

1 Musiktherapie mit Patientinnen einer Abteilung für Akutpsychiatrie

Barbara Werbick

Die Musiktherapie findet wöchentlich einmal statt; die Sitzungen dauern 90 Minuten. Es werden maximal sechs PatientInnen in die Gruppe aufgenommen.

Mithilfe der behandelnden ÄrztInnen werden die PatientInnen für die Musiktherapie nach folgenden Kriterien ausgesucht: Geeignet ist, wer von den körperlichen, geistigen und sozialen Fähigkeiten her dazu in der Lage ist, nicht akut psychotisch ist und daran Interesse hat. Musiktherapie wird dann ärztlicherseits verordnet mit Angabe von individuellen Behandlungszielen. Diese lauten z.B.: Kommunikationsförderung, Förderung des Gefühlserlebens, der Expressivität, der Kreativität, Wahrnehmung von Körperempfindungen. Als übergeordnetes Ziel gilt die Selbsterfahrung im spielerischen Umgang mit Musik.

*Psychiatrische
Indikation der
Musiktherapie*

Die Gruppe ist grundsätzlich offen. Bedingt durch die unterschiedliche Verweildauer der einzelnen PatientInnen wechselt die Zusammensetzung der Gruppe relativ häufig. Es gibt aber auch Phasen konstanter Besetzung. Wenn es möglich ist, nimmt ein Krankenpfleger als Co-Therapeut an den Sitzungen teil.

Bei der wöchentlich einmal stattfindenden großen Mittagskonferenz versammeln sich alle diensthabenden Schwestern und Pfleger, ÄrztInnen, Sport- und Beschäftigungstherapeutinnen, die Sozialarbeiterin und meistens ein Oberarzt. Es wird über jeden Patienten und jede Patientin ausführlich berichtet. Hier bringe ich meine Beobachtungen ein, und wir diskutieren das weitere Vorgehen. So ist sichergestellt, dass die Impulse, die durch die Musiktherapie bei den PatientInnen ausgelöst werden, in die Gesamtbehandlung einfließen. Außerdem wird der Verlauf der Musiktherapie in den Pflegeakten der einzelnen PatientInnen kurz skizziert, so dass ÄrztInnen und Pflegepersonal auch aktuell über das Geschehen informiert sind. Schließlich hat der Pfleger, der den Musiktherapie-Sitzungen in der Co-Therapeuten-Funktion beiwohnt, die Aufgabe, die PatientInnen auf der Station zu begleiten und Informationen aus der Musiktherapie-Sitzung weiterzugeben. Durch diese Einbindung der Musiktherapie in die Diskussion des therapeutischen Gesamtprozesses wird die Indikationsstellung zu einem dynamischen Prozess, bei dem die Therapieziele immer wieder nach Maßgabe der aktuellen Entwicklung neu festgelegt werden.

Die Motivation der PatientInnen ist sehr unterschiedlich, Vorerfahrungen spielen eine große Rolle. Nach der Anmeldung zur Musiktherapie habe ich eine Zeitlang ein Vorgespräch mit den Betreffenden geführt, aber bald gemerkt, dass sich die PatientInnen meist nichts unter meinen Erläuterungen vorstellen konnten. Der freie, spielerische Umgang mit Musikinstrumenten ist doch allzu fremd. Positive Vorerfahrungen können hilfreich sein, z.B. eine persönliche oder familiäre Beziehung zur Musik.

*Motivation zur
Musiktherapie*

Eine Patientin, die an einer Erschöpfungsdepression nach dem Tod ihres Mannes litt - sie hatte ihn mehr als ein Jahr aufopfernd gepflegt - war sehr bemüht, alles „gut“ zu machen. Sie fragte nach dem Spiel immer wieder: „Hat's Ihnen gefallen?“ Sie machte auf mich oft einen ruhelosen, suchenden Eindruck. In einer Stunde erzählte sie: „Als Kind habe ich schon Blockflöte gespielt, und mein verstorbener Mann war Tambourmajor im Spielmannszug.“ Musiktherapie war für sie eine Chance auch in der Trauerarbeit. Sie übernahm in der Improvisation stellenweise die Rolle ihres Mannes, führte die Gruppe an, konnte Anteile von ihm in ihre Person integrieren und so langsam innerlich von ihm Abschied nehmen.

