

Gliederung

1. Einleitung

2. Beschreibung einer Langzeiteinrichtung

2.1 Bewohnerschaft

3. Diagnosen und Defizite der Gruppenteilnehmer

3.1 Schizophrenien

3.2 Wahnhafte Störungen

3.3 Zwangsneurosen

4. Psychopharmaka

4.1 Wirkungsweisen

5. Wissenschaftliche Erkenntnisse über die Wirksamkeit von Musik

5.1 Indikation für Musiktherapie im psychiatrischen Bereich

6. Abgrenzung bzw. Erweiterung in Bezug auf den Grundberuf

7. Das Therapiekonzept

7.1 Entwicklung der Arbeitsweisen in der Arbeit mit chronisch psychisch Kranken

7.2 Die Bedeutung des Trommelns

7.3 Improvisation – ein Entwicklungsprozess

8. Falldarstellung Herr A.

8.1 Diagnostische Hintergründe

8.2 Grenzen in der Musiktherapie

8.3 Ausblick

9. Falldarstellung Herr B.

9.1 Diagnostische Hintergründe

9.2 Themen und Entwicklungen

10. Evaluation

11. Zusammenfassende übergreifende Betrachtung

Literaturanhang

Anhang

Fachvortrag

Musiktherapie in einer Langzeiteinrichtung für chronifiziert psychisch kranke Menschen.

“Ausdruck und Kommunikation durch Musik“

1. Einleitung

Ich bin seit 1995 als Diplom Sozialarbeiterin tätig. Seit Februar 1998 arbeite ich im neu eröffneten Haus Wegwende, ein Dauerwohnheim für psychisch Behinderte. Die Einrichtung liegt in einer Kleinstadt im südlichen Märkischen Kreis und ist Teil des Psychiatrieverbundnetzes der Evangelischen Frauenhilfe.

2. Beschreibung einer Langzeiteinrichtung

Es gibt verschiedene Formen des beschützenden Wohnens für psychisch Kranke, die bei der Bewältigung des Alltags auf professionelle Hilfe angewiesen sind. Eine Form bietet das Dauerwohnheim Haus Wegwende.

Haus Wegwende liegt in waldreicher Umgebung, im südlichen Märkischen Kreis. Das Stadtzentrum ist zu Fuß in ca. 20 Minuten zu erreichen. Das Wohnheim für psychisch Behinderte nimmt maximal 19 Personen auf. Zusätzlich gibt es 5 Plätze im stationären Einzelwohnen. Dies dient Bewohnern, die ihren Lebensmittelpunkt in einer eigenen Wohnung haben, jedoch tägliche Kontakte zu den Mitarbeitern des Hauses pflegen, und auch weiterhin von ihnen betreut werden. In diesen Bereich liegt mein beruflicher Einsatz.

Das grundsätzliche Ziel ist, eine weitgehende Normalisierung der Lebensführung und größtmögliche Förderung zur Selbständigkeit der Menschen zu erreichen.

In Abhängigkeit von den individuellen Handicaps und Ressourcen werden im Haus Wegwende folgende Angebote durchgeführt:

- ° Infogruppen zum Wochenbeginn
- ° Gruppenaktionen und Einzelgespräche
- ° Musiktherapie

- Beschäftigungstherapie und Werktherapie
- Diätkurs, Backkurs, Kochkurs
- Bewegungs- und Entspannungstraining
- Cogpack
- Konzentrationskurse
- Angebote zur Freizeitgestaltung

Im Haus Wegwende sind Dipl. Sozialpädagogen, Dipl. Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Erzieher, Krankenpflege- und Küchenpersonal beschäftigt.

Durch eine erfahrene Psychiaterin erfolgen regelmäßige Hausbesuche. Für die Unterstützung bei der Medikamentenversorgung der Klienten im Haus und bei der Umsetzung ärztlicher Verordnungen sind die Krankenpflegekräfte zuständig.

2.1 Bewohnerschaft

Das Wohnheim für psychisch Behinderte ist offen für Menschen mit chronifizierten Erkrankungen und massiven Krankheitsfolgen. Diese Menschen sind auf der einen Seite gekennzeichnet dadurch, dass sie nicht mehr mit Mitteln des psychiatrischen Krankenhauses behandelt werden müssen. Auf der anderen Seite sind sämtliche vorhandene teilstationäre und ambulante Behandlungsmöglichkeiten nicht ausreichend. Angebote des Betreuten Wohnens greifen wegen der krankheitsbedingt fehlenden sozialen und lebenspraktischen Kompetenz zu kurz.

Haus Wegwende ist ein niedrighwelliges stationäres Angebot, welches das Leben und Überleben dieser Menschen sichert und darüber hinaus Möglichkeiten schafft, positive und individuelle Entwicklungen zu fördern.

Einige Bewohner können im Laufe der Zeit an eine selbständigere Wohnform herangeführt werden. Für diesen Teil der Bewohnerschaft gilt ein rehabilitativer Anspruch.

Diagnostizierte psychiatrische Krankheitsbilder sind:

Depressionen, Affektive Psychosen, Schizophrenien und schizoaffective Psychosen, Wahnhaftige Störungen, Organische Psychosyndrome, Persönlichkeitsstörungen und Neurosen.

3. Diagnosen und Defizite der Gruppenteilnehmer

Die Diagnosen aller Bewohnerinnen und Bewohner unseres Hauses habe ich bereits unter dem Punkt Bewohnerschaft kurz benannt. Ich möchte mich jedoch auf die Erkrankungsformen der Bewohner, die an der Musiktherapie teilnehmen, fokussieren. Die Erkrankungsformen der Bewohnerinnen und Bewohner in den einzelnen Musiktherapiegruppen umfassen den Bereich der Schizophrenie und der Zwangsneurose.

3.1 Schizophrenien

Schizophrenien gehören – neben den affektiven Psychosen- zu den endogenen Psychosen. Da sich Symptomatik und Verlauf in vielen Fällen sehr voneinander unterscheiden können, benutzt man den Begriff Schizophrenie bzw. Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Die Bereiche Denken, Wahrnehmung, Affekt, Antrieb, Kontaktfähigkeit sowie der Bezug zur Realität sind verändert. Bei Schizophrenien ist oft die gesamte Persönlichkeit von den Veränderungen erfasst. Es besteht eine Vielzahl an Symptomen. Dazu gehören formale Denkstörungen wie Denkzerfahrenheit und inhaltliche Denkstörung wie die Wahnbildung. Ein weiteres Symptom bilden die Wahrnehmungsstörungen wie Halluzinationen, Antriebs- und Bewegungsstörungen, Affektstörungen wie depressive Verstimmungen oder Gefühlsverarmung, Störungen des Ich-Erlebens. Diese Störung beschreibt die fehlende Grenze zwischen „Ich“ und „Nicht Ich“. Eigene Gedanken, Gefühle und Handlungen werden als von außen gelenkt erlebt. (vgl. Stricker-Jannan, 2004, S. 106-108)

Weitere Symptome beschreiben Beziehungs- und Kontaktstörungen. Schizophren erkrankte Menschen verhalten sich häufig autistisch, kapseln sich ab und leben in ihrer eigenen Welt. Bei chronischem Verlauf der Erkrankung nimmt auch das Bedürfnis nach Kontakten ab. Ebenso häufig bei der Chronifizierung vorkommend ist die Minussymptomatik.

Sie beinhalten einen Mangel an seelischen Fähigkeiten wie Kraftlosigkeit, Gleichgültigkeit, Gefühlsarmut, Antriebsarmut und Lustlosigkeit, stark verminderte körperliche und seelische Belastbarkeit, Verlangsamung von Sprache und Bewegung, Spracharmut und Kontaktarmut sowie die Vernachlässigung der Körperpflege.

Bei nahezu allen Bewohnerinnen und Bewohnern des Hauses besteht ein Residualsyndrom. Es bleiben nach mehreren Krankheitsschüben Restsymptome wie die beschriebene Minussymptomatik übrig. Hinzu können Reste von Wahnerleben kommen.

Einige unserer Bewohner leiden auch an so genannten Defektzuständen. Dabei sind Restsymptome stärker ausgeprägt, der Zustand bessert sich nicht wesentlich. Es kommt häufig zu schizophrenen Persönlichkeitsveränderungen. Das Verhalten zeigt sich autistisch und verschoben. Es besteht dauerhaft Gefühlsverarmung, Realitätsferne und fehlende Krankheitseinsicht.
(vgl. Stricker-Jannan, 2004, S. 113,114)

3.2 Wahnhafte Störungen

Wahn beschreibt die krankhaft verfälschten, unkorrigierbaren Vorstellungen und Gedanken. Dabei kann Wahn und Realität auch nebeneinander bestehen. (vgl. Payk, 1992, S. 115)

Nach der vorherrschenden Symptomatik können Schizophrenien in vier Syndrom-Typen eingeteilt werden. Die Syndrome können sich abwechseln oder in Kombination auftreten. Oft kommen sie nicht in reiner Form vor.

Im Laufe der schizophrenen Erkrankung treten bei 85% paranoid-halluzinatorische Symptome auf. Wahn und Halluzinationen stehen dabei im Vordergrund.

