

Fermate

Erfahrungen mit Musiktherapie in einer
psychiatrischen Tagesklinik

Abschlußarbeit in der Zusatzausbildung Musiktherapie
der Uni/Gesamthochschule Siegen

5.11.2004

Dr. Gabriele Rau-Krüger
Uferstraße 5
31749 Auetal

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Die Tagesklinik Minden	3
Meine Aufgabe in der Tagesklinik	4
Musiktherapie in der Tagesklinik	4
Einige Bemerkungen zu mir	5
Setting der Gruppenmusiktherapie	6
Ablauf der Musiktherapie-Sitzungen	7
Verabschiedungsritual eines Patienten.....	8
Erfahrungen mit dem Setting.....	8
Meine therapeutische Haltung	9
Fermate.....	10
Fermate in der Musiktherapie	10
Meine Erfahrungen mit Musiktherapie in der Tagesklinik	12
Fallbeispiele.....	12
1. Frau A.....	12
2. Frau B.....	16
3. Herr C.....	17
4. Frau D.....	20
5. Herr E.....	22
6. Frau F.....	23
7. Herr F.....	24
8. Frau G.....	25
9. Herr H.....	27
Meine eigene Fermate	30

Einleitung

Ich möchte über meine Erfahrungen mit Musiktherapie während meines Praktikums in der psychiatrischen Tagesklinik in Minden berichten. Diese Erfahrungen haben verschiedene Ebenen. Sie beinhalten neben der praktischen Seite, der Anwendung von Musiktherapie, eine intensive Auseinandersetzung, unterstützt durch ein breit gefächertes Literaturstudium, mit meinem Grundberuf, mit Therapie und Musik und somit auch mit mir.

Minden liegt im nordöstlichen Landesteil von Nordrhein-Westfalen, an der Kreuzung von Weser und Mittellandkanal. Die Tagesklinik gehört zum Krankenhaus Lübbecke, das ca. 25km weiter westlich liegt. Hier befindet sich die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, deren Chefarzt auch der Leiter der Mindener Tagesklinik ist.

Ich möchte vorweg erklären, daß ich die männliche als neutrale Schreibweise im folgenden Text wähle, wenn ich von einer abstrakten Person oder Personengruppe spreche.

Die Tagesklinik Minden

Die Tagesklinik ist eine teilstationäre Einrichtung für psychisch erkrankte erwachsene Menschen. Die Aufnahme erfolgt als Einweisung durch einen Haus- oder Facharzt oder als Verlegung aus einem Krankenhaus. Die Patienten melden sich in der Regel telefonisch selber an, seltener wird ein Kontakt zur Tagesklinik durch den behandelnden Arzt hergestellt. Die Patienten erhalten dann zunächst einen Termin zu einem Vorstellungsgespräch. Der Patient berichtet in diesem Gespräch kurz von seinen Problemen und seinen Zielsetzungen, soweit möglich, und erhält Informationen über die Therapieangebote der Tagesklinik. Wenn er sich dann entscheidet, in die Tagesklinik zu kommen und auch unsererseits eine Aufnahme als sinnvoll erscheint, erhält er einen Aufnahmetermin. Am Aufnahmetage findet zunächst ein ärztliches oder psychologisches Aufnahmegespräch statt sowie eine körperliche Untersuchung. Es werden die Therapieziele besprochen, soweit möglich, und ein vorläufiger Therapieplan erläutert, individuelle Therapiemöglichkeiten angedacht.

Aufgenommen werden können 20, max. 22 Patienten mit allen psychiatrischen Erkrankungen, z.B. depressive Erkrankungen, Angststörungen, Eßstörungen, Psychosen, wenn keine akute Eigengefährdung, keine akute Psychose, keine ausgeprägte Manie oder keine ausgeprägten hirnorganischen Veränderungen vorliegen. Ausgenommen sind Patienten mit einer Suchtmittelabhängigkeit, wenn die Suchtproblematik im Vordergrund der Therapie stehen würde. Die Patienten bleiben im Durchschnitt acht bis zwölf Wochen in der Tagesklinik.

Die 20 Patienten sind aufgeteilt in 2 Gruppen, die zur Unterscheidung mit den Farben „grün“ und „gelb“ bezeichnet sind. Die Aufteilung erfolgt nicht zufällig, sondern wird vor Aufnahme im Team festgelegt, ein Wechsel der Gruppe im Therapieverlauf ist möglich.

Die Therapieangebote der Tagesklinik finden zum überwiegenden Teil in Gruppenform statt. Dazu gehören die Gesprächstherapie, Psychoedukation und Ergotherapie als „Grundpfeiler“, d.h. diese Therapieblöcke absolvieren die Patienten gemeinsam in ihrer jeweiligen Gruppe. Daneben gibt es individuelle Gruppentherapieangebote. Über diese entscheidet zunächst das Team, anschließend werden die Vorschläge mit dem

Patienten besprochen. Dazu gehören das soziale Kompetenztraining, das Konzentrationstraining, ein Entspannungstraining, eine Expressionsgruppe und die Musiktherapie.

Zusätzlich gibt es ärztliche oder psychologische Einzelgespräche, zu denen bei Bedarf Angehörige eingeladen werden.

Die Gruppenzugehörigkeit entscheidet sich nach dem Maß der Belastbarkeit der einzelnen Patienten. In der „grünen“ Gruppe steht der gruppenspezifische Prozeß in den drei Haupttherapieangeboten im Vordergrund, es wird mehr konfrontativ gearbeitet, zugrunde liegende Konflikte erarbeitet. In der „gelben“ Gruppe steht die Stabilisierung und Stützung der Patienten im Vordergrund, die Arbeit konzentriert sich auf die Erarbeitung von Lösungen (lösungsorientiert).

Es gibt einen genauen Stundenplan, der den Tag für Patienten und Mitarbeiter strukturiert.

Meine Aufgabe in der Tagesklinik

Ich bin als Ärztin in dieser Tagesklinik tätig und muß mich um die seelischen und körperlichen Probleme der Patienten kümmern, d.h. ich führe die Aufnahmegespräche mit den Patienten, die ich von den insgesamt 20 Patienten „übernehme“. Zu den Aufnahmegesprächen gehört eine psychiatrische und somatische Diagnostik, die dann Grundlage für die weitere Therapie ist. Diese Gespräche werden schriftlich dokumentiert und in den täglich stattfindenden Teambesprechungen vorgestellt. Im weiteren Verlauf bin ich dann für „meine“ Patienten als Ansprechpartnerin für seelische und körperliche Probleme zuständig. Dafür gibt es zum einen eine einmal wöchentlich stattfindende Visite und zum anderen psychotherapeutische Einzelgespräche. Neben dieser Einzelbetreuung der Patienten bin ich z.Zt. zuständig für den Angehörigenabend und die Psychoedukation für beide Gruppen. Hier erhalten die Patienten Informationen zu ihren Erkrankungen, können ihre Erfahrungen mit ihren Erkrankungen austauschen. Seit Juni 2003 habe ich die Gruppe Musiktherapie aufgebaut.

Musiktherapie in der Tagesklinik

Seit Dezember 2002 arbeite ich in dieser Tagesklinik und habe dort recht bald von meiner Musiktherapieausbildung erzählt und meinem Wunsch, diese Therapie hier anwenden zu können. Zu meiner Freude stieß ich auf ein positives Echo, auch bei meinem vorgesetzten Oberarzt. Anlässlich eines „Teamtages“, an dem strukturelle und organisatorische Dinge besprochen wurden, konnte auch für die Musiktherapie ein Rahmen und ein Termin gefunden werden. Begrüßt wurde die Musiktherapie unter den Teammitgliedern als „nonverbales Verfahren“, etwas, was in der Tagesklinik noch fehle. Die Vorstellung der Mitarbeiter war, daß diese neue Therapie gruppenübergreifend stattfinden sollte, also Patienten sowohl aus der grünen wie der gelben Gruppe daran teilnehmen sollten. Diese „Gruppenmischung“ hatte es bis dahin noch nicht gegeben. Ich beschränkte von mir aus die Größe der Gruppe auf 5 bis max. 6 Teilnehmer. Es ist üblich in der Tagesklinik, daß alle Gruppentherapien zu zweit durchgeführt werden, und es gab damals eine Mitarbeiterin, eine Krankenschwester, die gerne an der Musiktherapie teilnehmen wollte, da sie Erfahrungen mit Musik habe.

Aufgrund von Umorganisationen unter den Schwestern änderte sich die Person der Kotherapeutin noch zweimal, zum Glück vor der ersten Musiktherapie-Stunde. Ich habe einen Raum in der Tagesklinik organisieren können, habe dabei Unterstützung erhalten. Im Krankenhaus in Lübbecke gab es einige Instrumente, die wohl seit Jahren ungenutzt herumstanden, Xylo- und Metallophone, Klangstäbe, Handtrommeln und Pauken unterschiedlicher Größen. Ich habe diese in die Tagesklinik Minden gebracht und durch zahlreiche eigene Instrumente ergänzt. Ich richtete den Musiktherapie-Raum ein, habe zur Verschönerung durch die Ergotherapie ein Mobile aus Seidentüchern erhalten und stellte mir vor, diese vielleicht in Bewegungselemente einbauen zu können. Stühle ohne Armlehnen ließen sich organisieren, ebenso Decken. Für CD's oder Kassetten steht ein entsprechendes Gerät bereit.

Der Raum ist nicht sehr groß und ist mit fünf Patienten und zwei Therapeuten sowie den Instrumenten gut gefüllt.

Einige Bemerkungen zu mir

Bevor ich auf meine Erfahrungen mit der Musiktherapie in der Tagesklinik eingehe, möchte ich gerne etwas zu mir, meiner Berufsauffassung und der Rolle der Musiktherapie dabei sagen.

Ich spiele seit meinem 10. Lebensjahr Geige, ein Instrument, das ich mir damals nach vorherigem Blockflötenspiel zwischen den Alternativen Klavier und Geige selber ausgesucht habe, ein Instrument, das sicherlich viele Anteile meiner Persönlichkeit widerspiegelt, und das ich in den vielen Jahren, in denen wir zusammenleben und zusammen Vieles durchlebt haben, als wichtigen Bestandteil meiner Entwicklung ansehe. Es sind im späteren Leben noch weitere Instrumente, die ich mehr oder weniger gelernt habe zu spielen, hinzugekommen. Ich habe in vielen Orchestern und unterschiedlichen Kammermusikgruppen mitgespielt. Das Wesentliche sind für mich immer wieder die Erfahrungen, die ich durch und mit Musik machen konnte und mache.

Der Wunsch und Gedanke, Menschen Musik als Begleiter insbesondere auch in Krisensituationen vermitteln zu können, ist schon so alt, wie der Beginn meines Medizinstudiums zurückliegt. Ein damaliger Wechsel in die Musiktherapie-Ausbildung erwies sich als nicht realisierbar, aber die Idee blieb.

Viele Erfahrungen im und um das Medizinstudium herum und mit der anschließenden Berufsausübung ließen in mir die Vorstellung von einer integrativen Medizin reifen, einer Medizin, die den Menschen in seiner Gesamtheit wahrnimmt und nicht als etwas in Seele und Körper Getrenntes. Integrativ heißt für mich zudem, auch das sogenannte soziale Umfeld eines Menschen einzuschließen und beinhaltet darüber hinaus auch eine Auseinandersetzung mit philosophischen Gedanken. Ich sehe mich in meinem Beruf als Ärztin als eine Expertin in theoretischem und praktischem, d.h. handwerklichem medizinischen Wissen, das ich zur Verfügung stellen möchte, wenn ein Mensch krank ist. Ein Wissen, das ich nicht als etwas Absolutes definiere, sondern das sich immer wieder sehr an der Individualität des einzelnen Menschen relativiert und vor allem neu formieren muß. Ein Wissen, das eine Grundlage ist und sich mit einer weiteren Grundlage, nämlich dem persönlichen Wissen eines Patienten, als Experten für sich selber, verbindet, um aus diesen Grundlagen eine Weiterentwicklung herauszufiltern, eine Therapie zu entwickeln. Ein Mensch als Patient befindet sich in einem

Ausnahmезustand (das Wort „Patient“ kommt aus dem lateinischen, *Patiens, Patientia*, und hat laut dem kleinen Stowasser, lateinisch-deutsches Schulwörterbuch (1966), drei Bedeutungen: 1. ertragen, erleiden, fähig sein zu ertragen, 2. ausdauernd, geduldig und 3. fest, unempfindlich. Das griechische Wort für Leiden, Schmerz, Krankheit heißt „*Pathos*“, und wird im Duden Fremdwörterlexikon (2000) übersetzt mit 1. leidenschaftlich bewegter Ausdruck, feierliche Ergriffenheit, und 2. Gefühlsüberschwang, übertriebene Gefühlsäußerung). Dieser Mensch in seiner gesamten Vielgestaltigkeit kommt aus einem individuellen psychosozialen Umfeld und geht auch wieder dahin, oder vielleicht in ein neues, zurück. Der Ausnahmезustand Krankheit reißt ihn für einen gewissen Zeitraum dort heraus, macht ihn zum Patienten. Und auch als Patient bleibt der Mensch vielgestaltig. Ich denke, es ist wichtig, ihm in seinem Krankheitszustande zunächst Schutz zu gewähren, was auch beinhalten kann, ihm z.B. Entscheidungen abzunehmen, eine gewisse Regression zuzulassen, ihn von seinen alltäglichen Verpflichtungen fern zu halten, dann aber auch, ihn zu befähigen, die Verantwortung für sich selber wieder zu übernehmen. Das soziale Umfeld des Patienten kann sowohl Mitauslöser von Erkrankungen sein als auch ein Helfer in der Bewältigung der Krankheit. Ein Mensch lebt in Beziehungen, die durch Krankheit oftmals neu sortiert werden, eine andere, neue Gewichtung erhalten können. Dies gilt für mich für psychische Erkrankung genauso wie für körperliche. Eine Krankheit ist eine Zäsur in der Lebensmelodie eines Individuums. Ich sehe meine Aufgabe darin, den Erkrankten, durch dieses Zwischenspiel Krankheit zu begleiten, ihm zu helfen, seine Überleitung zu finden zur Fortführung seiner Lebensmelodie. Diese Aufgabe ist für mich als Ärztin, als Therapeutin, auch mit wechselnden Fachrichtungen im Kern immer gleich geblieben.

In diesem Sinne sehe ich auch meine Funktion in der Musiktherapie. In der Musiktherapie hat das Individuum die Gelegenheit, sich mit seinen eigenen Klängen auseinander zu setzen, Neues auszuprobieren, Altes, verloren Geglauhtes wieder zu aktivieren, und insbesondere in der Gruppentherapie die Klänge auch der anderen wahrzunehmen, zu integrieren oder zu eliminieren, Kontakte anders, neu zu probieren, um seinen ganz eigenen Weg wiederzufinden und fortsetzen zu können.

Setting der Gruppenmusiktherapie

Die Patienten, die an der Gruppenmusiktherapie teilnehmen könnten, werden vom Team ausgesucht. Häufig erfolgt der Vorschlag dann, wenn in den übrigen therapeutischen Kontakten festgestellt wurde, daß der Patient nur sehr schwer Zugang zu seinen Gefühlen findet, oder es ist die Überlegung, einem sehr zurückgezogenen Patienten Kontakte über Musik zu ermöglichen. Ich führe dann mit dem jeweiligen Patienten ein kurzes Einführungsgespräch, in dem ich ihm erkläre, was Musiktherapie ist und warum das Team ihn dafür ausgesucht hat. Der Patient hat neben Zustimmung auch die Möglichkeit, den Vorschlag abzulehnen oder sich auf 2 bis 3 Sitzungen „zur Probe“ einzulassen. Ich frage ihn, ob er sich die Instrumente ansehen und ausprobieren möchte. Einige Patienten probieren gerne die Instrumente aus, andere Patienten entschließen sich abzuwarten, was in der Musiktherapie auf sie zukomme.

Den **Raum** habe ich schon beschrieben. Er liegt am Ende eines Flures, und es gibt nur wenige störende Geräusche. Der Zeitpunkt der Therapie ist so gewählt, daß auch andere Gruppen nicht gestört werden können. Die **Therapiezeit** beträgt 1,5 Stunden einmal in der Woche.

In der Musiktherapie-**Gruppe** sind 5 Patienten, sowohl aus der grünen wie auch der gelben Gruppe, begleitet von 2 Therapeuten. Es ist eine offene Gruppe, manchmal erfolgt der Teilnehmerwechsel sehr rasch.

Das **Instrumentarium** besteht aus verschiedenen ohne Anleitung für jeden spielbaren Instrumenten, bei denen derzeit die Saiteninstrumente noch etwas unterrepräsentiert sind, was schlicht ein finanzielles Problem ist.

