

Musiktherapie mit PatientInnen in der Akut-Psychiatrie im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Hildesheim

Rigulf Nemitz

Warum stehe ich heute hier? Von Klein auf wollte ich Musik machen, lernte zuerst Gitarre, dann Querflöte spielen. Immer wenn es notwendig wurde lernte ich ein Instrument hinzu, meist autodidaktisch. Über den Zivildienst kam ich immer mehr ins „Soziale“. Schließlich studierte ich in Hildesheim Sozialpädagogik (Schwerpunkt Therapie und Beratung). Danach arbeitete ich unter anderem in einem „Erfahrungsfeld zur Entfaltung der Sinne und des Denkens“ nach Hugo Kückelhaus und lernte dort die Wirkung von Gongs und anderen Klanginstrumenten kennen. Auch musikalisch war ich von der klassischen Musik über die Mittelaltermusik mehr und mehr zu einer improvisierten, klangorientierten Musik mit „archaischen“ und ursprünglichen Instrumenten gekommen. Um all diese Erfahrungen auf einen Nenner zu bringen und professionell beruflich zu fassen bot sich eines perfekt an: Die Musiktherapie. *Einleitung*

Auch die Wahl des Ortes meines Berufspraktischen Jahres ist stark persönlich geprägt. In meinem Leben hatte ich einigen persönlichen Kontakt mit psychisch erkrankten Menschen, oder zumindest Menschen, die psychotherapeutischer Hilfe dringend bedurften. Mir wurde dadurch klar, wie wichtig ein humanistischer therapeutischer Zugang zu Menschen ist, wenn sie in das System der Psychiatrie geraten oder gegangen sind. Dem wollte ich mich stellen und an dem Punkt ansetzen, wo Therapie für die Psyche meines Erachtens am dringlichsten ist: Im Akut-Bereich der Allgemein-Psychiatrie.

Das Niedersächsische Landeskrankenhaus Hildesheim ist ein Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie. Es umfasst die Funktionsbereiche: *Vorstellung der Einrichtung*
Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Suchtmedizin, Maßregelvollzug, Gerontopsychiatrie und Psychotherapie, Tagesklinik und Institutsambulanz.

Vorwiegend war ich im Funktionsbereich Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie tätig. Der Bereich umfasst sechs Stationen mit insgesamt 121 Betten. Die Stationen sind jeweils bestimmten Regionen des gesamten Einzugsbereiches zugeordnet.

„Therapieziele sind z.B. psychische Stabilisierung, Beschwerdeverbesserung bei gleichzeitiger Erarbeitung von Zukunftsperspektiven, Krisenintervention und Abklärung der Notwendigkeit weiterführender Hilfen. Die Behandlung dient der weitmöglichen Wiedereingliederung in [das] berufliche Leben“ (NLKH 2001, S. 10). Das therapeutische Angebot des Funktionsbereichs bietet: „...neben einer umfassenden Pflege und Betreuung, unter anderem Gesprächstherapie in Einzel- und Gruppensitzungen an, außerdem Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, bewegungsorientierte Verfahren, Lichttherapie, autogenes Training, Musiktherapie, Paar- und Familiengespräche oder medikamentöse Therapie“(ebd.).

Im Akutbereich, zu dem die von mir betreuten Stationen Nr. 40 und 41 gehören, steht die medikamentöse Therapie nach der Pflege, in der Regel an erster Stelle.

- Die KlientInnen* „Aufgenommen werden in der Regel Patienten zwischen 18 und 59 Jahren, die an einer akut aufgetretenen psychischen Störung, oder einer akuten Verschlechterung einer bereits bekannten psychischen Erkrankung leiden. Bei den Krankheitsbildern handelt es sich schwerpunktmäßig um Psychosen, depressive Störungen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen oder akute Krisenreaktionen“ (NLKH 2001, S. 10).
- Das Team* Zum multiprofessionellen Arbeitsteam im Akut-Bereich zählen die Pflegekräfte, die StationsärztInnen, MitarbeiterInnen des Sozialen und des Therapeutischen Dienstes.
- Angebote des therapeutischen Dienstes* Das Angebot des therapeutischen Dienstes umfasst Ergotherapie, Sport und Bewegungstherapie, Physiotherapie, Kunst- und Gestaltungstherapie und Musiktherapie. Die Therapien finden bis auf wenige Ausnahmen fast alle im Sozialzentrum statt. Für PatientInnen der geschlossenen Stationen werden Beschäftigungs- und vereinzelte Angebote der Musiktherapie direkt auf den Stationen angeboten.
- Bedingungen der Musiktherapie* Im Landeskrankenhaus Hildesheim gibt es zwei separate und autonom organisierte Bereiche der Musiktherapie, die MT der Kinder- und Jugendpsychiatrie und den Bereich der gesamten Erwachsenenpsychiatrie. In der KJP gibt es eine volle Stelle, im Erwachsenenbereich zwei Stellen - eine volle, eine $\frac{3}{4}$ Stelle und eine $\frac{1}{4}$ Stelle. Diese drei Personen sind für den gesamten Bereich der Akut-Psychiatrie, der Gerontopsychiatrie, sowie der Psychotherapiestationen zuständig. Die Forensik wird von der MT nicht mitbedient. Sowohl Ambulanz als auch Tagesklinik haben keine Musiktherapie im Angebot.
- Das Angebot* Im Konzept des NLKH¹ werden folgende Angebote benannt und definiert:
- Einzelmusiktherapie - Singgruppe - Malen nach Musik - Aktive Musiktherapie
Was auf welcher Station angeboten wird, und wie das Angebot jeweils umgesetzt werden kann hängt in starkem Maße von den jeweiligen Rahmenbedingungen ab.
- Selbstverständnis der Musiktherapie* Das Selbstverständnis der Musiktherapie im LKH lehnt sich an die „Kasseler Thesen zur Musiktherapie“, sowie den „Berufskodex“ der DGMT an (a.a.O.; S.1).
Als Ziele werden im Konzept folgende Punkte benannt und näher definiert (a.a.O.; S.3): Förderung von Introspektionsfähigkeit, Steigerung der Ausdrucksfähigkeit, Entwicklung von Handlungs- und Sozialen Kompetenzen.
- Die Arbeitsräume* Die Musiktherapie verfügt insgesamt über vier Räume: Zwei Therapie- und zwei Büroräume. Der „Große“ Musiktherapieraum ist, wie die meisten zentralen Therapieangebote, im Sozialzentrum untergebracht. Die beiden Büroräume und der „kleine“ Therapieraum befinden sich im Untergeschoß von Station 22. Dort liegen zum Teil auch Büroräume der anderen Therapeutischen Dienste.

Der große Musiktherapieraum, in dem sowohl die aktive Gruppenmusiktherapie als auch Einzelmusiktherapie stattfindet, befindet sich im Keller des Sozialzentrums, nahe der Kegelbahn, unter dem Schwimmbad. Er hat keine Fenster, die ins Freie blicken lassen. Helligkeit kann nur mit Kunstlicht



¹ (Musiktherapie 2004; S.2 und S.4-8)

hereingebracht werden. Für manche PatientInnen (vor allem Angst- und TraumapatientInnen) ist das eine echte Hürde und eine Herausforderung, sich in den Kellerraum zu begeben. Manchmal dominiert auch die Umwälzanlage des Schwimmbades den akustischen Inhalt des Raumes sehr stark, wenn sie zu Therapiezeiten für etwa 20 – 30 Minuten anspringt. Der Raum ist ca. 40 qm groß und besitzt ein reichhaltiges Instrumentarium.

Der kleine Therapieraum unter Station 22, hat einen schönen Ausblick und eine helle, freundliche, wenn auch etwas kühle Atmosphäre. Er ist den Einzelmusiktherapien vorbehalten, höchstens für Kleingruppen geeignet. Wegen seines länglichen Zuschnittes ist es auch schwer, ihn voll auszunutzen. Seine Ausstattung ist eher begrenzt. Auch der geschützte Rahmen ist durch die Nähe zu den Büros nur begrenzt gegeben.

Im großen Raum unter dem Sozialzentrum ist fast Alles zu finden, was zu einer *Instrumentarium* Grundausstattung in der stationären Musiktherapie nach den Empfehlungen der DGMT² gehört: Klavier, großes Xylophon, Metallophon, großes Glockenspiel, Pauke, Djemben, Conga-Paar, Bongo-Paar, Becken, div. Gongs, Schlitztrommel (groß und klein), Metallschlitztrommel, Tempelblocks, Steeldrum, Gitarre (E- und acoustic) und entsprechende Verstärker, Schlagzeug, Monochord, Didgeridoo, Kleinpercussion, Schägelmateral. Als Besonderheiten noch: Waterdrum, Schlagzeug, Udu-Drum, große Indianertrommel, verschiedene Kanteles, Bassklangstäbe (Holz), ein Streichpsalter, eine Elektroorgel, verschiedene Flöten und ein Anklung.

