

Wohin die Reise geht ... Musiktherapie mit Patienten einer Akutpsychiatrischen Station

Ramona Hesse

Im St. Antonius Krankenhaus Wissen gibt es drei akutpsychiatrische Stationen mit insgesamt 60 Betten. Die Stationen P1a und P1b sind offene Stationen, die Station P2 hat einen offenen und einen geschlossenen Bereich. Das Krankenhaus beschäftigt für den Bereich Psychiatrie/Psychotherapie und Psychosomatik seit 2002 eine Musiktherapeutin und einen Musiktherapeuten jeweils einmal wöchentlich auf Honorarbasis. Während der ausbildungsbegleitenden Praxisphase kam ich mit wöchentlich zwei Musiktherapiegruppenangeboten für Patienten der Station P2 hinzu.

Zur Praxisstelle

Der Musiktherapie-Raum befindet sich auf der dritte Etage. Dort gibt es eine Vielzahl von Musikinstrumenten aus aller Welt. Beim Umgang mit diesen Instrumenten wird von einem erweiterten Musikbegriff ausgegangen, das bedeutet, dass alles was klingt zur musikalischen Aktion gehört.

Musiktherapie ist ein psychotherapeutisches Verfahren. Im Unterschied zur Gesprächstherapie erreicht Musiktherapie auf nonverbale Weise körperliche, emotionale und soziale Erfahrungsbereiche, dringt ins Vor – und Unbewusste und mitunter auch in präverbale Erlebnisschichten vor.

Was ist Musiktherapie ?

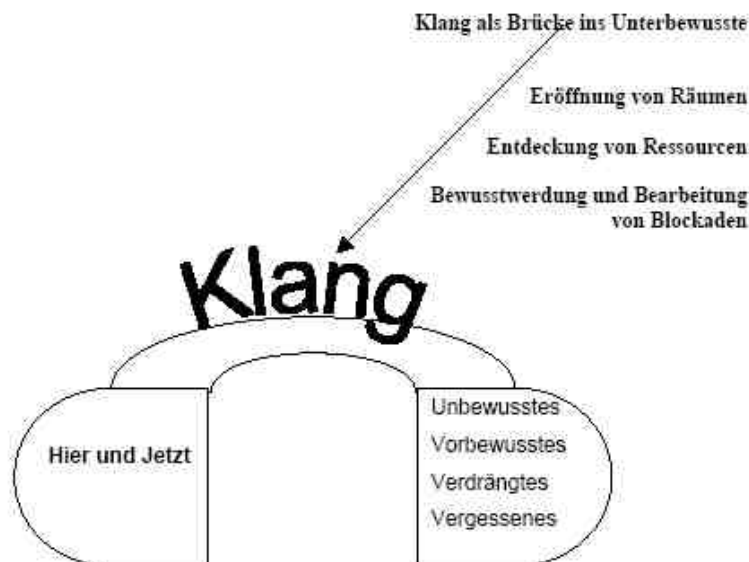


Schaubild: Klang als Erinnerungsbrücke

Die klangvermittelten Erfahrungen werden in Reflexionsgesprächen dem sprachlich-kognitiven Denken zugänglich gemacht. Verdrängtes kann bewusst, Vergessenes erinnert werden. Unausgesprochenes kann Formulierung finden, nicht mehr Gespürtes gefühlt werden.

Mein musiktherapeutischer Entwicklungsweg:

Von der freien Improvisation ... zur thematisch initiierten Improvisation ... als Vorstufe zur freien Improvisation

- freie Improvisation* Während meiner Praxisphase im St. Antonius Krankenhaus machte ich die Erfahrung, dass die freie musikalische Improvisation einen Freiraum eröffnet, mit dem viele Patienten zunächst nicht umzugehen wissen. Die entstehen Improvisationen wurden häufig extrem kurz. Bei Tonius Timmermann fand ich dazu folgende Erklärung: „In der freien Improvisation stellt sich jeder [mit klanglichen Mitteln] selbst dar, und mit dieser Selbstdarstellung begegnet er den Selbstdarstellungen der anderen, [...]. Dabei können Erfahrungen von höchster Sensibilität gemacht werden“ (2003, 62).
- Selbstdarstellung* Selbstdarstellungen benötigen ein Selbst, dass sich traut, sich zu zeigen. Bei Menschen in Krisen ist diese Voraussetzung häufig nicht gegeben. Sie bedürfen eines besonderen Schutzraumes und Rahmens, der sie dazu ermutigt, sich zu öffnen.
- Regelspiele als Orientierungsrahmen* Diese Voraussetzungen bieten musikalische „Regel“spiele. Regeln stellen einen Orientierungsrahmen dar, der den Patienten Struktur und Halt bietet. In dieser „gesicherten“ Umgebung, eröffnen sich „Spiel“-Räume. Das Selbst kann sich spielerisch zeigen und neue Facetten ent-decken, ausprobieren und zulassen. Die Spielregeln bilden einen Leitfaden, mit dessen Hilfe die Patienten sich in ihr eigenes Labyrinth begeben und auch wieder herausfinden können. Entwicklung kann stattfinden.
- Matthias Schwabe schreibt, dass die Teilnehmer musikalischer Gruppenimprovisationssitzungen zunächst lernen müssen, musikalisch „Ich“ zu sagen, bevor sie mit ihrem eigenen musikalischen Ausdruck einen Beitrag zum Improvisationsgeschehen leisten können (vgl. 1992, 112).
- Durch Spielregeln initiierte Improvisationen* Die durch Spielregeln initiierten Improvisationen wurden länger. Dabei war und ist es mir wichtig, dass die jeweilige Auswahl eines Spiels gezielt auf die Bedürfnislage der anwesenden Patienten eingeht, so dass diese sich angesprochen fühlen können. Mit den mir bekannten Spielideen und Spielregeln gehe ich entsprechend kreativ um, passe sie an die Patienten an.
- Entwicklung zur freien Improvisation* Patienten, die wiederholt Erfahrungen mit regelgeleiteten Spielen machen konnten, gewinnen Vertrauen in klanglich-musikalische Ausdrucksformen und bedürfen mit der Zeit keiner speziellen Impulse mehr, um sich musikalisch auszudrücken.
- Reflexion* Das A und O jeder Improvisationsform, ob nun regelgeleitet oder frei, scheinen mir entsprechende Reflexionsgespräche zu sein. Nur so gelingt den Patienten ein Transfer der Improvisationserfahrungen in ihren Alltag und nur so können sie Kontext und Sinn erfassen.

**Gruppenmusiktherapie -
exemplarische Darstellung anhand eines Fallbeispiels:**

Am Beispiel von mehreren Gruppenmusiktherapie-Sitzungen soll deutlich werden, wie durch thematisch initiierte Improvisationen ein Raum entsteht, in dem Patienten sich selbst und einander begegnen, Handlungsmuster ausprobieren und neue Erfahrungen machen können. Springen wir also hinein ins Geschehen:

*Gruppenmusik-
therapie*

Drei Patienten warten vorm Stationszimmer. Fehlt noch Frau C¹. Ich treffe sie in ihrem Zimmer an. Frau C. geht zwar mit, bittet mich aber unterwegs um das Versprechen, dass wir nichts „Trauriges“ machen! Hintergrund dieser Bitte ist eine Situation aus der vorangegangenen Sitzung. Ihre Bitte heute „nichts Trauriges“ zu machen lässt vermuten, dass sie ihr eigenes Thema abblockt, um den Schmerz nicht zu spüren. Es gelingt mir sie mit den Worten „O.K., wir schauen mal was sich heute so ergibt“ zu beruhigen.

Prolog

„Wir schauen mal, was sich heute so ergibt“ sagt etwas aus über die Haltung, mit der ich in die Musiktherapie-Sitzungen hineingehe, nämlich offen für das, was die Patienten an Themen mitbringen. Das bedeutet aber nicht unvorbereitet oder gar konzeptlos zu agieren. Die Vorbereitung basiert auf einer Vielzahl von erlernten und erprobten musiktherapeutischen Handlungskonzepten und besteht darin, in den regelmäßig begleitenden Supervisionssitzungen mein Handeln zu reflektieren und Ideen für weiteres Vorgehen zu entwickeln, ferner mir vor jeder Sitzung die Patienten der vorangegangenen Woche wieder vor Augen zu führen und an Hand meiner Aufzeichnungen zu überlegen, was für die einzelnen Patienten an nächsten Schritten denkbar ist und wie sie auf ihrem Entwicklungs-Weg begleitet werden können. Häufig kommt es dann jedoch anders, denn in einer Woche kann sich viel verändert haben.