Der Wahn gilt als bedeutsamste inhaltliche Denkstörung. Der Kranke hält, zumindest im akuten Stadium, an einer inhaltlich falschen Überzeugung fest. Für ihn hat sie absolute Gewissheit und ist daher auch nicht durch Gegenargumente, die der wahnhaften Überzeugung widersprechen, zu beeinflussen.

Man unterscheidet Wahnstimmung, Wahnwahrnehmung und Wahnidee. Einige Teilnehmer meiner Gruppenmusiktherapie leiden an Wahnideen oder der am häufigsten vorkommenden Form der Wahngedanken. Dabei gibt es weitere Differenzierungen zum Krankheitswahn, Eifersuchtwahn, Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn, Beziehungswahn, Verarmungswahn, Versündigungswahn und Ungezieferwahn.

Der Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn tritt häufig bei der paranoiden Form der Schizophrenie auf. Dabei kann der Betroffene seine Überzeugung durch zwei unterschiedliche Arten des Inhalts zum Ausdruck bringen. Einerseits kann es sich um völlig unmögliche Inhalte handeln. ZB. das Gefühl sich von einer Person oder Organisation verfolgt zu fühlen, oder aber um Inhalte, die durchaus im Bereich des Möglichen liegen und von daher für Außenstehende nicht direkt als Wahn erkennbar sind.

Der Erkrankte ist in beiden Fällen nicht für deutliche Gegenargumente oder – Beweise erreichbar. Die wahnhafte Überzeugung ist unkorrigierbar. (vgl. Stricker-Jannan, 2004, S. 124-126)

3.3 Zwangsneurosen

Zitat : „Das Leitsymptom der Zwangsneurose sind immer wiederkehrende Zwangsgedanken, Zwangsimpulse und/oder Zwangshandlungen.“ (Stricker-Jannan S. 174)

° **Zwangsgedanken** sind Ideen, Impulse und Gedanken, die sich auf quälende Art und Weise aufdrängen. Z.B. sich durch eine Berührung mit einer unheilbaren Krankheit infiziert zu haben

° **Zwangsimpulse** drängen sich gegen den eigenen Willen immer wieder auf. Inhaltlich umfassen diese Impulse oft sexuelle oder aggressive Themen. Sie werden meist nicht in die Tat umgesetzt. Die Betroffenen leiden jedoch darunter, dies nicht unter Kontrolle zu haben.

° **Zwangshandlungen** sind Handlungen, die aus einem Zwang heraus immer wieder wiederholt werden müssen. Dabei erscheinen diese Handlungen dem Betroffenen selbst wenig sinnvoll. Zwangsrituale beschreiben die Abfolgen von Zwangshandlungen, die in bestimmter Reihenfolge durchgeführt werden müssen. Dies geschieht für den Erkrankten meist aus einem Gefühl heraus eine drohende Gefahr zu bannen.

(Vgl. Stricker-Jannan, 2004, S. 174-176)

Zwangsgedanken und –Impulse werden von den Betroffenen zwar als lästig, quälend und unsinnig erlebt, jedoch als eigene Gedanken und Impulse erkannt. Bei dem Versuch sie nicht auszuführen, d.h. sich ihnen zu widersetzen, spüren Betroffene starke Ängste und Anspannung. Sie fühlen sich den Zwängen daher oft hilflos ausgeliefert.

Die Erkrankten können sich auch dann kaum den Zwangsphänomenen widersetzen, wenn es zu starken Behinderungen im Alltag oder zu Schäden, z.B. bei einem Waschwang führen. In der Bevölkerung leiden etwa 3% an einer Zwangsstörung. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter. In manchen Fällen sind die Betroffenen durch die Zwänge im Alltag derart behindert, dass sie ihre Arbeit nicht mehr ausführen können und erwerbsunfähig werden.

Häufig sind Zwangsstörungen mit depressiven Symptomen verbunden. Bei extrem hohem Leidensdruck besteht Suizidgefahr. Der Schweregrad ist unterschiedlich. Es gibt vorübergehende Zwangsphänomene, häufig ist der Verlauf jedoch chronisch. Dabei haben die Zwangsneurosen von allen Formen der Neurosen die schlechteste Prognose.

(vgl. Theo R. Payk, 1992, S. 109)

4. Psychopharmaka

4.1 Wirkungsweisen

Ausnahmslos alle Bewohner stehen unter dem Einfluss von z. T. starken Psychopharmaka. Psychopharmaka sind chemische Stoffe. Sie beeinflussen Hirnfunktionen und verändern somit psychische Funktionen wie die Stimmung, Antrieb, Wahrnehmung, Psychomotorik und Schlafbereitschaft. Alle Medikamente, die zur Behandlung von seelischen Erkrankungen geeignet sind werden als Psychopharmaka bezeichnet. Grundsätzlich lassen sich die Psychopharmaka in drei große Gruppen untergliedern: Neuroleptika, Antidepressiva, Sedativa.

Nach Joseph Bäuml werden **Neuroleptika** hauptsächlich bei der Behandlung von Psychosen eingesetzt, **Antidepressiva** bei Depressionen und **Sedativa** vorwiegend bei Schlafstörungen und zur Entspannung. Dies gilt jedoch nur ganz grundsätzlich.

Neuroleptika wirken antipsychotisch, psychomotorisch dämpfend und sedierend.

Antidepressiva wirken stimmungsaufhellend, z. T. angstlösend und dämpfend, z. T. antriebssteigernd.

Sedativa haben eine sedierende, beruhigende Wirkung. Sie haben einen entspannenden Effekt auf die Muskulatur, wirken schlaffördernd und werden zur Behandlung von Krampfanfällen eingesetzt. (vgl. Bäuml, 1994, S. 54-58)

Leider treten bei der Behandlung mit Antidepressiva und Neuroleptika häufig auch unerwünschte Nebenwirkungen auf. Müdigkeit, Mundtrockenheit, leichtes Zittern, Antriebsmangel, Gleichgültigkeit und Interesselosigkeit beschreiben dabei nur einen Teilbereich der unerwünschten Wirkungen.

5. Wissenschaftliche Erkenntnisse über die Wirksamkeit von Musik

Nach K.F. Richter werden Physiologische Vorgänge wie Veränderungen des Blutdrucks, Beeinflussung der Gehirnströme und des vegetativen Bereichs durch Musik verändert nachgewiesen. Die wichtigsten Wirkungen in unserem Zusammenhang betreffen den psychischen Bereich. Musik hat die Fähigkeit Stimmungen zu beeinflussen, Gefühle in Intensität zu stimulieren und sichtbar werden zu lassen. Psychische Zustände der Regression und der Entspannung können ausgelöst werden.

Musik als Spannungsmedium kann Spannungen heraushören und musikalisch ausdrücken. Die Musik als Handlungsmittel erlaubt es, emotional gestimmte Prozesse auszulösen. Das Darstellen vollzieht sich auf der Ebene des eigenen Erlebens. (vgl. Fachlexikon der sozialen Arbeit, 1993)

Außerdem dient Musik als Kommunikations- und Beziehungsmedium. Unbekannte Gefühle und undurchsichtige Phantasien, heftige Affekte und schwer fassbare Stimmungen bieten der Musik vielfältige Möglichkeiten des Ausdrucks und der Kommunikation im Nonverbalen Bereich. Neue Begegnungs- und Kontaktformen können in der Interaktion spielerisch anklingen. Töne können ausprobiert und zu Beziehungen und auch Konflikten improvisiert werden. Dabei kommt dem Spielerischen durch das kommunikative und interaktive eine besondere Bedeutung zu. Musik dient als stark stimulierendes Medium. Dadurch können auch verschüttete und verdrängte Gefühle und Erlebnisse wieder belebt werden. Im musikalischen Spiel besteht die Möglichkeit das Erlebte zum Ausdruck zu bringen. Die Wahrnehmungsfähigkeit, Sensibilität und Bewusstsein wird außerdem durch Musik gestärkt. (vgl. K.F. Richter, 1997, S.190)

Gertrud Hopster - Musiktherapeutische Umschau 1, Band 26 - untersuchte mittels einer quantitativen Untersuchung, ob es Gleichartigkeiten zwischen einer subjektiv empfundenen interpersonalen Problematik und objektiv beobachtbaren Interaktionen innerhalb der aktiven Musiktherapie bei psychiatrischen Patienten gibt.

Beziehungen haben für Menschen eine mehr oder minder große Bedeutung. Es ist wichtig diese aufzubauen, sich mit ihnen wohl und akzeptiert zu fühlen und sich mit diesen entwickeln zu können. Die Aufnahme und Gestaltung von Beziehung kann etwas über die Persönlichkeit des Menschen aussagen. Bestehen Störungen im Beziehungsverhalten, bezeichnet man diese als interpersonale Probleme. Die Musiktherapie macht eine besondere Form der Beziehungsaufnahme möglich.

Dabei geht es nicht nur um die Beziehung zwischen Therapeut und Klient, sondern auch um die Beziehung zur Musik. Vielen psychisch erkrankten Menschen fällt es schwer, Beziehungen aufzunehmen und zu gestalten.