Die Gruppe sitzt im **Kreis** auf Stühlen. Es besteht die Möglichkeit, sich auf die Erde zu setzen, dafür eine Decke zu nehmen. Die Instrumente stehen außerhalb des Kreises und werden von den Patienten in den Kreis geholt.

Neben den in der Tagesklinik grundsätzlich geltenden **Gruppenregeln**, weise ich in jeder Stunde auf folgendes hin: *Sie haben hier in der Musiktherapie die Gelegenheit, ganz auf sich zu achten, ihre Gefühle und Bedürfnisse wahrzunehmen, sie zu beachten, auf sie zu reagieren. Musik löst bei jedem Menschen individuelle, manchmal bisher unbekannte Gefühle aus. Nehmen sie diese wahr, achten Sie darauf, wie es Ihnen mit dem Gefühl ergeht, sorgen Sie für sich. Dazu könnte gehören, lauter, leiser oder auch nicht zu spielen, vielleicht das Instrument zu wechseln, eventuell ein neues Instrument zu suchen. Manche könnten den Impuls verspüren, sich zu bewegen oder vielleicht, sich eine Decke zu nehmen, sich auf die Erde zu setzen oder zu legen. Es könnte auch sein, daß jemand den Raum verlassen möchte. Wichtig ist, daß Sie Ihre spontanen Impulse ernst nehmen und ihnen folgen. Wenn Sie den Raum verlassen möchten, geben Sie bitte Frau L. oder mir ein Zeichen, wenn Sie das Gefühl haben, draußen nicht alleine sein zu können. Gehen Sie alleine hinaus, dann möchte ich Sie bitten, im gegenüberliegenden Speisesaal zu warten, damit wir uns nach dem Ende des Musikstückes dort treffen können. Mutwillige Angriffe gegen Gruppenmitglieder oder Instrumente sind nicht erlaubt.*

Ablauf der Musiktherapie-Sitzungen

Ich begrüße die Teilnehmer auch im Namen meiner Kotherapeutin, begrüße insbesondere neue Gruppenmitglieder, gebe ihnen, aber auch den anderen die Gelegenheit, Fragen zu stellen und erinnere an die Regeln.

Zum Einstieg und Ankommen spielt ein Patient, der sich dazu in der Stunde zuvor bereit erklärt hat, ein Musikstück seiner Wahl von einer CD oder MC in einer Dauer von ca. 5 bis 10 Minuten. Anschließend gibt es eine kurze Gesprächsrunde, in der zunächst derjenige, der die Musik mitbrachte, erzählt, was er mit dieser Musik verbindet, sie für ihn bedeutet. Dann berichten die übrigen Teilnehmer über ihre gerade gemachten Erfahrungen mit dieser Musik. Hier läßt sich im Gespräch immer wieder deutlich machen, daß es dabei nicht um Kritik an der Musik oder um Kritik an dem Geschmack des Mitpatienten geht, sondern um die jeweils individuellen Erfahrungen mit dieser Musik.

Manchmal hat sich daran schon eine längere Gesprächsrunde angeschlossen zu dem Thema: „was habe ich schon alles mit Musik erlebt; wie kann ich mit Musik umgehen; wie kann ich mir bewußter machen, was die Musik in mir auslöst.“

In der Regel schließt sich aber eine Improvisation an. Manchmal lassen sich aus der vorherigen Reflexionsrunde Themen erkennen, die ich als Improvisationsgrundlage vorschlage oder ich frage nach Themen, Wünschen oder Ideen. Manchmal äußern die Patienten Wünsche zur Improvisation, häufig warten sie eher auf einen Vorschlag meinerseits. Ich überlege mir in den Vorbereitungen der Musiktherapie Improvisationsspiele, von denen ich glaube, daß sie ins Gruppengeschehen einzubinden sein

könnten, entscheide in jeder Therapiestunde aber spontan, ob ich ein Spiel vorschlage oder eine freie Improvisation. Meine Kotherapeutin und ich beteiligen uns an der Improvisation. Diese beginnt in der Regel aus der Stille nach einer Probierphase der Instrumente. Manchmal habe ich jedoch die Erfahrung gemacht, daß das „Einspielen“ nahtlos in die Improvisation übergeht, daß eine Unterbrechung den spontanen Fluß behindert, schnell der Charakter von etwas Offiziellem aufkommt und spontane Ideen der Patienten einem Druck weichen. Ich überlasse es nun meinem Empfinden, eine Zäsur zu setzen oder die Probierphase als eine „Einleitung“ zu sehen.

Im Anschluß an die Improvisation folgt eine Reflexionsrunde zu den Fragen: *was haben Sie erlebt mit der Musik, mit ihnen selber, was haben Sie gespielt?*.

Ich habe eine kleine Stoffmaus mit in die Musiktherapie gebracht. Sie befähigt denjenigen, der sie in den Händen hält, die Dauer seiner Reflexion zu bestimmen und dann den nächsten Teilnehmer auszuwählen, der sich äußern kann oder die Maus weitergeben kann. Meine Kotherapeutin und ich beteiligen uns auch an dieser Reflexionsrunde. Ich achte in dieser Gesprächsrunde darauf, daß akut auftretende Probleme sofort bearbeitet werden können, biete dafür die Möglichkeit des Musikmachens oder des Gespräches. Auch vor Ende der Therapiezeit biete ich die Gelegenheit, offene Themen oder Fragen zu dieser Sitzung anzusprechen, zumal die Musiktherapie die letzte Therapieeinheit in der Tagesklinik vor dem Wochenende ist.

Ich verabschiede die Teilnehmer zum Schluß bis zum nächsten Freitag.

Verabschiedungsritual eines Patienten

Der Patient, der zum letzten Male an der Musiktherapie teilnimmt, erhält die Möglichkeit, sich von „seinen“ Instrumenten spielend zu verabschieden. Er wird dabei von der Gruppe begleitet. Die übrigen Gruppenmitglieder wählen sich dafür Instrumente aus, mit denen sie sich ihrerseits von diesem einen Patienten verabschieden, mit denen sie dem einen Patienten etwas Persönliches mit auf den weiteren Weg geben möchten. Der zu verabschiedende Patient bestimmt Anfang und Ende der gemeinsamen Improvisation. Anschließend spielt jeder Einzelne der übrigen Teilnehmer dem zu Verabschiedenden seine Abschiedswünsche, erklärt vielleicht, warum er für ihn das Instrument ausgewählt hat und schließt seine persönliche Botschaft mit Worten an. Wir Therapeuten beteiligen uns daran.

Erfahrungen mit dem Setting

Der ritualisierte Ablauf der Musiktherapie-Stunden scheint für die psychisch erkrankten Patienten wichtig zu sein. Das Sich-Einlassen auf das Musikmachen ist schon ein großer Schritt für viele der Patienten, so daß Veränderungen des Ablaufes häufig Widerstände hervorrufen. Ich habe die Erfahrung gemacht, daß die Akzeptanz von Variationen sehr abhängig ist davon, wie stabil eine Gruppe in unveränderter Konstellation werden konnte und vor allem auch davon, wieviele Teilnehmer aus welcher Grundgruppe dabei sind.

Im Anfangsteil scheinen es die Patienten schön zu finden, „ihre“ Musik vorstellen zu können und umgekehrt die Vorlieben der anderen kennenzulernen. Hatte ein Patient noch nie seine Musik mitgebracht, wurde er von den anderen manchmal dazu aufgefordert.

Manchmal habe ich Bewegungselemente im Anfangsteil eingebaut, z.B. einen Tanz oder auch eine Atemübungen. Die Reaktionen darauf reichten von Akzeptieren bis Hinausgehen.

Vor dem Spielen mit den in der Regel unbekanntem Instrumenten äußern viele Teilnehmer Unsicherheiten. Meistens werden sie von den anderen mit dem Hinweis, daß es ihnen auch nicht anders ergangen sei, aufgefordert, es einfach auszuprobieren. Bisher hat jeder Patient seine anfängliche Unsicherheit nach dem ersten Spiel mit den Instrumenten verloren.

Das Verabschiedungsritual scheint sehr wichtig zu sein. Manche Patienten haben gesagt, sie seien richtig aufgeregt. Alle haben bisher sehr aufmerksam ihre Abschiedswünsche entgegen genommen. Einige wenige Teilnehmer entschieden sich gegen eine gemeinsame Verabschiedungsimprovisation; eine Teilnehmerin wünschte, sich im Anschluß an die Stunde alleine von ihren Instrumenten verabschieden zu können.

Die schon erwähnte „Maus“ übernimmt eine Art Brückenfunktion. Sie versetzt als nonverbaler Hilfsteil in der Gesprächsrunde die Teilnehmer in die Lage, ein Gespräch zu beenden, sich einen neuen Gesprächspartner zu suchen oder auch ein Gespräch ganz abzulehnen, indem die Maus wortlos weitergegeben wird. Manchmal wird die Maus gar nicht benötigt, manchmal machen Patienten auf sie aufmerksam, weil ich sie vergessen habe zu aktivieren. Manche Patienten finden sie auch deshalb sinnvoll, um beim Reden die Sicherheit zu haben, nicht unterbrochen zu werden - und führten sie als Kommunikationshilfe bei sich zu Hause ein. Häufig wird sie geknetet und scheint Hilfestellung dabei zu leisten, sich mitteilen zu können. Manchmal scheint es auch eher peinlich zu sein, so ein Kinderspielzeug in den Händen zu halten. Auch die Treffsicherheit beim Werfen und das Fangen oder Nichtfangen scheint eine Überbrückungshilfe zum Reden zu sein.

Meine therapeutische Haltung

Ich bin der Überzeugung, daß jeder Mensch über eine Vielzahl von „Selbstheilungskräften“ verfügt. Viele Menschen trauen offensichtlich ihren eigenen Kräften nicht oder nur bedingt. Häufig denke ich, daß durch die Allgegenwart von Angeboten verschiedenster Art das Augenmerk der Menschen beim Hilfesuchen zunehmend mehr nach außen gerichtet wird. Vieles wird möglich durch neuere Forschung in Bezug auf Diagnostik und Therapie, und die Menschen verlieren immer mehr den Blick für ihre Individualität.

Es ist mir wichtig, die Menschen, mit denen ich zusammenarbeite, zu ihren eigenen Ressourcen zurückzuführen. Ich habe viele Anteile meiner therapeutischen Vorstellung bei Carl R. Rogers und in der Gesprächspsychotherapie wiederfinden können. Ich bemühe mich, ein psychologisch sicheres Klima sowohl in den Gruppen- wie in den Einzelsitzungen zu schaffen und akzeptiere das Individuum und die Gruppe so, wie es bzw. sie ist. Ich versuche, durch einführendes Verstehen die genaue Bedeutung dessen, was der Patient sagt, zu erfassen und im Gespräch auf gegenwärtige Gefühle zu achten, diese deutlich werden zu lassen. Dies bedeutet, daß ich, wie schon erwähnt, Rahmenbedingungen schaffen möchte, die es den Teilnehmern ermöglichen, für sich selber zu sorgen, auf sich zu achten, ihre Gefühle, Gedanken, Wünsche. Ich akzeptiere Widerstände eines Individuums, versuche im Laufe der Zeit eine Vertrauensebene zu schaffen, aus der heraus ich mir erlauben kann, diese Widerstände zum Thema zu machen, musikalisch wie sprachlich. Im Prozeß der aktiven Musiktherapie heißt dies

für mich, mich daran eben so aktiv zu beteiligen. Wichtig ist mir, jedem Teilnehmer die Gelegenheit zu geben, neue, andere oder wieder entdeckte Anteile seiner Persönlichkeit zu erkennen und auszuprobieren.

In der Psychotherapie gibt es verschiedene Konzepte, die den Menschen als „multiples“ Lebewesen verstehen, eine Zusammenstellung findet sich in dem Buch „Konzepte der Multiplizität in ausgewählten Bereichen moderner Psychotherapie“ von Peter Uwe Hesse. Auch in der Musiktherapie sind entsprechende Ansätze beschrieben, die Arbeit mit dem „inneren Orchester“ (Jens-Peter Rose, Wolfgang Bossinger, 2004).

In der Gesprächspsychotherapie nach Rogers geht es darum, den Menschen in seiner persönlichen Entwicklung zu unterstützen, eine Entwicklung, die sich „durch Begegnung, Wachstum und Selbstbestimmung vollzieht“, wie in einer Selbstdarstellung der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie und Beratung zusammengefaßt wurde. Ich sehe in der Musiktherapie diese Möglichkeit gegeben, und zwar in der Begegnung mit anderen und mit sich selber, mit den verschiedenen Anteilen seines Selbst. Multiplizität verstehe ich zunächst nicht als Ausdruck einer Psychopathologie, sondern als etwas Selbstverständliches, welches ein Individuum als solches auszeichnet. Meine Hauptaufmerksamkeit liegt im Prozeß der Musiktherapie bei dem jeweiligen Individuum im Kontext der Gruppe, weniger auf dem gruppenspezifischen Geschehen.

Fermate

Ich möchte im folgenden auf den Titel meiner Arbeit eingehen. Das Wort FERMATE stammt vom italienischen „fermare, fermata“ ab und heißt: anhalten, befestigen. Eine FERMATE hat eine metrisch gliedernde Funktion ebenso wie eine Pause (MGG Bd.10).

Die FERMATE hat folgende Funktionen (Wörterbuch Musik, G. Dietel): „1. Sie hebt innerhalb eines Musikstückes die strenge Zeitmessung auf und verlängert den Wert einer Note oder Pause auf unbestimmte, dem Interpreten überlassene Dauer. 2. Bezeichnet den Abschluß eines „da capo“ zu wiederholenden Anfangsteiles eines Musikstückes zusammen mit dem Wort „fine“ oder als Ersatz für „fine“. 3. Bezeichnet in Solokonzerten den letzten Akkord des Orchesters vor Beginn der Solokadenz. 4. Erscheint in z.B. 4-stimmigen Choralsätzen J.S. Bachs als Gliederungszeichen an Zeilenenden, ohne daß damit notwendig eine Zeitdehnung verbunden wäre“.

Ein musikalischer oder auch ein sprachlicher Text benötigt eine Sinngliederung, um ein „Reden ohne Punkt und Komma“ zu vermeiden. Hegel nennt es „das Umschlagen des Inhaltes in Form“ (zit. nach MGG Bd.10). Es ist eine Phrasierung notwendig, um einen Text, musikalischer oder sprachlicher Art, verständlich zu machen, damit in Kommunikation treten zu können. Das Wort „Phrase“ kommt aus dem Griechischen (φρασις) und heißt: anzeigen, andeuten, auch: erkennen, begreifen. Die musikalische Phrasierungslehre basiert auf Gemeinsamkeiten mit der Sprache. Und die FERMATE ist eine Phrasierungsmöglichkeit, die, wie schon erwähnt, verschiedene Ausführungsformen kennzeichnen kann. Gemeinsam ist allen eine Gliederung, Strukturierung, aber auch eine gewisse Freiheit in der Ausführung.

Fermate in der Musiktherapie

Eine Krankheit bedeutet für den Betroffenen meist einen tiefen Einschnitt in den gewohnten Gang seines Lebens. Sie ist ein Abschnitt in seinem Leben, den er versucht, mit Hilfe von Therapie zu bewältigen. Eine Krankheit ruft zunächst Chaos hervor, einen ungeordneten Zustand, dem jede Phrasierung fehlt. Durch das Einlassen auf eine Therapie erhält der Patient die Möglichkeit, eine Gliederung dieses Chaos zu versuchen. Therapie kann eine FERMATE sein, eine Phrasierungsmöglichkeit, die der Patient seinen Bedürfnissen entsprechend gestaltet, sich mit der Krankheit, damit auch mit sich selber auseinandersetzt, unter der FERMATE improvisiert im Sinne einer Kadenz, deren Inhalt und zeitlichen Rahmen er bestimmt, vielleicht ein Wiederholungszeichen setzt. Auch eine Pause kann mit einer FERMATE, einer Zeitdehnung, versehen sein.

In der **Musiktherapie** hat ein Patient die Möglichkeit, seine FERMATE durch Töne, durch Klänge zu gestalten. Er konfrontiert sich mit den eigenen Klängen und nimmt seine Töne im Zusammenklang mit der Gruppe und /oder dem Therapeuten wahr.

Beim Lesen des Buches von Victor Zuckerkandl „Vom musikalischen Denken“ sind mir im Kapitel „Die Tongestalt“ sehr viele Analogien aufgefallen, die meine Idee der Gestaltung einer FERMATE in der Musik - Therapie unterstützt haben. Ich möchte nachfolgend einige Gedanken darstellen.

