

Musiktherapie bei geistig behinderten Menschen mit psychischer Störung

Oliver Schrade

Die Rheinischen Kliniken in Langenfeld, eine Einrichtung des Landschaftsverbandes Rheinland mit insgesamt 653 Betten, ist aufgeteilt in die Bereiche: Allgemeine Psychiatrie, Suchterkrankungen, Gerontopsychiatrie, Forensik, Rehabilitation und den Pflegebereich.

Station 41, auf der ich musiktherapeutisch tätig war, hat 18 Betten und nimmt geistig Behinderte Erwachsene zur Krisenintervention sowie zur kurz- bis mittelfristig zeitlich begrenzten Behandlung auf, wenn psychiatrische Krankheitsbilder, Verhaltensstörungen oder psychische Auffälligkeiten vorliegen, dazu zählen auch forensische Patienten. Es handelt sich um eine geschlossene Aufnahme- und Behandlungsstation, die als Spezialstation das gesamte Einzugsgebiet der Rheinischen Kliniken Langenfeld versorgt.

Akustation geistig Behinderte Erwachsene

Überwiegende Indikationen für die Aufnahme von Patienten sind

Indikationen

- Unruhe-, Erregungs- und Aggressionszustände,
- affektive Störungen wie Explosivität, Labilität,
- depressive Verstimmungen,
- autistische Zustandsbilder,
- Anfallsleiden,
- Probleme bei Ablöseprozessen von zu Hause,
- Leistungsabfall und nachlassende Leistungsfähigkeit sowie
- dissoziale, sexuelle und Verwahrlosungssymptome.

Auf Station 41 wird nach einem speziellem Konzept gearbeitet, das auf die Bedürfnisse, Fähigkeiten, Grenzen und Möglichkeiten der erkrankten bzw. in die Krise geratenen geistig Behinderten zugeschnitten ist. Die Arbeit der Station hat eine pädagogisch-psychiatrisch-therapeutische Orientierung. Pflegerische und therapeutische Vorgänge finden nicht getrennt statt, sondern das gesamte multiprofessionelle Team, bestehend aus Krankenschwestern und -pflegern, Erziehern, einem Sozialarbeiter, einem Diplom-Pädagogen sowie einer Fachärztin für Psychiatrie arbeiten in Ausrichtung auf das formulierte Behandlungsziel gemeinsam im therapeutischen Prozess.

pädagogisch-psychiatrisch-therapeutische Orientierung

Bereits zur Anwendung kamen vor meiner Zeit folgende Behandlungsverfahren und Methoden:

Behandlungsangebot

- Soziotherapie
- Milieuthherapie
- Verhaltenstherapie
- Medikamentöse Therapie
- Systemische (Familien) Therapie und Beratung
- Aufmerksamkeits-Interaktionstherapie (AIT)
- Beschäftigungstherapie
- Arbeitstherapie
- Einzel- und Gruppentherapie

Diese bereits vorhandene Struktur ebnete mir den Einstieg als Musiktherapeut erheblich. Musiktherapie wird als sehr sinnvolle Ergänzung des bestehenden Therapiekonzeptes gesehen. Insofern genoss meine Arbeit von Anfang an eine hohe Akzeptanz. Die Unterstützung durch die Mitarbeiter auf der Station war hervor-

gend. Sämtliche Mitarbeiter waren bemüht, mir die bestmöglichen Bedingungen für meine musiktherapeutischen Sitzungen zu ermöglichen.

Nicht zuletzt erleichterte mir ein bereits gut sortiertes Angebot an Musikinstrumenten den Einstieg wesentlich. Auch in Bezug auf Bereitstellung einer Räumlichkeit gab es nie Probleme. Zu Beginn meiner Arbeit konnte ich den BT-Raum nutzen, der sich jedoch für Gruppenarbeit als zu klein erwies. So wurde mir kurzerhand der große Tagesraum für die Dauer der Musiktherapie zu Verfügung gestellt, in dem auch ein abschließbarer Schrank für meine Musikinstrumente zur Verfügung steht. Die Patienten der Station richteten den Raum jedes Mal kurz bevor ich kam für die Musiktherapie her.

Besonderheiten des Arbeitsfeldes Die Besonderheit des Praxisfeldes lag darin, dass die Station zur Krisenintervention sowie zur zeitlich begrenzten Behandlung angelegt ist. Das bedeutet in der Praxis eine relativ kurze Verweildauer der Patienten auf der Station. Ein langfristig angelegter musiktherapeutischer Prozess ist daher nicht immer möglich. Im Verlauf dieses Jahres habe ich mit insgesamt zehn verschiedenen Patienten in Gruppen- oder Einzelsitzungen gearbeitet.

Kurze Verweildauer hohe Fluktuation Drei davon haben seitdem die Station wieder verlassen (einer ist verstorben). Auch die anderen Patienten, mit denen ich derzeit arbeite, sind zum Teil nur vorübergehend auf der Station und somit in meinen Therapiestunden. Erschwerend hinzu, kommt, dass die Wechsel häufig sehr schnell erfolgen und ich erst am Tag meiner Sitzungen erfahre, dass der Patient wieder verlegt wurde. Die permanenten Wechsel und die hohe Fluktuation haben zur Folge, dass auf der Station eine große Unruhe herrscht, da immer wieder neue Patienten gewachsene Gruppenstrukturen verändern. Oftmals dient meine Arbeit dazu, neue Patienten „ankommen“ zu lassen, sie in die Station zu integrieren, indem ich ihnen ein interessantes Angebot mache, das ihnen den Aufenthalt auf der Station erleichtert.

Fixierung und Sedierung Ein weiteres Problem ist, dass Station 41 eine Station zur Krisenintervention ist, was bedeutet, dass die Patienten auf dieser Station eine geringe Stabilität ihres Gesundheitszustandes aufweisen. Psychotische Dekompressionen, Selbst- und Fremdgefährdungsausbrüche führten teilweise dazu, dass meine Patienten entweder fixiert, mit Medikamenten sediert oder sogar beides waren.

Es gehört sicherlich zu den unwürdigsten Anblicken einen Menschen in einer 5-Punkt-Fixierung zu sehen. 5-Punkt heißt: fixiert an beiden Armen, an beiden Beinen und am Rumpf.

Dennoch ist manchmal eine Fixierung unerlässlich, da bei Patienten mit gestörter Impulskontrolle der Eigenschutz und der Schutz der Mitpatienten an erster Stelle stehen muss. Angewendet wird die Fixierung bei Patienten, die in autoaggressiver Form sich selbst zu verletzen drohen oder bei Patienten, die andere Mitpatienten oder Pfleger angreifen.

Manche Patienten möchten auch fixiert werden, da es für sie ein Stück Sicherheit bedeutet.

Musiktherapie mit einem fixierten und sedierten Patienten ist kaum möglich. Zusätzlich rieten die Betreuer der Station bei aller Wertschätzung meiner Arbeit mir in solchen Fällen von einer Sitzung mit diesen Patienten in dieser Situation ab.

Forensik Wichtig für meine Arbeit zu erwähnen ist auch, dass es sich um eine geschlossene Station handelt und die meisten Patienten nicht freiwillig hier sind. Ein Teil der Patienten sind forensische Patienten, das heißt, dass die hier untergebrachten Menschen aufgrund eines strafgerichtlichen Beschlusses hier sind.