In der Untersuchung von Gertrud Hopster äußerten sich Patienten dahingehend, sich im Alltag nicht wesentlich anders zu verhalten als in der Musiktherapie. Ihre Beobachtungen lassen vermuten, dass die Beziehungsaufnahme zu Therapeut und Instrument eine Übereinstimmung zu den sonst üblichen, alltäglichen Beziehungsmustern darstellt. Die Annahme, dass ein stiller, scheuer Patient folglich kein lautes Instrument wählt, muss jedoch im Kontext des Therapieprozesses gesehen werden. Ansonsten gleicht diese Analogie einer puren und unprofessionellen Spekulation. Der musikalische Ausdruck im Kontext der therapeutischen Beziehung sagt dennoch etwas über die Befindlichkeit und die Person aus.

Der Patient teilt während der Improvisation etwas über sich mit. Die Improvisation sagt etwas über die spielende Person aus und somit auch über deren Umgang mit anderen Personen. Dabei gestalten sich die musikalischen Interaktionen sowohl bewusst als auch unbewusst. Den musikalischen Interaktionen liegen innere Konzepte zugrunde, die die Spielenden von sich selbst, von den Objekten und der realen Welt gebildet haben. Sie treten in wechselseitigen Erwartungen in Erscheinung. Diese äußern sich beispielsweise im leisen oder dominanten Spiel.

Nach Hegi werden innerhalb der aktiven Musiktherapie Kontaktstörungen fühl- und hörbar. In der weiteren Untersuchung von Gertrud Hopster wurde bei der Literaturuntersuchung deutlich, dass viele Musiktherapeuten eine Analogie zwischen dem musikalischen und dem alltäglichen interpersonalem Verhalten beobachten konnten. In der Musiktherapie werden alltägliche Problematiken im zwischenmenschlichen Bereich deutlich. Insgesamt kann, im Rahmen dieser Studie, eine Gleichartigkeit zwischen der interpersonalen Problematik und dem musikalischen Verhalten bei Patienten mit psychiatrischem Krankheitsbild dargestellt werden. (vgl. Gertrud Hopster in Musiktherapeutischer Umschau, Band 26, 2005, S. 18-28)

5.1 Indikation für Musiktherapie im psychiatrischen Bereich

Musik ist als präverbales Kommunikationsmedium in der Arbeit mit psychotischen Menschen gut einsetzbar, weil es sozialisierend und strukturierend wirkt. Auch narzistische und schizoide Neurosen, sowie das Borderline-Syndrom, auch bekannt als sogenannte frühe Störung und psychosomatische Erkrankungen erhalten durch den nonverbalen Anteil in der

Musik gute Ansatzmöglichkeiten. Durch Musik werden verdrängte Gefühle wieder erlebnisfähig, der Erlebnisraum erweitert sich und auch neue Ausdrucksformen lassen sich finden. Dies ist bei Neurotikern von besonderer Bedeutung. (vgl. K.F. Richter, 1997, S.292)
Bei der Auswahl der Bewohnerinnen und Bewohner, die zur Teilnahme an der Musiktherapie befähigte, spielten vor allem die Indikationsstellungen eine Rolle.

Im Bereich der Psychiatrie sprechen nach Smeijsters folgende **Indikationen** für die Musiktherapie:

- Allgemeines Interesse an Musik – Beziehung zur Musik
 - Starke Stimmungsschwankungen
 - Schwierigkeiten beim Knüpfen von Kontakten
 - Bestehende soziale und familiäre Probleme
 - Das Bedürfnis sich nonverbal zu äußern
 - Probleme depressiver oder manischer Art
 - Neurotische Beschwerden, die einen aufdeckenden Ansatz bedürfen
- (vgl. Smeijsters, 1999, S.12)

Mögliche Ziele können sein:

- Einüben und fördern von sozialem Verhalten
- Sensibilisierung von Eigen- und Fremdwahrnehmung
- Abbau aggressiven Verhaltens
- Verarbeitung belastender Lebenserfahrungen und Entwicklung neuer Perspektiven
- Emotionale Stabilisierung, Auflösung emotionaler Blockaden, Wecken von Lebensfreude
- Verhaltensstörungen mindern durch Förderung von Wahrnehmung
- Förderung von Kommunikation
- Förderung von Wahrnehmung und Äußerung eigener Emotionen
- Darstellen und Lösen von Konflikten und Beziehungsproblemen
- Erkennen und Benennen eigener Bedürfnisse

6. Abgrenzung bzw. Erweiterung in Bezug auf den Grundberuf:

Ich bin bereits seit der Gründung des Wohnheimes im Jahr 1998 im Haus Wegwende beschäftigt. Daher sind mir die Bewohner, ihre Erkrankungsformen sowie die Strukturen des

Hauses vertraut. Heute arbeite ich, bedingt durch eine Stundenreduzierung, in veränderter Position als auch in einem veränderten Aufgabenbereich. Ich betreue vier Menschen im Rahmen des stationären Einzelwohnens in eigenen Wohnungen. Seit März 2004 biete ich zwei musiktherapeutische Gruppen mit je 6 Teilnehmern an. Zusätzlich habe ich zwei Bewohner in Einzeltherapien übernommen.

Insgesamt bieten die veränderten Arbeitsbedingungen die nötige Abgrenzung. Eine Rollendiffusion habe ich daher nicht erfahren. Durch das zusätzliche Angebot der Musiktherapie sehe ich eine Erweiterung meiner ansonsten rein sozialarbeiterischen Tätigkeiten im Hause.

7. Das Therapiekonzept

Viele Bewohnerinnen und Bewohner des Hauses haben besondere Schwierigkeiten ihre Gefühle, Gedanken und Befinden in Worte zu fassen, sich zu verbalisieren. Es wird eine Sprachlosigkeit deutlich.

7.1 Entwicklung der Arbeitsweisen in der Arbeit mit chronisch psychisch Kranken

Viele Gruppenmitglieder hatten besonders in den ersten Sitzungen Schwierigkeiten, Instrumente auszuwählen. Ich stellte in der ersten Zeit eine begrenzte Anzahl von Instrumenten in die Mitte. Die Auswahl fiel den Bewohnern danach leichter. In einem Pilotprojekt von Leslie Bunt und Alison Levinge, in dem sie Musiktherapie in einem psychiatrischen Großkrankenhaus anboten, reagierten besonders Patienten aus dem Langzeitbereich ähnlich.

Zitat „Die Klienten aus dem Langzeitbereich reagierten mit Lethargie und Verwirrung. Wir hatten das Gefühl, dass diese Reaktion vielleicht von der Institutionalisierung herrührt und entschieden uns für einen direkteren Zugang.“ (Bunt, 1994, S. 153)

Ähnlich schwierig wie im Buch von Leslie Bunt beschrieben, gestaltete sich auch das Angebot aller freien, un gelenkten Methoden, wie die der Improvisation. Die Teilnehmer wirkten ohne weitere Vorgaben überfordert mit der Erwartung, sich musikalisch mitzuteilen. Sie benötigten eine Unterstützung oder Hilfestellung in Form von strukturierten Spielanleitungen.

Ich entschied mich daher vorerst für vorgegebene Spiele mit konkreter Anleitung. Durch die Schwere der Erkrankungsformen sind jedoch auch dieser weitläufigen Auswahl von Spielen Grenzen gesetzt. Häufig unterteilte ich daher komplette Anleitungen in einzelne Variationen, die nacheinander gespielt wurden, so dass nachher das Spiel vollständig war. Kurze Reflexionsrunden baute ich ebenfalls zwischen einzelnen Variationen ein. Somit waren Gedanken, Wahrnehmungen und Emotionen noch gegenwärtig. Improvisationen wurden im Laufe der Zeit möglich, jedoch war auch hier zumindest ein vorgegebenes Thema wie z. B. „Wie geht es mir heute“ notwendig, um Unterstützung zu geben.

In den Reflexionen wurde die bereits angesprochene Sprachlosigkeit deutlich. Dabei war es keineswegs so, dass während des Musizierens keine Kommunikation stattfand. Nach Schwabe spielt sich das Musizieren auf einer anderen Ebene ab als das Sprechen. Beim völligen Einbringen in eine musikalische Improvisation ist zuweilen nur der in der Lage zu sprechen, der Distanz einnimmt. Das intensive Erleben ist ein erster und wichtiger Schritt in der Improvisation. Viele Teilnehmer zeigten ein komplettes Unvermögen das Erlebte zu verbalisieren. Einige wenige Bewohner zeigten ein Bedürfnis nach sprachlichem Ausdruck. Es galt einen Stil zu finden, der nahe am Erlebten blieb.

In der Reflexion sollte das Erlebte beschrieben und an den subjektiven Empfindungen der Teilnehmer gemessen werden. Gibt es eine Möglichkeit das Reden durch das Tun zu ersetzen, so sollte man diese nutzen. Zitat: „Wo aber Sprache unvermeidbar ist, sollte sie nicht am musikalischen Erlebnis wegführen (abstrahieren), nicht allgemein (abstrakt) werden, sondern den Gefühlen der Spieler angemessenen Ausdruck verleihen.“ (Schwabe, 1992, S. 119) Dieser Anspruch kann durch die schweren Erkrankungsformen nicht immer erfüllt werden.