Da ich im Rahmen meiner freiberuflichen Tätigkeit viel unterwegs bin, unterteilte *Praxisphase* sich meine Praxiszeit in zwei Blöcke von je ca. vier Monaten. Im Rahmen der Akutpsychiatrie ließ sich das gut und ohne Brüche in den Therapieverläufen organisieren. Auch die längeren Therapieverläufe (der längste währte 13 Sitzungen) ließen sich durch vorherige Überlegungen (mit wem beginne ich überhaupt zu arbeiten etc.) so planen, dass sie im gegebenen Zeitrahmen zum Abschluss gebracht werden konnten.

Davon ausgehend, dass jeder Mensch alles zu seinem Wohlergehen nötige zur *Therapeutische Grundhaltung* Verfügung hat, richte ich meine Behandlung darauf aus, verlorene, abgespaltene, verdrängte, vergessene oder verleugnete Teile zu (re)integrieren.

Dabei folge ich den gestalttherapeutischen Grundsätzen nach Polster und Polster:
1. Stärke liegt in der Gegenwart; 2. Erfahrung zählt am meisten; 3. Der Therapeut ist sein eigenes Instrument (1975, S. 20)

Diese Grundsätze heißen für mich, in meinen Alltag übersetzt:

1. Immer mit dem arbeiten, was jetzt aktuell ist; d.h. was erlebt, womit beschäftigt sich, wie reagiert die PatientIn jetzt, im Augenblick der Begegnung?
2. Wie kann ich das was ist, für die PatientIn erfahrbar und bewusst machen? Welche musiktherapeutischen Inszenierungen kann ich anbieten, wie kann ich den Kontakt gestalten?
3. Ich selbst bin mein (wichtigstes) Werkzeug. Welche Resonanzen löst die PatientIn in mir aus, was kann ich ihr anbieten und wie kann ich ihr begleitend entgegenreten?

² DGMT o. J.

Weitere Grundlage meiner Haltung und meiner Arbeit sind die An- und Grundsätze der systemischen Therapie, wie sie von ihren Vertretern (Bateson, Stierlin, Simon etc.) formuliert, entwickelt und ausgearbeitet wurden. Jedes Symptom hat demnach seinen Sinn und in diesem Sinne „seine Berechtigung“. Es geht nicht um das Abtrainieren eines Verhaltens sondern um das Entwickeln von alternativen Verhaltensweisen, die den „Gewinn“, der durch das als „krank“ beschriebene Verhalten erzielt wird, auf neue, angemessene und bekömmliche Weise erreichen lassen. Dabei wird die PatientIn immer als Teil eines interagierenden Systems verstanden, dessen Struktur sich nicht aus der Handlung des einzelnen Teiles (in diesem Falle der PatientIn) alleine erklären lässt.

Grundlage des systemischen Ansatzes ist es, dass es nicht eine für alle Menschen gleich gültige objektive Realität / Wirklichkeit gibt. In der Therapie kann es folglich nicht um eine „Wirklichkeitsanpassung“ gehen, sondern um die Entwicklung von Orientierungsfähigkeiten.

Der Weg dorthin führt über die Förderung von Eigen- und Fremdwahrnehmung, sowie der Reflexion des Wahrgenommenen. Indem die PatientIn ihre Wahrnehmung erweitert und die Verarbeitung des Wahrgenommenen entwickelt und flexibilisiert, kann sie ihren Standpunkt und Standort für sich definieren und von diesem aus Handlungskompetenzen erweitern.

Zusammenfassend kann ich sagen: PatientInnen sind in erster Linie Menschen! Ein Zitat von Frohne-Hagemann bringt das sehr schön auf den Punkt:

„Zu unserem Therapieverständnis gehört, dass die Therapiepartner einander begegnen im Sinne einer Subjekt-Subjekt-Beziehung (oder intersubjektiven Beziehung). Diese ist durch Korrespondenz, also durch Antwortfähigkeit, Verantwortung und Bezogenheit gekennzeichnet. Es gibt keine Festschreibungen, die ein miteinander und aneinander Wachsen im Hier -und -Jetzt verhindern. Zu unserem Menschenbild passt keine Stigmatisierung des Patienten durch festschreibende Diagnosen. Dies entspricht auch nicht der Funktion, die die improvisierte Musik zweier oder mehrerer Menschen hat“ (1999, 104).

Dieser Grundsatz bedeutet für mich, dass die Diagnose in der Begegnung zweit-rangig ist. Sie ist eine wichtige Hintergrundinformation, vor allem zur Risikoplanung. Doch möchte ich nicht, dass sie mir den Blick auf den Menschen, wie er mir persönlich und in direkten Kontakt begegnet, verstellt. Weder ist die Krankheits-Diagnose die PatientIn noch ist die etikettierende Erklärung für ihren Zustand ihre gelebte Realität.

„In gleicher Weise, wie die Tassen, die nicht alle im Schrank sind, Zeichen einer gestörten Ordnung sind, sagt auch Verrücktheit, dass Unordnung entstanden ist – und zwar plötzlich, ohne sanften Übergang, ruck-zuck. Verrücktheit bedeutet dann, dass der Standpunkt eines Menschen verändert ist, die räumliche oder zeitliche Ordnung, in der er sich orientiert und lebt“ (Simon 1990, 15). Diese Unordnung gilt es individuell genauer anzuschauen.

„Man könnte natürlich auf die Idee kommen, die unterschiedlichen Weisen, in denen Tassen nicht im Schrank sind, zu klassifizieren (Tassen zerbrochen, verborgen, auf dem Frühstückstisch stehen gelassen, Schrank zusammengebrochen usw.)...“ (Simon 1990, 16). Genau das versucht Diagnose, doch kann sie damit nicht der Vielfalt der Möglichkeiten der „Verrücktheit“ gerecht werden. In der Diagnose der Verrücktheit steckt als Voraussetzung notwendigerweise immer eine definierte objektive Ordnung. Und das kann der unendlichen Bandbreite der Indi-

vidualität der menschlichen Persönlichkeit, die hinter den PatientInnen steckt nicht gerecht werden. Diagnosen sind Anhaltspunkte und Versuche der Kategorisierung, um Vorgänge einschätzbarer und kontrollierbarer zu machen. In diesem Sinne sind Diagnosen Fremdhypothesen und Verallgemeinerungen, die Informationen über das Krankheitsbild transportieren.

Diagnose und Anamnese sind für mich so gesehen Zusatzinformationen, die ich heranziehe, wenn ich aktuelle Vorgänge und Erlebnisse in der Begegnung mit den PatientInnen nicht verstehen oder einordnen kann und ich das Gefühl habe, dass mir einfach Informationen fehlen, um die aktuelle Situation in ihrer vollen Bedeutung erfassen zu können.

Der vom Arzt erteilte Behandlungsauftrag, bildet für mich den Hintergrund, auf dem alles Geschehen in der Gegenwart abläuft. Er gibt mit seiner Vorgabe das Ziel vor, nach dem ich meine Interventionen gestalten kann.

Mit den Interventionen will ich in der Regel Folgendes erreichen:

- Kontaktaufbau und -erhaltung
- Prozessstabilisierung
- Wahrnehmungs- und Reflexionsschulung (selbst- und fremd)

Im Kontakt mit den PatientInnen kommt zu diesem Hintergrund- oder Meta-Auftrag der aktuelle mediale Auftrag der jeweiligen PatientIn hinzu, der den flexiblen, dynamischen Focus der Stunde definiert und erste Anknüpfungspunkte für die Gestaltung des Kontaktes liefert sowie den Ausgangspunkt des nun beginnenden prozessualen Diagnosevorgangs bildet. Damit ist, auf dem zusätzlichen Hintergrund der gegebenen strukturellen und institutionellen Rahmenbedingungen, der Kontrakt für die jeweilige Stunde vereinbart.

Da ich meine PatientInnen in der Regel nur sehr kurze Zeit in Behandlung haben konnte, war der Therapie potentiell stets ein zeitlich sehr enger Rahmen gesetzt. Das brachte eine Auseinandersetzung mit der Fokalen Kurzzeittherapie, wie sie Petzold (1993) darstellt mit sich. *Methodischer Hintergrund*

In diesem Konzept bilden Fokus und Diagnose zwei wesentliche Werkzeuge. Das Halten eines Fokus dient dazu die aufgeworfene Thematik zu begrenzen und dem zeitlichen Rahmen anzupassen, also handhabbar zu halten. Das impliziert eine nicht aufdeckende Arbeitsweise, wie sie für die PatientInnen in der Akut-Psychiatrie ohnehin indiziert ist. Trotzdem ist der Focus nicht starr, sondern auch er unterliegt als „dynamischer Focus“ (Petzold a.a.O., 291) aktualitätsbedingten Veränderungen.

