeldrum und kann sowohl „Solo“, als auch „Tutti“ spielen und im „Tutti“ auch ihre Lautstärke reduzieren sowie sie Rhythmen vorgeben und mitspielen kann, sofern das Tempo nicht zu langsam ist. Sie ist zufrieden mit sich und genießt das Zusammenspiel und ist erstaunt, dass sie die anderen hört und sich anpassen kann, und sie die anderen im Spiel führen kann. Sie erzählt, dass sie in ihrer Clique anfangs „auch mal was vorzuschlagen“ und Ideen habe, was sie machen könnten. Während sie sich schon als Kind immer nur als graue Maus und Außenseiter gefühlt habe, könne sie jetzt sogar auch mal „der Leithammel“ sein, sagt sie lachend. Manchmal treffe sie sich am Wochenende mit einer neuen Freundin, die sie in der Klinik kennen gelernt habe, da sie es nicht alleine aushalten könne und sich auch nicht zu beschäftigen wisse. Der neue Kontakt, auch außerhalb der Clique, in der alle „trinken“, tue ihr gut. Sie sei selbst erstaunt, aber sie glaubt, die Mauer wieder ein Stück „runterlassen“ zu können, obwohl die Angst vor Enttäuschung immer noch groß sei.

In den angeleiteten Improvisationen konnte Frau A. verschiedene Interaktionsformen in der Gruppe ausprobieren, über die Menschen miteinander in Kontakt treten. Die musikalischen Kontaktformen werden erlebt und im Kontext mit alltäglichen Beziehungsmustern reflektiert. Sie implizieren das Potential, wie im Beispiel von Frau A. erkennbar wird, die Patienten darin zu bestärken neue Handlungsmuster bzw. Beziehungsmuster auszuprobieren. (vgl. Kapitel 4.)

13.-15. Stunde: Neben Improvisationen mit Klangbildern zu den Elementen „Wasser – Feuer“ und „Tagesuntergang und Tagesaufgang“ spielen wir eine „Wohlfühlmusik“. Frau A. spielt weiterhin meist mit der Steeldrum und hat die Oceandrum neu entdeckt. Sie spielt in den Improvisationen zunehmend ruhiger und einfühlsamer und verzichtet auf laute Doppelschläge. Sie spielt auf- und absteigende Melodien und variiert zwischen laut und leise, wobei sie die Klänge ihrer Mitspieler wahrnimmt. Sie spielt Übergänge und leitet diese auch einmal ein.

Reflexion: In den Reflexionsphasen berichtet sie, dass sie sich sehr erschöpft fühle und die Ruhe in der Musik genießen könne. Auch in der Entspannung könne sie sich jetzt mal fallen lassen. In Übereinstimmung mit den Ärzten und anderen TherapeutInnen stellen wir fest, dass bei Frau A. etwas in Bewegung ist und sie „schwingungsfähiger“ wird. Sie wirkt sensibler, kann sich offener und differenzierter mitteilen und verhält sich eher entsprechend ihrer Gefühlslage. Frau A. schafft es zunehmend nach innen zu fühlen und mit sich selbst in Kontakt zu kommen.

16.-18. Stunde: Die Tagesklinikzeit geht langsam zu Ende und Frau A. soll „ausdünnen“, d.h. nur noch drei Tage die Woche in die Klinik kommen. Sie hat große Angst davor, da sie ohne die Tagesklinik keinen Tagesablauf gestalten könne und nichts mit sich anzufangen wisse. Frau A. regt an, das Thema „Rückfallängste“ zu spielen, da am Tage der Musiktherapie ein Mitpatient einen entzugsbedingten Krampfanfall hatte und dabei die Treppe runterstürzte. Die Patientin ist sichtbar mitgenommen durch diesen Vorfall. In der Improvisation spielt sie für sich allein, ausschließlich mit ihrem Instrument und achtet nicht mehr so viel auf die anderen. Sie spielt vorrangig ein langsames Ostinato mit drei Tönen.

In der Reflexion zum Thema „Rückfallängste“ betont sie, dass sie abends, wenn sie allein ist aufgrund ihrer Langeweile und Perspektivlosigkeit Unruhe und „Suchtdruck“ empfinde, bei gleichzeitiger Sorge wieder rückfällig zu werden. Sie könne diese schwierigen Situationen nur aushalten, wenn sie unter Menschen gehe. Diesen letzten Satz der Patientin nehme ich zum Anlass über selbstverantwortliche Umgehensweisen hinsichtlich des Themas „Rückfallvermeidung“ zu sprechen. In der Gruppe findet eine Diskussion statt, welche aktive Vermeidungsstrategien bzw. Hand-

Kontakt zu sich selbst finden

Perspektivlosigkeit und Rückfallängste

lungsalternativen gegenüber der Möglichkeit des Alkoholkonsums, der mit Rückzugsverhalten gleichzusetzen ist, möglich sind.