Zuckerkandl zitiert Goethe: „Gestalt *ist*, steht im Sein, und nicht in einem entrückten, idealen, sondern in einem, das sich im Werden bewahrt und bewährt.“ Und Zuckerkandl beschreibt Gestalt als „das Einmalige“, etwas, das „von innen“ kommt, „wächst“, sich „entfaltet wie aus einem inneren Impuls“, „tief in Verwandlung“ ist, das „tief in Werden, in Zeitlichkeit eingebettet“ ist. Töne in der Musiktherapie geben die Möglichkeit, Begegnungen zu gestalten, Begegnungen mit sich selber und mit anderen. Diese Begegnungen sind nicht statisch, sie beinhalten Veränderungen, ein Weiterkommen gegenüber einer Ausgangssituation. Die entstehenden Töne beziehen sich immer wieder aufeinander, kein Ton bleibt als Abstraktum alleine stehen.

Ein Ton ist zunächst ein rein physikalisches Gebilde, eine wellenförmige Schwingung. Er wird in einen dynamischen Zustand versetzt durch die Gestaltung desjenigen, der den Ton erzeugt und durch den Kontext, in dem der Ton entsteht. Zuckerkandl schreibt dazu, „...daß Töne von gleicher Tonhöhe in verschiedenen Zusammenhängen ungleich hoch klingen.“

Ich messe dieser Beobachtung aufgrund meiner Selbstwahrnehmung beim Musizieren eine zentrale Bedeutung zu, die ich in der Musiktherapie nutzen möchte, dem Patienten anklingende Anteile seiner Persönlichkeit bewußt zu machen, um darüber ein Weiterkommen gegenüber einer Ausgangssituation, z.B. „ich bin antriebslos“, „ich kann nichts“, „ich muß alles perfekt machen“, zu finden.

Zuckerkandl zitiert Paul Valéry: „So herrscht denn die Musik in einem Reiche, das ihr einzig angehört. Die Welt der Tonkunst, eine Klangwelt, ist von der Welt der Geräusche ganz und gar abgesondert. Ein Geräusch bringt immer nur eine einzelne Begebenheit zu Bewußtsein; das Erklängen eines Tones aber ruft für sich allein das Universum der Musik als ganzes auf. Lassen Sie in diesem Raum, wo ich jetzt spreche, wo Sie das Geräusch meiner Stimme zugleich mit allen möglichen anderen Geräuschen hören, eine Stimmgabel oder ein anderes rein gestimmtes Instrument in Schwingung kommen: in dem Augenblick, da der Ton hörbar würde, da dieses ungewohnte, mit keinem anderen zu verwechselnde Geräusch Ihr Ohr berührte, hätten Sie ein Gefühl von *Anfang*. Sofort würde eine völlig andere Stimmung sich ausbreiten, ein besonderer Zustand von Erwartung wäre eingetreten, eine neue Ordnung, eine *Welt* hätte sich angekündigt, und ihre Aufmerksamkeit wäre bereit, sie zu empfangen.“

Zu diesem beschriebenen Anfang gehört sehr viel Mut in der Musiktherapie, sich in die Ungewißheit eines Tones, eines Klanges zu begeben, einer Art Schwebestand zwischen Verklungenem und Anklingendem, den Zuckerkandl beschreibt als „... das Sein des Musiktones ist Nicht-mehr-Sein und Noch-nicht-Sein in einem.“. Ich denke, daß das Wagnis für psychisch erkrankte Menschen in der Musiktherapie darin besteht, sich gleichzeitig in der Begegnung mit einem Ton auch mit dem nächsten Klangelement, mit dem nächsten Schritt, also einer Zukunft auseinander zu setzen, etwas, was ihnen häufig Angst macht. Krankheit verursacht Unsicherheit, bisher Selbstverständliches wird in Frage gestellt, der Mensch muß sich auf etwas anderes, neues „einstimmen“.

Und dieser Veränderung kann ein Patient in der Musiktherapie hörenderweise begegnen. Zuckerkandl beschreibt die „wunderbare Leistung des Sinnesorganes beim Hören...“ , „von nichts als den Tönen allein geführt, ohne Hilfe seitens des Intellektes, faßt es zusammen, was zusammengehört, hält auseinander, was gesondert werden soll...“. In der Auseinandersetzung mit seiner Krankheit, unter seiner FERMATE, erhält der Patient in der Musiktherapie die Möglichkeit, wieder aktiv zu werden, aktiv Töne, Klänge wahrzunehmen und eigenständig, schöpferisch darauf zu reagieren.

Bei Zuckerkandl las ich: „Musik entspringt, wo Leben sich selbst erlebt, das heißt, sich selbst zum Wunder wird, und zur Frage.“ Ich verstehe diesen Satz in Bezug auf die Musiktherapie so, daß der Patient in der Begegnung mit seiner Musik sich selber wieder erleben kann, das anfängliche Chaos Krankheit als Teil von sich erkennen und akzeptieren lernen kann. Zuckerkandl spricht von einem „Klangspiegel“ und schreibt: „Der Klangspiegel gibt den Ton wieder, der auf ihn fällt; ...hier bleiben Ton und Spiegelton nicht getrennt, sie verschmelzen, es ist nur *ein* Ton da, der sich aus zwei Quellen speist, der ursprünglichen und dem Resonator, ein Ton zwischen zwei Quellen“.

Meine Erfahrungen mit Musiktherapie in der Tagesklinik

1. Gruppentherapie: wie beschrieben
2. Einzeltherapie: Hierbei habe ich Musik integriert in die Gesprächstherapie. Meine Aufgaben als Ärztin sind vielfältig: ich unterstütze den Patienten bei Problemen, muß auf akute Ereignisse reagieren, abschätzen, ob jemand z.B. suicidal ist oder werden könnte. Die Gespräche haben neben dem therapeutischen auch einen diagnostischen Charakter. So nutze ich freie Improvisationen immer wieder, wenn es einem Patienten z.B. schwerfällt, sich verbal äußern zu können.

Fallbeispiele

Ich möchte aus meiner Praktikumszeit einige therapeutische Begegnungen mit Patienten beschreiben. Die Patienten, die ich als Beispiele ausgewählt habe, waren mir zum Teil bekannt, weil ich sie auch ärztlich betreut habe, zum anderen Teil weniger bekannt. Vorrangig habe ich darauf geachtet, Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen auszuwählen.

1. Frau A.

Frau A. war eine Anfang 20jährige Patientin, die 2002 in Lübbecke vollstationär behandelt worden war wegen einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen und Suicidalität (ICD 10 F 32.3). Sie beschrieb sich als sehr ehrgeizig. Sie habe sich in der Schule sehr anstrengen müssen, um ihre anfänglichen sprachlichen Defizite (sie war zuvor in Polen aufgewachsen) ausgleichen zu können. Sie hatte den Eindruck, auch später immer mehr arbeiten zu müssen im Vergleich zu ihren Mitschülern, um einigermaßen gute Schulnoten zu erhalten. Die Mutter erzählte, daß die Tochter sich nur mit dem Lernen beschäftige, kaum Hobbys habe oder sich irgendwelche Vergnügen leiste. Vor der Patientin baute sich zunehmend eine riesige schwarze Mauer auf. Sie sah sich als Versagerin, sah alles nur noch negativ, sowohl die Vergangenheit – sie habe „nie“ etwas geschafft, habe „alles“ wieder vergessen – wie die Zukunft, die sie sich gar nicht mehr vorstellen konnte. In dieser Verzweiflung hatte sie einen Selbsttötungsversuch unternommen, sich danach bei den Eltern gemeldet, die sie ins Krankenhaus brachten. Unter einer medikamentösen Therapie und Einzelpsychotherapie sowie Ergotherapie bildeten sich die depressiven Symptome sehr, sehr langsam zurück. Frau A. verließ die Klinik in eher noch nicht sehr stabilem Zustand auf eigenen Wunsch und auch auf Drängen der Eltern und setzte ihre begonnene Ausbildung zur Altenpflegerin fort. Sie schaffte das Examen mit guten Zensuren und trat ihre erste Stelle an. Dort stand sie unter zunehmendem Druck, hatte das Gefühl, alles mehr als hundertprozentig machen zu müssen, kam kaum noch zur Ruhe, fand kaum noch Schlaf und entwickelte zunehmend Verfolgungsängste, Kontrollzwänge, die langsam in wahnhafte Ideen übergingen. Sie konnte ihr Leben nicht mehr selber gestalten, zog wieder zu den Eltern, die sie zu einem erneuten Klinikaufenthalt motivierten. Hier wurde die wahnhafte, psychotische Symptomatik immer deutlicher und besserte sich erst nach mehrfachem Umstellen der Medikation und einer recht langen Therapiezeit. Die Diagnose lautete nun paranoide Schizophrenie (ICD 10 F 20.0). Frau A. wurde nach weitestgehender Stabilisierung und Rückbildung der psychotischen Symptome in die Tagesklinik Minden verlegt. Hier überwog jetzt erneut eine depressive Symptomatik, die sich in großer Selbstunsicherheit, Unselbständigkeit, damit immer wieder verbundenen Gefühlen von Sinnlosigkeit äußerte. Frau A. war nicht in der Lage, Entscheidungen eigenständig zu treffen, wurde bei kleinsten Entscheidungen sofort wieder unsicher, ratlos, hilflos. Dabei fehlte ihr sehr der Zugang zu ihren eigenen Gefühlen, sie nahm sie nur bedingt wahr, relativierte sie schnell wieder an Konventionen vorstellungen. Aus diesem Grunde schlugen wir die Teilnahme an der Gruppenmusiktherapie vor. Sie stimmte dem Angebot freudig zu, da sie gerne Musik höre.

Frau A. gehörte zu den Patienten, die an der ersten Musiktherapiesitzung in der Tagesklinik teilnahmen. Sie zeigte sich in ihrer ersten Kontaktaufnahme den Instrumenten gegenüber sehr offen, probierte mit den Mitpatienten verschiedene aus und entschied sich für tibetische Glöckchen, die ihr vom Klang und vom Aussehen her gefielen, sie möge das Antike. Sie ließ die Glöckchen von einer Hand in die andere gleiten und beschrieb, Ruhe dabei zu empfinden. Dieses Gefühl von Ruhe konnte sie dann auch in der kurzen anschließenden gemeinsamen Improvisation spüren, in der es darum ging, sein ausgewähltes Instrument in der Gruppe auszuprobieren, es dabei vorzustellen und vielleicht Kontakt zu anderen herzustellen. Frau A. konnte es genießen, in der Gruppe mitzuspielen, die eigenen Klänge dabei wahrzunehmen. Für mich klangen diese ersten Töne sehr verhalten, ein wenig nachdenklich. Ich sah sie als einen Anfang, in dem es der Patientin vorsichtig gelang, sich auf sich selber zu konzentrieren. Dieses auf-sich-selber-Hören war etwas, was ihr bisher nicht gelungen war. Sie konnte sich nur spüren, wenn sie sich an andere anklammerte.

Beim darauffolgenden Termin äußerte Frau A., daß sie eigentlich gerne getanzt hätte zu der von einer CD gespielten indischen Musik, sich in der Gruppe nicht getraut hätte. In der anschließenden Improvisation schlug ich vor, mit Rhythmusinstrumenten einen „Klangteppich“ (Quelle: in Anlehnung an H. Kapteina. Mit Rhythmusinstrumenten bei gleichbleibendem Rhythmus die Grundfäden eines Teppichs weben, dann mit Rhythmusvariationen, wer möchte, ein Muster hineinweben) zu weben, dazu je nach Bedürfnis sich zu bewegen, z.B. zu tanzen. Eine Patientin begann die Improvisation nach einer Anfangspause von ca. einer Minute vorsichtig mit einem leisen schnellen Rhythmus auf der Tanbuto, die anderen stiegen danach rasch mit ein. Es entstand ein eher düster gefärbtes Klanggewebe, niemand bewegte sich dazu. In der Reflexion beschrieben die Patienten überwiegend negative Gefühle: eine Patientin entdeckte auf der Tanbuto eine dunkle und eine helle Seite für sich, fühlte sich mehr zur dunklen hingezogen, unterstützt durch Schläge ihrer Nachbarin auf eine tiefe Pauke. Sie wolle aber die dunkle Seite nicht zulassen, habe immer wieder versucht, sich auf die helle zu konzentrieren. Die Patientin an der tiefen Pauke spielte ein langsames Metrum zu Beginn der Improvisation auf der Mitte des Felles und wechselte später zu einem schnelleren Metrum, gespielt am Rande des Felles. Sie habe den Anfang empfunden wie Schläge, „martere sich“ im Augenblick mit Vorwürfen, es immer noch nicht weiter geschafft habe, immer wieder in alte Muster zurückzufallen. Dann habe sie mit jedem Schlag ihre schlechten Gedanken weggeschmissen, sie habe sich wieder an den Rand gewagt, die helleren Klänge hätten ihr gut getan, sie sei wie aus einem Schornstein emporgestiegen. Eine weitere Patientin nahm ihr Instrument, eine Chekere, nach dem Spiel nochmals wie angewidert in die Hand und erzählt, es sei das falsche Instrument gewesen, es seien Erinnerungen hochgekommen, von denen sie aber nicht genau wisse, was es sei, und sie wolle es auch nicht wissen. Die vierte Patientin fühlte sich an Streitereien im Kindergarten erinnert, Streit um die Trommeln unter den Kindern. Aggressionen lasse sie nicht mehr so gerne zu, in der Kindheit sei das anders gewesen. Und Frau A. spielte auf der Handtrommel, zunächst mit einem Klöppel, dann mit der Hand, relativ leise zaghafte Rhythmen. Die entstandene Musik sei ihr vorgekommen wie eine Gesprächsrunde, an der sie sich habe gut beteiligen können, sich einbringen können, was ihr gut getan habe. Sie habe auf das Handspiel gewechselt, um ihren Rhythmus deutlicher einbringen zu können, es sei ihr gelungen, sie sei zufrieden damit.

Frau A. war es gelungen, sich über und mit Musik in eine Gruppe einzubringen, ihre Meinung, ihren Rhythmus, deutlich zu machen, sich nicht durch die anderen verunsichern zu lassen. Sie war zu diesem Zeitpunkt im rein verbalen Kontakt in der Gesprächsgruppe noch nicht in der Lage, sich aktiv zu beteiligen. Versuchte sie, Themen einzubringen oder gar Entscheidungen zu treffen, verwarf sie diese sofort und durchaus mehrmals wieder, wenn irgendjemand auch nur die in ihrer Wahrnehmung leisesten Bedenken oder Alternativen äußerte.

In der folgenden Stunde, in der zum „Wassermannspiel“ (Quelle: H. Kapteina. Ein Wassermann ruht auf dem Grund eines Sees, wird durch das Spielen und Necken von Elfen gestört, schimpft. Die Elfen tauchen unter, um dann ihr Spiel von neuem zu beginnen) improvisiert wurde, versuchte Frau A. als „Wassermann“ die „Elfen“ über einige ruhige, gleichmäßige Schläge zur Ruhe zu bringen, was ihr sehr schnell gelang. Ihre vorherige Unruhe, die sie schon in die Therapiestunde mitgebracht habe, sei völlig verschwunden, sie habe etwas selber gemacht und das sei gut gewesen. Die Elfen hätten sie gar nicht ärgern können. Auch als Elfe hätte sie sich wohl gefühlt, obwohl Necken nicht so „ihr Ding“ sei. Insbesondere eine Mitpatientin hatte sich von der Elfe A. wohl sehr „gepiesackt“ gefühlt, sie habe sich durch das Spiel von Frau A. mit den Chimes an ihre Kindheit erinnert gefühlt, die Mutter, die auch „immer noch

habe eins draufsetzen müssen“. Frau A. lächelte recht verschmitzt, wie ich fand, wollte dazu aber nichts sagen.

In dieser Therapiestunde gelang es Frau A., ihre Unruhe, die sich bei ihr sehr schnell dann zeigte, wenn sie unsicher war, sich ausgeliefert fühlte, durch eigene Aktivität zu beherrschen. Inwieweit das Erleben der „genervten Mutter“ dabei eine Rolle gespielt haben könnte, blieb offen.

