

## ***Gruppenmusiktherapie mit chronisch- und schwerkranken psychiatrischen Patienten***

Kommunikation ohne Worte

*Eva-Maria Nolte*

Die meisten Patienten der allgemeinen psychiatrischen Akutstation mit 24 Betten, wo ich die in diesem Text zusammengefaßten Erfahrungen gesammelt habe, leiden an Krankheiten aus dem schizophrenen Formenkreis. Aber auch Menschen mit endogenen Depressionen und Zwangsneurosen, sowie vereinzelt auch Essgestörte, werden aufgenommen.

*Psychiatrische  
Akutstation*

Viele Patienten sind chronisch schwerkrank, das heißt, dass sie oft schon eine lange Krankheitsgeschichte und Krankenhausbiographie hinter sich haben. Nicht selten sind sie "alte Bekannte", wenn sie entweder freiwillig oder durch Zwangseinweisung wieder auf die Station kommen. Die Aufenthaltsdauer liegt zwischen einigen Tagen und, in wenigen Fällen, bei bis zu einem Jahr.

Die Behandlungsmaßnahmen sind:

*Psychiatrische  
Behandlung*

1. Körperliche Untersuchungen
2. Medikamentöse Therapie
3. Gesprächstherapie
  - a) als Einzelgespräche,
  - b) als Patienten-Gruppengespräche,
  - c) als Angehörigen-Familiengespräche.
4. Bewegungstherapie
5. Beschäftigungstherapie
6. Pflegerisch-therapeutische Kleingruppen
7. (Kochen, Küchendienst, Backgruppe, Schwimmen, Spaziergehen)
8. Stationsversammlungen
9. Visiten.

Zwei Ärztinnen, ein Arzt, ein Psychologe, das Pflorgeteam und die Therapeutinnen aus den kreativen und physiologischen Bereichen kümmern sich um das Wohl der Patienten.

Einige Sätze aus dem Patienteninformationsblatt beschreiben neben der Art und Weise auch das Ziel der Behandlung:

„Mit unserem Therapieangebot wollen wir Ihnen helfen herauszufinden, wo die Ursache Ihrer Probleme liegt und dabei die Dinge und Mechanismen entdecken, die Sie daran hindern, sich frei und lebendig zu entfalten. Die therapeutische Arbeit unserer Station besteht darin, mit Ihnen gemeinsam diese Zusammenhänge aufzuspüren und Ihnen zu helfen, neue Erfahrungen zu machen und Sie darin zu begleiten, diese konstruktiv in Ihrem Leben umzusetzen, das heißt, ein besseres Muster für den Umgang mit sich selbst und anderen zu entwickeln.“

Das musiktherapeutische Angebot ist neu. Es wurde in dieses Beratungskonzept integriert und erweist sich als gute Ergänzung. Die Musiktherapeutin nimmt regelmäßig an den Stationsversammlungen, den Dienstübergaben und der Team-Supervision teil. Die Kontinuität von Musiktherapie-Gruppe und Stationsalltag wird durch die Mitarbeit der Stationschwester in den Musiktherapie-Stunden gewährleistet. Die Teilnahme ist den Patienten ärztlich verordnet.



Herr Sch., 30 Jahre alt, der vor zehn Jahren erste Anzeichen einer schizophrenen Psychose hatte, wählte, ehe er zum Ende unserer gemeinsamen Zeit vermehrt zur Gitarre griff, viele Male die große alte Pauke und schlug sie stereotyp. Dabei war sein Blick auf einen Punkt fixiert, seine Mimik war ohne Regung. Auch bemerkte er nicht, dass manchmal der Speichel tropfte. "Das nimmt mir die innere Spannung", beschrieb er sein Erleben.

Frau B., 21 Jahre alt, die an einer Anorexia nervosa erkrankt ist, klingelte bei mehreren Sitzungen monoton mit dem Schellenband. Sie wirkte, als sei sie abgekapselt von allem Geschehen um sie herum. Ihr fiel es schwer, ein Gefühl wahrzunehmen und zu beschreiben.

In der freien Gruppenimprovisation ohne Themenvorgabe soll Musikmachen ohne Druck, Leistung und Bewertung in Kategorien von „richtig“ und „falsch“ erlebt werden. Es geht nicht um Können oder Nichtkönnen, sondern darum, dass die Seele im spontanen Spiel einen Raum finden kann, und die einzelnen sich als akzeptiert erfahren, so wie sie sind. Über das Zusammenklingen der Töne und Rhythmen geschieht eine symbolische Berührung mit den anderen Gruppenteilnehmern und neben der Aktivierung des Wir-Gefühls eine Befreiung aus der Isolation. Bei Schizophrenen ist Berührung angstbesetzt, das Wir-Gefühl ist gestört und Isolation ist charakteristisch. Im klingenden Medium können auch diese Patienten solche für sie sonst beängstigenden Sozialerfahrungen vorsichtig zulassen. Durch das „Hallo-Spiel“ mit durchgängigem Klangteppich wird es den Kranken erleichtert, mit einzelnen Menschen Kontakt aufzunehmen.

