

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“

(peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit,
Düsseldorf/Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität
Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit,
Düsseldorf/Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems, Europäische
Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit,
Düsseldorf/Hückeswagen

© *FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.*

Ausgabe 15/2008

Zur spezifischen Wirksamkeit von Integrativer Musiktherapie in der gruppentherapeutischen Behandlung von psychosomatischen PatientInnen

Elfriede E. Landmann, München*

* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“, staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Düsseldorf, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>) Quelle: POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit bei: www.fpi-publikationen.de/polyloge **Graduierungsarbeit aus dem Jahre 2006**

Inhaltsverzeichnis:

1. EINLEITUNG	3
2. INTEGRATIVE MUSIKTHERAPIE IN DER STATIONÄREN BEHANDLUNG PSYCHOSOMATISCHER PATIENTINNEN	3
3. DIE 14 WIRKFAKTOREN IN DER INTEGRATIVEN THERAPIE	4
4. EIGENES UNTERSUCHUNGSDESIGN	5
5. DARSTELLUNG DES VERLAUFS	5
6. ZUSAMMENFASSENDER DARSTELLUNG DES GRUPPENPROZESSES	5
6.1 1. Gruppensitzung	6
6.2 2. Gruppensitzung	7
6.3 3. Gruppensitzung	9
6.4 4. Gruppensitzung	10
6.5 5. Gruppensitzung	12
7. ERGEBNISSE	13
8. DISKUSSION UND AUSBLICK	13
9. ZUSAMMENFASSUNG:	14
10. LITERATUR:	15
11. ANHANG	16

1. Einleitung

Musiktherapie hat sich von der lange bestehenden rein rezeptiven Form zur aktiven Form in neuerer Zeit entwickelt. „In den philosophischen Traditionen Platons und Aristoteles hatte Musik die Aufgabe, die Seele zu führen, um wieder in Konsonanz mit der höheren Wirklichkeit zu sein.“... „Die Erlaubnis, Welt subjektiv wahrzunehmen und zu erleben, konnte sich auch in den folgenden Jahrhunderten nicht durchsetzen, denn das Hinterfragen des absolut Wahren, Guten und Schönen war in diesem Weltbild nicht denkbar.“ (Frohne-Hagemann 2004, S.2)

„In den 70er Jahren lehnten viele MusiktherapeutInnen mit dem verordneten Musikhören die Manipulation des Erlebens und der Affekte mit der Begründung ab, dass sie nur die Macht der Therapeuten bestätige, nicht aber die Selbstheilungskräfte des Patienten anrege.“ (I. Frohne-Hagemann 2004, S.6)

Die aktive Musiktherapie blühte seither auf, die freie Improvisation, die vielfach in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken praktiziert wurde, versprach zunächst Freiheit von festen Ordnungen und Normen, Gefühle konnten frei ausgedrückt werden.

In der Integrativen Musiktherapie kommen sowohl aktive als auch rezeptive Elemente zum Tragen. Die intersubjektive Beziehung zwischen PatientIn und TherapeutIn ist in der Integrativen Therapie von entscheidender Bedeutung. Die PatientInnen werden als MitgestalterInnen des therapeutischen Geschehens und der Beziehung ernst genommen, aber auch herausgefordert. Indem Übertragungs und Gegenübertragungsgefühle sowohl in der freien Improvisation, als auch bei der Auswahl und beim Anhören von Musikstücken genutzt werden, können Verstehensprozesse eingeleitet werden, Interessen angeregt werden oder positive Zukunftsperspektiven erarbeitet werden.(Frohne-Hagemann 1999)

Fritz Hegi stellt zwei Wirkungsfelder heraus, was die Musiktherapie anbetrifft, die Musik und die Beziehung. (Fritz Hegi 1998)

Daß Musik wirkt und auch Beziehung wirkt, steht außer Frage und dennoch: die Wirkung lässt sich weder festschreiben noch festhalten. Heute kann die gleiche Musik tiefste Gefühle in mir auslösen und morgen berührt sie mich kaum.

Die Integrative Therapie ist dem Heraklitischen Satz : „Alles ist im Fluß“, verpflichtet. Dem schließe ich mich an, insofern erhebt sich die Frage, ob man überhaupt jemals von spezifischen Wirkfaktoren sprechen können wird.