Die nächste Improvisation erfolgte unter dem Titel „ich bin ganz bei mir, ich bin in der Gruppe“ (Quelle: A. Haardt. Die zwei Phasen werden von einander getrennt durch einen Beckenschlag), beginnend mit einem Gruppenspiel. Es entstand eine dreisätzliche Improvisation, deren erster Teil wie ein Vorstellen verschiedener Themen verlief, die sich nicht aufeinander bezogen. Der Gruppenteil wurde durch Frau A. beendet, die festen Schrittes zum Becken ging und es deutlich schlug. Im zweiten Teil, „ich bin ganz bei mir“ entstand ein rhythmisches Zusammenspiel, beendet durch eine andere Patientin. Das anschließende Gruppenspiel verlief in einem deutlich langsameren Grundmetrum und einem teils gemeinsamen, teils unterschiedlichen Rhythmus, zu dem eine Patientin eine Melodie auf der Leier spielte. Frau A. beschrieb, daß sie nicht das richtige Instrument für die Gruppe gehabt hätte am Anfang (kleine Handtrommel, gespielt mit Klöppeln), sie habe nicht den richtigen Rhythmus finden können. Das habe sie so geärgert, daß sie zum Becken gegangen sei, um alleine spielen zu können. Sie habe dann im Alleinespiel ihren Rhythmus finden können. Das sei gut gewesen, zumal sie sich trotz des Alleinespielens in der Gruppe aufgehoben gefühlt habe. Im dritten Teil habe sie sich dann mit ihrem Instrument und ihrem Rhythmus in der Gruppe wohler gefühlt. Sie mache es zu Hause auch so, daß sie sich zurückziehe, wenn sie sich ärgere. Jetzt habe sie erlebt, daß es ihr nicht schwer gefallen sei, als jemand die Einzelspielphase für alle beendet habe, sich in der Gruppe wieder einfinden zu können, das habe ihr gut getan.

In dieser Stunde war es Frau A. gelungen, wahrzunehmen, daß sie nach einem sie kränkenden Erlebnis, in der Gruppe nicht zurecht gekommen zu sein, sich wie gewohnt zurückzog, dabei ihren eigenen Rhythmus wiederzufinden und sich mit diesem dann in die Gruppe wieder integrieren zu können.

In der letzten Musiktherapie-Stunde, an der Frau A. teilnahm, kam eine weitere neue Patientin in die Gruppe. Ich schlug eine Trommelimprovisation vor, bei der trommelnderweise Kontakte zu den anderen Mitspielern hergestellt werden könnten, so daß die Teilnehmer die Gelegenheit erhielten, sich untereinander mit Vor- und Nachnamen vorzustellen. Es entstand ein leises Trommelgespräch mehr wie ein Gemurmel, niemand nannte seinen Namen. Frau A. spielte auf ihrem Instrument, das ich leider nicht notiert habe, ein deutliches Crescendo und blieb im weiteren Verlauf im forte. Sie stellte hinterher fest, daß es sie geärgert habe, daß niemand seinen Namen genannt habe, sie aber auch nicht habe anfangen wollen. Sie habe alle in Schwung bringen wollen, weil ihr alles sehr langsam vorgekommen sei. „Ich war etwas lauter“, sagte sie und strahlte dabei, es habe ihr sehr gut getan.

Es gelang Frau A. im Laufe der Musiktherapie immer mehr Sicherheit zu gewinnen, ihren eigenen Rhythmus wiederzufinden, ihm zu trauen und ihn auch in der Gruppe durchzuhalten, ihre Meinung zu äußern und dazu stehen zu können. Anfänglich verhielt sie sich eher leise, wurde dann auf ihren Instrumenten deutlich selbstbewußter bis dahin, daß sie ganz selbstsicher sagen konnte, sie habe lauter sein wollen. Sie hatte gelernt, mehr auf ihre Bedürfnisse zu achten, diese nicht durch die Meinung anderer zu relativieren, ihre Selbständigkeit zurück zu erlangen (vor Aufnahme in die Tagesklinik war eine rechtliche Betreuung initiiert worden. Auch hier konnte sie jetzt in der Anhörung sich selber vertreten und die Betreuung zu Recht ablehnen). In der Musiktherapie

ist meines Erachtens diese Entwicklung, auch wenn es nur wenige Termine waren, an denen sie teilnahm, deutlich geworden.

2. Frau B.

Frau B. wurde unter der Diagnose Ängste und Depressionen gemischt (ICD 10 F 41.2) in der Tagesklinik aufgenommen. Sie war nach mehreren Jahren Alkoholabstinenz wieder rückfällig geworden. Sie konnte diesen Rückfall für sich nur schwer akzeptieren, sah sich aufgrund ihrer Probleme mit dem Ehemann als weiterhin sehr rückfallgefährdet an. Sie kämpfte dagegen, ließ sich aber bei diesem Kampf wenig helfen, da sie sich doch eigentlich auskenne, sie müsse es alleine schaffen. Sie wirkte auf uns wie eine „harte Nuß“. Das war der Grund, ihr die Musiktherapie vorzuschlagen, zumal sie erzählt hatte, daß sie früher Musik gemacht habe, Keyboard 15 Jahre lang professionell gespielt habe.

Sie konnte sich im Vorgespräch vorstellen, sich vom professionellen Musikmachen zu lösen und Musik als Ausdrucksmittel ihrer Befindlichkeit auszuprobieren. Sie nahm viermal an der Musiktherapie teil, bis sie entlassen wurde. In ihrer ersten Musiktherapie-Stunde spielten wir die Tummelei (Quelle: Lilly Friedemann. Gemeinsames Ausprobieren von Trommeln. Wer keine Lust mehr hat, hört auf und die beiden letzten Spieler finden sich zu einem Trommelgespräch zusammen, zeigen das Ende ihres Gespräches durch einen gemeinsamen Rhythmus an, in den die Gruppe wieder einsteigt.). Sie kam mit der Kotherapeutin musikalisch ins „Gespräch“, dabei spielte jede ihren eigenen Rhythmus, und beide fanden im weiteren Gesprächsverlauf keinen gemeinsamen Rhythmus, der das Signal für die Gruppe zum Wiedereinstieg werden konnte. Es gab einen zaghaften Versuch zum Wiedereinsteigen aus der Gruppe, der abgebrochen wurde. Nach weiteren Bemühungen der beiden Gesprächspartnerinnen, ihre „Unterhaltung“ zu einem für die Gruppe erkennbaren Ende zu führen, gelang dies doch noch so, daß die Gruppe ihre Basis für das Wiedermitspielen fand. Frau B. entschuldigte sich, sie habe sich erst einmal darauf einstellen müssen, nicht professionell zu spielen, hätte sie es getan, dann hätte Frau L., die Kotherapeutin, überhaupt „keine Chance“ gehabt. Sie habe ihren Rhythmus dann so verändert, daß es Frau L. möglich gewesen wäre, mit einzusteigen, und sie sei froh gewesen, als die Gruppe wieder dabei gewesen sei.

Die zweite Musiktherapie-Stunde wurde durch eine Patientin dominiert, die ausführlich ihre wiederkehrenden Probleme thematisierte, die die anderen Teilnehmer betrafen machten (ein immer wiederkehrender Streit mit ihrer Wohnungsnachbarin, der häufig mit kränkenden Sticheleien der Nachbarin endete, der aber die Patientin auch nicht aus dem Wege gehen konnte). Einige sprachen von Gefühlschaos, so daß ich als Improvisation den Weg von „Chaos zu Ordnung“ vorschlug (Quelle: F. Hegi. Werden, Darstellung eines Prozesses). Eine Patientin begann die Improvisation mit einem zarten Streichen mit den Fingernägeln auf einer Handtrommel, die anderen stiegen rasch ein. Die ersten zwei Drittel der Improvisation wirkten wie ein Ausprobieren, jeder spielte für sich allein, um dann im letzten Drittel eher zu einem gemeinsamen Spiel zu gelangen. Das Ende erfolgte relativ abrupt. Frau B. spielte auf einem Metallophon kleine Melodien, die überwiegend in Auf- oder Abwärtsbewegungen von Tönen bestanden. Sie wirkte dabei sehr versunken. Sie habe ihre Traurigkeit „an das Instrument abgeben“ können und fühle sich besser. In der Therapiestunde zuvor, der Psychoedukation, sei sie wieder einmal sehr verzweifelt gewesen, sie komme mit dieser „ewigen depressiven Stimmung“ nicht mehr zurecht, sie wolle aber auch keinen

Alkohol mehr trinken, sei sich darüber bewußt, daß dies dann ihr Ruin wäre. Sie habe jetzt erlebt, wie gut es für sie sei, die Traurigkeit abzugeben, sich dafür in der Gruppe Unterstützung zu holen. Sie habe die Gruppe zwar wenig wahrgenommen, aber bemerkt, daß diese ihr einen guten Untergrund gegeben habe. Am Anfang der Musiktherapie-Stunde wirkte Frau B. sehr niedergeschlagen, ihr Gesichtsausdruck erschien mir, wie an den übrigen Tagen auch, wie eingefroren. Nach der Improvisation und Reflexion glänzten ihre Augen plötzlich, sie wirkte freier, bestätigte dieses auch. Die dritte Musiktherapie-Stunde führte uns zu den „vier Elementen“ (Quelle: F. Hegi. Darstellung der vier Elemente mit Instrumenten. Jeder spielt ein Element seiner Wahl vor, die übrigen Teilnehmer hören zu, versuchen, das Element zu erraten und steigen mit den entsprechenden Instrumenten ihrer Wahl ein.). Frau B. spielte auf der Leier eine sehr liebevoll wirkende Melodie, die im musikalisch harmonischen Sinne von ihr beendet wurde. Dabei wurde ihr Gesichtsausdruck immer weicher. Sie habe „Wasser“ gespielt. Das Wasser habe für sie etwas Einhüllendes, Warmes. Auf das Liebevolle angesprochen, bestätigte sie dies, ja, sie habe sich in ihrem Spiel gut wiederfinden können, ihre vorherigen düsteren Gedanken (sie hätte ein Gespräch mit der Sozialpädagogin gehabt über ihre berufliche Wiedereingliederung) seien zum größten Teil wieder weg, sie fühle sich locker. Das Eingehen auf die Elemente der anderen Teilnehmer sei ihr nicht schwergefallen. Die Gruppe meldete Frau B. zurück, daß ihr das Spiel auf der Leier sehr gut gefallen hätte, woraufhin die Patientin fast ein wenig strahlte. Bemerkenswert ist außerdem, daß Frau B. an der Musiktherapie weiterhin teilnahm. Sie hatte sich anfangs eine Probezeit von zwei Sitzungen ausgebeten. In der letzten Musiktherapie-Stunde, an der Frau B. teilnahm unternahmen wir eine „Reise“ (Quelle: F. Hegi. Das gemeinsame Reisen wird durch Rhythmusinstrumente dargestellt, das gemeinsame Aussteigen und z.B. Besichtigen mit Melodieinstrumenten). Frau B. erzählte anschließend, daß ihr die „Besichtigungen“ besser gefallen hätten als die „Fahrten“. Sie habe dabei so richtig abschalten können, sich auf sich konzentrieren können. Die Anwesenheit der Gruppe sei dabei wichtig gewesen, einfach zu wissen, daß es die anderen gäbe. Das von mir angebotene Bild „eine Insel für mich“ konnte sie begeistert annehmen. Sie habe sehr wenige Inseln für sich im Leben, aber sie werde jetzt welche für sich suchen. Sie hatte wieder auf der Leier gespielt, das Instrument wie ein Kind im Arm gehalten.

Die anfängliche „harte Nußschale“ der Frau B. konnte in der Musiktherapie ihren weichen Kern freigeben und auch deutlich zeigen. Die Kommunikationsschwierigkeiten, die am Anfang auch in der Musik deutlich wurden, traten in den Hintergrund. Es gelang Frau B. ihre Abwehr, den Schutz ihres weichen Kernes, ihrer Gefühle, aufzubrechen und dabei zu erkennen, daß dies sie nicht schutzlos machte. Sie fand neue, aktiv gestaltete Wege für sich, aus der depressiven Stimmung herauszufinden.

3. Herr C.

Herr C. kam in die Tagesklinik nach mehreren Vorbehandlungen, die ihm alle „nichts gebracht“ hätten. Er leide unter Angst- und Panikattacken, habe immer wieder heftige körperliche Beschwerden. Deshalb habe er schon diverse Ärzte aufgesucht, aber diese hätten ihm gesagt, daß organisch alles in Ordnung sei. Er mache sich Vorwürfe, nicht mehr für die Familie dasein zu können, schließlich sei er der Ernährer der Familie, aber er könne es sich im Augenblick überhaupt nicht vorstellen, einer Arbeit nachgehen zu können. Er traue sich kaum noch aus dem Hause, ständig träten diese plötzlichen heftigen körperlichen Probleme auf, sein Herz rase z.B., er bekäme keine Luft

mehr. Unter der Diagnose einer Angst- und Panikstörung (ICD 10 F 41.0) sowie Somatisierungsstörung (ICD 10 F 45.0) wurde Herr C. in der Tagesklinik aufgenommen. Während der Therapien fielen seine narzißtischen Persönlichkeitszüge auf, an vielem, was ihm so zugestoßen sei, seien andere Schuld. In den Gruppengesprächen verteilte Herr C. „gute“ Ratschläge an die Mitpatienten, schien damit seine eigenen Gefühle überdecken zu wollen. Ändern könne er ohnehin nicht viel, denn wenn er das Eine täte, würde sicherlich sofort das Andere passieren. Jeden Fortschritt, den er wahrnahm, schränkte er wieder durch ein „aber“ ein.

Er sprach von sich aus an, an der Musiktherapie teilnehmen zu wollen, auch wenn er eigentlich in der letzten Zeit gar keine Musik mehr gehört habe, aber - er wolle ja alles tun, was ihm helfen könne und Musiktherapie kenne er noch nicht. Ich sah die Musiktherapie für Herrn C. als eine Möglichkeit, mit anderen Teilen seiner Persönlichkeit in Kontakt kommen zu können. Herr C. nahm an insgesamt sieben Musiktherapie-Sitzungen teil, an der achten, seiner letzten und somit Verabschiedungssitzung fehlte er.

In der ersten Musiktherapie-Stunde improvisierten wir zu dem Spiel „Der kranke König“ (Quelle: L. Friedemann. Ein Teilnehmer stellt musikalisch sein Kranksein dar, die übrigen Teilnehmer versuchen, den kranken König durch ihre Klänge zu heilen.). Herr C. hatte sich zwei Metallklangstäbe genommen, auf einen Stuhl gestellt und diesen so positioniert, daß die Lehne in den Kreis zeigte. Er klimperte hin und her auf seinen Klangstäben, war dabei deutlich zu hören. Es sei ihm schwer gefallen, anfangs sei er sich „blöd“ vorgekommen, wie seine Kinder vor Jahren. Jetzt spiele er auf solchen „Dingern“, die ihm damals schon immer zu laut gewesen wären. Er stellte dann mit „Erstaunen“ fest, daß er sich habe gut darauf einlassen können, daß es ihm sogar Spaß gemacht habe. Er freue sich, daß man ihn gehört habe, da er sich ansonsten immer sehr schnell zurückgewiesen fühle. Wahrscheinlich habe er die Stuhllehnen gebraucht, um sich „verschanzen“ zu können. Er habe immer viel Angst vor Neuem, halte gerne an eingefahrenen Strukturen fest, häufig auch dann, wenn er bemerke, daß diese ihm schaden. Herr C. hatte zu Beginn einen Mitpatienten motivieren wollen, den „kranken König“ zu spielen, er selber wolle es nicht, da er ja neu in der Gruppe sei. Im Verlaufe der Improvisation sei er sehr mit sich selber beschäftigt gewesen, er habe zur Heilung des Königs nicht viel beitragen können. Dieser hatte es auch so wahrgenommen.

Zur nächsten Therapiestunde hatten wir verabredet, daß alle Teilnehmer ein Musikstück von einer CD oder MC mitbrächten, wir uns gegenseitig „unsere“ Musik vorstellten. Herr C. kündigte an, daß er keine CD mitbringen würde, da er ja keine Musik höre. Er hatte dann doch eine MC dabei, Musik, die er „zufällig“ gehört habe bei seinen Kindern. Was ihm daran gefalle, könne er eigentlich gar nicht sagen. Im Verlauf dieser Therapiestunde äußerte sich Herr C. immer wieder zu den Musikstücken der anderen in dem Sinne, daß er sagte, „das paßt zu dir“. Seine eigenen Gefühle hielt er verschlossen, auch nachdem er sowohl von mir wie auch seinen Mitpatienten darauf aufmerksam gemacht wurde.

Im Verlauf der nächsten Musiktherapie-Sitzungen zeigte sich Herr C. sehr motiviert, weitere Musik, die er inzwischen wieder hörend zugelassen habe, mitzubringen. Die Improvisationsspiele machte er begeistert, häufig auch tonangebend mit, mußte sich nicht mehr „verschanzen“.

Im Improvisationsspiel „Dampflok“ (Quelle: F. Hegi. Darstellung einer alten Dampflok mittels Rhythmusinstrumenten, die langsam Fahrt aufnimmt und irgendwann in ihren Schuppen zurückkehrt, ein Spieler übernimmt die Pflöcke.) hatte er z.B. die Signalpfeife übernommen und setzte für die anderen die Signale recht eindringlich.