Neben dieser m.E. sehr positiven Auseinandersetzung hebt Frau A. in dieser Sitzung die Themen „Perspektivlosigkeit“ und „Sinnlosigkeit“ hervor, die wir in der nächsten Sitzung spielen. Wieder spielt Frau A. ein langsames Ostinato-Stück auf der Steeldrum, ähnlich wie oben dargestellt.

In der Reflexion betont Frau A., dass die Musik für sie angenehm war. Sie klang traurig, aber irgendwie auch hoffnungsvoll. Früher habe sie den Sinn ihres Lebens in der Betreuung ihrer Kinder gesehen. Jetzt könne sie keinen Sinn mehr in ihrem Leben sehen, obwohl sie eigentlich leben wolle.

Auffällig ist in den beschriebenen Stunden das Ostinato-Spiel, was von ihr als angenehm erlebt wird. Ein Ostinato, so Hegi, ist ein überschaubares, wiederholbarer Bewegungsablauf, der zu verstehen ist als eine „Figur zum Durchhalten, zum Drinbleiben, zum Boden-Geben,..., ein Strukturelement zum Aufbauen oder ein konstanter Bezugspunkt für freiere Bewegungen.“ (Hegi 1997, S. 64)

Frau A. erlebt durch die Musik strukturierende Kräfte, die mit ihren Gefühlen von Hoffnungslosigkeit und Sinnlosigkeit kontrastieren.

Kapteina/Hörtreiter stellen dar, dass die Suizidalität des Suchtkranken nicht nur die Antwort auf frühe Kränkungen ist, sondern auch auf den Verlust des Lebenssinns. (Kapteina/Hörtreiter 1996, S.167) Auf die Frage nach dem Lebenssinn kann ich als Therapeutin der Patientin keine pauschalen Antworten bieten und fühle, wie schwierig es ist, diese ständig wiederkehrenden Fragen auszuhalten. Ein Patient hat in dieser Sitzung die Klangschale gespielt, die er als sehr angenehm erlebt. Wir hören uns nach der Improvisation den Klang der Klangschale noch einmal einzeln an und Herr C. sagt, dass dieser Ton für ihn Leben und Hoffnung bedeutet. Er erwähnt in diesem Kontext seine frühere Orientierung zum Buddhismus und wir sprechen über die Vorstellung, dass das „Leben ein langer Fluss“ ist. Es gibt nach dieser Lehre schlechterer und auch bessere Phasen im Leben und wir beenden die Sitzung mit einer allgemein hoffnungsvolleren Stimmung als am Anfang der Sitzung und mit dem Gefühl, dass es Sinn macht zu suchen.

Trauer

19. Stunde: Frau A. ist wieder stationär aufgenommen worden, aufgrund eines leichten Rückfalls im Zuge des Todes eines Ex-Freundes. Frau A. spielt in der angebotenen eher freien Improvisation mit der kleinen Djembe und der Wah-Wah Tube. Sie spielt leise und versunken zu einer insgesamt ruhigen Improvisation, mit Phasen des Zusammenspiels.

In der Reflexion berichtet sie, dass sie „Trauer“ gespielt habe, weil es ihr sehr schlecht gehe (sie beginnt zu weinen), denn ihr Exfreund habe sich im Gefängnis umgebracht. Er sei ihre eigentliche große Liebe gewesen. Die Mitpatienten und ich thematisieren mit ihr gemeinsam den Umgang mit Tod und Trauer und ermutigen sie, sich Zeit zu nehmen für den Abschied. Bei meiner Nachfrage, warum ihr Freund im Gefängnis war, teilt sie mit, dass ihm Missbrauch an einer Minderjährigen vorgeworfen wurde. Sie sei jedoch der Meinung, dass der Täter sein Bruder sei, der auch im Gefängnis saße und „auch mal was mit ihr hatte“. Mir persönlich bleibt neben der Trauer das negative Gefühl in Bezug auf die Vorstellung „Sexualtäter“.

20. Stunde: In der nächsten Sitzung kommt Frau A. eher durch Zufall allein zur Therapiesitzung. Sie ist nicht in der Lage zu musizieren und erzählt nach langem Weinen, dass sie auf der Beerdigung war und der Anblick des durch ein Seil zerschnittenen Halses des Toten so schrecklich war. Nachdem sie sich beruhigt hat, und ich sie noch einmal auf den Grund der U-Haft anspreche, sagt sie, dass sie den Missbrauchsverdacht sich nicht vorstellen könne. Sie erzählt darauf übergangslos und emotionslos, dass sie von ihrem Vater missbraucht worden sei und sie Angst habe, dass er ihre Tochter nun auch missbrauche. Desweiteren erzählt sie, dass der Grund der Wegnahme ihrer Kinder ihr eigener Selbstmordversuch gewesen sei, der vor den Augen der Kinder stattgefunden habe. Sie thematisiert kurz die Beziehung mit dem verstorbenen Ex-Freund, welche m.E. ebenfalls durch Gewalt und Unzuverlässigkeit gekennzeichnet war. Anhand des Selbstmordes dieses Ex-Mannes beginnt Frau A. sich mit ihrer Vergangenheit, die überschwemmt ist von sich wiederholenden Traumatisierungen, auseinander zu setzen.