Vielleicht kommt es auf die Art der Therapieziele an, die wir formulieren. Vielleicht sollten wir Therapeuten schon zufrieden sein, wenn ein schwer geschädigter Patient für fünf Minuten seine Beine spürt. Wenn wir von Wirkungen sprechen, sollten wir auch nicht den Zeitfaktor außer acht lassen; es kann durchaus sein, dass eine Therapiestunde vermeintlich eine wunderbare Wirkung gezeigt hat, diese positive Wirkung aber bald wieder nachlässt.

Ich möchte nicht zu pessimistisch sein, aber vielleicht ist Therapie etwas wie die Bestellung eines Reisfeldes oder eines Weinberges.

Genauso wie unser Körper, bedarf wohl auch unsere Seele der beständigen Pflege und solange wir selbst nicht imstande sind, unsere Seele angemessen zu hegen und zu pflegen, brauchen wir Hilfe; jemanden, der sich unserer Seele annimmt.

2. Integrative Musiktherapie in der stationären Behandlung psychosomatischer PatientInnen

Seit vier Jahren ist Musiktherapie Bestandteil der Behandlung für die PatientInnen der Psychotherapiestation. Von der Station bekomme ich eine psychotherapeutische Krankengeschichte mit vorläufiger Diagnose. Die psycho-analytisch ausgerichteten Ärzte und Psychologen korrigieren im Therapieverlauf ihre Diagnosen zusammen mit dem Team, wann immer es nötig erscheint. Dieses Vorgehen entspricht dem integrativen Ansatz, indem Diagnosen nicht fest-schreiben oder abstempeln sollen, sondern während und durch die Therapie sich verändern können.

Im Integrativen Ansatz wird von „Theragnostik“ gesprochen. „So kommen in der „Theragnostik“ Perspektiven der Pathogenese und der Salutogenese zum Tragen, werden Belastungs-, Risiko- und protektive Faktoren sowie Resilienzen erfasst. Diese Betrachtung wird mit der Patientin zusammen reflektiert. Sie erhält dadurch eine gewisse Übersicht über die aktuelle Situation in der Therapie und „Exzentrizität“ zu ihrem Leben. Wo immer möglich, findet Diagnostik korespondierend

statt, in geteiltem „locus of control“, um „informed consent“ und „client dignity“ zu gewährleisten. Mit dem Fokus auf die Persönlichkeitsstrukturen schreitet Integrative Diagnostik von der Informationssammlung zu deren Auswertung. Sichtung, Orientierung und Klassifizierung führt zu Bezügen, in denen Prägnanzen und Sinn aufscheinen.“ (H.G. Petzold 2001, S.154)

In einer ersten Kontaktaufnahme, im Vorgespräch, das ich allein mit dem/r Patient/e/in führe, geht es um die aktuellen Lebensumstände, um biographische Hintergründe und um mögliche Therapieziele. Während der Gruppentherapie wird immer wieder Bezug genommen zu Inhalten des Vorgesprächs, Zusammenhänge werden aufgezeigt zwischen dem aktuellen Erleben z.B. während einer freien Improvisation und biographischen Gegebenheiten, so kann es zu Verstehensprozessen kommen.

Viele unserer PatientInnen kommen in existentiellen Lebenskrisen zur stationären Behandlung. Sie kommen mit beruflichen, finanziellen Problemen, zum Teil haben sie keinerlei soziale Kontakte mehr. Einige können sich nicht vorstellen, wie ihnen in ihrer aussichtslos erscheinenden Lebenslage ausgerechnet Musiktherapie helfen könnte. Fünf bis sieben PatientInnen kommen einmal die Woche für 1 ½ Stunden zu mir in die Musiktherapie.

Als integrative Musiktherapeutin sehe ich mich sowohl als Gegenüber in einer von Intersubjektivität und Interaffektivität geprägten partnerschaftlichen Begegnung, wie auch als stützende Begleiterin, besonders bei PatientInnen mit frühen Schädigungen oder Angstpatienten.

Hier bietet sich auch rezeptives Arbeiten an, wobei sich die PatientInnen durch die Präsenz der Therapeutin und der Gruppe gehalten fühlen sollen, um sich von der Musik emotional mitnehmen zu lassen. (Frohne-Hagemann 2004)

Welche Wirkung die Kombination von aktiver und rezeptiver Musiktherapie hat, soll im Verlauf dieser Arbeit dargestellt werden und mit den 14 Wirkfaktoren verglichen werden, die H.Petzold für die Integrative Therapie aufgestellt hat.