Was ist das Besondere an forensisch-psychiatrischen Patienten? Ihnen wurde eine Straftat nachgewiesen, die normalerweise zu einer Haftstrafe führen würde. Stellt das Gericht jedoch fest, dass die angeklagte Person aufgrund einer psychischen Krankheit oder Störung das Delikt begangen hat, sie also nicht oder nur teilweise "schuldfähig" ist, dann ist in unserem Rechtssystem die Verurteilung zu einer Strafe nicht möglich. Wenn das Gericht im Verfahren außerdem die Überzeugung gewinnt, dass von der angeklagten Person auch weiterhin eine Gefahr ausgehen wird, dann kann es die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus verfügen. Dieses Krankenhaus muss nicht nur für die Behandlung, sondern aufgrund der Gefahr auch für eine Sicherung sorgen.

Diese Aufgabe erfüllen forensisch-psychiatrische Kliniken. In der juristischen Sprache ordnet das Gericht „Maßregeln der Besserung und Sicherung“ an. Daher stammt der Ausdruck „Maßregelvollzug“ (im Unterschied zum Strafvollzug)

Welche Krankheiten haben die in der Forensik behandelten Menschen? Ein nicht geringer Teil von ihnen ist suchtkrank, zum anderen handelt es sich um psychotisch erkrankte Menschen, die etwa an einer von jenen Krankheiten leiden, die man unter dem Namen „schizophrener Formenkreis“ zusammengefasst hat. Diese Patienten sind auch in jedem normalen psychiatrischen Krankenhaus zu finden und ihre jeweilige Behandlung unterscheidet sich auch nicht von der Behandlung anderer Patienten: vor allem Medikamente und psychotherapeutische Verfahren werden eingesetzt. Zum anderen handelt es sich um Menschen mit so genannten Persönlichkeitsstörungen. Da viele dieser Patienten typischerweise schon aus der Kindheit herrührende Anpassungsprobleme haben, z.B. nicht gelernt haben ihre Aggressionen zu kontrollieren, werden bei ihnen vor allem verhaltenstherapeutische Methoden eingesetzt.

Krankheiten bei Patienten in der Forensik

Im Folgenden gehe ich hier nur auf den frühkindlichen Autismus ein, der bei meinen Patienten eine Rolle spielt. Eine andere Form ist der Asperger Autismus, auf den ich hier nicht näher eingehen muss.

Helmut Remschmidt beschreibt Autismus als eine tief greifende Entwicklungsstörung des Gehirns, die durch die qualitative Beeinträchtigung wechselseitiger sozialer Aktionen und der Kommunikation, eingeschränkte Interessen, stereotype Verhaltensweisen und den Beginn vor dem 3. Lebensjahr gekennzeichnet ist (vgl. 2000, S.14).

Die Gründe, die zu dieser Beeinträchtigung führen, sind multifaktoriell. Wahrscheinlich spielen Hirnschädigungen oder Hirnfunktionsstörungen eine Rolle. Auch genetische Ursachen zieht man in Betracht. Mit Sicherheit ist diese Behinderung nicht durch die Eltern bzw. durch die Erziehung verursacht. Man findet den frühkindlichen Autismus in allen sozialen Schichten und Völker.

Einzelmusiktherapie bei einem geistig behinderten, forensischen Erwachsenen mit frühkindlichem Autismus und/oder hebefahrenen Zügen.

Vermutete Störungen der Wahrnehmung bzw. der Wahrnehmungsverarbeitung bedingen

- Rückzugsverhalten,
- eingeschränktes Spielverhalten,
- qualitative Beeinträchtigung von Kommunikation und Sprache,
- begrenztes, sich wiederholendes und stereotypes Repertoire von Verhalten, Interessen und Aktivitäten,
- Ess- und Schlafstörungen,
- Einnässen oder Einkoten sowie
- unberechenbares Verhalten in der Öffentlichkeit (plötzliche Krisen, Wut-

Symptome und Verhaltensprobleme

anfälle, (Auto-) Aggressionen, Ticks und Stimmungsschwankungen)

Diese Menschen erleben ihre Umwelt als chaotisch bzw. werden von der Reizvielfalt überflutet. Sie können unsere Welt nicht verstehen und sie können sich nicht so mitteilen, wie wir es tun. Dies fördert den Rückzug in die „eigene Welt“.

Henk Smeijsters bemerkt zum Autismus: „Kommunikationsstörungen werden durch einen eingeschränkten expressiven Sprachgebrauch (z.B. beschränkter Wortschatz), ein eingeschränktes Sprachverständnis oder Artikulationsstörungen gekennzeichnet. (vgl. Smeijsters, 1999, 158).

Hebephrenie Die Hebephrenie ist eine Form der Schizophrenie mit Krankheitsbeginn zwischen dem 15. u. 25. Lebensjahr; im Vordergrund stehen Affekt-, Antriebs- u. formale Denkstörungen.

Klaus Dörner und Ursula Plog beschreiben in ihrem Buch „Irren ist menschlich“: „Hebephren meint psychotische Zustände Jugendlicher, die sich vor allem darin äußern, dass Gefühle flach und unangemessen wirken. Ferner sind Kontaktaufnahme und Bindungsfähigkeit (äußerlich) dadurch gestört, weil jemand dazu neigt, sich abzusondern, sich selbstgenügsam, oft auch stolz und überlegen darzustellen. Gleichzeitig wird er von anderen hohl und wenig warmherzig wahrgenommen.“

Herr Schmidt¹ Herr Schmidt ist ein 35-jähriger Patient, der schon länger auf der Station lebt und der im Gegensatz zu anderen Patienten nicht auf eine andere Station verlegt werden wird, er sozusagen irgendwie zum Inventar gehört. Diagnostiziert wurden bei ihm ein frühkindlicher Autismus und Verhaltensstörungen. Des Weiteren besteht der Verdacht auf eine hebephrene Schizophrenie, eine Abgrenzung zu Autismus ist in diesem Fall sehr schwierig. Herr Schmidt hat eine unvollständige Sprachentwicklung. Seine Kommunikationsmöglichkeiten sind stark eingeschränkt.

Er ist nur in der Lage durch Einwortsätze oder Gesten zu kommunizieren. Herr Schmidt ist aufgrund seiner Erkrankung von seinen Eltern sehr stark verwöhnt worden. Er stammt aus einer kinderreichen Familie und seine Mutter hat einige Jahre nach ihm noch ein Kind bekommen, auf das er mit großer Eifersucht reagierte. Aufgrund seiner Erkrankung hat er jedoch immer eine immens große Aufmerksamkeit erfahren. Er hat dadurch eine machtvolle Kindheit erleben können. Bedürfnisbefriedigungen, z.B. Nahrung setzte er teilweise mit körperlicher Gewalt gegen seine Mutter oder auch gegen sich selbst durch. Auf diesem Verhaltensmuster ist er bis zum heutigen Tage stehen geblieben.

*Macht und Ohnmacht
Gewalt* Im Alter von ca. 10-12 Jahren kam er in ein Heim für geistig Behinderte. Etwa 10-15 Jahre später kam es vermehrt zu Psychiatrieaufenthalten, da er gewalttätige Übergriffe auf Mitbewohner (beißen) tätigte. Als es im Heim eskalierte und er mit einem Messer und einer Flasche Mitbewohner verletzt hatte wurde er per Gerichtsbeschluss in die Psychiatrie verlegt. Seit 1999 ist er nun auf Station 41. Hier zeigt er ein erhöhtes Aggressionspotential, so dass er fast permanent fixiert wird. Diese Fixierung ist notwendig, da es im Stationsalltag immer wieder mal zu Angriffen auf seine Mitpatienten kommt. Es sind „Machtinszenierungen“ bzw. Grenzüberschreitungen, die fast immer mit gewalttätigen Aktionen zu tun haben. Er versucht Patienten dann zu beißen oder mit einem Gegenstand anzugreifen. Des Weiteren zerreißt er seine Anziehsachen, Zeitungen oder zerstört Gegenstände. Auch kommt es vor, dass er sich selbst verletzt, indem er sich beispielsweise selber ein blaues Auge schlägt. In der Fixierung erlebt er den überwiegenden Teil des Tages in einer Ohnmachtsituation. Herr Schmidt verspürt somit ein starkes Spannungsfeld zwischen „Allmacht und Ohnmacht“.

