

Ich habe das noch nicht gesehen, dass die Sonne in mir scheint ! Musiktherapie mit einer depressiven Klientin im Mutter-Kind-Kurheim, „Emmi-Welter“

Uta Weber

„Rhythmus hat zwei Komponenten:
den metrischen Halt-gleich den Fixpunkten im menschlichen
Leben: Geburtsdatum, Geschwisterreihe usw.
-und fließende Bewegung, die den schöpferischen Einfall trägt
und auf das menschliche Leben bezogen, des Menschen Frei-
heit symbolisiert.
Demnach sind im Rhythmus die komplementären Größen
Form und Inhalt flexibel und spielerisch vereint.
So bedeutet Rhythmus Freiheit im Gesetz der Ordnung.
Das Gleichgewicht innerhalb dieser Polarität zu finden,
nennen wir psychische Gesundheit.“
(Gertrud Katja Loos)

Inhalt

Das Emmi-Welter-Heim

Eine Institutionsbeschreibung-

Musiktherapie im Emmi-Welter

Erfahrungsbericht: Ein Fallbeispiel

Die erste Teamsitzung

Zum Krankheitsbild Schwangerschaftspsychose

Die erste musiktherapeutische Sitzung

Die zweite Teamsitzung

Der Trommelabend

Die dritte Teamsitzung

Die zweite Sitzung

Die dritte Sitzung

Die vierte Sitzung

Das Kurabschlussgespräch

Der Abschlussabend

Resümee

Das Mutter-Kind-Kurheim „Emmi-Welter“ ist eine Einrichtung der Müttergenesung der evangelischen Frauenhilfe im Rheinland e.V. und liegt nahe der oberbergischen Kleinstadt Wiehl bei Gummersbach inmitten einer ländlich grünen Idylle mit mildem Reizklima. Auf der gesetzlichen Grundlage von §§24 und 41 SGBV können 23 Mütter und 30 Kinder im Alter zwischen 6 Monaten bis zum Vorschulalter drei Wochen aufgenommen werden. Gemäß seines ganzheitlichen psychosozialen Ansatzes gehören zu den Angeboten des Hauses:

1. die medizinische Betreuung durch Kur- und Kinderarzt sowie Krankenschwestern
2. die pädagogische Unterstützung durch qualifizierte Mitarbeiterinnen für Mutter und Kind
3. Möglichkeiten zu psychologischen Beratungsgesprächen und
4. Rufbereitschaften und Abendwachen für die Kinder.

Die Kinder werden im Kindergarten des Kurhauses sowohl vormittags als auch nachmittags, ab drei Jahren auch mittags pädagogisch betreut.

Die Altersstruktur des Klientels bewegt sich zwischen 20 und 50 Jahren. Ein hoher Prozentsatz der oftmals alleinerziehenden Frauen ist auf Sozialhilfe, Unter-

*Mutter-Kind-
Kurheim*

Das Klientel

haltszahlungen geschiedener Partner oder unqualifizierte Nebentätigkeiten angewiesen, da nur wenige eine ausreichende Schul- und Berufsausbildung haben, um einen angemessenen Lebensstandard bestreiten zu können.

Die soziale Situation der Mütter ist überproportional durch finanzielle Schwierigkeiten, unsichere und belastende Arbeitsverhältnisse und Wohnraummangel gekennzeichnet.

Belegt wird dies durch eine 1992 durchgeführte Studie von Dr. J. Collartz „Die Bedeutung von Müttergenesungskuren für die Gesundheitsversorgung“ und dem Handbuch der evangelischen Frauenhilfe „Frauen und Gesundheit“.

Gewalt und sexueller Missbrauch in der Ehe

Weitere Indikatoren für Krankheitsentwicklungen und Gesundheitsstörungen bei Frauen, die in den psychologischen Beratungsgesprächen des Kurhauses thematisiert werden, sind Gewalt und sexueller Missbrauch in der Ehe sowie in der Kindheit, mangelndes Selbstwertgefühl gegenüber zu hohen Leistungsansprüchen und Identitätskrisen bezüglich eines sich verändernden Körperbildes durch Geburt und Klimakterium begleitet von dem Gefühl der Zerrissenheit zwischen traditioneller Rollenerwartung und emanzipatorischen Vorstellungen.

Auf diesem Hintergrund entwickeln Frauen Gesundheitsstörungen, die meist eine ausgeprägte seelische Komponente aufweisen und entsprechend individuelle Lösungsstrategien in sozialen Konfliktsituationen darstellen, denen ein Mangel an Handlungskompetenz im Sinne der Durchhaltestrategie zugrunde liegt:

Zu Beginn des Kuraufenthaltes werden in den Anfangsuntersuchungen durch den Kurarzt die kurüblichen Anwendungen wie Massagen und medizinische Bäder u. a. festgelegt. Schmerz- (Rhythmokinetik) und Musiktherapie werden zwar nicht als Anwendung vom Kurarzt verschrieben sondern empfohlen.

Indikationen „Was Frauen krank macht“

Zu den Indikationen der Frauen zählen Gesundheitsstörungen wie:

1. Psychosomatische Erschöpfungszustände und psychovegetative Störungen wie Unruhe, Gereiztheit, Kopfschmerzen, Migräne, Schlafstörungen, Herzneurosen, Unterleibsbeschwerden, Nacken- und Kreuzschmerzen, Verstopfungen, Durchfall und depressive Verstimmungen,
2. Herz-, Kreislauf und Gefäßerkrankungen,
3. Erkrankungen des Bewegungsapparates.

Diese Gesundheitsstörungen sind meist mit ausgeprägten seelischen Komponenten verbunden. Sie entsprechen individuellen Lösungsstrategien in sozialen Konfliktsituationen, denen ein Mangel an Handlungskompetenz im Sinne der Durchhaltestrategie zugrunde liegt.

Ingrid Olbricht fasst dies in ihrem Buch „Was Frauen Krank macht“ wie folgt zusammen: *„Leistungsbereitschaft und Pflichterfüllung, soziale Ambitionen, ehrenamtliche Helferinnentätigkeit, Aufopferung für die Familie bis hin zur Selbstaufgabe, Überarbeitung und Erschöpfung und damit Verzicht auf die Wahrnehmung körperlicher und seelischer Leistungsgrenzen ist kein seltenes Phänomen bei Frauen. (...) Bezahlt wird dies häufig mit den Symptomen des Überforderungssyndroms oder der Erschöpfungsdepression, die bei Frauen mit Befindlichkeitsstörungen oder geringem Selbstwertgefühl nicht selten diagnostiziert werden.“* (1993,97, ebenso Collartz, 1992).

Musiktherapie im „Emmi-Welter“

Mitte September begannen wir mit der Einführung der Musiktherapie mit einem Gruppenabend pro Woche. Bei einem „Kennenlernabend“ führte ich Tänze, Lieder und Improvisationen als Programmelemente ein, so dass die Frauen von mir

und den musikalischen Ausdrucksformen einen Eindruck bekommen konnten. Diese Elemente wurden zum festen Bestandteil von Festen und der Abschlussabende.

Als bald tauchte das Problem auf, dass die Frauen nur unregelmäßig, wenn überhaupt an den Musiktherapie - Stunden teilnahmen. Zudem waren sie oftmals schon mit den übrigen Angeboten bzw. Anwendungen überfordert und benötigten dringend einen freien Abend. Sie hatten Hemmungen, in der Gruppe auftauchende Themen zu besprechen oder mussten bei ihren Kindern bleiben. Die Teilnehmerzahl blieb für mich meist ungewiss sowie die Tatsache, ob der Abend überhaupt stattfinden würde.

Ein weiterer Grund für die mangelnde Teilnahme der Frauen lag auch an meiner geringen Präsenz im Haus, so dass in der Kürze der Zeit keine Vertrauensbeziehung zwischen mir und den Frauen aufgebaut werden konnte.

Kundenakquisition

So musste ich selbst „Kundenakquisition“ betreiben und geriet ich schnell in die Konfusion zweier Rollen, nämlich die der Animateurin und die der Musiktherapeutin. So bekamen die Gruppenabende manchmal eher Unterhaltungswert als therapeutische Bedeutung.

Als die Leiterin als Co-Therapeutin die Abende mit mir zusammen gestaltete, die wir unter bestimmte Themen stellten wie: Malen nach Musik, Tanzabende und Instrumente kennen lernen, entstand schneller eine vertrauensvolle Beziehung, die tiefende Arbeit ermöglichte.

