

Gespiegelte Wirklichkeit - Musiktherapie im multiprofessionellen Setting einer psychotherapeutischen Tagesklinik

Tanja Weiß



Die Tagesklinik Netphen ist als psychiatrisch-psychotherapeutische Tagesklinik eine Abteilung der Klinik Wittgenstein (Krankenhaus für psychosomatische, psychoanalytische und sozialpsychiatrische Medizin), deren Träger wiederum das Evangelische Johanneswerk in Bielefeld ist.

*Tagesklinik -
Krankenhaus
ohne Betten*

In der Tagesklinik haben die Patienten die Möglichkeit, das komplette therapeutische Angebot zu nutzen und gleichzeitig zu Hause in ihrer gewohnten Umgebung zu bleiben. Häufig nutzen Patienten die Tagesklinik auch als Übergang von einem stationären Klinikaufenthalt in den Alltag. In einem persönlichen Vorgespräch wird geklärt, ob eine Aufnahme sinnvoll ist.

Die Tagesklinik stellt 40 Therapieplätze zur Verfügung. Die Patienten müssen in der Lage sein, die Tagesklinik selbstständig und ohne fremde Hilfe zu erreichen und ihren Alltag soweit zu bewältigen, dass sie an den Abenden und den Wochenenden ohne Unterstützung der Klinik zurecht kommen¹. Täglich nehmen die Patienten an verschiedenen Therapieangeboten teil. Die medizinische Versorgung und eventuell notwendige Pharmakotherapie wird durch die Ärzte der Tagesklinik gewährleistet. Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt zehn bis zwölf Wochen.

Zielgruppe

Das Team der Tagesklinik wird geleitet von einem Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin-Psychoanalyse und einem Diplom-Psychologen, der Psychologischer Psychotherapeut und Psychoanalytiker ist und setzt sich des weiteren zusammen aus:

*Team:
Interdisziplinarität*

fünf psychiatrisch-psychotherapeutisch ausgebildeten Ärzten und Diplompsychologen mit insgesamt vier vollen Stellen, einem Sozialarbeiter, zwei Sozialpädagogen/innen und drei Krankenschwestern in der Bezugspflege, einer Bewegungstherapeutin und einer Ergotherapeutin. Tägliche Konferenzen, in denen alle Mitarbeiter zusammentreffen, und Austausch, je nach Bedarf auch zwischendurch, gewährleisten eine enge Zusammenarbeit. Auf diese Weise entsteht ein umfassender Gesamteindruck.

Die Patienten können im Rahmen der Therapieplanung mit ihren Therapeuten aus einer umfangreichen Palette die Angebote auswählen, die für die Behandlung sinnvoll und hilfreich sind. In jedem Falle gehören dazu zwei mal wöchentlich

*Therapeutische
Angebote*

¹ In Notfällen können sie sich an unsere stationäre Klinik in Bad Berleburg oder an die Akutpsychiatrie in Siegen-Weidenau wenden.

tiefenpsychologisch orientierte Einzelgespräche bei einem ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten. Angemeldet werden können die Patienten darüber hinaus zur interaktionellen Gruppentherapie und zu verschiedenen Angeboten aus der Bewegungs- und Ergotherapie. Dazu gehören unter anderem Werken, Fingermalen, Konzentrationstraining, Themenzentriertes Malen, Schwimmen, Therapeutisches Boxen, Entspannungstherapie oder Gruppensport.

Sozialdienst Der Sozialdienst unterstützt in allen sozialen Belangen wie zum Beispiel Behördenangelegenheiten, Finanzfragen, beruflicher Wiedereingliederung oder Arbeitsbelastungserprobung.

Soziotherapie Im Rahmen der Soziotherapie bieten die Mitarbeiter im Pflegebereich neben ihren Aufgaben als Bezugspersonen etliche weitere Gruppen wie beispielsweise Pädagogisches Rollenspiel, Kochgruppe, Laufgruppe, Freizeit- oder Singgruppe an.

*Arbeitsfeld
Bezugspflege* Im Rahmen der Bezugspflege sind jeder Pflegekraft Patienten zur Betreuung zugeteilt. Je nach Belegung betreue ich acht bis zehn Patienten. Im Vordergrund steht die Unterstützung in allen Belangen, die den Alltag betreffen. Dazu gehören Maßnahmen wie Tagesstrukturierung, Angstexpositionstraining, Sozial- oder Selbstsicherheitstraining sowie eventuelle Hausbesuche. Diese Maßnahmen werden nach Erhebung einer ausführlichen Sozialanamnese und der Formulierung von Zielen gemeinsam mit dem Patienten festgelegt. Einige Maßnahmen werden auch von den Therapeuten angeordnet.

Musiktherapie Musiktherapie wurde erst mit Beginn meiner Praxistätigkeit, als zusätzliches Therapieangebot in das Setting der Tagesklinik integriert.

Rollenkonflikte Anfangs hatte ich Befürchtungen, durch die Doppelrolle (Musiktherapeutin und Bezugsperson) in Konflikte zu geraten, da es in meiner Funktion als Bezugsperson unter anderem auch um Einhaltung von Regeln und um konflikthafte Beziehungsarbeit geht. Die Vorstellung, einen Patienten morgens wegen seiner Verspätung verwarnen zu müssen und ihm danach in der Musiktherapie einen geschützten Rahmen, in dem er sich öffnen soll, zu ermöglichen, erschien mir recht schwierig. Während meiner Praxiszeit sind solche Situationen jedoch so gut wie nie entstanden. Inzwischen denke ich, dass es möglich wäre, auch Aspekte wie zum Beispiel Ärger auf mich, in der Musiktherapie zum Thema zu machen.