Negative Vorerfahrungen können natürlich behindern, besonders wenn überhöhte Leistungsansprüche damit verbunden sind.

Essstörung

Das habe ich bei einer Patientin mit Essstörung und ausgesprochen zwanghaften Charakterzügen erlebt. Sie kam mit starrer Miene in den Raum, schaute misstrauisch umher und fragte: „Haben Sie auch richtige Instrumente?“ Diese Patientin fand keinen Zugang zur Musiktherapie. Musizieren konnte sie sich nur auf „richtigen“, d.h. im Konzertbetrieb gebräuchlichen Instrumenten vorstellen. In der ersten Stunde saß sie steif auf ihrem Stuhl, spielte kaum mit, war entsetzt über den Lärm und nannte die Musik: „Wie im Urwald“. In der zweiten Stunde wirkte sie wie versteinert und spielte überhaupt nicht mehr mit. Sie wurde bald darauf entlassen, weil ihr die Krankheitseinsicht fehlte und sie nicht zu kooperativem Verhalten bereit war.

Musiktherapie kann aber auch dazu verhelfen, negative Vorerfahrungen aufzuarbeiten, wenn auf der Beziehungsebene Vertrauen gewachsen ist.

Eine Patientin, die nach Suizidversuch mit einer reaktiven Depression eingeliefert wurde, war anfangs sehr skeptisch; sie hatte keine Vorstellung, worum es in der Musiktherapie geht. Als sie nicht zur Sitzung erschien, habe ich mich entschlossen, nach ihr zu schauen. Sie war auf ihrem Stuhl eingenickt, weil sie nachts kaum geschlafen hatte, ging aber bereitwillig mit und sagte nach der Stunde zu mir: „Ich bin so froh, dass Sie mich geholt haben.“ Diese Patientin musste in ihrer Kindheit Geige spielen und litt sehr unter ihrem ungeduldigen und tyrannischen Großvater. Es war sehr schön zu beobachten, wie sie im Laufe der Zeit immer kreativer wurde, vieles ausprobierte und Gefallen daran fand, sich spielerisch und ohne Leistungsdruck auf Instrumenten auszudrücken. In einer Sitzung sagte sie: „Diese Töne machen mich froh.“

Improvisation mit Psychiatrie- patienten

Am Beginn jeder Sitzung steht die Anregung zum freien Spiel, etwa mit der Aufforderung: „Versuchen Sie so zu spielen, wie Ihnen gerade zumute ist; die Musik, die dabei entsteht, könnte ein Spiegel sein, in dem wir etwas über uns selbst erfahren.“

Zu meinem großen Erstaunen war das von Anfang an möglich; die PatientInnen müssen es als befreiend erlebt haben, einfach losspielen zu dürfen. Vielleicht spürten sie hier einen Freiraum, der es ihnen erlaubte, sich selbst auszudrücken. Allerdings musste ich immer wieder zum Ausprobieren der Instrumente ermutigen; dazu, sich Zeit zu nehmen, ein geeignetes Instrument zu suchen. Meistens entschieden sich die PatientInnen sehr schnell für ein bestimmtes Instrument; offenbar konnten sie wenig Lust am Experimentieren empfinden, vielleicht machte es ihnen sogar Angst.

Spielregeln

Manchmal schien es mir wichtig zu sein, die Erfahrungen auf einen bestimmten Punkt zu lenken; dann wählte ich Spielregeln, die ich den PatientInnen anbot. Dabei ist sorgfältig zu erwägen, ob der geplante Impuls zur Befindlichkeit der Patienten paßt oder ob etwas anderes „dran“ ist. Einfache Spielregeln sind hilfreich, z. B. bei Angst vor Lautstärke: „Von leise nach laut und wieder zurück“; bei wenig achtsamem Zuhören: „Spiel - Pause - Spiel“, oder bei wenig Kommunikation: „Durcheinander - Miteinander“. Kompliziertere Spielregeln sind nicht hilfreich. Dann sind die PatientInnen mehr mit dem Erfüllen der Spielregel beschäftigt als mit dem eigenen Erleben und setzen sich unter Leistungsdruck.