Seine Spannungen lösen sich impuls- und explosionsartig. Auf der Station ist er sozial isoliert, hat keine Freundschaften oder Kontakte zu Mitpatienten. Er ist stark personalorientiert und verlangt häufig nach Bedürfnisbefriedigungen (insbes. essen, trinken). Auf Mitpatienten reagiert er oft eifersüchtig. Die Angriffe auf Mitpatienten kommen meist unvorbereitet und unvermittelt. Die Auslöser dieser Handlungsweisen sind nicht immer zu klären.

Ziele meiner Arbeit sollten daher sein, mit Hilfe der Erweiterung und immer neu-

¹ der Name wurde aus Datenschutzgründen geändert

en Varianten seiner musikalischen Möglichkeiten ihn im Stationsalltag zu stabilisieren, seine Selbstwahrnehmung und sein Selbstwertgefühl zu stärken.

Außerdem soll er durch die Musik Zuwendung, Nähe, Respekt erfahren und Möglichkeiten finden, seine auch durch die Fixierung angestauten Aggressionsenergien und Spannungen zu kanalisieren und abfließen zu lassen.

Des Weiteren ist heraus zu finden, in welchen Bereichen er überfordert ist und wie seine Verhaltensmuster in Bezug auf Allmacht – Ohnmacht zu durchbrechen sind und verändert werden können.

Meine Idee war es, ihm in einem musiktherapeutischen Setting die Möglichkeit zu geben, in einem festen, ihm Sicherheit gebenden Rahmen, Grenzen auszutesten oder auch zu überschreiten. Ich folge darin Tonius Timmermann, der das Setting in der aktiven Musiktherapie so beschreib: „Dem Klienten wird ein Raum geboten, in dem er sich musikalisch frei ausdrücken kann. Der Musiktherapeut begleitet ihn dabei in einer Haltung offener, sich einfühlender Antwortbereitschaft und einem der Situation gemäßen Mitspiel. Aufgrund der musikalischen Dialoge entfaltet sich ein komplexer Interaktions- und Beziehungsprozess. Der Klient kann so auf der nonverbalen Ebene in Kontakt kommen mit Schichten und Gefühlen, die ihm sonst verschlossen bleiben. Das improvisierende Interagieren bietet einen Rahmen und einen Raum für experimentelles Handeln; Lösungsmöglichkeiten können ausprobiert, neues Erleben und Verhalten entwickelt werden“ (vgl. 2003, 61).

Da Herr Schmidt nur über eine sehr eingeschränkte Kommunikation verfügt, war in diesem Fall eine verbale Reflexion der musikalischen Prozesse nicht möglich. Ich war darauf angewiesen, zu beobachten und wahrzunehmen, was mir Herr Schmidt musikalisch mitteilte.

Der Ablauf der Musiktherapie mit Herrn Schmidt läuft jedes Mal gleich ab. Zu Beginn einer jeden Musiktherapiesitzung hole ich ihn aus seinem Stuhl, in dem er fixiert ist, ab. Ich löse ihn aus seiner Fixierung, anschließend geht er auf die Toilette, dann erst gehen wir gemeinsam in den Musikraum. Ich achte darauf, dass nach der Sitzung nicht ich, sondern ein Betreuer der Station ihn wieder festschnallt.

Um den Initialkontakt zu Beginn der ersten musiktherapeutischen Sitzung zu gestalten, hatte ich sehr sorgfältig den Beginn geplant. Damit er sich an mich gewöhnen konnte und mich nicht als etwas Unbekanntes ansah, besuchte ich ihn im Vorfeld zweimal auf der Station.

Bedingt durch seine Vorgeschichte war eine gewissenhafte Risikoplanung wichtig. So traf ich Absprachen mit den Betreuern, in der Nähe zu bleiben. Auch musste ich sicherstellen, dass kein anderer Patient in die Sitzung platzte. Da ich die Tür natürlich nicht abschließen wollte, schrieb ich ein großes „bitte nicht stören“ - Schild und hängte es über die Klinke.

Herr Schmidt gilt auf der Station als gefährlich. Einige der Betreuer fragten mich ungläubig, ob ich wirklich alleine mit Herrn Schmidt arbeiten wolle, da er auf Unbekanntes teilweise mit Aggressionen reagiere.

Die erste Stunde sollte allein dem Ausprobieren und Kennen lernen der Instrumente dienen. Als ich vor der ersten Sitzung Herrn Schmidt abhole, erkennt er mich sofort und signalisiert mir in seinen Einwortsätzen, dass er Musik machen will. Wir gehen gemeinsam in den BT-Raum, wo ich die Instrumente auf einer Decke vorher ausgebreitet hatte. Ich lade ihn ein, die Instrumente auszuprobieren. Er bleibt stehen, bückt sich und schlägt mit der Hand auf das Xylophon.

Ich reiche ihm einen Schlegel und er spielt kurz auf dem Xylophon, stoppt dann wieder. Ich halte ihm eine Schlitztrommel hin, er nimmt sie und setzt sich damit an einen Tisch. Herr Schmidt, der mir als sehr temperamentvoll, alles „überrollend“ geschildert wurde, verhält sich sehr zurückhaltend, fast schon scheu, beim Ausprobieren der verschiedenen Klänge. Auch sein Umgang mit den Instrumenten ist eher sanft und behutsam. Das lässt die Schlussfolgerung zu, dass Herr Schmidt nicht durchgängig aggressiv ist oder in bestimmten Situationen seine Aggressionen sehr gut kontrollieren kann.

Im weiteren Verlauf der Stunde äußert er mehrfach seine Bedürfnisse in Einwortsätzen, vor allem: „Kaffee, Kaffee, Kaffee“ Da ich ihm natürlich in meinen Sitzungen keinen Kaffee ausschenken will, greife ich seinen Wunsch nach Kaffee musikalisch auf, indem ich ihn spiegele.

Ziele der Musiktherapie

Musiktherapie mit Herrn Schmidt, einem fixierten und als gefährlich geltenden Patienten

Spiel mit Stereotypen

Henk Smeijsters empfiehlt dazu: „Spielformen, die möglicherweise für die Musiktherapie in der Arbeit mit spezifischen Problemen wie Kontakt und Sprache von Bedeutung sind, wie: Gesangs- und Bewegungsspiele, Versteckspiele, das Imitieren und Variieren seitens des Therapeuten und Spiele mit Klängen und Wörtern“. Des Weiteren sagt Smeijsters: „Das Singen kann als ein Mittelweg zwischen verbalem und nonverbalem Kontakt fungieren und mit Hilfe von Musik kann versucht werden, das Roboterartige Sprechen mit melodischen und rhythmischen Endungen zu versehen. (vgl., 1999, S. 169).

So singe ich also in seinem Rhythmus: „Kaffee, Kaffee, Herr Schmidt will immer Kaffee!“ und spiele auf einem Xylophon dazu. Herr Schmidt spielt auf der Schlitztrommel, ich imitiere seinen Rhythmus, er sagt immer wieder: „Kaffee, Kaffee!“ Ich spiele und singe: „Ich habe keinen Kaffee!“ Er ruft: „kaufen, kaufen!“ Ich singe und spiele: „Herr Schmidt will, dass ich Kaffee kaufe, ich habe aber gar kein Geld!“ Er sagt: „Money, money, money...!“
Im weiteren Verlauf der Stunde spielt er lange auf der Schlitztrommel, ich spiele mit ihm auf dem Xylophon. Teilweise spielt er auch auf meinem Xylophon.
Der Kontakt ist hergestellt!

