

“Ich komme meiner Seele nahe” - Musiktherapie in einer Tagesstätte für psychisch erkrankte Menschen

Beobachtungen über einen Zeitraum von 6 Jahren

Andreas Ziebarth

Die Tagesstätte für psychisch erkrankte Menschen in Eitorf existiert seit 10 Jahren und versorgt den östlichen Rhein-Sieg-Kreis. Träger der Einrichtung ist die AWO. Die Tagesstätte ist ein Baustein des Sozialpädagogischen Zentrums (SPZ) Eitorf, welches außerdem eine Kontakt und Beratungsstelle, den Ambulant Aufsuchenden Dienst, das Betreute Wohnen, die Ambulante Psychiatrische Pflege und den Integrationsfachdienst/ Berufsbegleitenden Dienst umfasst. *Institution*

Aufgrund der ländlichen Struktur sind zum Teil weite Anfahrtswege (1,25 Std.) zu bewältigen, die für manche Besucher eine große Belastung darstellen.

Die Zielgruppe sind chronisch psychisch erkrankte Menschen mit Krankheitsbildern wie Depression, Schizophrenie, affektive Psychosen, Persönlichkeitsstörungen ggf. auch mit Doppeldiagnosen (psychische Erkrankung/ geistige Behinderung oder, psychische Erkrankung/ Suchtproblematik) soweit die psychische Erkrankung im Vordergrund steht.

Ziel ist es, den Besuchern eine Tagesstruktur zu bieten, die ein (Wieder-) Erlernen von alltäglichen lebenspraktischen Anforderungen/ Verpflichtungen ermöglicht, um so ein weiteres Leben außerhalb eines Heimes führen zu können. Dabei wird mit jedem Tagesstätten-Besucher eine Gesamtbetreuungsplanung in Abstimmung mit anderen SPZ-Diensten erstellt, welche dann im weiteren Betreuungsprozess überprüft und aktualisiert wird.

Das Betreuungsteam setzt sich aus zwei Heilpädagoginnen, einem Ergotherapeuten, einem Heilpraktiker für Psychotherapie mit laufender sozial-psychiatrischer Zusatzausbildung (jeweils 75%) und verschiedenen Fahrdienstleuten zusammen.

In der Tagesstätte wird psychische Erkrankung nach dem so genannten Vulnerabilitäts-Modell verstanden. Dieses integrative Krankheitsmodell berücksichtigt medizinische, biologische und psychosoziale Aspekte.

Konzeptionelle Grundlagen:

Vulnerabilitätsmodell

Das hat zur Folge, dass die Krankheit in möglichst umfangreichen Zusammenhängen gesehen wird und auch das Umfeld (Angehörige, Freunde etc.) einbezogen wird, um für den Umgang mit der Krankheit Bewältigungsstrategien zu erarbeiten, die Rückfälle vermeiden helfen.

Die Begleitung der Tagesstätten-Besucher erfolgt über ein Bezugspersonen-System, welches jedem Besucher einen festen Ansprechpartner im Betreuungsteam zuordnet, der sich um alle relevanten Dinge kümmert.

Konzept des Empowerment

Dabei liegt das Konzept des Empowerment zugrunde, welches versucht die Potenziale und Ressourcen der Menschen zu stärken und weiterzuentwickeln, um Entscheidungs- und Wahlfreiheit und eine autonome Lebensgestaltung (zurück) zu gewinnen. Ergänzend wird nach dem Recovery-Modell gearbeitet, wonach das Genesungspotential unterstützt wird, um vor allem die Hauptsymptome zu managen, psychosoziale Behinderung zu reduzieren und die persönliche Leistungsfähigkeit zu erhöhen.

Recovery-Modell

Die Tagesstätte bietet vor allem in vier Bereichen Integrationsmöglichkeiten: im Servicebereich, im lebenspraktischen Bereich, im heilpädagogischen Bereich und im Freizeitbereich.

- Musiktherapeutisches Angebot* In der Tagesstätte gab es bis 2001 kein musiktherapeutisches Angebot. Im Rahmen einer Projektwoche im Mai 2001 habe ich Einblicke in die Bereiche Instrumentenbau, Singen, geleitete musikalische Spiele und freie Gruppenimprovisation gegeben. Im Anschluss an diese Projektwoche begann die wöchentliche musiktherapeutische Arbeit mit zwei Gruppen. Zur Zeit nehmen acht Personen an der Musiktherapie teil. Im Zeitraum 2001 - 2007 waren es insgesamt 28 Personen.
- Räumlichkeiten* Als Raum diente zunächst ein angemietetes Ladenlokal (zwei Häuser neben der Tagesstätte) in dem auch der heilpädagogische Bereich angesiedelt war, später musizierten wir in einem Raum im Dachgeschoss der Tagesstätte. Seit vier Monaten steht nun ein größerer Raum auf der gleichen Etage zur Verfügung.
- Indikation für Musiktherapie* Die Besucher der Tagesstätte sind in der Regel bereits seit längerem psychisch erkrankt und "austherapiert". Es gibt also kaum große Heilungschancen, mit umfassenden Veränderungen im Leben der Menschen; eher sind es kleine Veränderungen, die es hier zu erreichen gilt. Das bedeutet nicht, dass diese Dinge weniger wichtig wären, im Gegenteil, gerade für jemanden mit solch schwerer Erkrankung kann eine kleine Verbesserung viel bedeuten. Somit ist Musiktherapie bei den meisten Tagesstätten-Besuchern eine angezeigte Therapieform, um auf nonverbaler Ebene Prozesse in Gang zu setzen, oder zu unterstützen.
- Interesse* Bereits das Interesse an Musik oder Instrumenten kann m.E. als hinreichende Indikation für Musiktherapie mit psychisch erkrankten Menschen betrachtet werden. Oftmals sind ja Antriebs- und Interesselosigkeit im Zusammenhang mit einer chronischen psychischen Erkrankung zu beobachten, so dass ein Bekunden von Interesse eine "Chance" bietet diesen Menschen durch oder mit Musik/MT zu erreichen. Nur wenn ich jemanden erreichen kann, gibt es die Möglichkeit Entwicklung in Gang zu bringen.
- Therapiebereitschaft* Es gibt immer wieder Menschen, die auch nach vielen Therapieerfahrungen nach weiteren Möglichkeiten suchen, sich selber und ihre Krankheit besser zu verstehen, mit ihren Schwierigkeiten besser umgehen zu können und Lösungsansätze zu finden. Eine grundsätzliche Bereitschaft zu Therapie ist sicherlich ein begünstigender Aspekt, wobei es dabei nicht darum gehen kann, eine weitere Therapie anzureihen und somit Therapie lediglich zum Selbstzweck zu betreiben.
- Wahrnehmungs- und Kommunikationsstörungen* Nahezu jede psychische Erkrankung hat – zumindest in der chronischen Verlaufsform – Kommunikationsstörungen zur Folge. Diese zeigen sich in Diskrepanzen zwischen dem, was der Betroffene sagen will und dem was er dann tatsächlich sagt, also dem Problem geeignete Worte zu finden, und auch der begleitenden Mimik und Gestik; ebenso als Folge von Wahrnehmungsstörungen. Der Betroffene kann das, was ein Gegenüber transportiert nicht richtig wahrnehmen und einordnen. Rückzug und Kontaktabbrüche sind die Folge.

Musiktherapie eignet sich zur Überwindung oder Besserung von Nonverbalität, zur Bearbeitung von Problemen, die einen präverbalen Ursprung haben, also für diejenigen, bei denen man mit Worten nicht weiterkommt, wie Tonius Timmermann (1994, 122) ganz allgemein formuliert, oder auch um Hyperverbalität aufzubrechen. Nach Henk Smeijsters kann in der Musiktherapie einerseits eine Bearbeitung des musikalischen Feldes der präverbalen Lebensphase erfolgen, andererseits wird Menschen, die Schwierigkeiten mit verbalem Ausdruck haben, ein Medium (nämlich Musik) zur Verfügung gestellt, mit dem sie sich möglicherweise besser (genauer, direkter, angstfreier, etc.) mitteilen können, als in vorrangig verbalen Therapieformen. Verbale Abwehrmechanismen, oder das Unvermögen über Gefühle zu sprechen spielen in der Musiktherapie keine entscheidende Rolle (Smeijsters 1999, 18ff). Mit "musikalischem Feld der präverbalen Lebensphase" ist die Kommunikation zwischen Kind und Mutter in den ersten beiden Lebensjahren gemeint, die in dieser Zeit gekennzeichnet ist von z.B. Rhythmus, Melodie, Tempo, Dynamik und Timbre. Aus psychoanalytischer Sicht geht es dabei um den Prozess von der Symbiose zur Individuation. "In der musiktherapeutischen Improvisation widerklingt die allererste musikalische Mutter-Kind Beziehung und es ist möglich, den präverbalen Prozess von der Symbiose zur Individuation zu rekonstruieren. Musik erinnert also an das "musikalische Feld" aus der präverbalen Lebensperiode. Diese Tatsache ist typisch für Musik, darum ist vor allem Musiktherapie bei derartigen präverbalen Störungen¹ indiziert" (ebd. S.20).