7.2 Die Bedeutung des Trommelns

Besonders beliebt erwiesen sich alle Arten rhythmischer Übungen. Sie befähigten die Teilnehmer, sich zu integrieren. Einzelne Personen bekamen die Möglichkeit, sich musikalisch zu zeigen. Insgesamt scheint Rhythmus eine sichere musikalische Struktur zu schaffen. Dies wiederum vermittelt Halt.

Bei den Bewohnern des Hauses Wegwende ist zu beobachten, dass das Trommeln von Beliebtheit ist. Nach eigener Aussage der Teilnehmer erzeugt das gleichmäßige Schlagen ein Gefühl von Standfestigkeit und Sicherheit. Gefühle und Gedanken werden geordnet.

Beliebte Spiele sind das Stopp-Trommeln, das Imitationstrommeln sowie themenbezogene Trommelimprovisationen, alle von Wolfgang Meyberg.

Dabei ist es wichtig, Spielanleitungen so anschaulich wie möglich zu erklären. Einige Spiele konnten wie erwähnt nur mit vereinfachten Regeln umgesetzt werden. Durch die Schwere der Erkrankung sind auch Bereiche von Konzentration, Wahrnehmung sowie Auffassungsgabe eingeschränkt.

Wolfgang Meyberg beschreibt die Trommel als ein machtvolles Instrument für die Gestaltung und Beeinflussung zwischenmenschlicher Beziehungen und auch für den menschlichen Ausdruck. In den Anfängen der Menschheit hatten Trommeln in allen großen Heiltraditionen ihren Platz zur Begleitung des Singens und Tanzens, als Medium von Trance und Meditation sowie Ekstase. Die Trommel galt als ein Heilungsinstrument von hohem symbolischem und funktionellem Rang. Heute gelten Trommeln als Instrumente des spontanen Ausdrucks mit der Möglichkeit zur lebendigen, kreativen Kommunikation. Der Mensch wird auf elementare Ebene durch Klang und Rhythmus angesprochen.

Durch das Schlagen auf die Trommel können starke Gefühle zum Ausdruck gebracht werden. Auch angestaute Wut kann sich durch das Trommeln Luft machen. Besonders angespannte und unruhige Teilnehmer können auf Trommeln ihre eigenen dynamischen und rhythmischen Formen ausdrücken. Das Spiel bietet die Möglichkeit, verdrängte Gefühle zum Ausdruck zu bringen und enthält beziehungsfördernde Aspekte. (vgl. Meyberg, 1992, S.54)

Die Trommel, so Meyberg weiter, erweckt Aufmerksamkeit und im Spiel erste musikalische Reaktionen. Diese können bereits durch das Spüren der Resonanz einer Trommelfläche hervorgerufen werden. Dabei kommt der hohe Aufforderungscharakter und die elementare Spielweise besonders emotional und sozial gestörten Menschen entgegen.

Ein weiterer Aspekt ist die Bewegung durch das Schlagen. Bewegung wird unmittelbar in Klang und Rhythmus umgesetzt. Dies kann Anreiz bieten, das musikalische Ergebnis durch Bewegungen zu verstärken. Die Gruppe spielt dabei eine entscheidende Rolle. Der Rhythmus, Klang und die Lautstärke können weitergegeben oder verändert werden.

Zitat: “ Trommeln ist ein Prozess intensiver Körpererfahrung“ (Wolfgang Meyberg, 1992, S. 40)

Die körperliche Wahrnehmung betrifft Hände, Arme, Schultern sowie wichtige Teile der Nacken- und Rückenmuskulatur. Diese Bereiche werden intensiv in Anspruch genommen. Spannungen können den Bewegungsablauf blockieren. Durch das Trommeln werden sie gespürt, ein Kontakt entsteht.

Oft verlieren innere, festgehaltene Spannungen ihre hemmende Wirkung vor allem bei längeren Trommelphasen. Bewegungen werden fließender wahrgenommen und gelangen nach außen. Der Rhythmus auf der Trommel ist das treibende Element. Er ist spontaner Ausdruck von Impulsen und lässt verschüttete zu. Lebendiger Ausdruck und Kommunikation können in der Improvisation sich frei entwickelnden und ineinander fließenden Rhythmen stattfinden. Gefühle können spontan und musikalisch deutlich artikuliert werden, die ansonsten im Inneren verharren. Sie erscheinen durch ein konstruktives kreatives Element. (vgl. Meyberg, 1992, S. 25-30)

7.3 Improvisation – ein Entwicklungsprozess

Die Stärke der Improvisation liegt im impulsiven Reagieren und weniger im intellektuellen Konstruieren. Die Improvisation hat experimentellen Charakter, im Gegensatz zum reproduzierenden Musizieren. Hegi sagt, in ihr wird es den Patienten ermöglicht, „sich auf eine Form des musikalischen Ausdrucks einzulassen, welche der vorhandenen Situation angemessen ist und diese erweitert.“ (F. Hegi: Improvisation und Musiktherapie, S. 177)

Nach Schwabe strebt die Improvisation ein Gleichgewicht an zwischen individueller Ausdrucksstärke und Spontaneität, Einfühlungs- und Reaktionsvermögen in und auf die Gruppe sowie musikalische Sensibilität. (Schwabe, 1992, S.60)

Nach Smeijsters treten während der musiktherapeutischen Improvisation verschiedene Interaktionsmuster in den Vordergrund. Die musikalische Situation kann als Vergrößerungsglas für zwischenmenschliche Interaktionen betrachtet werden. Während der aktiven Musiktherapie ist die in der sozialen Interaktion ablaufende Rollenentwicklung ein entscheidendes therapeutisches Instrumentarium.

Dazu gehört die Nähe-Distanz Gestaltung und die dabei entstehende emotionale Beziehung. Patient und Therapeut sind affektiv gemeinsam durch das musikalische Handeln in das Geschehen eingebunden.

(vgl. Smeijsters, 1999, S. 90)

Musikalisch improvisatorische Tätigkeit ist die am weitesten verbreitete Form der aktiven Gruppenmusiktherapie. Sie beruht im therapeutischen Bereich auf sehr alten Traditionen.

(vgl. Rudloff/ Schwabe, 1997, S. 104)

Leslie Bunt sagt, es ist nachgewiesen, dass Musik über Jahrhunderte mit tiefen menschlichen Gefühlen und Impulsen belegt war.

In der heutigen Musiktherapie wird häufig die Möglichkeit beschrieben, durch Musik Gefühle freisetzen zu können, oder in musikalischen Gesten ein Gefühl zu beschreiben, für das keine Worte gefunden werden kann. Menschen können sich in musikalischen Improvisationen von vielen Gefühlen befreien und somit Verletzendes und Schmerzhaftes auflösen. (vgl. Bunt, 1994, S. 49)

Ähnliche Erfahrungen wie im Buch von Leslie Bunt beschrieben, machte ich auch mit un gelenkten Methoden, wie z.B. der freien Improvisation. Die Bewohner wirkten überfordert, das Spiel chaotisch und voller Desintegration. Niemand ging auf die gesamte Gruppe oder einzelne Teilnehmer ein. Alle Arten von rhythmischen Mustern und Dynamik sowie Tempo waren vertreten.

8. Falldarstellung Herr A.

8.1 Diagnostische Hintergründe

Herr A. ist 33 Jahre alt und lebt seit Eröffnung des Hauses Wegwende im Wohnheim. Seine Diagnose lautet: Paranoid-halluzinatorische Psychose.

Herr A. hat noch einen Zwillingbruder, zwei ältere Brüder und eine ältere Schwester. Die Beziehung zu seinem Zwilling war von einem Konkurrenzkampf geprägt. 1989 attackierte er ihn mit einer Schere, da er die ständigen Hänseleien nicht mehr ertragen konnte.

Er verletzte ihn dabei so schwer, dass dieser notoperiert und lange Zeit stationär behandelt werden musste. Seine Mutter verletzte er zu einem späteren Zeitpunkt ebenfalls. Es folgten zahlreiche Klinikaufenthalte. Seit 1998 lebt er im Haus Wegwende.

Herr A. wirkt insgesamt überaus misstrauisch und in sich gekehrt, wobei der Eindruck entsteht, dass er ständig unter dem Einfluss von Halluzinationen steht.

Er scheint affektarm, nicht resonanzfähig, dabei gehemmt aggressiv. Er äußert nach wie vor keinerlei Krankheitsgefühl oder Krankheitseinsicht. Vielmehr scheint er vermutliche Symptome und Beschwerden zu dissimulieren. Er kommt nicht zur Ruhe ist ständig in Bewegung. Sein Denken ist in Anspruch genommen von wahnhaften Ängsten und Befürchtungen, er könnte gefoltert und verstümmelt werden. (eigene Äußerung)

Er kommuniziert in kurzen, hastig abgehackten Sätzen, seine Denkwahrscheinlichkeiten erscheinen diskret zerfahren. Durchgängig wirkt er deutlich angespannt, durch inneres Erleben abgelenkt, mit Hinweis auf akustische Halluzinationen.