Integration von dem Gefühl „Trauer“

21.-23. Stunde: Frau A. spielt in den angebotenen Klangbildimprovisationen (vgl. Kapitel 5.3.) der folgenden Sitzungen mit „ihrem Instrument“ und mit der Wah-Wah-Tube leise, langsame Melodien bzw. nachhallende Töne für sich alleine, und nimmt die anderen PatientInnen nur manchmal wahr, welche ebenfalls dazu beitragen, ruhige Musikstücke zu kreieren. Sie sagt, dass sie ihre „Trauer“ spielt, die ich mit ihr nur sehr kurz reflektiere. Ich habe den Eindruck, dass sie die „Trauer“ nun als einen Teil von sich annimmt. Sie lebt in der Musik ein Stück ihrer Trauer um den verstorbenen Ex-Freund aus. Darüber hinaus bewältigt sie m.E. ein Stück ihrer eigenen Trauer, da der Selbstmord

des Freundes ihre eigene Vergangenheit berührt.

24. Stunde: Frau A. kommt alleine, da ihre Mitpatienten alle rückfällig geworden sind. Sie betont zu Anfang, dass sie ihren Ex-Freund, der ihr eigentlicher Traummann sei, so sehr vermisse und bei mir verschärft sich der Eindruck, dass sie ihn zum möglichen Traumpartner idealisiert (vgl. „niedriges Strukturniveau“ Kapitel 3). Ich versuche differenziert darzustellen, dass ihr Ex-Freund ja nicht nur positive Seiten hatte. Sie sagt darauf, dass er wie alle anderen ihrer Männer war, nur etwas weicher, weswegen er sich ja auch umgebracht habe. Ich schlage vor, dass sie ein Instrument auswählt, das für ihre Männer in der Beziehung steht, welches ich spiele und eines für sich. Sie teilt mir die Schlitztrommel zu und sie spielt die Steeldrum. Wir spielen eine freie Improvisation zu dem Thema Beziehungen. Ich spiele vehemente, aggressive Töne auf der Schlitztrommel und dann begleite ich sie harmonisch etwa im Wechsel zu gleichen Teilen, während sie den gleichen schnellen Rhythmus auf der Steeldrum spielt und nur leiser wird, wenn ich das Tempo und die Lautstärke erhebe.

In der Reflexion sagt sie, dass sie nur die lauten, aggressiven Töne, die „Macht der Männer“ wahrgenommen habe. Harmonische Phasen habe sie fast gar nicht gehört. Auf meine Frage, womit das zu tun haben könnte sagt sie, dass sie nicht wisse, ob sie „harmonische“ Beziehungen gehabt hätte. In dieser Stunde beginnt sie ihre ambivalente Beziehung zu Männern zu thematisieren. Das Muster in ihren zahlreich wechselnden Männerbeziehungen sei, so Frau A., immer das gleiche: Sie suche „starke Männer“, die sie vor der „Rache des Ex-Mannes“ beschützen sollen und letztendlich wird die Gewalt, auch sexuelle Gewalt gegen sie gerichtet und das gleiche Spiel gehe von vorne los.

Deutlich werden in den Ausführungen von Frau A. m.E. ihre frühen Traumatisierungen, die sich in ihren wahrgenommenen Beziehungsmustern widerspiegeln: Sie sucht unbewusst Nähe und Geborgenheit, die sie nur um den Preis gewalttätigen sexuellen Begehrens zu erhalten scheint, kombiniert mit dem Wunsch beschützt zu werden.

Parallel dazu zeigt sich in diesem Muster auch der von Ermann dargestellte „schizoide Konflikt“, der zwischen „Nähewünschen, Verschmelzungs- und Verfolgungsangst“ fixiert ist. „Es persistiert eine basale Unsicherheit der Selbstgrenzen, des Interesses an der Welt und am Leben einerseits, eine Sehnsucht nach emotionaler Wärme, Kontakt und Bindung andererseits.“ (Erdmann 2004, S. 182)

Nach meinem vierwöchigen Urlaub befindet sich Frau A. wieder in der Tagesklinik nach einem leichten erneuten „Rückfall“ und diffusen Angstzuständen. In der ersten Musiktherapiesitzung erzählt Frau A., dass sie massive Angstzustände habe. Sie habe eine Honorarstelle im Cafe der Klinik bekommen, was ihr gut gefalle. Privat habe sie einer Bekannten Probleme anvertraut, die dann hinter ihrem Rücken über sie geredet habe. An diesem Tag hätten ihre Angstzustände wieder begonnen und seien immer schlimmer geworden. Es liegt m.E. nahe, dass der Auslöser der Angstzustände „missbrauchtes Vertrauen“ war, der seine Wurzeln in dem Missbrauchstraumata der Frau A. haben kann und/oder im Kontext ihrer psychotischen Erkrankung zu betrachten ist. Die Patientin hat wieder mehr Zugang zu sich selbst und erlebt vor diesem Hintergrund auch negative Gefühlsempfindungen wie Angst wieder intensiver.