*„Wir schauen
mal, was sich
heute so ergibt“*

„Wir schauen mal, was sich heute so ergibt“ ist also nicht Beliebigkeit sondern „Programm“. Das „Hier & Jetzt zum Ausgangspunkt der Therapieangebote“ zu machen, erfordert vom Therapeuten „jede Stunde neu „leer zu sein“ von eigenen Vorstellungen und Plänen und vielmehr sensibel für das zu sein, was die Gruppe bietet“ (Annekathrin Buchold 2005, 303).

*Hier & Jetzt als
Ausgangspunkt*

Inzwischen sind wir im Musiktherapieraum angekommen.

Im Folgenden soll die Entwicklung der Frau A. über einen Zeitraum von 6 Gruppenmusiktherapie-Sitzungen betrachtet werden. Daran soll exemplarisch deutlich werden, mit welchen Methoden und auf welche Art und Weise Gruppenmusiktherapie wirksam werden kann.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass der gesamte Klinikkontext mit ärztlicher und psychologischer Betreuung, Gesprächstherapie, Ergotherapie, Sozialarbeit und Pflege, sowie entsprechende Medikationen auf die Rekonvaleszenz der Patienten hinarbeitet. „Man weiß in einer Klinik-Teamarbeit nie genau, wo das entscheidende geschah oder gar, wer es in Szene setzte, meistens geschieht es in allen Therapie-Zweigen etwa zur gleichen Zeit“ (Gertrud Katja Loos in Zimmer 2006, 124). Die Musiktherapie ist ein Baustein im Klinik-Gefüge. Ihre Besonderheit liegt in den Möglichkeiten der Musik- bzw. Klangwirkung und dem spielerischen Umgang damit.

*Musiktherapie
als Baustein im
Klinikgefüge*

¹ alle Namen bzw. Initialen sind anonymisiert

1. Sitzung:

In dieser Gruppensitzung sind vier Patienten zugegen, eine davon Frau A.

- Fallbeispiel
Frau A* Frau A ist 47 Jahre alt. Sie ist heute zum ersten Mal in der Musiktherapie. Die Diagnose lautet: Exazerbation² einer bekannten paranoid³ halluzinatorischen Psychose mit stabilem Residuum⁴ (ICD10 F20.0/F20.5). Die Zustandsbeschreibung laut Akte⁵ besagt, dass das formale Denken verlangsamt ist; ferner liegen inhaltliche Fixierung auf Angst und Panik und ein Beeinträchtigungswahn (jemand wolle ihr etwas Böses) vor. Psychosomatisch sei sie etwas unruhig, ferner antriebsgemindert, mit verflachtem Affekt, Angst vor Alleinsein und Einsschlafstörungen.
- „Befindlichkeitsrunde“* Die Musiktherapie-Sitzung beginnen wir mit einem kurzen Gruppengespräch, einer Befindlichkeitsrunde, die verdeutlichen soll, welche Anliegen und Themen die Patienten heute mitbringen. Für die neu hinzugekommenen Patienten erkläre ich, dass es sich bei der Musiktherapie um spielerisch-experimentellen Umgang mit Klängen handelt, die ohne Vorerfahrungen auf leicht spielbaren Instrumenten erzeugt werden können. Ich erkläre den Patienten nur so viel wie nötig ist, um ihnen die Scheu vor dem Unbekannten und den häufig mit dem Begriff „Musik“ verbundenen Leistungsdruck zu nehmen.
- Instrumentenerkundungs-Phase* Im Anschluss bitte ich die Patienten die Instrumente zu erkunden, d.h. umherzugehen, zu schauen, zu berühren, auszuprobieren, zu lauschen; herauszufinden was angenehm, was unangenehm ist und ob Erinnerungen auftauchen. Klang funktioniert hier wie eine Art Stichwort und ruft bestimmte Assoziationen hervor. Während dieser Instrumentenerkundungs-Phase gehe ich aufmerksam umher und stehe für Fragen zur Verfügung. Nebenbei beobachte ich das Verhalten der einzelnen Patienten, ihre Neugier, ihre Zurückhaltung, ihren Mut, ihre Scheu, Interesse, Desinteresse, Abwehr, Experimentierfreude, Zielgerichtetheit oder Unentschlossenheit und erhalte einen ersten Eindruck von jedem Einzelnen.
- Nach der Instrumentenerkundung schlage ich der Gruppe vor⁶ mit Instrumenten zu verreisen und bitte die Patienten sich jeder eine Trommel an den Platz zu holen. Ein Patient nimmt die Talking-Drum, ein anderer eine Pauke mit Schlägeln, Frau A. eine Basstrommel mit Schlägeln, die vierte Patientin holt sich eine Djembé, ich selbst nehme ebenfalls eine Djembé. In einen Rhythmus⁷, der an das Fahren eines Zuges erinnert, bitte ich alle mit „einzusteigen“. Wir probieren ein wenig, bis unser Reiserhythmus sich eingespielt hat.
- „Reise in die Zukunft“* Nun erläutere ich das Spiel „Reise in die Zukunft“. Jeder Patient soll sich noch weitere unterschiedlich klingende Instrumente für Landschaften oder Orte, und die jeweils damit verbundenen Stimmungen aussuchen. Nach der ausführlichen Instrumentenerkundung zu Beginn, geht diese gezielte Auswahl nun erfahrungsgemäß ziemlich zügig. Auch ich wähle mir Instrumente aus, die zur Situation passen und mit denen ich den Patienten entsprechend begegnen kann. Wir werden uns
-
- ² Exazerbation = Verschlimmerung / Wiederaufleben
³ bei paranoider Schizophrenie (F20.0) treten Wahnvorstellungen und akustische Halluzinationen auf
⁴ stab. Residuum = (nicht heilbarer) Rest
⁵ auszugsweise
⁶ und
⁷ : Mein an dieser Stelle steuerndes direktives Verhalten liegt begründet in den Rahmenbedingungen (wechselnde Gruppenzusammensetzung, Kurzzeittherapie)

dann mit unserer „Rhythmus-Train“ auf die Reise in die Zukunft machen und an verschiedenen Stellen „aussteigen“, um Orte zu erkunden und dort etwas zu erleben. Das „Aussteigen“ vollzieht sich folgendermaßen: Wer weit genug gereist ist, hört auf zu trommeln und spielt auf einem seiner anderen Instrumente was ihm in den Sinn kommt. Die anderen „halten ebenfalls an“ und „steigen aus“. Sie hören, was der erste spielt, sinnen nach, wo er sich befinden könnte und „erkunden“ mit einem ihrer gewählten Instrumente ebenfalls die Gegend. Dabei beschreitet jeder den Weg in eine eigene Erinnerungsregion, d.h. er folgt einer individuellen Assoziation. Nach einer Weile legt ein Mitspieler das Instrument zur Seite und trommelt wieder Rhythmus. Die anderen steigen ebenfalls wieder mit in den Rhythmus ein und die Reise geht weiter bis ein anderer Patient „aussteigt“. Die Mitspieler folgen wieder, ... usf. (vgl. Matthias Schwabe 1992, 44).

Die Patienten sind in der Klinik, weil sie ohne Hilfe nicht mehr weiterkamen; häufig sitzen sie emotional fest. In diesem Spiel kommen sie nun in Bewegung; sie begeben sie sich rhythmisch-musikalisch auf einen Weg. Musikalisch stellen sie einen Kontrast zur psychischen Stagnation her. Der Rhythmus verbindet und unterstützt sie dabei.