Diagnose wird in diesem Sinne verstanden als „...ein Prozess, der so lange währt, wie ich mit dem Klienten arbeite“ (Petzold 1974, zitiert nach Petzold 1993, 273). Das heißt, ich arbeite stets auf der Basis des aktuellen Erlebens und Handelns.

Wichtiges Werkzeug, die Qualität dieser Arbeit im „Hier und Jetzt“ zu gewährleisten ist die Prozessuale Diagnostik³.

Kurz dargestellt bedeutet sie: Während des gesamten Kontaktes mit der PatientIn befinde ich mich in einem permanenten Prozess der inneren Reflexion des äußeren Geschehens. Dieser folgt in seinen einzelnen Abschnitten dem Schema: Ich nehme wahr (Phänomene) - ich verbinde damit (Resonanzen) - ich schließe daraus (Hypothese). Aus diesem Prozessabschnitt folgen meine Interventionen oder mu-

³ Wortmann, Karl-Heinz: Unveröffentlichte Arbeitspapiere

siktherapeutischen Inszenierungsvorschläge. Danach beginnt der Ablauf von vorn. Die jeweiligen musiktherapeutischen Inszenierungen und Interventionen gestalte ich auf der Basis meiner in der Ausbildung und aus der Literatur erworbenen Kenntnisse über Möglichkeiten der Umsetzungen, Übertragung und Übersetzungen von Lebenssituationen in musikalische Aktionen und „Spiele“. Da die Interventionen in der Regel aus der Situation heraus entwickelt werden müssen, gehört dazu auch eine gute Portion „fachlich geerdeter Intuition“⁴, die mir hilft, das Richtige aus der Fülle des Erfahrungsschatzes herauszugreifen oder aus dem Bekannten situativ Neues zu entwickeln.

Evaluation Der Evaluation ist unter den gegebenen Bedingungen ein relativ enger Rahmen gesteckt. Innerhalb der jeweiligen Sitzung ist sie Teil der Prozessualen Diagnostik, nach der Stunde eine Variante davon: Wie haben sich die aufgetauchten Themen und Verhaltensweisen in der Bearbeitung qualitativ und quantitativ verändert? Welche Konsequenzen und möglichen Interventionen sind für eine potentielle weitere Sitzung daraus ableitbar?

Im Laufe der Praxis habe ich für eine erste Evaluation das Instrument der „Schlussrunde“ etabliert, das die PatientInnen mit einbezieht. JedeR gibt der Sitzung eine Überschrift, einen Titel, oder einen Abschiedssatz. Aus diesen Statements lässt sich viel über den „Wert“ der Stunde ableiten.

In den längeren Therapieverläufen arbeite ich mit sowohl am situativ entwickelten Fokus als auch den vom Arzt vorgegebenen Behandlungszielen orientierten Parametern, deren positive oder negative Veränderung ich in der Kontinuität des Verlaufes auswerte.

Basis aller Evaluationen ist die Dokumentation, in Form von qualitativen Aufzeichnungen der einzelnen Sitzungen, die ich, soweit der Arbeitsablauf es zulässt, unmittelbar nach der jeweiligen Sitzung anfertige.

Im Folgenden soll mein konkretes Handeln und Wahrnehmen aufgezeigt werden, zuerst durch einem kurzen Über- und Einblick in die einzelnen Tätigkeitsfelder, dann mittels Darstellung eines exemplarischen Therapieverlaufes.

*Aktive
Musiktherapie*

„Musik wird oft nicht schön empfunden, da sie stets mit Geräusch verbunden“
(Busch)

Das Tätigkeitsfeld der Aktiven Musiktherapie ist selbstverständlich mit Geräuschentwicklung verbunden. Das hat für die Akut-Psychiatrie die Konsequenz, dass dieses Angebot nur außerhalb der Station angeboten werden kann, da die potentielle Lautstärke eventuell die nicht teilnehmenden PatientInnen stören würde. Somit muss sie im Musiktherapieraum stattfinden und bleibt den PatientInnen vorbehalten, die offen untergebracht sind oder die Station wenigstens in Begleitung verlassen dürfen.

Mein Angebot der Aktiven Musiktherapie fand in zwei Bereichen statt. Zum einen auf Station 41 (Akutpsychiatrie), zum anderen in einem Co-Therapeutischen Setting auf einer Psychotherapie-Station. Station 41 ist eine Station für Akut-PatientInnen. Die Station ist komplett geschlossen. Trotzdem sind auf ihr auch

⁴ Wortmann, unveröffentlichte Arbeitspapiere

PatientInnen untergebracht, die freien Ausgang haben und freiwillig in Behandlung sind. Mit wem ich aktiv musiktherapeutisch arbeiten konnte hing also davon ab, mit welchem Status die Person auf der Station untergebracht war.

Wöchentlich bot ich eine Gruppenmusiktherapie-Stunde an. Die Auswahl der potentiellen TeilnehmerInnen traf ich in enger Zusammenarbeit mit dem Personal, oder der Stationsärztin sowie aufgrund meiner Hintergrundinformationen aus den Übergaben und den Sitzungen von Musik und Malen auf der Station. Da die Fluktuation der PatientInnen auf der Station sehr hoch ist, war meist bis kurz vor Beginn der Stunde nicht abzusehen, wer genau daran teilnehmen würde.

Gruppenmusiktherapie (GMT)

Da ich möglichst vielen PatientInnen die Teilnahme ermöglichen wollte, holte ich die Gruppen stets von der Station ab. Das gab auch die Gelegenheit für erste „informelle“ Gespräche auf dem Weg zum Musiktherapie-Raum, in denen sich oft schon Themen andeuteten und Ängste äußerten, die Anhaltspunkte für den Einstieg und Verlauf der Sitzung lieferten.

Ziele waren hier: Aktivierung, Affekt-Förderung, Belastungserprobung, Stabilisierung, Förderung von Gruppenfähigkeit. In diesem Kontext sind sehr intensive Sitzungen zu Stande gekommen. Der musikalische Ausdruck erschien mir hier oft unmittelbarer und direkter als in der GMT der Psychotherapiestation.

Ziele

Musik und Malen stellte in meiner Praxis das niedrigschwelligste Angebot dar. Es kann auf Station stattfinden, wodurch es nahezu überall einsetzbar ist und eine hohe Akzeptanz sowohl von Seiten des Pflegepersonals als auch der PatientInnen genießt.

Musik und Malen

Da das Angebot auf den Stationen in jeweils anderweitig genutzten Räumen stattfindet (z.B. Speisesaal oder Aufenthaltsraum) muss ich die Räume oft erst in den richtigen Zustand bringen. Das heißt Tische und Stühle umstellen, eventuell auch mal die Tische erst abwischen. Manchmal jedoch auch den gesamten Raum umräumen, wenn das Putzteam alles auf einen Haufen in der Ecke gestellt hat. Dann müssen die Farben und Materialien ausgepackt und präsentiert werden.

Setting

Nach dem Angebot bedeutet es oft, schnell noch aufzuräumen und die Tische wieder in die alte Position zu bringen, die Farben etc. wegzuräumen, weil gleich im Anschluss gegessen wird.

Die Umräumaktion bietet jedoch auch eine gute Möglichkeit mit PatientInnen in Kontakt zu kommen und sie in die Arbeit einzubeziehen. Sie gestalten dann den Raum, in dem sie wirken werden selbst mit.

Während mein Angebot auf Station 41 für alle PatientInnen offen ist, richtet es sich auf Station 40 nur an die geschlossen untergebrachten PatientInnen. Sowohl Atmosphäre als auch Setting sind auf diesen beiden Stationen sehr unterschiedlich. Das beginnt bei der ästhetischen Gestaltung der Räume und reicht bis zu den unterschiedlichen Zugängen zu Funktionsräumen der Stationen seitens der PatientInnen. Darin eingeschlossen ist die räumliche Enge auf Station 40, die das „Eingeschlossensein“ sehr bewusst macht. Nicht zuletzt wird das alles sehr von der generellen Haltung des jeweiligen Stationsteams bestimmt.

Der Unterschied hatte deutlich Einfluss auf Wirkung und Rezeption des Angebotes. Auf Station 41 waren die Sitzungen deutlich ruhiger, konzentrierter. Sowohl das Angebot Musik und Malen wurden von den PatientInnen als Form deutlicher wahr-, an- und ernstgenommen. Als Folge davon auch die eigenen Produkte der PatientInnen, die darin einen Spiegel ihrer selbst erkennen und annehmen konnten.