*Vorüberlegungen
Musiktherapie* Für die Einführung der Musiktherapie als zusätzliches Angebot innerhalb der Klinik war es wichtig, ein Konzept zu erstellen. Organisatorische Fragen mussten geklärt werden, bei der Integration in den Stundenplan mussten Überschneidungen mit anderen Therapien und eventuelle Störungen durch Lautstärke berücksichtigt werden. In Rückbindung an die Ausbildung erstellte ich ein Konzept, in dem ich sowohl inhaltliche als auch organisatorische Punkte festhielt.

organisatorischer Rahmen Obwohl bisher keine Musiktherapie angeboten wurde, gibt es in der Tagesklinik einen Musikraum mit einem ausreichenden Sortiment an Instrumenten aus den verschiedenen Instrumentengruppen. Dies stammt noch aus einer Zeit, in der die Klinik einem anderen Träger gehörte.



Instrumentarium

Zur Verfügung stehen:

- Fellinstrumente (Pauke, Bongos, Congas, Rahmentrommeln)
 - verschiedene Flöten
 - Saiteninstrumente (Kantele, Psalter, Gitarren)
 - Holzinstrumente (Schlitztrommel, diverse Perkussionsinstrumente)
 - Metallinstrumente (Gong, Becken, Triangel)
 - Stabspiele (Glockenspiel, Metallophone und Xylophone)
- und ein Klavier.

Ich ergänzte die vorhandenen Instrumente noch durch kleinere Instrumente, wie Kalimba und Klangschalen.

Der Musikraum hat den Vorteil, dass er im Kellerbereich ganz am Ende des Flures liegt, so dass sich die Störungen durch Lautstärke in Grenzen halten. Einzig mit der im selben Flur stattfindenden Ergotherapie musste ich den zeitlichen Rahmen koordinieren. Ein nicht unerheblicher Nachteil des Musikraumes ist, dass er sehr klein ist und mit max. sechs Personen an seine räumlichen Grenzen stößt. Damit lässt er wenig Möglichkeiten, sich in einer Improvisation räumlich mit seinem Instrument von der Gruppe zu distanzieren. Auch Tänze sind nicht möglich.

räumliche Bedingungen

Ich entschied mich für das Setting einer Improvisationsgruppe. Dabei spielt der Patient bzw. die Gruppe „mit oder ohne Therapeut, mit oder ohne strukturierende Verabredungen (Spielregeln, Vorgaben), meist ohne besondere Vorkenntnisse auf Musikinstrumenten/ Klangerzeugern oder sie singen [...]“. Im Unterschied zu traditionellen Formen der Improvisationskunst folgt die musikalische Gestaltung in der Musiktherapie in der Regel nicht einer bekannten Vorgabe (Lied, Komposition, Harmonieschema), sondern entsteht ganz aus dem Augenblick, aus dem Stegreif, aus dem Unvorhersehbaren [...]. Dem Spiel folgt meist wenn möglich ein auswertendes Nachgespräch“ (Weymann 1996, 133f).

*Setting
Improvisations-
gruppe*

Die Musiktherapie findet einmal wöchentlich in einer Sitzung von anderthalb Stunden statt. Es handelt sich um eine halb-offene Gruppe. Wenn ein Teilnehmer die Musiktherapie beendet, kann wieder ein neuer Patient dazukommen. Die Anmeldung erfolgt durch den zuständigen Therapeuten. Mit jedem Patienten führe ich ein Vorgespräch, in dem ich den Rahmen erkläre und Vorstellungen, Ziele, Wünsche, aber auch Ängste oder Befürchtungen bespreche. Dies ist mein Kontrakt mit den Patienten.

*halb-offene
Gruppe*

Der von mir gesteckte Rahmen von mindestens sechs Sitzungen pro Teilnehmer, lässt sich aufgrund der Aufenthaltsdauer und anderer organisatorischer Gegebenheiten nicht immer einhalten, erwies sich aber im Großen und Ganzen als möglich.

Indikationen Bei der Indikationsstellung geht es laut Henk Smeijsters um die Frage, „aufgrund welcher Kriterien Musiktherapie, im Hinblick auf die psychische Störung oder Behinderung als geeignete Therapie gesehen werden kann“ (1999, 1). Bei der Fragestellung, welche Indikationen für die Musiktherapie in unserer Klinik gegeben sind, habe ich mich weniger auf konkrete Krankheitsbilder bezogen. Meine Überlegungen gingen eher dahin, bei welchen Schwierigkeiten und Problemen unserer Patienten Musiktherapie ein hilfreicher Weg und die geeignete Therapieform sein kann.

Folgende Indikationen haben sich für mich herauskristallisiert:

- Schwierigkeiten, sich verbal zu äußern oder auszudrücken
- Schwierigkeiten, Gefühle wahrzunehmen, auszudrücken oder zu äußern
- Probleme, Kontakte zu knüpfen und zu gestalten
- Probleme depressiver Art: Antriebslosigkeit, Aggressionshemmung
- Interesse an Musik

Die Vorliebe für Musik stellt nicht automatisch eine Indikation für Musiktherapie dar, genauso wenig, wie das Nichtvorhandensein dieser Vorliebe eine Kontraindikation ist. Meine Erfahrung ist jedoch, dass Patienten, die ein Interesse an Musik haben, sich in höherem Maße von der Musiktherapie angezogen fühlen und einen leichteren Zugang dazu finden. Manchmal kann dies jedoch auch ein Hindernis sein, da Patienten mit einem größeren musikalischen Wissen im Rahmen der von mir durchgeführten Sitzungen oft dazu neigten, sich sehr an gewohnten Schemata festzuhalten.