Ziele des Spiels

Die Patienten „reisen“ gemeinsam und doch jeder für sich. Wenn ein Spieler aussteigt, indem er aufhört und eines seiner anderen Instrumente erklingen lässt, ist er ganz bei sich, an einem Ort der eigenen Phantasie oder Erinnerung. Dass die anderen auch aussteigen, kann dabei völlig in den Hintergrund geraten. Gedanken, Gefühle, innere Bilder werden wachgerufen und verklanglicht, hörbar gemacht und zu Bewusstsein gebracht. Irgendwann steigt ein Mitspieler wieder in den Rhythmus ein; der Rhythmus ruft zur Gemeinschaft, ruft die anderen aus ihrer Phantasie oder Erinnerung zurück. Die Reise wird fortgesetzt bis zum nächsten „Ausstieg“ ... usf. Jeder Patient sollte mindestens einmal die Möglichkeit haben, den Wechsel ins Individuelle zu gestalten.

Betrachtungen Frau A.

Für den Reise-Rhythmus hat Frau A. eine Basstrommel mit 2 Schlägeln, für den Ausstieg nimmt sie ein Schellentamburin, die Chekere und die Rührtrommel hinzu.

Instrumentenwahl

Die Basstrommel spielt sie schleppend und schwerfällig mit nur einem Schlägel in der rechten Hand, der andere Schlägel liegt lose von der linken Hand gehalten auf ihrem Schoß. Den Schlägel in der rechten Hand lässt sie ohne Energie aufzuwenden auf die Trommel fallen, hebt den Unterarm, lässt den Schlägel wieder auf die Trommel fallen usf. Dadurch ist ihr Rhythmusspiel sehr dumpf und entsprechend leise. Sie orientiert sich sehr an den Mitspielern und an mir. Sobald jemand aufhört mit dem Reise-Rhythmus stoppt sie abrupt, pausiert dann eine Weile, bevor sie eines ihrer anderen Instrumente nimmt und verhalten spielt (1.Phase: Schellentamburin, 3.Phase: Rührtrommel). In der zweiten „Ausstiegsphase“ spielt Frau A. nicht mit. Ihr Blick ist versonnen auf den Boden gerichtet, die weit geöffneten Augen wirken verträumt, ihre Mundwinkel sind das erste Mal in dieser Sitzung entspannt. Beim nächsten Einstieg in den Rhythmus ist sie wieder dabei, diesmal mit beiden Schlägeln, die sie abwechselnd auf die Basstrommel niederfallen lässt.

Basstrommel

Im Reflexionsgespräch ist sie zunächst sehr zurückhaltend. Angesprochen auf ihr Pausieren, verändert sich ihre Sitzhaltung. Sie richtet sich auf, lächelt und beginnt zu erzählen von einem vergangenen Toskana-Urlaub, der herrlichen Landschaft, der schönen Zeit. Ihre Stimme ist nicht mehr verzagt, ihr Gesichtsausdruck ist präsent, sie gerät regelrecht ins Schwärmen. Die Mitpatienten hören aufmerksam zu und schauen Fr. A. - ich möchte fast sagen - „mit anderen Augen“ an. Tief in dieser ängstlich-zurückgezogenen stillen Frau, gibt es noch andere Anteile, lebendige, lebhaftere, sogar verschmitzte.

*Das Rauschen
der Oceandrum*

*Vergangenheit
als Ressource*

Ausgelöst wurde die Erinnerung durch das lebhaftes Bodhran-Spiel einer Mitpatientin in Kombination mit dem Rauschen der Oceandrum, dies sind die beiden Instrumente die Frau A. als Erinnerungsbrücke⁸ benennt. Thema war „eine Reise in die Zukunft“. Um sich Zukunft vorstellen zu können, suchen Patienten nach Modellen. Werden sie in der eigenen Vergangenheit fündig, so kann die eigene Vergangenheit zur Vorlage, zur Ressource für die Zukunft werden.



Die Oceandrum wurde von mir zum Einsatz gebracht, da die Verbindung von Bodhran und Oceandrum die Bodhran-Spielerin in der Vergangenheit schon einmal zu stimmungsverändernden Ressourcen geleitet hatte. Auch heute verändert sich durch diese Klänge der Zustand jener Patientin von lustlos und schlaff zu engagiert.

Oceandrum: durch sanftes Bewegen, erzeugen die Kugeln ein Rauschen, das an die Wellen des Meeres erinnert.

Zusammenfassender Blick auf die erste Sitzung (bezogen auf Frau A.):

*Zusammenfassender
Blick auf
die erste Sitzung*

*emotionale
Öffnung*

Dass Frau A. selbst keine „Ausstiegssituation“ initiiert hat, hängt vermutlich mit ihren Ängsten zusammen. Für mich wird deutlich, dass ich ihr in den nächsten Sitzungen ermutigende Erlebnisse verschaffen werde. Als Gewinn aus dieser Sitzung kann Frau A. die Erinnerungsbrücke an bessere Zeiten und die damit verbundene Gefühlsveränderung, sowie ihre Öffnung gegenüber den Mitpatienten und mir mitnehmen.

Aus Gründen der Überschaubarkeit werde ich an dieser Stelle nicht auf das Improvisationserleben der anderen Patienten eingehen.

2. Sitzung:

*„Patienten in der
Dirigentenrolle“*

Anwesend sind Frau A. und drei weitere Patienten, zwei davon sind aus der vergangenen Woche bereits bekannt. Besonders für Frau A. und einen Mitpatienten, der aber heute leider nicht dabei ist, hatte ich ein Spiel vorgesehen, bei dem es um Interaktion und Stärkung des Selbstbewusstseins geht – ein Dirigentenspiel.

*Vorbereitung des
Dirigentenspiels*

Jeder Teilnehmer wählt drei möglichst unterschiedliche Instrumente aus, nimmt diese mit an seinen Platz und probiert dort ganz für sich aus, welche Klänge und Geräusche sich den Instrumenten entlocken lassen. Da jeder zur gleichen Zeit für sich spielt und probiert entsteht tönendes Nebeneinander. Manche Klänge begegnen sich, nähern sich einander an, andere reiben sich. Hier und dort klingt kurz ein rhythmisches Motiv auf und verebbt wieder. Unsicherheit wird spürbar – Orientierung fehlt – es wird still. Ich bitte nun reihum jeden seine Instrumente kurz zu präsentieren, d.h. anzuspielen. Wer möchte kann etwas zu dem Instrument oder den gemachten Klangerfahrungen sagen. Im Anschluss daran öffnen wir den Kreis zu einem Halbkreis.

⁸ Klang als Erinnerungsbrücke, s. Schaubild auf S. 1

Ich stelle mich vor die Gruppe und erkläre das Dirigentenspiel: Eine Person steht vor der Gruppe und gibt nonverbal mittels Handzeichen Hinweise auf Instrumente, die zum Einsatz kommen sollen, Hinweise zur Lautstärke, zum Tempo bis hin zum Auswinken eines Instrumentes und Hinzuholen eines anderen. Auf diese Weise steuert der Dirigent das Spiel der Gruppe und ist zuständig für jedes einzelne Gruppenmitglied und die im Zusammenspiel entstehende Musik.

Spielanleitung

Wir einigen uns auf die erforderlichen Gesten. Eine Patientin wünscht sich noch einen Stab für den Dirigenten; dann stelle ich den Dirigentenplatz zur Verfügung (vgl. Björn Tischler 1995, 101).

Nach einigem Zögern tritt die Patientin mit der meisten Erfahrung (6.Sitzung) vor die Gruppe. Obwohl ich sie kreativ und experimentierfreudig kennen gelernt habe, scheint die Position vor der Gruppe sie zu verunsichern. Schnell deutet sie auf einen Patienten und sein Balaphon, auf Frau A. und die Rührtrommel, schließlich auf die Flöte der dritten Patientin. Diese bläst schrill in die Tinwhistle, es entsteht Dissonanz zwischen Balaphon und Tinwhistle. Die Dirigentin zuckt zusammen und winkt die Tinwhistle aus dem Spiel. Das muss sie mehrfach wiederholen, bevor die Patientin ihr folgt und von der Tinwhistle zur Kalimba wechselt. Nach kurzem Zusammenspiel beendet die Dirigentin das Spiel und geht schnell auf ihren Platz zurück.

Frau A. reflektiert, dass sie dankbar für die Führung gewesen sei.

*Dankbar für
Führung*

Ein anderer Patient moniert, dass die Dirigentin vergessen hatte mich mit ins Spiel hineinzunehmen, was dieser sichtbar peinlich ist.