In Absprache mit meiner Supervisorin I. Kritzer (2002) biete ich Frau A. während der folgenden Sitzungen rhythmische Improvisationen an, die der inneren und äußeren Strukturlosigkeit der Patientin entgegenwirken sollen (vgl. 16-18 Sitzung). Weiterhin arbeite ich mittels musikalischer Regelspiele mit der Patientin an Beziehungsthemen sowie an den wechselseitigen Verhältnissen zwischen Beziehungen und Gefühlen im „Hier und jetzt“.

Eine therapeutische Vertiefung hinsichtlich der Traumatisierungen der Patientin halte ich zum jetzigen Zeitpunkt für unangemessen: Denn einerseits bietet die Akutklinik nicht den Rahmen für eine kontinuierliche Langzeittherapie und andererseits ist Frau A.'s Zustand noch viel zu instabil, zumal sie auch den Alkohol nutzt, wenn Spannungen für sie zu groß werden. Ein weiterer Aspekt, der gegen eine therapeutische Vertiefung spricht, ist die Tatsache, dass die Tochter der Patientin und ihre zwei Söhne jetzt bei ihrem Großvater leben. Frau A. befürchtet, dass der Missbrauch an ihrer Tochter fortgesetzt wird, was dem ganzen Thema eine für sie nicht aushaltbare Präsenz gibt, solange sich die äußeren Umstände nicht ändern.

Frau A. hat die Hoffnung, irgendwann, wenn es ihr besser geht, doch wenigstens ihre mittlerweile 12-jährige Tochter zu sich zurückzuholen. Sie versucht in einem betreuten Wohnheim in der Nähe ihres Heimatortes, wo ihre Kinder leben, unterzukommen, da sie glaubt, momentan nicht mehr ohne Unterstützung zurechtzukommen.

*Reflexion von
Männerbeziehungen*

*Weiterer Therapie-
verlauf*

*Herr B von der
Station für dro-
genabhängige
Menschen*

Herr B. ist ein dreiundvierzigjähriger Mann, sehr dünn und sein Körper sieht ausgezehrt aus. Er leidet an einer chronischen Hepatitis C. Seine Erfahrungen mit Drogen fingen in der Jugendzeit mit Haschisch und LSD an und während eines Aufenthaltes in der Justizvollzugsanstalt wurde er 1997 heroinabhängig. Zuletzt nahm er an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm teil. Der Patient wurde zur medikamentös gestützten Opiatentzugsbehandlung mit Methadon stationär aufgenommen. Als Therapieziel wird mit Herrn B. der Opiatentzug vereinbart. Er wünscht darüber hinaus keine tiefere therapeutische Behandlung.

*Ausein-
andersetzung mit
Geschwindigkeit*

1. Stunde: Herr B. kommt in der 1. Sitzung allein und ist motiviert an der Musiktherapie teilzunehmen. Ich frage ihn, wie es ihm geht und er sagt, dass es ihm noch gut gehe und er bisher keinen Entzug habe. Ansonsten betont er, dass er ohne Opiate leben und seinen Entschluss „durchziehen“ möchte. Er entscheidet sich für die Steeldrum und wir spielen die Improvisation „Wie geht es mir?“ Ich begleite ihn mit der Schlitztrommel und einer kleinen Djembe. Er spielt lange (ca. 15 Min) eine sehr schnelle eher laute unruhige Melodie.

Reflexion: In der Reflexion berichtet er, dass das Musikstück ihm gefallen habe und wir reden über das unruhige Tempo der Musik. Er erzählt über sich, dass er ein sehr schneller Mensch sei und auch schon als Kind sehr lebhaft war. Er liebe Aufregungen und fahre z.B. auch Autos immer so schnell wie möglich. Er käme aus einem „fürsorglichen Elternhaus“ und sei in einer Kleinstadt am Rande des Ruhrgebietes groß geworden, die ihm aber zu provinziell gewesen sei, vor allem im Hinblick auf seine Homosexualität. Er habe aufgrund von Ereignislosigkeit angefangen Drogen auszuprobieren, mit dem Ziel individueller Selbsterfahrung, was ihm auch viel gebracht habe und er habe lediglich bisher bereut mit der Einnahme von Heroin angefangen zu haben. Auch nach dem Entzug werde er wieder Haschisch rauchen und vielleicht sogar LSD konsumieren.

Hegi, der versucht hat, die dynamischen Bewegungen in der Musik in psychodynamische Kräfte zu übersetzen, stellt dar, dass schnelles Tempo und Lautstärke u.a. auf Beweglichkeit, Ungeduld, Druck, Dominanz, Kraft sowie Intensität hinweisen, was m. E. bei meinem ersten Eindruck auch für den Patienten zuzutreffen scheint, vor allem auch im Zusammenhang mit seinen eigenen Äußerungen (vgl. Hegi 1997, S. 129).