Ziele Aus den Indikationen lassen sich für mich folgende Ziele ableiten:

- Gefühle wahrnehmen
- Ausdrucksmöglichkeiten finden
- Kontakt mit anderen aufnehmen
- Förderung von Kreativität, Spontaneität und Lebensfreude
- Einübung und Förderung von sozialem Verhalten
- eigene Grenzen und die Grenzen anderer wahrnehmen
- Erleben und Bearbeiten von problematischen Mustern
- Sensibilisierung für Fremd- und Eigenwahrnehmung

Ablauf einer musiktherapeutischen Sitzung Ich beginne die Sitzung meist mit einer Runde, um das Befinden der Teilnehmer einschätzen zu können und sich abzeichnende Themen oder „Reste“ aus vergangenen Sitzungen aufgreifen zu können. Als positiv erwiesen haben sich auch der Beginn mit einer Trommelrunde unter dem Gesichtspunkt „Wie viel Kontakt möchte/brauche ich“ oder Spiele wie „Ankommen“ von Matthias Schwabe (1992, 18f), „Wie geht es dir“ oder „Tummelei“ von Lilli Friedemann (1983, 10f und 23).

Unter Berücksichtigung der sich abzeichnenden Themen biete ich der Gruppe eine musikalische Gruppenimprovisation an. Je nach Themen und Gruppenzusammensetzung arbeite ich mit mehr oder weniger festen Vorgaben und Spielregeln. Als Therapeutin spielte ich bei diesen Improvisationen immer mit.

Das spontane Reagieren auf die Gruppe, ihre Wünsche, Bedürfnisse oder Themen war anfangs eine große Herausforderung für mich. Vorüberlegungen, was zum Thema werden könnte, welche Angebote in Frage kämen, musste ich häufig über Bord werfen. Bestärkt hat mich die Supervision und der Hinweis: „Den Weg be-

stimmt der Patient – für die sicheren Rahmenbedingungen sorgt der Therapeut“ (Weymann 2000, 322). Es war für mich überraschend festzustellen, dass freie Improvisation ohne wesentliche Vorgaben keineswegs eine Überforderung für die Teilnehmer war.

Im Anschluss an die musikalische Improvisation folgte eine Reflexionsrunde mit dem Ziel, das Erlebte anzusprechen, einen Bezug zu eigenen Erfahrungen und Verhaltensweisen herzustellen, neue Handlungsmöglichkeiten zu erkennen und diese gegebenenfalls musikalisch auszuprobieren. Insgesamt ist meine Erfahrung, dass selten Bezug auf vorangegangene Sitzungen genommen wurde, sondern die aktuelle Situation und das Befinden im Vordergrund standen. Dies scheint mir durch die Behandlungsstruktur bedingt zu sein, in der die Musiktherapie nur einmal wöchentlich stattfinden konnte und die Patienten dazwischen etliche andere Therapien hatten. *Reflexionsgespräch*

Zur Dokumentation und Evaluation habe ich im Wesentlichen die von den Ausbildungsleitern erstellten Bögen zu Grunde gelegt, die ich für meine Zwecke angepasst habe. Außerdem erstellte ich einen Bogen, auf dem ich die wichtigsten Punkte des Vorgesprächs² festhielt. Nach jeder Sitzung dokumentierte ich. Aus der Erinnerung heraus, manchmal auch mit Hilfe einer Tonaufnahme, beschrieb ich die musikalische Einheit. Dabei waren mir folgende Kriterien wichtig: *Dokumentation und Evaluation*

- Wie wurden Anfang und Ende gestaltet?
- Was passierte musikalisch (zum Beispiel Lautstärke, Dynamik, Tonfolgen)?
- Wurde untereinander Kontakt aufgenommen?
- Reaktionen einzelner Gruppenmitglieder

Ich hielt die wichtigsten Punkte aus dem Reflexionsgespräch fest und nutzte die Möglichkeit, eigene Überlegungen und Resonanzen zu notieren. Anschließend gab ich der Sitzung einen Titel³. Für jeden Patienten erstellte ich nach jeder Sitzung einen Bogen, in dem ich die Ausgangssituation und die Entwicklung innerhalb der Sitzung in Bezug auf psychisches Erleben/Emotion, Wahrnehmung/Denken, Handeln, Kommunikation, den allgemeinen medizinischen Zustand sowie Mitteilungen und Signale des Patienten in Stichworten festhielt. Nicht immer war in allen Punkten eine Aussage möglich. Ich verzichtete auf eine Bewertung mit Punktesystem, weil ich der Auffassung bin, dass diese Art quantitativer Auswertung der vielschichtigen qualitativen Entwicklung im Laufe einer Sitzung nicht gerecht wird⁴.

Zum Abschluss eines Therapieprozesses fasste ich im Auswertungsbogen die Entwicklung anhand der Dokumentation zusammen. Der Auswertungsbogen wurde auch in der klinikinternen Kurve des Patienten abgeheftet, wichtige Punkte notierte ich zudem im Verlaufsbogen der Kurve.

Diese ausgesprochen zeitaufwändige Form der Dokumentation war für mich eine wichtige Erfahrung und Übung, musikalisches Geschehen möglichst konkret zu beschreiben, Veränderungen wahrzunehmen, zu benennen und auszuwerten.