Einfluss des Settings auf die Wahrnehmung der Patienten

Auf Station 40 erschienen die Bilder und die gesamte Rezeption seitens der PatientInnen (bei gleichem methodischen Vorgehen und gleicher Klientel, da zwischen den Stationen rein sektoriell unterschieden wurde) oberflächlicher, zufälliger und nebensächlich. Die PatientInnen konnten meist keinen Bezug zu ihren Bildern entwickeln, sondern betrachteten ihre Werke als Zufallsprodukte, die nichts zu bedeuten hatten. Zumindest war es das, was sie dazu nach Außen gaben.

Generell unterliegt die Anwendung von Musik und Malen auf der psychiatrischen Akutstation sehr eigenen Bedingungen. Die von mir verinnerlichte und als sehr wirksam erlebte Durchführung der Methode Malen nach Musik, wie sie bei Kapteina / Hörtreiter dargestellt ist (1993, 212 und 278 f.), erwies sich als so nicht durchführbar. Um das angestrebte Ziel der Methode, ein „Brückenschlag“ zwischen Psyche und Außenwelt (vgl. ebd. S. 53) so weit als möglich zu gewährleisten, modifizierte ich Ablauf und Vorgehen den Bedingungen entsprechend.

In der Regel male ich, soweit ich es für angebracht halte, auch mit, um den PatientInnen nicht das Gefühl zu geben, dass ich sie beobachte oder bewerte. Trotzdem halte ich den Kontakt zu den einzelnen TeilnehmerInnen, um aufkommende Bedürfnisse, auch nach sofortigem verbalem Austausch, wahrnehmen zu können. Gerade dieser Punkt stellt eine starke Abweichung zum Grundkonzept der Methode dar. In meiner Praxis habe ich jedoch die Erfahrung gemacht, dass die Mehrzahl der PatientInnen im akuten Krankheitszustand nicht in der Lage ist, ihre Gedanken bis zum Ende des Malens zu bewahren um sie dann mitzuteilen. Da es mir aber wichtig ist, dass jedeR die Gelegenheit bekommt eigene Assoziationen, Gefühle und Wahrnehmungen zum Ausdruck bringen zu können und so der besagte „Brückenschlag“ gelingen kann, gehe ich mit manchen PatientInnen auch während der Malphase ins Gespräch. Die Entscheidung, mit wem ich das tue richtet sich nach den jeweils individuellen Verhaltensweisen und Fähigkeiten der einzelnen PatientInnen. Dabei achte ich darauf, dass die Regel des schweigenden, konzentrierten Malens trotz dieser Ausnahmen erhalten bleibt.

Dieses Vorgehen habe ich in der Praxis als für viele Prozesse sehr förderlich erlebt, da manche Bilder durch die Reflexion während des Malens eine größere Tiefe erhielten, bzw. Prozesse vorangetragen wurden, die sonst abgebrochen wären.

Musik und Malen Für das Angebot Musik und Malen verwende ich vorwiegend ruhige und nicht zu dynamische Musik, die den PatientInnen Ruhe und Entspannung bieten kann. Dabei ist mir wichtig, dass die angebotene Musik Inhalte nicht zu sehr vorgibt, sondern den Malenden Raum zur freien Assoziation lässt. Rock-, Pop- und ähnliche Musik verwende ich nicht, da ich sie für den Prozess des Malens als zu direktiv empfinde. Die Verwendung unbekannter Musik ermöglicht es den PatientInnen stärker mit ihren Assoziationen und Bildern aus dem Hier und Jetzt zu schöpfen. Ich lasse ich die Anwesenden an der Entscheidung Teil haben, welche Musik wir als Grundlage zum Malen verwenden wollen. Durch meine Vorauswahl, welche CDs ich zur Gruppe mitbringe, sind die genannten Anforderungen an die Musik gewährleistet. Eine Malphase von etwa 30 Minuten hat sich als günstig erwiesen. Während dieser Zeit erklingt die ausgewählte Musik. Wir hören nicht einen Titel mehrmals, sondern eine (von mir getroffene) Auswahl aus der jeweiligen CD, oder ein Stück von entsprechender Dauer.

Verlauf Nach einer kurzen Vorstellung der Methode, des Materials und des Ablaufes wählt die Gruppe die Musik aus. Für die vereinbarte Dauer malen wir. Wer fertig

ist, kann ruhig der Musik zuhören, oder den Raum bis zur Vorstellung der Bilder verlassen.

Wenn alle fertig sind gibt es eine Vorstellung der Bilder. JedeR sagt so viel dazu wie er / sie möchte. Die MitpatientInnen können eigene Assoziationen äußern. Dabei achte ich jedoch sehr darauf, dass der Schutzraum der jeweiligen PatientInnen nicht verletzt wird, indem ich wertende oder gar übergriffige Kommentare begrenze. *Vorstellung der Bilder*

Die Bilder gehören den PatientInnen. Wenn sie ihre Bilder nicht mitnehmen wollen, bewahre ich sie auf, um sie ihnen später geben zu können. Auf Wunsch, oder wenn es mir wichtig erscheint, nehme ich auch Bilder mit zu den Stationsbesprechungen, jedoch nicht ohne die Erlaubnis der PatientInnen.

Ziele des Angebotes sind: Aktivierung, Entlastung, Förderung des emotionalen Ausdrucks, Stabilisierung, Diagnosehinweise und Informationssammlung. *Ziele*

Fallbeispiel Herr R.

Der dargestellte Fall zeigt in besonderer und exemplarischer Weise eine Vielfalt von Gesichtspunkten meiner musiktherapeutischen Arbeit in der Akutpsychiatrie, wie die Kombinationsmöglichkeiten unterschiedlicher Methoden und typische Arbeitsbedingungen auf. Der Therapieverlauf fand in einem sehr begrenzten Zeitrahmen von zwei Wochen statt. *Exemplarischer Therapieverlauf Herr R.*

Herr R. ist Jahrgang 1956. Seine medizinische Diagnose lautet Paranoide Halluzinatorische Psychose. Zur Zeit der Erstaufnahme im NLKH im Jahre 1991 arbeitete Herr R., seiner Ausbildung gemäß, als Tischler in einem größeren Betrieb. Er ist seit 2,5 Jahren verheiratet und hat mit seiner Frau eine 1,5 Jahre alte Tochter. Seine Eltern, bei denen er bis zu seiner Heirat im 32. Lebensjahr wohnte, waren in der Landwirtschaft tätig. Jetzt sind sie berentet. Er hat 7 Geschwister. Er wurde in der Mitte der Geschwisterfolge geboren. Es gibt in psychiatrischer Hinsicht keine familiäre Vorbelastung. *Anamnese*

Zum Zeitpunkt der Aufnahme ist der Patient bereits seit etwa 1,5 Jahren in psychiatrischer Behandlung. Herr R. litt damals an akustischen Halluzinationen, die ihm in Form von Stimmen seiner Arbeitskollegen seinen Tod durch Nierenversagen im Alter von 40 Jahren prophezeiten. Grund der Erstaufnahme ist eine bestehende Todesangst, Antriebsstörungen und Leistungsabfall. Es bestehen eine hypochondrische Selbstwahrnehmung und die wahnhafte Umdeutung von Reaktionen ihn umgebender Personen, so deutet er die Frage nach seiner Telefonnummer als Hinweis auf seinen bevorstehenden Tod. Jedoch sind keinerlei formale Denkstörungen feststellbar. Er erscheint voll orientiert. *Fallgeschichte*

Ein häuslicher Konflikt mit der Ehefrau und vor allem der Schwiegermutter, sowie die anstehende Kündigung seines Arbeitsplatzes aufgrund von Massenentlassungen bei seinem Arbeitgeber. *auslösende Faktoren*

Nach medikamentöser Therapie und Einstellung wird er nach drei Wochen in ambulante Behandlung entlassen. Es werden ihm Eheberatung und Paargespräche empfohlen.

Nach fünf Monaten wird Herr R. zum zweiten Mal aufgrund eines Unterbringungsbeschlusses im NLKH aufgenommen. Seit seinem letzten Aufenthalt war er fortwährend krankgeschrieben. Mittlerweile wurde er von seinem Arbeitgeber wie erwartet entlassen. Er arbeitete aushilfsweise im Geschäft seiner Frau. In der Ehe *Krankheitsbild*

kam es vermehrt zu Spannungen. Nachdem er seine Medikamente eigenmächtig abgesetzt hatte, kam es vermehrt zu unkontrollierten verbalen Aggressionsausbrüchen gegenüber seiner Frau (er werde die gemeinsame Tochter im Bach ertränken) und seinem ehemaligen Arbeitgeber (er werde ihn mit einem Beil erschlagen). Einige Tage vor der Aufnahme hatte er sich ein Beil gekauft, das ihm von der Mutter abgenommen wurde.