Individuationsprozesse

Bei vielen psychischen Erkrankungen stehen Beziehungs- und Kommunikationsprobleme (bedingt durch frühere traumatische Erfahrungen, oder durch Wahrnehmungsstörungen und psychotische Verarbeitungsmuster) neben psychotischem Erleben, Zwängen und Ängsten im Vordergrund. Beziehung und Kommunikation bedeuten immer auch Interaktion. Smeijsters sagt, dass das musikalische Ereignis, also der Inhalt, durch Interaktion von Personen entsteht, also durch Beziehung. Er betont dabei, dass die musikalische Beziehung das musikalische Produkt ist und dass dieses die Musiktherapie von anderen kreativen Therapien unterscheidet, bei denen die künstlerische Expression nicht Folge von einer persönlichen Interaktion ist (ebd. S.21).

Beziehung und Kommunikation

Musiktherapie bietet also die Möglichkeit der Erfahrung von direkter, unmittelbarer Auswirkung des eigenen Beziehungs- und Kommunikationsverhaltens auf das musikalische Produkt.

Der Klient kann sich als (mit-) bestimmenden Interaktionspartner erleben und zwar unmittelbar im Prozess, nicht erst durch Reflexion. Er ist also nicht unbedingt auf kognitive und verbale Leistungen angewiesen, um Interaktionserfahrungen zu machen. Störung von Beziehung und Kommunikation erschwert Interaktion und begünstigt – im Umkehrschluss – Isolation. Musiktherapie ist also in diesem Zusammenhang durchaus auch als Mittel zur Prävention und zum Aufbrechen von Isolation nutzbar.

(musikalische) Interaktion vs Isolation

Schlussendlich sehe ich noch einen weiteren wichtigen Aspekt, der im Zusammenhang mit Indikation zu nennen wäre: "Einer wundgeriebenen Seele ausschließlich ein konfliktzentriertes Vorgehen anzubieten, kann auch quälend sein. Die Begegnung mit dem Reservoir innerer Schönheit und schöpferischer Kraft dagegen kann sich auf die Persönlichkeit stärkend und stabilisierend auswirken, und oftmals ist der Mensch auf dieser Basis dann irgendwann zu einer Begegnung

*Persönlichkeitsstärkung
ästhetische Erfahrungen*

¹ (wie Persönlichkeitsstörungen, Depressionen, Psychosen, Anm. d. Verf.)

mit den dunklen Seiten seines Wesens bereit" (Timmermann 1994, 123). Hier geht es also darum, Vorarbeiten zu leisten, Dispositionen zu schaffen, um zu einem späteren Zeitpunkt an den - im engeren Sinne therapeutischen - Zielen zu arbeiten. Dabei sollte man sich darüber im Klaren sein, dass diese "Vorarbeiten" unter Umständen das Wichtigste am ganzen Prozess sind, da ohne sie erst gar keine zielorientierte Therapie erfolgen kann.

Indikation Musiktherapie Durch das konkrete Erleben von Musik und der eigenen Rolle in einer Gruppe musizierender Menschen kann es auch ohne vorab geäußertes Interesse an Musik und Instrumenten zu (positiven) Wirkungen kommen. Interesse kann sich durch das Erleben noch entwickeln. Selbst bei anhaltender Interesselosigkeit dem Medium gegenüber², ist eine Bereitschaft zur Bearbeitung persönlicher Themen mit Hilfe der Musik entwickelbar.

Musiktherapie bei Therapieunwilligkeit Der nonverbale Charakter musikalischer Interaktion in der MT ermöglicht Erfahrungen, die therapeutisch wirksam sind, ohne dass der Betreffende dies merkt, oder es als solche bezeichnen würde. Dies ausdrücklich zu benennen kann vielleicht zu einem späteren Zeitpunkt, oder aber gar nicht erfolgen. Entscheidend sind die erzielten Entwicklungen.

Kontraindikation Im Rahmen des Tagesstätten-Settings³ würde ich Musiktherapie (MT) für kontraindiziert halten, wenn jemand akut psychotisch, oder suizidal ist. Sicherlich gibt es vorstellbare Settings, in denen auch in solchen Phasen MT möglich und sinnvoll ist (vgl. Kapteina 2006, 89f). Allerdings ist meines Erachtens ist eine ausreichend intensiv begleitende und schützende Betreuung in solchen Krisensituationen alleine durch die Tagesstätte nicht leistbar. Um einen derart krisenhaften Klienten nicht noch durch MT auf der Erlebnisebene mit seinen Traumata zu konfrontieren, würde ich in diesem Fall die MT in der Tagesstätte aussetzen.

Gratwanderung Rückfall / Veroder Bearbeitung Bei der Teilnehmerin, die den Untertitel "Ich komme meiner Seele nahe" geprägt hat, war dies manchmal eine Gratwanderung zwischen dem Eindruck, dass sie einerseits durch Musik/Musizieren sehr schnell an zutiefst traumatisierende Themen gelangte und zwar so intensiv, dass eine reflektierende Bearbeitung im gegebenen Rahmen kaum möglich war, dass aber andererseits diese Themen z.T. nicht „echt“ wirkten und eher Spielbälle einer extrem psychiatriee erfahrenen Frau (mit Missbrauchserfahrungen) zu sein schienen. Es galt hier also immer wieder aktuell die Frage nach der Indikation zu stellen und abzuwägen, überwiegen die Risiken, oder die Chancen und der Nutzen.

Ausschlusskriterien nach Yalom Ivin D. Yalom nennt hirnrorganische Schädigungen, Paranoia/ paranoide Züge, Hypochondrie, Drogen- oder Alkoholsucht, akute Psychose, Soziopathie/ Antisoziale Züge, Patienten in akuten Krisensituationen, schwer depressiv und suizidgefährdete Patienten, sowie Patienten, die nicht regelmäßig an der Gruppe teilnehmen als Ausschlusskriterien für ambulante, heterogene Therapiegruppen (1998).

nach Battegay Raymond Battegay nennt Ich-Schwäche (anderen gegenüber wehrlos sein, besonders bei Schizophrenen), monopolistische Tendenzen (zu geltungsstrebend, auf andere keine Rücksicht nehmend), oder eine hysterische Einstellung (Konflikte

² es geht ja auch nicht um die Musik an sich

³ nur teilstationäre ca. ½-tägige Begleitung vor Ort, Gruppensituation in der MT

werden in der Gruppe nur demonstrativ agiert, Appell an die anderen, aber keine Auseinandersetzung mit dem eigenen Leid) als Ausschlusskriterien (1974).

Im Zusammenhang mit meinem musiktherapeutischen Gruppenangebot für psychisch erkrankte Menschen erscheinen diese beschriebenen Ausschlusskriterien – bis auf die akute Psychose und Suizidgefährdung – jedoch nicht wirklich relevant, da man in der Tagesstätte von einer eher homogenen Gruppe ausgehen muss (alle haben psychische Erkrankungen mit genau solchen wie den hier genannten Symptomen). Auf die Besonderheiten dieser Gruppe muss natürlich geachtet werden.

Durch das Gruppensetting der Musiktherapie stellt sich mir jedoch die Frage, ob für jemanden, der Gruppen als stark belastend erlebt, MT in dieser Form geeignet ist. Hier bin ich für mich zu dem Schluss gekommen, dass die Tagesstätten-Besucher grundsätzlich zwar gruppenfähig sein müssen, aber nicht notwendigerweise in einer ausgesprochen therapeutischen und intimen Situation gut mit anderen TN klarkommen müssen. Dies bezieht sich sowohl auf das Einbringen eigener Themen, als auch auf den Umgang mit belastenden Themen anderer Gruppenteilnehmer. Es bleibt hier eine Einzelentscheidung und ist kein prinzipielles Ausschlusskriterium für Gruppen-Musiktherapie, wenn Teilnehmer eine derartige Belastung erleben. *Gruppensetting*

In meiner nun sechseinhalb Jahre andauernden Praxisphase hat sich folgendes Prozedere als sinnvoll erwiesen: Interessenten, oder von den Mitarbeitern geschickte Personen können zunächst probeweise an der laufenden Gruppe teilnehmen, mit der Option, sich für oder gegen eine regelmäßige Teilnahme zu entscheiden. Gleichzeitig halte ich mir die Entscheidung offen, ob ich die Teilnahme in der jeweiligen Konstellation für gut und sinnvoll erachte. Im Laufe der Zeit habe ich insgesamt drei Personen erlebt, bei denen ich MT für nicht indiziert hielt. *Probephasen*

Bei zwei anderen Personen wurde das MT-Angebot für zunächst drei Monate unterbrochen (aktuell). Eine Person war stark durch die Gruppe belastet und umgekehrt, die Gruppe auch durch sie. Sie erlebte heftige Emotionen, konnte sie in der Gruppe aber nicht äußern. Dadurch fühlten andere sich belastet, eine weitere Auseinandersetzung wurde von ihr jedoch blockiert. Eine andere Person musizierte zunächst hochmotiviert und tauschte sich auch darüber mit der Gruppe aus, jedoch in letzter Zeit (seit ca. 9 Monaten) fehlt sie häufig oder schläft während der Sitzung ein. Dies wurde thematisiert und sie war sehr erleichtert über meinen Vorschlag zu pausieren. *Pausieren*

Möglicherweise entsteht bei beiden durch die Pause neue Motivation, die eine sinnvolle Weiterarbeit ermöglicht.