Allerdings erscheint es mir auf Dauer nicht realistisch, im Rahmen meiner beruflichen und damit auch musiktherapeutischen Tätigkeit diesen zeitlichen Aufwand

² Kontrakt; s. Anhang 1

³ s. Anhang 2

⁴ s. Anhang 3

zu leisten, zumal es inzwischen in unserer Klinik interne Dokumentationsbögen gibt, in denen der Therapieverlauf des einzelnen Patienten festhalten wird. Eine sinnvolle und zeitlich realistische Einbindung der Dokumentation von Musiktherapie in das System der Klinik ist in Zukunft unumgänglich.

Fallbeispiel: Herr K. – eine Entwicklung im Rahmen der Gruppentherapie

Die Entwicklung einzelner Patienten in der Musiktherapie innerhalb eines manchmal auch längeren Zeitraumes war häufig deutlich zu erkennen. Am Beispiel des Herrn K. werde ich einen Therapieverlauf schildern, in dem die Entwicklung eines einzelnen Patienten im Rahmen der Gruppentherapie sichtbar wird und die Bedeutung der Gruppe für diesen Prozess erkennbar ist.

1. Sitzung, vier Teilnehmer:

Fallbeispiel Herr K. Herr K. ist zum ersten Mal dabei. Er kam in die Tagesklinik mit einer depressiven Episode nach einer zum ersten Mal auftretenden psychotischen Störung, im Anschluss an einen mehrwöchigen Aufenthalt in der Akutpsychiatrie. Er leidet unter Antriebslosigkeit, grübelt viel, fühlt sich bedrückt und niedergeschlagen und nicht mehr leistungsfähig. Er ist 39 Jahre alt, verheiratet und hat eine sechsjährige Tochter. Im Vorgespräch erklärte er, dass er sich Ablenkung wünsche und sehr darunter leide, dass er kaum Gefühle wahrnehmen könne, obwohl er doch immer ein so emotionaler Mensch gewesen sei.

Die anderen drei Gruppenmitglieder sind schon einige Male in der Musiktherapie gewesen.

Kontaktspiel Trommelrunde Unter dem Aspekt „Wie viel Kontakt brauche beziehungsweise möchte ich?“, biete ich der Gruppe zum Einstieg eine Trommelrunde an. Herr K. sucht sich zunächst keine Trommel aus, sondern rutscht mit seinem Stuhl näher an Herrn T., setzt sich mit an dessen Conga und fragt, ob er mitspielen dürfe. Herr T. ist etwas irritiert, bietet ihm dann seine Trommel an, was Herr K. dankbar annimmt, und holt sich eine andere. Es entsteht eine Trommelimprovisation die von Anfang an ein Vierer-Metrum mit rhythmischen Variationen bei gleichbleibendem Puls aufweist. Die Gruppe ist gut im Kontakt miteinander. Herr K. spielt mit beiden Händen, orientiert sich an dem Grundmetrum, spielt gleichmäßig ohne rhythmische Veränderungen und schaut dabei ganz konzentriert und versunken auf seine Trommel.

Reflexion In der anschließenden Reflexion sagt er, er sei sehr mit sich beschäftigt gewesen: Das monotone Spiel sei seine Zukunft gewesen. Er sei froh, jetzt in der Tagesklinik zu sein. Das gebe ihm Sicherheit und Halt.

Freie Improvisation In der anschließenden freien Improvisation bleibt Herr K. bei der Conga. Er spielt zunächst mit den Händen, steigt dann aber auf Schlägel um. Mein Eindruck ist, dass ihm das Spielen damit leichter fällt. Er orientiert sich sehr stark an Herrn T., ist sehr konzentriert mit ihm in Kontakt und versucht, dessen Rhythmus aufzunehmen. Nach einer Weile spielen beide abwechselnd. Herr T. gibt ein kurzes Rhythmus-Pattern vor, Herr K. spielt es nach. Er wirkt ganz konzentriert und vergisst scheinbar alles um sich herum. Ich bin erstaunt, wie gut Herr K. das Nachspielen gelingt, da sein Gegenüber Herr T. in einer Band spielt und im Umgang mit Rhythmen recht geübt ist.

Reflexionsgespräch In der Reflexionsrunde ist Herr K. überrascht, wie gut er sich konzentrieren und ablenken konnte. Er sagt, er habe seine Probleme eine Zeitlang vergessen können.

Als in der Gruppe als Resultat der Improvisation von einer anderen Patientin das Thema „Eigene Bedürfnisse wahrnehmen und umsetzen“ aufkommt, erzählt Herr K., er habe immer „ja“ gesagt, wenn andere Hilfe gebraucht hätten, könne aber schlecht etwas für sich selber tun.

3. Sitzung, vier Teilnehmer:

Einstieg Es hat sich eine fast neue Gruppe gebildet. Zu Beginn kann sich jeder ein Instrument aussuchen, das ihn anspricht oder ihm gefällt. Ich schlage eine erste gemein-

same Runde vor, in der ein Spieler beginnt und dann einer nach dem anderen einsteigt, bis alle dabei sind. Dies hat sich als Hinführung zur freien Improvisation in einer überwiegend neuen Gruppe bewährt.

Herr S., ein Patient, der über permanente Unruhe und extreme Anspannung klagt, beginnt auf dem Xylophon. Er spielt mit zwei Schlägeln immer abwechselnd rechts und links in schnellem Tempo, wechselt dabei immer wieder zwischen hohen und tiefen Tönen ohne Unterbrechung – und ohne, so wirkt es auf mich, die anderen wahrzunehmen.