Wenn nachfolgend Wirkungen beschrieben werden, gehen diese selbstverständlich nicht ausschließlich auf die Musiktherapie zurück, sondern auf das Zusammenwirken der Einflüsse, die aus dem stationären Aufenthalt, dem Austausch der PatientInnen untereinander, den Gesprächen mit dem Pflegepersonal, Arztgesprächen, psychotherapeutischen Gesprächen, Teilnahme am Frühsport usw. resultieren. Die Musiktherapie lässt sich von daher in ihrer Wirkung nicht isoliert betrachten und dies ist auch gar nicht mein Anliegen, vielmehr soll ein Ausschnitt des Musiktherapiealltags unter dem besonderen Blickwinkel auf die Wirkfaktoren beschrieben werden.

Eine große Hilfe stellen die von H. Petzold bereits formulierten 14 therapeutischen Wirkfaktoren dar.

3. Die 14 Wirkfaktoren in der Integrativen Therapie

Die Wirkfaktoren Petzolds decken sich im Wesentlichen mit den Ergebnissen der klinischen Entwicklungspsychologie und Longitudinalforschung. (H.W. Schuch 2001)

Die oft als „unspezifische“ benannten Wirkfaktoren gilt es gezielt einzusetzen, damit sie „spezifische Wirkfaktoren“ werden. (H.G. Petzold 2001)

„In der Integrativen Therapie werden folgende Wirkfaktoren gesehen, die in unterschiedlichen Kombinationen - abhängig von der Eingangsdiagnostik und ggf. modifiziert aufgrund der Prozessdiagnostik- eingesetzt oder im Prozess akzentuiert werden:

1. Einführendes Verstehen, Empathie
2. Emotionale Annahme und Stütze
3. Hilfen bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung
4. Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft
5. Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrungen
6. Förderung kommunikativer Kompetenz/Performanz und Beziehungs- fähigkeit
7. Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung
8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen
9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte
10. Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven und Erwartungs horizonten
11. Förderung eines positiven persönlichen Wertebezugs
12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen, d.h. „persönlicher Souveränität“

13. Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke
14. Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen und „fundierter Partnerschaft“

Die Wirkfaktoren kommen integriert im persönlichen Stil der Therapeutin und organisch im Geschehen der Therapie situations- und problemangemessen zum Tragen.“ (H.G. Petzold 2001, S.161)

4. Eigenes Untersuchungsdesign

In einem Projekt von fünf Gruppensitzungen, in denen aktive und rezeptive Elemente der Integrativen Musiktherapie kombiniert werden, kommen spezifische und unspezifische Wirkfaktoren zum Tragen. Anhand von Stundenprotokollen, Fragebögen und den Äußerungen der PatientInnen wird der therapeutische Prozeß beschrieben. Durch die mehrperspektivische Sicht (therapeutisches Ziel, Auswahl der Musik durch die PatientInnen, Erleben der PatientInnen, Gruppenprozeß, Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen) werden Wirkfaktoren identifiziert.

5. Darstellung des Verlaufs

Das Projekt wurde von mir initiiert, nachdem mit Hilfe von Körperspür- und Erdungsübungen, von gemeinsamen Trommelimprovisationen, Finden eines gemeinsamen Gruppenrhythmus eine vertrauensvolle Gruppenatmosphäre erreicht war.

In Anlehnung an das musikalische Lebenspanorama bat ich die PatientInnen, ihre Lieblingsmusiken mitzubringen. „Das musikalische Lebenspanorama bietet gute Möglichkeiten, über das Wiedererleben von Musikstücken, die einem im Lebenslauf etwas bedeutet haben, wichtige Erinnerungen und ihre emotionalen Bedeutungshöfe aus den Gedächtnisspeichern des Leibes zu befreien und die Bedeutungen ihrer Spuren im eigenen Lebensverlauf zu erforschen.“ (Frohne-Hagemann 2004, S.317)

Meine therapeutische Absicht war es, mit der Hereinnahme der Lieblingsmusiken einerseits die Eigenaktivität der PatientInnen zu fördern, andererseits durch die Beschäftigung mit dem eigenen „Material“ und mit Hilfe der relativ passiven Körperhaltung im rezeptiven Teil regressive Prozesse in Gang zu bringen, um danach wieder, vielleicht mit anderen Vorzeichen in die Aktivität und Progression zu gehen.

Am Anfang und Schluß jeder Sitzung sollte eine musikalische Gruppenimprovisation stattfinden, dazwischen ein bis zwei Leute ihre beiden Lieblingsmusiken vorspielen. Nach den fünf Gruppensitzungen wurde ein Fragebogen ausgefüllt.