Grundsätzlich wurden in der Musiktherapie bei allen Teilnehmern Ziele wie Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung, Aktivierung, kreative Gestaltung, Erfahrung von Kommunikation, Beziehung und Gemeinschaft, Steigerung der Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit, Übung von Abgrenzung und Selbstbehauptung, Selbststrukturierung und Integration angestrebt. *Allgemeine Zielsetzung*

Dabei geht es in erster Linie darum Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen sich die Teilnehmer motiviert fühlen, sich in irgendeine Richtung zu bewegen / zu entwickeln. Es geht weniger darum, dass ich als Therapeut auf bestimmte Ziele konkret hinarbeite, sondern - im Sinne einer ganzheitlichen Wahrnehmung und

Sichtweise des Menschen – dessen eigenen Prozess begleite und lediglich Reize, Themen etc. hierzu anbiete. Zu diesen Reizen gehören in der Gruppen-Musiktherapie logischerweise Musik und Musikinstrumente, aber natürlich auch die anderen Teilnehmer der Gruppe, der Raum, das Licht, die Atmosphäre etc. und ich – der Therapeut - selber.

Beziehungs-angebote Wenn ich durch den Einsatz verschiedener musiktherapeutischer Techniken wie Imitation, Kontrastierung, Spiegelung usw. auf musikalische Äußerungen der Teilnehmer reagiere, setze ich spezifische Reize ein, mit der Intention eine Reaktion hervorzurufen. Dadurch ergibt sich eine Spirale: durch jedes Klangereignis wird Musik gestaltet, gleichzeitig werden die Klangereignisse durch Beziehung bestimmt, womit – wie zum Thema Indikation bereits gesagt – Musik letztlich *durch Musik* Beziehung ist. Auch durch das Vorschlagen eines Themas biete ich Beziehung(en) *durch Themen* an: Beziehung der einzelnen Teilnehmer zu diesem Thema, Beziehung untereinander und Beziehung zwischen Teilnehmern mir. Das heißt letztendlich, was ich konkret zum Erreichen der o.g. Ziele anbiete ist “Beziehung”.

individuelle Zielsetzungen Das Beispiel von Frau X soll verdeutlichen, dass es auch ganz individuelle Zielsetzungen geben kann:

Frau X ist am 08.04.2003 erstmals probeweise zur MT gekommen. Sie ist zu diesem Zeitpunkt 43 Jahre alt, verheiratet und hat eine Tochter (13 Jahre). Sie wohnt in einem kleinen Ort, ist gelernte Hauswirtschafterin, hat aber eine 50%ige MdE⁴. Die Diagnose lautet „Residualsyndrom einer Psychose, Depressionen und Antriebslosigkeit“. Erstmals erkrankt ist sie 1990. 1999 und 2003 versuchte sie sich (jeweils mit Medikamenten) das Leben zu nehmen. In der Tagesstätte verhält sich Frau X eher hyperaktiv und ist extrem rebedürftig. Von Seiten der Mitarbeiterinnen wird die Gruppenfähigkeit teilweise in Frage gestellt und die Tagesstätten-Besucher sind stark von ihr genervt. Vor der ersten Teilnahme an der MT hatten andere Teilnehmer bereits große Bedenken geäußert, ob Frau X sich in diese Gruppe einfinden könne. Frau X wirkt häufig sehr unruhig und eskaliert verbal bei nahezu jeder Gelegenheit, wobei sie stark von Außenreizen in ihrer Themenwahl gesteuert wird. Bei einem Thema zu bleiben ist kaum länger als ein bis zwei Sätze lang möglich. Mit diesen Vorinformationen startete ich mit Frau X die „Schnuppersitzung“, in welcher sich folgendes zeigte:

Schnuppersitzung Häufiger Wechsel der Instrumente (Tamburine und große Trommel) mit vielen größeren Pausen, zumeist (schnelleres) Spiel außerhalb des „Gruppenrhythmus“, sehr laut im Vordergrund spielend, wobei ihr Spiel durchaus „suchend“ (nach dem Rhythmus der anderen) wirkt, in ruhiger Phase weiterhin laut, aber unsicher wirkend, in lauter Phase fest und sicher im gemeinsamen Rhythmus, experimentierfreudig in Bezug auf verschiedene Spielweisen (schlagen, kratzen, reiben, streichen) nachdem sie diese bei mir abgesehen hatte.

Eigenwahrnehmung Frau X In der Gesprächsrunde äußert sie, dass sie froh über ihre Klänge ist und nun erleichtert und entspannt sei. Sie ist an die Tanz-/Trommelgruppe der Tochter und an Tanzstunden mit ihrem Mann erinnert. In der ruhigen Phase fühlt sie sich „wie auf einer Sommerwiese“.

Reflexion der Schnuppersitzung Die Schnuppersitzung hat mir gezeigt, dass Frau X über das Musizieren in der Lage ist, sich zu entspannen und sich zeitweise in einen gemeinsamen Rhythmus einzufinden, Assoziationen hat und diese auch benennen kann, wahrnehmen kann, was andere tun und nicht ständig im Mittelpunkt stehen muss. Aber auch Probleme werden deutlich: Frau X ist in ihrem Erleben und Handeln stark auf sich fixiert. Dass sie immer nur kurzfristige gemeinsame Phasen zulässt und dann abbricht, veranlasst mich zu der Hypothese, dass sie Kontakte schlecht aushalten kann. Sie merkt nicht, wie sie auf andere wirkt, hat möglicherweise ein eingeschränktes Handlungsrepertoire in Bezug auf die Gestaltung von (musikalischen) Kontakten, hält an Vertrautem teilweise starr fest, ist aber durchaus lernfähig,

⁴ Minderung der Erwerbstätigkeit

wirkt streckenweise sehr getrieben, gerade so als wolle sie davonlaufen.

In der zweiten Sitzung werden die von den anderen geäußerten Bedenken thematisiert und vereinbart, dass Frau X vier Probesitzungen macht, da die Abwehr der Gruppe soweit geht, dass andere Teilnehmer die Gruppe verlassen wollen, falls Frau X fest dazu kommen würde. In dieser zweiten und der darauffolgenden Sitzung wirkt Frau X noch deutlicher als Fremdkörper in der Gruppe. Sie scheint außerdem große Schwierigkeiten zu haben, Tonhöhen (hoch und tief) sowie laut und leise zu unterscheiden. Es liegt möglicherweise eine Wahrnehmungs- oder aber Verarbeitungsstörung vor.

*weitere
Probesitzungen*

Im Mai 2003 geht Frau X nach einer heftigen Krise (sie will sich von ihrem Mann trennen) bis Mitte Juli in stationäre psychiatrische Behandlung. Daher ist praktisch ein Neubeginn in der MT ab September 2003 erforderlich.

Meine Zielsetzung in der Arbeit mit Frau X. ist zunächst, dass sie Erfahrungen macht, wie ihre Klänge und Interaktionen auf sie selber und andere wirken und umgekehrt, wie Klänge anderer auf sie wirken. Sie soll erfahren, dass sie damit Einfluss auf die Gruppe nehmen kann, dass andere aber auch sie beeinflussen. Kurz, sie soll einen Platz in der Gruppe finden, akzeptiert werden und andere akzeptieren. Dazu gehört natürlich auch das Loslösen von der völligen Ich-Zentrierung und das Wahrnehmen der Bedürfnisse anderer.

*erneute
Probesitzungen
ab September*

In der Folge sind immer wieder Verständigungsprobleme sowie Kontaktprobleme Thema. Ihre Freude am Ausprobieren der unterschiedlichen Instrumente setzt sich fort. In den besagten vier Probesitzungen findet Frau X zu sensiblerer Wahrnehmung der Instrumente (von anderen TN) und ist inzwischen in der Lage auch zeitweise langsamer und leiser zu spielen. Auffällig bleiben ihre vielen Pausen im Spiel (Erschöpfung). In Gesprächsrunden wirkt sie angepasst und ändert eigene Aussagen häufig ab, wenn andere abweichende Äußerungen machen.

*Anpassungsbe-
mühungen*

Das Ergebnis ist, dass sie weiterhin an der MT teilnimmt. Die anderen Gruppenteilnehmer haben sie akzeptiert. Sie vereinbaren mit ihr ein Handzeichen, mit welchem ihr gesagt wird "mach mal einen Punkt!"

Frau X scheint froh zu sein, dass sie in der Gruppe willkommen ist und reagiert bereits in der folgenden Sitzung viel schneller und eindeutiger auf Veränderungen der Musik durch entsprechende Instrumentenwechsel und Wechsel in der Spielweise. Dabei zeigt sie durchaus Mut und spielt zum Ende des Stückes hin den Gong auch lauter. Es geht in dieser Sitzung um das Thema der Schläfrigkeit einer anderen Teilnehmerin. Frau X ist anschließend in der Lage, konkrete Vorschläge für die betreffende Teilnehmerin zur Überwindung der Probleme und außerdem ein konkretes Hilfsangebot zu machen.