Nach Leslie Bunt „dient Imitation sehr dazu, unmittelbaren Kontakt herzustellen, insbesondere am Beginn der Arbeit.“ Der Therapeut zeigt dadurch dem Patienten seine musikalischen Ideen auf. Das kann dazu führen, dass der Patient diese musikalischen Ideen aufnimmt und sie weiterentwickelt. Manchmal tritt dieser Prozess später auch in der Umkehrung auf und der Patient imitiert die musikalischen Ideen des Therapeuten. (1998, 104).

S.J. Pawlby entdeckte in ihrer Forschungsarbeit dies als natürliches Muster. In der frühen Kindheit neigt eine Mutter dazu, das Kind öfter zu imitieren, während das Kind mit zunehmendem Alter die Mutter imitiert. Pawlby beobachtete, dass die folgenden drei Verhaltensarten bei Mutter-Kind-Paaren am häufigsten imitiert wurden: vokalähnliche Klänge, Geräusche und Konsonantenklänge. Pawlby wies auch darauf hin, dass mit zunehmendem Alter indirekte Beobachtung von einem Objekt auftritt, ein Muster, das oft in der Musiktherapie auftaucht, wenn dem direkten Interesse an der Musik des Therapeuten (der eher passiven Antwort von Seiten des Patienten) der indirekte (aktive) Gebrauch der Instrumente vorausgeht. Pawlby unterstreicht die Wichtigkeit des imitativen Verhaltens für die Entwicklung der Sprache und den Aufbau des Verständnisses für die Bedeutung gemeinsamer Aktionen. (vgl. 1977, 203-224)

Die zweite Therapiesitzung läuft nach dem gleichen Muster wie die erste ab. Herr Schmidt betritt mit mir zusammen den Raum, nimmt sich aber dieses Mal zwei Schlitztrommeln, das Xylophon, einen Schlegel und setzt sich an einen Tisch. Auf dem Boden, auf einer Decke sitzen will er, trotz mehrfacher Einladung von mir, nicht. Die Schlitztrommel spielt er mit einem Schlegel sehr gleichmäßig und monoton. Ab und zu wechselt er auf das Xylophon. Teilweise wirkt er versunken in sein Spiel, von Zeit zu Zeit atmet er schwer. Ich spiele ebenfalls auf einem Xylophon und versuche ihn zu unterstützen, indem ich ihm eine Struktur durch einfache, monotone Rhythmen anbiete. Von Zeit zu Zeit lächelt er.

Auch die dritte und vierte Sitzung laufen nach diesem Muster ab. Immer wieder stoppt er sein Spiel und plappert monoton in nicht enden wollenden Einwortsätzen. Beispielsweise verlangt er permanent nach Kaffee („Kaffee, Kaffee, Kaffee“). In der dritten Sitzung beginnt er das erste Mal das Wort Kaffee rhythmisch zu sagen und dabei auf seiner Schlitztrommel zu spielen. Ich antworte im selben Rhythmus: „Ich-ha-be-kei-nen-Ka-fee“ auf dem Xylophon. So etablierte sich dieses Frage-Antwort singen in nahezu jeder Therapiesitzung.

Nach den ersten vier Sitzungen wurde deutlich, dass Herr Schmidt im Rahmen dieses Musiktherapeutischen Settings keine Aggressionen verspürte oder sie sehr gut kontrollieren konnte, obwohl ich seinem Drängen nach Befriedigung seiner Bedürfnisse (Kaffee) nicht nach kam.

Er begann nonverbal über die Instrumente mit mir zu kommunizieren. Sein Spiel glich seiner Sprache: monotoner, einfacher Rhythmus. Durch die Imitation seines Rhythmus' und meine musikalische Antworten auf seine „Fragen“ gelang es mir, Kontakt zu ihm herzustellen.

Herr Schmidt zeigt aber auch im Verlauf der Therapie mehr und mehr Interesse an anderen Instrumenten. Eine besondere Faszination üben sanft klingende und klingelnde Instrumente auf ihn aus. In der dritten Sitzung entdeckt er die Qi-Gong Kugeln. Er nimmt sie vorsichtig und rollt sie mir zu, ich rolle sie zu ihm zurück. Das geht eine ganze Weile. Zwischendurch halte ich mir die Kugeln ans Ohr und lasse sie klingeln. Er macht es mir nach, hält sich die Kugeln abwechselnd ans linke und ans rechte Ohr. In den nächsten Sitzungen erweitern wir sukzessive das Instrumentarium. Herr Schmidt nimmt sich zwar weiterhin immer dieselben Instrumente (zwei Schlitztrommeln, ein Xylophon) zu Beginn der Sitzung, ist aber sehr interessiert an dem was ich mache. In der dritten Sitzung spiele ich auf einem Glockenspiel, er spielt mit seinem Schlegel auch darauf, stoppt dann, wiegt seinen Oberkörper hin und her und hört mir zu. Dann spielt er wieder in seinem monotonen Rhythmus auf der Schlitztrommel und auf dem Xylophon.

*Musikalische
Kommunikation
und keine
Aggressionsaus-
brüche*

In der fünften Sitzung zeige ich ihm eine Klangschale, er ist fasziniert von ihrem Klang. Erst lauscht er, wie ich sie anschlage, dann schlägt er sie mit seinem Schlegel ebenfalls an, sofort anschließend dann fest auf eine Handtrommel. Er lacht in dieser Sitzung viel und fühlt sich sichtlich wohl.

Klangschale

In den zuletzt beschriebenen Sitzungen zeigte Herr Schmidt großes Interesse an weich und sanft klingenden Instrumenten, wie Qi-Gong Kugeln, Klangschalen oder Glockenspielen. Auch die Schlitztrommeln und das Xylophon spielte er eher leise. Ich hatte eigentlich erwartet, dass ein potentiell aggressiver Mensch wie Herr Schmidt sich eine Trommel nimmt und wild darauf herumschlägt. Er wählte jedoch sehr ruhige und sanfte Instrumente. Ich verbinde mit diesem Verhalten den Wunsch nach etwas Ruhe, dem Bedürfnis nach etwas Sanftem, vielleicht den Wunsch nach Zuneigung.

Vor der sechsten Sitzung wirkt Herr Schmidt schon bei der Begrüßung sehr unruhig. Er zeigt starkes Hospitalisationsschaukeln in seinem Stuhl.

*Bedürfnis nach
Ruhe*

Ich biete ihm eine Klangmassage an und lade ihn dazu ein, sich auf eine Decke auf den Boden zu legen. Zuerst möchte er nicht, aber nach mehrmaligem Zuspruch lässt er sich darauf ein und legt sich auf den Bauch. Ich helfe ihm, sich bequem hinzulegen. Ich zeige ihm die Klangschale und spiele auf ihr. Ich beginne an seinen Füßen. Zwischendurch frage ich ihn, wie es ihm geht, er antwortet: „Gut!“ Ein paar Mal schließt er die Augen. Er beginnt tiefer zu atmen. Ca. 10 Minuten liegt er still da, beginnt dann wieder in seinen Einwortsätzen zu plappern.

Wir setzen uns wieder an den Tisch. Er nimmt sich wieder „seine“ Schlitztrommeln und das Xylophon. Ich nehme mir eine Conga und wir spielen zusammen. Er spielt einen monotonen Rhythmus. Zwischendurch haut er mit seinem Schlegel auf meine Conga. Ich zeige ihm, dass man die Conga auch mit den Händen spielen kann und lade ihn ein, es auch zu versuchen.