Gespräch nach der Improvisation

Das an die Improvisation anschließende Gespräch verläuft in lockerer Form; meist ist ein kleiner Impuls nötig, um es in Gang zu bringen. Jede Patientin und jeder Patient sollte Raum haben, sich zu artikulieren, das Erlebte in Worte zu fassen. Dabei gibt es natürlich große Unterschiede in der Fähigkeit zu verbalisieren; wenn jemand kaum in der Lage ist, sich in Worten auszudrücken, heißt das nicht, dass sich bei ihm nichts tut. Das ist ja der große Vorteil der Musiktherapie, dass sie die Übersetzung in Worte nicht unbedingt braucht. Der verbale Austausch ist aber erforderlich, um den PatientInnen die Möglichkeit zu geben, das Erlebte in ihre

Gesamtpersönlichkeit einzuordnen und sich ihrer Wahrnehmungen zu vergewissern. Sie werden ermutigt, die musikalischen Eindrücke und ihre eigenen Aktionen zu benennen und zu beschreiben, ebenso ihre körperlichen Empfindungen, Gefühle und Einfälle sowie die sozialen Erfahrungen. Dabei beschreiben sie implizit für sie bedeutende Lebensthemen, die als solche gar nicht immer zur Sprache kommen müssen.

Dem spielerischen Element in der Musiktherapie kommt besondere Bedeutung zu, denn mit Spiel verbindet man gemeinhin Lockerheit, Vergnügen, Spaß, weniger Kontrolle, weniger Kritik, weniger Leistung, weniger Unterordnung, weniger Zweck, weniger Risiko (vgl. G.K. Loos, 1994, S. 141f.).

Und dennoch gilt, was Jan Huizinga, der Kulturphilosoph, schreibt: „Der Mensch ist nie ernsthafter als im Spiel“ (zitiert nach: F. Hegi, *Improvisation und Musiktherapie*, Paderborn 1990, S. 17).

In der Musiktherapie steht das Erleben im Vordergrund, was sich immer wieder zeigt, wenn nach der Improvisation gefragt wird: Was haben Sie beim Spiel erlebt? Die „ernsthafte“ Aufmerksamkeit auf das eigene Erleben zu richten und dann auch noch darüber zu sprechen, ist für die meisten PatientInnen etwas völlig Neues und Angstmachendes. So ist viel Behutsamkeit und Beharrlichkeit nötig, das je eigene Erleben immer wieder ins Zentrum zu rücken und das als Chance zu erkennen.

Musiktherapie ist prozessorientiert, denn Musik ist flüchtig ist und kann nicht festgehalten oder kontrolliert werden (es sei denn durch technische Hilfsmittel). In dieser Flüchtigkeit liegt die Chance, durch Ausprobieren zu authentischem Ausdruck zu finden.

Die Verwendung von Geräuschinstrumenten beim gemeinsamen Improvisieren wurde mir immer wichtiger, denn es hat sich gezeigt, dass manche PatientInnen einen großen Bogen um solche Instrumente machen und sehr erschrecken, wenn MitpatientInnen laute Geräuschinstrumente spielen.

Das hat mir zu denken gegeben; ich habe in der Literatur nachgelesen und bin auf Äußerungen des Psychoanalytikers Heinz Kohut gestoßen. Nach Kohut ist die Welt, in die der Säugling hineingeboren wird, für ihn auch deshalb so bedrohlich, weil er einer Vielzahl von fremden Geräuschen ausgesetzt ist. Erst nach und nach lernt er, sie zu unterscheiden und zu deuten. Dieses elementare Gefühl der Bedrohung wird möglicherweise beim Hören lauter Geräuschinstrumente wiedererlebt.

Lautstärke symbolisiert aber oft auch Aggression. PatientInnen, die in ihrer Aggressivität gehemmt sind, kommen beim lauten Spiel der anderen mit ihren eigenen Aggressionen in Kontakt und empfinden Angst vor Kontrollverlust. Zu welchen Reaktionen in meiner Patientengruppe das geführt hat, davon wird später noch die Rede sein.

Die Vielzahl der Instrumente in der Musiktherapie macht es möglich, dass neben angenehmen auch subjektiv als unangenehm empfundene Klänge und Töne erzeugt werden können. Unschönes und Hässliches kann also ausgedrückt werden und wird dadurch bearbeitbar; dies erfordert aber einen langen Prozess und viel Vertrauen.

Frau S., 61 Jahre alt, wird Ende Januar nach einem Suizidversuch mit Tabletten eingeliefert; die Diagnose lautet: endoreaktive Depression bei chronischem Ehekonflikt.