*Aufnahme
in die Gruppe*

In den nächsten Wochen wird Frau X immer sicherer in der Gruppe. Sie wird aktiv im Hinblick auf Themenvorschläge und Auswahl der Warm-up-Musik. Inzwischen gelangt sie auch an Themen, die mit ihren Gefühlen zu tun haben (z.B. Trauer und Wut, die sie seit der Aufgabe der Berufstätigkeit nicht mehr kennt). Im Zusammenhang mit einem Spiel, in dem es um familiäre Rollenverteilung geht, kommt bei Frau X das Thema Macht auf. Erst eine Woche später kann sie benennen, dass sie selbst der Vater war, Frau Y., mit der sie gekämpft hatte, sei das Kind gewesen und jemand anderes (viel ruhiger und besonnener) die Mutter. Sie habe "die ranghöchste übertrumpft". Bemerkt aber gleichzeitig, dass sie wohl etwas euphorisch sei. Musikalisch stellte sich das ähnlich lautstark, dominant, polternd, wie in den ersten Sitzungen dar.

Neue Ziele können in den Focus gerückt werden: Frau X soll vorsichtig Kontakt zu ihren Gefühlen bekommen und diese betrachten lernen. Vorsichtig deshalb, weil mir dies ein sehr sensibler Bereich zu sein scheint und Frau X derzeit heftig auf Gefühle reagiert. Der Kontakt zu ihren Gefühlen könnte für Frau X durchaus nicht nur Chance, sondern auch eine Gefahr sein; es wird Gründe geben, warum sie nur schwer an ihre Gefühle herankommt, bzw. warum dies mit solch heftigen Auswirkungen einher geht. So liegt es für mich nahe die Nähe zur Seele und zu

den Gefühlen bei ihr nur vorsichtig zu suchen. Wie sich später herausstellen sollte, wurde von den TS-Mitarbeiterinnen vermutet, dass es einen Missbrauch des Ehemanns an der gemeinsamen Tochter gibt. Dafür gibt es zahlreiche Anhaltspunkte. Auch in der Musiktherapie berichtet sie von Dingen, die eine solche Annahme unterstreichen. Bisher hat sie aber nie offen darüber gesprochen, vielleicht, weil dies für sie (noch) undenkbar und damit unaussprechlich ist und sie möglicherweise daran zerbrechen könnte. Ihre Familie ist ihr einziger Lebensinhalt. Sollte sie also mit der Offenlegung dieses Themas die Familie zerstören, so würde sie ihre eigene Existenz riskieren. Über die Stärke, dies durchzustehen, verfügt Frau X derzeit nicht; daher erträgt sie möglicherweise lieber diese aussichtslose Lage.

Ziele für die weitere MT mit Frau X Vor diesem Hintergrund geht es bei Frau X darum, eigene Grenzen zu erleben, zu erkennen, zu benennen, anzunehmen und schließlich darauf zu achten, dass diese Grenzen auch eingehalten werden, also ein gesunderes Nähe-Distanz-Verhältnis zu entwickeln. Bei einem Menschen mit ihrer Diagnose⁵ ist dies kein leicht zu erreichendes Ziel, da krankheitsbedingt Grenzen verschwimmen oder gar verschwinden. Umso wichtiger ist es, ihr geeignetes „Handwerkszeug“ verfügbar zu machen, mit welchem sie bei den ersten Anzeichen von „Grenzverletzung“ gegensteuern kann, bzw. welches Grenzverletzungen verhindert. Es geht darum Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit zu stärken.

Die erste Sitzung im neuen Jahr ist gleichzeitig die erste Sitzung in neuer Gruppe. Der Zustand von Frau X hat sich weiter verschlechtert, d.h. sie ist sehr angespannt, aufgeregt und wütend. In der Musiktherapie will sie sich entspannen, was ihr teilweise gelingt. Sie beschreibt das zurückliegende Jahr als extrem chaotisch und belastend und wünscht sich nun ein ruhiges Jahr 2004, welches nur „so gleichmäßig dahinfließt“. Sie ist mit der Tochter überfordert und bemerkt bei sich selbst Frühwarnsymptome (nicht Essen können, Magenkrämpfe, Übelkeit). Die Probesitzungen in der Musiktherapie habe sie ganz furchtbar gefunden und nach der vierten Sitzung gedacht, jetzt sei alles vorbei.

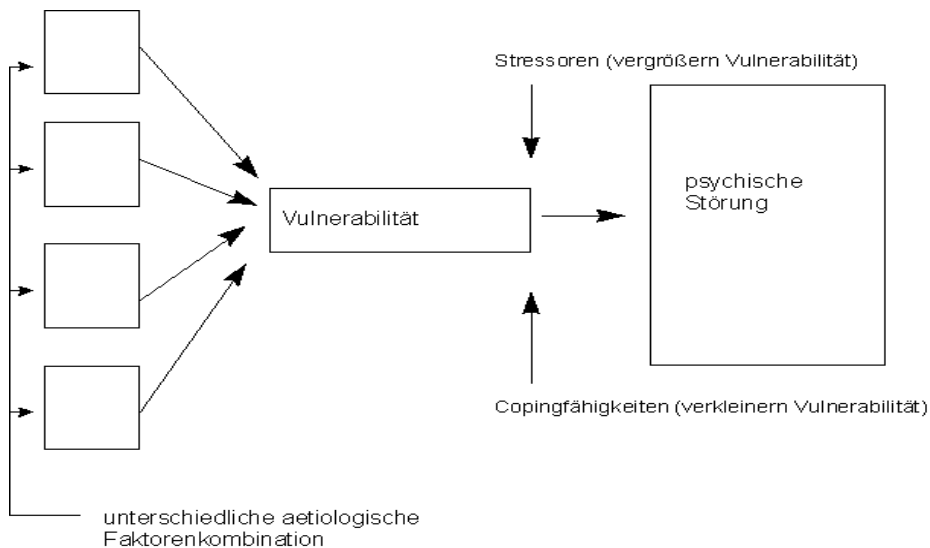
Frau X hat auf diese Symptome reagiert und ist am nächsten Tag erneut für einen Monat in die Klinik gegangen. Es ist nicht zu einem weiteren Suizidversuch gekommen. Erst heftige Gefühle haben sie zu dieser Entscheidung gebracht. Ein Reagieren in der gewohnten Umgebung ist für sie aber bereits nicht mehr möglich, sie hat zu spät Kontakt zu ihren heftigen Gefühlen bekommen und konnte daher nicht mehr angemessen reagieren, sondern ist in die akute Krankheit gegangen.

Vulnerabilitäts-Stress-Modell

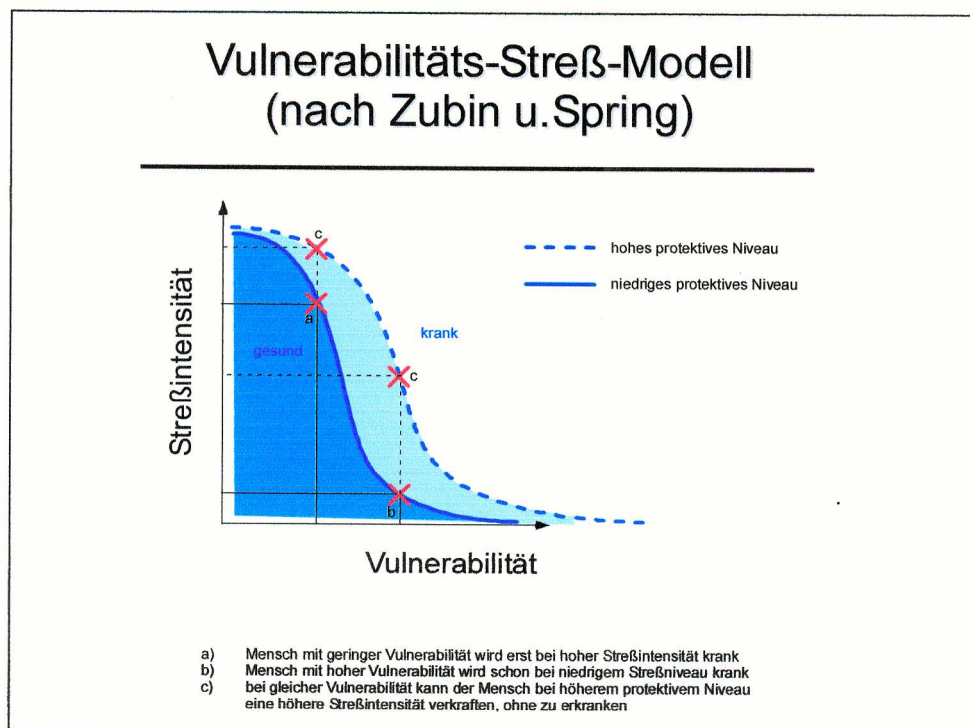
Diathese-Stress-Modell

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (auch Diathese-Stress-Modell) besagt, dass Menschen mit Einschränkungen im biologischen, psychischen und/oder sozialen Bereich Limitierungen erleiden, die das Risiko für sie erhöhen, bei akuten Belastungen psychisch zu erkranken (Roder et al., 1991; Steiger, 1994; Theunissen & Stichling, 1997).

⁵ Residualsyndrom einer Psychose, Depressionen und Antriebslosigkeit



Schmidt (1994) beschreibt zwei verschiedene Formen der Vulnerabilität⁶, die genetisch determinierte und die erworbene Form. Seiner Ansicht nach kann die Vulnerabilität allein schon ausreichen, um eine psychische Störung auszulösen. Kommen zusätzlich noch akute oder chronische Stressfaktoren hinzu, wird das Erkrankungsrisiko erhöht. Gegen die Stressoren können Copingfähigkeiten⁷ des Individuums wirken.