Über die Stimme und über das Wort kommt es bei diesem Spiel zu einer bewußten „Ich-Du-Begegnung“ und zur Überwindung bzw. zur Reduzierung des Problems „Nähe-Distanz.“

Das Spiel entdramatisiert diese angstbesetzten Erlebnisbereiche und zeigt Spielräume auf, in denen mit Sprachäußerungen neue Begegnungserfahrungen möglich werden. Bei Schizophrenen ist die Sprache das am meisten pathologisch infizierte Kommunikationsmittel; das „Nähe-Distanz-Problem“ ist charakteristisch für diese Krankheit.

Die Instrumente werden frei gewählt. Ein Spieler nach dem anderen setzt ein. Im gegenseitigen aufeinander Hören wird mit Tönen ein Klangteppich gewoben. In der ersten Spielrunde ruft, singt, schreit etc. jeder in beliebiger Reihenfolge seinen Namen: „Ich bin xy.“ Dabei begleitet er sich exponiert mit seinem Instrument, während der Klangteppich durchgehend weiter gespielt wird. In der zweiten Spielrunde nimmt ein Spieler mit einem anderen Augenkontakt auf und ruft dessen Namen: „Hallo, Herr xy!“ Der Angesprochene ruft ebenso eine neue Person auf. So setzt sich das Spiel fort. Die Selbstbegleitung und der Klangteppich werden wie in der ersten Runde beibehalten. Als sinnfälliger Ausdruck für die emotionale Übereinstimmung in der Gruppe vermittelt der Klangteppich die Erfahrung von Basis und Getragenwerden. Das instrumentale Begleiten der eigenen Stimme stärkt die Selbstsicherheit. Dazu ein Beispiel:

Frau M., die nur sprach, wenn man sie fragte, die insgesamt sehr antriebschwach und depressiv auf ihr Schicksal fixiert war (aufgrund ihrer Krankheit Verlust der Familie, besonders der Kinder), wirkte bei diesem Spiel wie verwandelt: Sie lächelte, sie rief, sie nahm Blickkontakt auf. Sie freute sich sichtbar, wenn sie gemeint war. Sie reagierte und agierte spontan und war sensibel für Dynamik.

Rhythmus und Klang sind die beiden Elemente, durch die Musik lebt. Die spezifischen Wirkkräfte von Rhythmus und Klang sind die charakteristischen Merkmale der Musiktherapie, worin sie sich von anderen Therapien unterscheidet.

Rhythmus und Klang sind auch die Urerlebnisse eines jeden Menschen. Ein Ungeborenes erlebt den Herzschlag der Mutter etwa 26 Millionen mal als verlässlichen Rhythmus. Von Anfang an ist es im Uterus wie in einem Klangraum von den

*Gruppen-  
improvisation*

*Spiel zum An-  
kommen*

*Rhythmus und  
Klang*

mütterlichen Geräuschen umgeben, so zum Beispiel von viszeralen- und Gefäßgeräuschen.

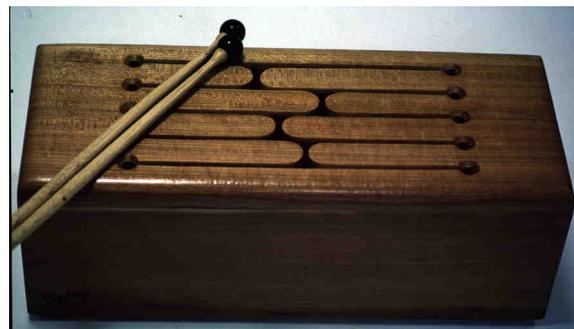
*Pränatale Hörfahrung* Da das Hörsystem des Fötus schon sehr früh entwickelt ist, nimmt er auch Außen-geräusche wahr. Besonders empfindsam ist er für die Stimme der Mutter mit ihrem Klang, Rhythmus und ihrer Melodie. Er nimmt nicht nur die akustischen, sondern auch die psychischen Schwingungen der Stimme sehr sensibel auf. Hier werden die ersten seelischen Erinnerungsspuren gelegt.

*Objektstörung* Wenn man sich diese Zusammenhänge bewußt macht, ist nachvollziehbar, weshalb Musik in früheste persönliche und transpersonale Bereiche einzudringen vermag und besonders emotionales Erleben anspricht. Dieses Phänomen macht sich die Musiktherapie als erlebnisorientierte, tiefenpsychologisch fundierte und nonverbale Behandlungsmethode zunutze. Darum bietet sie sich auch besonders bei Psychose-Patienten an, da die Ursachen ihrer Objektstörung im vorsprachlichen Erlebnisraum angesiedelt sind.