Ruhe und Risiko

2. Stunde: Herr B. berichtet, dass es ihm langsam schlechter gehe und er nicht schlafen könne, aber es sei „nicht so schlimm“. Ich sehe ihm seine Entzugserscheinungen bereits deutlich an, vor allem seine noch auffälligere Unruhe. Wir vereinbaren eine angenehme Musik zu spielen, da ihm etwas Entspannung gut tue. Er soll dafür die Instrumente bestimmen. Er wählt für sich das Glockenspiel und teilt mir die Oceandrum und das Flexaton zu. Ich frage ihn, ob er das Flexaton nicht mal ausprobieren möchte. Es sagt nein, denn er liebe Überraschungen und sei neugierig auf die Musik. Herr B. beginnt eine sensible Melodie mit dem Glockenspiel zu spielen und spielt ab und zu passend zu der Oceandrum Glissandi. Es ergibt sich so etwas wie eine lange ruhige „Wassermusik“. Ich schaffe es nicht das Flexaton in die Ruhe zu spielen, da ich sehe, wie gut er sich während der Musik entspannt.

Reflexion: Herr B. sagt, dass die Musik sehr angenehm war und ihn beruhigt habe, wobei ihm auf Dauer das Glockenspiel zu langweilig sei. Ich sage ihm, dass ich es nicht geschafft habe das zweite von ihm ausgewählte Instrument zu spielen, da ich das Gefühl gehabt hätte, dass er Ruhe brauche. Ich spiele ihm kurz das Flexaton vor und er sagt: „Schrecklich – nur weg damit“. In diesem Kontext thematisiere ich seinen Wunsch nach Aufregung, der heute offensichtlich im Kontrast zu seiner Verfassung stand. Herr B. räumt ein, besser auf sich achten zu müssen und ich motiviere ihn über seine Risikobereitschaft und Neugier nachzudenken, die zwar einerseits positive Potentiale beinhalte, aber andererseits, wie er selbst berichtet, ihm auch schon viel Leid zugefügt habe, vor allem im Zusammenhang mit Opiaten. Herr B. bedankt sich höflich und sagt, dass er heute viel mitnehmen könne.

*Flug und der
Wunsch zu
landen*

3. Stunde: Herr B. kommt mit einer Mitpatientin und hat verstärkt Entzugserscheinungen, er zittert, schwitzt und sieht noch blasser aus als sonst. Er ist mit sich zufrieden, da er schon weit „runterdosiert“ werden konnte.

Wir spielen ein Musikstück mit dem Titel „Flugreise“. Herr B. wählt die Steeldrum, stellt das Glockenspiel vor sich (er benutzt es nicht). Er spielt wechselnde schnelle laute und leisere rhythmische aufsteigende Melodien und bestimmt den Verlauf des Musikstücks.

Reflexion: Herr B. teilt mit, dass er sich direkt im Flugzeug gefühlt und einen unruhigen Flug gespielt habe. Er habe versucht die Landung zu spielen und zwar allein. Ich frage ihn, ob seine Flugreise mit ihm zu tun habe und er sagt, dass er versuche zu landen, Klarheit zu finden. Herr B. betont, dass er sich im Moment ausschließlich mit seinem Entzug beschäftige und versuche sich bewusst auf alles gefasst zu machen. Er habe bereits so viele Jahre Drogen konsumiert, dass er nicht

wisse, wer er eigentlich ohne Drogen sei, was ihn einerseits verunsichere, aber andererseits sei er auch neugierig, wie sein Leben „nur mit Kaffee“ aussehen werde. (mich erstaunt seine Aussage „nur Kaffee“, da er doch weiterhin Haschisch und LSD konsumieren wollte (vgl. 1. Sitzung))

Herr B. hat in der Improvisation trotz seiner musikalischen Führung seiner Mitspielerin nach seinen Aussagen bewusst genügend Raum gelassen, ihre Sansula zu spielen, was m.E. zeigt, dass er über soziale Kompetenzen verfügt. Kontakt hat er in der Musik von sich aus weder mit ihr noch mit mir aufgenommen.

4. Stunde: Herrn B. geht es weiterhin zunehmend schlechter. Zur Musiktherapie kommt er in Begleitung mit dem Paar Herrn C. und Frau D., die ich schon von einem vorherigen Entzugsversuch kenne. Ich frage nach einem Thema, welches wir spielen könnten und Herr C. schlägt vor, dass wir „Enge und Weite“ spielen können. Herr B. findet das Thema sehr gut und wählt diesmal die Oceandrum aus und die kleine Djembé, die er lediglich vor sich hinstellt. Er spielt in der Improvisation die Oceandrum relativ langsam und ruhig. Die anderen Spieler begleiten ihn mit einem Saiteninstrument und Glockenspiel; ich spiele die Schlitztrommel. Das Musikstück wirkt sehr einfühlsam, mit erkennbaren Phasen des Zusammenspiels, mit hohen und tiefen Melodien, eingehüllt in den Klang der Oceandrum.