⁶ also Verletzlichkeit, von lat. vulnus = Wunde

⁷ Coping = Bewältigung

Betrachten wir unter diesen Gesichtspunkten noch einmal den geschilderten Fall, so muss man zumindest annehmen, dass sowohl die neue Situation in der Tagesstätte, als auch in der MT (wo es ja noch eine "Probezeit" gab), sowie die schwierige Phase mit der Tochter und die vermutete Missbrauchsthematik akute und chronische Stressoren für Frau X darstellen. An Copingstrategien hat sie bisher nur überspielende, ablenkende Mittel zur Verfügung, die zu diesem Zeitpunkt jedoch nicht geeignet waren, die Folgen der massive Überforderung weiter hinauszuzögern, so dass sie erneut akut erkrankte. Das vorhin genannte "Handwerkszeug gegen Grenzverletzungen" wäre ein Mittel, ihre Copingfähigkeit zu erhöhen und damit das Risiko weiterer akuter Erkrankungen zu senken.

*Veränderungen
hinsichtlich der
Kontaktfähigkeit*

Nach dem Klinikaufenthalt lernt Frau X in der Musiktherapie ihre Wünsche zunehmend besser zu äußern (ich möchte etwas Freies spielen und dazu eine Trommel nehmen) und auch mit Enttäuschungen offener umzugehen (eine TN will etwas Ruhiges spielen, Frau X daraufhin "Dann kann ich ja gar keine Trommel spielen"). Bedürfnisse anderer TN kann sie akzeptieren, so dass ein Kompromiss gefunden werden kann (man könnte z.B. auch "ruhig" Trommeln). Dies wurde in der Musik auch von ihr umgesetzt. Sie spielt zurückhaltend, vorsichtig, nicht in den Vordergrund drängend, hat Kontakt zu allen Mitspielerinnen und bleibt gut und gleich bleibend im Takt. Sie reflektiert, dass sie die Kontakte gesucht, gefunden und gespürt hat und sich dabei wohl fühlte. Sie wirkt dabei ruhig und ausgeglichen. Eine Erfahrung, die ihr ermöglicht eigene und andere Bedürfnisse miteinander zu vereinbaren und dies sogar zu benennen.

Die darauf folgende Sitzung zeigt, wie wenig stabil der Bereich der Kontakte war, denn hier gelingt es ihr nicht mit anderen in Kontakt zu kommen. Sie hat wahrgenommen, dass eine andere TN das Tempo angibt, obwohl diese im Hintergrund ist. Sie kann also erleben, dass auch leise Klänge Wirkung haben. Diese Sensibilität ist in den vorangegangenen Wochen ebenfalls gewachsen, wenn auch (noch) ohne Konstanz. Sie hat in dieser Sitzung das Gefühl "nicht durchgekommen zu sein" (obwohl sie sehr laut ist und das Stück dominiert), dabei geht es um einen Machtkampf zwischen einer anderen TN und ihr. Von den anderen habe sie nicht so viel mitbekommen, fühlt sich aber trotzdem wohl.

*Reflexion im
Evaluations-FB 1*

Nach ca. einem Jahr gibt sie in einem Fragebogen zur Evaluation an, dass sie "ihren Gefühlen freien Lauf lässt" wenn sie Musik macht und dadurch glücklicher wird. An der Musiktherapie schätzt sie die Gemeinschaft und kommt seit der Teilnahme "besser mit ihren Mitpatienten zurecht". Dies hält sie für eine wesentliche Veränderung und stellt auch einen Zusammenhang her, zwischen MT und dem Gefühl, dass sie "freier mit ihrer Familie reden kann".

*Gemeinschaft mit
Mitpatienten*

Mobilisierung

Sie erfährt in der Folgezeit, wie Musik sie mobilisieren kann wenn sie müde ist, oder dass Kopfschmerzen nach der Musik auf einmal weg sind. Sie bemerkt auch Rollen/Eigenschaften einzelner TN in der Gruppe (z.B. wenn sie fehlen; "die Frau Y hätte da jetzt noch mehr Schwung rein gebracht"). Sie bemerkt, dass ich aus der Mandoline viel mehr Töne herausbekommen habe als sie selber. Sie hat bisher nur ungegriffene Saiten gespielt, obwohl sie bereits öfter gesehen hat, dass ich auch auf dem Griffbrett greife. Dies habe ich ihr erklärt.

*Erweiterung des
Spektrums*

Weitere Themen waren der plötzliche Tod der Mutter, Nähe und Distanz innerhalb und außerhalb der Gruppe, sowie immer wieder Einklang, Harmonie, Rücksichtnahme, Weglaufen/Vorauslaufen, sich Auspowern und dadurch zur Ruhe/Entspannung kommen, sich durchsetzen. Eigene Gefühle wahrzunehmen bleibt schwierig, vor allem negative Gefühle.

In einer zweiten Befragung 2007 ergab der Fragebogen viele Übereinstimmungen zum FB 2004: Sie gibt an, sich während der MT entspannen zu können, im Laufe der Zeit positiver geworden zu sein und lieber in die Tagesstätte zu kommen. Dies sieht sie im Zusammenhang mit Musiktherapie als wesentliche Veränderung. Im Unterschied zu 2004 nennt sie jetzt jedoch auch Instrumente (Gong und Akkordeon) die sie nicht mag (zu laut!) und dass ihr "die langen Gespräche" nicht gefallen. Außerdem macht sie einen Änderungsvorschlag. Sie äußert den Wunsch "öfter zum Abschluss noch Musik [zu] hören".

*Reflexion im
Evaluations-FB 2
Veränderungs-
impulse durch
MT*

Seit Anfang 2004 gab es keine weiteren Klinikaufenthalte, was für eine gewisse Stabilisierung spricht. Vor allem im Laufe der letzten 1,5 Jahre sind Mandoline

Mandoline



und Röhrenglockenspiel deutlich die meistgewählten Instrumente, obwohl sie zwischendurch auch immer mal andere Instrumente wählt. Hier scheint ein solches Vertrauen zu diesen Instrumenten gewachsen zu sein (sie hat ihre Spieltechnik darauf gefunden), dass sie eine Sicherheit und damit eine Basis bieten, von der aus sie sich auch weiterhin an Neues heranwagen kann, ohne sich in Gefahr zu bringen.



*Röhren-
glockenspiel*

Vor allem aber ist sie mit diesen Instrumenten zumeist in der Lage das Geschehen in der Gruppe zu kontrollieren. Sie hat Macht! - Macht, andere zu übertönen, oder aber auch Freiräume für andere zu lassen. Eine Erfahrung, die sie aus ihrem sonstigen Leben nicht kennt. Dort ist sie die Unterlegene, die Unterdrückte, die Schwache, die Kranke ...

*Selbstwirk-
samkeit*

Im Erleben, wie mit dieser Macht umgegangen werden kann, hat sie die Chance, weitere Entwicklungen zu machen. Diese könnten z.B. weitere Sensibilisierung der Selbst- und Fremdwahrnehmung sein (wie erlebt sie sich als Mächtiger / Ohnmächtiger, wie wird sie von anderen als Mächtiger / Ohnmächtiger erlebt, wie erlebt sie andere als Mächtige / Ohnmächtige, oder auch erst einmal: Was macht sie mächtig / ohnmächtig und: Wie geht es ihr damit), aber auch das spielerische Üben von Verhalten in Machtsituationen, welches ein größeres Handlungsrepertoire entwickeln kann und somit mehr Sicherheit, mehr Selbstbewusstsein vermittelt.

Ein Beispiel aus einer der letzten Sitzungen macht deutlich, dass hier weiterhin jeweils nur kleine Schritte gegangen werden können:

Bei einem Dirigentenspiel will Frau X nicht dirigieren und außerdem nur Mandoline spielen. In der darauf folgenden Woche wollen einige Teilnehmer das Spiel mit leicht veränderten Regeln wiederholen. Frau X will weiterhin nicht dirigieren, ist aber bereit, sich von den Dirigenten die jeweiligen Instrumente zuteilen zu lassen (wie die anderen TN auch), mit der Einschränkung "keine Flöten" (da bekomme sie keinen Ton heraus).

Dirigentenspiel

Das Verhalten zum Dirigentenspiel führt bei mir zu folgendem Schluss:

Sie möchte gerne Macht / Kontrolle / Sicherheit (durch die Mandoline kann sie sich andere vom Leib / auf Distanz halten), möchte aber keine Verantwortung tragen (nicht dirigieren, andere führen, lenken, gestalten und sich nicht der Kritik aussetzen). Sie wählt im Zweifelsfalle die Rolle der Ohnmächtigen (selber nur Mitspielerin zu sein, die sich in der Spielweise nach dem Dirigent zu richten hat,

beim zweiten Mal sogar auch in der Instrumentenwahl; sie wurde so immer mehr zum "Werkzeug" des Dirigenten, behielt sich jedoch eines vor: "keine Flöten"! Also das scheinbar "größte Unheil" wendet sie ab, wenn auch mit wenig Nachdruck.