Herr K. steigt ein und versucht, dieses Spiel auf seinem Metallophon zu imitieren. Er wirkt sehr bemüht, möglichst genau das nachzuahmen, was Herr S. spielt. Insbesondere den Wechsel zwischen hohen und tiefen Tönen versucht er nachzuvollziehen. Schließlich lässt er mit einem leichten Kopfschütteln den Schlägel sinken und hört auf zu spielen. Das die Runde sehr dominierende Spiel von Herr S. scheint dagegen Herr A. nicht zu irritieren, er spielt auf der Bassschlitztrommel vor sich hin und es scheint ihn auch nicht zu stören, dass er kaum zu hören ist. Herr S. dagegen, heute zum ersten Mal dabei, ist deutlich verunsichert, versucht immer wieder mit den Tempelblocks einen Einstieg zu finden. *Nachahmung*

In der Reflexionsrunde berichtet Herr K., er sei nach einiger Zeit genervt gewesen, da er sich mit seinem Metallophon nicht habe hören können. Auf meine Frage, ob er denn etwas ausprobiert habe, um sich besser zu hören, antwortet Herr K., er habe sich immer bemüht, die gleichen hohen oder tiefen Töne zu spielen wie Herr S. Er bekommt Rückmeldungen aus der Gruppe, dass dies ja wohl zum genauen Gegenteil führt, nämlich dazu, dass er sich erst recht nicht hört. Herr K. verlässt die Sitzung sehr nachdenklich. Er habe den Impuls gehabt, sich ein anderes Instrument zu holen, was er aber nicht getan habe – warum, wisse er nicht. *Reflexion*

Hier zeigte sich das Wiedererleben eines problematischen Verhaltensmusters sehr deutlich. *Kommentar*

7. Sitzung, fünf Teilnehmer:

Inzwischen hat sich eine kontinuierlichere Gruppe gebildet. Die Gruppenmitglieder kennen sich untereinander, es herrscht eine recht offene Atmosphäre in der reinen „Männergruppe“, ohne das Gefühl, dass ich als Therapeutin störe.

Ich schlage vor, eine Bergbesteigung zu spielen. Die Idee wird sehr positiv aufgenommen. Wir gehen von einem gemeinsamen Ausgangspunkt los: eine Hütte, an der gerade die Sonne aufgeht. Die Improvisation beginnt mit einigem Gekicher mit „Kikeriki“ und „Muh“. Der Fantasie sind keine Grenzen gesetzt. Ein Teil der Gruppe setzt sich mit einer Trommel durch einen gleichmäßigen Rhythmus hörbar in Bewegung. Herr S. spielt dazu rhythmisch eine einfache Holzflöte. Herr K. beginnt sofort auf seinem Xylophon mit zwei Schlägeln, abwechselnd rechts und links, ein gleichmäßiges Vierer-Metrum zu spielen. Beginnend mit tieferen Tönen bewegt er sich langsam in Richtung der höheren Töne. Von dieser Spielweise weicht er bis zum Schluss nicht ab, unterbricht aber einige Male um ein Glissando abwärts zu spielen und von dort aus sein gleichmäßiges Spiel weiter fortzusetzen. Die Improvisation findet durch den lauten und deutlichen Schlag eines Gruppenmitgliedes auf die Conga ein recht plötzliches Ende. *musikalische Bergbesteigung*

Es entsteht ein lebhafter Austausch darüber, wer wann mit wem gegangen ist und wo man sich zur Pause getroffen hat. Einige sind oben angekommen, ein Patient hatte keinen Kontakt zur Gruppe und war schon wieder beim Abstieg. Auch Gewitter und Regen gab es zwischendurch. *Reflexion*

Herr K. berichtet, er sei sofort von der Hütte aus losgegangen, sein Spiel auf dem Xylophon seien seine Schritte gewesen. Von mir auf sein immer wiederkehrendes Glissando angesprochen erklärt er, dies seien die Stellen gewesen, an denen er zurückgegangen sei, da er den Eindruck gehabt habe, Herr S. sei nicht mitgekommen. Herr S. bestätigt dies. Er habe den Anschluss verpasst und sitze immer noch auf der Bank bei der Kirche im Dorf. „Das ist wohl sehr typisch für mich“, bemerkt er. „Ich war schon immer ein Spätzügler.“

Reflexion Herr K. Durch Austausch in der Gruppe wird Herrn K. deutlich, wie viel Kraft das Zurückgehen fordert. Er ist gar nicht auf die Idee gekommen, vielleicht einfach auf Herrn S. zu warten, anstatt zurückzugehen und damit auch mal eine Pause zu machen. „Eine Pause zu machen, das habe ich glatt vergessen“, sagt er. Dass Herr B. unterwegs auf einer Hütte ein Bier mit ihm trinken wollte, hat er nicht mitbekommen. Auf meine Frage, ob er das von sich kenne, nickt Herr K. Das habe er wohl auch im Alltag vergessen – Ruhephasen einzulegen und sich nicht nur um andere zu kümmern.

9. Sitzung, fünf Teilnehmer:

Nachdem die letzte Sitzung ausfallen musste, scheinen es heute alle kaum erwarten zu können und ganz besonders motiviert zum Spielen zu sein. Schon beim Hereinkommen beginnen alle sofort, die Instrumente auszuprobieren, so dass diese Phase praktisch übergangslos in eine freie Improvisation mündet. Ein Einstieg, wie sonst üblich „aus der Stille“ ist heute „hoffnungslos“.

Ich beobachte zu Beginn, dass Herr K. an die Pauke geht, seine Schlägel aber bereitwillig an Herrn B. abgibt, der deutlich mit der Pauke liebäugelt. Herr K. stellt sich dann an das große Xylophon. Es entsteht eine lebhafte, für diese Gruppe sehr laute Improvisation mit Pauke, Xylophon, Gitarre und zwei Congas. Herr K. steht mit seinem Xylophon direkt neben der Pauke und hat kaum eine Chance, sich Gehör zu verschaffen. Er hält sich an den Grundschlag der Pauke, sein Spiel ist aber kaum zu hören. Zwischendurch haut er plötzlich mit seinem Schlägel einmal auf die neben ihm stehende Pauke. Dies wiederholt er noch zwei-, dreimal, als Herr B. ihm aufmunternd zunickt.