Dann wurden die Kuren von vier auf drei Wochen Dauer gekürzt. Es wurde nötig, im Team ein neues Konzept für die musikalisch-therapeutische Arbeit zu erarbeiten, die sich nun an Mütter und ihre Kinder richten sollte. Das zwang mich zu einem ziemlich ungesunden Spagat zwischen Mutter und Kind während der Sitzungen. Sowohl die Kinder als auch die Mütter beanspruchten für sich so viel Aufmerksamkeit, dass die Mutter-Kind-Beziehung oftmals in den Hintergrund rückte und die Reflexionsebenen zwischen Mutter und Kind stark divergierten. Auch kamen die Mütter häufig nur wegen ihrer Kinder, die mal ein Instrument lernen sollten und erwarteten von mir nach der Stunde ein Statement zu der Musikalität ihres Kindes. Die Frauen waren häufig zu gehemmt, um wie ihre Kinder spielerisch mit den Instrumenten umzugehen. Sie nahmen sich in den Stunden völlig zurück und erhoben das Kind zum Zentrum ihrer Aufmerksamkeit, wahrscheinlich exemplarisch für ihr Leben.

Mutter-Kind-Gruppen

Andererseits stellte das Kind auch oft nur ein Alibi dar, um eigene Bedürfnisse nach Mitteilung zu befriedigen. Die Sitzungen mit Mutter und Kind waren unbestritten sehr aufschlussreich, jedoch erfolgte auch hier nur selten eine kontinuierliche Teilnahme, um die Beziehung zwischen Mutter und Kind näher zu beleuchten.

Ich entschloss daher, ausschließlich mit den Frauen zu arbeiten. Ich nutzte einen sechswöchigen Sommerurlaub auf meiner eigentlichen Arbeitsstelle, um dieses Vorhaben mit mehr Präsenz im Haus in die Praxis umzusetzen.

Während einer dreiwöchigen Kur begleitete ich insgesamt acht Frauen musikalisch-therapeutisch, mehr oder weniger kontinuierlich.

*Ein Fallbeispiel,
Frau P.*

Zu Beginn der Kur nahm ich am Begrüßungsabend für Alle Frauen teil, um mich und meine Arbeit kurz vorzustellen sowie die Frauen etwas näher kennen zulerennen. Zudem machte ich am schwarzen Brett einen Aushang, der eine kurze Beschreibung über Musiktherapie enthielt:

„Über Musik können wir uns entspannen, Gefühlen nachgehen, uns selbst erfahren und neue Kraft schöpfen. Dazu steht uns eine große Auswahl von Instrumenten zur Verfügung, die ohne jegliche musikalische Vorbildung gespielt und ausprobiert werden können. Ich biete Ihnen die Möglichkeit, im Rahmen einer Einzelsitzung bzw. Kleingruppe Musiktherapie kennen zu lernen und die dabei entstehenden Themen zu bearbeiten.“

Bereits am ersten Kurtag nahm Frau P. zu mir Kontakt auf. Sie passte mich an der Tür meines Beratungszimmers ab, in dem ich Kuranfangsgespräche mit sechs Kurteilnehmerinnen abhielt, zu denen Frau P. nicht gehörte.

Ihr äußeres Erscheinungsbild glich dem eines Mädchens, sie wirkte sehr unsicher und nervös auf mich. Frau P. fragte mich nach einem möglichen Termin, und ich verwies sie auf den Aushang. Ich war sehr froh auf eine Interessentin zu stoßen, die sich engagiert um einen Termin bemühte. Zwei Tage später konnte ich im Team etwas mehr über sie erfahren:

Frau P., 31 Jahre alt, verheiratet mit einem Schichtarbeiter, Hausfrau und Mutter, leidet unter einer Schwangerschaftspsychose und ist seit zwei Jahren in medikamentöser Behandlung. Sie erhält seitdem ein Antidepressivum, welches nach Aussagen von Frau P. bei ihr überschwängliche Euphorie (Manie) hervorruft und Herzrasen verursacht. Aus diesem Grund hat Frau P. das Medikament schon häufiger in Eigenverantwortung abgesetzt, was wiederum starke depressive Zustände zur Folge hatte. Vor der Kur begann sie eine Gesprächstherapie.

Frau P. erhofft sich Ruhe, Entspannung und Besinnung auf ihr Eigenes in der Kur und wünscht sich Unterstützung hinsichtlich ihrer symbiotischen Beziehung zu ihrem Kind, die sie selbstkritisch im Hinblick auf das Wohl ihres Kindes als zu eng bezeichnet.

Die Schwangerschafts- oder Puerperalpsychose ist eine reaktive Psychose mit hauptsächlich depressiver und paranoider Symptomatik. Voraussetzungen sind sehr hochgradige Lebensbelastungen, soziale Entwurzelungs- und Isolationssituationen wie in diesem Fall die Schwangerschaft und ihr Erleben auf der Grundlage einer labilen Persönlichkeitsstruktur. Bei Fortbestehen der Umstände kann eine Chronifizierung auftreten (s. Zeltkin und Schaldach, 1973).

vitale Depression Die depressive Symptomatik drückt sich in pathologischer Traurigkeit und gedrückter Stimmung aus. Zu den wichtigsten Erscheinungsbildern gehört die vitale Depression, die mit stabiler Gehemmtheit aller psychischen Vorgänge einschließlich der Motorik einhergeht. Die Stimmungslage ist stabil gedrückt und äußerlich kaum zu beeinflussen. Häufige Selbstanklagen, Schlaf- und Appetitlosigkeit sowie gelegentliche Zwangsercheinungen (Anankasmus) wie zwanghaftes Grübeln und Kontrollieren stellen weiterhin charakteristische Symptome dar. Die vitale Depression wird manchmal von agitierten Zügen, sprich angstvoller Unruhe, Jammern, Ringen der Hände, Bettflüchtigkeit bis hin zum Selbstmord überdeckt.

Ein tiefenpsychologischer Erklärungsansatz von Depression

Der tiefenpsychologische Erklärungsansatz von Depression nach Peter Schellenbaum in „Die Wunde der Ungeliebten“ und die Beschreibung der entsprechenden Symptomatik nach Fritz Riemann in „Grundformen der Angst“ sensibilisierten mich für meine musikalisch-therapeutische Arbeitsweise mit der depressiven Klientin, da sie Frau P.'s Problematik sehr genau skizzieren:

„Die Unfähigkeit zum notwendigen Verzicht auf Elternliebe kann in die Depression führen.“ schreibt P. Schellenbaum in dem Kapitel „Die offene Wunde der Depression“ (Seite 78).

Dieser Unfähigkeit liegt eine fehlende oder fehlgeleitete Liebe in der Kindheit zugrunde, die im Erwachsenenalter meist auf den Lebenspartner verschoben wird, der dem Anspruch nach einer fraglosen Liebe nicht erfüllen kann.

Die Depression entspringt immer einer Wiederbelebung eines frühen Liebesobjekts, von dem keine genügende Loslösung stattgefunden hat. Dahinter steht die Logik, dass die Abkehr von sich selber Treue zum anderen bedeutet.

Der Depressive fühlt sich von außen bedrückt und heruntergedrückt. So geht ihm die Energie, die er im Kampf gegen die Depression bindet für sein eigenes Leben verloren, da es ihm an Gespür für seinen Körper und kritischen Zyklen im eigenen Leben mangelt und alles Unvollkommene ablehnt.

Aus diesem Grunde gelingt es depressiven Menschen nicht, z.B. bei erlittenen Verlusten zu trauern. Sie identifizieren sich mit dem verlorenen Menschen und bleiben mit ihm verschmolzen. D.h. sie haben mit dem verlorenen Menschen das Gespür für sich selber verloren.

„Der Sinn der Depression liegt in der Lösung von alten, hemmenden Lebensentwürfen. Wenn der Drang nach Wandlung laut wird, und gleichzeitig alte Lasten lähmen, können wir depressiv werden. Depression will Neuschöpfung“ (87).

Fritz Riemann beschreibt ergänzend hierzu die depressive Persönlichkeit als einen Menschen, der der Angst obliegt, ein eigenständiges ICH zu werden bzw. die „Eigendrehung“ vermeidet und somit das Herausfallen aus der Geborgenheit intensivst erlebt. Demzufolge ist die Verlustangst der Antriebsmotor zur Herstellung von Abhängigkeitsbeziehungen, die eine scheinbare Sicherheit herstellen sollen. So kann schon auf kurze Trennungen mit Panik reagiert werden. Daher wird jeder Zweifel und jede Kritik bzw. jede Auseinandersetzung vermieden, was sich in einer gewissen kindlichen Naivität ausdrückt.