Anm.: Der Musiktherapeut sollte grundsätzlich mitspielen, um mit den Patienten musikalisch in Kontakt gehen zu können und auf diese Weise stützend, spiegelnd oder herausfordernd interagieren zu können.

*Der Musiktherapeut sollte
grundsätzlich
mitspielen*

Die Flötenspielerin beschwert sich mit lauter erregter Stimme, dass es ihr schwer fiel, dem Dirigenten zu „gehörchen“.

Um ihr einen Perspektivenwechsel zu ermöglichen, schlage ich diese Patientin als nächsten Dirigenten vor. Sie springt auf und stellt sich entschlossen vor die Gruppe. Mit dem Taktstock gibt sie Einsätze, winkt Instrumente sofort wieder heraus, andere hinzu und wieder heraus, ist ungeduldig (Mimik, Gestik, Gemurmel) mit den Spielern, schwingt energisch den Taktstock und beendet schließlich das Spiel mit Gegrummel. Hier ging es m.E. nicht um wohlwollende Führung oder die Zusammenstellung eines Musikstückes. Hier ging es um Macht.

*Macht mittels
Taktstock*

Frau A. äußert, dass es schwer fiel zu folgen.

*Reflexion
Frau A.*

Alle bleiben sehr vorsichtig und rücksichtsvoll in ihren Formulierungen. Reflexionsgespräche leite ich immer ein mit dem Hinweis, dass wir über die Musik sprechen wollen, niemals aber die Personen kritisieren. Aussagen wie: „Die Tinwhistle war mir zu schrill“ können eher angenommen werden, da sie keine Du-Botschaften sind und deshalb vom Spieler nicht zwangsläufig auf sich bezogen werden. Insofern erweisen sich die Instrumente als doppelte Kommunikationsbrücke. Indem man mit ihnen⁹ und auch über sie spricht, spricht man auch über sich selbst.

*Instrumente als
Kommunikationsbrücke*

⁹ „Musik ist in ihrem Ursprung Kommunikation“ (Gertrud Katja Loos in Zimmer 2006, 225)

Die „Dirigentin“ ist mit sich zufrieden. Dass ihre Anweisungen und Impulse verwaschen und unklar waren, hat sie selbst nicht bemerkt. Offensichtlich hat es ihr gut getan, auch einmal in diese Rolle zu schlüpfen, denn in der nun folgenden Spielrunde fällt auf, dass sie kooperativer ist, den Anweisungen des nächsten Dirigenten folgt und auch nicht versucht alle zu übertönen wie im ersten Spiel. Sie äußert diesmal auch kein Missbehagen.

*Reflexion
Frau A.
Rhythmus-
instrumente*

Auch Frau A. fühlt sich mit dem dritten Dirigenten wieder wohl.

Frau A. hat heute dieselben Instrumente wie in der vergangenen Sitzung gewählt, eine Rührtrommel und ein Schellentamburin. Hinzugenommen hat sie noch eine Ratsche. Alle drei sind Rhythmusinstrumente.

*Rhythmus als
Schutzraum*

Beim Spielen von Melodieinstrumenten zeigt sich das Selbst, die eigene Persönlichkeit tritt hervor, offenbart ihre Stärken und Schwächen. Mit einer Melodie kann man sich nicht verstecken. Rhythmus dagegen ermöglicht symbiotische Verbindung mit den Rhythmen der Natur, den Rhythmen der Gemeinschaft. Mit Rhythmusinstrumenten lässt sich eintauchen in einen übergeordneten alles umfassenden Rhythmus. Das ist es, was Frau A. mit ihrer Angstsymptomatik zur Zeit braucht: Rhythmus als Schutzraum. Schon im pränatalen Stadium erfährt der Embryo als erste Eindrücke seiner Umgebung Rhythmen, nämlich Herzrhythmus, Puls, Atem der Mutter. Diese wunderbare Zeit der Sicherheit und Geborgenheit ist also rhythmisch strukturiert. Menschen mit Angststörungen sehnen sich besonders nach dem pränatalen ozeanischen Gefühl.

Interessant ist, dass Patienten auf intuitiver Ebene spüren, was für sie im Moment angebracht ist: Schutzraum oder Experiment, Vertrautes oder Neues, Stabilisierung oder Wandlung.

*Frau A. in der
Dirigentenrolle*

In der Dirigentenrolle ist Frau A. erwartungsgemäß unsicher. Sie gibt schnell nacheinander den Spielern ihre Einsätze. Kaum dass alle zu spielen begonnen haben, beendet sie das Spiel, atmet auf und geht auf ihren Platz zurück. Ich danke ihr. Die Anspannung aus ihrem Gesicht weicht einem Lächeln, besonders als ein Mitpatient seinerseits auch noch ein Lob hinzufügt.

Es erscheint mir stimmig, an dieser Stelle nicht weiter zu reflektieren, sondern die Erleichterung und das zufriedenen Lächeln der Frau A. am Ende dieser Sitzung stehen zu lassen.

Zusammenfassender Blick auf die zweite Sitzung:

Als die Ergreifung der dritten Dirigentenrolle anstand, schüttelte Frau A. ängstlich den Kopf. Herr B., der inzwischen eine stützende Funktion in der Gruppe entwickelt hat, ermunterte sie mit den Worten: „Du kannst das auch. ... Erst ich, dann Du. OK?“ Erst als Frau A. nickte, stand er auf und dirigierte die Gruppe. Diese Art der Ermutigung war Frau A. eine besondere Hilfe. Das Angebot „erst ich – dann Du“ hat unter Mitpatienten eine andere Wirkung, als ein derartiges Angebot aus der Therapeutenrolle heraus. Für Frau A. bedeutete die Aufgabe sich vor die Gruppe zu stellen und Anweisungen zu geben eine große Herausforderung. Dass sie sich darauf einlassen konnte, zeugt von Vertrauen in die Gruppe.

Dieses noch zarte Pflänzchen Vertrauen konnte aufgehen im gemeinsamen Spiel- und Klangraum. Ziel der kommenden Sitzungen wird es sein, Vertrauen zu stärken und weiter wachsen zu lassen.

Aus der heutigen Gruppensitzung konnte Frau A. zufrieden, gestärkt und auch ein bisschen stolz auf sich heraus gehen. „Die panische Angst, im Mittelpunkt zu stehen, wandelt sich durch eine gelungene Erfahrung; als Dirigent eine Gruppe musikalisch zu leiten, in eine Lust am Wahrgenommenwerden“ (Tonius Timmermann 2004, 77).

3. Sitzung:

Schon bei der Begrüßung vor der Tür sagt mir der Mitpatient Herr B., dass Frau A. sich verändert habe, sie sei inzwischen etwas gelöster und habe mehr Kontakt zu den Mitpatienten. Als ich Frau A. fragend anschau, hält sie kurz den Blickkontakt, nickt bestätigend und lächelt.

*erste
Veränderungen
bei Frau A.*

Da sich die Gruppe von der letzten Woche her kennt, schlage ich das Spiel „Unterstützerkreis“ vor. Dabei geht es mir darum, Frau A. zu selbstsichererem Auftreten zu ermutigen.

Das Spiel „Unterstützerkreis“: Jedes Gruppenmitglied wählt ein Instrument aus, kommt damit in den Kreis zurück und legt oder stellt es neben dem Stuhl ab. Auf freiwilliger Basis spielt nun ein Patient den anderen auf seinem Instrument vor. Die anderen Teilnehmer hören zunächst aufmerksam zu, dann stehen sie nach und nach leise auf, holen sich ein Instrument und beginnen den Solospieler damit zu begleiten. Die Begleitung soll unterstützenden Charakter haben. Die Improvisation dauert an, bis der Solospieler aufhört zu spielen. Ein Reflexionsgespräch schließt sich an. Der Solospieler und die Unterstützer tauschen sich aus über das gemeinsame Spiel und das jeweilige Erleben dabei, ob, wodurch und in welchem Maße sich der Solospieler unterstützt fühlte.

*Das Spiel „Un-
terstützerkreis“*

Auch in der heutigen Sitzung wartet Frau A. mit ihrem „Einsatz“ bis zum Schluss. Im Vorfeld hatte sie die kleine Kalimba ausgesucht, fragt aber nun, ob sie sich ein anderes Instrument nehmen darf und holt sich.