Reflexion: Herr B. betont wieder, dass die Musik ihm gut tue und angenehm sei und er so gespielt habe, wie ihm zumute sei. Er habe sich intensiv mit dem Thema „Enge und Weite“ befasst, seine Erlebnisse mit den Drogen - die Weite, das All - wobei er eher die hohen, die leisen Töne meine und die tiefen, die lauten Töne, die für ihn für Enge bzw. Realität stehen. Er erlebe seinen Entzug wie Wellen, mal näher, dann wieder weiter weg. Darüber hinaus sei ihm aufgefallen, dass er nie das zweite ausgewählte Instrument spielen könne. Auf meine Frage, woran das läge, antwortet er, dass er Angst vor dem Übergang hätte. Wir thematisieren in der Gruppe die „Übergangserfahrung“ Entzug, in der sich alle befinden und die Sorge vor dem, was danach kommt. Herr C. fügt hinzu, dass er Angst habe, wie seine Beziehung zu Frau D. nach dem Entzug aussehe, denn sie kennen sich kaum ohne Drogen. Herr B. stellt viele interessierte Fragen zu Beziehungsthemen an Herrn C. und sieht bedrückt aus. Nähe habe er diesmal in der Musik erlebt, teilt er mit, aber sie ängstige ihn und er wolle nicht darüber sprechen.

*Enge und Weite
– All und Erde*

5. Stunde: Da es Herrn C. und Frau D. zu schlecht geht um an der Musiktherapie teilzunehmen, kommt Herr B. wieder allein. Seine Entzugssymptome sind sehr stark und äußern sich nach seinen Aussagen, wie eine schwere Grippe. Er bekommt Medikamente gegen seine Entzugsbeschwerden, aber kein Methadon mehr. Trotzdem ist Herr B., der meiner Meinung nach eine positive Grundeinstellung verkörpert - die selten auf der Stationen zu finden ist - , sehr zufrieden und stolz auf sich. Er sagt, sein Körper hinke hinterher, aber sein Kopf werde frei. Ich schlage vor, dass wir das Thema „Tag und Nacht“ spielen. Für dieses Musikstück soll er zwei Instrumente auswählen. Herr B. nimmt das Glockenspiel und die Steeldrum. Er spielt zuerst das Glockenspiel, kontrastiert hohe und tiefe Töne und versucht dann gleichzeitig dazu die Steeldrum zu spielen. Es entsteht ein ungleichmäßiger Dreierhythmus.

Reflexion: Er habe versucht, Tag und Nacht zusammen zu spielen, so Herr B. Schwierig sei für ihn vor allem gewesen die Instrumente gleichzeitig zu spielen und es fehle ihm die „rechts-links-Koordination“. Er berichtet, dass er nur die Übergänge spielen wollte, was ihm diesmal gelungen sei. Er sei wohl ein Stück weiter.

Für den Patienten war es anstrengend, zwei Instrumente gleichzeitig zu spielen; einerseits war er zufrieden mit seiner „Leistung“ und andererseits spiegelt sich m.E. neben seiner „entzugsbedingten Übergangserfahrung“ auch sein Thema „Überforderung“ wieder, seine Schnelligkeit und Ungeduld.

Tag und Nacht

6. Stunde: Herr B. hat die seitens der Klinik anberaumte Zeit für seinen körperlichen Entzug erfolgreich durchgehalten und nimmt an der letzten Musiktherapiesitzung teil. Ich schlage vor ein Abschiedsstück für ihn zu spielen, das wir „Erde“ nennen. Ich rege an, dass Herr B. für diese Improvisation – wenn er es sich vorstellen kann - einen Rhythmus vorgeben soll, der die Basis für unser Stück bilde. Er könne die Musik auch beenden. Für die Improvisation wählt Herr B. die große Djembe aus. Ich rate ihm erst in Ruhe „Kontakt mit dem Instrument“ aufzunehmen, was er auch tut. Danach beginnt er einen relativ schnellen Dreierhythmus vorzugeben, aus dem er manchmal herausfällt. Er spielt sehr lange, beginnt zu schwitzen und gibt anscheinend „Alles“. Auch seine Mitspielerin wirkt schon sehr angestrengt.

Reflexion: Herr B. sagt, dass es soweit gut geklappt habe, er jedoch völlig erschöpft sei. Durch meine in seinen Rhythmus leise eingespielten Zwischenrhythmen habe er sich sehr gestört gefühlt. Frau D. teilt mit, dass für sie das Musikstück zu lang und zu schnell gewesen sei, obwohl sie

*Versuch einer zu
schnellen
Erdung*

stellenweise gut in den Rhythmus gefunden habe. Nochmals greife ich das Thema Geschwindigkeit auf, dass er sich Zeit lassen soll für seine „Erdung“. Herr B. räumt ein, wie schwer es ihm falle sich Zeit zu lassen, bei ihm müsse jetzt alles zielorientiert weitergehen. Er habe eine Stelle in einer Arztpraxis erhalten, in der er bei der Organisation von der Vergabe von Methadon beteiligt sei. Gerade diese Herausforderung brauche er jetzt. Die Zwischentöne hätten ihn wohl auch gestört, da er auf seinem geplanten Weg jetzt nicht gestört werden wolle, sagt er fast ärgerlich. Frau D. und ich verabschieden ihn mit verschiedenen Wünschen, sich Zeit lassen zu können beim Entdecken seiner Persönlichkeit ohne Drogen; auf seine Kräfte, seinen Körper zu achten; wachsam im Hinblick auf seine Risikobereitschaft zu sein und wieder Nähe zulassen zu können.