Mangel an Durchsetzungsvermögen Sein Kommentar am Ende der Improvisation: „Das war ein organisiertes Chaos.“ Er sei genervt, da er sich wieder mal nicht gehört habe, und da habe er wenigstens einmal kurz „auf die Pauke hauen wollen“, um sich Gehör zu verschaffen. Eigentlich wollte er gerne selber die Pauke spielen. Es fällt ihm auf, dass er die Pauke schon ein- oder zweimal an ein anderes Gruppenmitglied abgegeben hat. So sei es auch im Beruf, er könne sich nicht durchsetzen und wolle es allen recht machen. Solange er nicht an die Arbeit denke, gehe es ihm recht gut, aber bald stehe eine Arbeitstherapie an, und davor habe er große Angst.

11. Sitzung, vier Teilnehmer:

Zu Beginn herrscht eine sehr bedrückte, eher resignative Stimmung. Herr K. macht sich große Sorgen um seinen Arbeitsplatz, weil es nicht klar ist, wie es weiter gehen wird. Die anderen sind ebenfalls mit aktuellen belastenden Dingen beschäftigt.

Herr K. verteidigt die Pauke Obwohl Herr B., der heute zum letzten Mal dabei ist und in der Eingangsrunde ein Gefühl von Hoffnungslosigkeit beschrieben hat, bereits angekündigt hatte, dass er heute noch mal an die Pauke möchte, geht Herr K. zielstrebig an die Pauke, so dass beide sich schließlich mit je zwei Schlägeln in der Hand gegenüberstehen. Sie beginnen sich auf der Pauke mit ihren Schlägeln gegenseitig zu „jagen“. Herr K. haut immer wieder auf einen Schlägel von Herr B. und umgekehrt. Beide müssen lachen und haben sichtbar und hörbar Spaß an der Situation. Herr B., der häufig eine sehr dominante Rolle in der Gruppe inne hatte, wechselt schließlich zu den Tempelblocks. Herr K. spielt die Pauke mit kräftigen, hörbaren und gleichmäßigen Schlägen. Unterdessen haut Herr S., der schon zu Beginn der Sitzung deutlich unter Druck stand, ununterbrochen mit aller Kraft mit einem Holzschlägel auf das Metallophon, so dass Herr K. schließlich aufhört, die Pauke zu spielen, sie Herrn B. überlässt, mehrere andere Instrumente ausprobiert, die er aber alle wieder weglagt. Die Improvisation endet sehr abrupt.



Reflexion Ich spreche Herrn K. auf die Eingangssituation an und frage ihn, wie es ihm damit gegangen ist. Herr K. ist stolz darauf, die Pauke „verteidigt“ zu haben. Heute habe er sich gesagt: „Diesmal lasse ich mich nicht verjagen.“ Es habe ihm gut getan, er fühle sich irgendwie mutiger. Zum Schluss sei es ihm aber zu laut geworden. Er habe nicht gewusst, wie er sich gegen die Lautstärke wehren sollen. Insgesamt hat sich die anfangs eher resignative Stimmung deutlich verbessert.

12. bis 14. Sitzung:

In den nächsten Sitzungen spielt Herr K. überwiegend die Pauke. Sein Spiel wird kräftiger und ist für die inzwischen auch wieder neuen Gruppenmitglieder durchaus eine wichtige Orientierung. Inzwischen weiß Herr K., dass er seinen Arbeitsplatz verlieren wird. Er kann seine Enttäuschung benennen und seinen Wunsch äußern, seinen Frust einfach mal herauszuschreien, was er einfach nicht könne. Er erlebt das Schlagen auf die Pauke als große Entlastung; er fühle sich danach total erleichtert und habe „einen freien Kopf“. Er bekommt aber auch Rückmeldungen, dass sein Spiel auf die anderen immer noch so wirkt, als nehme er sich zurück. „Ich glaube, du könntest noch mehr rauslassen“, sagt eine Mitpatientin.

Entlastung durch Paukenspiel

Letzte Sitzung, vier Teilnehmer:

Herr K. braucht nicht lange zu überlegen, als ich ihn frage, ob er für die letzte Sitzung noch einen Wunsch hat. Er möchte „auf jeden Fall“ noch einmal an die Pauke. Es ist seine Abschiedsrunde, die anderen unterstützen und begleiten ihn. Herr K. gibt ein klares Metrum an der Pauke vor. Mit weit ausladenden Armbewegungen spielt er mit zwei Schlägeln kräftig und gleichmäßig. Zwischen durch atmet er immer wieder hörbar aus. Im Verlauf seines Spiels betont er in regelmäßigen Abständen die „Eins“ als deutlich kräftigeren und lauterem Schlag. Frau A., eine Mitpatientin, die zum ersten Mal dabei ist, zuckt an dieser Stelle jedes Mal sichtbar zusammen. Herr K. behält sein Spiel bei. Frau A. beobachtet daraufhin genau die Bewegungen von Herrn K. und ist so besser auf die lauten Schläge vorbereitet. Ich habe Herr K. noch nie so kräftig spielen gehört. Auch dass er sich von Frau A's Schreckhaftigkeit nicht beeinflussen lässt, ist verglichen mit seinen ersten Sitzungen ein großer Fortschritt.