Klangmassage

Erst will er nicht, dann probiert er es aus und haut mit der Hand ein paar Mal unbeholfen auf die Conga, wendet sich dann aber wieder mit seinem Schlegel seinen Schlitztrommeln und dem Xylophon zu. Zum Schluss spielt er wieder (vorsichtig) mit den Qi-Gong Kugeln. In dieser Sitzung war Herrn Schmidts Bedürfnis nach Ruhe sehr deutlich geworden. Für eine relativ lange Zeit von 10 Minuten hatte Herr Schmidt die Klangmassage genießen und zur Ruhe kommen können. Eine Rücksprache mit einem Betreuer der Station ergab, dass Herr Schmidt ein ähnliches Verhalten im Snoezelen-Raum zeigt.

In der darauf folgenden Woche kommt es in der Klinik zu einem Vorfall: Herr Schmidt ist mit einem Pfleger in der Küche, da er seine Medikamente bekommen sollte. Er springt plötzlich zum Schrank, nimmt ein Messer und sticht ohne Vorwarnung oder irgendwelcher Anzeichen auf einen Mitbewohner ein und trifft ihm am Kopf. Der Angriff bleibt zum Glück ohne schlimmere Folgen. Der zuständige Therapeut erklärt mir, dass es für den Angriff zwei mögliche Erklärungsansätze gibt:

*Ein Gewaltaus-
bruch auf der
Station*

- Der Angegriffene wohnt mit Herrn Schmidt auf einem Zimmer. Möglicherweise habe dieser Herrn Schmidt vorher irgendwie geärgert oder genervt und dieser habe die Situation ausgenutzt. Herr Schmidt sei gezielt auf diesen Mitbewohner los, habe damit vorsätzlich

gehandelt. Dagegen spreche, dass Hr. Schmidt diesen Mitpatienten nicht schon vorher angegriffen habe, was eher seiner Art entspräche.

- Herr Schmidt war frustriert, weil er nicht mit dem Pfleger die Küche verlassen wollte, ohne etwas zu bekommen. Das führte zur Abreaktion, und der Mitbewohner stand zur falschen Zeit am falschen Ort.
- Herr Schmidt ist ein sehr eifersüchtiger und von Zuhause verwöhnter Mensch, empfindet Zuwendung zu anderen oft als Liebesentzug.
- Herr Schmidt benutzt bei seinen aggressiven Angriffen fast immer „Waffen“: Flaschen, Messer oder seine Zähne, sehr selten seine bloßen Hände.

Parallelen gab es zur Musiktherapie: auch hier verweigerte er es bislang, eine Trommel mit den Händen zu spielen, benutzte ausschließlich ein „Werkzeug“, zum Beispiel einen Schlägel.

*Spiel auf der
Conga: mit
Schlägeln oder
mit bloßen Hän-
den*

Ich hatte die Idee, ihn zum Spielen mit seinen Händen auf der Conga zu bringen, damit er möglicherweise angestaute Aggressionen abfließen lassen kann und das er sich selber über seine Hände spürt. Möglicherweise half ihm das, Spannungen zu lösen.

In der siebten Sitzung nimmt er sich wie immer „seine“ üblichen Instrumente, ich eine Conga. Wir spielen zusammen in seinem Rhythmus. Zwischendurch haut er mit seinem Schlegel auf die Conga. Ich nehme seine Hand und ermutige ihn, mit seinen Händen zu spielen.

Er haut ein paar Mal auf die Trommel, jedoch nicht allzu fest. Dann verzieht er das Gesicht, sagt dann „weh!“ und möchte dann nicht mehr.

Ich schloss aus diesem Verhalten, dass Herr Schmidt es nicht gewohnt war, sich selber zu spüren. Er hatte nicht so stark oder so lange auf die Conga geschlagen, dass ihm die Hand hätte weh tun können. Er wirkte vielmehr überrascht, als ob etwas Unvorhergesehenes eingetreten wäre.

*Es hörte sich an
wie singen*

In der achten Sitzung nimmt er sich wieder „seine“ Instrumente. Ich stelle wieder die Conga neben ihn, und wir beginnen, gemeinsam zu spielen. Er schlägt mit dem Schlägel auf die Conga, ich versuche ihm zu zeigen, dass er mit den Händen spielen soll. Ich drehe ihn so zur Trommel, dass er bequemer die Trommel mit der Hand spielen kann. Wir trommeln zusammen. Er benutzt mal eine, mal beide Hände. Zeitweise trommeln wir im Dialog, spielen abwechselnd. Er lacht. Dann wendet er sich wieder „seinen Instrumenten“ zu. Plötzlich macht er ein Geräusch, es hört sich an wie singen. Aber nur einmal. Ich versuche das Geräusch zu imitieren, er reagiert aber darauf nicht.

*Spiel mit Händen
auf der Conga*

In der neunten Sitzung nimmt sich Herr Schmidt, nachdem wir in den BT-Raum gekommen sind, wieder „seine Instrumente“ Er fängt an zu spielen, ich stelle die Conga neben ihn und spiele darauf. Er legt seine Schlägel weg und spielt von sich aus mit seinen Händen auf der Conga. Er spielt eine ganze Weile mit beiden Händen, abwechselnd rechts und links, wechselt dann wieder zu „seinen Instrumenten“. Im Verlauf der weiteren Sitzungen verlagert sich sein Agieren mehr und mehr auf die Conga. Er trommelt fast nur noch mit den Händen, zeitweise auch so fest, dass ihm dann die Hände wehtun. Er sagt dann „weh!“. Ich reibe meine Hände aneinander und puste. Er macht es mir nach.

Anfangsritual

Mittlerweile gehört es zu seinem Anfangsritual, dass Herr Schmidt sich die Conga holt und auf dieser dann auch überwiegend mit den Händen spielt. Dazu wählt er immer mindestens ein klingendes Instrument (z.B. Qi-Gong Kugeln) oder Shaker bzw. Rasseln.

*Herr Schmidt hat
sich in „seinen“
Musiktherapie-
sitzungen „ein-
gerichtet“*

In diesen Sitzungen wurde deutlich, dass Herr Schmidt sich in „seinen“ Musiktherapiesitzungen „eingesetzt“ hat. Er fühlte sich sichtbar wohl und genoss meine ungeteilte Aufmerksamkeit und Zuwendung. Wir kommunizierten auf den Trommeln miteinander. Er fand für sich die Balance zwischen Instrumenten, bei denen er sich spürte und wo Energien fließen konnten (z.B. Conga) und Instrumenten, die ihm Ruhe und Empfindsamkeit bringen (Klangschale, Qi-Gong Kugeln u.ä.).

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch, dass Herr Schmidt immer, wenn er die Stunde für den Tag beenden möchte, „Pause, Pause“ sagt und nicht „Ende, Ende“ oder „Schluss, Schluss“ oder ähnliches.

*Veränderung des
Sprachverhaltens*

In den weiteren Sitzungen entdeckt Herr Schmidt auch andere Instrumente und probiert fast alles aus. Manchmal ist er sehr aktiv, manchmal lehnt er sich zurück, wiegt sich rhythmisch hin und her und genießt es, wenn ich ihm in seinem Schaukelrhythmus etwas vorspiele. Seine Einwortsätze zur Bedürfnisbefriedigung werden immer seltener. Vielmehr erzählt er mir etwas, wie zum Beispiel beschreibt er fliegende Luftballons („Lupo“). Ich schlage ihm vor, daraus ein Spiel zu machen und mit dem Luftballon zu fliegen. Er nimmt dazu ein Babyspielzeug in der Form eines großen, roten Apfels, der sanfte, klingelnde Geräusche macht. Ich nehme eine Schlitztrommel.