Kalimba

Sie spielt einen getragenen Rhythmus auf den Bongos und die Gruppe begleitet sie. Nach der Improvisation äußert Frau A. Unzufriedenheit mit ihrem eigenen Spiel. Sie habe schon die Kalimba nicht gespielt, weil diese so leise sei und nun sei sie mit den Bongos immer noch viel zu leise gewesen. Sie fragt, ob sie noch einmal mit einem anderen Soloinstrument spielen dürfe! Erfreut über ihre Initiative und den Mut zu einem erneuten Solopart stimme ich spontan zu. Ich hätte sie an dieser Stelle darauf hinweisen können, dass nicht das Instrument, sondern die Spielweise das Problem ist und sie zu einem erneuten Versuch mit den Bongos veranlassen können. Allerdings ist eine selbstgemachte Erfahrung mehr wert, als tausend Worte.

Bongos

Für das zweite Solospiel wählt Frau A. die Chekere. Wiederum ist das Spiel sehr leise und die Begleitinstrumente geraten ohne es zu wollen in den Vordergrund. Um Frau A. zu schützen lasse ich es dabei bewenden, dass nur sie selbst das Spiel kommentiert. Frau A. ist diesmal zufrieden.

Chekere

Zusammenfassender Blick auf die dritte Sitzung:

Bei Frau A. wurden in der heutigen Sitzung gleich mehrere Schritte des Empowerments¹⁰ sichtbar:

- der Mut zum Solospiel
- der Mut Bedürfnisse zu formulieren (Wechsel des Instruments)
- erneutes Solospiel aus eigenem Antrieb!

Dabei ist es zunächst von untergeordneter Bedeutung, dass auch ihr zweites Spiel

¹⁰ Empowerment bedeutet „Selbstbemächtigung“ i. S. von „stärker und handlungsfähiger werden“

zu leise war. Wichtig sind Wille und Mut zur Veränderung. Erste Schritte hat sie gewagt und dabei positive Resonanz erfahren.

4. Sitzung:

Ich entscheide mich dazu, jeden Patienten ein eigenes Orchester zusammenstellen zu lassen. Dabei handelt es sich um ein weitere Variante im Übungsfeld der „Mut- und Kontakt-Spiele“.

„Zusammenstellen eines eigenen Orchesters“ Ein Teilnehmer wählt ein Instrument für sich und je eins für jeden der Mitspieler aus. Bei der gesamten Vorbereitung wird nicht gesprochen. Wenn alle versorgt sind, eröffnet selbiger Teilnehmer mit seinem Instrument eine Improvisation. Alle Mitspieler setzen ein und spielen mit. Wie lange das „Orchester“ spielt bleibt offen.

Ziele des Spiels Der Patient soll durch Auswahl seines Instrumentes für sich sorgen, durch Auswahl passender (und handhabbarer) Instrumente Verantwortung für die einzelnen Mitspieler und für das Miteinander übernehmen und das Spiel initiieren. Die Verantwortung für das Spiel an sich tragen alle gemeinsam.

Frau A. möchte beginnen! Frau A. möchte beginnen und als erste ein Orchester zusammenstellen! Sie holt sich die Chekere (Instrument der vorangegangenen Sitzung). Mir teilt sie die Kalimba zu! Zur Erinnerung: In der vergangenen Sitzung hatte Frau A. die Kalimba für sich ausgewählt, sie dann aber mit dem Hinweis das Instrument sei zu leise, nicht gespielt. Den Mitspielern teilt Frau A. folgende Instrumente zu: einen Glöckchenring, zwei Chimebars und die Cabasa.

Chekere

Frau A. gibt mit der Chekere einen stabilen, d.h. in Tempo, Dynamik und Lautstärke gleichbleibenden Rhythmus vor, an dem sich alle anderen orientieren können. Dabei liegen die Kugeln der Chekere auf ihrer linken Handinnenfläche. Mit rhythmischen Bewegungen der rechten Hand dreht sie den Kürbis. Das Musikstück gestaltet sich lebendig und angemessen lang. Frau A. ist froh über die gelungene Improvisation auch die Kalimba sei gut zu hören gewesen.



„Soll ich Frau A. einen Instrumententausch Kalimba gegen Chekere vorschlagen und noch einmal spielen lassen?“ geht es mir durch den Kopf. Ich verwerfe den Gedanken, da noch drei weitere Improvisationen vor uns liegen, vielleicht teilt ihr ja einer der Mitspieler ein Melodieinstrument zu.

Das zweite Orchester stellt Frau D. zusammen. Sie teilt Frau A. die Bongos zu. Das dritte Orchester stellt Herr G. zusammen, er teilt Frau A. die Pauke zu. Das vierte Orchester stellt Frau R. zusammen, sie teilt Frau A. ein kleines Xylophon (Stimmung pentatonisch, Tonumfang 7 Töne d-e`) zu.

Xylophon

In dieser -der letzten- Spielrunde spielt Frau A. nun also erstmalig mit dem Xylophon ein Melodieinstrument. Sie spielt die Tonfolge herauf und herunter, tastend, vorsichtig, mit gleichbleibenden Abständen, wieder und wieder rauf und runter. Noch keine eigene Melodie wird hörbar, aber ein erster Schritt vom Rhythmischen zum Tonhaften ist getan.

Zusammenfassender Blick auf die vierte Sitzung:

Frau A. hat in dieser einen weiteren Fortschritt gemacht. Bisher hatte sie die Spielgestaltung immer als letzte übernommen, diesmal jedoch hat sich aus eigenem Antrieb zur Gestaltung der ersten Improvisationsrunde angeboten. Ihr Blick ist offener geworden. Insbesondere während der Reflexionsgespräche nimmt sie Blickkontakt auf.

5. Sitzung:

In Gruppensituationen zu entscheiden, auf wen, wann, in welcher Weise und in welchem Umfang eingegangen wird, erfordert Aufmerksamkeit und Flexibilität. Situative Entscheidungen stehen häufig in Verbindung mit intuitiven Eingaben. Hartmut Damerow beschreibt Musiktherapiesitzungen als „hochkomplexe Situationen“ in denen der Musiktherapeut neben „Fachwissen und Beherrschung des musiktherapeutischen „Handwerks““ die Fähigkeit haben muss, „aus der Situation des Augenblicks heraus zu handeln“ (2005, 278).

Handeln aus der Situation des Augenblicks

Aus gegebenem Anlass spielen wir eine „Wohlfühlmusik“ für eine Mitpatientin. Damit begeben wir uns weg von den Regelspielen in eine freiere Form des Improvisierens.

„Wohlfühlmusik“ - eine freiere Form des Improvisierens

Spielauftrag: Jede Patientin soll ein Instrument auswählen, mit dem sie sich heute besonders wohlfühlt, d.h. die Klänge sollten angenehm sein, aber auch der Umgang mit dem Instrument, Berührung, Handhabung, etc..

Frau A. wählt diesmal die JuJu-Rassel. Damit bleibt sie wieder im rhythmischen, für sie sicheren Bereich. Die anderen Patienten nehmen jeweils ein kleines Glockenspiel, eine Rührtrommel, eine JuJu-Rassel. Ich selbst nehme ein kleines Xylophon zur Hand. Damit kann ich sowohl klanglich als auch rhythmisch auf die erwählten Instrumente der Patienten eingehen und ihnen begegnen.

JuJu-Rassel

Frau A. beginnt mit einem leisen gleichbleibenden Rhythmus. Damit legt sie ein stabiles Gerüst zugrunde, an dem sich die anderen orientieren können. Nach ca. 14 Minuten endet die Improvisation, als Frau A. ihr Spiel einstellt.

Frau A. legt das rhythmische Gerüst

Im Reflexionsgespräch erfährt Frau A., dass sie durch ihren Rhythmus die tragende Rolle in dieser Improvisation gespielt habe. Dies Feedback lässt ihr Gesicht erstrahlen. Sie sagt, sie unterstütze gern andere Menschen und fühle sich in dieser Rolle sehr wohl. Ängste habe sie zur Zeit keine mehr.