Depressive Persönlichkeiten geben sich einer gefährlichen Selbsttäuschung hin, die darauf beruht, dass sie überaus altruistischen Tugenden wie Bescheidenheit, Verzichtsbereitschaft, Friedfertigkeit, Selbstlosigkeit, Mitgefühl und Mitleid ausbilden und hoffen vom Leben entsprechend belohnt zu werden. Ihre passive Erwartungshaltung schützt sie jedoch nicht vor realen Enttäuschungen, die wiederum das Selbstwertgefühl mindern und das negative Selbstbild des Pechvogels vermitteln.

Die Unbestimmtheit ihrer Wünsche und das nicht gekonnte Fordern und Abgrenzen führen in die Isolation und stellen hierbei das eigentliche Problem dar.

Die Konflikte Depressiver finden ihre Somatisierung häufig im Bereich des Aufnahmetraktes (Nehmen, Einverleiben, Zugreifen), Affektionen des Schlundes, der Speiseröhre, des Magens und der Rachenmandeln sowie in Form der Gedächtnisschwäche, Lernschwierigkeiten, allgemeiner Müdigkeit und Teilnahmslosigkeit, denen eine stark resignative Haltung zu Grunde liegt.

Weitgehende Hoffnungslosigkeit, Aussichtslosigkeit und ein ausgesprochener Pessimismus ist das Lebensgrundgefühl vieler depressiver Persönlichkeiten. Entsprechend kann Glück und Leichtigkeit nur mit Schuldgefühlen beantwortet werden.

Besteht für sie keine Möglichkeit nachzuholen, was sie nie durften, nämlich „wollendes, aus eigenen Impulsen und Wünschen handelndes Subjekt zu sein“ (Seite 84), werden sie in äußerste Verzweiflung getrieben.

Riemann führt zu Schellenbaums Annahme, dass in der fehlenden oder fehlgeleiteten Liebe die Ursache für eine Depression liegt, weiter aus, dass introjiziert ablehnende Bezugspersonen in der Kindheit Selbsthass und unerträgliche Schuldgefühle auslösen, die in die autoaggressive Handlung des Suizids münden können, da Affekte und Emotionen nicht ausgelebt werden.

Die Frage, warum gerade Frauen sehr häufig unter Depressionen leiden, wurde z.T. schon im Abschnitt der Klientinnenbeschreibung beantwortet. Ingrid Olbricht

*Der feministische
Erklärungsansatz
von Depression*

nennt in ihrem Buch „Was Frauen krank macht“ in dem Kapitel „Die erwachsene Frau und ihr Erleben“ weitere Faktoren, die eine depressive Krankheitsentwicklung begünstigen und die eng mit weiblichen Lebenszusammenhängen und -entwürfen verknüpft sind wie z.B. die strukturelle ansozialisierte und gleichzeitig internalisierte Entwertung und Festlegung der Frau auf eine inferiore Rolle, die Ohnmachtgefühle vermittelt, da keine adäquaten Handlungskompetenzen erworben werden konnten. Die dabei aufkommende Wut richten Frauen häufig gegen sich selbst. Minderwertigkeitsgefühle isolierende Konkurrenzgefühle und die Vernachlässigung der eigenen Bedürfnisse sind Ausdruck dafür.

Die entscheidende Grundlage für den Umgang der Frau mit ihrer Realität und somit die Ursache für mögliche Depressionserkrankungen liegt in der nicht ausreichenden Entwicklung der ICH-Funktionen. Hierzu gehört u.a. die mangelnde Abgrenzungsfähigkeit von Frauen, von denen erwartet wird, die Ansprüche anderer zu erfüllen, um wiederum positive Rückmeldungen zu erhalten, die für ihr Selbstwertgefühl ausschlaggebend sind. Die Abhängigkeit von Bestätigung weist ebenso auf eine fehlende Selbstkonstanz hin, die dazu führt Harmonie um jeden Preis herzustellen: *„Leistungsbereitschaft und Pflichterfüllung, soziale Ambitionen, ehrenamtliche Helferinnentätigkeit, Aufopferung für die Familie bis hin zur Selbstaufgabe, Überarbeitung und Erschöpfung und damit Verzicht auf die Wahrnehmung körperlicher und seelischer Leistungsgrenzen ist kein seltenes Phänomen bei Frauen.Bezahlt wir dies häufig mit den Symptomen des Überforderungssyndroms oder der Erschöpfungsdepression die bei Frauen mit Befindlichkeitsstörungen oder geringem Selbstwertgefühl nicht selten diagnostiziert werden.“* (97)

Abschließend weist die Autorin darauf hin, dass „weibliche Opferbereitschaft, Unterordnung und Anpasserei aktive Handlungsweisen (sind), die erwachsene Frauen verantwortlich betreiben. Der Rückzug hinter die Nichtverantwortung ist für Erwachsene nicht möglich.“ (Seite 101)

paranoide Symptomatik

Die paranoide Symptomatik basiert auf einer wahnhaften Verarbeitung wirklich oder vermeintlich erlittener Bedrohung, Kränkung, Demütigung, Zurücksetzung und anderer erschütternder Beeinflussungen und äußert sich in krankhaft gesteigertem Misstrauen, Beeinträchtigungs- und Verfolgungsgedanken, die von ängstlich angespannter oder auch expansiv gefärbter Stimmung (Größenidee) bis zur Umdeutung der Sinneseindrücke (Wahnwahrnehmungen) begleitet werden. (vgl. ebd.)

Der depressiven und paranoiden Symptomatik der Schwangerschaftspsychose liegen demnach Ängste vor Überschwemmung der Gefühle, vor dem Nicht- aus- halten- und standhalten Können und vor Selbstwertverlust zugrunde:

„Alles Leben stammt aus dem Mütterlichen. Das Gefühl, nun selbst Teil davon zu sein und sich mit dem Mütterlichen oder „Großen Mutter“ zu identifizieren, kann auf unbewusster Ebene zu einer Konfrontation mit eigenen Größengefühlen führen. Solche narzisstischen Gefühle sind nicht stabil, sie schlagen schnell in ihr Gegenteil um. So kann die Frau sich in der Identifikation mit ihrem eigenen Kind selbst als hilfloser ausgelieferter Embryo fühlen, winzig, nichtig und ohnmächtig. Es kann zu einem sehr belastenden und anstrengenden Wechsel zwischen diesen beiden sehr starken Gefühlen kommen.“ (Ingrid Olbricht 1993, 169).

In der darauffolgenden Woche kommt Frau P. mit Frau H. zur ersten Musiktherapiestunde, die ich zum kennen Lernen auf eine dreiviertel Stunde ansetze. Ich war ein wenig überrascht, dass Frau P. sich entschlossen hatte, nicht allein zu kommen, da ich sie bisher als ängstlich und isoliert von der Gruppe der Kurfrauen wahrnahm, was mir das Mitarbeiterinnenteam bestätigen konnte.

Zu Beginn der Stunde kläre ich die Frauen darüber auf, wie die Rahmenbedingungen für eine musikalisch-therapeutische Sitzung sind, um ihnen eine Orientierung zu bieten, was nach meinen Erfahrungen gerade zu Beginn der Kur den Bedürfnissen der Frauen entspricht. D.h. ich schließe mit ihnen einen Kontrakt für die therapeutische Sitzung:

1. die Kurfrauen sind für das WAS des Settings verantwortlich, d.h. sie geben die Themen an, die sie beschäftigen und die sie sich näher anschauen wollen,
2. wir improvisieren musikalisch über die Themen oder auch frei, wobei ich Improvisieren als etwas Spielerisches, Spontanes ohne Leistungsdruck beschreibe, wo u.a. Gefühle ihren Ausdruck finden können,
3. wir sprechen nicht während der Improvisation oder musizieren nicht während wir reden,
4. nach der Improvisation sprechen wir über das Gespielte und dabei Erlebte,
5. die Kurfrauen entscheiden, wann sie nicht mehr sprechen oder spielen wollen (Ich motiviere dabei die Frauen, gut für sich zu sorgen und STOP zu sagen, wenn es ihnen genug ist. Ich biete Ihnen meinen Raum als Übungsfeld dafür an.),
6. ich gebe den Frauen die Empfehlung zu einer kontinuierlichen Teilnahme, um eine evtl. benötigte Begleitung zu ermöglichen,
7. wir besprechen abschließend noch den Zeitrahmen von einer dreiviertel Stunde bis Stunde und dass das Besprochene der Schweigepflicht unterliegt.