In der Reflexionsrunde berichtet Herr K. wieder von großer Entlastung und dem Gefühl, einen angenehm leeren Kopf zu haben. Er habe oft den Eindruck, die Therapie in der Tagesklinik habe ihm nur sehr wenig weitergeholfen, aber in der Musiktherapie spüre er deutlich die Veränderung, auch wenn er noch nicht wisse, ob er das auf seinen Alltag übertragen könne. Er ist es jetzt, der Frau A. Mut macht, die bezweifelt, dass sie sich jemals trauen wird, ohne auf alle Rücksicht zu nehmen, so zu spielen wie Herr K. Dieser antwortet darauf: „Zu Beginn der Musiktherapie hätte ich mir das auch nicht vorstellen können. Am liebsten hätte ich zu Hause auch eine Pauke.“

„Am liebsten hätte ich zu Hause auch eine Pauke“

Entwicklung des Herrn K. im Laufe der Musiktherapie

Herr K. hat insgesamt an 14 Musiktherapiesitzungen teilgenommen. Es war eine deutliche Veränderung zwischen den ersten Sitzungen, in denen er sich sehr stark an anderen Gruppenteilnehmern orientierte, so dass er am Anfang am liebsten mit jemandem zusammen die gleiche Trommel benutzt hätte, und den späteren Sitzungen zu erkennen.

Von Anfang an konnte Herr K. sich beim Spielen der Instrumente und durch die Gruppe gut von Grübeleien ablenken und erlebte die Sitzungen häufig als große Entlastung. Zunehmend war er in der Lage, Gefühle von Anspannung und Enttäuschung wahrzunehmen und im Spielen der Instrumente ein Ventil dafür zu finden, was ihm außerhalb der Musiktherapie kaum gelang. Ich bekam häufig Rückmeldungen vom zuständigen Therapeuten oder der Bezugsperson, dass er oft aus der Musiktherapie berichtete, weil er dort eine Entwicklung sah, die er ansonsten wenig erkennen konnte. So konnte sein Therapeut in der Gesprächspsychotherapie häufig auf Erlebnisse aus der Musiktherapie zurückgreifen. Abschließend stellte der Therapeut fest, dass Herr K. von der Musiktherapie, im Vergleich zu anderen Therapien, mit Abstand am meisten profitieren konnte.

Die Musiktherapie war für Herrn K. eine Möglichkeit, in geschütztem Rahmen auf spielerische Art und Weise zu wagen, was im Alltag zunächst nicht möglich war.

Es gelang ihm gut, Analogien zu Alltagssituationen und zu seinem Verhalten zu erkennen. Er wurde spürbarer in der Gruppe, begann sich auch mal durchzusetzen und durch klareren, hörbaren, eigenen Rhythmus seinen Standpunkt in der Gruppe deutlich zu machen. Auch ergriff er mehr Eigeninitiative, „hängte“ sich nicht nur an die anderen an. Er erlebte dies zunehmend auch mit Stolz und machte die Erfahrung, dass es ihm gut tat, sich auch mal durchzusetzen. Für diese Erfahrungen unerlässlich war die Gruppe, die den Rahmen für diese Entwicklung bot. Eine aus meiner Sicht sehr wichtige Sitzung war die, in der er sich gegen einen Mitpatienten, der auch an die Pauke wollte, durchsetzen konnte. Aus Gesprächen mit Kollegen und Aussagen des Patienten weiß ich, dass es ihm insgesamt noch sehr wenig gelang, diese Erfahrungen auch in den Alltag umzusetzen. Trotzdem ist Herr K. in der Musiktherapie einen wichtigen Weg gegangen, der ihm Handlungsspielräume eröffnete und ihn neue Erfahrungen machen ließ.

Abschließende Überlegungen und Resümee

Durch die oft eher kurze Teilnahme der Patienten und durch den häufigen Wechsel innerhalb der Gruppe war es schwierig Gruppenprozesse zu beschreiben. Ich lernte immer mehr, die Musiktherapie als einen Teil des Gesamtprozesses innerhalb der Therapie zu sehen, als ein Segment im Setting der tagesklinischen Behandlung. Hier hat die Musiktherapie, die ich grundsätzlich als psychotherapeutisches Verfahren verstehe, mehr die Funktion einer Begleittherapie, die im Gesamtkontext des Klinikangebotes gesehen werden muss. Oft konnten in der Musiktherapie Themen angestoßen werden, die sich daraufhin in der Gesprächspsychotherapie besser verbalisieren ließen, oder es zeigten sich wichtige Verhaltensweisen, die auch in anderen Therapien Thema waren und in der Musiktherapie nochmals deutlich wurden. Manchmal zeigten sich aber auch Dinge, die in Gesprächen oder anderen Therapien nicht deutlich wurden und so einen wichtigen Beitrag zur Therapie leisteten.

Viele unserer Patienten leiden insbesondere in hohem Maße an innerer Unruhe, Anspannung und unterdrückten Gefühlen wie Wut, Ärger und Angst. Oft können sie diese Gefühle kaum selber wahrnehmen, geschweige denn benennen. Meine Erfahrung ist, dass die Entlastungsmöglichkeiten gerade im Bereich dieser Schwierigkeiten über die Musik sehr hoch sind. Die Musiktherapie hilft, solche Gefühle erst einmal überhaupt wahrzunehmen. So stimme ich Eckhard Weymann zu, der schreibt: „Es ist eben (häufig, Anm. d. Verf.) nicht so, dass es beim Improvisieren um das Abreagieren oder den Ausdruck bereits definierter Gefühle geht (...), sondern eher umgekehrt: Man könnte sagen, dass sich im Spiel wie von selbst eine Art musikalische Szenerie einstellt. Diese Szenerie ist in den Klängen und Rhythmen sinnlich wahrzunehmen und in der Wirkung in Affekten und Gefühlsbewegungen zu spüren“ (2000, 330).