Der Zug fuhr eher ein langsames, von der Pfeife unabhängiges Tempo. Herr C. blieb in der Reflexion sehr oberflächlich, früher sei eben alles besser gewesen, die Züge langsamer, alles überschaubarer.

In den folgenden Therapiestunden wurde deutlicher, daß Herr C. einerseits gerne eine Alpha-Rolle in der Gruppe übernehmen würde, gleichzeitig unterschiedlichste Gründe dafür konstruierte, warum etwas nicht so gehe, wie er es sich eigentlich gedacht habe. Auf einer musikalischen „Wanderung“ (Quelle: variiert nach M. Schwabe. Die Gruppe wandert durch verschiedene Landschaften. Ein Teilnehmer führt die Gruppe an, die übrigen schließen sich seinem Tempo, seinem Rhythmus an. Alle spielen auf Rhythmusinstrumenten. Die Führer wechseln. Wer ermüdet ist, nimmt Blickkontakt zu einem anderen Teilnehmer auf und übergibt diesem die Führung) beschrieb er, daß er nicht das richtige Instrument gehabt habe, seine „Schuhe hätten nicht gepaßt“, es sei schwierig gewesen für ihn, auf der Wanderung mitzukommen. Er habe die „Schuhe wechseln“ können, habe den Schlegel für seine Trommel umgedreht, und es wäre besser gegangen. Aber er habe immer noch nicht so richtig mitmachen können, da die anderen wohl von ihm erwartet hätten, daß er die Führung übernehme, so wie er es kenne. Die Rückmeldung der Teilnehmer, daß dies niemand gewollt hätte, nahm er mit Zweifeln zur Kenntnis.

Im „Blumenmikrofon“ (Quelle: L. Friedemann. Alle spielen ihre Blumen. Ein Teilnehmer sucht sich einzelne Spieler mit seinem Mikrofon aus. Diese verstärken ihr Spiel während die übrigen Teilnehmer leiser werden.) hatte Herr C. wieder die „falschen“ Instrumente ausgewählt, sah aber diesmal keine Möglichkeit, aktiv daran etwas zu ändern, z.B. das Instrument zu wechseln.

Anfänglich schien Herr C. mit großer Begeisterung an der Musiktherapie teilzunehmen. Er erlebte, gehört zu werden. Er entwickelte dafür einerseits Ideen, im Gruppenverband mitlaufen zu können – z.B. den Schuhwechsel -, konnte aber andererseits seine eigenen Bedürfnisse dabei nicht wahrnehmen. Er hatte erlebt, daß ihm die Musiktherapie guttue, seine körperlichen Beschwerden seien deutlich weniger geworden. Den Hinweis, daß er dafür aktiv etwas getan habe, schränkte er durch ein „aber“ sofort wieder ein, Möglichkeiten, dies auch in seinem Leben zu versuchen, sähe er keine. Eine Art „Selbstkasteiung“ schien für ihn wichtig zu sein, denn auch in den anderen Therapien fiel es ihm schwer, von seinem eingefahrenen Weg herunterzugehen. Ein Musikstück von einer CD, die eine Mitpatientin mitgebracht hatte, verursachte für ihn wegen der „Dominanz“ der Flöte seine bekannten Herzschmerzen. In der anschließenden Improvisation, in der ein „Klangteppich“ (Quelle: H.H. Decker-Voigt. Ein bis zwei Spieler übernehmen ein Rhythmusostinato, die übrigen variieren den Rhythmus und weben dann mit Melodieinstrumenten bunte Muster ein.) gewebt werden konnte, in den jeder Teilnehmer die zuvor wahrgenommenen Gefühle einweben konnte, mußte Herr C. den Raum verlassen. Er wisse nicht, warum es ihm so schlecht gehe. Vorschläge, dies musikalisch auszudrücken, mochte er nicht umsetzen, es gehe ihm zu schlecht. Ich hatte die Hypothese, daß die Beschwerden erneut aufgelöst wurden dadurch, daß Herr C. einen Mitpatienten, der erst zum zweiten Mal an der Musiktherapie teilnahm, als zu dominant, als Konkurrenten in der Gruppe, die er bisher eher dominiert hatte, empfunden habe könnte. Ein Gespräch war nicht mehr möglich, auch nicht außerhalb der Musiktherapie-Sitzungen, da Herr C. sich hinter seinen Beschwerden verschanzte. Es kam hinzu, daß zu diesem Zeitpunkt der mit Herrn C. abgesprochene Entlassungstag nahte. Er empfand dieses offensichtlich zunehmend als Kränkung und erschien am Entlassungstag nicht mehr in der Tagesklinik, somit auch nicht mehr in der Musiktherapie.

Ich denke, daß in der Musiktherapie die Widerstände des Herrn C. gegen eine Therapie, die zu seiner Genesung hätte beitragen können, noch einmal sehr deutlich geworden sind. Eine Auseinandersetzung mit sich, seinen Gefühlen, wollte oder konnte er nicht zulassen, weiteren Teilen seiner Persönlichkeit gab er, zumindest im Augenblick, noch keine Chance. Eine Verstärkung seiner Symptomatik kurz vor Entlassung bestärkte seinen Eindruck, daß ihm nichts und niemand helfen könne. Den Blick auf den übrigen Therapieverlauf und seine Erfolge wollte er nicht mehr zulassen. Die Erkrankung schien für ihn einen größeren Nutzen als Schaden zu haben, weshalb er nicht gesund werden konnte. Er gestaltete seine FERMATE als eine Dehnung auf unbestimmte Zeit.

4. Frau D.

Frau D. wurde in die Tagesklinik verlegt, nachdem sie zuvor wegen einer Eßstörung zunächst in einem anderen Krankenhaus, dann in Lübbecke vollstationär behandelt worden war. Zum jetzigen Zeitpunkt litt sie unter einer Anorexie (ICD 10 F 50.0) und hatte die Diagnose Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ erhalten (ICD 10 F 60.31). Sie konnte nur mit sehr leiser Stimme reden, zog sich fast nur zurück und konnte sich in der Gesprächsgruppe nicht einbringen. Deshalb schlugen wir ihr die Musiktherapie vor. Sie willigte ein, erzählte, daß sie früher sehr gerne Musik gehört hätte, aber schon seit langer Zeit keinen Zugang mehr dazu gefunden habe.

In der ersten Musiktherapie-Stunde wäre sie schon am liebsten gleich wieder gegangen aus Angst vor der Gruppe und vor dem, was auf sie zukäme. Sie habe es dann aber doch schaffen können zu bleiben und habe die Musik von der CD genießen können. Die anschließende Improvisation sollte einen „Klangteppich“ (Quelle: H.H. Decker-Voigt, s.o.) weben. Frau D. probierte eifrig Instrumente aus, entschied sich für die Kalimba und bemerkte hinterher, daß dieses ein gutes Instrument für sie sei, um sich ausdrücken zu können. Nach der „Probierphase“ gelang es ihr dann nicht mehr, auf diesem Instrument zu spielen – als es „ernst“ geworden sei, sei der „Druck“ zu groß gewesen, sie hätte ja „etwas Falsches“ spielen können, und alle hätten es gehört. Nun sei schon wieder etwas schief gegangen, sie sei ein Versager. Sie ließ sich an den Anfang der Therapiestunde erinnern und konnte erkennen, daß sie schon Einiges geschafft habe, indem sie in der Gruppe geblieben sei. Das Angebot, die Kalimba mit nach Hause zu nehmen über das Wochenende, um sie für sich weiter ausprobieren zu können, nahm sie dankbar an und trug das Instrument wie eine Ikone mit beiden Händen vor sich her aus dem Raum.

In der nächsten Therapiestunde war Frau D. wieder sehr unruhig, wippte mit den Beinen. Sie erlebte, daß ihr eine Chekere, mit der sie ihr inneres Chaos ausdrücken wollte, sehr gut getan habe, sie sei „total ruhig“ geworden. Sie sei wohl ziemlich laut gewesen, meinte sie und holte sich die Rückversicherung, daß es für die anderen nicht zu laut gewesen sei. Aber es ihr eigentlich auch eher egal gewesen sei, was die anderen gesagt hätten. Es war für sie eine völlig neue Erfahrung, laut zu sein und laut sein zu wollen, wo sie doch ansonsten lieber nicht auffallen wolle. Sie wirkte beim Spiel mit der Chekere wie ein zufriedener schmunzelnder Säugling.

Auch in der nächsten Therapiestunde spielte Frau D. sehr laut und kraftvoll im wesentlichen ohne festes Metrum mit einem Schellenkranz und der Chekere zu dem Thema „ich bin ganz bei mir, ich bin ganz in der Gruppe“ (Quelle: A. Haardt, s.o.), sowohl in den „Einzelphasen“ wie in den „Gruppenphasen“. Sie konnte es hinterher kaum

ertragen, „so laut“ gewesen zu sein. Sie geriet durch die Äußerung einer Mitpatientin, daß es schön gewesen sei, sich an Frau D. orientieren zu können, zunehmend unter Druck, so daß sie zweimal den Raum verlassen wollte, sich nach Aufforderung dann doch der Situation stellen konnte, es aushalten konnte. Sie erlebte dies als Fortschritt für sich und neue Erfahrung, da sie ansonsten immer nur erlebe, daß ihre Mitmenschen sie als „blöd“ und „unfähig“ ansähen.

Es gelang Frau D. Musik in ihrem Leben wieder zuzulassen. Sie ordnete ihre CD-Sammlung und brachte „ihre“ Musik auch in die Musiktherapie-Stunden mit. Immer wieder bezichtigt sich Frau D. selber, „dumm“ zu sein, nicht aufgepaßt zu haben, alles falsch zu machen. Die Erinnerung an die „Spielregeln“ in der Musiktherapie konnten sie langsam immer besser auf den Boden der Realität zurückführen, sie mußte weniger häufig ihr Gesicht in den Händen verbergen, die Tendenzen hinauszurennen wurden weniger. Sie konnte im Laufe der Zeit erkennen, daß Traurigkeit bei ihr in Aggression umschlage, und sie fand die große Pauke als Möglichkeit, ihre Anspannung abzuleiten, nutzte dieses Instrument auch außerhalb der Musiktherapie-Stunden für sich alleine.

Es gelang Frau D. allmählich besser, sich auf das Gruppengeschehen einzulassen, sich nicht sofort für alles verantwortlich zu fühlen und vorsichtig für sich selber zu sorgen, sich selber ernst zu nehmen. So übernahm sie in einem Improvisationsspiel, dem „Mutter-Spiel“ (Quelle: L. Friedemann. Ein Spieler übernimmt als zuverlässig anwesende Mutter einen regelmäßigen Puls. Die übrigen Teilnehmer nutzen den Grundschlag zu rhythmischen Ausflügen und versuchen manchmal, die Mutter aus dem Konzept zu bringen.) die „Mutter“ mit einem gleichmäßigen kraftvoll gespielten Metrum, worauf die Gruppe mit einem sehr lebendigen ideenreichen Rhythmus einstieg. Frau D. brach nach sehr kurzer Zeit abrupt ab. Sie habe sich damit überfordert gefühlt, auf die Gruppe und sich selber zu achten. Sie habe die Gruppe als Bedrohung wahrgenommen. Die Rückmeldungen aus der Gruppe, daß es auch anderen schwer gefallen sei, das Metrum als Basis durchzuhalten, holten sie aus ihrer Selbstbeziehungswelt zurück, und sie stimmte einem zweiten Versuch zu. In diesem zweiten Versuch spielte sie genauso kraftvoll und deutlich ihr Metrum wie zuvor, wirkte dabei sicher, saß aufrecht und war sehr stolz darauf, es geschafft zu haben. Sie habe die Gruppe diesmal nicht als Bedrohung erlebt, habe sich auf sich und auch auf die Gruppe konzentrieren können.

Es fiel Frau D. auch weiterhin schwer, an sich zu denken, für sich zu sorgen. Immer, wenn sie für die anderen spielte, stattete sie sich mit sehr vielen Instrumenten aus, um „ganz viel für die anderen tun zu können“. Wenn es dann ausschließlich um sie selber ging, die Darstellung ihrer Bedürfnisse, ihrer Gefühle, fiel ihr nichts mehr ein, sie suchte nach einem Instrument und Klang, konnte dann nicht dazu stehen, „ich bin zu laut, das darf ich doch gar nicht sein“, „ich hätte es doch anders spielen müssen“. Ihr Selbstbild schien sich in einer kleinen Maus widerzuspiegeln, aber sie bemerkte, daß ihr eigentlich der Elefant besser gefiele. Sie stellte den Elefanten in einer Einzelstunde mit der großen Trommel dar, der mit sich rasch vermehrenden Mäusen kämpfte. Der Elefant entzog sich den Mäusen, indem die Mäuse nicht mehr mitspielen durften. Durch kraftvolle langsame Schläge auf das Trommel-Fell konnte Frau D. ihr Selbstbewußtsein stärken. Sie habe sich gewehrt, sie habe sich gesagt, „nicht immer ich“.

In einer Musiktherapie-Stunde schlug Frau D. vor, auszuprobieren, gemeinsam „richtig“ laut zu werden. Die übrigen Teilnehmer stimmten zu. Wir vereinbarten daß derjenige, dem es zu laut werde, nicht hinausgehe, sondern deutlich für alle anderen ein Zeichen setze, das dann für uns alle ein Stop bedeute. Alle spielten wild drauflos ohne festes Metrum. Frau D. rief nach ca. drei Minuten laut und deutlich Stop. Sie hatte die Improvisation begonnen, hätte dies auch gut gefunden. Der Einstieg der anderen hätte ihren „Pegel steigen lassen“, Ängste bei ihr hervorgerufen. Gleichzeitig

habe sie sich Vorwürfe gemacht, daß sie nun abbreche, obwohl es doch ihr Wunsch gewesen sei. Der Verweis darauf, daß es sich um einen Versuch, ein Experiment gehandelt habe, ließ sie ruhiger werden. Sie erkannte, daß sie es geschafft hatte, sich von ihren Gefühlen nicht überfluten zu lassen, sondern in der Realität geblieben sei, nicht kopflos z.B. hinausgerannt sei, sondern laut und deutlich für alle erkennbar, Stop zu sagen. Es gelang ihr anschließend auch die Rückmeldungen der übrigen Teilnehmer in Ruhe anzuhören, ohne sich erneut dafür verantwortlich zu fühlen. Sie erlebte, daß sie sich in der Gruppe sicher fühlen konnte, daß sie auf das Spiel der übrigen Teilnehmer eingehen konnte, ohne sich ständig zu fragen, ob sie es richtig mache. Sie erlebte das Gefühl, sich in der Gruppe getragen zu fühlen als etwas sehr Wohltuendes. Sie konnte Kontakte herstellen, Kontakte zuzulassen. Sie lernte, sich bewußter abzugrenzen, auch Rückmeldungen, mit denen ihr z.B. ein Erschrecken über ihr plötzliches lautes Spiel mit der Chekere signalisiert wurden, zu ertragen und nicht mehr z.B. fluchtartig den Raum zu verlassen.

Die Musiktherapie war ein sicherlich wesentlicher Faktor für Frau D. während ihres Tagesklinik-Aufenthaltes, eigene Stabilität zurückzugewinnen in Bezug auf ihr Selbstbild und die zwischenmenschlichen Beziehungen. Sie hatte für sich die Musik zurückerobert, konnte mit ihrer Hilfe einerseits Spannungen abbauen und andererseits Kontakte aufbauen. Sie plante, sich nach der Entlassung einer Trommelgruppe anzuschließen.

5. Herr E.

Herr E. wurde in der Tagesklinik aufgenommen wegen einer depressiven Anpassungsstörung (ICD 10 F 43.2) und einer Dysthymie (ICD 10 F 34.1). Es fiel ihm sehr schwer, sich an den Gesprächsgruppen zu beteiligen, eigene Gefühle einzubringen. Er erschien in der Tagesklinik Tag für Tag mit einem gleichförmigen, leicht leidend wirkenden Gesichtsausdruck, alles so hinnehmend wie es eben ist. Deshalb schlugen wir ihm die Musiktherapie vor.

Er nahm den Vorschlag an, zeigte sich im Vorgespräch aber skeptisch, weil er ja nun leider nie gelernt habe, ein Instrument zu spielen. Der Hinweis, daß dies für die Teilnahme an der Musiktherapie auch absolut nicht notwendig sei, beruhigte ihn wohl etwas, aber die Skepsis blieb. Er wollte es dennoch probieren. Und er probierte schon in diesem Vorgespräch mehrere Instrumente aus, insbesondere die Kalimba und strahlte vorsichtig.