Behandlungskontrakt

Während ich spreche schaut mich Frau P. sehr aufmerksam aber auch ängstlich an, sie ist mir in ihrer Körperhaltung merklich zugewandt, hält jedoch einen Arm über ihren Oberkörper verschränkt und sitzt mal mehr im Stuhl, mal auf der Kante desgleichen und blickt fragend zu Frau H. hinüber, die sichtlich ruhiger aber auch kritischer wirkt.

Frau P. ist die „Geschichte mit den Instrumenten“ nicht ganz geheuer. Sie fragt mehrmals nach, wie das denn so geht und behauptet gleichzeitig, keine Instrumente spielen zu können. Ich versuche sie zu beruhigen, indem ich ihr nochmals erkläre, dass es hier nicht auf musikalische Vorkenntnisse ankommt. Jetzt schaltet sich auch Frau H. ein, die sich in einer kunsttherapeutischen Ausbildung befindet und ermutigt Frau P., es einfach mal zusammen auszuprobieren. Frau P. ist peinlich über ihre Unsicherheit berührt und winkt nun mit der Hand und einem unsicheren Lächeln ab.

Mir scheint, dass sie unter dem Druck steht, nichts falsch machen zu dürfen.

Ich nehme das Gespräch wieder auf und frage beide Frauen nach ihrem Befinden. Mit einer freundlichen Geste von Frau H. beginnt Frau P. über ihre symbiotische Beziehung zu ihrer zweijährigen Tochter zu sprechen, die sie nicht loslassen könne und beginnt zu weinen, was sie jedoch verhindern möchte.

Sie berichtet verzweifelt über ihre Depressionen, unter denen ihr Kind und ihr Mann sehr leiden würden. Sie möchte aus ihrem Leiden heraus und sucht nun Gründe für ihre Depression und eine Beendigung dieser.

Während sie versucht ihre Tränen zurückzuhalten, berichtet sie über ihre Erfahrungen mit Zilgri:

sie war nach den Übungen rückenschmerzfrei (Frau P. leidet unter zwei Bandscheibenvorfällen), und ihr wurde über das Weinen während der schmerztherapeutischen Selbstbehandlung bewusst, dass sich mit Hilfe von Körperarbeit, psychische Blockaden auflösen konnten. Allerdings schämte sich Frau P. für ihre Gefühlsregungen und weinte unbemerkt. Sie wollte nicht auffallen, jedoch nutzte sie die Gelegenheit, nach Beendigung des Kurses mit dem Dozenten darüber zu sprechen. Sie erhielt die Empfehlung, ihre Fragen über ihre psychischen Probleme in der Musiktherapie aufzuarbeiten.

Als schließlich Frau H. über sich und ihr Thema spricht, horcht Frau P. auf. Sie gewinnt Vertrauen und spricht Frau H. direkt an, um ihr ihre Freude darüber mitzuteilen, dass sie jemand sei, mit dem man sich über die Dinge unterhalten könne. Schließlich sind sich beide Frauen darüber einig, dass es

Zilgri



Reisetambura

schwierig sei, mit der Kurfrauengruppe auszukommen.

Ich schlage beiden Frauen nun vor, über das Besprochene in die Musik zu gehen und bitte sie vorab, die Instrumente auszuprobieren und sich für ein Instrument für die Improvisation zu entscheiden. Während Frau H. direkt die Instrumente antestet, ist Frau P. sehr zurückhaltend. Ich selbst spiele einige Instrumente an, um ihr zumindest einen kleinen Eindruck von der Klangvielfalt der Instrumente zu vermitteln. Ohne andere Instrumente angespielt zu haben, entscheidet sich Frau P. mit den Worten: „Ich kenne die anderen Instrumente gar nicht und kann auch nicht auf ihnen spielen!“ für die Felltrommel mit Watteschlegel.

Frau H. fragt nach einer Erweiterung der Regel. Sie nimmt sich eine Kürbiskernrassel, die Tambura mit drei Saiten und zwei Becken. Ich reagiere darauf und nehme mir auch zwei Instrumente: den Rainmaker und die Klangschale. Ich frage Frau P., ob sie trotz Erweiterung der Regel mit einem Instrument zufrieden sei. Sie überlegt kurz, bleibt jedoch bei der Felltrommel.

Die erste Improvisation:

Während der Improvisation sitzt Frau P. im Schneidersitz und hält mit geschlossenen Augen die Felltrommel in einem Arm. Nach einer ca. zwei- bis dreiminütigen Stille spiele ich sehr leise und vorsichtig die Klangschale an, woraufhin beide Frauen ganz allmählich in die Musik einsteigen.

Über den anhaltenden Ton der Klangschale legt sich der Klang der Tambura, die von Frau H. einsaitig angezupft wird. Leise und noch im Hintergrund ist der dumpfe Schlag auf die Felltrommel von Frau P. zu hören, der sich immer mal wieder in das kettenartige Anspielen der Instrumente einreihet. Während sich dann der Ton der Klangschale mit Hilfe des Schlegelreibens an dem Klangschalenrand immer mehr entfaltet und eine Art Klangboden entsteht, wird aus dem vereinzelt Schlägen von Frau P. auf die Felltrommel das dynamische Spiel eines rhythmischen Motivs von Achtelnoten, das mich aufgrund der Betonung auf die eins und die zwei im Takt an einen indianischen Tanz erinnert. Frau P. richtet sich in der Lautstärke ihres Spiels an den von mir und von Frau H. vorgegebenen Lautstärkepegel. Ihre Augen öffnen sich kurz als ich mit meiner Stimme die Tambura unterstütze. Frau P. schaut mich verwundert an und grinst. Mit dem Einsetzen des Rainmakers und der Becken wird Frau P.'s Trommeln unregelmäßiger, sowohl in der Rhythmik als auch in der Lautstärke. Je lauter schließlich das Rauschen des Rainmakers wird, umso schneller, lauter und hektischer schlägt sie auf die Felltrommel und ihr vorher eher in der Musik versunkener Gesichtsausdruck gewinnt an Härte und Unwillen durch das Zusammenziehen ihrer Augenbrauen. Und plötzlich in einer chaotischeren Spielphase unterbricht sie ihr Spiel, beginnt nach einer kurzen Pause mit einzelnen sich in der Folge verlangsamenden Schlägen und hört auf zu spielen.

Die Improvisation ist noch nicht beendet. Frau H. bringt ihre Rassel ins Spiel, wodurch sich die Lautstärke der Improvisation nochmals erhöht und setzt mit einem leisen ausklingenden Ton der Tambura das Ende der Improvisation.

Frau P. scheint ungeduldig und beantwortet direkt meine Frage, wie es ihnen nach der Improvisation geht und ob sie zufrieden mit der Auswahl der Instrumente gewesen seien. Frau P. war die Trommel zu dumpf. Sie hat jedoch den Gesang und die Tambura sowie die Klangschale als beruhigend empfunden. (Sie öffnete während der Improvisation kurz die Augen und grinste mich an, als ich mit meiner Stimme einsetzte.) Die Klänge haben sie sehr berührt, so dass sie Gänsehaut bekommen hat, wobei ich ihr mitteilte, dass ich ähnliches erlebt habe. Sie beschreibt weiterhin, dass sie sehr unruhig geworden sei und dies mit dem schneller werdenden Rhythmus in Verbindung bringt. (Ihr in die Musik versunkener Gesichtsausdruck gewann plötzlich durch das Zusammenziehen ihrer Augenbrauen an Härte und Unwillen.)

Frau P. will zu ihrer Tochter, da es Zeit ist, sie vom Kindergarten abzuholen. Sie lächelt immerfort und mir scheint, dass es ihr peinlich ist, sich solche Sorgen um ihr Kind zu machen.

Auf meine Frage, wie sie dieses Musikstück überschreiben würde, fällt ihr nichts ein. Sie schämt sich für ihre Sprachlosigkeit.

Ich spüre, dass ihr Unvermögen, bestimmte Dinge konkret zu verbalisieren, mit gewissen Emotionen in Verbindung zu bringen sind, die nicht reflektiert werden wollen bzw. können. Musik scheint hier ein gutes Medium für Sprachlosigkeit zu sein.