6. Zusammenfassende Darstellung des Gruppenprozesses

Als eine Ausgangsdefinition möchte ich eine Definition für die „Gruppe“ anführen. „Eine Gruppe von Menschen ist ein relativ zeitkonstantes Interaktionssystem, mit einem spezifischen Status- und Rollengefüge, einem verbindenden Wertesystem und Zielhorizont sowie gemeinsamen Ressourcen, wodurch ein eigenes Gruppengefühl und Gruppenbewusstsein möglich wird, aufgrund dessen im Verein mit Identitätsattributionen aus dem sozialen Umfeld eine Gruppenidentität aufgebaut werden kann.“ (I. Orth, H.G. Petzold 1995b, S.203)

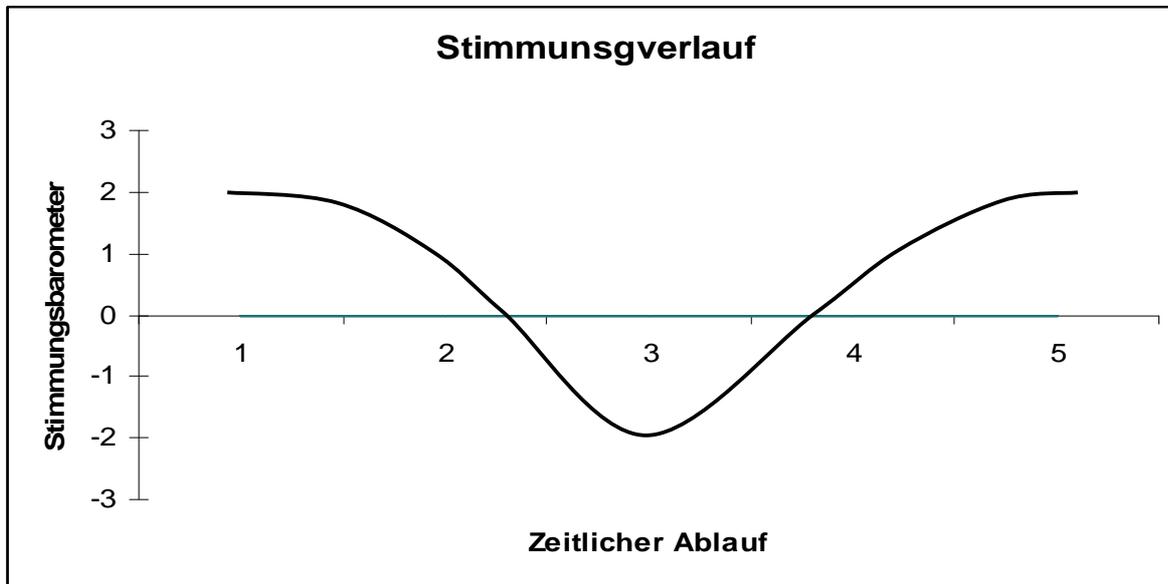
Die Musiktherapiegruppe ist eine Untergruppe der psychosomatischen PatientInnen, nicht alle haben Musiktherapie. Die Teilnahmepflicht ist von Station geregelt, das Verbindende ist der Umgang mit Instrumenten, die Möglichkeit, Frust z.B. gegenüber ärztlichen Anordnungen oder wegen Stagnation im Therapieverlauf auf der Pauke abzureagieren. Die Erarbeitung und das Erleben eines gemeinsamen Gruppenrhythmus auf Percussionsinstrumenten kann zu einem starken Zusammengehörigkeitsgefühl der GruppenteilnehmerInnen beitragen.

Die Regel, daß sich jede/r auch aus der gemeinsamen Arbeit zurückziehen kann, sich mit einer Decke abseits vom Gruppengeschehen niederlassen kann, impliziert die individuelle Wahlmöglichkeit zwischen Rückzug oder sich im Gruppenprozess einbringen. Beide Ziele, „progredierendes empowerment“ und regredierendes reparenting“ (I. Orth, H.G. Petzold 1995b) zu verbinden, war bei vorliegendem Projekt mein Hauptanliegen.

Dadurch, dass die PatientInnen von Anfang an aufgefordert waren, ihre eigene Musik mitzubringen, fühlten sie sich als MitgestalterInnen des Gruppenprozesses angesprochen und ernst genommen.