Er beschreibt die Welt in zwei Betrachtungsweisen wahrzunehmen: Entweder betrachte er das Verhalten der Mitmenschen positiv oder er nehme die gleichen Verhaltensweisen als bedrohend und verfolgend wahr. Dann werde er Teil eines Spieles und sei nicht mehr in der Lage seine Verhaltensweisen zu kontrollieren. Er besitzt ein ausgeprägtes Wahnsystem, in dem es um ein gegen ihn gerichtetes Komplott geht.

Nach einem sechswöchigen Aufenthalt, während dessen sich seine Frau von ihm trennt, wird Herr R. im Januar 1992 in die ambulante Behandlung entlassen. Seine Geschwister kümmern sich um ihn. Er zieht zu seinem Bruder.

Dreizehn Jahre später, im März 2005 wird Herr R. wieder aufgrund akuter psychotischer Symptomatik und Verfolgungsängsten mit Unterbringungsbeschluss im NLKH aufgenommen.

Mittlerweile arbeitet Herr R. in einer beschützten Werkstatt. Er fühlt sich von seinem alten Arbeitgeber verfolgt und zeigt sich fremdaggressiv im Rahmen von panischen, sich selbst verteidigenden Handlungen. Zur Zeit der Aufnahme ist er verbal nicht erreichbar. Nach einer medikamentösen Therapie und Einstellung wird er nach zweieinhalb Wochen Aufenthalt entlassen, mit der Empfehlung einer Weiterbehandlung in der Tagesklinik. Dies lehnt er jedoch ab.

Im Mai desselben Jahres (nur etwa drei Wochen später) wird Herr R. zum vierten Mal aufgenommen. In der Aufnahmesituation ist er ausgeprägt unruhig, läuft schreiend über den Flur, dass er übermorgen sterben werde, sich aber noch bei seinen alten Arbeitskollegen (von vor 14 Jahren) verabschieden wolle. Zuvor hatte er zwei Wochen nicht geschlafen, war durch die Stadt geirrt und immer noch zutiefst über seine Entlassung gekränkt. Er ist sicher, dass sich sein Körper in den nächsten beiden Tagen komplett auflösen wird.

Gegen Ende dieses vierten Aufenthaltes findet meine Arbeit mit Herrn R. statt.

Therapieverlauf Herr R. begegnete mir das erste Mal als ich mit einem Musiktherapie-Kollegen, auf Station 41 war. Er sprach uns an und fragte, ob er an der Musiktherapie teilnehmen könne. Der Kollege wies ihn darauf hin, dass die Vorbedingung dafür die Teilnahme an der Musik-und-Malen-Gruppe sei. Er sei dort aber nicht erschienen, daher könne er diese Woche noch nicht an der aktiven Gruppe teilnehmen.

Herr R. entschuldigte sich und erklärte warum und wieso. Er wollte so gerne Musik machen und äußerte immer wieder wie gut er das fände und dass ihn das sicher gesund machen würde, Musik sei ja so gut für die Seele und die sei ja nun bei ihm krank. Auch für das Herz sei die Musik so gut. Er redete endlos, wirkte dabei sehr einfältig und auf eine gewisse Weise sehr distanzlos. Die Absage akzeptierte er nur sehr zögernd. Insgesamt war er schwer zu verstehen, da er aufgrund seiner Medikation unter starkem Speichelfluss litt.

In der nächsten Musik-und-Malen-Stunde, traf ich ihn wieder. Ich hospitierte in dieser Stunde und malte daher mit. Am Tisch saßen wir einander gegenüber.

Herr R. redete vor dem Beginn der Musik viel und entschuldigte sich für seine schlechte Aussprache. Dabei verwies er auf seine Medikamente, die seien an der starken Speichelentwicklung schuld,

die zu seiner schlechten Aussprache führe. Da es sich lediglich um eine erste Hospitationsstunde zum kennen lernen der Arbeit des Kollegen handelte, besitze ich keine exakte Dokumentation dieser Stunde. Jedoch ist mir noch sehr deutlich ein Verhalten von Herrn R. im Gedächtnis, das sich als Verhaltensmuster durch fast alle weiteren Begegnungen mit ihm zieht:

Zu einer ruhigen asiatischen klingenden Musik (Thai-Chi von Oliver Shanti) malte ich ein Bild zu den vier Elementen, wobei ein Vogel für das Element Luft stand. Kurz nachdem ich diesen Vogel gemalt hatte, tauchte auf dem Bild von Herrn R., der einige Menschen und ein großes Haus (eine Fabrik) gemalt hatte, auch ein Vogel in ähnlichen Farben und deutlich angelehnter Erscheinungsform auf. Der Vogel steht jedoch in keinem wesentlichen Zusammenhang mit irgend einem anderen Element des Bildes. Bei der Vorstellung der Bilder erwähnt Herr R. den Vogel nicht. Auf Nachfrage seitens des Kollegen beschreibt Herr R. den Vogel als auf dem Dach sitzend, obwohl an dieser Stelle gar kein Haus zu sehen ist. Na Ja, er säße eben auf dem Dach, beharrte Herr R.



Auch in meiner nächsten Hospitationsstunde, einer Stunde Aktiver Musiktherapie für die offen untergebrachten PatientInnen, begegnet mir Herr R. wieder. Da er bei der Musik-und-Malen-Stunde war hat er nun die Voraussetzungen des Kollegen erfüllt und kann an der Aktiven Musiktherapie teilnehmen. Auch von dieser Stunde besitze ich keine ausführliche Dokumentation.

Ich erinnere bezüglich Herrn R. nur, dass der Kollege die Gruppe zu einem gemeinsamen, von ihm vorgegebenen Rhythmus anleiten wollte. Obwohl der Rhythmus sehr einfach war, gelang es Herrn R. nicht, sich an ihm zu beteiligen. Er versuchte es, konnte aber keinen Takt halten, was meines Erachtens vorwiegend daran lag, dass er sich nicht auf das musikalische Geschehen einlassen konnte, er in gewissem Sinne nicht ausreichend mitbekam, was da draußen eigentlich passierte. Während der Stunde klagte er auch mehrmals über Rückenschmerzen.

Mein Interesse an Herrn R. war geweckt; ich bot an mit ihm eine Einzeltherapie zu beginnen. Herr R. war sofort einverstanden, sein Behandlungsauftrag war so deutlich wie unerfüllbar:

Machen *Sie* mich gesund, damit ich wieder zu meinem *alten* Arbeitgeber zurückkehren, eine neue Frau finden und eine Familie gründen kann.

Es folgten zwei Einzelmusiktherapiesitzungen, sowie zwei Gruppenstunden Musik und Malen, dann wurde Herr R. von Station entlassen und an die Ambulanz überwiesen. Da in der Ambulanz keine Musiktherapie stattfindet, kam es darüber hinaus zu keiner weiteren Arbeit mit Herrn R..

Die insgesamt vier Sitzungen mit Herrn R. werde ich in chronologischer Reihenfolge darstellen:

1. Sitzung:

Anwesend sind Herr R. und Frau M. Nach einer kurzen Erläuterung des Ablaufs *Musik und Malen* der Stunde spiele ich die Musik Mountain Meadow Meditation / Dean Evenson ab und wir beginnen zu malen.

Frau M. beginnt als erste. Sie malt ein großes Herz. Herr R. beginnt etwas später als sie mit dem Malen. Auch er malt ein Herz, dann noch ein zweites daneben. In das rechte Herz schreibt er „In Liebe neue Frau mit Herz“, in das linke „Frieden im Herzen finden“. Dann fügt er dem Bild noch einen Himmel hinzu. Unter das Bild schreibt er zum Schluss einen Dank an die Musiktherapie.



Während der Vorstellung seines Bildes am Ende der Sitzung nummeriert er die beiden Herzen nachträglich. Dem rechten Herz für den Frieden gibt er die Nummer 1, dem linken Herzen für die neue Beziehung gibt er die Nummer 2. Ihm sei klar, dass er erst Frieden finden, dass er erst gesund werden müsse. Daher auch sein Dank an die Musiktherapie, da diese ihn ja gesund mache. Im Verlaufe der Nachbesprechung betont er deutlich, dass er schon mit dem Gedanken, ein Herz zu malen zur Sitzung gekommen sei.