Er schüttelt den Apfel und der Flug geht los. Er spricht dazu einen Dreiwortsatz: „Lupo fli

hoch...“. Zwischendurch winken wir „den am Boden stehenden Leuten“, er ruft:“ Tschööö, tschööö...!“ Auch dieser rote Apfel gehört mittlerweile zu „seinen“ Ruhe bringenden Instrumenten.

Nach etwa einem Jahr kam es in meiner Sitzung zu folgendem Vorfall:

Wir haben genauso angefangen wie immer und alles verlief auch wie immer. Irgendwann kommt es (wie so oft) dazu, dass Herr Schmidt die Qi-Gong Kugeln nimmt. Er hält sie sich ans Ohr und lauscht dem Klingeln. So auch diesmal. Er ist meist sehr vorsichtig dabei. Dann beginnt er jedoch die Kugeln auf der Conga hüpfen zu lassen und wieder aufzufangen. Da dies einige Male misslingt und die Kugeln auf den Boden fallen, untersage ich es ihm. Er hört auch sofort auf damit. Irgendwann stopft er die Kugeln in seine Socken und meint dann: „muss mal!“. Ich nehme an, er findet es schön beim Gehen das Klingeln in seinen Socken zu hören und lasse ihn die Kugeln mit zur Toilette nehmen. Ich warte vor der Tür. Ich wundere mich noch, dass Herr Schmidt sehr oft die Klospülung betätigt. Als er wieder raus kommt, klingelte nichts mehr! Ich frage ihn, wo denn die Kugeln seien, er sagt aber nur: „Musik machen, Musik machen!!“ Wieder frage ich ihn nach den Kugeln, er schreit nur und machte Geräusche als ob er weinen würde. Fragen nach den Kugeln weicht er aus. Schließlich breche ich die Sitzung ab, weil ich selber wütend werde und bringe ihn in sein Zimmer zurück. Da seine Hand ganz nass war, war es wohl so, dass er die Kugeln im Klo runtergespült hat und mit der Hand nachgestopft hat.

*Ein Vorfall in der
Musiktherapie:
Qui-Gong Ku-
geln landen im
Klo*

Den Vorfall, der mich zuerst recht betroffen machte, habe ich dann in der Supervision und mit meinem Praxisbegleiter thematisiert und reflektiert. Schnell wurde klar, dass es mit dem Thema Macht oder Grenzaustestung zu tun haben musste. Auch bedingt dadurch, dass er durch seine fast permanente Fixierung viele Ohnmachterfahrung hatte. Nach Herrn Kittmanns Ansicht passte dies genau in sein Verhaltensmuster von immer wiederkehrenden Machtdemonstrationen.

Das „Machtspiel“ begann offensichtlich in dem Moment, als ich ihm das Hüpfen der Qi-Gong Kugeln auf der Conga untersagte. Dazu muss man erwähnen, dass Herr Schmidt Ballspiele liebt und auch recht geschickt im Fangen von Bällen ist.

Möglicherweise hat meine Intervention, dass die Kugeln keine Bälle seien und für solche Spiele nicht geeignet sind, bei ihm eine Kränkung verursacht, die diese Machtdemonstration in Gang setzte.

Mein Praxisberater meinte, dass im Unterschied zu sonst - und das werte er als Therapieerfolg - Herr Schmidt zur Demonstration von Macht keine gewalttätige Aktion gewählt habe, sondern sich quasi eines Musikinstrumentes bediente. Auch war es keine Impulsgesteuerte Reaktion wie sonst, sondern ein geplantes, arrangiertes Vorgehen, weil er die Kugeln in seinen Socken versteckte.

*Verändertes Um-
gehen mit Ge-
waltimpulsen*

Wichtig für mich war auch zu erkennen, dass er dazu den musiktherapeutischen Rahmen verlassen hat, weil er ja aus dem Raum raus auf die Toilette ging. Also musste ihm der Musiktherapeutische Rahmen wichtig gewesen sein. Ich habe diesen Vorfall mit Herrn Schmidt im Beisein des zuständigen Therapeuten trotz seiner Kommunikationsprobleme in der nächsten Sitzung thematisieren können. Ich teilte ihm mit, dass ich mit ihm weiterarbeiten wolle, aber dass ich bei solch einer wiederholten Aktion die Musiktherapeutischen Sitzungen mit ihm beenden würde. Herr Schmidt antwortete laut und deutlich mit „OK!“

In der folgenden Sitzung haben wir sehr viel Spaß mit einander. Herr Schmidt lacht sehr viel.

Die musiktherapeutischen Sitzungen mit Herrn Schmidt werden weitergehen.

Die Arbeit mit ihm kann nur sehr kleinschrittig und langfristig angelegt werden, die Erfolge sind bisher marginal aber stetig.

In diesem einem Jahr ist jedoch einiges passiert. Herr Schmidt tut die zusätzliche Aufmerksamkeit gut. Sein Interesse an der Musiktherapie und an den Instrumenten ist nach wie vor ungebrochen. Er hat seine musikalischen Ausdrucksmöglichkeiten mehr und mehr erweitert. In den Musiktherapie-sitzungen stehen körperliche Bedürfnisse wie Essen und Trinken nicht mehr im Vordergrund, sondern vielmehr „seelische“. Hier erfüllt er seine Bedürfnisse nach Ruhe, Zuwendung und Spaß. Seine Selbstwahrnehmung hat sich entwickelt, er spürt sich selber mehr und mehr (z.B. beim Trommeln seine Hände). Das Ziel, seine aggressiven Ausbrüche zu beseitigen ist natürlich noch nicht erreicht, er muss nach wie vor fixiert werden. Es gab in diesem Jahr auch weiterhin noch Angriffe auf Mitpatienten, wenn auch nur wenige.

Ein Thema ist nach wie vor das Spannungsfeld zwischen „Allmacht und Ohnmacht“ Das Ziel der kommenden Sitzungen ist es, die „kleinen Machtspielchen“ musikalisch „auszufechten“. Und dabei mögliche angestaute, aggressive Spannungen zu lösen.

Nach diesem Fallbeispiel, womit ich eine sehr konstruktive und positiv verlaufende Arbeit beschrieben habe, möchte ich noch kurz und komprimiert von einem etwas problematisch verlaufenden Fall berichten.

*Einzeltherapie
bei einer geistig
behinderten Frau
mit starken Ver-
haltensauffällig-
keiten*

Frau Meier² ist eine 22-jährige Patientin, die zu Beginn der Musiktherapie erst ganz kurz auf der Station ist. Diagnostiziert wurde bei ihr eine geistige Behinderung. Ihre Geburt musste nach dem 6. Monat eingeleitet werden. Sie hat autistische Züge und schwere Verhaltensauffälligkeiten.

Vorher hatte sie in einer Klinik und in einem Wohnheim gelebt.

Angeblich habe es dort einen Vorfall des sexuellen Missbrauchs durch einen Betreuer gegeben. Die Sache ist nie ganz geklärt worden. Das Thema des sexuellen Missbrauchs kam auch auf der Station 41 auf. Sie hatte behauptet, ein Mitarbeiter hätte sie betastet, gab aber später zu, dass dies gelogen gewesen sei. Nach dem Wohnheim hat sie wieder bei ihrer Mutter gelebt. Dies ist jedoch nur zwei Wochen gut gegangen, da sie schwere Verhaltensauffälligkeiten zeigte. So zum Beispiel zerkratzte sie Autos, zerstörte Dinge oder griff ihre Schwester tötlich an. Daraufhin kam sie in die Rheinischen Kliniken.