Trotz erwähnter Zeitnot fragt Frau P. nach einer Möglichkeit, eine weitere Sitzung zu organisieren. Sie findet es schade, nicht genügend Zeit gehabt zu haben. Ich höre ein dringendes Verlangen nach Mitteilung heraus und biete ihr eine Einzelsitzung von einer Stunde an. Sie ist sofort bereit, diesen Termin anzunehmen, hat jedoch ein schlechtes Gewissen gegenüber Frau H.. Ich ermutige sie hingegen, sich das zu nehmen, was sie braucht.

*Rainmaker*

In der Zwischenzeit findet eine Teambesprechung statt. Die Team-Mitarbeiterinnen informieren mich über das außerordentlich chaotische erste Wochenende im Emmi-Welter-Heim, an dem sich u.a. eine Frau, die unter erhöhtem Alkoholeinfluss stand, sich das Leben nehmen wollte.

Die zweite Teamsitzung:

Aus den Informationen der Mitarbeiterinnen über die Kurfrauen vermittelt sich mir der Eindruck einer äußerst schwierigen Kurgruppe. Die Teilnehmerinnen zeigen das Verhalten von pubertierenden Vierzehnjährigen, deren Biographien von Prostitution, Vergewaltigungen und z.T. Heim- und Psychiatrieaufenthalten gekennzeichnet sind und bei einigen Frauen auf psychische Störungen hinweisen. Es wird außerdem deutlich, wie wichtig es ist, den Kurteilnehmerinnen klare Strukturen vorzugeben, um die Rahmenbedingungen eines Kuraufenthaltes zu gewährleisten.

Zwei Tage später biete ich im Emmi-Welter-Heim einen Trommelabend an, an dem auch Frau P. teilnimmt. Den Abend kündigte ich wie folgt an:

Der Trommelabend

*Trommelabend am 31.7. um 20.15 Uhr
(Turnhalle)*

Sehr geehrte Kurteilnehmerinnen,

immer schon wollten Sie mal nach Afrika oder Südamerika reisen?

Heute Abend möchte ich Ihnen die Gelegenheit dazu geben, sich musikalisch von afrikanischen Trommeln (Djemben) und anderen Rhythmusinstrumenten in fremde Kulturen „entführen“ zu lassen.

Ich werde Sie auf einfache stressfreie Art mit der Spielweise der Trommel vertraut machen. Wir werden gemeinsam einen einfachen Rhythmus spielen und uns von unserem Gefühl dabei tragen lassen. Die Trommelmusik kann uns anregen zu tanzen oder zu singen oder einfach auch nur Spaß zu haben.

Ich freue mich auf Sie und auf einen lustvollen Abend!

Tragen Sie sich bitte bei Interesse in die Liste ein:

(Über meinem Zettel am schwarzen Brett hängt am nächsten Tag ein kleinerer, auf dem in handgeschriebenen Druckbuchstaben steht: GRUPPENSEX FÜR ALLE mit Anwesenheitsliste von Kurteilnehmerinnen und Mitarbeitern/Innen des Hauses.

Dieser Zettel bezieht sich auf den von mir verwendeten Ausdruck „lustvoll“. Mir wird klar, auf welchem Bildungs- bzw. Altersniveau sich ein Teil der Kurgruppe befindet.)

Meine Absicht ist es, insbesondere auch diejenigen Frauen der Kurgruppe anzusprechen, die bisher noch nicht in den Kontakt mit den Instrumenten gekommen sind und darüber einen Beitrag zum besseren Kennenlernen der Frauen untereinander zu leisten.

An diesem Abend jedoch nehmen fast ausnahmslos alle Frauen teil, die ich bereits in musikalisch-therapeutischen Einzel- bzw. Kleingruppensitzungen kennen gelernt habe.

Im folgenden stelle ich nun den Verlauf des Trommelabends dar, dessen Gestaltung sich an Ausführungen von Rosanna Diez Ems (1989) zu den Inhalten einer therapeutischen Lektion in der Tanztherapie orientiert:

Sammlung zum Ankommen und Bereitwerden mittels einer Lassensübung am Boden

Bevor ich den Abend mit meinem Thema beginne, befrage ich die Teilnehmerinnen nach ihrem Befinden. Ein Großteil von ihnen klagt über Kopfschmerzen, so dass mir die Idee kommt, die Frauen sich gegenseitig nach Zilgrei den Nacken ausstreichen zu lassen, was bereits die meisten von ihnen vom ersten Zilgreiabend her kennen.

Körperwahrnehmungs- und Haltungsschulung zur Wachheit gegenüber eigenem psychischem und physischem Befinden

Ich leite den Abend mit einer Körperwahrnehmungsübung ein. Die Frauen stehen im Kreis barfuß auf Fellmatten, die ich um die Trommeln gelegt habe. Meiner Erfahrung nach ist es wichtig, dass insbesondere Menschen, die bisher noch keinen Zugang zu Rhythmusinstrumenten und Musik dieser Art hatten, den Rhythmus zunächst über den Körper erspüren sollten. Der afrikanische Tanz bietet sich daher über seine spezielle Körperhaltung insbesondere durch den guten Bodenkontakt der Fußfersen an, den psychischen Zustand der Teilnehmerinnen über den Körper zu stabilisieren und ganzheitlich erfahrbar zu machen. Ich fordere also die Teilnehmerinnen auf, zuerst ihre Standfestigkeit zu überprüfen, indem sie versuchen sollen, über Korrekturen ihrer Körperhaltung in Fuß-, Knie- und Beckenbereich ihre Mitte zu finden.

Improvisation zur Förderung des Bewegungspotentials und der Bewegungslust

Nachdem sich jede Frau nach ihren Möglichkeiten einen guten Stand verschafft hat, bitte ich sie, die Augen zu schließen und der afrikanischen Musik zu lauschen, die ich nun abspiele, um sich später je nach Gefühl allmählich mit dem Körper in den Rhythmus einzufinden.

Schließlich lade ich die Teilnehmerinnen zu einer Art Spiel namens Vor- und Nachtanzen ein (s. Lilli Friedemann). Anfangs übernehme ich die Rolle der Vortänzerin und zeige den Frauen ein paar einfache Bewegungen aus dem afrikanischen Tanz, die sie nachtanzen können. Weiterhin übergebe ich der nächsten Frau im Kreis mein Tuch, welches ihr den Rollentausch der Vortänzerin signalisieren soll. So wandert das Tuch bis zur letzten Frau in der Runde weiter, die den Endpunkt des Spiels setzt.

Nun kommen wir zu den Trommeln. Jede Teilnehmerin sucht sich eine Trommel aus, die sie zunächst einmal ausgiebig ausprobiert. Weiterhin mache ich sie mit der Spielweise der Trommel insofern vertraut, als dass ich ihnen ein kurzes Motiv bestehend aus Rand- und Bassschlägen vorspiele, welches in Form des Spiels „Stille Post“ die Runde macht.

Als Erweiterung soll daraufhin jede Frau ihr eigenes rhythmisches Trommelmotiv vorspielen, das dann wieder von allen Teilnehmerinnen nachgespielt wird.

Anfängliche Hemmungen, die Trommel zu spielen, sind nun überwunden, jetzt lernen wir gemeinsam den afrokaribischen Trommelkanon nach Karl-Heinz Wortmann.

Wir gehen dabei Schritt für Schritt vor (Imitationslernen). Ich unterstütze das Vortrommeln mit meiner Stimme und benutze dabei im Hinblick auf die verschiedenen Schlagarten auf die Trommel auch unterschiedliche Silben, damit sich die Schlagfolge gut einprägen kann und zähle alle Pausen laut durch. Die Teilnehmerinnen schaffen es, den Kanon dreiteilig unisono sowie zweiteilig in zwei Gruppen im Kanon zu spielen.

Ich überlasse es schließlich den Frauen selbst, die restliche Zeit des Abends mit dem, was sie heute gelernt und gemacht haben zu gestalten zu beenden. Sie äußern den Wunsch, den Trommelkanon zu wiederholen und dazu zu tanzen sowie sich nochmals nach der afrikanischen Musik zu bewegen.

Wir beenden den Abend mit dem Vorhaben, den Trommelkanon auf dem Abschlussabend vorzuspielen.