8.2 Grenzen der Musiktherapie

Bereits zu Beginn der Musiktherapie wirkt Herr A. in allen Bereichen überfordert. Außer seiner Anwesenheit ist keine weitere Motivation zu erkennen.

Er ist kaum in der Lage ein Instrument auszuwählen, bewegt sich im Raum unruhig hin und her. Sein Blick scheint über die Auswahl zu rasen. Herr A. benötigt in diesem Bereich größtmögliche Hilfestellung.

Des Weiteren scheint er weder in der Lage zu sein die Spielanleitung aufzunehmen noch diese zu verfolgen. Herr A. spielt nicht der Anleitung entsprechend, er reagiert lediglich auf äußere Reize. D.h. beginnt jemand zu spielen, setzt auch er ein. Beendet die Gruppe ihre Musik, legt er sein Instrument bei Seite. Insgesamt wirkt sein Spiel flüchtig und fahrig.

Besonders eindrucksvoll ist die Beobachtung, dass er die Instrumente kaum berührt. Seine Hände schweben eher über die Oberfläche, er lässt die Instrumente nur sehr schwach erklingen. Dabei wirken selbst die leisen Klänge unbeabsichtigt. Sein Tempo ist im Spiel immer gleich bleibend schnell. Es wirkt ungeduldig.

Eine veränderte Spielweise aufgrund verschiedener vorgegebener Themen ist nicht zu beobachten. Bezogen auf die zuvor angekündigte Anleitung scheint es unangepasst. Er wirkt versunken in seine eigene Gedankenwelt, nimmt weder Blickkontakt noch musikalische Begegnungen der Gruppe wahr. Motorisch zeigt er sich unruhig.

Während des Spiels steht er oft auf, sieht sich in der Runde um und setzt sich wieder. Sein Blick scheint nervös, fast panisch.

In den anschließenden Feedbackrunden reagiert er mit einsilbigen Antworten, die keinen Bezug zur Fragestellung haben. Häufig sagt er „ist so anstrengend“.

Er scheint weder Mitspieler noch die Musik wirklich wahrzunehmen.

Während der Sitzungen spricht Herr A. häufig leise vor sich hin, kann dem Gesprächsverlauf daher selten vollständig folgen. Kontakte zu anderen Teilnehmern unterhält er nicht.

Blickkontakte treten nur in Form von Anstarren auf. Dabei scheint er die Personen nicht wirklich wahrzunehmen.

8.3 Ausblick

Es wird deutlich, dass Herr A. mit der Gruppenkonstellation völlig überfordert ist und die Gruppe mit ihm. Einzelne Teilnehmer wirken irritiert über sein Spiel, lassen sich dadurch zusätzlich verunsichern. Die für sie ohnehin schwer verständlichen Anleitungen werden durch das häufig unangepasste Spiel des Herrn A. noch erschwert.

Seine motorischen Unruhezustände übertragen sich auch auf die Stimmung innerhalb der Gruppe. Die gesamte Aufmerksamkeit konzentriert sich auf das Verhalten des Herrn A. Durch das ständige Aufstehen während des Spiels scheint sich zudem die Atmosphäre der Musik zu verändern.

Die Supervision war mir in dieser Phase eine große Hilfe. Hier wurde mir bewusst, dass es Grenzen gibt, die Menschen befähigen an der Musiktherapie teilzunehmen. In diesem Fall war Herr A. mit dem Setting der Gruppenmusiktherapie und die Gruppe mit ihm deutlich überfordert.

Herr A. nimmt heute an einer wöchentlich eingerichteten Kleinstgruppe teil. Diese findet mit einer weiteren Mitbewohnerin statt, die vom Krankheitsbild ähnlich stark eingeschränkt ist. Wir beschäftigen uns mit einfachsten Trommelrhythmen und probieren unterschiedliche Spielweisen auf der Trommel aus. Mittlerweile ist Herr A. in der Lage das Instrument zu berühren und somit Kontakt aufzunehmen. Zu den Trommelgruppen erscheint er regelmäßig und pünktlich. Insgesamt wirkt er ruhiger, auf einzelne Rhythmen kann er sich für kurze Zeit einlassen.

9. Falldarstellung Herr B.

An einem weiteren Fallbeispiel möchte ich beschreiben, wie ein ständig unter Spannung stehender Bewohner in der Gruppenmusiktherapie die Möglichkeit für sich entdeckt hat, erhöhten Druck abzubauen.

9.1 Diagnostische Hintergründe

Herr B. ist 39 Jahre alt und hat eine jüngere Schwester. Seine Eltern leben seit Jahren getrennt. Sein Vater ist im Jahre 2000 verstorben.

Herr B. berichtet, bereits zu Schulzeiten ein zwanghaftes Verhalten gezeigt zu haben. Er beschreibt sich als Einzelgänger, habe kaum Freunde gehabt. Er beschäftigte sich gedanklich stark mit Themen der Mathematik und Philosophie.

Zum Abitur wurde er wegen mangelnder Leistungen nicht zugelassen. Er begann eine Lehre zum Werkzeugmacher und schloss diese erfolgreich ab. Herr B. war in diesem Betrieb auch weiterhin tätig. Bereits morgens vor Arbeitsbeginn führte er zahllose Kontrollgänge in seiner Wohnung durch. 1992 erfolgte die Kündigung durch den Arbeitgeber, da er häufig unpünktlich war und sein Arbeitspensum nicht bewältigte. Er zog zunächst zu seinem Vater, nach dessen Tod zur Mutter.

Währenddessen und anschließend erfolgten zahlreiche ambulante und stationäre Behandlungen.

Seine Diagnose lautet :

°Zwangsstörung

°Persönlichkeitsstörung mit vorwiegend schizoiden und narzistischen Anteilen

°Verwahrlosungstendenzen

°Rückzugstendenzen

Aufgrund seiner Zwangserkrankung hat er grundsätzlich große Schwierigkeiten beim Einhalten von Terminen. Hinzu kommt, dass er sehr zeitaufwändige und individuelle Körperpflegemethoden entwickelt hat, die nur schwer beeinflussbar sind.

In der Vergangenheit kam es kontinuierlich, meistens im Rahmen von Stimmungseinbrüchen, zu starken Rückzugstendenzen, Spannungszuständen und zu verbal äußerst aggressiven Verhaltensweisen. Die Zimmerhygiene stellt ebenfalls ein Problem dar. Herr B. verharrt in einzelnen Tätigkeiten häufig in der Phase des Durchdenkens, d.h. der Planung, die er derart komplex und perfektionistisch angeht, dass es erst gar nicht zu einer praktischen Handlung kommt. Die aktive Einwirkung von Außen, d.h. die gemeinsame Planung, ist daher eine zentrale Hilfestellung in diesem Bereich. Begleitende Hilfe muss eingrenzend und strukturierend sein. Auch im Gespräch ist es oft notwendig Herr B. zu ordnen.

Sein Bestreben, Sachverhalte in hohem Maße präzise und ausführlich darzustellen, führt sonst zu nicht enden wollenden Gesprächsverläufen, die vom eigentlichen Thema wegführen. Sein großes Misstrauen gegenüber seiner Umwelt und seine damit verbundene Schwierigkeit Vertrauen zu Menschen aufzubauen, beeinträchtigen ihn stetig in Stimmung und Handeln. In diesem Zusammenhang kommt es im Alltag regelmäßig zu Missverständnissen, bzw. Unstimmigkeiten, die bei ihm plötzliche und starke Stimmungsein- und Ausbrüche nach sich ziehen. Es erweist sich als schwieriger Prozess, ihn an die allgemeinen Regeln des Hauses zu binden. Insgesamt ist er kaum in der Lage, am üblichen Therapieprogramm teilzunehmen. Um so schwieriger erschien es, ihn in die Gruppenmusiktherapie einzubinden. Dem gegenüber gab es klare Indikationen dafür. Diese waren das allgemeine Interesse an Musik, die Teilnahme an einer Aktion innerhalb der Gemeinschaft, die Möglichkeit eines musikalischen Ausdrucks sowie das Auseinandersetzen mit persönlichen, emotional beladenen Themen. In der Musik ist er frei von den ihm selbst auferlegten Kontrollzwängen und Vorschriften denn es gibt kein richtiges und falsches Spielen eines Instrumentes.

Unser Instrumentarium besteht aus:

Monochord, Leier, Kantele, Gitarre, 2 Congas, 3 Djembes, Bongo, 2 Handtrommeln, Ocean Drum, Gong, Klangschale, Zimbeln, Glöckchen, Chime, Energy chime, Holzschlitztrommel, Hängexylophon, Flöten, versch. Percussioninstrumente wie Chekere, Cabasa, Rasseln, Guero, Kalimba, Mini-Kalimba, und Ziehflöte.

Zu Beginn der Musiktherapie nahm ich bei einigen Teilnehmern Apathie, Müdigkeit und Spannung wahr. Mittlerweile erscheinen zwar die meisten Bewohner pünktlich und selbständig aus eigenem Antrieb, eine gewisse Lebendigkeit entwickelt sich aber meist erst im Spiel. Am Anfang jeder neuen Sitzung spüre ich Schwere und Antriebsmangel.