*Therapeutische Beziehung* Zu ihrer vollen Wirkung kommt die Musiktherapie allerdings erst im Zusammenhang mit der Echtheit und Beziehungsbereitschaft des Therapeuten. Sie ist durch Festigkeit, Geduld, Ermutigung und Freundlichkeit gekennzeichnet. Härlin bezeichnet den Musiktherapeuten als einen Menschen, der klingt. Durch sein empathisches und stabiles Beziehungsangebot im musikalischen Medium ermöglicht er dem Patienten neue positive Begegnungen. Das ist wichtig, weil jede gelingende Beziehungserfahrung im Heute einen neuen Objektkern darstellt, um den herum sich neue Objektbeziehungen entwickeln können. Auf diese Weise kann auch die Bedeutung der Gruppe für den Psychosepatienten verstanden werden.

*Paranoide Psychose* Dazu ein Beispiel:

Frau S., 19 Jahre alt, während des Abiturs an einer sehr schweren paranoiden Psychose mit ungewöhnlich langsamem Besserungsverlauf erkrankt, hat ein mädchenhaftes Aussehen. Sie wirkt lieb und zurückhaltend und bezeichnet sich selbst als von Kindheit an schüchtern. Aus ihrer Biographie ist zu entnehmen, dass sie sich gegen physische, besonders aber gegen psychische Überforderung und gegen Mißbrauch nicht zur Wehr setzen konnte. Als sie nach drei Wochen Krankenhausaufenthalt in die Improvisationsgruppe kam, war paranoides Erleben noch vereinzelt vorhanden. Deshalb mußten wir sehr darauf achten, dass sie nicht dekompenzierte. In ihrer achten Musiktherapie-



stunde spielt Frau S. mit in sich gekehrtem Blick auf der Schlitztrommel.

Ab und an klinkte sie sich in den Gruppenrhythmus gekonnt ein, verfiel aber immer wieder in ihr unauffälliges Spiel, bei dem sie abwesend und gebremst wirkte. In der Reflexionsrunde sprach ich sie darauf an. Sie antwortete: „Ich habe Wut, dass ich hier nicht weg kann. Ich fühle mich geregelt und festgehalten. Ich möchte 'rausrennen, weg. In mir ist große Unruhe.

*Schlitztrommel*

*Stielkastagnette*

Ich kann schlecht sitzen bleiben.“ Daraufhin fragte ich, ob sie ihrer Wut auf einem Instrument Ausdruck geben wolle. Als ob sie auf eine Erlaubnis gewartet hätte, fing sie sofort an, wieder auf der Schlitztrommel zu spielen, jetzt allerdings mit aggressiver Kraft, ungehemmt und impulsiv. Ich entschloß mich, sie mit meinem Trommelspiel zu unterstützen. Mein Gedanke war, sie nicht alleine lassen zu dürfen. Durch mein verlässliches Spiel wollte ich ihr immer wieder sagen: „Du darfst wütend sein und Dich wehren und Du sollst erleben, dass ich nicht weggehe.“ Dabei hielt ich konstant den Herzschlagrhythmus durch. Eine ganze Weile spielten wir so. Plötzlich setzten die anderen ein. Das rhythmisch laute Spiel von Frau S. hatte auf sie stimulierend gewirkt. Schnell war der Raum voller Spaß an lautem und unangepaßtem Spiel. Alle bekamen Lust, einmal „die Sau 'raus zu lassen.“ Auch ich wurde angesteckt und verließ mein stabilisierendes und ordnendes Spiel. Als das

Ganze eine bedrohliche Eigendynamik zu entwickeln drohte, nahm ich demonstrativ mein Spiel in Gestik und Klang zurück. Die Gruppe orientierte sich daran. Die Musik behielt zwar ihren deutlich rhythmischen Charakter, wurde aber ruhiger. Plötzlich stand Frau S. auf, nahm die Stielkastagnette und spielte und tanzte um das Orchester herum. Ihre Bewegungen waren anmutig, ihre Gesichtszüge gelöst. Es war zu sehen und zu hören, dass sie sich freute. Im Raum stand ein großer Spiegel. Vor diesem angekommen, hielt sie inne, tanzte und schaute sich lange mit sichtbarem Gefallen zu, als würde sie über sich selbst staunen.

In dem geschilderten Beispiel bot ich Frau S. mein „nährendes Eltern-Ich“ an, das ihrem bis dahin verbotenen spontanen Kind erlaubte zu leben. Was sie an unter-sagten Gefühlen in sich festgehalten hatte, konnte sie durch das freie Trommeln nach außen lassen. Aus der Angepaßtheit und inneren Spannung wurden gelöste Bewegung und temperamentvolles solistisches Spiel. Die Reaktion der anderen Patienten, mit in das er-lösende Spiel von Frau S. einzustimmen, hat für Frau S. wie eine Solidarisierung gewirkt. Es trug dazu bei, dass sie Vertrauen in die Gruppe fand und selbstsicherer wurde. Sie traute sich, ihre verletzbare Seite zu zeigen und ihre Abwehr aufzugeben. So konnte sich ein neuer Objektkern bilden. Durch die Berührung mit eigenen verschütteten Ressourcen und die geglückte Beziehungserfahrung wurde ihr Selbstvertrauen und ihr Selbstwert gestärkt.