Ich bin überrascht darüber mit welchem Engagement und welcher Lust die Frauen den Abend mitgestalten. Die Frauen zeigen Offenheit und Bereitschaft gegenüber meinen Angeboten, die eine starke Struktur aufweisen. Das Tanzen bringt die Teilnehmerinnen in eine ausgelassene Stimmung, trotzdem sie dabei auf eigene Körpergrenzen stoßen, sich jedoch ohne Scham austoben können und herzlich dabei lachen. So wie beim Tanzen löst sich das Unvermögen beim Trommeln in der Gemeinschaft als Selbstverständlichkeit auf.

Der Wechsel zwischen Struktur bzw. Vorgabe in Form von Spielanleitungen als Fundament schaffendes Moment für eine vertrauensvolle Basis und Improvisation erweist sich für mich an diesem Abend als gelungen und effektiv.

Frau P. nahm an dem Programm des Abends rege teil. Sie zeigte ein erstaunliches Talent, die Rhythmen auf der Trommel umzusetzen. Ihr musikalisches Geschick verschaffte ihr eine integrierte Position in der Frauengruppe.

Frau P. suchte während des Abends häufiger das Gespräch mit anderen Teilnehmerinnen und wirkte fröhlich und ausgelassen, was sich in ihrer Bewegungsfreude während einer Tanzeinlage widerspiegelte. (In einem späteren Gespräch über meine Beobachtungen diesbezüglich, begründet Frau P. ihre Ausgelassenheit mit der euphorischen Wirkung ihres Medikaments.)

Nach Beendigung des Abends, als alle Frauen den Raum verlassen haben, spricht mich Frau P. an und überreicht mir mit den Worten: „Das ist eine kurze Zusammenfassung meines Lebens, damit sie Bescheid wissen, weil ich sonst nochmals alles erzählen müsste!“ einen Zettel mit Stichpunkten. Ich freue mich über ihre Offenheit und deute ihre Geste als Beginn unserer therapeutischen Beziehung.

In den stichpunktartigen Notizen beschreibt sich Frau P. als unsicher und ängstlich und bringt diese Charakterisierung ihrer Person mit der gestörten Beziehung zu ihrem alkoholabhängigen Vater, der seine Frau misshandelte und die Familie früh verließ, in Zusammenhang. Ihr Vater starb vor ca. einem Jahr unvorhergesehen, so dass sie sich nicht von ihm verabschieden konnte. Seinen Tod kann sie nicht verwiden, da sie sich bis heute nach seiner Liebe sehnt, die sie nie von ihm erhalten hat.

Der eigene empfundene Mangel an Liebe bringt sie zu der Zwangsvorstellung, dass sie ihre Tochter mit Liebe überschütten muss, und sie bezeichnet es als krankhaft, sie nicht allein lassen zu können.

Bezüglich Frau P.'s Problematik schreibt Peter Schellenbaum in dem Kapitel „Verzicht auf zu späte Elternliebe“ seines Buches „Die Wunde der Ungeliebten“ sehr treffend:

„Elternliebe kann nicht erzwungen werden. Hat sie gefehlt, bemüht sich die Tochter oder der Sohn ein Leben lang, sie zu gewinnen, nicht nur von den leiblichen Eltern, die vielleicht tot sind, sondern von allen Bezugspersonen. So bleibt er oder sie abhängiges Kind und verhindert seine Entwicklung.Nur der Verzicht auf zu späte Elternliebe löst den Bann.“ (1988, 68)

Drei Tage später wird im Team die weiterhin chaotische Gruppensituation thematisiert. Die Frauen machen sich Späße mit den Ängsten von Frau P.. Sie treiben während der Nacht Unfug auf den Gängen und drücken Türklinken herunter. Frau P. reagiert darauf panisch und verlässt kaum noch ihr Zimmer.

Auch während der Entspannungsabende konnte Frau P. sich nicht entspannen, da sie Angst hatte, nicht richtig zu atmen und Herzrasen zu bekommen.

In der zweiten Sitzung gemeinsam mit Frau H. sitzt Frau P. gedrückt in ihrem Stuhl und berichtet über die Aufregungen am Wochenende und ihre panische Angst vor Einbrechern. Unter Einbeziehung von Frau H. versuchen wir gemeinsam, die reelle Gefahr eines Einbruchs zu besprechen, doch Frau P. bleibt in ihrer Angst verhaftet. Wir schaffen es nicht, eine Balance zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung herzustellen. Um ihre Angst zu begründen, erzählt sie von einem Erlebnis auf einem Campingplatz, wo sie auf der Toilette wiederholt von einem Mann bedroht wurde. Auch Frau H. berichtet von ähnlichen Erlebnissen und der anerzogenen Hilflosigkeit der Frauen und kommt darauf zu sprechen, wie stark und verwurzelt sie sich jetzt fühlen würde.

*Liebesmangel
und Überfürsorg-
lichkeit*

*Die dritte Team-
sitzung*

*Die zweite Sit-
zung mit Frau P.
gemeinsam mit
Frau H.*

Ich nehme das Wort Wurzeln auf und schlage beiden Frauen vor, sich mit einer Pflanze zu assoziieren und dies in Musik umzusetzen.

Frau P. sucht lange nach einem geeigneten Instrument und wirkt etwas verwirrt. Sie entscheidet sich schließlich für die Holzschlitztrommel und die Kürbiskernrassel, Frau H. nimmt Djembé, Kalimba und Rainmaker und gebraucht außerdem ihre Stimme, und ich wähle Felltrommel, Chimes, Rassel und Rührtrommel.

Nach der Improvisation berichtet Frau P. von ihrer anfänglichen Vorstellung, eine Sonnenblume zu spielen, jedoch passte das Instrument nicht zu ihrer Vorstellung. Schließlich fühlte sie sich von Frau H.'s Rhythmuspiel angezogen bzw. hingezogen. Sie ist glücklich über das Zusammenspiel.

Frau P. bemerkte nicht, dass sie mit der Rhythmusrunde begonnen und auch nicht wie lebendig sie gespielt hatte. Ich hörte in dieser Improvisation den Wunsch nach Halt und Anlehnung an eine kraftvolle Person, um das eigene Gespaltensein zwischen Vorstellung und Handlung, d.h. die Unzufriedenheit über die Auswahl ihres Instrumentes wie in der ersten Improvisation zu „überspielen“.

Trotzdem erlebte ich ihr rhythmisches Spiel lebhafter und bunter, schon allein durch den Mehrklang der Holzschlitztrommel.

Die dritte Sitzung mit Frau P.

Zwei Tage darauf kommt Frau P. zu einer Einzelsitzung und ohne Umschweife erzählt sie mir von ihrer Wut über die anderen Kurteilnehmerinnen, über deren Unsauberkeit und asozialen Umgang untereinander. Aus diesem Grund habe sie keine Lust, auf dem Abschlussabend vorzutrommeln.

Ich lade sie direkt dazu ein, diese Wut einmal unmittelbar musikalisch umzusetzen.

Trotz leichter Verwirrung ist Frau P. einverstanden und nimmt sich eine Djembé sowie eine Korbrassel. Ich lege Holzschlitztrommel, Kalebasse und Ocean Drum und auch eine Djembé bereit.

Während der gesamten Improvisation spielt Frau P. kontinuierlich einen Rhythmus, so dass ich mich ermuntert fühle, sie an manchen Stellen musikalisch zu provozieren. Sie reagiert darauf mit ansteigender Lautstärke und Antreiben ihres Tempos auf der Djembé.

Wir beenden die Improvisation mit einer gemeinsamen rhythmischen Rasselphase, und Frau P. sagt unumwunden: „Ich habe keine Lust mehr!“.



In der anschließenden Reflexion spreche ich meine Verwunderung darüber an, wie wenig wütend ich sie erlebt habe. Ich frage sie daraufhin, was sie jetzt empfindet.

Frau P. erzählt, dass sie sich zu Hause wie ein Kind benähme, wenn sie nicht das bekommt, was sie möchte. Kaum kommt sie auf ihren Mann zu sprechen erklärt sie, dass sie ihn überhaupt nicht vermissen würde und aus diesem Grunde glaubt, ihn nicht mehr zu lieben.

Ich erinnere sie schließlich nochmals an ihre Wut. Frau P. fühlt sich etwas erleichtert.