Reflexion Nach der Sitzung habe ich den Eindruck, dass sein Verhalten eine Wiederholung des Musters der ersten Sitzung Musik und Malen zeigt, in welcher er von mir die Idee des Vogels aufnahm und später als seine eigene Idee benannte. Sein Betonen, er sei schon mit der Idee hierher gekommen ein Herz zu malen, lässt mich vermuten, dass ihm selbst auch aufgefallen ist, dass er den Anschein erweckt hat, er habe Frau M's Idee aufgegriffen. Das Übernehmen der Motive scheint jedoch kein bewusster Vorgang zu sein. In dem Bild werden seine Sehnsüchte und Ziele klar und deutlich zum Ausdruck gebracht: Er möchte eine Beziehung und dazu wieder inneren Frieden finden. Mit dem Dank an die Musiktherapie stellt er auch die Hypothese und Forderung auf, diese werde/solle ihn gesund machen.

2. Sitzung:

Einzelmusiktherapie Die Stunde findet im großen Musiktherapieraum im Sozialzentrum statt. Herr R. ist wesentlich früher als verabredet gekommen. Ich schließe ich ihm den Raum auf und mache das Licht an.

Schlagzeug Seine erste Frage an mich lautet: „Welches Instrument soll ich spielen?“ Ich bitte ihn sich in Ruhe umzuschauen und eines zu wählen, das er mag, oder das ihn anspricht. Ich lasse ihn mit seiner Wahlentscheidung im Raum alleine, um die Toilette aufzusuchen. Aus der Ferne höre ich, dass er sich ans Schlagzeug begeben hat und es ausprobiert. Als ich wieder im Raum erscheine verlässt er das Schlagzeug schnell wieder. Auf meine Frage, ob er gerne Schlagzeug spielen möchte, hin geht er wieder ans Schlagzeug. Dieses spielt er auf eine sehr spezifische Weise und zwar immer zwei Schläge mit beiden Stöcken fast gleichzeitig nacheinander auf die Snaretrommel, dann die beiden Toms, danach das Becken und dann die Standtom. Diesen Ablauf wiederholt er nahezu ohne Variation in stereotyper Weise immer wieder. Vereinzelt spielt er auch mal das andere Becken, oder die Hi-Hat an. Die Bassdrum verwendet er nicht.

Stereotypien

Nachdem ich eine Weile zugehört habe, gehe ich musikalisch mit der großen Indianertrommel auf sein Spiel ein. Nach einer längeren Phase des ihm „Hinterherspielens“, in der keinerlei Kontakt spürbar wurde, biete ich ihm verschiedene einfache Rhythmen an, um auf diese Weise einen Kontakt zu initiieren. Doch alle meine Angebote ändern nichts an seinem Spiel. Es bleibt unverändert stereotyp. Er nimmt die Rhythmen nicht auf, eventuell noch nicht einmal wahr. Nach einer Weile bricht Herr R. sein Spiel unvermittelt ab. Er habe Rückenschmerzen und müsse eine Pause machen. Ich schlage ihm einen Instrumentenwechsel vor. Er nimmt sich die tiefe Conga mit Ständer, stellt sie vor seinen Stuhl und spielt sie im Sitzen. Ich bleibe an der Indianertrommel, die ich nun mit den Händen spiele.

Entwicklung eines gemeinsamen Rhythmus' Um musikalisch in Kontakt zu kommen und eine Kommunikation zu entwickeln schlage vor, einen gemeinsamen Rhythmus zu entwickeln, bei dem wir im Wechsel je einen Schlag auf die Trommel machen. Es fällt ihm sehr schwer in einen konstanten Rhythmus zu kommen. Erst als ich den Offbeat mit dem deutlichen Ablegen meiner jeweiligen Hand auf meinem Oberschenkel markiere

kommt Herr R. in den gemeinsamen Rhythmus hinein und ein Kontakt zwischen uns wird wahrnehmbar. Er imitiert meine Bewegungen. Der zusätzliche optische Eindruck und das taktile Erleben scheint ihm die Etablierung eines Rhythmus' zu ermöglichen. Nach einer kurzen Zeitspanne beendet er sein Spiel wieder aufgrund von Rückenschmerzen. Die Höhe der Conga macht das Spiel sehr anstrengend. Ich biete ihm an, die Indianertrommel mit Schlägeln zu spielen, so dass er eine für seinen Rücken bequemere Haltung finden kann und wechsle zur Conga. Mit dieser neuen Instrumentierung setzen wir unser Spiel fort. Nach kurzem braucht er wieder eine Pause, wegen seines Rückens.

In der Pause erzählt er mir von seinem Leben, seiner Arbeit und seiner Krankheit. Ich lasse ihn erzählen, stelle an manchen Stellen Nachfragen, wenn ich etwas nicht verstehe. Er sei katholisch erzogen, habe immer auf dem Acker mithelfen müssen, habe nur noch einen halben Magen und könne nicht Nein sagen, ja könne oft gar nichts sagen, auch nicht nach Aufforderung, er könne schlecht für sich eintreten und auch mal laut werden. Einmal habe er seine Wohnung zerlegt. Er sei auf der Arbeit verprügelt worden und er habe Angst vor Hunden. Die Leute würden ihn dafür auslachen.

Angeregt von seiner Erzählung schlage ich ihm ein Spiel zum Thema „Ja und Nein“ vor. Er soll ein Instrument für Ja und eines für Nein aussuchen. Für das Ja wählt er das große Xylophon, für das Nein die kleine Leier. *Ja-Nein-Spiel*

Er beginnt das Spiel mit der Leier und ich spiele auf dem Xylophon mal mit ihm, mal gegen ihn. Wir spielen Tonleitern rauf und runter. Er spielt bestimmte Melodiefolgen, die er einige Male wiederholt. Im Verlauf des Spieles werde ich lauter und verlasse stellenweise die gemeinsame Basis um sein Nein stärker herauszufordern. Auch er wird lauter, bis die Leier an die Grenzen ihrer Lautstärke kommt und ich ihn deutlich übertöne. Ein deutlicher musikalischer Kontakt zwischen uns wird spürbar. Er versucht noch einige Anläufe auf der Leier, legt sie aber schließlich weg und greift nach den Schlägeln für die Indianertrommel, auf die er einzuschlagen beginnt. Er spielt sie so laut er kann, was, gemessen an den Möglichkeiten des Instrumentes, nicht sehr laut ist. Ich „lasse ihn gewinnen“ und höre auf zu spielen. *Leier*

Wer denn nun gewonnen habe, frage ich ihn. Natürlich er, gibt er zur Antwort. Auf meine Frage, wie er das denn gemacht habe, antwortet er, indem er einmal richtig auf den Tisch gehauen habe. Auf meine Frage, wie er unser Spiel insgesamt erlebt habe antwortet er, er habe das Spiel als harmonisch empfunden, wollte dann aber deutlicher Nein sagen und habe deswegen das Instrument gewechselt. Er redet nun von Beziehungen und der Notwendigkeit, sich in Beziehungen abgrenzen zu können, um wahrgenommen werden zu können. Damit leistet er den Transfer des eben erlebten Spiels in seinen Lebensalltag. *Transfer*

Herr R. möchte nun noch einmal ans Schlagzeug. Er spielt es, wie zu Beginn der Stunde stereotyp und desintegriert, als wären es mehrere verschiedene Instrumente. Auch den Rhythmus und die Art des Anschlages behält er bei. Diesmal gehe ich ans Klavier und spiegele seine Aktionen. Während des Spieles habe ich wieder, wie zu Beginn, das Gefühl der Kontaktlosigkeit. *Kontaktlosigkeit*

Abrupt bricht er sein Spiel ab und fragt nach dem nächsten Malen und Musik – Termin, an dem er unbedingt teilnehmen will. Er will alles organisieren, dass er auf jeden Fall teilnehmen kann. Ich versichere ihm alles meinerseits Nötige zu organisieren und beende die Stunde.

Es fällt ihm spürbar schwer sich zu verabschieden und er kann sich schwer von mir trennen. Er beteuert, wie gut ihm die Musiktherapie tue und wie wichtig das für sein Gesundheit sei.

Reflexion der Der Rückblick auf die Sitzung ergab im wesentlichen drei Aspekte:

2. Sitzung

- Mit Ausnahme der letzten beendet Herr R. alle Improvisationen mit Rückenschmerzen. Daraus bildete ich die Hypothese, dass er seine Rückenschmerzen braucht, um Prozesse, in denen er be- und gefangen ist zu unterbrechen, also um Grenzen zu setzen und sich vor Selbst-Überforderung zu schützen.
- Herr R. will durch Leistung zur Heilung. Vier Mal in der Woche Musiktherapie (zwei mal bei mir und zwei mal die offenen Angebote bei meinem Kollegen). Auch sonst nimmt er jedes Angebot wahr: Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie, Sporttherapie und Physiotherapie. Es scheint eine Grundüberzeugung von ihm zu sein nur durch Leistung ans Ziel zu kommen. Aber, wenn er sich anstrengt verliert er den Kontakt zu sich selbst und zu dem, was ihn umgibt.
- Bei genügend Außenreizen (optischem, akustischem und zusätzlich taktilem Eindruck aus der Eigenbewegung) gelingt ihm der Kontakt besser und er kann sich auf das an ihn Herangetragene konzentrieren und sich darauf beziehen.