In seiner ersten Musiktherapie-Stunde hörten wir mitgebrachte griechische Tango-musik. Er war erstaunt über die Äußerung einer anderen Teilnehmerin, die ihr Bild beim Hören dieser Musik beschrieb. So etwas sei völlig neu für ihn, aber es fasziniere ihn. Er selber habe versucht, den Text zu verstehen, aber er könne kein Griechisch, häufig würde er nicht einmal Englisch verstehen. Es sei dann immer eine Enttäuschung für ihn, daß er die Sprache nie so richtig gelernt habe. Er könne aber trotzdem die Musik genießen. In der anschließenden Improvisation, in der jeder Teilnehmer sein eigenes Klangmuster in ein rhythmisches Grundmuster hineinweben konnte, spielte Herr E. auf der großen Pauke, anfangs sehr vorsichtig, ließ sich dann von einem Crescendo der Gruppe mitreißen und wippte mit dem Fuß das Grundmetrum mit. Er schilderte seine anfängliche Unsicherheit, er sei vorsichtig gewesen, um nichts falsch zu machen. Dann habe es ihm gut gefallen, auch lauter zu spielen. Auf sein Mitwippen aufmerksam gemacht, war er erstaunt darüber, freute sich sehr,

lächelte. Er achte selber auf sich sehr wenig. Er freue sich, daß etwas von ihm positiv aufgefallen sei.

Herr E. gewann während seiner Teilnahme an der Musiktherapie zunehmendes Zutrauen zu sich selber. Er lernte, sich nicht ausgeliefert zu fühlen, sondern auf sich zu achten, sich mehr wahrzunehmen. Es stärkte ihn z.B., daß er gehört wurde. Am deutlichsten wurde dies im „Dirigentspiel“ (Quelle: Siegener Musiktherapie-Ausbildung. Die Teilnehmer spielen auf Instrumenten ihrer Wahl. Ein Teilnehmer übernimmt die Funktion eines Dirigenten und stellt sich die Klänge, die ihm gefallen, zusammen). Herr E. übernahm den Dirigentenstab zunächst sehr verlegen, blieb in seiner Ecke sitzen. Dann erhob er sich, dirigierte souverän, stellte sich ein Musikstück zusammen. Hinterher zeigte er sich begeistert, daß alle auf ihn gehört hätten, etwas, was er aus seinem Leben nicht kenne. Er sei skeptisch, diese Erfahrung auf sein Leben übertragen zu können, aber im Moment sei er glücklich und zufrieden. In der gleichen Improvisation gelang es ihm als „Orchestermitglied“ sich einerseits anzupassen an die Wünsche der anderen Dirigenten, andererseits aber auch zu erkennen, was ihm nicht so gut gefalle. Er schaffte es, zu einer Dirigenten-Vorgabe, mit der er überhaupt nichts habe anfangen können, etwas „Eigenes“ zu spielen. Er sagte dies wie nebenbei, in unverändert eher monotoner Stimme. Auf das eben Festgestellte aufmerksam gemacht, reagierte er mit freudigem Erstaunen und wiederholte, ja tatsächlich, das habe er gemacht. Im weiteren Verlauf genoß Herr E. es, immer wieder Eigenes auszuprobieren, eine eigene Melodie zu finden, sich dabei auch von Normvorstellungen zu lösen.

Ich denke, Herrn E. hatte die Teilnahme an der Musiktherapie dazu verholfen, sich selber deutlicher wahrzunehmen. Er konnte seine recht festgefahrene Einstellung, „ich kann ja doch nichts, es ist nichts zu machen“, ändern. Er bemerkte, daß er selber Vieles zu seinem Wohlergehen beitragen konnte und wollte versuchen, dies auch in seinem Leben umzusetzen. Es war auffällig, daß sich der zuvor keine Regung zulassende Gesichtsausdruck des Patienten in der Musiktherapie-Zeit sichtbar wandelte, er sich immer häufiger ein vorsichtiges Lächeln gestattete.

6. Frau F.

Frau F. kam in die Tagesklinik aufgrund einer depressiven Episode (ICD 10 F 32.10) bei vorbestehender Zwangserkrankung (ICD 10 F 42.2). Sie kämpfte viel, um die Zwänge nicht „überhand nehmen“ zu lassen, sei im Augenblick am Ende, könne nicht mehr, sehe alles nur noch negativ, sie wisse nicht mehr, wozu sie noch kämpfen solle, es sei alles sinnlos. Es gelang Frau F. nicht, ihre Gefühle zuzulassen, sie versuchte, sie zu unterdrücken, um nicht wieder zu erleben, daß ihre Zwänge stärker würden. Sie kannte sich sehr gut aus mit ihrer Erkrankung, war Mitglied einer Selbsthilfegruppe, sorgte teilweise auch für die Organisation dieser Gruppe. Die Zusammenhänge waren ihr theoretisch klar, doch derzeit litt sie unter den schmerzhaften Erfahrungen, die sie durch ihre Gefühle machte. Sie wollte die Musiktherapie ausprobieren, wirkte anfangs skeptisch.

In der ersten Musiktherapie-Stunde bemerkte Frau F., daß ihr die Ruhe bei dem musikalisch dargestellten „Morgenspaziergang“, vorgeschlagen von einer Patientin, nicht gut getan hätte. Ihre Gedanken wären gekreist, sie hätte aber auch keine Alternative finden können, obwohl ihr das ausgewählte Instrument, die Chimes, schon gut gefallen

hätte. Im weiteren Verlauf konnte Frau F. Ruhe zunehmend besser zulassen. Sie konnte sich entspannen, mußte nicht mehr alles unter Kontrolle haben.

In einer solchen Situation erzählte sie der Gruppe von einer Überlegung, die ihr gekommen sei, fing plötzlich an zu weinen und verließ fluchtartig den Raum. Sie habe erwartet, daß alle anderen sich über ihre Idee lustig machen würden, so wie sie es ansonsten kenne. Sie habe sich erschrocken, daß sie von ihrer Idee einfach so unkontrolliert berichtet habe. Sie ließ sich darauf ein, in die Gruppe zurückzukehren, und war froh darüber, daß es ihr niemand übel genommen habe. Sie erlebte die Gruppe zunehmend als etwas für sie Stabilisierendes, konnte sich in der Gruppe zunehmend besser mit eigenen Themen auseinandersetzen.

Sie ging z.B. auf einem musikalisch dargestellten „Waldspaziergang“, vorgeschlagen von einer Patientin, nicht mit den anderen im Wald spazieren. Sie hatte sich das Guero ausgewählt, spielte es laut ratschend wie gequält. Der Klang habe sie an ihre frühere Nervosität erinnert, an das „Nägel kauen, Haare fummeln“. Sie habe dieses Gefühl für sich abschließen können, habe sich dann ein neues Instrument genommen, die Triangel. Dafür war sie extra aufgestanden und sicheren Schrittes durch die Gruppe zum Instrumentenschrank gegangen. Mit der Triangel sei sie wieder ruhiger geworden und entspannter. Wichtig sei ihr dabei gewesen, daß sie sich in der Gruppe aufgehoben gefühlt habe, sie ihre Auseinandersetzung im Schutze der Gruppe habe erleben können. Sie hatte die Triangel zunächst auf ihre Oberschenkel gelegt, nicht ausklingen lassen. Dann hob sie das Instrument immer höher, ließ es frei schwingen, konnte ihre Kontrolle über das Instrument an die Gruppe abgeben, den Klang für die anderen zur Verfügung stellen.

Im weiteren Verlauf gelang es Frau F. noch, sich selber vertrauensvoll der Gruppe zu überlassen, indem sie nicht mitspielte, sondern zuhören wollte. Sie habe die anderen für sich spielen lassen, etwas, was sie gar nicht kenne. Es habe ihr auch weh getan, da ihr bewußt geworden sei, wie wenig ihre eigene Familie jemals für sie getan habe. Sie erlebte jetzt, daß sie sich, ohne selber kontrollierend eingreifen zu können, den Klängen der anderen aussetzen konnte, sich von Klängen abgrenzen konnte und auch guttuende Klänge zulassen konnte, ihren eigenen Gefühlen zunehmend besser trauen konnte.

Dies gelang ihr auch in einer weiteren freien Improvisation, in der sie sich mit der Rassel einfach einmal „treiben“ ließ. Sie habe sich von den entstehenden Klängen mitreißen lassen und habe das Vertrauen genossen, das sie der Gruppe gegenüber habe. Sie schaffte es, ihre eigenen Zügel locker zu lassen. Sie nahm sich vor, dies auch in ihrem Leben außerhalb der Musiktherapie und Tagesklinik zu probieren.

Frau F. gelang es im Laufe der Therapiezeit das sie einengende Korsett der zwanghaften Selbstkontrolle zu verlassen, eigene Gefühle wahrzunehmen, auch wenn sie weh taten, sich damit auseinanderzusetzen, und neue Perspektiven für sich zu finden. Diese Perspektiven hießen für sie z.B. sich wieder vertrauensvoll unter Menschen begeben zu können.

7. Herr F.

Herr F. wurde in der Tagesklinik aufgenommen aufgrund rezidivierender depressiver Episoden (ICD 10 F 33.10) bei einer depressiven, abhängigen Persönlichkeitsstruktur. Er war zwischenzeitlich latent suicidal. Er hatte bis zum Tode der Eltern bei diesen gelebt (war damals ca. 40 Jahre alt gewesen). Er war es gewöhnt, versorgt zu werden, lebte nur von und für seine Arbeit. Nun stand er auf eigenen Füßen, konnte seiner Arbeit bei zunehmender Depressivität nicht mehr in gewohnter Weise nachkommen, der

Verlust des Arbeitsplatzes drohte. Herr F. wirkte sehr passiv, beteiligte sich nicht an den Gruppengesprächen, lief ständig mit einem wie versteinert wirkenden Gesichtsausdruck herum, sah alles nur negativ, sein einziges Ziel und seine Identität sei die Arbeit und diese verlöre er nun. Es gehe ihm schlecht, er könne dagegen nichts tun. Wir schlugen ihm die Teilnahme an der Musiktherapie vor. Die Idee war, ihn vielleicht über eine mehr spielerische Seite aus der „Reserve“ zu locken.

Er willigte im Vorgespräch ein, erklärte, daß er nicht sehr „kreativ“ sei. Aber er probierte mehrere Instrumente sehr geschickt aus, hatte sofort Ideen, wie er sie spielen könne. Seine erste Musiktherapie-Stunde verlief ohne Improvisation, weil sich ein Gespräch zum Thema Wirkungen von Musik entwickelt hatte. Herr F. zeigte sich enttäuscht, daß er keine Instrumente habe ausprobieren können, aber das Gespräch sei auch interessant gewesen.

In der nächsten Stunde schlug eine Patientin einen „Waldspaziergang“ vor. Wir einigten uns, zunächst alleine zu gehen und zu sehen, ob sich Begegnungen ergeben würden. Herr F. hatte sich die Kalimba ausgesucht. Deutlich hörbar versuchte er eine Melodie zu spielen. Er habe sich mit seinen Gedanken auseinander gesetzt, ob er in die Tagesstätte gehe oder nicht, sei zu keinem Ergebnis gekommen. Es habe ihm aber gut getan, dabei in der Gruppe zu sein. Sonst habe er immer das Gefühl, gerade in einer Gruppe allein zu sein, diesmal sei es nicht so gewesen. Er konnte vorsichtig für sich anerkennen, daß er aktiv geworden sei, diese Aktivität auch in die Gruppe eingebracht habe und dabei Resonanz von der Gruppe erfahren habe. In der nächsten Stunde wählte er ein neues Instrument, das Xylophon. Er bemerkte, daß ihm die „mittleren Töne“ besonders gut getan hätten. Er spielte diese nach Aufforderung noch einmal, zunächst hintereinander, dann wischte er mit dem Schlegel noch einmal darüber, so als ob er die gewonnene Erkenntnis wieder wegwischen wollte. Er bemerkte dazu, daß die mittleren Töne am besten zu ihm paßten.

In der nächsten Musiktherapie-Stunde schlug ich eine freie Improvisation vor, in der jeder seinen augenblicklichen Gefühlen, Bedürfnissen Ausdruck geben könnte. Herr F. saß neben einem neu in die Gruppe aufgenommenen Patienten, der auf einer Bongo schnelle Rhythmen im guten Forte spielte. Herr F. hatte sich wieder das Xylophon genommen und spielte „seine“ mittleren Töne, wie zuvor beschrieben, im mezzopiano. Er spielte langsamer, hörte ganz auf, saß ein paar Sekunden mit seinem bekannten versteinerten Gesicht vor seinem Instrument, drehte sich dann zu dem Mitpatienten um und forderte ihn auf, leiser zu spielen, was dieser sofort tat. Herr F. setzte daraufhin sein Spiel mit den mittleren Tönen seines Instrumentes unverändert fort. Hinterher erzählte er, daß er die Töne seines Instrumentes nicht mehr habe hören können. Sie hätten ihm doch so gut gefallen. Es habe ihn Überwindung gekostet, den Mitpatienten anzusprechen, vielleicht wollte dieser ja unbedingt so laut spielen, aber wegen seiner Töne habe er es dann gemacht. Es gelang ihm zögerlich, seinen Eigenanteil an der Veränderung dieser Situation für sich anzuerkennen. Er war aktiv geworden und konnte feststellen, daß es ihm sogar noch gut getan habe. Sein Gesichtsausdruck wurde eine Spur weicher und offener.

Herr F. hat insgesamt nur viermal an der Musiktherapie teilgenommen bis zu seiner Entlassung. Er nutzte die Gelegenheit, etwas Neues, Ungewohntes auszuprobieren, aus seinem eingefahrenen Trott herauszukommen und konnte feststellen, daß es ihm gut-tun kann, wieder selber etwas in die Hand zu nehmen.

8. Frau G.

Frau G. kam in die Tagesklinik wegen Angst- und Panikattacken (ICD 10 F 41.0). Sie konnte zeitweise ihre Wohnung nicht mehr verlassen, ihrer Arbeit nicht mehr nachgehen. Sie sprach von sich immer in „man“-Form, schien ihren eigenen Gefühlen sehr weit entrückt zu sein. „Man“ habe doch bisher immer funktioniert, warum jetzt nicht mehr. Neben einer verhaltenstherapeutisch orientierten Therapie wurde ihr die Musiktherapie vorgeschlagen.

Sie willigte ein, obwohl sie Zweifel hatte, sie höre zwar viel Musik, aber daß Musik irgendwie unterschiedliche Wirkungen habe, ja schon, aber...., außerdem sei sie die Unmusikalischste in der Familie.

In der ersten Musiktherapie-Stunde wollte sie in dem Improvisationsspiel „Mutter“ (Quelle: L. Friedemann, s.o.) als erste das Metrum als Basis übernehmen. Es fiel ihr schwer, ein Metrum durchzuhalten. Sie hörte auf mit ihrem Spiel, die Gruppe spielte weiter, sie versuchte wieder einzusteigen. Sie erzählte hinterher, daß es anstrengend gewesen sei, ihr Metrum durchzuhalten. Irgendwann habe es einen Punkt gegeben, da sei das Chaos zu groß gewesen, sie wäre am liebsten rausgerannt. Sie habe pausiert und es neu versucht. Dieses Neuversuchen lasse sie ansonsten nicht zu. Sie erkenne, daß es doch ganz wichtig sei, dem Weglaufimpuls nicht nachgegeben zu haben. Sie könne darüber aber noch gar nicht richtig nachdenken, da die Verblüffung darüber, daß bei so einem „bißchen Rumtrommeln“ so viel „hochgekommen“ sei, was auch mit ihrem Leben zu tun habe, zu groß sei.

In der nächsten Therapiestunde erklärte Frau G., keine Lust zu haben, sie wolle „lieber rausgehen, Eine rauchen“. Sie empfand es als „ganz normal“, daß „man“ mal keine Lust habe. Sie ließ sich darauf ein, zu bleiben, um sich dann während der Improvisation neu entscheiden zu können, was sie gebrauchen könne. Sie blieb sitzen. Das Spiel habe ihr teilweise gefallen, teilweise aber auch nicht, sie frage sich, was „man“ hier solle. Sie habe aber auch „keinen Bock“ gehabt, rauszugehen.

Frau G. entschied sich auch für die nächste Musiktherapie-Stunde. Dabei wurde sie konfrontiert mit einer Mitpatientin, die sehr laut auf ihrem Instrument spielte. Sie selber spielte auf dem Guero eine kurze Zeit, legte es dann beiseite. Nein, sie habe sich nicht erschrocken, sie sei nur verdutzt gewesen. Es sei für sie in Ordnung gewesen, da Frau X. es ja so gewollt habe. Bei der Arbeit würde sie so jemanden, der plötzlich so laut würde, rausschmeißen oder selber gehen. Zu Hause würde sie in ähnlichen Situationen auch einmal „zurückschnauzen“, aber jetzt wäre es „okay“ gewesen.