*nährendes  
Eltern-Ich*

Oft wird durch das Ritual ein Thema aktualisiert, doch ist dies nicht immer der Fall. Deshalb bereiten mein Co-Therapeut, und ich für jedes Treffen grundsätzlich ein Thema vor. Bei der Themenwahl lassen wir uns von dem Hauptziel leiten, die Kontaktaufnahme der Patienten untereinander oder mit sich selbst zu ermöglichen. Angebote von unserer Seite können sein:

– **Musikalische Spiele**

Ein Beispiel: Einer gibt einen Rhythmus vor, der - wie beim Stille-Post-Spiel die Worte -, von Spieler zu Spieler im Kreis weitergegeben wird, bis er wieder beim Urheber ankommt. Dann schickt der nächste einen neuen Rhythmus auf die Reise u.s.f.; ein anderes Beispiel (Musikalischer Dialog) wird unten genauer beschrieben (Selbstwert-Begegnungs-Konzentrationserfahrung)

– **darstellende Improvisationsspiele**

(z.B. „Klangbilder“ von Lilli Friedemann, oder einfach Themen, die die Situation vorgibt: Herbstmusik (s.u.), „mein Weg hierher“ o.ä.)

– **Gemeinsames Singen**

kann das Wir-Gefühls stärken, Erfahrung von Gelöstheit, Freude vermitteln und überraschende Assoziationen und Erinnerungen auslösen, die dann Gegenstand für weitere Improvisationen sein können; außerdem kann das Singen improvisierend begleitet werden

– **Malen nach Musik**

dient dem kreativen visuellen Kontakt mit Seelenbildern; die Bilder können als Ausgangspunkt für musikalische Improvisationen dienen

– **Freies Tanzen nach Musik**

fördert die eigene Körperwahrnehmung und den Bewegungsausdruck; ein Teil der Gruppe begleitet die Tanzenden, indem sie deren Bewegungen und Ausdruck auf Instrumenten interpretiert.

*themenbezogene  
Improvisations-  
spiele*

Am häufigsten spielen wir in Improvisationen: in der Gruppe, zu zweit oder auch solistisch zu Themen, die die Patienten persönlich beschäftigen. Solche Themen sind z. B: „Abschied“ (Zerbruch der Ehe, Verlust der Familie und des Berufes durch die Krankheit; Gefühle dabei sind: Traurigkeit, Verzweiflung, Wut, Resignation) oder „Wie geht mein Leben weiter?“ (Altenheim, Betreutes Wohnen oder wieder zu Hause; Gefühle dabei sind: Angst, Ungewißheit, Freude).

Allein schon die Erfahrung, sich die momentane Stimmung frei von der Seele spielen zu können, ist für die Patienten entlastend. Wir Therapeuten bekommen dabei Informationen und Anknüpfungspunkte, um individuelle Probleme gezielter begleiten zu können.

Zu den Themen "Musikalischer Dialog" und "Unsere Herbstmusik" folgend zwei genauere Beschreibungen mit Beispielen.

Ein Patient wählt sich einen Partner aus. Beide sollen miteinander durch Instrumente ins Gespräch kommen. Der "Gesprächsinhalt" ist nicht vorgegeben. Spieler A beginnt mit völlig impulsivem Spiel, als wollte er z. B. fragen "Wie geht es Dir?" Dabei schaut er Spieler B an und wartet auf seine Antwort. Der Dialog dauert so lange, wie Spieler B es möchte, an. Zum Schluß hält er inne und knüpft einen neuen Kontakt mit Spieler C. Nachdem jeder Gruppenteilnehmer einmal an der Reihe war, folgt eine Feedback-Runde.

### *Musikalischer Dialog*

In den Klängen der Patienten wird deutlich hörbar, auf welche Weise sie kommunizieren. Für die Patienten bietet das Spiel die Möglichkeit, kommunikative Alternativerfahren zu machen.

*schizophrene  
Psychose*

*Oceandrum*



Dialogpartner im ersten Beispiel sind Herr Sch., 30 Jahre alt, der seit zehn Jahren an schizophrener Psychose leidet, und Frau F. 35 Jahre alt, die vor drei Jahren an affektiver Psychose erkrankt ist. Herr Sch. wandte sich für alle sichtbar Herrn G. zu, um ihn aufzurufen. Kaum hatte er den ersten Akkord auf der Gitarre gespielt, setzte jedoch Frau F. mit der Ocean-Drum ein, ohne dazu aufgefordert worden zu sein. Ihr Spiel war anhaltend überrollend, Herr Sch. setzte kurze aggressive Schläge dagegen. Diese wurden jedoch vom lauten Rauschen der Ocean-Drum übertönt, so dass Herr S. nach eineinhalb Minuten vergeblichen Widerstandes

sein Spiel beendete. Damit zeigte er ein typisches Verhaltensmuster. Gegenüber dem bedrängenden und überflutenden Ausdruck seiner Spielpartnerin blieb ihm lediglich die Selbstaufgabe übrig. Frau F. wollte ihrerseits „nur das Meeresrauschen hören, sonst nix.“ Zu diesem Zeitpunkt litt sie besonders darunter, sehr alleine zu sein. Aufgrund ihrer maßlosen und übergriffigen Art distanzieren sich Menschen von ihr. Ein krimineller Übergriff im Akutzustand ihrer affektiven Psychose war Anlaß für die letzte Einweisung ins PKH gewesen.