Frau S. ist seit fast 40 Jahren mit einem gewalttätigen Alkoholiker verheiratet und hat schon mehrmals versucht, sich von ihm zu trennen. Sie hatte eine schwere Kindheit mit einer herrschsüchtigen, hartherzigen Mutter und musste schon früh für ihre jüngeren Geschwister Verantwortung übernehmen. Sie hat drei Kinder; an die beiden Söhne besteht eine starke Bindung; ihrem Mann gegenüber

Wirksamkeit der Musiktherapie

Geräusch-Instrumente

Geräuschangst

Lautstärke

Depression

spielte sie die Helferrolle und hat sich dadurch sozial isoliert.

Frau S. leidet unter vielen psychosomatischen Beschwerden, kann kaum schlafen, ihr Verhalten hat zwanghafte Züge, und sie lebt in einer Phantasiewelt.

Ich lerne sie in der ersten Woche meiner Praxistätigkeit in der Klinik kennen, und wir finden spontan guten Kontakt zueinander. Ihr feingeschnittenes Gesicht wirkt auf mich anziehend; trotz ihrer vielen Probleme hat sich Frau S. die Selbstachtung bewahrt. Sie ist gewandt im sprachlichen Ausdruck, holt gern etwas weiter aus und findet manchmal kein Ende. An der Gegenübertragung spüre ich, wie ich mich mit ihrer Suche nach einem festem Halt, ihrer Ahnung einer womöglich letzten Chance, aber auch ihrer Angst, sie zu vertun, auseinandersetze.

Röhrenglocken

Anfang Mai steht für Frau S. das Einreichen der Scheidung an; es ist klar, dass sie das tun muss; ihr Mann kann und will das nicht. In der Stunde vom 10.5. spielt sie die mit einem weichen Schlegel, und trotz viel Kraftaufwand hört man kaum etwas. Da kommt sie plötzlich auf die Idee, den Schlegel umzudrehen und die Röhrenglocken mit dem hölzernen Griff zu spielen. Im anschließenden Gespräch benennen wir das so: Wenn man den Spieß herumdreht, kommt etwas dabei heraus. Sie hat ihren Konflikt deutlich auf der symbolischen Ebene ausgedrückt und einer Lösung nähergebracht: Ich drehe den „Spieß herum“ und verschaffe mir Gehör und Geltung.

körperliche Erschöpfung und depressive Störung

Frau K., 45 Jahre alt, wird wegen körperlicher Erschöpfung und depressiver Störung nach dem plötzlichen Tod des Ehemanns eingeliefert, der bei einem Dorffest von einem Traktor überrollt wurde; wahrscheinlich war er betrunken. Frau K. hat drei fast erwachsene Kinder, lebt auf dem Dorf und trägt auch ein Jahr nach dem Tod ihres Mannes nur schwarze Kleidung. Sie war früher schon wegen psychosomatischer Beschwerden in Behandlung und nahm viele Beruhigungsmittel. Im Lauf des Klinikaufenthalts wird deutlich, dass eine Abhängigkeit vom Ehemann bestand; eine Angststörung tritt zutage, die auf der Station mit einer gezielten Angsttherapie behandelt wird.

Frau K.s Gesichtsausdruck wirkt auf mich ausgesprochen leidend und gequält, sie hat eine leicht vornüber gebeugte Körperhaltung. Ich spüre eine große Rat- und Hilflosigkeit, ein Gefühl von Ausgeliefertsein und ein großes Harmoniebedürfnis. In der Musiktherapie spielt sie anfangs nur sehr leise und vorsichtig, zeigt einen starken Hang zur Anpassung und eine deutliche Abneigung gegen Lautes. Fast in jedem Spiel sucht sie, wie sie selbst sagt, „nach dieser Harmonie, die ich hier so schön empfinde, wenn man ohne Noten gemeinsam etwas spielt.“ Als der Jahrestag des Todes ihres Mannes vorbei ist, geht eine Veränderung in ihr vor, die musikalisch deutlich zu hören ist und die sie als schreckliche Unruhe bezeichnet; ich spüre, es kommt etwas in ihr in Bewegung.

Depression mit wahnhaften Inhalten

psychosoziale Konflikte in der Familie

Frau D., 67 Jahre alt, wird vom Hausarzt wegen psychosozialer Konflikte in der Familie überwiesen.