9.2 Themen und Entwicklungen

Herr B. erscheint meist 10 bis 15 Minuten verspätet aufgrund der Ausübung seiner Zwänge. Den Raum betritt er häufig mit versteinerten, starren Gesichtszügen. Seine gesamte Körperhaltung signalisiert starke Anspannung und Aggressionen.

Ich teile die Sitzungen stets in vier Teile auf.

1. musikalische Aufwärmphase
2. musikalische Aktionsphase
3. sprachliche Reflexion
4. musikalischer Abschluss

Insgesamt nehmen sechs Bewohnerinnen und Bewohner an den Gruppen teil. Die Altersgruppe befindet sich zwischen 33 und 57 Jahren.

2. Sitzung

In der zweiten Sitzung erscheint Herr B. 10 Minuten verspätet. Er betritt während der musikalischen Aufwärmphase den Raum. Seine Anspannung ist fast körperlich spürbar. Die Gruppe läuft zu Trommelrhythmen im Raum umher. Das Tempo wird unterschiedlich gestaltet, wir verändern Körperpositionen, laufen mal auf den Zehenspitzen, mal auf den Fersen. Die Gruppe wird angehalten, sich der Bewegungen bewusst zu werden, den Atem fließen zu lassen. Herr B. wirkt zunächst steif und ungelent, sein Blick ist konzentriert. Nach einigen Lockerungsübungen des Körpers scheinen seine Spannungen leicht nachzulassen, seine Mimik verändert sich positiv. Er ist im Raum und in der jetzigen Therapie angekommen.

Für die musikalische Aktionsphase habe ich das Spiel von Prof. Hartmut Kapteina, "Namen trommeln" vorbereitet.

Dazu sitzt die Gruppe im Kreis, jeder hat eine Trommel.

Insgesamt hat die Gruppe Schwierigkeiten, die Anleitung unter Punkt 3. zu verstehen bzw, diese umzusetzen. Es besteht eine gewisse Hemmung, sich ohne Vorgabe selbständig einen neuen Trommelpartner zu suchen. Auch Herr B. bildet hierbei keine Ausnahme. Hinzu kommt seine Schwierigkeit sich selbst zu begrenzen. Kognitiv hat er die Anleitung verstanden.

Sein Spiel ist insgesamt jedoch derart ausdauernd, dass sein jeweiliger Mitspieler kaum eine Möglichkeit sieht, das Gespräch durch ihn beenden zu lassen.

Somit bringt Herr B. sich selbst in die Situation, ein Gespräch nach dem anderen mit der gesamten Gruppe zu führen, ohne sich selbst jemals aus dem Gespräch auszuschließen. Er wirkt vertieft in sein Spiel, reagiert zwar musikalisch auf die Verhalten und irritiert dargestellten Trommelschläge seiner Mitspieler, nimmt jedoch keinen Blickkontakt auf und sieht somit auch weder das etwas ratlose Schulterzucken der Gruppe, noch die Hilfesuchenden Blicke mir gegenüber.

In der anschließenden Reflexion bemerkt er, sich für das fortlaufende Gespräch verantwortlich gefühlt zu haben. Die einzelnen dargestellten musikalischen Beiträge seien ihm viel zu kurz erschienen, als sie einem Gespräch zuordnen zu können. Einzelne Teilnehmer wiederum meinen sie seien irritiert über sein Spiel, fragen, ob er die Anleitung nicht verstanden habe. Herr B. wirkt über diese Bemerkungen erstaunt und fragt mich direkt, ob er nun derjenige sei, der etwas falsch gemacht habe. Ich weise ihn darauf hin, dass ein Gespräch auch ein kurzer Wortwechsel bedeuten könne. Herr B. gibt zu, in allen Belangen des Lebens sehr ausschweifend zu sein. Dies beziehe sich wohl auch auf Gespräche. Er rede seine Mitmenschen in Grund und Boden, weil er das Gefühl habe, noch nicht alles zum Ausdruck gebracht zu haben. Es sei nicht seine Absicht gewesen, das Spiel durch seine Ausdauer zu sprengen. Die Gruppe signalisiert, ihm dies nicht übel zu nehmen, wirkt jedoch nach seinen ausschweifenden Erklärungen bereits wieder abwesend.

8. Sitzung

Herr B. erscheint 10 Minuten verspätet.

In der musikalischen Aufwärmphase tanzen wir den Sonnentanz. Es ist ein Folkloretanz, bekannt durch die Ausbildung und wird als langsame Bewegungsmeditation beschrieben. Herr B. betritt angespannt und mit angestrenzter Gesichtsmimik den Raum. Er wirkt zunächst hoch konzentriert, Blickkontakt nimmt er nicht auf. Im Laufe des Tanzes scheint sich seine Stimmung zu ändern. Seine Körperhaltung ist aufrechter, der Blick der Gruppe zugewandt.

In der musikalischen Aktionsphase biete ich der Gruppe eine Improvisation mit dem Thema "Wetterwechsel" an. Dazu sucht sich jeder so viele Instrumente, wie er meint zu benötigen. Die Vorgabe der freien, unbegrenzten Instrumentenwahl führt dazu, dass sich Herr B. scheinbar maßlos und sehr langwierig mit der Suche beschäftigt.

Aus Platzmangel beendet er schließlich seine Auswahl, nachdem er aufwendig sieben Instrumente um seinen Stuhl drapiert hat. Sein Instrumentarium umfasst die Conga, Djembe, Chime, Gong, Cymbeln, Energy Chime und die Rassel.

Diese ausufernde, geradezu grenzenlose Eigenschaft, die sicherlich auf seine Zwangsneurose zurückzuführen ist, habe ich in meinen Vorüberlegungen nicht bedacht. Sie dient mir jedoch als Richtwert für alle folgenden Sitzungen.

Die Gruppe stellt ein ohrenbetäubendes Gewitter dar, angeführt von Herrn B., der andere Teilnehmer anzutreiben scheint. Er schlägt sehr kraftvoll und ausdauernd auf Conga, Djembe und Gong. Sein Spiel ist weniger rhythmisch als vielmehr wild und ungezügelt. Die Lautstärke auf den Trommeln verstärkt er durch die zeitweise eingesetzten Schläge mit Schlegeln. Blitze lässt er durch die Chime erklingen.

Nach Entladung des Gewitters reduziert sich die Lautstärke, melodische Klänge treten in den Vordergrund durch den Einsatz von Glöckchen, Xylophon und Saiteninstrumenten. Die Gruppe hält sich noch eine Weile in der Sonne auf und scheint das plötzliche harmonische Spiel zu genießen.

In der anschließenden Reflexion äußern die meisten Teilnehmer, das Gewitter als befreiend empfunden zu haben. Herr B. meint, sich etwas ausgepowert zu fühlen. Er habe viel Kraft aufgewendet. Das Gewitter habe auch ihn selbst entladen. Die ihm bekannte Anspannung sei einer ungewohnten Ruhe gewichen. Diesen Zustand erreiche er nur selten bis gar nicht. Er betont jedoch, dass dies eine gestellte Situation sei. Er habe die Entladung nur gespielt, könne sich folglich nicht so fühlen.

Von dem Inhalt dieser Aussage weicht er nicht ab. Er bekräftigt, dass dieses Spiel nichts mit seiner Realität zu tun habe. Herr B. scheint fixiert auf diese Einschätzung zu sein. Ich halte es daher für sinnvoll das Gespräch nicht weiter zu vertiefen, um eine negative Wandlung seiner Stimmung zu vermeiden. Ich gehe mit dem Widerstand.

Eine veränderte, positive und entspannte Haltung ist jedoch auch nach Ende der Sitzung für andere Mitarbeiter deutlich sichtbar.

15. Sitzung

Herr B. erscheint heute nur 8 Minuten verspätet.

In der musikalischen Aufwärmphase biete ich der Gruppe ein mantraähnliches Lied an, das aus gesungenen Vokalen besteht. Herr B. betritt mit der mir schon vertrauten angespannten Körperhaltung den Raum.

Beim Gesang hält er sich zunächst im Hintergrund singt jedoch nach mehreren Durchgängen gut hörbar mit. Seine Mimik verändert sich positiv, seine Körperhaltung wirkt gelockert. Die gesamte Atmosphäre in der Gruppe ist sehr angenehm.

Das Spiel Darstellen psychischer Zustände habe ich für diese Gruppe in abgewandelter Form angeboten.

Die Idee bei diesem Spiel ist die differenzierte musikalische Kommunikation.

Herr B. benötigt viel Zeit bei der Auswahl und muss zeitlich begrenzt werden. Die Anzahl der Instrumente habe ich aufgrund der Vorerfahrungen absichtlich beschränkt. Herr B. wählt das Monochord und die Gitarre. Die musikalischen Darstellungen des eigenen Zustandes scheinen nach meiner Einschätzung sehr stimmig. Auch die von der Gruppe erfassten und begleiteten Stimmungen passen häufig mit dem tatsächlichen Befinden überein. Ich empfinde die Gruppe daher heute als sehr sensibel und einfühlsam.