Dabei erscheint sein Verhalten überangepasst, indem er z.B. immer schon längst vor der verabredeten Zeit zu den Terminen erscheint. Statt nach Eigenem zu suchen möchte er Anweisung haben, was er spielen soll. Erst nach Aufforderung kann er das Eigene annehmen. Aber wenn er den richtigen Rahmen hat kann er sich durchsetzen und für sich einstehen, wie das Ja-Nein-Spiel gezeigt hat.

Ziele Für die weitere Behandlung ergeben sich die Ziele:

- Selbst- und Fremdwahrnehmung erweitern um Kontaktfähigkeit zu verbessern
- Das Eigene weiter entwickeln und ausleben, dafür einstehen lernen
- Eigene Grenzen wahrnehmen, akzeptieren und einhalten, statt die Grenzsetzung somatischen Beschwerden zu überlassen.

3. Sitzung:

Einzelmusik- Die Sitzung findet wieder im großen Musiktherapieraum statt. „Wie immer“ wartet Herr R. bereits auf mich.
therapie

Kaum ist die Tür auf und das Licht an, fragt er mich, was er spielen solle. Ich frage ihn, was er denn gerne spielen möchte. Er würde gerne trommeln. Ich weise ihn auf die große Schlitztrommel hin, und das diese beim Spiel gut zu spüren sei. Es ist mir wichtig ist, dass er mehr Kontakt zu seinem eigenen Spiel und zu sich selbst bekommt.

Er setzt sich auf das besagte Instrument. Ich wähle die große Indianertrommel, die in ihrer mächtigen Tiefe eine gute musikalische Kontaktfläche bietet. Herr R. imitiert mein Spiel. Er spielt mir genau nach, indem er, genau wie ich in unregelmäßigem Wechsel nur einen, oder beide Schlägel benutzt. Selbst dem Wechsel der von mir benutzen Sektoren auf dem Trommelfell folgt er, so weit das auf seinem Instrument möglich ist, ziemlich genau.

Während des Spielens geht die Tür auf und ein anderer Patient, Herr B., kommt herein. Wir unterbrechen das Spiel. Herr B. wollte zur offenen Musiktherapie für die 40er Stationen, die um diese Zeit in diesem Raum normalerweise stattfindet. Es ist ihm nicht mitgeteilt worden, dass der Kollege krank ist und die Stunde deshalb ausfällt. Sowohl Herr R. als auch ich kennen Herrn B.

Herr R. ist einverstanden damit, dass Herr B. bleibt. Es sei ihm egal, ob in der Dyade oder Triade, Hauptsache Trommeln und Musik machen, das täte ihm gut und würde ihn gesund machen, und das wolle er schließlich.

Ich nutze die Gelegenheit, die Themen Eigener Standpunkt, Durchsetzung und Laut / Leise zu verknüpfen und entwerfe das Spiel „Laut / Leise“. Jeder soll sich zwei Instrumente suchen. Eines für „Laut“, eines für „Leise“. Herr R. nimmt die Leier für „Leise“ und die Indianertrommel für „Laut“. Herr B. wählt für „Laut“ eine Conga ohne Ständer, für „Leise“ eine Rassel. Mein leises Instrument ist die Kalimba, mein lautes eine Djembe.

Eigener Standpunkt/ Durchsetzungsvermögen

Die Regel besagt, dass entweder die „lauten“ oder die „leisen“ Instrumente gespielt werden. Wenn jemand das Instrument und damit die Lautstärke wechseln will, dann nimmt er sein anderes Instrument und alle anderen müssen mitmachen, bis wieder einer das Instrument wechselt etc..

„laute“ und „leise“ Instrumente

Ich schlage vor mit leisem Spiel zu beginnen. Herr R. wechselt bald darauf zu seinem lauten Instrument. Nach einer Weile, da Herr B. nicht so aussieht, als würde er gerade in den Gang der Dinge eingreifen wollen, wechsele ich wieder zum leisen Instrument, um einen Widerstand für Herrn R. zu bilden. Bald darauf wechselt Herr R. wieder zum lauten Instrument. Bewusst bleibe ich dabei und warte, was passiert. Nach einer ganzen Weile wechselt Herr B. zu seinem leisen Instrument. Ich halte mich zurück. Schließlich will Herr R. wieder zum lauten Instrument wechseln. Da die Zeit so gut wie um ist, nutze ich die Spielpause, um das Ende der Stunde einzuleiten.

Nun beginnen beide sich zu verabschieden. Dabei erfahre ich, dass beide in der nächsten Woche entlassen werden. Sie wünschen sich gegenseitig alles Gute. Diesmal fällt Herrn R. der Abschied offensichtlich leicht. Auch ich verabschiede mich. Herr B. werde ich nicht wiedersehen, Herr R. noch ein Mal in der Musik- und Malen Gruppe.

In dieser Stunde erlebte ich Herrn R. als eher oberflächlich. Zwar sprach er davon, dass die Musik ihm helfe und dass sein Trommeln gut für's Herz sei, aber er ging nicht hinein in die Musik, sondern folgte ihr mechanisch, ohne dass für mich etwas Eigenes darin wahrnehmbar wurde.

Reflexion

Trotzdem sehe ich in dieser Stunde einige der formulierten Ziele als erreicht an:

- Eine Verbesserung im Kontakthalten lässt auf eine bessere Außenwahrnehmung schließen
- Im „Laut / Leise-Spiel“ hat Herr R. deutlich seine Interessen vertreten, indem er die gegebenen Regeln für sich nutzte.

Die Stunde lieferte ein gutes Zwischenergebnis und eine Bestätigung auf dem richtigen Weg zu sein. Um so bedauerlicher fand ich es, dass ich die Arbeit mit Herrn R. auf Grund seiner Entlassung nicht würde fortsetzen können.

4. Sitzung:

Anwesend sind Herr R., Frau G. und Frau F.. Wieder wartet Herr R. bereits im Raum, als ich komme. Es ist seine letzte Stunde Musiktherapie, da er diese Woche entlassen wird. Er ist sehr unruhig und agitiert. Er schwitzt stark und läuft auf und ab, während ich umbauere und die anderen beiden Patientinnen suche. Da zwei neue Patientinnen teilnehmen, gebe ich wieder eine kurze Einleitung. Herr R. schaut sich die CDs an. Er möchte die Musik aussuchen. Er wählt die CD Northern Nights, einen Sampler mit ruhiger Musik aus Finnland.

Musik und Malen

Frau G. sagt kein Wort, sobald die Musik beginnt malt sie ruhig ein Bild mit Blumen. Frau F., die immer wieder betont, sie wisse gar nicht, warum sie hier sei, weiß nicht was sie malen soll. Sie hat gar keine Idee. Ich habe den Impuls ihr den Begriff Haus zu geben. Damit ist sie zufrieden und beginnt ein Haus zu malen. Auch Herr R. malt ein Haus, welches sich dann zu einer Fabrik weiterentwickelt. Er malt Menschen und Werkbänke in das quadratische Haus. Daneben wieder ein Herz. In dieses schreibt er: Frieden im Herzen mit der Fabrik. Darüber malt er einen blauen Himmel, wie auch im Bild der letzten Woche. Er malt sehr schnell, ist sehr aufgeregt, schwitzt sehr stark und trinkt vier Flaschen Wasser während des Malens. Mehrfach steht er auf und verlässt auch den Raum, um die Toilette aufzusuchen.

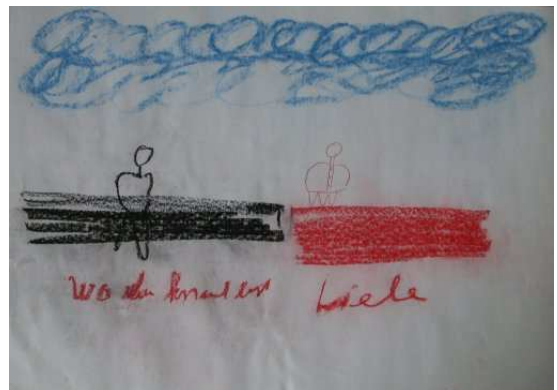


Er erklärt, wenn er wieder gesund sei, wolle er wieder bei seiner alten Firma anfangen. Egal als was, ob als Handwerker oder in der Verwaltung, das sei ihm egal. Meine Frage, ob er schon einmal in der Verwaltung gearbeitet habe, verneint er.

Da noch viel Zeit ist, stelle ich sein Bild an die Wand und bitte ihn, einen Weg dorthin zu malen. Erst nach längerem Erklären, versteht er, was ich mit einem Weg von der Krankheit zur Gesundheit meine.