Die Diagnose lautet: Depression mit wahnhaften Inhalten. Frau D. sieht älter aus, als sie ist; nach einem Sturz ist sie körperlich unsicher, ihre Hände zittern. Es gibt einen Konflikt mit der Tochter; Frau D. möchte von ihr gepflegt und umsorgt werden, die Tochter ist aber berufstätig und nicht bereit, ihren Beruf deshalb aufzugeben. Frau D. war vor drei Jahren schon einmal hier, mit demselben Krankheitsbild. In der Behandlung wird versucht, den Konflikt mit der Tochter zu entschärfen und eine zeitweise Unterbringung in einem Tagespflegeheim zu organisieren.

Ich wundere mich, als Frau D. Interesse an Musiktherapie bekundet; ich vermute, dass sie noch nie eine Trommel in der Hand hatte. Sie wirkt auf mich lustlos, irgendwie gekränkt. Ihr maskenhaftes und blasses Gesicht scheint zu keiner Mimik fähig. Ihre Stimme klingt ständig heiser und verkratzt, sie tut sich schwer mit dem sprachlichen Ausdruck. In der Gegenübertragung spüre ich, dass mich ihre immense untergründige und nur schwer beherrschte Aggressivität und ihr fehlendes Körpergefühl herausfordern. In der Musiktherapie spielt sie fast nur leise, zunächst unregelmäßig, dann zunehmend gleichmäßiger; sie zeigt einen Hang zu einem ausdauernden, fast rigiden Rhythmus. Die Trommel berührt sie immer nur mit den Fingerspitzen. Sie genießt das Gruppengefühl, macht aber deutlich, dass sie Lautstärke überhaupt nicht vertragen kann.

Schellenkranz, Glöckchenrassel

In ihrer zweiten Stunde hält sie in der einen Hand den Schellenkranz, in der anderen die Glöckchenrassel; sie findet einen Rhythmus, der dem Zittern ihrer Hände entspricht; am Ende der Stunde und in den späteren Stunden sind ihre Hände ruhig.

Selbstaussdruck

Was die drei Patientinnen verband, war ihr Krankheitsbild: die Depression. Man mag erstaunt darüber sein, dass es den Patientinnen problemlos möglich war, auf fremden Instrumenten zu spielen, doch es scheint für Depressive besonders wichtig zu sein, eine angemessene Form des Selbstaussdrucks zu finden. In der Lebensgeschichte dieser Frauen wird deutlich, dass sie mit der Sorge für andere beschäftigt waren, sich eher an Überich-Normen orientierten und deshalb die Suche nach

ihrer Identität und nach ichgemäßen Ausdrucksmöglichkeiten zu kurz kam. So erleben sie sich als unwert; ihnen fehlt die Erfahrung, dass das, was von ihnen ausgeht, Bedeutung hat. Deshalb brauchen sie Ausdrucksmöglichkeiten und Erfahrungsräume, in denen das, was sie fertig bringen, für sie selbst und für andere wichtig ist.

Die Patientinnen in meiner Gruppe haben sich zudem fast nur in ihrem Familienverband bewegt und sind sozial weitgehend isoliert. In der Gruppe weitete sich ihr Blickfeld, sie konnten wahrnehmen, was andere erleben, und ihr Verhaltensrepertoire erweitern. Die Gruppe Gleichgesinnter stärkte ihr Selbstvertrauen und machte es ihnen leichter, sich zu öffnen. So war die Musiktherapie für sie eine gute Möglichkeit, dem Unterdrückten Geltung zu verschaffen und zu erleben, dass ihre Äußerung wertgeschätzt wird; und damit konnten sie mehr zu sich selbst finden.

Allerdings wurde bald deutlich, dass die Patientinnen einen Bereich aussparten oder ihm über Gebühr Aufmerksamkeit schenkten: und das war die Lautstärke.

Lautstärke

Lautstärke kann eine ausgesprochen ambivalente Aussage haben. Auf der einen Seite symbolisiert sie Kraft, Präsenz, Entschlossenheit, Vitalität, also Aggressivität im Sinne von Lebensbejahung und Zugewandtheit (lat. *aggredi*: herangehen, unternehmen, beginnen, aber auch angreifen). Ihre unstrukturierte, „blinde“ Äußerung aktualisiert jedoch die destruktive, gefährliche und angstmachende Seite der Aggression.