Gleichzeitig wurden durch die Beschäftigung mit der Vergangenheit und mit dem gemeinsamen Anhören der Musik regressive Prozesse eingeleitet, die zum einen in der Entdeckung von Ressourcen mündeten, zum anderen in einem Gefühlschaos, in dem sich unerfüllte Sehnsucht und Verzweiflung mischten.

Der Stimmungverlauf lässt sich graphisch wie folgt darstellen:



Das Stimmungstief wurde in der 3. Gruppensitzung erreicht. Eine Patientin war inzwischen wegen Suizidalität auf eine geschlossene Station verlegt worden, ein weiterer Patient wurde entlassen und eine neue Patientin kam dazu. Dadurch dass vier PatientInnen in allen fünf Sitzungen anwesend waren, konnte die Fluktuation gut aufgefangen werden. In der 4. Gruppensitzung stabilisierte sich die Stimmung wieder durch einen Perspektivenwechsel.

Nachdem in den ersten drei Gruppensitzungen vor allem in der erlebniszentrierten Modalität gearbeitet wurde, schaltete ich zu Beginn der 4. Gruppensitzung eine Entspannung mit dem Angebot, über die ersten drei Stunden zu reflektieren, ein. Für die aktuelle Befindlichkeit und für die Stimmung in den drei zurückliegenden Stunden wurden von jedem Patienten Symbole auf Papier gezeichnet. Danach stieg die Stimmung wieder an, progressive Tendenzen kristallisierten sich heraus.

Bei der Beschreibung der jeweiligen Sitzungen liegt der Focus immer auf einer PatientIn, mit welchen Musiken sie sich einbringt, lebensgeschichtliche Zusammenhänge und auch die weitere Entwicklung über die fünf Stunden hinaus, all dies wird in den Blick genommen.

Das vorliegende Projekt liefert meiner Meinung nach einen Beitrag zur Kompetenz- und Performanzverbesserung und trägt bei zur Förderung von Autonomie und Selbstbestimmtheit.

„Der Patient soll seine Lebenssituation nicht nur mit Mühen bewältigen, er sollte auch in die Lage versetzt werden, einen breiteren Stand, einen gesicherteren Boden, Situationskontrolle, Selbstwirksamkeit zu gewinnen.“ (I. Orth, H.G.Petzold 1995b, S.208)

6.1 1. Gruppensitzung

Nach der Anfangsrunde erkläre ich das Procedere, daß wir am Anfang und am Schluß improvisieren und dazwischen ein bis zwei Leute ihre Musiken vorstellen. Bis auf einen bringen sich alle Patient/Innen eher kraftvoll in die Eingangsimprovisation ein, es kommt ein tragender Gruppenrhythmus zustande. Frau A. gibt der Anfangsimprovisation den Namen „Schlangentanz“. Für Frau G. ist es eine vorsichtige Annäherung an die Gruppe, Herr L. ist mit seinem Röhrenglockenspiel eher untergegangen.

Frau A. präsentierte ihre beiden Stücke, ein „Herz“- und ein „Kopfstück“, wie sie sagte. Sie spielte uns von Days of the New: „The shelf in the room“ und von Mudhoney: „Touch me, I'm sick“, sie stellte die Stücke sehr kompetent und selbstbewußt vor, was ich ihr auch rückmeldete. Die Patientin hatte meinen Vorschlag, die Lieblingsmusiken mitzubringen, mit Begeisterung aufgenommen. Frau A. war wegen Suizidalität und psychosenahen Zuständen in stationärer Behandlung.

In vielen Stunden davor war Frau A. innerlich immer wieder weggetaucht (Innere Emigration). Sie hatte erzählt, daß ihre Mutter gar nichts von ihr gefordert hätte, ihr Stiefvater aber sehr streng gewesen sei und sie auch geschlagen habe. Frau A. hatte ihren leiblichen Vater nie kennengelernt, noch nicht mal ein Photo von ihm gesehen. Frau A. war als Kind sich und ihren Tagträumen überlassen worden, hatte wenig Beziehungsangebot bekommen, es gab wenige Menschen, an die sie sich hätte halten können. Während ihres Stationsaufenthaltes glitt sie immer wieder in Todeswünsche und suizidale Krisen ab.

Warum sie gerade im Zusammenhang mit eigener Musik emotional so spürbar wurde, sollte ich erst bei unserer Abschiedsstunde erfahren. Sie erzählte mir, daß ihr leiblicher Vater Musiker sei und daß es auch ihr Traum sei, sich mit Musik zu beschäftigen. Da sie die Adresse ihres Vaters wußte, konnte ich sie nur ermutigen, Kontakt mit ihrem Vater aufzunehmen, um vielleicht doch noch etwas von der Unterstützung und Inspiration zu bekommen, die sie so lange entbehrt hatte.