Herr B., der lediglich sechs Musiktherapiestunden bei mir erhielt, hat sich intensiv mit seinem aktuellen „Entzugszustand“ auseinandergesetzt. Während er zu Beginn der Therapie, als er noch höhere Dosen Methadon erhielt sich gefühlsmäßig weit weg fühlt und dies musikalisch auch mit hohen langklingenden Tönen ausdrückt, verändert sich sein musikalisches Spiel in Richtung tiefer klingende Töne und zunehmend rhythmisch orientierter werdend gegen Ende der Therapie, die gleichzeitig mit der Beendigung seiner Drogeneinnahme einherging.

Erlebnisse unter Drogen, die den Blick in die Innenwelt des Menschen legen, sind für die PatientInnen sehr individuelle und einsame Erfahrungen und gehen mit Sprachlosigkeit einher. Dem Patienten gelang es in der Musiktherapie innere Zustände, inneres Erleben mittels der Musik nach außen zu richten, einhergehend mit dem Versuch seine Erfahrungen auch sprachlich mitzuteilen, was auch einen Entlastungseffekt im Hinblick auf die entzugsbedingten Spannungszustände mit sich bringt. Darüber hinaus zeigen sich in der kurzen Zeit auch Ansätze von Themen, die mit der Persönlichkeitsstruktur des Patienten im Zusammenhang stehen wie Ungeduld, Leistungsorientiertheit, Beziehungsängste, Risikobereitschaft, vorhandenes Sozialverhalten. Im günstigsten Fall entsteht auch durch die „anklingenden“ Themen in der Musiktherapie bei den Patienten der Station B die Motivation, an langfristigen Therapieangeboten teilzunehmen, um Hintergründe und mögliche Ursachen der psychischen Abhängigkeit zu bearbeiten, um eine dauerhafte Abstinenzfähigkeit zu erreichen.

*Abschließende
Betrachtung und
Danksagung*

Die Menschen auf den Abhängigkeitsstationen, die an der Musiktherapie teilnahmen, erlebte ich hinsichtlich des musiktherapeutischen Angebotes fast ausnahmslos offen und aufgeschlossen, was mich entgegen meiner anfänglichen Vorstellungen erstaunte und natürlich auch freute. Im Verlauf meiner praktischen musiktherapeutischen Arbeit erlangte ich mehr Sicherheit und begann schneller zu erfassen, welche angebotenen Themen und Spiele, die mir von der Ausbildung bekannt waren, für bestimmte Patientengruppen sinnvoll eingesetzt werden konnten und inwiefern sie variiert werden mussten. Auch die Reflexionsgespräche wurden aufgrund der zunehmenden Erfahrung im Umgang mit den PatientInnen routinierter, so dass ich - weniger angespannt - bewusster auf Inhalte theoretischer Grundlagen zurückgreifen konnte und sich meine eigene Arbeitsweise entwickeln konnte. Die stets freundliche Unterstützung und der Rückhalt der ÄrztInnen, PflegerInnen und TherapeutInnen der anderen Fachbereiche haben mir geholfen sicherer in Bezug auf meine eigene Beurteilung und Arbeitsweise zu werden, wofür ich mich bei den MitarbeiterInnen der Stationen für Abhängigkeitserkrankungen der Klinik Marburg Süd bedanken möchte.

Bedanken möchte ich mich auch bei allen, die mich bei meiner Ausbildung begleitet und unterstützt haben, insbesondere bei meiner Supervisorin Inge Kritzer und meiner Supervisionsgruppe.

*Motivation und
Vorerfahrung*

Meine Motivation für die Teilnahme an der Musiktherapeutischen Zusatzausbildung an der Universität Siegen begründet sich in der Idee meine verschiedenen Interessens- und Arbeitsbereiche miteinander zu verbinden: Im Interessensbereich lag mein Ethnologie-Studium, vor allem mit seinen ethnomedizinischen und -musikalischen Themen, die u.a. auch Prüfungsthemen bei meinem Magisterabschluss waren. Während meiner Studienzeit arbeitete ich nebenamtlich beim Verein zur Förderung der Integration Behinderter (fib e.V.) und danach zwei Jahre

hauptamtlich. Dort machte ich Erfahrungen im Umgang mit psychisch und physisch behinderten Menschen. Parallel zu dieser Tätigkeit arbeitete ich in der Musik- und Bewegungsschule „Harmonie Kunterbunt“ Marburg-Schröck e.V., an der ich Instrumentalunterricht in den Fächern Block- und Querflöte unterrichtete. Im Verlauf meiner musiktherapeutischen Zusatzausbildung verfestigte sich meine anfängliche Annahme, dass die Musiktherapie für mich eine ideale Ergänzung und Erweiterung meiner bisherigen Arbeitsbereiche darstellt.