Frau G. verkündete dann in der nächsten Stunde, eigentlich nicht mehr an der Musiktherapie teilnehmen zu wollen, aber sie wisse es noch nicht so genau. Die anderen Teilnehmer wollten sie zum Bleiben motivieren. Ich schlug eine Improvisation vor, in der jeder sich die Instrumente suche, mit denen er Frau G. überzeugen könne zu bleiben. Frau G. könne sich dirigierenderweise das herausarbeiten, was sie für ihre Entscheidung gebrauchen könne. Sie dirigierte wenig, ließ die anderen spielen, bedankte sich hinterher kurz dafür, daß sich alle so engagiert hätten, aber sie sei immer noch unsicher, wolle eigentlich gehen, fühle sich „bedrängt“. Musiktherapie sei nichts für sie, sie wisse auch nicht, warum, möchte aber auch nicht weiter darüber nachdenken. Sie entschied sich zu gehen.

Ich denke, die Teilnahme an der Musiktherapie hat Frau G. mehr als die Gesprächstherapie verdeutlicht, daß ihre Erkrankung einen Hintergrund haben könnte. Sie sah ihr Problem, die Ängste und Panikattacken eher als eine Art Getriebefehler, der möglichst rasch und unkompliziert ausgemerzt werden mußte, und dann hatte das Getriebe, nämlich sie selber, wieder einwandfrei zu laufen. Die Erforschung der Hintergründe des „Schadens“ war für sie zu diesem Zeitpunkt wohl eher zu belastend. In der ersten Musiktherapie-Stunde hatte sie erlebt, daß Musiktherapie nicht nur ein „harmloses Klimpern“ ist. Daraufhin entwickelte sie einen Widerstand in den nächsten zwei Stun-

den und entschied sich dann gegen die Fortsetzung der Musiktherapie, gegen ihre weitere Auseinandersetzung mit möglichen Ursachen ihrer Erkrankung. Sie hatte ihre FERMATE gestaltet, dabei letztendlich sich zu einem, nämlich ihrem, Entschluß, zu gehen, durchbringen können.

9. Herr H

Herr H. wurde in die Tagesklinik verlegt nach einer längeren vollstationären Therapie wegen einer schweren depressiven Episode mit Suicidalität und psychotischen Symptomen im Zusammenhang mit einer bipolaren Störung (ICD 10 F 31.4). Die akuten Beschwerden waren abgeklungen zum Zeitpunkt der Verlegung. Herr H. befand sich aber immer noch in einer tiefen depressiven Phase, war sehr antriebslos, zog sich fast nur zurück. Er nahm zwar an den Gruppentherapien teil, weil es zur Therapie gehörte, wirkte teilnahmslos, konnte sich nicht einbringen, war z.T. eher angespannt durch die Themen der Gespräche. Ich führte mit ihm Einzelgespräche, in denen ich musiktherapeutische Elemente nutzte. Herr H. nahm auch an der Gruppen-Musiktherapie teil.

Die Einzelgespräche eröffnete Herr H. wochenlang mit denselben Sätzen: „Es geht mir noch nicht so gut. Ich komme immer noch nicht raus aus mir, ziehe mich immer noch zurück.“ Er war jetzt ca. 25 Jahre alt. Er hatte die Schule mit dem Abitur abgeschlossen, ein Studium begonnen. Die Trennung von zu Hause führte vermutlich zur ersten schweren depressiven Episode in seinem Leben. Er hatte danach eine Lehre begonnen, mußte diese wegen einer weiteren depressiven Phase unterbrechen. Nach einer längerfristigen Behandlung, teils stationär, teils teilstationär, wurde er in einer Reha-Einrichtung aufgenommen. Die Reha-Zeit war beendet, und Herr H. lebte nun in einer eigenen Wohnung im sog. „Betreuten Wohnen“. Dieser Wechsel in die eigene Wohnung schien zur nächsten schwerwiegenden depressiven Episode geführt zu haben. Herr H. war ein großer, schlaksiger Mann, der in seinen Bewegungen ungelenkt wirkte, eher kindlich. Ihm gefiel der Vorschlag sehr, sich über Musik ausdrücken zu können.

Er erzählte, daß er beim letzten Tagesklinik-Aufenthalt einmal so richtig wütend auf seine Eltern geworden sei, er habe mit Lehmklumpen in der Ergotherapie um sich geworfen. Einerseits wolle dort wieder hinkommen, andererseits sei er immer noch am Überlegen, welcher Typ er eigentlich sei. Zu meinem Vorschlag, sich Instrumente für seine verschiedenen Stimmungen zu suchen, nahm er sich eine Handtrommel, eine Ratsche und eine Rassel. Er begann mit der Handtrommel, spielte mit der ganzen Handfläche wie ein ungelenktes „Batsch“ eines Kindes ein unregelmäßiges Metrum mit unregelmäßig verteilten Betonungen, die mir wie Ohrfeigen vorkamen. Eine Begleitung auf ebenfalls einer Handtrommel fiel mir schwer, ich konnte mich nirgendwo orientieren im Metrum. Dann wechselte Herr H. zur Ratsche, er versuchte sie zu drehen, auch dies wirkt ungelenkt. Er nahm das Instrument in beide Hände, die Drehbewegung gelang nicht vollständig. Anschließend griff er nochmals zur Handtrommel, spielte ein ähnliches Metrum wie zuvor, insgesamt etwas gleichmäßiger. Er griff zur Rassel, bewegte sie von einer Hand in die andere, sehr langsam und relativ gleichmäßig. Er kehrte zur Ratsche zurück, diesmal klappte eine vollständige Drehung, ausgeführt mit einer Hand. Dann nahm er nochmals die Handtrommel, spielte wieder mit der gesamten Handfläche ein langsames Metrum mit abwechselnder Betonung auf dem 5. oder 6. Schlag. Er endete leiser werdend. Ich hatte inzwischen meine Begleitung gelassen, da ich das Gefühl hatte, nicht gebraucht zu werden. Er habe anfangs

seine Unsicherheit gespielt, seine momentane Langsamkeit. Dann sei ein „wenig Wut“ aufgekommen, er habe „mehr Rhythmus“ gespielt. Mit der Ratsche habe er dann seine Wut ausdrücken können, der Ton der Ratsche habe gut gepaßt. Beim nochmaligen Trommeln habe er sich sicherer gefühlt. Mit der Rassel habe er seinen eigenen Rhythmus wiederfinden können, und es habe mit der Ratsche noch besser geklappt, seine Wut auszudrücken. Beim abschließenden Trommeln habe er sich ein Gespräch mit den Eltern vorgestellt, bei dem er habe sicherer auftreten können. Es sei ihm klar geworden, daß er eigentlich nicht der stille zurückgezogene Mensch sei. Meine Begleitung habe er eigentlich gar nicht wahrgenommen.

Sein zentrales Thema war die Auseinandersetzung mit den Eltern, dem Vater und der Stiefmutter, die ihn immer ausgeschlossen hätten. Schon an der Hochzeit der beiden, er war damals 8 Jahre alt, die Mutter war verstorben, habe er alles als Außenstehender wie im Film erlebt. Die Geschwister, zwei leibliche und zwei Stiefbrüder wären sehr viel älter, er wäre viel alleine gewesen. Es gab auf der einen Seite die Wut auf die Eltern, die zu seiner Erkrankung beigetragen hätten, und die er strafen müsse, indem sie es ertragen müßten, daß er immer noch krank sei. Und auf der anderen Seite schien es für ihn den Nutzen aus der Erkrankung zu geben, die ihn wieder zum Mittelpunkt, zum Kind der Familie werden ließ. Er beschrieb ein Bild, indem er sich klein wie eine „Erbse“ fühle und nicht wisse, ob die Erbse im Boden bleiben wolle oder Triebe ans Licht senden wolle. Es wurde deutlich, daß er einen Schutzraum benötigte, aus dem er sich vorsichtig hervorwagen konnte und in den er sich wieder zurückziehen konnte. Die Handtrommel wurde zu seinem Schutzraum. Er nahm sie mit nach Hause, brachte sie jedesmal zu den Therapien mit, hatte sie kein einziges Mal vergessen. Er spielte sie im Laufe der Zeit mehr mit den Fingern, blieb bei seinem langsamen, unregelmäßigen Metrum, variierte manchmal zwischen Schlägen und Streichen auf dem Fell.

Sein Pendeln zwischen Rückzug (Eltern) und Fortschritt (eigene Wohnung) spielte er mit der Handtrommel und der Ocean-Drum, wobei ihm das Unsichere der rollenden Kugeln Angst machte und er zum Alten, der Handtrommel zurückkehren mußte. Wir spielten dann beide Instrumente abwechselnd gemeinsam, und er stellte fest, daß sie gut zusammenklängen, egal in welcher der beiden Kombinationen gespielt. Er sei sich aber noch nicht so sicher, ob das Altvertraute für ein ihn ein ausreichend stabiles Fundament bilden könnte, um Neues darauf aufbauen zu können. Die Eltern würden ihn schon immer drängen, von der Zukunft reden, aber er sei noch nicht so weit.

Es gab Phasen, in denen Herr H. sich wieder vermehrt zurückzog, musikalisch wieder in sein sehr unregelmäßiges Metrum auf seiner Handtrommel verfiel, ungelenkt auf die Mitte des Felles mit der gesamten Hand die Schläge setzte und dann wieder Phasen, in denen er mit den Fingern an den Rand des Felles rückte, mit einem etwas schnelleren Metrum offensichtlich wieder auftauchte. Kleine Fortschritte, die ihm aus dem Rückzug gelangen, z.B. einen Freund nach langer Zeit wieder zu besuchen, konnte er nur schwer für sich anerkennen aus Angst, die Eltern könnten schnell wieder von seiner Zukunft reden. Als Abwehrmaßnahme bei Gesprächen, von denen er sich überrollt fühlte, kannte er nur den totalen Rückzug.

Musikalisch stellte er ein Gespräch, das zwischen ihm, seiner Betreuerin aus dem betreuten Wohnen und seinen Bezugspersonen in der Tagesklinik geführt worden war, und in dem es um seine berufliche Weiterbildung gegangen war, folgendermaßen dar: auf der Handtrommel setzte er einzelne leisere Schläge in die Mitte des Felles und dann schnellere, lautere an den Rand. Die Mitte repräsentierte die übrigen o.g. Gesprächsteilnehmer, der Rand ihn selber. Er kommentierte es, daß er sich vorgekommen sei wie ein störrischer Esel, der nicht weiter wolle. Aber eigentlich gehe es ihm am besten, wenn er im Bett läge. Ich versuchte, ihm seine Widerstände deutlich zu

machen. Er erkannte, daß dies ein Muster sei, in das er immer wieder ver falle, wenn jemand mehr von ihm erwarte, als er in der Lage sei, leisten zu können.

Dazu gehöre auch, die Krankheit, so wie sie sich derzeit äußere, zu akzeptieren. Herr H. erklärte, daß er sich schon so langsam damit abgefunden habe. Er wolle nicht mehr irgendwelchen Idealen (z.B. so zu sein wie einer der Brüder, der erfolgreich seinen Job ausfülle), die derzeit noch einige Nummern zu groß für ihn seien, nachhängen, wolle versuchen, kleine Schritte zu gehen und anzuerkennen. Er spielte wieder auf seiner Handtrommel einen unregelmäßigen Rhythmus in einem unregelmäßigen Metrum mit kräftigeren Schlägen in Fellmitte und etwas schnelleren leiseren am Fellrand, dazwischen rollte er Glöckchen langsam zwischen den Händen hin und her. Er habe die kleinen Schritte gespielt und mit den kräftigeren Schlägen den „Oberlehrer“ in sich gespielt, den Anteil in sich, der ihm vorhalte, was seine Brüder im Vergleich zu ihm schon alles geschafft hätten, der dadurch alles wieder schlecht mache. Die Glöckchen hätten für das heutige Erlebnis gestanden. Er habe es geschafft, eine Mitpatientin anzusprechen.

Auch in den nächsten Stunden standen die kräftigeren Schläge für seinen Rückzug, den Wunsch, Ruhe haben zu wollen und die leiseren Randschläge für die Fortschritte, die er mache. Es gelang ihm allmählich aus dem Rückzug immer mehr aufzutauchen, musikalisch wurde sein „Schutzraumspiel“ im Metrum einheitlicher. Es gelang mir, eine Begleitung zu spielen, ohne gleich wieder aus dem Takt, seinem Takt, zu geraten. Herr H. lernte, auf sein Tempo, auf sich, zu achten. Er benötigte die Handtrommel nun nicht mehr für zu Hause. Im Abschlußgespräch spielte er die Handtrommel erneut: er setzte zunächst langsame Schläge in die Mitte des Felles, die seine Unsicherheit darstellen sollten. Dann spielte er in einem etwas schnelleren Tempo am Fellrand, im Vergleich zu früher wesentlich gleichmäßiger. Er habe sein Tempo gefunden, habe mehr Sicherheit gefunden. Zugleich spielte er auf einem Shaker-Ei, das seine Unsicherheit vor der Zukunft ausdrücken sollte, eine Unsicherheit, die er sich jetzt aber als etwas Normales zugestehen konnte.

In der Gruppenmusiktherapie, an der Herr H. bald nach seiner Aufnahme teilnahm, gelang es ihm, trotz der sonstigen Rückzugstendenzen sich sofort mit einzubringen. Auch die anschließenden Reflexionen fielen ihm nicht schwer. Er erlebte im Gesprächstrommeln „zwei bis drei“ (Quelle: M. Schwabe. Ein Spieler trommelt ohne Metrum, versucht seinen linken Nachbarn anzusprechen, beide unterhalte sich. Dann steigt der dritte mit ein und der erste zieht sich langsam zurück. So setzt sich das Gespräch fort bis der letzte mit dem ersten Spieler sein Zwiegespräch führt. Es setzen dann alle ein und finden ein gemeinsames Ende.), daß er ein Gespräch habe führen können, er habe sich gehört gefühlt. Bei einer gemeinsamen musikalischen „Wanderung“ (Quelle: in Anlehnung an M. Schwabe, s.o.) konnte er die Führung übernehmen und sich auch ohne Schwierigkeiten dem Rhythmus der anderen Führer anpassen. Dabei habe ihm gefallen, auch einmal andere, neue Rhythmen ausprobiert zu haben.

Er erlebte insbesondere immer wieder, wie wichtig für ihn die Gemeinschaft war, und daß er auch mit immer wieder neuen Teilnehmern in einen Austausch treten konnte. In einer Gruppenstunde, in der alle Teilnehmer sehr aufgewühlt erschienen, schlug ich das Spiel „Werden“ vor, von „Chaos zu Ordnung“ (Quelle: F. Hegi, s.o.). Herr H. spielte auf einem Xylophon und entdeckte für sich einen „Grundton“, das f. Es habe ihm Stabilität gegeben, und er habe von dort aus Erkundungen nach oben, was ihm besser gefallen hätte, und nach unten vorgenommen. Er sei immer wieder zum Grundton zurückgekehrt und sei dadurch sicherer geworden.

In der zuvor schon beschriebenen Phase erneuten stärkeren Rückzugs wurde Herr H. auch in der Musiktherapie leiser, nahm aber unverändert teil und beteiligte sich an den mündlichen Reflexionen. Im Improvisationsspiel „Ich bin ganz bei mir, ich bin ganz in der Gruppe“ (Quelle: A. Haardt, s.o.) stellte er zu seiner „Überraschung“ fest, daß ihm das Spiel in der Gruppe wesentlich besser gefallen hätte als das Spiel alleine. Er sah dies als eine sehr wichtige Erfahrung an, die er versuchen wolle, auf sein Leben zu übertragen. Später übernahm er im „Mutter-Spiel“ (Quelle: F. Hegi, s.o.) das Basis-Metrum sicher, hielt sein Metrum durch und die übrigen Teilnehmer konnten frei dazu ihre Rhythmen finden. Es sei eine neue Erfahrung für ihn gewesen, so etwas kenne er aus seinem Leben nicht, „Anführer“ zu sein, Verantwortung zu übernehmen. Auch das Vertrauen auf eine Basis sei eine neue Erfahrung für ihn gewesen. Er habe eine Basis in seinem Leben ansonsten eher vermißt, jetzt habe er sich gut dabei gefühlt.