Auf der Station zeigte sie sehr renitentes und provokantes Verhalten. Sie schien immer das Gegenteil von dem zu tun, was man ihr sagte. Bei Spaziergängen ging sie nach wenigen Metern in die Hocke und weigerte sich, weiter zu gehen. Oder sie kotete ein und schmierte den Kot in ihrem Zimmer umher.

Auch zeigte sie weiterhin sehr aggressives Verhalten, so dass eine ärztlich angeordnete Fünf-Punkt Fixierung vorgenommen werden musste. Jedes Lösen der Fixierung endete in Angriffen auf die Betreuer durch Treten oder Kneifen. Ihre Angriffe kamen immer sehr unerwartet, bis hin zu Tritten in die Weichteile bei den männlichen Pflegern. Des Weiteren zeigte sie Selbstverletzende Tendenzen, in dem sie sich mit ihrem Knie immer wieder vor die Nase schlug.

Ungeteilte Aufmerksamkeit und Zuwendung, z.B. bei der Arztvisite genoss sie jedoch und zeigte hier auch keine Aggressionen.

Aggressives Verhalten kann eine Reaktion auf tiefer liegende emotionale Probleme sein. Der Auftrag an mich war, mit ihr an ihren Aggressionen zu arbeiten, um vielleicht die Fixierung lockern oder vielleicht sogar lösen zu können.

Ich hatte in zwei Gesprächen zum kennen Lernen von Frau Meier erfahren, dass sie Musik sehr mag und dass sie zu Hause ein Schlagzeug habe. An Musiktherapie zeigte sie großes Interesse und versprach mir, in der nächsten Woche mitzumachen.

*Musiktherapie
bei Fixierung*

Mir war klar, dass eine Musiktherapie in Fixierung nicht möglich war, da viel angestaute Aggressionen vorhanden waren. Diese Energie staute sich durch die Fixierung weiter. Gestaute Aggressionen bzw. Energie konnten gefährlich werden.

Meine Überlegung war, dass, wenn sie ihre Energie in der Musik herauslassen kann, sie erst einmal verbraucht ist und sich dann erst mal wieder aufladen müsste. Sollte diese Energie unkontrollierbar hervorbrechen, musste ich das Setting verändern, z.B. in einer Teilfixierung arbeiten, aber zunächst wollte ich unbedingt ohne Fixierung beginnen.

Eine gute Risikoplanung war vonnöten. Ich traf genaue Absprachen mit den Betreuern auf der Station. Auch zum Thema sexueller Missbrauch, da ich damit rechnen musste, dass Frau Meier behaupten würde, ich hätte sie sexuell belästigt.

Für die erste Sitzung vereinbarte ich mit den Betreuern, dass sich jemand in der Nähe aufhalten solle, falls ich Hilfe benötigte.

*Mit Füßen Con-
ga spielen*

In der ersten Sitzung wird Frau Meier wie abgesprochen zu mir geführt. Sie ist nicht fixiert, zwei Pfleger müssen sie jedoch festhalten. Sie sagt mehrfach: „Ich hab’ keine Lust!“. Frau Meier und die beiden Pfleger setzen sich, halten sie aber noch fest. Ich stelle eine Conga vor sie. Sie tritt danach (sie ist barfuss). Ich halte ihr die Trommel mit dem Fell zu ihr hin. Sie tritt nach der Trommel, fängt dann aber an mit den Füßen auf der Conga zu trommeln, erst wild, dann abwechselnd im Rhythmus, linker Fuß – rechter Fuß. Wir spielen abwechselnd. Ich schlage auf die Trommel, sie schlägt mit den Füßen drauf. Dann sagt sie wieder, dass sie keine Lust mehr habe und haut sich mit dem Knie immer selbst ins Gesicht. Die erste Sitzung ist vorüber.

Ich war nicht richtig zufrieden. Da Frau Meier die ganze Zeit von den Pflegern festhalten wurde, erschien mir die ganze Situation sehr unwirklich und zwanghaft. Ich nahm mir vor die nächste Sitzung alleine mit ihr zu gestalten.

Als ich das nächste Mal auf die Station komme, ist Frau Meier wie ausgewechselt. Nach Rücksprache mit den Betreuern der Station ist sie medikamentös (Ritalin) anders eingestellt worden und seitdem viel ausgeglichener. Eine Fixierung ist derzeit nicht durchgängig nötig.

² Name wurde aus Datenschutzgründen geändert

Im weiteren Therapieverlauf wurde deutlich, wie stark ihr Drang nach Bewegung war und welche Energie in ihr steckte. Mit großer Begeisterung und Spaß nahm sie in den folgenden Musiktherapiesitzungen bevorzugt große Trommeln, wie die Congas und trommelte fast immer sehr laut, kraftvoll und sehr rhythmisch. Ich verband mit ihrem Spiel viel Energie und Bewegungsfreude. Sie erfand Spiele wie z.B. den „Karnevalszug“. Mit diesem Spiel gab sie ihrem Bewegungsdrang nach, indem sie mit zwei kleinen Becken in der Hand laut aufstampfend durch den Raum zog. Diese Energieentladungen waren heftig aber kurz, da sie nach etwa einer halben Stunde zumeist keine Lust mehr hatte.

Drang nach Bewegung

Frau Meier genoss es, sehr laut zu spielen. Als ich eine Djembé mit in die Sitzungen brachte, war sie begeistert („die ist schön laut“) und benutzte fast nur noch dieses Instrument. In manchen Sitzungen sang oder schrie sie noch dazu.

sehr laut spielen

Ich spürte deutlich, wie eine Unmenge Energie floss. Ich hatte den Eindruck, dass sich Frau Meier beim Trommeln sehr stark selbst spürte. Gleichzeitig wirkte sie in diesen Phasen in sich versunken und hatte dann wenig Kontakt zu mir. Ich schloss daraus, dass sie das laute Trommeln möglicherweise auch als eine Art Abschirmung, eine Art Schutzwall gegenüber der Außenwelt nutzte. Nach diesen Sitzungen wirkte sie zumeist sehr aufgedreht, aber gelöst und „stolz“ so laut getrommelt zu haben.

Ich überlegte mir, am Ende der Sitzungen eine Entspannungsphase einzubauen.

Der Versuch am Ende der Sitzungen zum Entspannen eine CD mit ruhiger Musik zu hören, funktionierte nicht. Frau Meier trommelte zwischendurch. Die Musik schien sie nervös zu machen. Nach kurzer Zeit hatte sie keine Lust mehr zu zuhören und wollte „an die frische Luft“.

Einführung einer Entspannungsphase

In der nächsten Sitzung versuchte ich es mit einer Klangschale. Diese Idee nahm sie im Gegensatz zu der Musik von der CD gut an. Durch das Lauschen nach dem abschwelldenden Ton der Klangschale gelang es ihr, ein wenig zu entspannen

Auf der Station hatte es in der Zwischenzeit einige Veränderungen gegeben. Die meisten forensischen Patienten der Station waren in ein anderes Gebäude umgezogen, andere waren auf die Station gekommen. Auch einige Betreuer hatten die Station gewechselt. Die Mitarbeiter waren zu dieser Zeit doppelt belastet, da zur Zeit zwei Nachtdienste auf beiden Stationen abgedeckt werden mussten.

Destabilisierung durch Personalwechsel auf Station

Frau Meier hatten diese Wechsel und der damit verbundene Verlust der gewohnten Strukturen destabilisiert. Sie musste wieder fixiert und mit Medikamenten sediert werden. Sie wirkte durch die Medikamente sehr verlangsamt. Auch schmierte sie mit ihrem Kot rum. Die Mitarbeiter rieten mir immer wieder von Musiktherapie ab.