Flöte als Symbol Die Instrumente der Musiktherapie sind Übergangsobjekte denen häufig auch Symbolfunktion zukommt. Es liegt nahe, die Flöte auf ihren Symbolgehalt hin zu betrachten. Verstehen wir die Flöte im vorliegenden Fall als Phallussymbol, scheint es naheliegend, dass Frau X, bei der eine Missbrauchsthematik zu vermuten ist, sich davor schützen möchte. Dies tut sie jedoch nur sehr zurückhaltend. Sie weiß offensichtlich - bewusst oder unbewusst - dass ihr etwas schadet (hierfür steht die Flöte). Sie versucht vorsichtig zu Verhandeln, um Schaden abzuwenden (alles, aber bitte keine Flöte). Es sind bereits einige entscheidende Dinge von ihr bemerkt und geäußert worden, andere befinden sich noch nicht im bewussten Bereich. Vieles gilt es zu fördern, zu üben und zu stabilisieren. Ich finde hierin neue Ansätze für die weitere Arbeit.

Gruppensetting Während der Praxisphase habe ich in unterschiedlichen Gruppen-Settings wie Singgruppe, offene und geschlossene Improvisationsgruppen gearbeitet.

Anhand eines 4-Phasen-Modells⁸ - werde ich schildern, wie sich Gruppen im Laufe der Zeit verändert haben und die verschiedenen Abschnitte darstellen.

4-Phasen-Modell Das 4-Phasen-Modell unterscheidet eine Initial-, eine Aktions-, eine Integrations- und eine Neuorientierungsphase. In anderen Modellen gibt es analog Unterscheidungen, wie "forming, storming, norming, performing"⁹, oder "Erleben, Erkennen, Üben, Wandeln"¹⁰, oder in Bezug auf die einzelne MT-Sitzung "Themenfindung, musikalische Bearbeitung, Einzelarbeit und verbale Aufarbeitung"¹¹).

Initialphase Die Initialphase ist gekennzeichnet durch das Kennen lernen, den Vertrauensaufbau, Anamnese und Diagnose.

Aktionsphase Die Aktionsphase ermöglicht ein musikalisches Wiedererleben lebensgeschichtlicher und aktueller Ereignisse.

Integrationsphase Die Integrationsphase dient der Reflexion der Aktionsphase und dem Transfer, welche Relevanz für die eigene Person besteht.

Neuorientierung In der Phase der Neuorientierung führt der geleistete Transfer zu neuen Konsequenzen, die hier entwickelt und erprobt werden können.

Initialphase Anfangs gab es große Unsicherheit oder Ängste der Teilnehmer in Bezug auf andere Teilnehmer, mich als Therapeuten und die Musikinstrumente. Die TN fürchteten, etwas falsch zu machen, da sie die Instrumente nach ihrem Verständnis ja nicht spielen konnten. Erfahrung mit Musiktherapie hatte zu diesem Zeitpunkt niemand. Außerdem konnten sich viele nicht gut vorstellen, wie ein Instrument klingen würde, bzw. wie sie es im Zusammenspiel mit anderen einsetzen könnten. Jeder war vor allem mit sich selbst und der Frage beschäftigt, "wie kann ich die Instrumente richtig zum Klingen bringen".

Ausprobieren der Instrumente, Staunen über deren Klänge und die eigenen Fähigkeiten, "Austoben" und musikalisches Chaos waren die vorrangigen Kennzeichen.

⁸ in Anlehnung an das "tetradische Modell" n. Hilarion Petzold

⁹ Leif Braaten (1974/75)

¹⁰ Timmermann (1994)

¹¹ Kapteina/Hörtreiter 1993, 110ff

Diese Phase dauerte im Schnitt drei Monate, wobei die einzelnen Teilnehmer unterschiedliche Zeiträume benötigten. In dieser Zeit kristallisierten sich unterschiedliche Interessen bei den Teilnehmern heraus, einige wollten lieber singen, andere lieber instrumental improvisieren. So kam es zu zwei Gruppen mit völlig unterschiedlichen Zielsetzungen. Die Singgruppe¹² war tatsächlich ausschließlich am Singen interessiert, die Teilnehmer der Improvisationsgruppe hingegen waren anspruchsvoller orientiert und durchaus an Musiktherapie interessiert.

In der Improvisationsgruppe war nun ein differenzierteres Spielen der Instrumente, gezielterer Einsatz von Klängen, Pausen, Dynamik, Tempo usw. festzustellen. Die Teilnehmer nahmen einander mehr wahr und reagierten aufeinander. Es entstand musikalischer Kontakt und Kommunikation. Häufig ging es um das musikalische Ausdrücken aktueller Gefühle, um Spannungsabbau und das Erreichen von größtmöglicher Harmonie. *Aktionsphase*

Nach zwei bis drei Monaten spielten die Ängste sich zu zeigen, oder “falsch zu spielen” kaum noch eine Rolle. In den Gesprächsphasen konnten zunehmend auch Verbindungen zwischen der Musik und den außermusikalischen, eigenen Lebensbezügen hergestellt werden, wo bisher zumeist nur die Musik beschrieben und Gefühle benannt wurden. Fragestellungen wie “In welcher Beziehung stehen wir zueinander”, “Welche Rolle spielen einzelne Teilnehmer in der Gruppe”, “Wer hat das erst/letzte Wort”, “Was sind meine Bedürfnisse, wie kann ich sie vertreten und befriedigen” standen oft im Mittelpunkt. *Integration*

Innerhalb der Gruppe wuchs die Bereitschaft und die Fähigkeit, individuelle Themen einzelner Teilnehmer wahrzunehmen und zu bearbeiten. Beispielsweise wurde der unterschiedliche Umgang mit Wut oder Angst evident. Im anschließenden Gespräch hatte jeder die Möglichkeit seinen Umgang mit diesen Gefühlen zu reflektieren. Es entwickelte sich die Transferfähigkeit in die eigene Lebensgeschichte, so dass jeder Teilnehmer auch von Themen der anderen profitierte. Auch wurden Synergieeffekte spürbar, da zum Teil ähnliche Erfahrungen gemacht wurden, die sich in der Reflexion ergänzten und so zu weiterer Exploration beitrugen.

Nahezu gleichzeitig wurde auch vermehrt der Blick nach vorne, in die Zukunft gerichtet. Veränderungswünsche und -möglichkeiten wurden thematisiert. Die Teilnehmer schilderten untereinander, welche Lösungsmöglichkeiten sie sehen, oder selbst erfahren haben. Ansätze wurden überprüft, verworfen, aufgegriffen, musikalisch ausprobiert, erneut bewertet, oder auch nur in Erwägung gezogen, um sie reifen zu lassen. Die Gruppe war nach insgesamt ca. 8 Monaten an diesem Punkt angekommen, wobei einige Teilnehmer mehrfach, andere hingegen gar nicht an neuen Handlungsmöglichkeiten arbeiteten. Der Kern dieser Gruppe (bestehend aus 3 TN) blieb mit wechselnden zusätzlichen TN fast 2,5 Jahre zusammen. *Neuorientierung*

Die Integration neuer Teilnehmer war – bis auf den bereits geschilderten Einzelfall – problemlos. Da sich die TN in der Regel bereits einige Zeit aus der Tagesstätte kannten, ging es für neue TN in erster Linie zunächst um das Kennen lernen der Instrumente und den Vertrauensaufbau zu mir (Initialphase). Die neuen TN mussten also die beschriebenen Entwicklungsschritte durchlaufen, nicht aber erneut die ganze Gruppe. *Integration neuer Teilnehmer*

¹² ausdrücklich ohne therapeutischen Ansprüche; sie wird daher hier auch nicht weiter behandelt

Durchlässigkeit des 4-Phasen-Modells Die Gruppe befindet sich nie als Ganzes an einer bestimmten Stelle eines Phasenmodells. Eine Standortbestimmung der Gruppe ist immer im Zusammenhang mit den Entwicklungsphasen der einzelnen TN zu sehen. Auch folgen die genannten Gruppenphasen nicht starr aufeinander; Phasen gehen ineinander über, Phasen werden übersprungen oder wiederholt; Ein ständiges In-Bewegung-Sein der Gruppe und des einzelnen Gruppenmitgliedes.

Mikroebene Das beschriebene Vier-Phasen-Modell bezieht sich nicht nur auf den Gesamtprozess; auf der Mikroebene gilt es bereits für die einzelne Sitzung. Hier stellen das Warm-up (eine Musik von CD, ein musikalisches Spiel, etc.) und die anfängliche Befindlichkeitsrunde einschließlich Themenklärung die Initialphase dar. Das Aussuchen der Instrumente und das gemeinsame Musizieren gehören zur Aktionsphase, auf die, mit der verbalen Reflexion der Musik, die Integrationsphase folgt. Im Idealfall können in der Neuorientierungsphase konkrete Vorsätze entwickelt werden, die dann vielleicht in einer weiteren Aktionsphase erprobt werden.

Vergleich Gruppensetting- Einzelsetting Bei Vergleichen zwischen Einzel- und Gruppenpsychotherapie finden sich keine Effektivitätsunterschiede. Dies gilt für ambulante und stationäre Kurz- und Langzeittherapie. Gruppentherapie ist wesentlich kosteneffizienter, da kürzer und preisgünstiger bei gleichem Effekt.

Die Effektivität kann durch die richtige Indikationsstellung, die Berücksichtigung phasenspezifischer Prozesse und adäquates Leiterverhalten erhöht werden.

Es gibt spezifische Wirkfaktoren, die nur in Gruppentherapien zu realisieren sind (vgl. Volker Tschuschke 2001/2, 3-15).

Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie Als Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie nennt Yalom (1996): Hoffnung einflößen, Universalität des Leidens, Mitteilung von Informationen, Altruismus, Korrigierende Rekapitulation der primären Familiengruppe, Entwicklung von Techniken des mitmenschlichen Umgangs, Nachahmendes Verhalten, Interpersonales Lernen, Kohäsion, Katharsis, existentielle Faktoren.

Am Beispiel von Frau X zeigt sich, wie Teilnehmer einer MT-Gruppe diese Wirkfaktoren nutzen können.

Frau X kommt in eine fast ein Jahr unverändert bestehende Gruppe, die ihr gegenüber eher skeptisch eingestellt ist. Bereits in der ersten Sitzung nimmt sie wahr, wie andere Teilnehmer und ich Musikinstrumente zum Klingen bringen und einsetzen. Sie bekommt also Informationen (nonverbal) über Möglichkeiten der Klangerzeugung, über Umgangsformen und Rollen in der Gruppe. Sie nutzt sofort nachahmendes Verhalten und entwickelt die kopierten Verhaltensweisen (Spielweisen, Rhythmen) eigenständig weiter. Damit zeigte sie Kontaktfähigkeit, Anpassungsbereitschaft aber auch Eigenständigkeit. Außerdem erfährt sie Entspannung, wodurch ihre Hoffnung auf Hilfe durch die Musiktherapie-Gruppe gesteigert wird.

Gruppe als Modell Im weiteren Verlauf erlebte Frau X immer wieder, wie andere Teilnehmer heftige Gefühle von Wut, Trauer, Angst bearbeiteten. Sie selber tendierte dazu, ihre Lebenssituation positiv und harmonisch darzustellen und keinerlei negative Gefühle zuzulassen. Sie wendete sich anderen Teilnehmern zu und stellte ihre Beratungskompetenzen zur Verfügung, wobei sie nicht nur altruistisch handelte, sondern indirekt selber im Sinne von interpersonalem Lernen profitierte. Zunehmend erlebte sie, dass sie mit ihren Problemen, Sorgen und Gefühlen nicht allein war. Sie teilte ihr Leid mit anderen.

Die für Frau X so schwierige Probephase mit dem abschließenden Gruppengespräch vermittelte ihr das Gefühl, dass sie in der Gruppe angenommen wird (sie sollte weiterhin teilnehmen), wobei gleichzeitig deutlich wurde, dass nicht alles an ihr positiv bewertet wird, dass aber die Gruppenmitglieder bereit sind, ihr zu helfen, diese Dinge zu bearbeiten.

In Zeiten größerer Verletzlichkeit tritt emotional Belastendes stärker in den Blickpunkt. So erlebte Frau X einen Monat vor Klinikaufenthalt, dass zwei Teilnehmer miteinander flüsterten. Dies erinnerte sie sofort an die Zeit, als sie sich an ihrer früheren Arbeitsstelle gemobbt fühlte. Sie hatte aktuell wieder das Gefühl, dass hinter ihrem Rücken über sie gesprochen wurde. Sie gelangte durch diese Begebenheit in der Gruppe an ein für sie lebensgeschichtlich bedeutsames Thema, welches damals auch krankheitsauslösend war. Ohne die Gruppensituation wäre es möglicherweise nicht zur Begegnung mit dieser Thematik gekommen. Frau X wollte zum damaligen Zeitpunkt nicht tiefer in dieses Thema einsteigen, hat es aber als ein für sie bedeutendes zur Kenntnis genommen und den TN der Gruppe ihre Sensibilität diesbezüglich deutlich gemacht.

In der gleichen Sitzung ging sie als nächstes in einen musikalischen Machtkampf mit einer anderen Teilnehmerin, was ihrem Verhaltensmuster im Zusammenhang mit potentiell brisanten Themen entsprach (sich entweder ganz zurückziehen, oder mit aller Kraft durchsetzen). Sie verschaffte sich darüber Entspannung, nutzte also Gruppe hier auch zur Katharsis.

In dem bereits erwähnten Fragebogen benannte sie die Gemeinschaftlichkeit, dass sie besser mit ihren Mitpatienten zurecht kommt seit sie an der MT teilnimmt und dass sie mit ihrer Familie freier reden kann als positive Effekte der Musiktherapie. Dies sind alles Gruppensituationen. Gruppensituationen waren es auch, in denen sie dies thematisierte und bearbeitete. Das heißt nicht, dass Gruppensituationen nur für Gruppensituationen vorbereiten, aber es ist doch auffällig, dass gerade diese Aspekte von ihr genannt wurden, andere aber nicht. Natürlich gehört zum freieren Reden in der Familie eine größere Selbstsicherheit dazu und zum besseren Zurechtkommen mit den Mitpatienten ein einfühlsamerer Umgang usw., doch entscheidend für das Gemeinschaftsgefühl ist die erlebte Gruppe.

Zur Dokumentation benutze ich einen Basisbogen, in welchem ich zu Beginn (in den ersten Wochen) der MT die wichtigsten Personendaten erfasse. Diese trage ich in der Regel aus Informationen der Tagesstätte und der betreffenden Person zusammen, um nicht gleich in die Rolle des nächsten "Datenerhebers" zu rutschen und so bei Teilnehmern unnötige Abwehrreaktionen hervorzurufen.

Dokumentation

Zur laufenden Dokumentation nutze ich in einem Dokumentationsbogen in Anlehnung an ein Modell von Karl Heinz Wortmann. Außerdem habe ich fast alle Sitzungen auf Minidisc (anfangs noch auf Kassette) aufgenommen und als MP3 gespeichert.

Dokumentationsbogen

Letzteres finde ich vor allem für die aktuelle Situation und die kurzfristige Planung sehr hilfreich, da ich beim archivieren dieser Aufnahmen als MP3 jede Sitzung nochmals anhöre und so auch gelegentlich Dinge entdecke, die mir während der Sitzung entgangen sind. So ist es möglich, in späteren Sitzungen besonders auf evtl. Wiederholungen solcher Dinge zu achten bzw. diese einzuleiten, wenn es dem Prozess dienlich zu sein scheint.

Audio-dokumentation

Die schriftliche Dokumentation bietet mir vor allem einen Überblick über den längerfristigen Verlauf und die Entwicklung.

Evaluation – Befragung (I) 2004

Im Herbst 2004 haben 7 Teilnehmer der Musiktherapie einen Fragebogen ausgefüllt, in welchem nach dem individuellem Umgang mit Musik, der erlebten Wirkung und den Erfahrungen in der MT gefragt wurde. Die TN konnten im Durchschnitt auf 25 Monate MT-Teilnahme zurückblicken (zwischen 39 und 10,5 Monaten) bei einer Anzahl von durchschnittlich 53 Sitzungen (23 bis 110 erlebten Sitzungen).

*Evaluation:
Fragebogen
2004**

** Fragebogen
siehe Anhang*

<i>Bedeutung von Musik, Musikhören, Entspannung</i>	Die Auswertung ergab, dass für 5 von 7 Personen Musik eine wichtige bis sehr wichtige Rolle im Leben spielt, dass Musikhören die Stimmung verbessert und Entspannung schafft. Musik wird von diesen Personen auch gezielt dazu eingesetzt.
<i>Kontakt zu Gefühlen</i>	Beim selber Musizieren ist der enge Kontakt zu den Gefühlen der meist genannte Aspekt. („Ich komme meiner Seele nahe“)
<i>Lieblingsinstrumente</i>	Außer einer Person nennen alle ein bis zwei Lieblingsinstrumente in der MT. 3 von 7 Personen gefällt vor allem die Gemeinschaft / das Miteinander in der MT.
<i>Gemeinschaft</i>	In der MT verändert sich die Spannung (hin zur Entspannung), das subjektive Wohlbefinden steigt, der Kontakt zu den eigenen Gefühlen wird intensiver.
<i>wahrgenommene Veränderungen</i>	In der Zeit seitdem TS-Besucher an der MT teilgenommen haben, meinen 5 von 7 Befragten wesentliche Veränderungen bei sich bemerkt zu haben (2x keine Angabe). Genannt wird hier „ich fühle mich wohler/freier“, „ich komme besser mit meinen Mitpatienten zurecht“, „ich kann Wut rauslassen“. Die Veränderungen werden 4x als sehr positiv, 3x als positiv bewertet. Alle sehen einen Zusammenhang zwischen MT und Veränderungen im sonstigen Leben, die sich vor allem auf Selbstbewusstsein / Sicherheit beziehen (4 von 7).
<i>Selbstbewusstsein/ Selbstsicherheit</i>	

Befragung (2) 2007

<i>Fragebogen 2007</i>	Von den ausgeteilten 8 Fragebögen 2007 sind leider nur 5 zurückgekommen. Jetzt hatten die Teilnehmer durchschnittlich 36,7 Monate MT-Erfahrung (von 2,5 bis 75 Monaten) bei 69 Sitzungen (von 7 bis 148).
<i>Der Musik beigemessene Bedeutung</i>	Auch hier spielt die Musik bei allen eine wichtige bis sehr wichtige Rolle im Leben. Sie wird am liebsten als Schlager, Pop, Volksmusik, Klassik und Entspannungsmusik den ganzen Tag über gehört. Es gibt individuelle Abneigungen, wobei laute, grelle Musik, Hip Hop und Techno mehrfach genannt sind. Alle setzen Musik gezielt zur Stimmungsänderung ein, um vor allem Entspannung zu erreichen.
<i>Entspannung/ Stimmungsänderung</i>	Auch mit Kochen + Essen, Lesen und Malen werden ähnliche Effekte erreicht. Bei den Instrumenten wird der Gong von 2 Personen wegen zu großer Lautstärke abgelehnt, einmal Blasinstrumente wegen Speichelfluss.
<i>Abgelehnte Instrumente</i>	

Das Musizieren wird viermal als das Element genannt, welches an der MT gefällt (Gespräche 1x, die Eingangsmusik 1x und die nette Unterhaltung 1x). Die langen Gespräche werden zweimal genannt als Elemente, die nicht gefallen. Zweimal gab es auch den Vorschlag, mehr Musik zu hören.