Mein Hypothesen zu dieser Sitzung sind folgende:

ICH-Integrität

Frau P. wendet sich über ihre verbalisierte Wut von den übrigen Kurteilnehmerinnen ab. Sie beschützt damit den Kern ihrer ICH-Integrität:

„Unsere Wut kann uns motivieren, zu den Vorstellungen, die andere von uns haben, NEIN zu sagen und die Forderungen unseres inneren Selbst zu bejahen.“ (vgl. Goldhor Lerner, 1990, 7)

Ich nehme Frau P.'s Wut in Bezug auf ihre Angst von letzter Woche als eine positive Entwicklung wahr. Über ihre Abgrenzung gewinnt Frau P. eine klarere Selbsteinschätzung gegenüber ihren eigenen Bedürfnissen. Trotzdem lebt sie ihre Wut nicht adäquat aus, was in ihrer Musik hörbar ist. Meine musikalischen Provokationen konnten sie nur wenig in ihrem Rhythmuspiel beeinflussen. Sie verblieb abermals in ihrer Halt gebenden Struktur. Ich spürte dahinter ihre Angst, diesem Gefühl den Raum zu geben, den es braucht, um verarbeitet zu werden.

Für Frau P. scheint der Rhythmus von existentieller Bedeutung zu sein, da er im frühen Eindrucksbereich wurzelt:

“Es gibt keine andere pränatal und präverbal organisierte Struktur außer dem Rhythmus, der lebenslang nicht-sprachlich und nicht-gegenständlich imstande ist, Räume der Wohlordnung zu schaffen, sozusagen ein Nachhausekommen zu ermöglichen.“ , schreibt Katja Loos in ihrem Buch „Spiel-Räume“ in dem Kapitel „Nachdenken über den Rhythmus“ hierzu, und weiter: *„Die unaufhörliche Wiederkehr des Ähnlichen in ähnlichen Fristen verkörpert für den an der Zuwendungsgewissheit verunsicherten Menschen das Gefühl von Schutz und Grenze.“* (1986, 106)

Rhythmus bietet begrenzenden Halt und fließende Bewegung

Nach K. Loos besteht die Bedeutung des Rhythmus darin, dass er sowohl begrenzenden Halt als auch fließende Bewegung herstellt.

Am nächsten Tag treffe ich mich mit Frau P. zu einer zweiten Einzelsitzung in einem anderen Raum, der uns ungestörter erscheint, da in dem Häuserteil, wo sich der Musiktherapieraum befindet, Anwendungen stattfinden.

Die vierte Sitzung mit Frau P.

Frau P. ist sehr nervös und unsicher.

Ich befrage sie nach ihrem Befinden, woraufhin sich ein längeres Gespräch entspinnt, in dem viele Tränen fließen.

Frau P. lebt sehr isoliert mit ihrer Kleinfamilie. Mit 17 Jahren unternahm sie einen Suizidversuch und kam aufgrund dessen in eine Psychiatrie, in der sie keine guten Erfahrungen mit einem Psychiater gemacht hatte, weil er sie nicht ernstnahm.

Mit 18 Jahren heiratete sie ihren Mann, der sie aus ihrem Umfeld herausholte und ihr half, mit ihrem Leben klarzukommen. Verzweifelt bricht aus ihr heraus, dass sie ihn nicht liebt und er sie misshandelt. Frau P. hat Angst, dass ihre Tochter deswegen Schaden nimmt, da diese Verhaltensweisen wie heftiges Schlagen mit dem Kopf gegen die Wand zeigt. Ihr Mann kontrolliert sie sehr stark und ist misstrauisch gegenüber ihrer Therapie und den allmählichen Veränderungen, die Frau P. in sich fühlt.

Frau P.'s Selbstbild ist das eines verlassenem Kindes, das nur die negativen Seiten des Lebens kennt. Sie unterhält entsprechend eine enge Abhängigkeitsbeziehung zu ihrer Mutter, die sie über ihre leidvollen Erfahrungen mit Beziehungspartnern und einer Krebserkrankung an sich bindet. Frau P. fühlt sich als Therapeutin ihrer Mutter und kommt zu dem Schluss, dass ihre Überliebe zu ihrer eigenen Tochter ein Ausdruck für ihre Sehnsucht nach echter Elternliebe ist.

Plötzlich hellt sich ihr Gesicht auf und sie erzählt mir, dass am Wochenende ihr Mann kommen würde und sie es ihm unbedingt schön machen wolle, da er Geburtstag habe.

Er hat sich in einem Brief bei ihr für seine Gewalt entschuldigt und ihr mitgeteilt, dass er sie nicht verlieren wolle.

Unsere Zeit ist fast um, und ich lade Frau P. zu einer abschließenden Improvisation ein.

Sie möchte gern etwas Stilles und Sanftes und sich evtl. später hinlegen, um meinem Spiel zuzuhören. Sie schaut auf die Tambura und sagt: „Die kann ich sowieso nicht spielen!“ Hier interveniere ich, indem ich sie bitte, es einfach einmal auszuprobieren, um ihren Handlungsspielraum zu erweitern.

Ich nehme die Klangschale in die Hand, woraufhin Frau P. mir zustimmend zulächelt und sagt, dass sie sich das von mir gewünscht habe, weil es ihr schon in unserer ersten Improvisation so gut gefallen hätte. Ich lege auch Ocean Drum und Chimes bereit.

Frau P. beginnt leise mit geschlossenen Augen die Tambura zu zupfen.

Ich nehme die Ocean Drum und spiele diese auch zunächst leise, werde jedoch etwas lauter, um Frau P. die Hemmungen zu nehmen, die ich bei ihr spüre. Sie erhöht daraufhin auch ihren Lautstärkepegel und zieht derart an den Saiten der Tambura, dass sie zu zerreißen drohen. Sie lässt die Saiten dabei nicht ausklingen.

Um dieses „zerreißende“ Spiel von ihr für mich erträglicher zu machen, setze ich meine Stimme ein und singe sowohl hohe als auch tiefe Töne. Woraufhin Frau P. sehr dynamisch ihre Lautstärke variiert. Sie wirkt dabei in sich versunken, mit gesenktem Kopf und immer noch geschlossenen Augen.

Zerreißende Klänge

Als ich mit der Klangschale einsetze, beendet sie ihr Spiel und legt sich seitlich mit der Herzseite auf die Decke.

Schließlich beginne ich zu summen, singe einen abwärtsgerichteten Quintsprung, wiederhole diesen und versuche mich im Obertongesang. Später lasse ich die Klangschale ausklingen und

*Die Stimme der
Therapeutin*

bediene vorsichtig Oceandrum und Tambura, deren Saiten ich im Achtelrhythmus mit dem Daumen anschlage. Für einen Moment öffnet Frau P. die Augen, ich setze daraufhin wieder meine Stimme ein und beende langsam mein Spiel mit Tambura und Gesang.

Nach kurzem Strecken des Körpers beginnt sie direkt zu sprechen (O-Ton):

„Jetzt hier zum Schluss hat die Sonne geschienen. Ja, das war schön. Am Anfang habe ich gar nicht richtig was finden können, es war einfach nur so. Als ich aufgehört habe war es besser. Nur so zuzuhören.“

Ich frage sie, was sie gehört habe und sie antwortet:

„Mir hat alles gefallen, nur als es ein bisschen schneller wurde, da hatte ich das Gefühl jetzt wird es zu viel. Das war, wo ich die Augen aufgemacht habe, ich glaube das haben sie gemerkt oder auch nicht. Auf jeden Fall wurde es dann weniger und dann fing es an wieder schöner zu werden. Im Gegensatz hier zum Schluss mit der Tambura und der Ocean Drum, ganz leise. Ja, auf einmal war die Sonne da, und am Anfang war's halt nicht so, ich wusste nicht so recht. Ich hatte das Gefühl, werde ich jetzt beobachtet?“

Ich kam mir nicht blöd vor, aber dieses Schämgefühl, dass ich mich schäme, ohne etwas zu machen. Zum Schluss wurde alles lockerer. Ich habe das Gefühl, ich muss das erst mal verarbeiten. Ich habe das noch nicht gesehen, dass auf einmal die Sonne in mir scheint. Das ist ganz komisch! Das muss ich erst mal lernen!“

Von der Kurärztin erfahre ich nach der Einzelsitzung, dass Frau P. wegen Herzrasen zu ihr gekommen sei und sie sich mit dem zuständigen Arzt einverstanden erklärt habe, das Antidepressivum zu reduzieren. Dabei weist mich die Ärztin darauf hin, dass jenes Medikament nach Ansicht des Kollegen keine solchen manischen Zustände hinsichtlich der Menge hervorrufen könne. Mir stellt sich die Frage, inwiefern der bevorstehende Besuch ihres Mannes am Wochenende einen Einfluss auf das Herzrasen von Frau P. hat, welches ich schon in der ersten Sitzung trommelnderweise hören konnte?