Zum Thema wurde die Ambivalenz der Lautstärke in einer Stunde, als ein drogenstüchtiger junger Mann mit psychotischen Anteilen in die Gruppe kam. Er hatte Interesse gezeigt, war aber an dem Tag schlechter Laune, weil ihn eine Schwester etwas unsanft angeredet hatte. Er sah sich in der Gruppe älteren Frauen gegenüber, die seine höchst problematische Mutterbeziehung aktualisierten; er ließ seinen Aggressionen in Form von wütenden Trommelschlägen so sehr freien Lauf, dass ich um die Instrumente fürchtete. Um die Gruppe zu schützen, blieb mir nichts anderes übrig, als ihn zu bitten, den Raum zu verlassen. Diese schwierige Situation hat mich sehr beschäftigt; in der Supervision haben wir sie ausführlich analysiert und gründlich bearbeitet. Eine Woche später hatte ich ein Gespräch mit dem jungen Mann und der behandelnden Ärztin; er entschuldigte sich für sein Verhalten und entschied sich, lieber Freizeitsport zu machen.

Dieses Erlebnis trug wesentlich zur Auseinandersetzung mit dem bisher vermiedenen Thema „Lautsein“ bei, ja, hat sie eigentlich erst in Gang gebracht. Eine Woche nach dem Vorfall schlug ich den drei Patientinnen die Spielregel „Spiel - Pause - Spiel“ vor. Es entstand eine sehr lange Pause, die Spannung stieg; keine der Patientinnen unternahm etwas, bis ich die Initiative ergriff und weitermachte. Die angestaute Spannung entlud sich in lauten Trommelschlägen von Frau S., der Patientin mit dem alkoholkranken Mann. Sie erinnerte sich dabei an eine Szene, in der sie von ihrer hartherzigen Mutter verprügelt worden war. Die beiden anderen Patientinnen wirkten etwas erschreckt, äußerten sich auf Nachfrage aber zunächst nicht. In der kommenden Stunde, in der leise und eher diffus gespielt wurde, sagte Frau S. als Begründung: „Ich habe Frau D. versprochen, heute nicht so laut zu spielen.“

Um am Thema Lautstärke dranzubleiben, schlug ich in der nächsten Stunde das Spiel „Durcheinander - Miteinander“ vor. Die Musik der Patientinnen hörte sich für mich so an, als hätten sie die Spielregel fast umgedreht; der erste Teil - das Durcheinander - klang eher wie ein lockeres Beieinander oder Miteinander, der zweite Teil war von einem starken Zwang bestimmt, der keine Freude am Miteinander aufkommen ließ. Der rigide Marschrhythmus in diesem Teil dauerte 15 Minuten; allen war es zu lang, aber keine machte Schluß; da tat ich es, als ich nicht mehr spielen konnte. Frau D., die untergründig aggressiv wirkende Patientin, sagte nach dem Spiel: „Das war, wie wenn Soldaten daher marschiert wären, so sind wir früher mit der HJ marschiert; man mußte doch mitmachen, das war halt so; es war auch schön.“

Im anschließenden Spiel hielt ich es für sinnvoll, das Thema Lautstärke wieder einzubringen; ich spielte lustvoll laut, und Frau S. machte mit. Wir bekamen von Frau D. die Rückmeldung: „Das war mir zu laut.“ Frau K., die nach dem Tod ihres Mannes depressiv geworden war, sagte: „Ich bin eben mehr für das Leise und Zurückhaltende, das war schon immer so bei mir.“

In der darauffolgenden Woche gab ich die Anregung, auf Körperempfindungen zu achten. Nach dem Spiel sagte Frau K.: „Wenn es ein bisschen laut wird, spüre ich sofort so ein Kribbeln im Bauch.“ Wir überlegten gemeinsam, und sie nannte das Gefühl Angst.

Laute Töne und Klänge werden wohl hauptsächlich von Frauen immer wieder als etwas erlebt, was in sie eindringen will, was durch und durch geht und ein Gefühl von Ausgeliefertsein hervorruft. Außerdem könnte man hier auch an Heinz Kohuts oben genannte Überlegungen zur angstausslösenden Geräuscherfahrung von Säuglingen denken. Ich war positiv überrascht, dass Frau K. dieses Gefühl spüren und benennen konnte und empfand es als Fortschritt.