*affektive Psychose*

Während des Spiels von Herrn Sch. und Frau F. wurde ich immer angespannter. Ich litt mit Herrn Sch., spürte seine Verzweiflung, sein Ausgeliefertsein und merkte, wie ich mich über das selbstbezogene Spiel von Frau F. zu ärgern begann. Gleichzeitig nahm ich auch ihre ungestillte Sehnsucht nach Freiheit und Leben wahr und wünschte ihr, dass ihr tiefes Verlangen erfüllt würde. In dieser Stimmung war ich, als Frau F. mich zur Dialogpartnerin wählte, nachdem Herr Sch. das Spiel aufgegeben hatte. Einerseits wollte ich mich auf das ungebremste Tosen von Frau F.s Ocean-Drum einlassen, andererseits aber auch nicht darin "untergehen" wie es Herrn Sch. widerfahren war. Meinem Ärger Ausdruck zu verleihen, schien mir nicht die richtige Lösung zu sein. Ich wollte weder, dass Frau F. verstummte, noch wollte ich einen Machtkampf provozieren. Aus diesem Grund ging ich nicht gegen ihr lautes Spiel an. Sie sollte das Maß bekommen, das sie brauchte, um gestillt zu sein. So hörte ich ihr weiter zu und ließ ihr damit die Zeit und den Raum, den sie brauchte, um für eine Begegnung offen zu sein. Nach einer Minute ebte ihr Tosen ab, und es trat Stille ein, in die ich mit einem leisen Tremolo auf dem Xylophon einsetzte. Frau F. lauschte und antwortete vorsichtig. Ein Kontakt war geknüpft worden. Er entwickelte sich weiter: tastend, gebremst, etwas mutiger und wieder zurückhaltend, unbeholfen. Wir waren sehr bemüht, ihn nicht abbrechen zu lassen. Weil noch andere Patienten an die Reihe kommen sollten, beendete ich unser intensives nonverbales Gespräch. Immerhin - der Anfang einer neuen Erfahrung war gemacht.

*Gegenübertragung*

In der anschließenden Feedback-Runde sagte Herr Sch., dass er sich über Frau F. geärgert hätte. Er sprach auch von seiner Angst, sich nicht durchsetzen zu können. Dies zugeben zu können, sei schon ein Fortschritt für ihn, betonte er. Frau F. konnte zunächst nicht erkennen, wie unser Dialog möglich geworden war. Erst im gelenkten Erinnern erfaßte sie, dass sie von dem Zeitpunkt an, zu dem sie selbst zugehört hatte, nicht mehr alleine gewesen war.

Dialogpartner im zweiten Beispiel sind Schwester G. und Frau B. 21, Jahre alt und lebensbedrohend an einer Anorexia nervosa erkrankt. Frau B. klopfte auf der Schlitztrommel. Sie beschränkte sich auf zwei Töne und spielte diese in unterschiedlicher Reihenfolge und geringer Anzahl in Viertel- und Achtelnoten. Die Töne klangen hohl, wirkten abgeschnitten. Frau B.s Trommelbewegungen waren mechanisch und gleichzeitig unbeholfen. Ab und an schlug sie neben die Trommel oder es fiel ihr ein Schlegel aus der Hand, weil sie so kraftlos war. Ihr Gesicht war starr, zu einem Blickkontakt war sie nicht bereit. Nie ergriff sie die Initiative, sondern reagierte nur hartnäckig desinteressiert auf das muntere Mundharmonikaspiel von Schwester G.. Es klang, als ob Frau B. mit Tönen eine Mauer um sich aufrichten wollte. Ihr Musizieren wirkte wie ein Abbild ihrer Krankheit. Sie schien mit zwei Tönen zu verhungern beziehungsweise gerade so überleben zu können. Durch ihr stereotypes Spiel schuf sie die größtmögliche Distanz und schützte sich vor einer dynamischen Beziehung, konnte sich aber gleichzeitig ihre Isolation und scheinbare Autonomie bewahren. Das Spiel von Schwester G. stand in großem Kontrast dazu. Es vermittelte Leichtigkeit, Lebensfreude und Kraft. Zuerst versuchte sie, Frau B mit zarten, verbenden Tönen aus der Reserve zu locken. Dann steigerte sie die Dynamik und spielte auf der Mundharmonika auf- und abwärts, sie ließ Töne anschwellen, neckte und fragte. Auch in ihrer Körperbewegung und Mimik drückte sie ihren Wunsch nach Begegnung mit Frau F. aus. Aber so sehr sie sich bemühte, Frau B. mit ihren „nährenden“ und frohen Klängen zu erreichen, so sehr verschanzte sie sich hinter ihrem abweisenden dumpfen Tönen. Es gab keine Resonanz; ein Kontakt war nicht möglich. In der Reflexionsrunde war sie so wortkarg wie sie vorher mit Tönen „einsilbig“ gewesen war. Sie habe die tiefklingende Schlitztrommel bewußt gewählt, obwohl sie hohe Töne lieber habe, erklärte sie erst nach langem Schweigen. Nachdem wir in der Gruppe hohen und tiefen Tönen Gefühle zugeordnet hatten, nickte Frau B., als ich sie fragte, ob sie lieber fröhliche Klänge spielen würde. Ein Patient meinte: „Dann nimm doch ein anderes Instrument!“ Frau B. blieb reglos. Ebenso verhielt sie sich auch auf Station. Jeglicher Versuch, Frau B. zu erreichen, wurde von ihr abgewehrt. Sie war nur „Nein“ und provozierte damit.