Zusammenfassender Blick auf die fünfte Sitzung:

Auch wenn Frau A. weiterhin im strukturiert-rhythmischen Bereich verbleibt, ist doch ein deutlicher Zuwachs an Selbstvertrauen zu bemerken. In der Einstiegsszene bietet sie einer Mitpatientin Unterstützung an. Später in der Musik ist sie es, die die Improvisation initiiert und durch ihr Rhythmusspiel zuverlässig und ausdauernd strukturiert. An den Reflexionsgesprächen beteiligt sie sich inzwischen auch mehr.

6. Sitzung:

Neben Frau A. sind vier weitere Patienten anwesend. Bei zwei Patientinnen (eine davon ist Frau A.) steht die Entlassung bevor. Während Frau A. sich darauf freut, äußert die andere Patientin ambivalente Gefühle und befürchtet uns alle sehr zu vermissen. Wir gestalten zum Abschied eine gemeinsame Improvisation zum Thema „Feiern“.

Abschieds-improvisation

Frau A. hält sich wieder an vertraute Rhythmusinstrumente (Schellentamburin und Chekere).

Im Zuge eines Instrumenten-Rund-Tausches gelangt sie im späteren Verlauf der Sitzung noch an das kleine Glockenspiel. Vorsichtig tastend spielt sie die Tonfolge immer wieder auf- und abwärts. Als ein Mitpatient nach dem Spiel beschreibt, mit ihr musikalisch in Kontakt gewesen zu sein, freut sich Frau. A..

Zusammenfassender Blick auf alle sechs Sitzungen:

<i>Fazit der Sitzungen mit Frau A.</i>	Frau A. hat während ihres Aufenthaltes sukzessive an Selbstvertrauen gewonnen. Der spielerische Umgang mit sozialen Situationen im geschützten Rahmen der Musiktherapie hat ihr ermöglicht neue Verhaltensmuster auszuprobieren und sich selbst anders zu erleben. Die regelgeleiteten Improvisationen haben einen Orientierungsrahmen gegeben in dem Frau A. sich erproben konnte. Es ging bei ihr in jeder Sitzung um Ermutigung und Mut, um Selbstvertrauen und Soziale Kompetenz. In der Musiktherapie hat sie Empowermentprozesse und Stärkung in mehrfacher Hinsicht erfahren:
<i>Empowerment</i>	
<i>Ressourcen</i>	In der ersten Woche haben Klänge bei ihr Assoziationen hervorgerufen, die sie – zumindest vorübergehend - in einen anderen emotionalen Modus überführten.
<i>Vertrauen und Selbstvertrauen</i>	In der zweiten Woche ging es darum, sich vor die Gruppe zu stellen, sich zu zeigen. Selbstvertrauen und Vertrauen in die Gruppe wurden erprobt und mit Lob belohnt.
<i>Veränderungswille – Bedürfnisse formulieren</i>	In der dritten Woche zeigte sich Veränderungswille in der Wahl des Instrumentes und auch in der Bitte eine zweite Chance zu einer erneuten Improvisation zu bekommen und diese dann auch zu ergreifen.
<i>Eigeninitiative und Kommunikation</i>	Die 4.,5.und 6. Sitzung nutzte Frau A. sich wiederholt in der Ergreifung von Initiative und in Kommunikation zu üben.
<i>Ausblick</i>	Da bei Frau A. von einem stabilen Residuum ausgegangen wird, wäre eine längerfristige musiktherapeutische Begleitung wünschenswert, könnte diese doch zur Unterstützung im Alltag und zur Stabilisierung beitragen.
<i>Frau T. – ein „Fall“ für Einzelmusiktherapie</i>	<i>Frau T. – Gruppenmusiktherapie „probeweise“</i> Frau T. war mehrere Wochen Patientin der geschlossenen Station. Als es ihr besser geht, wird sie in den offenen Bereich verlegt und (probeweise) zur Gruppenmusiktherapie eingeteilt. Frau T. ist 26 Jahre alt, verheiratet, hat zwei Kinder. Sie stammt aus einer Familie mit Migrationshintergrund und ist seit 6 Wochen in Wissen. Die Diagnose lautet Psychose, mit religiösem Wahn.
<i>Einstiegsszene</i>	Frau T. kommt fast 10 Minuten zu früh und fragt mich als erstes, ob sie gehen darf, wenn sie's nicht aushält. Als ich ihr dies zusichere ¹¹ , schaut sie mich ungläubig an. Sie ist sehr unruhig, geht auf und ab, fragt wann wir beginnen. Ich empfehle ihr, sich mit den Instrumenten vertraut zu machen. Sie geht scheinbar ziellos auf und ab, würdigt die Instrumente keines Blickes, geht zur Tür, schaut hinaus, schließt die Tür und kommt auf mich zu. Leise fragt sie, ob sie der Patientin draußen vorm Ergotherapieraum etwas sagen dürfe. Als ich bejahe schaut sie mich verwundert an, dann geht sie hinaus auf den Flur. Unmittelbar höre ich die andere Patientin laut schimpfen „Geh weg, hau ab, lass mich in Ruhe“. Ich gehe hinaus, um zu erfahren, was der Anlass sei. Frau T. kommt mir entgegen: „Ich will doch bloß fragen, ob, sie etwas gegen mein Kopftuch hat“. Die andere Patientin schimpft wieder laut und erklärt der ebenfalls hinzugekommenen Ergotherapeutin und mir, dass Frau T. sie immer belästigt. Es gelingt uns nicht, zwischen den beiden Patientinnen zu vermitteln. Also nehme ich Frau T. mit in den MT-Raum. Inzwischen sind die anderen Patienten ebenfalls eingetroffen. Sofort zu Beginn der Befindlichkeitsrunde wird Frau T. unruhig, sie kann nicht mehr stillsitzen, fragt ob sie umherlaufen darf. Als ich dies erlaube, schaut sie mich wieder verwundert an.

¹¹ wie zuvor mit dem Personal abgesprochen

Da die Unruhe sich auf die Gruppe zu übertragen beginnt, schlage ich eine Trommelrunde vor. Jeder soll sich eine Trommel holen. Frau T. fällt es schwer sich zu entscheiden. Schließlich zeigt sie auf die Talking-Drum und fragt, ob sie die nehmen soll. Ich stimme zu. „Oder die?“ fragt sie, und deutet auf die Oceandrum. Ich stelle es ihr frei. Frau T. nimmt beide Trommeln. Jeder der vier Patienten soll seine Trommel ausprobieren. Frau T. probiert nicht. Ich lasse sie. Nach kurzer Zeit bitte ich die Gruppe, reihum die gewählte Trommel vorzustellen. Als wir das Spielen eines Mitspielers reflektieren, beginnt Frau T. zu schimpfen: „Immer muss man reden. Ich will nicht immer reden“.

*innere Unruhe
und Entscheidungsprobleme*

*„Ich will nicht
immer reden“
Ihre Hände prasseln
auf die Talking-Drum
nieder*

Schließlich ist Frau T. an der Reihe ihr(e) Instrument(e) vorzustellen. Sie beginnt zu trommeln. Sehr schnell und laut prasseln ihre Hände, bzw. die Finger auf die Talking-Drum nieder. Sie steigert Lautstärke und Schnelligkeit weiter und weiter. Aggression wird hörbar. Schließlich hält sie außer Atem inne, sagt sie könne nicht mehr, fragt ob sie gehen darf. Der Versuch mit ihr über das Trommeln zu sprechen misslingt. Da dies mit dem Personal der Station abgesprochen ist, lasse ich sie also gehen, bitte aber darum, dass sie sich im Stationszimmer meldet.

Als Frau T. gegangen ist, wird in der Gruppe ein Aufatmen spürbar. Die Gruppe ist die ganze Zeit akzeptierend mit Frau T. umgegangen. Ihre Frage, ob jemand etwas gegen ihr Kopftuch habe, wurde von den Gruppenmitgliedern überzeugend verneint. Zeitweise haben Mitpatienten auch versucht sie durch Zureden zu ermutigen die Trommel zu erproben und sich in die Reflexionsgespräche zwischen den Trommelphasen einzubringen. Es wurde deutlich, dass niemand in der Gruppe Frau T. abgelehnt hat, aber ihre starke Unruhe, bedeutete enormen Stress für die ganze Gruppe.

*Starke Unruhe
bedeutet Stress
für die Gruppe*

In Absprache mit dem Team, werde ich mit Frau T. im Einzelsetting arbeiten.