Frau S. äußerte in dieser Stunde, dass ihr das Spiel auf die Dauer zu eintönig wurde und sie froh war, dass es noch ein paar laute Stellen gab zum Schluss; das brauche sie, sie wolle doch auch einmal Dampf ablassen.

Eine Woche später erlebte ich Frau K. ganz verändert; sie hatte eine entspanntere Spielhaltung, spielte nicht mehr so leise und führte die Gruppe in Dynamik und Tempo an. Sie selbst spürte nur eine „schreckliche Unruhe“ und meinte, sie müsse jeden Augenblick aufspringen und wegrennen. Da die Patientin jahrelang Beruhigungsmittel genommen hat, ist es nur zu verständlich, dass sie Unruhe als negativ empfindet. Aber für mich war deutlich: Es kommt etwas in ihr in Bewegung. Dass diese Bewegung auch eine gefährdende Komponente hat, ist aus klinischen Untersuchungen von Depressiven hinlänglich bekannt; der Aufstieg aus dem seelischen Tief geht mit Suizidgefahr einher. In der Konferenz in dieser Woche hörte ich, dass Frau K. Suizidgedanken geäußert hatte.

In der nächsten Woche spielten Frau D. und Frau S. sehr lange einen eintönigen, rigiden Rhythmus. Frau D. sagte dazu: „Das war langweilig, da hätte man fast einschlafen können.“ Im weiteren Verlauf der Stunde spielte sie bei einer dynamischen Steigerung mit und äußerte hinterher: „An den lauten Stellen habe ich auch lauter gespielt, dann ging’s.“

Frau K. entschloss sich, in dieser Stunde mit mir zusammen „Opposition“ gegen die anderen zu spielen; sie wollte auf andere Gedanken kommen, weil sie wieder so unruhig war. So spielte sie schnelle und heftige Schläge, die allerdings auf dem Glockenspiel nicht so laut zu hören waren. Insgesamt wirkte sie in dieser Stunde nicht so gequält wie sonst. In der letzten Stunde versuchte Frau S. mit dem lauten Scheppern der Kalebasse ihre Kopfschmerzen zu übertönen, wie sie sagte. Frau K. spielte heftige Schläge auf den Bongos, die sie aber - so ihre Äußerung - nicht anstregten, sondern ihr eher gut taten. Frau D. war am Ende der beiden Spiele in dieser Stunde mit kratzigen Tönen alleine zu hören, als wollte sie sagen: Ich will auch mal das letzte Wort haben.

In der Auseinandersetzung mit dem Thema Lautstärke gab es eine Entwicklung. Sie verlief von heftiger Ablehnung über eine gewisse Lokalisierung, das Ausprobieren und Erleben des Gegenteils zum Benennen des Körpergefühls, das durch laute Töne ausgelöst wird. Schließlich kam es zum Versuch einer Annäherung in Form von Ausprobieren und Ausdrücken eigener Lautstärkeimpulse; jede Patientin setzte ihre subjektiven Schwerpunkte in dieser Entwicklung. Parallel dazu verlief die Bewältigung des depressiven Syndroms, so dass die Bereitschaft zur Lautstärke als Diagnostikum gelten darf.

Literatur

Bruhn, H. u.a.: Musikpsychologie. Ein Handbuch, Hamburg 1993

Decker-Voigt, H.-H.: Aus der Seele gespielt, München 1991

Dörner, K., Plog, U.: Irren ist menschlich, Bonn 1992

Hegi, F.: Improvisation und Musiktherapie, Paderborn 1990

Höhmman, U.: Zur Symbolik des Musikinstrumentes im Schnittfeld zwischen allgemeiner und individueller Bedeutung, Unveröffentlichte Diplomarbeit, Hamburg 1988

Kapteina H.: Dimensionen der Gruppenimprovisation, in: Decker-Voigt, H.-H. (Hrsg.): Musik und Kommunikation. Hamburger Jahrbuch zur Musiktherapie und intermodalen Medientherapie, Lilienthal 1988, 73-94

*Suizidgefahr
am Ende einer
Depression*

Kast, V.: Trauern, Stuttgart 1982

Loos, K.: Spiel-Räume der Magersucht, Stuttgart 1994

Priestley, M.: Musiktherapeutische Erfahrungen, Stuttgart 1982