Es war mir wichtig, eine Atmosphäre zu schaffen, die möglichst frei von Leistungsdruck ist und in der der Einzelne die Möglichkeit hat, Dinge auszuprobieren, zu experimentieren und eigene Gefühle und Erfahrungen ernst zu nehmen. Dabei gibt es kein Falsch oder Richtig, sondern eher die Fragen „Woher kenne ich das?“, „Hat das etwas mit mir, meinem Verhalten oder meinen Erfahrungen zu tun?“ In der Musiktherapie war häufig möglich, was im Alltag unmöglich erschien. Ebenso spielte das Thema Kontakt eine große Rolle: Kontakt aufnehmen und gestalten,

Grenzen setzen, sich in eine Gruppe einfinden oder auch sich zu distanzieren. Hier konnten immer wieder Parallelen zu Alltagssituationen zum Thema werden.

Henk Smeijsters bemerkt: „Die unterschiedlichen Möglichkeiten, Kontakt zu suchen oder abzuwehren, eine Initiative von jemandem aufzugreifen oder zu durchkreuzen, sind nahezu dasselbe wie in der Realität, aber sie laufen jetzt über das musikalische Medium ab“ (1999, 36). Diese Analogie zu Alltagssituationen, Lebensmustern oder Verhaltensweisen nimmt einen hohen Stellenwert in der Musiktherapie ein. Sie bietet die Nähe und Übereinstimmung zu Alltagssituationen einerseits, aber andererseits auch Distanz, die es ermöglicht, etwas in einem geschützten Rahmen, der eben nicht der Alltag ist, zu wagen. „Dieses Gleichgewicht zwischen Unterschieden und Übereinstimmungen mit der Wirklichkeit, ist kennzeichnend für eine Analogie ...“ (Smeijsters 1999, 36f.).

Am Ende meiner Praxistätigkeit kann ich sagen, dass es gelungen ist, die Musiktherapie als zusätzliches Therapieangebot in das Setting der Tagesklinik zu integrieren. Als nonverbales Verfahren hat sie sich als sinnvolle Ergänzung bewährt und wurde sowohl von meinen Kollegen als auch von den Patienten gut angenommen, was sich schon allein dadurch zeigt, dass ich immer genug Anmeldungen für eine Gruppe hatte, oft sogar mehr, als Plätze zur Verfügung standen. Durch meine Zugehörigkeit zum Team war ich in ständigem Kontakt mit den Kollegen und konnte selber immer aktuell von den Therapiesitzungen berichten. Dies gewährleistete eine gute und sinnvolle Zusammenarbeit, die in unserem interdisziplinären Team unerlässlich ist. Ich fühlte mich von meinen Kollegen sehr unterstützt. *Resümee*

Wie bereits beschrieben, gab es wenig Konflikte in Bezug auf die unterschiedlichen Rollen als Bezugsperson und Musiktherapeutin. Nichtsdestotrotz wird die Auseinandersetzung mit meiner Rolle als Pflegekraft einerseits und als Musiktherapeutin andererseits mich sicher noch weiter begleiten.

Nach dem jetzigen Stand der Dinge wird es mit der Musiktherapie in dem von mir beschriebenen Rahmen in der Tagesklinik Netphen der Klinik Wittgenstein weiter gehen.

Literatur

- Friedemann, Lilli (1983): Trommeln-Tanzen-Tönen. 33 Spiele für Große und Kleine, Rote Reihe Universal Edition 69, Wien
- Schwabe, Matthias (1992): Musik spielend erfinden. Improvisieren in der Gruppe für Anfänger und Fortgeschrittene, Kassel
- Smeijsters, Henk (1999): Grundlagen der Musiktherapie. Therapie und Praxis der Behandlung psychischer Störungen und Behinderungen, Göttingen
- Weymann, Eckhard (1996): Improvisation. In: Decker-Voigt, Hans-Helmut, Knill, Paolo J., Weymann, Eckhard (Hrsg.): Lexikon Musiktherapie. Göttingen, 133-137
- Weymann, Eckhard: Neue Spielräume. Über das Improvisieren in der Musiktherapie, in: Decker-Voigt, Hans-Helmut: Aus der Seele gespielt. Eine Einführung in Musiktherapie, München 1991, 313-330

Siegen, Mai 2005

zur Person:

Tanja Weiß

Unterm Steimel 8

57078 Siegen

Persönlicher Werdegang Nach einer kaufmännischen Ausbildung absolvierte ich von 1988 bis 1991 eine Ausbildung zur Krankenschwester im Kreiskrankenhaus Altenkirchen, arbeitete zunächst drei Jahre auf einer Inneren Station und anschließend zwei Jahre in der Ambulanten Pflege.

Aufgrund des Wunsches nach beruflicher Veränderung und meines persönlichen Interesses bewarb ich mich in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Tagesklinik in Netphen, wo ich seit nun fast acht Jahren als Vollzeitkraft in der Bezugspflege arbeite.

Mein musikalischer Schwerpunkt ist der Gesang; Stimmbildung und Gesangsunterricht haben mich dabei unterstützt. Aber auch ein allgemeines Interesse an Musik hat mich immer begleitet.

Es wuchs der Wunsch, Möglichkeiten zu finden, die Musik mit meiner beruflichen Tätigkeit zu verbinden. Die musiktherapeutische Zusatzausbildung hat nicht nur meinen musikalischen Horizont erheblich erweitert, sondern auch meine persönliche Entwicklung sehr geprägt.