In dem Improvisationsspiel, dem „Uhrenspiel“ (Quelle: L. Friedemann. Das Aufziehen, Ticken und Schlagen einer Uhr wird mit Instrumenten dargestellt. Alle beginnen mit dem Aufziehen, dann läuft jede Uhr individuell so lange bis alle Uhren den Feierabend beschließen.) spielte er alle drei Tätigkeiten, das Aufziehen, Ticken und Schlagen seiner Uhr auf „seiner“ Handtrommel. Seine Uhr sei irgendwann „automatisch“ gelaufen, und er habe es geschafft, den anderen zuzuhören. Er hatte den musikalischen Kontakt zu mir wahrgenommen, und ich stellte zum ersten Mal fest, daß er sein Metrum ohne Schwankungen durchgehalten hatte. In den weiteren Stunden bis zum Schluß seiner Teilnahme spielte Herr H. nur noch auf seiner Handtrommel. Er meisterte mit ihr mehrere Klippen, indem es ihm gelang, sein Tempo und seinen Rhythmus zu finden und sich damit in der Gruppe aufgehoben zu fühlen, nicht Außen-seiter zu sein.

Es war ein langer Weg mit Herrn H., der mich manchmal etwas verzweifelt machte. Es gab seine Vorgabe, „ich möchte wieder mehr aus mir herauskommen“, auch einmal wieder mit „Lehm“ schmeißen und dann seinen Wunsch, sich doch lieber zurückziehen zu können. Versuche, mit ihm größere Schritte in der Therapie zu gehen, beantwortete er mit einer kräftigen Bremsaktion. Sein Finden und Einlassen auf sein Tempo schien ihm die Möglichkeit zu bringen, für sich eigene, neue Wege zu gehen und wieder zu mehr Selbstbewußtsein zu gelangen. Dies führte letztendlich dazu, daß er sich doch noch entschloß, das zuvor „boykottierte“ Bildungswerk zu besuchen. In der Gruppen-Musiktherapie lernte Herr H. Kontakte herzustellen, das nötige Selbstvertrauen dafür zu gewinnen. Er konnte sich auch in den Gesprächsgruppen immer mehr einbringen, und in seinem Leben außerhalb der Tagesklinik wurde die Kontaktpflege für ihn wieder wichtig.

Meine eigene Fermate

Ich erlebe die Möglichkeit, Musiktherapie machen zu können, auch als eine FERMATE in meinem beruflichen Leben. Ich habe unter der FERMATE improvisiert zu einem „Thema“, das ich schon, wie anfangs erwähnt, sehr lange in meiner Lebensmelodie mitführe. Ich bin gespannt, wie die Melodie weitergehen kann, wie ich es weiterhin schaffen werde, den Grundberuf mit dem Zusatzberuf sinnvoll zu verbinden. Ich hatte und habe die Gelegenheit, Erfahrungen mit der Musiktherapie in der Arbeit mit Menschen mit sehr unterschiedlichen psychischen Erkrankungen zu sammeln. Die

Integration von Musiktherapie in eine Gesprächstherapie im Sinne einer musiktherapeutisch orientierten Psychotherapie ist für mich zu einer sinnvollen Therapieform geworden, die bei unterschiedlichen Indikationen viele therapeutische Variationen ermöglicht. Ich denke auch, daß mit der Musiktherapie ein wichtiger therapeutischer Faktor gegeben ist, der auf dem Wege zu einer integrativen Medizin mehr genutzt werden sollte.

Literaturübersicht

- Alvin, Juliette; Musiktherapie; Stuttgart 1984
 Bailey, Derek; Improvisation; Hofheim 1987
 Band, Winfried; Musik und Entspannung; Blätter zur Musiktherapie, 6 1988
 Band, Winfried; Musiktherapie mit neurologischen Erkrankungen; Blätter zur Musiktherapie, 7 1988
 Berendt, Joachim-Ernst; Nada Brahma-die Welt ist Klang; Reinbek 1985
 Berendt, Joachim-Ernst; Das dritte Ohr; Reinbek 1985
 Binder, M.; K.-F. Emmerich; Musik aus der Konserve; Blätter zur Musiktherapie, 8 1988
 Brückner, Jutta; Darstellung der Methoden der Musiktherapie mit Kindern; Blätter zur Musiktherapie, 18 1988
 Bruscia, K.E.; Improvisational models of musictherapy; Springfield, Illinois 1982
 Buitkamp, Gundula; Die Geige und ihre Möglichkeiten in der Musiktherapie; Diplomarbeit, Heidelberg 1995
 Bunt, Leslie; Musiktherapie-eine Einführung in psychosoziale und medizinische Berufe; Weinheim, 1998
 Buzasi, Nikolaus; Beschreibung und Auswertung einer Kurztherapie; MU 3: 29-48, 1982
 Cotte, Roger; Kosmische Harmonien. Die Symbole in der Musik; München 1992
 Damasio, Antonio R.; Ich fühle, also bin ich; München 2003
 Danner, B.; D. Oberegelsbacher; Spezifische und unspezifische Wirkfaktoren der Musiktherapie; Nervenheilkunde 8: 434-441, 2001
 Decker-Voigt, H.H. ; Aus der Seele gespielt; München 1991
 Decker-Voigt, Hans-Helmut ; Lexikon Musiktherapie; Lilienthal/Bremen, 1983
 Decker-Voigt, Hans-Helmut; Handbuch Musiktherapie; Lilienthal 1983
 Dietel, Gerhard; Wörterbuch Musik; Kassel 1989
 Durckheim, Graf Karlfried; Hara; Bonn 1987
 Ehrhardt-Rößler, Holger; Musiktherapie in der Suchtbehandlung; Blätter zur Musiktherapie, 9 1988
 Emmerich, K.-F. ; Musiktherapie in der Heilpädagogik; Blätter zur Musiktherapie, 5 1988
 Enzyklopädie Musik, Bd. 10; Die Musik in Geschichte und Gegenwart; Kassel 1989
 Erlach, Angelika; Vom Klang zum Wort; MU 9: 174-179, 1988
 Eschen, Johannes Th.; Zur Praxis der Einzelmusiktherapie; MU 1: 141-151, 1980
 Finke-Knüwer, Hedwig; K.-J. Kemmelmeier; J. Wienhues; Musik im Krankenhaus; Regensburg 1983
 Friedemann, Lilli; Einstiege in neue Klangbereiche durch Gruppenimprovisation; Wien 1973
 Friedemann, Lilli; Trommeln – Tanzen - Tönen; Wien 1983
 Gembris, Heiner; Musiktherapie und Musikpsychologie – Möglichkeiten einer interdisziplinären Kooperation; MU 12: 279-297, 1991
 Gembris, Heiner; Musikhören und Entspannung; ZfMP 23: 37-44, 1983
 Grothe, Harald; Der Einsatz elektronischer Musikinstrumente in der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen; Blätter zur Musiktherapie, 14 1989
 Haardt, Anne-Marie; Musiktherapie: Selbsterfahrung durch Musik; Wilhelmshaven: 1982
 Haas, Josef; Musiktherapie bei psychischen Störungen; Kassel, 1983
 Hamel, Peter Michael; Durch Musik zum Selbst; Bern 1976
 Hegi, Fritz; Improvisation und Musiktherapie; Paderborn, 1997
 Hegi, Fritz; Übergänge zwischen Sprache und Musik; Paderborn 1998
 Heinz, Rudolf; F. Rotter; Musik und Psychoanalyse; Herrenberg 1977
 Hesse, Peter Uwe; Konzepte von Multiplizität in ausgewählten Bereichen moderner Psychotherapie; Heidelberg, 2003
 Heyer-Grote, Lucy; Atemschulung als Element der Psychotherapie; Darmstadt 1970
 Höffer, Linde; Zur musiktherapeutischen Arbeit in einem Kinderkrankenhaus; Blätter zur Musiktherapie, 12 1989
 Hoffmann, A.; „Vom Phrasendreschen und Phrasieren“; Nervenheilkunde 8: 442-449, 2001
 Jungaberle, H.; M. Wolfart; R. Verres; Wie wird Musik zu einem therapeutischen Erlebnis; MU 23: 232-245, 2002

- Kächele, Horst; N. Scheytt-Hölzer; Sprechen und Spielen; MU 11: 286-295, 1990
- Kalb, Johanna; Musiktherapie mit hörbehinderten Kindern; Blätter zur Musiktherapie, 11 1989
- Kapteina, Hartmut; Dimensionen der Gruppenimprovisationen; Hamburger Jahrbuch zur Musiktherapie und intermodalen Medientherapie: 73-94, 1988
- Kapteina, Hartmut; Gruppenimprovisation – eine musikpädagogische Methode; Archiv f. angewandte Sozialpädagogik: 247-269, 1974
- Kapteina, Hartmut; H. Hörtreiter; Musik in der therapeutischen Arbeit mit Suchtkranken; Stuttgart 1993
- Knill, Paolo J.; Auf dem Weg zu einer Theorie musikorientierter Psychotherapie; MU 1:3-14, 1987
- Kruse, Otto; Kreativität als Ressource für Veränderung und Wachstum; Tübingen, 1997
- Langenberg, M.; J. Frommer; W. Tress; Qualitative Methodik zur Beschreibung und Interpretation musiktherapeutischer Behandlungswerke; MU 13: 258-278, 1992
- Langenberg, Mechthild; Vom Handeln zum Behandeln; Stuttgart 1988
- Lehtonen, Kimmo; Gibt es Entsprechungen zwischen den Strukturen von Musik u. denen von Psyche?; MU 15: 9-24, 1994
- Loos, Gertrud; Kurztherapie bei einer psychosomatischen Patientin; MU 1: 57-70, 1980
- Loos, Gertrud; Spiel-Räume; Stuttgart 1986
- Loos, Gertrud; H. Eibach; Der meditative Tanz; MU 4: 281-290, 1983
- Metzner, Susanne; Ein Traum: Eine fremde Sprache erkennen, ohne sie zu verstehen; MU 21: 234-247,200
- Metzner, Susanne; Tabu und Turbulenzen; Göttingen 1999
- Muthesius, Dorothea; Musiktherapie, Geschichte und Gegenwart; Blätter zur Musiktherapie, 2 1988
- Muthesius, Dorothea; Musik mit alten Menschen; Blätter zur Musiktherapie, 4 1988
- Muthesius, Dorothea; H. Beyer-Kellermann; Indikationskatalog für chronisch und chronisch-psychisch erkrankte ältere und alte Menschen; Berlin 1999
- Nordoff, A.; C. Robbins; Schöpferische Musiktherapie; Stuttgart 1986
- Nordoff, Paul; C. Robbins; J. Fraknoi; B. Ruttenberg; Ratingskalen für improvisatorische Einzelmusiktherapie; MU 1: 99-121, 1980
- Nygaard-Pedersen, Inge; B. Barth-Scheiby; Intermusiktherapie innerhalb der Ausbildung; MU 9: 140-162, 1988
- Oerter, U.; N. Scheytt-Hölzer, H. Kächele; Musiktherapie in der Psychiatrie; Nervenheilkunde 8: 428-433, 2001
- Petersen, Peter; Der Therapeut als Künstler; Stuttgart 2000
- Petersen, Peter; Ansätze kunsttherapeutischer Forschung; Heidelberg 1990
- Petersen, Peter; Heilmittel: Produkt und Gabe; WzM 40: 334-342, 1988
- Petersen, Peter; Dieser kleine Funke Hoffnung; Musik-, Tanz- und Kunsttherapie 5: 191-200, 1994
- Petersen, Peter; Heil-Kunst - Sprung in die therapeutische Zukunft in: H.H. Decker-Voigt, Spiele der Seele; Bremen 1992
- Petersen, Peter; Wege zur psychosozialen Gesundheit; Deutsches Ärzteblatt 97: 79-781, 200
- Piaget, Jean; Nachahmung, Spiel und Traum; Stuttgart 1975
- Plendl-Müller, Eva; Musiktherapie in der Psychosomatik; Blätter zur Musiktherapie, 3 1988
- Plum, F.-J.; E. Lodemann; T. Finkbeiner; S. Bender; M.Gastpar; Gruppen-Musiktherapie mit schizophrenen PatientInnen; Berlin 1999
- Reimann, Michael; Der unendliche Klang; Reinbek 1997
- Reinecke, H.-A.; Musiktherapie oder Musiktherapeut; Blätter zur Musiktherapie, 1 1985
- Röhrborn, H.; A. Reinhardt; Regulative Musiktherapie nach Schwabe; Blätter zur Musiktherapie, 17 1996
- Rose, Jens-Peter; W. Bossinger; Musiktherapeutische Lösungsschlüssel; In: A. Zeuch et al., Systemische Konzepte für die Musiktherapie, Heidelberg 2004
- Rotter, Frank; R. Mayerle-Eise; Musiktherapie als Zwei-Medien-Therapie; MU 11: 22-35, 1990
- Rudloff, Helmut; Verlaufsanalyse einer RMT-Ausbildung; Crossen 1997
- Ruud, Even; W. Mahns; Meta-Musiktherapie; Kassel, 1991
- Schiffer, Eckhard; Warum Huckleberry Finn nicht süchtig wurde; Weinheim 1999
- Schiffer, Eckhard; Der kleine Prinz in Las Vegas; Weinheim 1997
- Schroeder, Wolfgang; Musik, Spiegel der Seele; Paderborn 1995
- Schumacher, Karin; Musiktherapie mit autistischen Kindern; Stuttgart 1994
- Schwabe, Christoph; Regulative Musiktherapie; Crossen 1999
- Schwabe, Matthias; Musik spielend erfinden; Kassel, 1992
- Seidl, Mathes; Die Streichinstrumente als Symbole; Hamburg 1998
- Servan-Schreiber, David; Die neue Medizin der Emotionen; München 2004
- Smeijsters, Henk; Grundlagen der Musiktherapie; Göttingen 1999
- Smeijsters, Henk; Musiktherapie als Psychotherapie; Kassel 1994
- Smeijsters, Henk; Neurologische und physiologische Aspekte in der Musiktherapie; Berlin 2000

- Spintge, R.; R. Droh; The international Society of Music in Medicine (ISMM) and the Definition of Music Medicine and Music Therapy; St. Louis 1992
- Spitzer, Manfred; Musik im Kopf; Stuttgart, 2002
- Spitzer, Manfred; Musik im Kopf; Nervenheilkunde 8: 420-421, 2001
- Spitzer, Manfred; Wer fühlen will, muß hören; Nervenheilkunde 8: 422-427, 2001
- Stoffler, Christiane; J. Weis; Musiktherapie bei psychiatrischen Patienten; MU 17: 72-87, 1996
- Streich, Rosemarie; Musikalische Gestalt und Form im Traum; MU 2: 202-213, 1981
- Strobel, Wolfgang; Von der Musiktherapie zur Musikpsychotherapie; MU11: 313-338, 1990
- Strobel, Wolfgang; Klang-Trance-Heilung; MU 9: 119-139, 1988
- Strunck, Rosemarie; Therapiebeginn. Über die Bedeutung des musiktherapeutischen Vorgesprächs; MU 7: 209-218, 1986
- Tarr-Krüger, Irmtraud; Indikation in der ambulanten klinischen Musiktherapie; MU 12: 180-184, 1991
- Timmermann, Tonius; Musiktherapie in der Prävention; Blätter zur Musiktherapie, 16 1996
- Tüpker, Rosemarie; Leitfaden zur Protokollierung musiktherapeutischer Behandlungen; DBVMT 1992
- Tüpker, Rosemarie; Musiktherapie als Erweiterung des Behandlungsangebotes; Berlin 1999
- Tüpker, Rosemarie; M. Lenz; Wege zur musiktherapeutischen Improvisation; Münster 1998
- Verres, Rolf; Eine Atmosphäre von Lebensfreude; DÄ 100: 611, 2003
- Vogt, Kathrin; Über den Musikbegriff von Musiktherapeuten; Blätter zur Musiktherapie, 15 1989
- Warskulat, Wilhelm; Instrumentenbau aus Umweltmaterialien; Lilienthal 1993
- Werbik, H.; Informationsgehalt und emotionale Wirkung von Musik; Mainz 1971
- Weymann, Eckhard; „...das ist ein weites Feld-„; MU 12: 170-179, 1991
- Wiedemann, Frauke; Musiktherapeutische Ansätze in der Arbeit mit Kindern; Blätter zur Musiktherapie, 10 1988
- Williams, Dorow; Changes in complaints and non-complaints; Journal of Music Therapy, XX: 143-155, 1983
- Willms, H.; Musiktherapie – Möglichkeiten in der sozialen Psychiatrie; Psychiat. Prax.4: 232-236, 1977
- Winnicott, D.W. ; Vom Spiel zur Kreativität; Stuttgart 1985
- Wortmann, Karl-Heinz ; Die musikalische Gruppenimprovisation als Heilmethode in der Drogen Therapie; Siegen 1978
- Zuckerkanndl, Victor; Vom musikalischen Denken; Zürich, 1964