*Anorexia nervosa*

*Schlitztrommel*

*Mundharmonika*

Ihre Haltung veränderte sich erst mehrere Wochen später nach einer Situation, in der sie Schwester G. wegen des Essens tätlich angegriffen hatte. Auf der Suche nach einer angemessenen Reaktion fiel Schwester G. das „Ja-Nein-Spiel“ aus der Musiktherapie ein. Bei diesem Spiel übernimmt ein

*Ja-Nein-Spiel*



Partner die Ja-Position, der andere die Nein-Position. Mit Trommelspiel und Stimme verteidigt jeder seine Meinung, indem er „Ja“ beziehungsweise „Nein“ ruft. Schwester G. schlug dieses Spiel vor, Frau B. willigte ein. Überraschend entschied sie sich für die „Ja-Position.“ Einmal im Leben wolle sie „Ja“ sagen, begründete sie ihre Wahl. So spielten sie in engem Kontakt auf der kleinen Doppeltrommel, die neu auf Station angeschafft worden war. „Wir spielten, bis unsere Hände heiß und die Stimmen heiser waren. Frau B. strahlte und

*Doppelbongos*

war gelöst,“ berichtete Schwester G. Von diesem Zeitpunkt an trommelten sie öfter miteinander - der Bann war gebrochen.

Durch dieses Spiel ließ sich Frau B. in mehrfacher Hinsicht auf große Nähe und Körpererfahrung ein:

1. durch die räumliche Nähe zwischen sich und Schwester G. auf der Trommel,
2. durch die rundliche Form der Bongo, die die Assoziation eines Frauenkörpers zuläßt,
3. durch die Berührung des Trommelfells mit den Händen, wodurch ein Hautkontakt entsteht,
4. durch die Stimme, dem intimsten Musikinstrument, mit der sie ihr inneres Erleben zum Ausdruck bringt.

Mit dem „Ja-Nein-Spiel“ gab Frau B. ihre Aggression gegenüber dem Beziehungsangebot von Schwester G auf, die sich bis dahin unter anderem in Tonver-

weigerung geäußert hatte. Diese Tonverweigerung war nicht nur beim Spielen von Instrumenten auffällig, auch ihre Stimme war immer sehr leise, wenn sie sprach. Oft war sie ganz verstummt. Durch die „Ja-Position“ verwandelte Frau B. ihre destruktiven Kräfte in konstruktive Energie, was in ihrer Stimmgewalt und ihren entschlossenen Trommelschlägen hörbar wurde.

*Hautkontakt  
beim Trommeln*

Trommeln mit den Händen kann durch die Berührung von Haut zu Haut die unterschiedlichsten sinnlichen Gefühle wecken und körperliche Befriedigung hervorrufen. Es ermöglicht, unterdrückte Wut ohne Gefahr „hand-greiflich“ werden zu lassen, und hilft, eigene Kräfte zu entdecken und überschüssige Energie abzubauen. Das Trommeln schafft auch ein sich Vergessen, schenkt Reinigung und Entspannung, es gibt Sicherheit und stärkt die Selbstsicherheit - Trommeln heißt, das Leben spüren.

*Katharsis*

*Improvisation  
über Themen aus  
der Natur*

Themen aus der Natur können die Wahrnehmung der Realität und den Erlebnishorizont der Patienten erweitern. Dadurch wird unbemerkt der Blick von der Krankheit weg und hin auf etwas Schönes gelenkt. Die psychische Energie wird genutzt, um gesunde Persönlichkeitsanteile zu aktivieren. Außerdem bekommen die Patienten Kontakt zu ihren Gefühlen und können ihnen auf der Symbolebene begegnen. Hierzu ein Beispiel aus einer der letzten Therapiewochen in der beschriebenen Gruppe.