Frau T. war bereit, uns eines ihrer Lieblingslieder vorzuspielen, nämlich von Willy Astor :„Diamant“, ihre Musik war emotionsstimulierend. Herr C. und die Patientin selbst brachen bei dem Lied in Tränen aus. Das Lied spiegelte mit seinem Text genau die Gefühle wider, die Frau T. im Moment erlebte. Die Angst, daß sich in ihrem Leben nie mehr etwas ändern würde und die Hoffnung, „daß nichts so bleibt wie es ist“, dazwischen schwankte sie. Das Resignative schien eher etwas stärker zu sein.

Als vorläufige Diagnosen standen auf dem Arztbericht: „mittelgradige depressive Episode, emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Zustand nach Beodiazepinabhängigkeit, Bulimie, Reaktivierung einer zurückliegenden Traumaerfahrung im Rahmen einer Körpertherapie“. Auf Frau T. wird später noch näher eingegangen. (siehe 6.4.4)

Herr L. war in dieser Stunde extrem zurückhaltend, ich befragte ihn nach seiner Musik, er sagte, er wüßte zwar, was er gern vorspielen würde, doch er würde zu weit weg wohnen, um die Musik zu holen. Herr G. bot an, wenigstens einen Titel zu besorgen, als ehemaliger Dj kannte er sich bestens aus und konnte so Herrn L. eine Solidaritätserfahrung vermitteln.

Nach dem melancholischen Lied von Frau T. war der Beginn der Schlußimprovisation sehr zartfühlend und dicht, alle Patientinnen waren berührt. Vor allem durch Herrn G. aber wurde das dichte Gewebe zerstört durch schnelle, schrille Schläge auf dem Glockenspiel- die Männerriege solidarisierte sich in einem rhythmischen Spiel, während die Frauen und Herr L. eher noch in der Depression verharrten.

Ich wechselte von den zarten Tönen der Kantele zur Pauke und holte zumindest Frau G. dazu, der Kontakt weitete sich aus. Nach der Improvisation teilte Herr L. mit, es ginge ihm nicht so gut, vielleicht habe er das falsche Instrument gewählt (Claves), ich ermunterte ihn, nächstes Mal etwas größeres zu nehmen, vielleicht sei er gar nicht so unbedeutend, wie er meine.

Schon nach der ersten Gruppensitzung werden Wirkfaktoren erkennbar. Allein schon meine Einladung, Lieblingsmusiken mitzubringen bedeutete, daß kommunikative Kompetenz (6. W.f.) gefördert wurde und emotionaler Ausdruck (4.W.f.). Die PatientInnen kamen über ihre Lieblingsmusiken ins Erzählen, biographische Hintergründe konnten sich eröffnen, gegenseitiges Interesse und Mitgefühl wurde bei den meisten GruppenteilnehmerInnen geweckt. (6.W.f.)

Frau A. hat auf meine Einladung hin Freude und Spannung empfunden, ihr Selbstwertgefühl konnte gesteigert werden, indem sie Rückmeldung für ihre Darstellungskompetenz bekam. Schließlich konnte über die emotionale Involviertheit der Bogen zum biographischen Hintergrund gespannt werden und eine positive Zukunftsperspektive zumindest angebahnt werden. (10. W.f.)

6.2 2.Gruppensitzung

Es ist Herrn G.'s Abschiedsstunde, in der er auch seine beiden Musiken vorstellt, von Tracy Chapman: „Talking about the revolution“ und von Jethro Tull: „Locomotive Breath“. Herr G. erzählte uns, daß er die erste CD von einer Freundin geschenkt bekommen hatte und die zweite von einem

Freund. Herr G. war sichtlich bewegt und als ich ihn daraufhin ansprach, bestätigte er meine Wahrnehmung, es sei ihm sehr warm geworden und er würde sehr aufgeregt sein.

Herr G. war wegen eines Gedächtnisverlusts zu uns gekommen, außerdem war er völlig vereinsamt. Inzwischen hatte er sein Erinnerungsvermögen wieder vollständig erlangt und er schien dabei zu sein, auch seine emotionale Empfindungsfähigkeit wieder zu gewinnen. Er konnte seinen Abschiedsschmerz spüren und wir ließen uns viel Zeit, mit ihm diese Trauer zu teilen.