Parallelen und Unterschiede bei Teilnehmern die 2004 und 2007 befragt wurden:

<i>Entwicklungen 2004 bis 2007</i>	Drei TN wurden 2004 und 2007 befragt. Bei einer Teilnehmerin gab es fast keine Unterschiede in der Auswertung. Eine Teilnehmerin gibt jetzt an, am liebsten klassische Musik zu hören, 2004 waren es noch Schlager. Sie mag die Gespräche nicht und möchte lieber mehr Musik hören. 2004 konnte sie sich nicht vorstellen, mit anderen Therapieformen als MT erfolgreicher zu sein, 2007 ist das für sie vorstellbar mit Handarbeiten und Blumen(-therapie). Ich nehme an, dass sie damit Beschäftigungstherapie-Angebote meint. Ansonsten keine inhaltlichen Änderungen. Bei Frau X gibt es auch kaum inhaltliche Änderungen. Sie macht in der 2007er Befragung nur an drei Stellen keine Angaben, 2004 waren es noch sieben unbeantwortete Fragen. Jetzt macht sie auch Angaben zu Dingen, die sie nicht mag
------------------------------------	---

(den großen Gong, lange Gespräche) und teilt Änderungswünsche mit. Sie nennt aktuell Maltherapie als weitere bekannte Therapieform (2004: Gespräche führen), sieht jedoch für sich weiterhin keine besseren Therapiemöglichkeiten als mit MT.

Die Ergebnisse dieser Befragungen führen zu weiteren Fragen:

Sind die Antworten der Teilnehmer nur „Gefälligkeitsantworten für den Therapeuten“ / Welche Relevanz haben die Ergebnisse?

Sind die Gesprächsphasen zu lang?

Was soll mit weniger Gespräch und mehr Musikhören erreicht, bzw. vermieden werden?

Sind nach langfristiger Musiktherapie-Teilnahme noch Therapieziele über das Erreichen von Entspannung / Stimmungsverbesserung hinaus möglich?

Ist Frau X offener und kommunikationsbereiter geworden? - Wenigstens in schriftlicher Form, wo es außer mir keiner erfährt und sie keine direkte Reaktion zu erwarten hat (dass sie lange Gespräche nicht mag hat sie nie gesagt).

So könnte man sicher noch viele weitere Fragen stellen.

Reflexion der Befragungsergebnisse

Meine Konsequenz aus diesen Erhebungen ist, die benannten Themen (wie „den Gong mag ich nicht“, „die Gespräche sind zu lang“, „ich möchte mehr Musik hören“ usw.) in geeigneter Form in die Gruppe zurückzugeben und zu bearbeiten.

Konsequenzen der Befragung

Die grundsätzlich positive Bewertung der Musiktherapie durch die Teilnehmer und meine Erfahrungen bestätigen die Annahme, dass Gruppenmusiktherapie für diese Zielgruppe eine gute Möglichkeit darstellt, um Entspannung, Stimmungsänderung, Kontakt zu anderen Menschen und zu eigenen Gefühlen, sowie Steigerung des Selbstbewusstseins zu erreichen. Sicher ist die Musiktherapie nicht die alleinige Ursache für solche Veränderungen, sie stellt jedoch eine wichtige Größe im Gesamtkonzept der Betreuung und Beileitung psychisch kranker Menschen dar und ist in der Lage Prozesse in Gang zu setzen, zu verstärken, zu unterstützen oder auch zu bremsen, zu unterbrechen.

Resümee

Sie trägt zur Motivation die Tagesstätte zu besuchen bei und zum Wohlbefinden und bietet die Möglichkeit, Erfahrungen zu machen, ohne die Barrieren der Sprache überwinden zu müssen. Diese Erfahrungen und Erlebnisse eröffnen die Möglichkeit tiefer nach weiterer Selbsterkenntnis zu suchen, oder aber „an der Oberfläche zu bleiben“ und die Dinge mit mehr Abstand zu betrachten (sonst „komme ich meiner Seele vielleicht zu nahe“). Unter Umständen ist dies dann zu einem späteren Zeitpunkt, oder in einem anderen Zusammenhang eher möglich.

Literatur:

- Battegay, Raymond (1974): Der Mensch in der Gruppe, Bern
 Decker-Voigt, H.-H. (Hg.) (1996): Lexikon Musiktherapie, Göttingen
 Kapteina, Hartmut (2006): Einführung in die Musiktherapie. Skript zur Vorlesung.
 Download: www.musiktherapie.uni-siegen.de/kapteinal/material/lehrgebiete/skript_zur_vorlesung_september_2006.pdf
 Kapteina, H./Hörtreiter H. (1993): Musik und Malen in der therapeutischen Arbeit mit Suchtkranken, Stuttgart
 Schmid, Peter F. (1996): Personenzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis, Paderborn
 Smeijsters, Henk (1999): Grundlagen der Musiktherapie, Göttingen
 Timmermann, Tonius (1994): Die Musik des Menschen, München
 Tschuschke, Volker (2001): Gruppenpsychotherapie – Entwicklungslinien, Diversifikation, Praxis und Möglichkeiten. In Psychotherapie im Dialog 2001/2, S.3-15
 Yalom, Irvin D. (1998): Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie, Stuttgart

*Zur Person:**Andreas Ziebarth**Sozialpädagoge**Leiter eines Wohnheims für psychisch behinderte Menschen in Wiehl
(Oberbergischer Kreis) Träger OGB Gummersbach*

Bereits 1994 habe ich in Siegen mit der musiktherapeutischen Zusatzausbildung begonnen. Anfang Mai 2001 in diesem Rahmen meine praktische Tätigkeit in der AWO - Tagestätte in Eitorf (Rhein-Sieg-Kreis) aufgenommen.

Manch einer wird fragen, warum macht er diese Arbeit nicht in dem Wohnheim, in dem er sowieso arbeitet? - Diese Frage habe ich mir natürlich auch gestellt und bin für mich zu dem Ergebnis gekommen, dass die Abgrenzung zwischen meiner Rolle als Einrichtungsleiter und als pädagogischer Mitarbeiter bereits schwierig genug ist (die Einrichtungen unseres Trägers sind sehr klein und Leiter arbeiten immer auch noch an der Basis). Eine weitere, mehr therapeutisch ausgerichtete Funktion halte ich für mich, mit unserem Klientel, für kaum vereinbar.

Bedingt durch viele berufliche und private Aufgaben habe ich viel Zeit benötigt, diese musiktherapeutische Zusatzausbildung zu Ende zu bringen. Dadurch bietet sich für mich die Möglichkeit, in diesem Rahmen einmal einen Fachvortrag über einen doch wesentlich längeren Beobachtungszeitraum zu halten, als dies sonst so üblich ist.

Anhang: Fragebogen Musiktherapie

FRAGEBOGEN MUSIKTHERAPIE

•Spielt Musik in Ihrem Leben eine wichtige Rolle?

.....

•Wann hören Sie Musik?

.....

•Welche Musik hören Sie am liebsten?

.....

•Welche Musik mögen Sie gar nicht?

.....

•Was verändert sich, wenn Sie Musik hören?

.....

•Setzen Sie Musik gezielt ein, um Ihre Stimmung zu beeinflussen?

.....

•Wie machen Sie das?

.....

•Machen Sie selbst Musik?

.....

•Welches Instrument spielen Sie?

.....

•Was passiert, wenn Sie Musik machen?

.....

•Gibt es andere Dinge, die für Sie ähnlich wirken wie Musik?

.....

•Welche?

.....

• Welches Instrument spielen Sie in der Musiktherapie am liebsten?

.....

• Warum?

.....

• Welches mögen Sie gar nicht?

.....

• Warum?

.....

• Was gefällt Ihnen an der Musiktherapie?

.....

• Was gefällt Ihnen nicht?

.....

• Haben Sie Änderungsvorschläge oder Wünsche?

.....

• Was verändert sich für Sie während Sie an einer Musiktherapiestunde teilnehmen?

.....

• Was hat sich für Sie konkret verändert, seit Sie an der Musiktherapie teilnehmen?

.....

• Halten Sie dies für eine wesentliche Veränderung?

.....

• Wie bewerten Sie diese Veränderungen auf einer Skala von 1 (für sehr positiv) bis 6 (für sehr negativ)?

1 2 3 4 5 6

•Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen Musiktherapie und Veränderungen in Ihrem Leben?

.....

•Welchen?

.....

•Kennen Sie andere Therapieformen persönlich?

.....

•Welche?

.....

•Können Sie sich vorstellen, mit anderen Therapieformen mehr Möglichkeiten zu haben?

.....

•Mit welchen Therapieformen?

.....

•An welche Möglichkeiten denken Sie dabei?

.....

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!