1. Einzelsitzung mit Frau T.:

Mitten im Raum stehen zwei Stühle einander schrägt gegenüber. Zwischen den Stühlen stehen zwei Djembén. Auf dem Boden zwischen den Trommeln steht ein Sträußchen Trockenblumen. Ich bin auf Frau T. vorbereitet.

Setting

Frau T. kommt wieder früh. Ich begrüße sie mit Handschlag und weise ihr einen der Stühle an, denn mit Alternativen kann diese Patientin zur Zeit nicht umgehen.

In der nun folgenden 40-minütigen Musiktherapie-Sitzung trommeln wir bis auf kurze Unterbrechungen fast durchgängig. Zunächst spiele ich ihr ein Pattern vor – sie imitiert. Das gelingt ihr sehr gut, obwohl sie nur einhändig mit rechts spielt. Sie hat viel Energie, ihre Schläge werden schneller und kräftiger. Nach ca. fünf Minuten unterbricht sie ihr Spiel, schaut ihre rechte Hand an, schaut mich an: „Meine Hand tut weh“. Ich schlage ihr vor, mit beiden Händen abwechselnd zu trommeln. Sie nickt. Wir trommeln weiter – diesmal beidhändig.

*Kontakt über die
Djembén*

Trommeln

Die nächste Unterbrechung kommt zustande, weil ihre Ringe beim Trommeln stören. Sie vertraut mir diese zur Aufbewahrung an. Dabei erfahre ich, wo die Ringe herkommen, was sie ihr bedeuten und dass sie ihren Ehering zu Hause irgendwo verloren hat. Frau T. schaut mir beim Sprechen unentwegt in die Augen. Sie spricht schnell, fast atemlos. Schließlich senkt sie ihren Blick auf die Trommel: „Komm, wir machen weiter!“

Ich schlage vor, dass diesmal Frau T. einen Rhythmus vorgibt. Ohne zu zögern setzt sie dies um. Kurz, kurz, kurz mit der rechten Hand, ein langer Schlag mit der linken usw. Sie wird schneller und schneller. Ich begleite sie. Ihr Spiel wird schneller und schneller. Schließlich „steige“ ich „aus“. Das sich stets steigernde Tempo im Trommeln und ihr schnelles atemloses Sprechen in den Pausen zeugen von einer Getriebenheit, der ich etwas entgegensetzen will. Ich beginne auf der Trommel zu kratzen. Frau T. hebt den Kopf, schaut mich an und beginnt ebenfalls auf der Trommel zu kratzen.

Kratzen

Ich gehe dazu über, über das Trommelfell zu streiche(l)n um damit Frau T. etwas zur Ruhe zu bringen. Frau T. stoppt und sagt:

Streiche(l)n

„Die geben mir keine Taschentücher auf der Station“. Ich frage, ob sie ein Taschentuch benötige und biete ihr eins an. Frau T. schüttelt den Kopf. „Und neue Bettwäsche bekomme ich auch keine, erst am Donnerstag“. Ich weise darauf hin, dass es ja nur noch zwei Tage sind bis Donnerstag. Nach einer kurzen Pause sagt Frau T.: „Komm, wir trommeln noch mal“ und beginnt wieder zu trommeln.

Unterbrechungen

Die Unterbrechungen und die Wiedereinstiege gehen jeweils von Frau T. aus. Sie stoppt plötzlich das Trommeln, schaut mir in die Augen und beginnt zu reden. Dabei spricht sie jeweils leise, schnell, fast atemlos.

Die beiden letzten Unterbrechungen nutzt sie, um Vergleiche zwischen uns anzustellen:

- Ihre Finger seien behaart, meine nicht. (für mich ist keine auffällige Behaarung erkennbar)
- Ein Pickel sei in meinem Gesicht, sie habe auch einen Pickel. Was man da denn tun könnte?

Es gelingt mir sie jeweils zu beruhigen, was sich dadurch zeigt, dass sie unaufgefordert weitertrommelt.

Schließlich äußert Frau T. nicht mehr zu können und fragt, ob sie jetzt gehen darf. Ich entlasse sie mit einem Kompliment bezüglich ihrer Fähigkeiten auf der Trommel und versichere, dass es Spaß gemacht habe mit ihr zu trommeln. Dies Lob scheint sie sehr zu erfreuen, der durchweg angestrengte ernste Gesichtsausdruck verändert sich.

Fazit der ersten Einzelsitzung:

Energieabfuhr durch Trommeln

Frau T. stand die ganze Zeit über unter starker Anspannung. Das Trommeln ermöglichte ihr Energieabfuhr. Das Kratzen auf der Trommel hat sie mitvollzogen, beim Streichen hatte sie die Assoziation „Putzen“, was ich jedoch nicht nachvollzog, da ich die Aussage „Die geben mir keine Papiertaschentücher auf der Station“, nicht mit Putzen oder Staubwischen verband; stattdessen bot ich ihr ein Tempotaschentuch an. Sie nahm es nicht, sondern ging über zum Thema Bettwäsche.

Ich habe die Hypothese, dass Frau T. das Trommeln brauchte, um sich in den Trommelpausen Themen von der Seele reden zu können. Scheinbar musste zunächst Energie oder Aggression? abgeführt werden, bevor es ihr möglich wurde, belastende Dinge zu thematisieren. Das Thematisieren geschah jeweils gehetzt, atemlos, tonlos. Bevor wir ein Thema vertiefen konnten, bevor wir eine Trommelphase reflektieren konnten, begann Frau T. jeweils wieder zu trommeln. Im Trommeln gab es Kontakt und Resonanz. Wir hatten eine Kommunikationsform gefunden.

Kontakt und Resonanz

Prinzip der Allmählichkeit

Zunächst wird es hier um Vertrauensaufbau gehen. Dorothee Storz beschreibt das „Prinzip der Allmählichkeit“ als wichtige Grundlage therapeutischen Vorgehens (2006, 41). Ich stellte mich auf eine längere Arbeit in der Dyade ein.

2. Einzelsitzung mit Frau T.:

Ritualisierung

Das Setting ist wie in der vorangegangenen Woche. Der gleiche Aufbau, die gleichen Trommeln, die gleichen Trockenblumen. Ich begrüße wieder mit Handschlag – Frau T. lächelt, ihr Blick ist offener, nicht mehr so starr. Sofort begibt sie sich auf ihren Platz.

Initiative

Ohne lange Vorrede beginnt Frau T. von sich aus ein rhythmisches Pattern zu trommeln. Ich steige ein. Sie steigert die Geschwindigkeit, schneller und schneller spielen wir.

erste und zweite Unterbrechung

Dann die erste Unterbrechung: „Ich bin so froh!“ – „Worüber?“ - „Dass ich das tun kann, was mein Bruder auch tut“. Ich erfahre, dass ihr Bruder, den sie offensichtlich bewundert, auf arabischen Hochzeiten trommelt. Frau T. trommelt weiter. Die zweite Unterbrechung: „Ich bin gespannt auf den Film“. – „Welchen Film?“ – „Den Videofilm. Zu gucken wie ich vorher war und wie ich jetzt

bin“. – „Es gibt einen Videofilm von Ihnen?“ –

Ich erfahre, dass Frau T. mit den Kindern zum ersten Mal bei den Schwiegereltern in Arabien war. Durch aktives Zuhören halte ich den Erzählfluss im Gang und erfahre einiges über ihren Aufenthalt in Arabien, von der Familie des Schwiegervaters, der Polygamie.

Frau T. zittert während sie erzählt. Seit sie in Arabien war, trägt Frau T. das Kopftuch. Sie gesteht mir ihre Angst, dass ihr Mann auch eine Zweitfrau heiraten könnte. Ich versichere ihr, dass das in Deutschland nicht möglich sei. Sie schaut mich einen Augenblick dankbar an, dann beginnt sie wieder zu trommeln.

Nach weiteren 15 Minuten ohne Unterbrechung stoppt Frau T., sie sei jetzt müde und möchte gehen. Als ich ihr anbiete nächste Woche wieder zu trommeln, erfahre ich, dass Frau T. entlassen wird. Ich biete ihr an, sich zu melden, wenn sie trommeln möchte.