Das Kurabschlussgespräch

Zum Kurabschluss finden wie zu Beginn der Kur verbindliche Gespräche statt.

Frau P. verkündet zu Beginn unseres Gesprächs, dass sie sich dazu entschieden habe, doch am Abschlussabend mitzutrommeln. Ich bin über ihren Meinungswechsel sehr erfreut und betrachte dies als kleines Abschiedsgeschenk für mich.

Frau P. hat sich aufgrund der Gruppensituation nicht erholen können, allerdings lernte sie, sich besser abzugrenzen. Sie fühlt sich mit ihren Problemen nicht mehr so allein, da sie Einblick in die Problematik anderer Frauen erhielt.

Ihr Wunsch ist es, sich von ihrer Mutter zu distanzieren und mehr für sich zu tun. Die Veränderung, die sie in sich spürt, habe bereits mit der Kur begonnen. Sie hat vieles über sich in der Musiktherapie erfahren können, was sie mit ihrer Therapeutin zu Hause weiterhin bearbeiten möchte.

„Der Sinn der Depression liegt in der Lösung von alten, hemmenden Lebensentwürfen. Wenn der Drang nach Wandlung laut wird, und gleichzeitig alte Lasten lähmen, können wir depressiv werden. Depression will Neuschöpfung“ (Peter Schellenbaum, 1988, 87).

Der Abschlussabend

Trotz des Ärgers und der Wut auf manche Kurteilnehmerinnen, nahm Frau P. sehr aktiv an dem Abschlussabend teil. Sie zeigte sich in ihrem Trommelspiel sehr selbstbewusst und drückte mir gegenüber durch ihr Engagement ihre Dankbarkeit aus.

Es wurde an diesem Abend letztendlich deutlich, dass trotz problematischen Zusammenlebens und chaotischer Verhältnisse, die Frauen intensive Lernerfahrungen während der Kur machen konnten, was der letzte gemeinsame Abend bewies und den Abschied unter den Frauen etwas erschwerte.

Meine musikalisch-sozialtherapeutische Arbeitsweise war direktiv, themenaufdeckend und feministisch orientiert.

Ich bot den Frauen entsprechend der Rahmenbedingungen Raum für ihr Eigenes und Entwicklungsanstöße, die innerhalb des Kurhauses mit Hilfe von psychologischen Beratungsgesprächen und Körperarbeit z.T. aufgearbeitet werden konnten, ggf. mit der Empfehlung, eine entsprechende Therapie oder Beratung am Heimatort fortzusetzen, die eine abschließende therapeutische Behandlung ermöglicht.

Sinn und Ziel von Musiktherapie im „Emmi Welter“ lagen demnach in der Möglichkeit, ein bisher mehr oder weniger unbekanntes Medium zum Selbstaussdruck in einem geschützten Rahmen kennen zu lernen und die Frauen für verdrängte oder unterdrückte Bedürfnisse zu sensibilisieren und ihren Handlungsspielraum zu erweitern.

Integriert in ein sozial- und physiotherapeutisches Angebotsspektrum diente Musiktherapie u.a. als diagnostisches „Verfahren“, das Aufschluss über die Zusammenhänge von Anamnese, Biographie und Gruppenverhalten der Klientinnen geben konnte.

Literatur:

- Collartz, Jürgen: Die Bedeutung von Müttergenesungskuren für die Gesundheitsversorgung, Studie von 1992
 Diez Ems, Rosanna: Der Tanz will das Leben in spielerischer Weise gelingen lassen, Schweiz 1989
 Evangelische Frauenhilfe: Frauen und Gesundheit, ein Handbuch
 Goldhor Lerner, Harriet: Wohin mit meiner Wut?, Frankfurt a.M. 1990
 Loos, Gertrud: Spiel-Räume, Stuttgart/New York 1986
 Olbricht, Ingrid: Was Frauen krank macht, München 1993
 Friedemann, Lilli: Trommeln-Tanzen-Tönen, Wien 1983
 Riemann, Fritz: Grundformen der Angst, München 1996
 Schellenbaum, Peter: Die Wunde der Ungeliebten, München 1988
 Zeltkin/Schaldach: dtv Wörterbuch der Medizin, Stuttgart 1973

Biographische Anmerkungen der Autorin

In meinem Leben spielte Musik schon immer eine große Rolle. Als Sängerin verdiente ich mir während meines Sozialpädagogikstudiums ein Zubrot in verschiedenen Bands zu. Auf Musiktherapie wurde ich erstmals durch die im Studium angebotene Vorlesung „Musiktherapie Einführung“ mit Hartmut Kapteina aufmerksam. Ich hörte von der heilenden Wirkung von Musik und improvisierte das erste Mal mit Instrumenten, die ich nur vom Sehen her kannte. Damals spielten wir das Spiel „Klangfamilien“.

Mir wurde sehr eindrücklich die Parallele zu meiner Position innerhalb meiner Herkunftsfamilie deutlich.

Dieser erste Kontakt zog weitere Kreise. Ich lernte Bettina Becker und Hans-Dieter Klug kennen, die mich weiterhin in meiner musikalischen Entwicklung als Sozialpädagogin begleiteten. Ich arbeitete als Praktikantin im Rockmobil und leitete musikalische Früherziehungsgruppen mit Kindern im Alter zwischen drei und sechs Jahren.

Die allmähliche Befreiung von der Allmacht der Noten und der spielerische Umgang mit Musik eröffneten mir einen gänzlich neuen Zugang zu dieser. Folglich leistete ich mein Berufsanerkenntnisjahr beim Verein MOMU ab.

Allerdings fühlte ich mich immer mehr in der Zwickmühle zwischen Musikpädagogik und den Bedürfnissen der Kinder einerseits und denen der Eltern bzw. Müttern andererseits. Ich erkannte, dass viele Kinder eines anderen musikalischen Rahmen bedurften, da sie mir auffällig erschienen. So suchte ich nach einem Weg, die Grenzen der Musikpädagogik hinsichtlich ihrer therapeutischen Komponente anzuerkennen und mir ein neues Berufsfeld zu eröffnen.

Im Februar des Jahres 1994 begann ich die musikalisch-therapeutische Zusatzausbildung. Während dieser Zeit wurde ich insbesondere von einem Mann begleitet, dem ich sehr vieles zu verdanken habe und dessen Namen ich an dieser Stelle einmal nennen möchte: K.-H. Wortmann.

Ich lernte außerdem Frau Klee-Hamburger kennen, die es mir ermöglichte, mich ein Jahr lang in dem neuen Berufsfeld auszuprobieren. Sie lud mich ein, im „Emmi Welter“, ein Mutter-Kind-Kurheim, meine Praxiszeit abzuleisten.

Auf dem Hintergrund meines Studienschwerpunktes Frauensozialarbeit konnte mir hinsichtlich meiner geschlechtsspezifischen und musikalischen Sozialisation nichts näher sein als die musikalisch-therapeutische Arbeit mit Frauen.

Ich bin 34 Jahre alt und arbeite seit fünf Jahren als Diplom-Sozialpädagogin mit musiktherapeutischer Zusatzausbildung in der Frauenberatungsstelle Olpe. Meine Arbeitsschwerpunkte sind psychosoziale Beratung und Musiktherapie. Ich setze Musiktherapie in der Einzelberatung mit Frauen in Form von einmaligen Interventionen ein, die auf einer gestalttherapeutischen und feministischen Grundhaltung basieren. (Ich befinde mich seit zwei Jahren in einer Gestaltausbildung bei Kurt F. Richter (Remscheid)).

Außerdem biete ich offene musikalische Veranstaltungen für Frauen wie Trommelabende und Tanzen und Singen an.

Nebenberuflich unterrichte ich Gesang. Ich selbst singe seit 18 Jahren öffentlich in verschiedenen Bands unterschiedlicher Stilrichtungen mit dem Schwerpunkt Rock/Pop. In meinem Unterricht verknüpfe ich meine Gesangserfahrungen mit der funktionalen Stimmbildung nach Gisela Rohmert und einer einfachen Körpertherapieform Rhythmokinetik.