Herr B. spielt vorrangig auf dem Monochord. Er lässt die Saiten vibrieren und ausklingen.

Das gesamte Spiel wirkt vom Tempo ruhig und gelassen, einzig die starke Vibration lässt auf eine andere Stimmung schließen. Diesen dargestellten Zustand erkennt die Gruppe nicht. Sie begleitet ihn ebenfalls in ruhigem Tempo und leisen Tönen. Im anschließenden Feedback äußern sie eine ausgeglichene Stimmung wahrgenommen zu haben.

Herr B. erklärt die Wahl seines Instrumentes. Er habe absichtlich zwei Saiteninstrumente mit starker Schwingung gewählt. Diese stehen für sein momentan wackeliges Gleichgewicht.

Er habe das Gefühl alles gerate außer Kontrolle. Herr B. verliert sich wieder in einem Vortrag über Normen und Werte der Gesellschaft, die den Menschen klein halten wollen. Ich versuche ihn an das aktuelle Thema, die momentane Stimmung, zurückzuführen und wiederhole noch einmal seine Aussage: "alles wackelt." Herr B. lässt sich auf das Gespräch ein und berichtet von einem aktuellen Ärgernis im Haus. Seine über Stunden hingezogenen Mahlzeiten seien der Anlass. Er habe die Auflage, innerhalb der Essenszeiten zu erscheinen. Allerdings müsse er nicht innerhalb dieser Zeit seine Mahlzeit beenden. Er selbst ärgere sich über diese Regel. Er möchte sich weder daran halten, noch sehe er Sinn darin.

Ich versuche, andere Teilnehmer mit in das Gespräch einzubeziehen. Sie äußern sich zunächst nur vage und vorsichtig, letztendlich jedoch eindeutig. Sie sind der Auffassung, diese Abmachung sei weniger eine Regel sondern ein Kompromiss. Hr. B. hört aufmerksam zu. Die Worte seiner Mitbewohner scheinen ihn eher zu überzeugen als die der Mitarbeiter. Er äußert sich zwar dahingehend, keinen Kompromiss erkennen zu können, insgesamt wirkt er jedoch

weniger aufgebracht und angespannt. In den folgenden Wochen ist er bemüht, sich an die neue Vereinbarung zu halten.

21. Sitzung

Herr B. erscheint pünktlich. Er betritt stark angespannt den Raum.

In der musikalischen Aufwärmphase bewegen wir uns zur Musik durch den Raum, lockern einzelne Körperpartien, lassen den Atem fließen und finden unser eigenes Tempo.

Bereits zum Ende dieser Übung verändert sich die Mimik des Herrn B., die Anspannung ist etwas gelöst.

In der musikalischen Aktionsphase biete ich der Gruppe eine Improvisation an mit dem Thema "wie geht es mir heute".

Dazu wählt jeder Teilnehmer zwei Instrumente. Herr B. entscheidet sich für die Conga und den Gong.

Die Improvisation beginnt aus der Stille heraus sehr schnell. Die Klänge steigern sich zügig von zunächst leisen, zaghaften Tönen in eine ohrenbetäubende Improvisation. Herr B. spielt mit lauten, kräftigen Schlägen auf der Conga.

Seine Schläge wirken gezielt und bewusst eingesetzt. Zwischenzeitlich benutzt er zusätzlich den Schlegel und übertrifft damit noch seine zuvor eingesetzte Lautstärke. Er wirkt in sein Spiel versunken, scheint andere Teilnehmer nicht mehr wahrzunehmen. Die Gruppe lässt sich von den lauten Klängen mitreißen und bietet ihm somit zusätzliche Unterstützung. Jetzt findet der Gong seinen Einsatz. Herr B. spielt dermaßen kraftvoll und enthusiastisch, dass ihm der Schlegel aus den Händen gleitet. Erst danach nimmt er Blickkontakt zur Gruppe auf. Er passt sich an ein rhythmisches Spiel an und hat so auch musikalischen Kontakt. Er wirkt wieder zugänglich für andere Impulse und versucht darauf einzugehen. Seine zuvor deutlich anzusehende Anspannung scheint von ihm abzufallen.

In der anschließenden sprachlichen Reflexion berichtet er, das Spiel genossen zu haben. Er habe viel von seinem Frust, Ärger und Anspannung loswerden können. Allerdings sei das nur innerhalb dieses Raumes möglich. Die musikalische Entladung sei eine aufgesetzte und unechte Entladung. Seine Anspannung sei dadurch nicht beeinträchtigt. Diese Art von Äußerung in den Gesprächsphasen ist mir bekannt. Allerdings beschreiben die äußeren Signale und Mitteilungen das Gegenteil. Von den Mitarbeitern wird häufig rückgemeldet, dass Herr B. nach den musiktherapeutischen Sitzungen verändert auftritt.

Er wirkt entspannter, offener und zugänglicher. Dies insbesondere nach Gruppen, in denen es ihm möglich war, seine Anspannung zum Ausdruck zu bringen.

Smeijsters sagt dazu: "Es ist das Künstliche der Situation, wodurch die Person auf indirekte Weise das Verhalten der Wirklichkeit verändern kann." (Smeijsters, 1999, S.89)

10. Evaluation

Evaluation bedeutet Auswertung, Bewährungs-, Wirkungs- oder Erfolgskontrolle von Verfahren, Programmen, Maßnahmen usw. (vgl. Fachlexikon der sozialen Arbeit, 1993) Evaluation als Grundlage wissenschaftlicher Wirksamkeitsforschung sollte unverzichtbarer Bestandteil professionellen Handelns sein. Dies gilt für den therapeutischen als auch für den pädagogischen Bereich. Angewendete Methoden der Evaluation lassen die psychotherapeutische Arbeit erkennbar werden für Klienten und Kostenträger.

Durch Evaluation

- wird die Therapeutin in die Lage versetzt, ihre Musiktherapie objektiv zu bewerten;
- sie hat einen direkten Einfluss auf die Qualität ihrer Arbeit;
- sie ist ein zuverlässiges Verfahren zur Ermittlung von Erfolg und Misserfolg
- sie zeigt Defizite und Potentiale des konkreten therapeutischen Handelns auf;
- sie führt zu adäquaten Veränderungen der therapeutischen Interaktion;
- sie ermöglicht es, die Effizienz der Musiktherapie zu belegen.

Arbeitspapier Kapteina/Wortmann:

Die Evaluation richtet die Bewertung des therapeutischen Prozesses an den vereinbarten Therapiezielen, der Diagnosen oder Störungen aus. Evaluation findet daher mit der Dokumentation jeder einzelnen Sitzung statt und nicht nur als Auswertung am Ende der gesamten Therapie. (vgl. Wortmann, Arbeitspapiere der 4. Ausbildungsstufe)

Zunächst erschien mir dieses Vorgehen, Verbesserungen oder Verschlechterungen vor und nach einer musiktherapeutischen Sitzung eintragen zu müssen problematisch. Hinzu kamen Bewertungen der Motivation, der Wahrnehmung und des Denkens, der Kommunikation, des medizinischen Allgemeinzustandes, der Mitteilungen und Signale

des Klienten sowie der Äußerungen und Signale aus dem Umfeld. Durch die Chronifizierung der Erkrankungsformen waren Fortschritte bzw. Veränderungen nach jeder Sitzung kaum erkennbar und ließen sich schwer beschreiben. Eine generelle Entwicklung nach jeder Gruppe war nicht auszumachen. Im Laufe der Zeit lernte ich die Bedeutsamkeit einer sehr differenzierten Beobachtung kennen. In der Supervision machte ich außerdem die Erfahrung, auch andere Werte in die Evaluationsbögen eintragen zu können. Diese bezogen sich auf die Erhaltung von Ressourcen, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner.

Eine sichtbare Motivation war beispielsweise das pünktliche und selbständige Erscheinen zur Therapie, eine Beobachtung der Wahrnehmung, die richtige Auffassung einer Spielanleitung. Es ist also wichtig und unumgänglich, die Entwicklungen und Veränderungen den Möglichkeiten anzupassen. Im Falle von Langzeitpatienten heißt das auch, die eigenen Ansprüche und Erwartungen auf ein Minimum zu reduzieren und sich vielmehr an den Erhalt vorhandener Fähigkeiten zu orientieren.

Zu den Beobachtungen im Falle des Herrn B., stellt das Trommeln einen Prozess intensiver Körpererfahrung dar. Seine eigenen festgehaltenen Spannungen verloren nach längeren Trommelphasen ihre Wirkung. Durch die Bewegungen konnten Verkrampfungen wahrgenommen werden und nach außen fließen, so dass Herr B. insgesamt entspannter wirkte.