Bevor wir „unsere Herbstmusik“ improvisierten, hatten wir mit den Patienten auf dem Krankenhausbereich Blätter, Blumen, Zweige und Früchte des Herbstes gesammelt und sie zu einem Stilleben in der Mitte des Stuhlkreises angeordnet. Nachdem wir eine Weile schweigend unsere Ernte betrachtet hatten, suchte sich jeder dazu ein oder mehrere Instrumente aus. Es entwickelte sich eine sehr einfühlsame, oft homogene und ausdrucksstarke Musik, die dem Stilleben Klangfarben verlieh. Im Gegensatz zu den ersten Therapiestunden, in denen die Patienten Rhythmusinstrumente bevorzugt hatten, weil diese ihnen Halt gaben und Abgrenzung ermöglichten, zeigten Improvisationen aus späteren Stadien der Therapie mehr Klangcharakter. Kleine Melodien wurden hörbar und die Phasen von übereinstimmendem Zusammenspiel nahmen zu.

Dass insbesondere schizophrene Patienten es wagen, sich angstfreier schwingenden und verschmelzenden Klängen zu überlassen, ist Ergebnis einer längeren Vertrauenserfahrung mit dem Therapeuten und der Gruppe. Je mehr sie dazu bereit werden, desto mehr kommen sie in Berührung mit innerem Erleben und den heilenden Kräften der Musik.

*Musikinstrumente  
als Spiegel seelischer  
Entwicklung*

Die Begegnung mit Musikinstrumenten als Spiegel seelischer Entwicklung werden durch die Erfahrungen von Frau K. während der viermonatigen Musiktherapie sehr anschaulich. Sie sagte einmal über die Musikinstrumente: „Die ziehen mich einfach. Ich weiß nicht, warum ich sie nehme.“

*paranoide  
Psychose*

Frau K., 44 Jahre alt, leidet seit fünf Jahren unter einer paranoiden Psychose. Sie ist Rußlanddeutsche und lebt seit 1998 in der Bundesrepublik. Sie fühlte sich verpflichtet, stellvertretend den Wunsch der Mutter erfüllen zu müssen, in die „Heimat“ überzusiedeln. Dafür trennte sie sich von ihrem Lebensgefährten, da dieser nicht ausreisen durfte. In der „Heimat“ war sie heimatlos und erkrankte. Inzwischen hat sie mehrere Psychiatrieaufenthalte hinter sich.

*kleine Trommel*

Frau K. sitzt auf dem Stuhl, vor ihr steht die **kleine Trommel**. Distanziert spielt sie diese mit einer Hand. Obwohl Frau K. schon seit mehreren Wochen auf der Station ist, kennt sie zwei andere Gruppenteilnehmer nicht mit Namen. Sie nimmt keinerlei Kontakte auf und sitzt immer alleine vor dem Fernseher. „Der Fernseher ist mein bester Gesprächspartner.“ „Ich gucke nur Dokumentarfilme.“ sind ihre Äußerungen. Ihr Gesicht gleicht einer lächelnden Maske, die bedeuten soll: „Mir geht's gut. Laß mich in Ruhe.“ Musikmachen ist für sie verbunden mit Können und Perfektion. Der Vater hat Akkordeon gespielt, der Onkel war Geiger.

Frau K. probiert **verschiedene Instrumente** aus, emotionale innere Beteiligung ist dabei nicht zu spüren. „Das ist sehr interessant,“ sagt sie oft.

*Maracas*



Durch die Bemalung der **Maracas** kommt die Erinnerung an die Ukraine hoch. Die Instrumente werden zu Symbolen für die alte Heimat.

Frau K. ist oft in verträumtes Spiel versunken. Hin und wieder erscheint sie sogar fröhlich und gelöst.

„Ach, da ist ja mein Instrument“ - schon mehrfach waren das ihre Worte gewesen, wenn sie den Ergotherapieraum betreten hatte. Auch dieses mal nimmt sie „ihr **Glockenspiel**“ auf den Schoß und beginnt sofort zu spielen. Plötzlich singt sie: „Do, Re, Fa, Ti ....“ Die Schulzeit, der Musikunterricht weit weg in Sibirien tauchen auf. Dorthin war sie mit den Eltern und Geschwistern von den Russen verschleppt worden. Versunken wie ein Kind spielt und singt sie, eingetaucht in eine regressive Welt.

*Glockenspiel*

Das Thema für die freie Improvisation heißt: „Mein Weg bis hierher“. Gemeint ist der Weg von der Station durch den Park bis zum Ergotherapieraum. Wieder nimmt Frau K. das **Glockenspiel** auf den Schoß. Aber heute spielt sie mit gekreuzten Armen. Die Töne wollen nicht recht klingen. Ihre Bewegung ist eingeschränkt, wie gefesselt.