Die Sitzungen fanden nur noch sehr unregelmäßig statt. Dann war sie körperlich aktiv und trommelte sehr laut und heftig, ließ sich aber auch auf die Klangschale zur Beruhigung ein.

Aber ihre Krisen häuften sich, ohne Fixierung und Sedierung war der Aufenthalt auf der Station kaum noch möglich. Nach der elften Sitzung, die eigentlich sehr gut verlaufen war, verweigert sie nur noch die Teilnahme an der Musiktherapie.

Im Verlauf des Frühjahres verändert sich das Bild nicht wieder. Pläne, sie in ein Wohnheim zu verlegen, scheitern. Im März 2004 kehrte sie nach kurzer Zeit von einer Verlegung auf eine andere Station wieder zurück.

An der Musiktherapie möchte sie bis heute nicht mehr teilnehmen. Ich nehme mir jedes Mal, wenn ich auf der Station bin, Zeit, um mich mit ihr zu unterhalten und sie zu ermutigen mit mir Musik zu machen. Sie ruft jedes Mal, wenn sie mich auf die Station kommen hört, nach mir und begrüßt mich freundlich, äußert jedoch regelmäßig „keine Lust zu haben“.

Die Arbeit mit Frau Meier ist noch lange nicht abgeschlossen und wird hoffentlich eines Tages weitergehen.

Während der musiktherapeutischen Sitzungen war sie ihrem Drang nach Bewegung und Energie- bzw. Spannungsabbau teilweise sehr intensiv nachgegangen. Ihr musikalisches Spiel war zumeist von sehr lautem und heftigem Trommeln geprägt. In diesen Phasen schien sie sich besonders stark selbst zu spüren und sich teilweise auch mit der lauten Musik von der Außenwelt abzuschirmen.

Leider wurde ein kontinuierlicher Therapieprozess immer wieder durch ihre zwischenzeitlichen Fixierungen und ihren Krisen unterbrochen und ist zum Schluss sogar ganz zum Erliegen gekommen. Ich bin jedoch davon überzeugt, dass Musik ein geeigneter Zugang zu ihr ist und gleichzeitig eine Basis, um eine mögliche tiefer liegende Problematik mit ihr zu bearbeiten.

Reflexion

In der persönlichen Reflektion dieses unheimlich spannenden Jahres überwiegen für mich eindeutig sehr positive Erlebnisse. Selbst für mich relativ alten Sozialpädagogikhasen war es erstaunlich, wie viel positive Energie ich bei dieser Arbeit zurückbekommen habe.

Ich habe Trauriges erlebt, wie den plötzlichen Tod eines meiner Patienten, aber auch sehr viel Lustiges, wie meine erste Therapiesitzung mit einem Patienten, die im Wesentlichen daraus bestand, dass er rein kam einen Trommelschlägel nahm, in ihn rein biss, grunzte, den Schlegel verbog und den Raum wieder verließ. Und ich hatte mir mit so viel Zeit und Sorgfalt die tollsten Dinge überlegt und vorbereitet, wie ich diese erste Stunde mit ihm gestalten wollte.

*Vertraue vor
 allem der Musik,
 sie führt und
 begleitet dich
 durch den Pro-
 zess*

Wichtig war in diesem Jahr für mich auch, meine eigene Entwicklung zu beobachten. Fühlte ich mich zu Beginn des Praxisjahres oft unter Druck und Spannung die Musiktherapiesitzungen besonders gut planen und vorbereiten zu müssen, so ist dies mittlerweile der Erkenntnis gewichen, dass es leichter fällt, sich auf die Musik zu verlassen. Besonders Karl-Heinz Wortmanns Merksatz: „Vertraue vor allem der Musik, sie führt und begleitet dich durch den Prozess“ hat mir dabei sehr geholfen, dass ich nun nicht mehr so angespannt in den Sitzungen bin und so viel mehr Raum für die Wahrnehmung der Patienten habe. „Verlangsamung bringt Wahrnehmungsgewinn!“ Oder wie es Karl-Heinz Wortmann auszudrücken pflegt: „Erst mal schauen und dann weitersehen!“

Abschließend möchte ich noch sagen, dass meine Arbeit auf der Station äußerst wertschätzend aufgenommen wurde, und man mir eine nebenberufliche Honorartätigkeit auf der Station 41 angeboten hat, damit ich meine Arbeit fortsetzen kann.

Literaturverzeichnis

- Bunt, Leslie: Musiktherapie. Eine Einführung für psychosoziale und medizinische Berufe, Weinheim und Basel 1998
 Dörner, Klaus und Plog, Ursula: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie, Bonn, 1984
 Pawlby, S.J.: Imitative Interaction, Studies in Mother-Infant Interaction, London, 1977
 Renschmidt, Helmut: Autismus. Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen, München 2000
 Smeijsters, Henk: Grundlagen der Musiktherapie, Göttingen 1999
 Timmermann, Tonius: Klingende Systeme. Aufstellungsarbeit und Musiktherapie. Heidelberg 2003



Oliver Schrade

Irlefeld 5

40764 Langenfeld

☎ 0212/65 35 79

E-Mail: olivschrade@ngi.de

Jahrgang 1967

Berufliche Ausbildung: Industriekaufmann bei der Firma Klingelnberg Söhne in Remscheid.

Hochschulstudium: Okt. 1990 bis Okt. 1994 Außerschulisches Erziehungs- und Sozialwesen an der Universität/Gesamthochschule Siegen

Berufliche Tätigkeiten:

Feb. 1995 Betreuung von geistig Behinderten in der Wohnstätte für geistig Behinderte der Lebenshilfe in Wipperfürth (Krankheitsvertretung)

März 1995 bis Feb. 1996 Berufsanerkennungsjahr im Kinderhort Westerholt e.V. in Remscheid-Lennep

Sept. 1996 bis Dez. 1997 Betreuung von psychisch Behinderten in einem Langzeitwohnheim des Theodor-

Fliedner Werkes in Wiehl-Bielstein

Dez. 1997 bis Juni 1998 Betreuung von psychisch Behinderten im Rahmen des Betreuten Wohnens und des Sozialpsychiatrischen Dienstes bei der Kette e.V. in Bergisch Gladbach.

Jan. 1999 bis Juni 2000 Bezirkssozialarbeiter beim Jugendamt in Radevormwald.

Juli 2000 bis Aug. 2001 Gruppenleiter einer Jugendwohngruppe des ev. Kreiskinderheimes Wermelskirchen

Seit Sept. 2001 Betreuung von benachteiligten und lernbehinderten Jugendlichen in einer Berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme beim Verein für soziale Dienste e.V. in Bergneustadt

Seit Februar 2003 Nebenberuflich tätig als Musiktherapeut auf einer Station für geistig Behinderte mit psychischer Störung in den Rheinischen Kliniken Langenfeld

seit Oktober 2004 betreue ich in der Jugendhilfe tätig Jugendliche im Alter von 16 - 21 im Rahmen des Betreuten Wohnens und im Rahmen einer Notschlafstelle.

Während meines Sozialpädagogikstudiums habe ich in einem Seminar von Hartmut Kapteina von der Musiktherapie zum ersten Mal erfahren. Musik hat mich mein ganzes Leben lang begleitet, u.a. habe ich in Bands gespielt oder mich mit experimenteller Computermusik beschäftigt. So war es nahe liegend, eine musiktherapeutische Zusatzausbildung zu beginnen.

Im Laufe meines Berufslebens habe ich in verschiedenen psychiatrischen Berufsfeldern gearbeitet, so unter anderem in einem Langzeitwohnheim für psychisch Behinderte oder beim Sozialpsychiatrischen Dienst. So kam die hier dokumentierte Praxistätigkeit in einer psychiatrischen Einrichtung zustande.