Während meiner Tätigkeit beim fib e.V. unterstützte ich sechs Jahre eine spastisch gelähmte Frau bei der Bewältigung ihres Lebensalltags. Deren Mann hatte m.E. eine Abhängigkeitserkrankung sowie ein Großteil der Freunde und Bekannte, die dort während meiner Arbeitszeit meist anwesend waren drogenabhängig bzw. und alkoholabhängig waren. In Gesprächen mit diesen Menschen wurde ich mit den unzähligen problem- und konfliktbeladenen Lebensumständen konfrontiert, die die vordergründig naheliegende Spannungslösung mittels Alkohol und Drogen mehr als verständlich erschienen ließ. Anhand der Schicksale dieser Menschen wurde mir deutlich, wie die von M. Ermann beschriebene „Suchtspirale“ - einmal ins Rollen gekommen - die Betroffenen in einen Teufelskreis führt, aus dem kaum ein Ausweg möglich erscheint. Vor diesem Erfahrungshintergrund begann ich meine musiktherapeutische Praxistätigkeit.

Literaturverzeichnis

- Aissen-Crewett, Meike: Das Modell Mary Priestley. Potsdam 2000.
- Bruhn, Herbert: Musiktherapie. Geschichte-Theorien-Methoden. Göttingen 2000.
- Dilling Horst, Reimer, Christian: Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin, Heidelberg 2001.
- Ermann, Michael: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage. Stuttgart 2004.
- Friedemann, Lilli: Trommeln – Tanzen - Tönen. Wien 1983.
- Frohne-Hagemann, Isabelle (Hrsg.): Musik und Gestalt; Klinische Musiktherapie als integrative Psychotherapie. Göttingen 1999 : S. 101-123.
- Frohne-Hagemann, Isabelle: Integrative Musiktherapie als psychotherapeutische, klinische und persönlichkeitsbildende Methode. In: I. Frohne-Hagemann (Hrsg.): Musik und Gestalt. Klinische Musiktherapie als integrative Psychotherapie. Göttingen 1999 : S. 101-123.
- Hegi, Fritz: Improvisation und Musiktherapie. Möglichkeiten und Wirkungen von freier Musik. Paderborn 1997.
- Kapteina, Hartmut, /Hörtreiter, Hans: Musik und Malen in der therapeutischen Arbeit mit Suchtkranken. 1993.
- Kapteina, Hartmut: Musiktherapie bei Suchterkrankungen. In: H. Decker-Voigt, P.Knill, E.Weymann (Hrsg.) Lexikon der Musiktherapie. Göttingen 1996: S. 245-249.
- Kapteina Hartmut /Wortmann, Karl-Heinz: Evaluation in der Musiktherapie: In K.H. Wortmann: Arbeitspapiere zur musiktherapeutischen Profilbildung in der vierten Ausbildungsstufe, Siegen 2002
- Kritzer, Inge, Supervision mit musiktherapeutischen Methoden, Forum Musiktherapie und Soziale Arbeit, Siegen 2002 ([http ...](http://www.musiktherapie.de))
- Langenberg, Mechthild: Psychoanalyse und Musiktherapie. In: H. Decker-Voigt, P.Knill, E.Weymann (Hrsg.) Lexikon der Musiktherapie. Göttingen 1996: S. 305-310.
- Leidecker, Klaus: Musik als Begegnung. Schöpferisches Handeln zwischen Pädagogik und Therapie. Wiesbaden 2002: S. 85-145.
- Metzner, Susanne: Ein Traum: Eine fremde Sprache kennen, ohne sie zu verstehen. Zur Evaluation von Gruppenimprovisationen. In Musiktherapeutische Umschau 2000: S. 234-247
- Smeijsters, Henk: Grundlagen der Musiktherapie. Göttingen 1999. In: H. Decker-Voigt, P.Knill, E.Weymann (Hrsg.) Lexikon der Musiktherapie. Göttingen 1996: S. 305-310.
- Veltrup, Clemens: Verhaltenstherapeutische Überlegungen zur Motivationsarbeit bei Alkoholabhängigen. In: Scheiblich, Wolfgang (Hrsg.) Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer

Schulen. Freiburg 1994 : S. 40-52.

Schmidt, Lutz, G.: Diagnostische Aufgaben bei Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. In: Watzl, Hans/ Rockstroh, Brigitte (Hrsg.): Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen. Göttingen 1997 : S. 11-21.

Weymann, Eckhart: Improvisation: In: Decker-Voigt, Hans/ Knill, Paolo Weymann, Eckhart (Hrsg.) Lexikon der Musiktherapie. Göttingen 1996: S. 133-136.

Annette Golomski

geb.31.08.1967

Annette-golomski@gmx.de

Musiktherapeutische Tätigkeit:

-voraussichtliche Wiederaufnahme der musiktherapeutischen Arbeit in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie auf den Stationen für Abhängigkeitserkrankte