Die Woche zuvor hatte er miterlebt, wie zwei Gruppenmitglieder sich mit ihren Tränen gezeigt hatten, er mußte in der Improvisation seine eigene Trauer noch mit schrillen Tönen auf dem Glockenspiel abwehren. Doch vielleicht war dies für ihn ein wichtiger Schritt hin zu seinem eigenen Trauern. Er teilte mit, daß er das kenne, immer, wenn es am schönsten war in seinem Leben, wäre es auch schon wieder zu Ende gewesen. Ich tröstete ihn damit, daß er dieses Mal seine Trauer würde mitteilen können und daß das vielleicht eine neue Erfahrung wäre.

Nicht nur seine emotionale Empfindungsfähigkeit wurde wieder er weckt, Herr G. erinnerte sich auch an seine Zeit als Dj., was für ihn eine sehr positive Lebensphase gewesen war. Er erzählte uns stolz von dieser Zeit, hatte wieder Zugriff auf diese Ressource und so konnte auch sein Selbstwertgefühl gestärkt werden. Herr G. verabschiedete sich dankbar von der Musiktherapiegruppe.

Im Anschluß stellte Herr L. seine Musiken vor. Obwohl Herr G. ihn unterstützt hatte, an seine Musiken heranzukommen, hatte sich Herr L. bei dessen Präsentation wenig beteiligt, weder verbal noch emotional. Ich spürte in mir Ärger über das scheinbare Unberührtbleiben des Patienten. Als er nun seine Musiken Rocky IV „Training Montage“ und Von Jean Michel Jarre „Oxygene Part II“ vorstellte, spürte er doch etwas Aufregung. Seine sehr aggressive Musik, die er auch laut aufdrehte, stieß auf wenig Gegenliebe, besonders bei den weiblichen Mitpatientinnen.

Auf mich wirkte seine Musik wie ein Bollwerk, aber auch wie ein Aggressionspotential gegenüber einer von Herrn L. als feindlich und gefährlich erlebten Außenwelt, der gegenüber er meist stumm und regungslos in Habachtstellung verharrte. Auch die Gruppe war verstummt; obwohl Frau G. gerne noch gespielt hätte, kamen wir nicht mehr dazu.

Obwohl Herr G. nicht von Anfang seines Stationsaufenthaltes an der Musiktherapie teilgenommen hatte, konnte er dennoch profitieren, auch deshalb weil er früher Disjockey gewesen war und er in diesem Projekt an einer schon früher erworbenen Kompetenz wieder anknüpfen konnte.

So wurde ihm eine Erfahrung von Souveränität ermöglicht. (12. W.f.) Außerdem konnte er dadurch, dass ich ihm meine Wahrnehmungen mitteilte (1. W.f.) emotionales Angenommensein (2. W.f.) erleben.

Zwischen der 2. und 3. Gruppensitzung kam Frau G. wegen Suizidalität auf die geschlossene Station, auf eigenen Wunsch wurde sie von dort entlassen.

Oft „singt“ die Musik, die PatientInnen in der Musiktherapie produzieren, ein „Lied“ von ihrem Leiden, das ihnen widerfahren ist. Herr L. war wegen einer mittelgradig depressiven Episode, mit einer selbstunsicheren, ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung und einem Autonomie-Abhängigkeitskonflikt seinen Eltern gegenüber zu uns gekommen.

Auch in Herrn L.'s Musiken, die er uns vorspielte, wurden die aggressiven Übergriffe hörbar, denen er von Seiten seiner Eltern und ehemaligen Mitschülern ausgesetzt war. Vielleicht wirkte diese Musik für ihn wie eine kathartische Entladung, zumindest konnte er in den Folgestunden eine emotional korrigierende Erfahrung in der Musiktherapiegruppe machen.

Das musiktherapeutische Instrumentarium spielt eine ganz bedeutende Rolle, es kann dem Selbstschutz dienen, der Abwehr von Gefühlen, die noch nicht ertragen werden können, es kann als „Übergangsobjekt“, Trost-, Kraftspender dienen oder als „Intermediärobjekt“.