*schwarz=krank
rot=gesund*

Daraufhin malt er mit dicker Wachskreide einen schwarzen Balken, dahinter einen roten Balken. Auf beiden Balken stehen Menschen in der jeweiligen Farbe des Balkens. Darüber der typische Himmel seiner Bilder. Unter dem schwarzen Balken steht: „Wo Du krank bist“, unter dem roten Balken „Liebe“. Der schwarze Balken, da sei er krank, der rote Balken, da sei er gesund, erläutert er sein Bild. Der schwarze Mensch, das sei er als Kranker, der rote Mensch er als Gesunder. Auf meine Frage, was denn zwischen den beiden Zuständen passiere, meint er, da passiere nichts. Ich mache ihn auf die Lücke zwischen den beiden Balken aufmerksam. Diese Stelle meine ich, was da sei, zwischen den Balken. Darauf weiß er keine Antwort. Er habe es doch gesagt: schwarz = krank, rot = gesund.



Reflexion Im Verlauf der Sitzung wurde deutlich, wie wenig Realitätsbezug Herr R. zur Zeit besitzt. Aus der Firma, auf die er sich als „seine Firma“ bezieht, wurde er vor nun *Realitätsbezug* 14 Jahren entlassen. Auch seine Aussage über die Tätigkeit: „Handwerker oder Verwaltung“ zeigt ein unrealistisches Bild.

Krankheits-erleben Die Sitzung hat auch gezeigt, wie wenig Eigenverantwortung und Eigenbeteiligung er zur Zeit für seine Heilung sehen und übernehmen kann. Er hat eine klare Krankheitseinsicht, jedoch keinerlei Verständnis für Heilungsprozesse. In seinem Erleben hat er die Krankheit von sich abgespalten und sieht sie als eine fremde Sache, die per Knopfdruck ein-, oder ausgeschaltet werden muss. Die Medikamente, die Therapie, oder irgendetwas von Außen soll die Heilung herbeiführen. Er ist daran in seiner Vorstellung nicht beteiligt. Auch der Gedanke, dass Heilung ein Entwicklungsprozess ist, ist ihm offensichtlich fremd. Sein ganzes Krankheitserleben findet in einem entweder/oder-Schema statt. Eine starke Sehnsucht nach Gesundheit und Partnerschaft und das Bedürfnis anerkannter produktiver Teil der Gesellschaft sein zu können werden evident.

Bezüglich der Auswahl der Musik durch Herrn R. bin ich sicher, dass er die CD weniger nach der Musik, als nach dem Cover (einem in die Sonne schauenden Eisbären) ausgesucht hat. Das Bild drückt meines Erachtens deutlich seine Gefühle und Bedürfnisse aus.

Aus diesen Beobachtungen ergeben sich für mich klare Ziele für den weiteren Therapieweg: *Ziele für den weiteren Therapieweg*

- Entwicklung von Eigenverantwortung
- Entwicklung eines Verständnisses von Heilung als Prozess
- Möglichkeiten zur Befriedigung aktueller Bedürfnisse unter den gegebenen Bedingungen erarbeiten

Da Herr R. die Station verließ, kam es zu keinen weiteren Kontakten.

Reflexion

Psychiatrie hat auch deutlich etwas mit Enge zu tun. Davon war in diesem Text oft die Rede, zeitlich enger Rahmen, enge Grenzen, nur begrenzt möglich, institutioneller Zeitrahmen, Mittagsruhe, Verlegung, Terminverschiebungen, Therapieüberschneidungen, Visite, Gruppe, Besuch, Ausgang, Raumbelagungen, etc., etc. Das macht Enge und lässt vieles aus- und unter den Tisch fallen. Die Frage nach dem Stellenwert der Musiktherapie kommt auf.

Selbst wenn die Arbeit und die KlientInnen Wertschätzung erfahren geht vieles im Klinikalltag unter, was eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein könnte. Hier gilt: Hilf Dir selbst, sonst hilft Dir niemand.

Für meine therapeutische Arbeit musste ich beständig Akquise machen, sonst hätte ich keine KlientInnen gehabt, noch nicht einmal auf der geschlossenen Station.

Meine Praxiserfahrungen haben mir deutlich die Grenzen der Übertragbarkeit von Modellsituationen, wie sie in der Ausbildung vorkommen, auf die Wirklichkeit gezeigt. Im Gegensatz zu den KommilitonInnen sind die PatientInnen meist nicht freiwillig da. Und selbst wenn, so sind sie nicht zum Vergnügen in der Psychiatrie. Während in der Ausbildung die Motivation zur Auseinandersetzung, Reflexion und Entwicklung meist ziemlich hoch ist, ist sie das bei den PatientInnen in der Psychiatrie nicht notwendigerweise auch so. Hinsichtlich der Methoden bedeutet das eine fortlaufende Modifikation und Anpassung. Aber zum Glück ist Improvisation ja ein wesentlicher Bestandteil des Handwerkszeugs.

Nachwort

Therapie bedeutet für mich letztlich nichts anderes als die reflektierte Verabreichung einer Hochpotenz⁵ Menschlichkeit. In diesem Sinne möchte ich gerne weiter arbeiten. Ich vertraue mich ganz dem wendungsreichen Fluss meines Lebens an und bin sicher, ich werde an der richtigen Stelle landen.

Literaturverzeichnis:

- Busch, Wilhelm (o.J.): Du weißt Bescheid - Ich weiß Bescheid. Gütersloh
 Friedemann, Lilli (1969): Kollektivimprovisation. Wien
 Friedemann, Lilli (1973): Einstieg in neue Klangbereiche durch Gruppenimprovisation. Wien

⁵ (im homöopathischen Sinne)

- Frohne-Hagemann, Isabelle (1999): Integrative Musiktherapie als psychotherapeutische, klinische und persönlichkeitsbildende Methode. In: Frohne-Hagemann, Isabell (1999): Musik und Gestalt. Göttingen
- Hegi, Fritz (1986): Improvisation und Musiktherapie. Paderborn
- Kapteina, Hartmut; Hörtreiter, Hans (1993): Musik und Malen in der therapeutischen Arbeit mit Suchtkranken. Stuttgart
- Lenz, Martin (1998): Musik und Kontakt. In: Lenz, M. und Tüpker, R. (1998): Wege zur musiktherapeutischen Improvisation. Münster
- Metzner, Susanne (1999): Tabu und Turbulenz. Göttingen
- Müller, Loti; Petzold, Hilarion G. (1997): Musiktherapie in der klinischen Arbeit. Stuttgart
- Musiktherapie (2004): Konzept; Hildesheim
- Niedersächsisches LandesKrankenHaus Hildesheim (2001): Patienteninformation, Hildesheim
- Niedersächsisches LandesKrankenHaus Hildesheim (2002): 175 Jahre Landeskrankenhaus Hildesheim (1827-2002). Hildesheim
- Niedersächsisches LandesKrankenHaus Hildesheim (2004): Patienteninformation über die Psychotherapiestation 85. Hildesheim
- Petzold, Hilarion (1993): Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik – Prinzipien, Methoden, Techniken. In: Petzold / Sieger (1993): Integration und Kreation, Paderborn
- Polster, Erving und Miriam (1975): Gestalttherapie. München
- Simon, Fritz B. (1990): Meine Psychose, mein Fahrrad und ich. Heidelberg
- Smeijsters, Henk (1999): Grundlagen der Musiktherapie. Göttingen
- Wassmann, Claudia (2002): Die Macht der Emotionen. Darmstadt
- Wortmann, Karl-Heinz: Unveröffentlichte Arbeitspapiere zur musiktherapeutischen Profilbildung
- Internet: DGMT (2005): Ausstattung Musiktherapie Stationär, Website: www.musiktherapie.de.

Verwendete Materialien:

CDs Inspiration
Northern Nights



Autor:
Rigulf Nemitz
geb. 1966

Hermannstraße 20
31137 Hildesheim
Tel: 05121-70 34 266
Mail: RN@zhonglines.org

Seit 1974 Musiker in verschiedenen Ensembles und Bands, im Bereich von Klassik, Mittelalter- und Folkmusik bis zur experimentellen Klangmusik
Seit 2001 Beschäftigung mit der Klangwelt des Gongs und der Erforschung seiner Klangmöglichkeiten.
2002: Gründung des Projektes ZhongLines! – Ensemble für elementare Klangerfahrung
2006: Abschluss der Musiktherapeutischen Ausbildung an der Universität Siegen

Zur Zeit freiberuflich als Musiker, Musiktherapeut und Initiator von musikalischen Einzel- und Gruppenprozessen, sowie in der klanglichen Fortbildung von MultiplikatorInnen