Ein entspannteres Verhalten war nahezu durchgängig in den einzelnen Sitzungen spürbar. In der Musik war er frei von Zwängen. Seinen Drang nach Perfektionismus brachte er zwar zum Ausdruck, jedoch nicht derart ausgeprägt wie im Alltag. Er profitierte von den Vorgaben, die die Musiktherapie bietet. Er konnte nichts falsch machen, musste sein Können nicht beweisen. Stimmungseinbrüche und Anspannungen ließen sich innerhalb der Sitzungen häufig auflösen. Hilfreich dabei war auch die Aufwärmphase, in der er die Möglichkeit hatte anzukommen und sich auf die angebotene Sitzung einstellen zu können. Vorherige Zwangshandlungen und – Gedanken konnten so besser außen vor gelassen werden. Bereits in den Aktionsphasen schien er sich vollkommen auf die Musiktherapie einlassen zu können. Diese Erfahrungen können auch auf alle anderen Teilnehmer übertragen werden. Am Anfang jeder neuen Sitzung nehme ich Apathie, Müdigkeit und Spannung wahr, eine Lebendigkeit entwickelt sich erst im Spiel.

Insgesamt beteiligte sich Herr B. in den Reflexionsrunden teilweise ausufernd und wortreich. Es war immer wieder erforderlich, ihn auf das Thema, d.h. eine präzise gestellte Fragestellung zurückzuführen und ihn im Gespräch zu strukturieren.

Seinen Mitspielern gegenüber äußerte er sich wohlwollend, jedoch nicht unkritisch. Vielmehr zeigte er eine hohe Sensibilität in seiner Wortwahl, sehr darauf bedacht, niemanden zu verletzen. Er hinterfragte einzelne Beiträge und machte somit ein sichtbares Interesse an der Gruppe deutlich. Dies zeigte sich auch am Inhalt seiner Rückmeldungen zum Spiel der Teilnehmer. Er schien einzelne musikalische Beiträge wahrzunehmen und konnte diese im Gespräch sachlich kommentieren. In einigen Stücken wirkte er jedoch so in ein Instrument oder eine musikalische Idee vertieft, dass er Mitspieler zeitweise nicht mehr wahrnahm. Seinem eigenen Spiel gegenüber zeigte er sich in hohem Maße kritisch. Durch sein Streben nach Perfektion konnte er, in seinen Augen, Misslungenes schlecht ertragen. „Fehler“ bzw. Unsicherheiten im Spiel erlaubte er sich nicht, versuchte diese aber auch nicht zu vertuschen. Es entstand der Eindruck, dass besonders durch seinen Drang alles richtig zu machen, er Schwierigkeiten hatte beim Durchhalten eines von ihm erfundenen Rhythmus oder einer Melodie. Dabei wählte er selten einfach spielbare musikalische Variationen sondern sehr niveauvolle, die eine hohe Konzentration erforderten.

Trotz der Bemühungen einzelner Teilnehmer, ihn in der anschließenden Reflexion in seiner Kritik zu entlasten, hatte er selten die Gelassenheit produktiv damit umzugehen. Schwabe sagt dazu : „Musikalisches Erleben ist die Grundlage des Musizierens, und dafür kann es keine objektiven Maßstäbe geben.“ (Schwabe, 1992, S. 116)

11. Zusammenfassende übergreifende Betrachtung

Mit diesem Fachvortrag habe ich meine musiktherapeutische Arbeit mit chronisch psychisch kranken Menschen beschrieben. Es geht vor allem darum, eine weitgehende Normalisierung der Lebensführung und größtmögliche Förderung der Menschen zu erreichen. Bewohnerinnen und Bewohner, die in der Lage sind ihre Fähigkeiten noch weiter auszubauen, werden zusätzlich in Therapien und externen Angeboten in Bereichen der Belastung, Konzentration und Ausdauer gefördert. Der Name des Hauses steht zum einen für die Weiterführung der jeweiligen Entwicklung. Es bietet die Möglichkeit ohne Zeitdruck eine neue Perspektive zu entwickeln. Zum anderen steht er aber auch dafür, für Menschen, die bereits zahlreiche Betreuungsformen ohne Erfolg durchlaufen haben, endlich die nötige Ruhe finden zu dürfen.

Bei den meisten Bewohnerinnen und Bewohnern sind oft die gesamten Persönlichkeiten von Veränderungen erfasst. Aufgrund der Schwere der Erkrankungsformen besteht außerdem häufig eine schlechte Prognose. Oft dauert es Jahre, eine Verbesserung erkennen zu können. In meinem Angebot der Musiktherapie war es daher schwierig, Verbesserungen bzw. Veränderungen nach einer Sitzung zu beschreiben. Hinzu kamen zusätzliche Beeinträchtigungen durch eine teilweise hohe medikamentöse Dosierung. Sie beeinflussten die Möglichkeit der aktiven Teilnahme an den Sitzungen. Trotzdem zeigte die Musik ihre Wirkung. Sie hat ihre Fähigkeit, Stimmungen zu beeinflussen bewiesen.

Die Möglichkeit des Mitteilens war für mich Grundlage des Themas: "Ausdruck und Kommunikation durch Musik". Innerhalb des aktiven Musikmachens fanden Gespräche statt. In der Musiktherapie werden alltägliche Probleme im zwischenmenschlichen Bereich deutlich. Dabei ist die Musik in der Arbeit mit psychisch Kranken durch ihre sozialisierende und strukturierende Wirkung gut einsetzbar. Gruppenmitglieder waren in der Lage, Instrumente effektiv zu nutzen, um ihre Stimmung positiv zu beeinflussen.

Die anschließenden Reflexionen erwiesen sich als sehr kurz und konnten auch mit gezieltem Fragegerüst nicht weiter ausgebaut werden. Um das Gespräch und den Kontakt innerhalb der Gruppe dennoch nicht abbrechen zu lassen, baute ich so genannte Sprachbeschleuniger mit ein, die ich während der Ausbildung kennen lernte. Dies kann ein (Rede)Stab, ein außergewöhnlicher kleiner Ball, eine Frisbee-Scheibe oder ähnliches sein. Die Beschleuniger werden durch einzelne Teilnehmer nach eigenem Wortbeitrag an weitere Teilnehmer weitergereicht und bedeuten diesen, sich zu äußern. Sie erwiesen sich als hilfreich, die Verantwortung der Reflexion auf die Gruppe zu übertragen und machten einen eigenen Beitrag jedes Teilnehmers unumgänglich.

Eine ähnlich wichtige Bedeutung wie die Aufwärmphase fand die Gruppe im Abschluss. Dieser wurde häufig in Form eines Tanzes gebildet. Trotz der Schwierigkeit Schrittfolgen und Rhythmus miteinander in Einklang zu bringen, erkannte ich bei ausnahmslos allen Teilnehmern große Freude an den Folkloretänzen. Dies überraschte mich, da ich die Bewohnerinnen und Bewohner bisher als antriebslos mit einem Gefühl der Schwere wahrgenommen hatte. Durch den Einsatz von Tüchern, die sie zwischen sich hielten, entstand ein Kontakt zur Gruppe, ermöglichte jedoch die nötige Distanz ohne körperliche Berührung. Insgesamt bin ich der Überzeugung, dass trotz aller beschriebenen Schwierigkeiten aufgrund der Schwere der Erkrankungsformen, die meisten Bewohnerinnen und Bewohner von der Musiktherapie profitieren konnten und auch weiterhin können.

In einem Zitat heißt es über die Bedeutung von Sprache:

„Wahrnehmungen beschreiben können,
Erkenntnisse mit Worten darstellen können,
eigene und Probleme anderer formulieren zu können-
das alles ist offenbar wichtig für ein angemessenes Leben in der menschlichen Gesellschaft.“
(Zitat in :Psychologie: Kühne, Gewicke, Harder-Kühne, Priester, Sudhues, Tiator S.151)

Erscheint dies jedoch nicht möglich, bietet die Musik vielfältige Möglichkeiten des
Ausdrucks und der Kommunikation im nicht-sprachlichen Bereich.

Die Musik schafft also im Bereich chronifiziert psychisch Kranker hier neue Wege.

Literaturanhang

Bunt, Leslie: Musiktherapie – Eine Einführung für psychosoziale und medizinische Berufe, Weinheim und Basel, 1994

Bäumel, Joseph: Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, Berlin-Heidelberg-New York, 1994

Deutscher Verein für öffentliche und soziale Fürsorge: Fachlexikon der sozialen Arbeit, Frankfurt, 1993

Friedemann, Lilli: Trommeln-Tanzen-Tönen, Wien, 1983

Kühne, Gewicke, Harder-Kühne, Priester, Sudhues, Tiator: Psychologie, Köln, 1988

Meyberg, Wolfgang: Trommelnderweise – Trommeln in Therapie und Selbsterfahrung, Oldenburg 1989

Payk, Theo R.: Checkliste Psychiatrie, Stuttgart – New York, 1992

Richter, Kurt F.: Erzählweisen des Körpers, Seelze-Velber, 2003

Schwabe, Matthias: Musik spielend erfinden, Tübingen, 1992

Schwabe, Christoph und Rudloff, Helmut: Aktive Gruppenmusiktherapie für erwachsene Menschen, Crossen, 1997

Smeijsters, Henk: Grundlagen der Musiktherapie, Göttingen, 1999

Stricker-Jannan, Dagmar: Psychiatrie für Pflegeberufe, Troisdorf, 2004

Hopster, Gertrud: "Musik und Kontakt" in: Musiktherapeutische Umschau, Band 26, Göttingen, 2005, S. 18-28