Fazit der zweiten Einzelsitzung:

In der heutigen Sitzung gab es nur zwei Unterbrechungen, eine davon deutlich länger als alle bisherigen. Frau T. hat sich mir geöffnet und ihr tatsächliches Thema offenbart. Eine Vertrauensbasis ist entstanden, jetzt könnte die Arbeit an ihren Themen beginnen. Es irritiert mich gerade jetzt den Kontakt wieder aufzugeben. Mein Vorschlag, weiterhin mit Frau T. zu Trommeln, wenn sie in die Institutsambulanz kommt, kann aus terminlichen Gründen leider nicht umgesetzt werden.

Hier zeigen sich Grenzen der Kurzzeithherapie. Die gewollt kurzen Aufenthaltszeiten in der Akutpsychiatrie bedeuten für die Musiktherapie, den Fokus auf Empowermentprozesse bei den Patienten zu legen.

Fazit meiner Praxiserfahrungen:

Während meiner Praxisphase im St. Antonius Krankenhaus in Wissen sind mir viele unterschiedliche Patienten begegnet. Durch sie und in der Arbeit mit ihnen machte ich vielfältige Erfahrungen mit dem Einsatz und der kreativen Handhabung unterschiedlicher musiktherapeutischer Methoden.

Eine besondere Lernerfahrung war dabei – wie eingangs ausführlicher beschrieben - die, dass regelgeleitete musikalische Spiele durchaus indiziert sein können, da sie einen Rahmen zur Verfügung stellen, in dem der musikalische Laie lernt, sich klanglich auszudrücken, also musikalisch „Ich“ zu sagen. Der angstfreie Raum des Spiels erleichtert den Patienten sich einzulassen und - wenn nötig - nachzureifen.

Die geschilderten Fallbeispiele geben einen kleinen Ausschnitt aus einem großen Spektrum wieder. Fallbeispiel A. dokumentiert die langsame aber stetige Entwicklung einer Patientin, Fallbeispiel T. verdeutlicht, wie durch gemeinsames Trommeln Kontakt entsteht und sukzessive Vertrauen möglich wird.

Es gab andere – als die hier beschriebenen - Patienten, bei denen sich in einer bestimmten Situation eine entscheidende Erkenntnis einstellte, z.B. durch eine Aufstellungsarbeit mit Instrumenten. Die Vielfalt der gemachten Erfahrungen lässt sich nur andeuten.

Sowohl für Frau A. als auch für Frau T. wäre eine längerfristige musiktherapeutische Begleitung über den Aufenthaltszeitraum hinaus wünschenswert, da sich mit Musik all jenes ausdrücken lässt, was der Sprache (noch) nicht zugänglich ist.

*Thema
Polygamie
Angst und Wut*

Vertrauensbasis

*Grenzen der
Kurzzeithherapie*

Literatur:

- Aronson, Elliot (1994): Sozialpsychologie. Heidelberg
- Baatz, W. Dr. (Verlagsbüro)(2006): Illustrierte Enzyklopädie der Musikinstrumente. Instrumente aus aller Welt. Von den Ursprüngen bis in die Gegenwart. Tandem Verlag. Printed in China
- Blum, Wieland (2005): Ein klares Konzept als Hilfe für flexibles Handeln.
In: Haase, Ulrike (Hg.): Improvisation - Therapie – Leben. Crossener Schriften zur Musiktherapie XVI. Crossen
- Boss, Norbert et al.: Lexikon Medizin. München. Genehmigte Lizenzausg. Seehamer Verl. Weyarn
- Buchhold, Annekathrin (2005): Improvisation – ein Handlungsgrundsatz in der Psychiatrie.
In: Haase, Ulrike (Hg.): Improvisation - Therapie – Leben. Crossener Schriften zur Musiktherapie XVI. Crossen
- Bunt, Leslie: Musiktherapie (1998). Eine Einführung für psychosoziale und medizinische Berufe. Deutsche Bearbeitung von Hartmut Kapteina. Weinheim
- Damerow, Hartmut (2005): Mit Intuition zur Improvisation.
In: Haase, Ulrike (Hg.): Improvisation - Therapie – Leben. Crossener Schriften zur Musiktherapie XVI. Crossen
- Dilling, Horst et al. (2006): Psychische Störungen in der Praxis. Leitfaden zur Diagnostik und Therapie in der Primärversorgung nach Kap. V der ICD-10. Bern
- Friedemann, Lilli (1973): Einstiege in neue Klangbereiche durch Gruppenimprovisation. Rote Reihe 50. Wien
- Friedemann, Lilli (1983): Trommeln – Tanzen – Tönen. Rote Reihe 69. Wien
- Hahlweg, Kurt/ Dose, Matthias (2005): Ratgeber Schizophrenie. Göttingen
- Hell, D./Endrass, J./Vontobel, J.(2003): Kurzes Lehrbuch der Psychiatrie. Bern
- Kapteina, Hartmut (2007): Musiktherapie in der Psychiatrie.
http://www.musiktherapie.uni-siegen.de/kapteina/material/praxis/neu_musiktherapie_in_der_psychiatrie.pdf
- Kapteina, Hartmut (2006): Skript zur Einführung in die Musiktherapie. Musikpsychologische Grundlagen des Helfens und Heilens mit Musik. Universität Siegen.
siehe auch (2007): <http://www.musiktherapie.uni-siegen.de/kapteina/material/>
- Kapteina, Hartmut (1999): Kommunikation ohne Worte. Die Instrumente der Musiktherapie.
In: Gotthilf Vöhringer Schule (Hg): Komplexe Welt der Sinne. Wilhelmsdorf
siehe auch (2007): http://www.musiktherapie.uni-siegen.de/kapteina/material/forschungsgebiete/neu_kommunikation_ohne_worte.pdf
- Landes, Gerhard (2005): Gruppendruck oder Gruppenschutz – inwiefern erleichtert oder erschwert die Gruppe Improvisation?
In: Haase, Ulrike (Hg.): Improvisation - Therapie – Leben. Crossener Schriften zur Musiktherapie XVI. Crossen
- Lagler, Monika (2003): Zwischenräume – Überlegungen zum Phänomen »Stille« in der Musiktherapie. In: Musiktherapeutische Umschau 24,4. Göttingen. S.307-318
- Leidecker, Klaus (2004): Das Leben klingen lassen. Essen
- Oehlmann, Johannes (2004): Warum verwendest Du eine Klangschale. In: Deutsche Gesellschaft für Gestalttherapie (Hg.): Gestalttherapie 18/2, 47-58. Köln.

- Rau, Harald/ Lenz, Martin/ Driessen, Martin (2006): Emotionale Befindlichkeit vor und nach Musiktherapie in der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung.
In: Musiktherapeutische Umschau 27,4. Göttingen
- Reinecker, Hans (Hg.) (1999): Fallbuch der klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen. Göttingen
- Schwabe, Matthias (1992): Musik spielend erfinden. Improvisieren in der Gruppe für Anfänger und Fortgeschrittene. Kassel
- Smeijsters, Henk (1999): Grundlagen der Musiktherapie. Göttingen
- Storz, Dorothee (2006): „In mir fällt alles auseinander“ – Fokale Musiktherapie als Unterstützung zur Integration der Psychose.
In: Rentmeister, Ute (Hg.): „Lärmende Stille im Kopf“. Musiktherapie in der Psychiatrie. Wiesbaden (S.24-44)
- Tischler, Björn/ Moroder-Tischler, Ruth (1995): Musik aktiv erleben. Frankfurt
- Timmermann, Tonius (2003): Klingende Systeme. Aufstellungsarbeit und Musiktherapie. Heidelberg
- Timmermann, Tonius (2004): Tiefenpsychologisch orientierte Musiktherapie. Wiesbaden
- Zimmer, Marie-Luise (Hg.) (2006): Musiktherapie mit Leib und Seele. Gertrud Katja Loos. Leben - Werk - Erinnerungen. Wiesbaden

Zur Person

Ramona Hesse
Dipl.-Sozialpädagogin
mit Zusatzstud. Kulturpädagogik
verh., 3 Kinder

wohnhaft: 57548 Kirchen
Höhenstraße 22
Tel. 02741 / 8504

Lehrauftrag für Tanz und Bewegung an der Universität Siegen
ebd. wiss. Mitarbeit im Bereich Musiktherapie
Musiktherapie auf Honorarbasis in Institutionen