In der anschließenden Gesprächsrunde äußere ich meine Wahrnehmung der gekreuzten Arme. Das habe nichts zu bedeuten, meint Frau K.. Eine Mitpatientin sagt: „Ich glaube wenn Du könntest, Du würdest viel zu erzählen haben aus Deinem Leben.“ Eine andere äußerte: „Ich habe gehört, das war ein schwerer Weg.“ Zum ersten Mal ist bei Frau K. starke emotionale Betroffenheit zu spüren. Sie exploriert: „Das war mein dorniges Weg. Meine Kindheit war hart in Sibirien. Was ein Kind brauchte, war nicht da. Es war eine ganz schlimme Zeit. Ich will mich nicht mehr daran erinnern. So wie jetzt, ist es viel besser.“ Die Tränen frei laufen zu lassen, erlaubt sich Frau K. noch nicht. Aber sie ist sehr bewegt. Die Gruppenatmosphäre ist dicht, als ob eine Solidarität des tieferen Verstehens alle verbände. Wir lassen es dabei bewenden, um Frau K. nicht zuviel zuzumuten oder eventuell eine Dekompensation zu riskieren. Ich informiere die behandelnde Ärztin.

Immer wieder streicht Frau K. über die Saiten einer **Geige**, das Ohr nahe an den Geigenkorpus geschmiegt. Was erhört sie? "Traurigkeit". Sie läßt Tränen zu und traut sich von ihrer Einsamkeit zu sprechen und von der Angst, nach der Entlassung allein zu sein. Sie sagt, dass sie die Menschen von der Station vermissen werde, weil sie ihr wichtig geworden seien.

*Geige*

Frau K ist mit der **Gitarre** eins geworden. Sie hält sie im Arm und auf dem Schoß wie ein Kind. Sanft berührt sie die Saiten und läßt ihre Seele von den Tönen streicheln. Ihr Gesicht ist entspannt, manchmal huscht ein Lächeln darüber. Sie ist bei sich angekommen.

*Gitarre*

Die Art, wie jemand zu einem Instrument Kontakt aufnimmt, ist ein Spiegelbild für die Kontaktaufnahme in Beziehungen. Frau K. ist hierfür beispielhaft.

Wenige Wochen nach Abschluß der Musiktherapie konnte Frau K. entlassen werden. Dass sich ihr gesundheitlicher Zustand zunehmend stabilisierte, ist auf das Zusammenwirken aller Behandlungsmaßnahmen zurückzuführen, unter denen die Musiktherapie ihre spezifische hilfreiche Funktion hatte.

Seit ihrer Entlassung vor einem halben Jahr lebt sie in einer eigenen Wohnung und arbeitet täglich acht Stunden in einer Reha-Werkstatt. Zu ihren Verwandten in Deutschland hat sie wieder Verbindung aufgenommen, die sie ganz abgebrochen hatte. Auch pflegt sie die Bekanntschaft mit einigen ehemaligen Patienten. Den Kontakt zur Station möchte sie aufrecht erhalten. Aus diesem Grund kommt sie alle zwei bis drei Monate zu einem Arztgespräch dorthin. Auch zu ihrem Lebensgefährten in Rußland hat sie wieder Kontakt aufgenommen. Wenn er eine Übersiedlungsgenehmigung bekommt, wollen sie heiraten.

Das Spiel von Frau K. verdeutlicht den Symbolwert von Musikinstrumenten. Durch Form, Material und Klang haben sie die Fähigkeit, individuelle Gefühle, Stimmungen, Erinnerungen und Assoziationen zu wecken, überraschende Entdeckungen bei sich und anderen Menschen zu machen und sogar zum persönlichen Symbol zu werden.

*Symbolik der  
Musik-  
instrumente*

Redewendungen wie „feste auf die Pauke hauen,“ „jemandem die Flötentöne beibringen,“ „die erste Geige spielen,“ „ins Horn blasen“ etc. weisen darauf hin, dass Instrumente auch mit allgemeinen Assoziationen verknüpft sind.

**Literatur:**

- Decker-Voigt, Hans-Helmut: Aus der Seele gespielt. München 1991.
- Dornes, Martin: Der kompetente Säugling. Frankfurt 1994.
- Hegi, Fritz: Improvisation und Musiktherapie. Paderborn 1993.
- Krull, F.: Psychotherapie bei Schizophrenie - Theorie und Praxis der Einzelbehandlung. In: Fortschrittliche Neurologische Psychiatrie 55, 1987.
- Nöcker-Ribaupierre, Monika: Pränatale Wahrnehmung und akustische Phänomene. In: Musiktherapeutische Umschau 13, 1992.
- Schönfelder, Thea: Irre Botschaften - Wege zum Verständnis des psychotischen Jugendlichen. Weitere bibliographische Daten unbekannt.
- Schwabe, Christoph: Aktive Gruppenmusiktherapie. Leipzig 1983.
- Spitz, R. A.: Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. Stuttgart 1973.
- Strobel, Wolfgang: Musiktherapie mit schizophrenen Patienten. In: Musiktherapeutische Umschau 6, 1985.
- Teichmann-Mackenroth, Ole: Zum Konzept der hilfreichen Beziehung in der Musiktherapie, in: Musiktherapeutische Umschau 13, 1992.

Eva Maria Nolte,  
Lebens- und Eheberaterin, DAJEB;  
Musiktherapeutin, DMVO  
35394 Gießen-Petersweiler