I. Frohne-Hagemann schreibt: „...Wo dagegen Instrumente als ‚Übergangsobjekte‘ (Winnicott) eingesetzt werden, kann dies zur Differenzierung von Selbst und Nicht-Selbst beitragen. Wo sie als ‚Intermediärobjekte‘ eingesetzt werden (Rojas-Bermudez 1983) fördern sie die Kontaktmöglichkeiten zwischen Patient und Therapeut, oder den Gruppenmitgliedern untereinander.“ (Frohne-Hagemann 1999, S.110)

Über die Bedeutung von Kreativität in der Musiktherapie schreibt I. Frohne- Hagemann: „...Kreativität ist meines Erachtens dadurch gekennzeichnet, daß sie die Aneignung, Bewältigung und Gestaltung von Welt sowie neue Sichtweisen von Wirklichkeit ermöglicht. Kreativität besteht

darin, daß durch den bereits angedeuteten dialektischen Prozeß der Verinnerlichung und Gestaltung, von Eindruck und Ausdruck, von Bindung und Lösung, Involvierung und Distanzierung, also durch einen Wachstums- und Erkenntnisprozeß eine Entwicklung in Gang gesetzt wird, die zu etwas Neuem führt, ... Dieses Neue verstehe ich als Kulturbeitrag ... Dies entspricht auch unserem therapeutischen Anliegen, durch Kreativität einen Erkenntnisprozeß zu fördern; ... Der kreative Mensch hat die besten Möglichkeiten, sich gleichzeitig als ein freies Individuum mit der Freiheit des Ausdrucks und als ein der Gemeinschaft verpflichtetes soziales Wesen zu erfahren. Er kann seine schöpferische Kraft entfalten durch die Auseinandersetzung mit dem Innen und dem Außen und damit unseren eigentlichen, gemeinsamen Lebensraum bereichern, weiter gestalten und verstehen lernen. Damit bewahrt Kreativität uns vor Vereinsamung, vor Sinnentleerung und Entfremdung, macht uns Verdinglichungstendenzen gegenüber sensibel und gibt uns Instrumente an die Hand, ihnen zu begegnen.“(Frohne Hagemann 1999, S.112 u.f.)

Nach vielen Wochen auf der psychosomatischen Station, unter Zusammenwirken der salutogenen Einflüsse verschiedener Therapien konnte sich allmählich das Introjekt einer vornehmlich feindseligen, gefährlichen Außenwelt bei Herrn L. in eine unterstützende, wohlwollende Welt (2. W.f.) verwandeln, in der auch sein Empfinden, sein Beitrag, seine Meinung wichtig wurden.

Herr L. hatte immer wieder die Möglichkeit erhalten, mit Hilfe von Instrumenten seine Angst vor Überwältigung auszudrücken oder abzuwehren, auch hatte er immer wieder seiner Enttäuschung Ausdruck verliehen, wenn er sich in einer gemeinsamen Improvisation nicht durchsetzen konnte. (4. W.f.)

Das Interesse, die Kameradschaft, die ihm vor allem von männlichen Gruppenmitgliedern angeboten wurde (14. W.f.), aber auch die Zuwendung, die er von mir und von der ganzen Gruppe bekam, ließ ihn hörbarer, froher und mutiger werden. Auch sein leibliches Bewußtsein, seine leibliche Empfindungsfähigkeit wurde erweckt. Über das Hören und Aufnehmen von Musik konnte er seine Beine und auch den Boden unter seinen Füßen deutlich spüren. (7.W.f.)

6.3 3.Gruppensitzung

In der Anfangsrunde ging es zunächst um Herrn L., bei Herrn C., der heute seine Musiken vorstellen wollte, klangen die Themen: „Abschied von der Freundin“ und „Konzentrationsstörungen“ an.

Frau A., die bald entlassen werden sollte, berichtete von Panikattacken, die sie letztlich selbst in den Griff bekommen hätte. Ich fragte sie, welches Musikinstrument ihr bei dem Gedanken an Entlassung helfen würde. Sie nannte die steel-drum, und sie konnte sich vorstellen, daß bei einer Panikattacke ihr der Klang des Monochords helfen würde. Diese Intervention ist ein Beispiel für den Versuch, mit dem „Übergangsobjekt Instrument“ so etwas wie einen hilfreichen inneren Begleiter bereitzustellen.

Frau T. sprach ein Erlebnis an, das sie auf Station hatte, als sie zusammen mit einer Schwester einen Film anschauten. Durch den Film war bei ihr ein traumatisches Erlebnis aus der Kindheit reaktiviert worden. Sie hätte sich eine „Sonder“behandlung von Schwester B. gewünscht, aber nicht bekommen. Die Patientin weinte und redete sich in Sinnlosigkeit und Verzweiflung hinein.

Als ich dennoch unsere gemeinsame Anfangsimprovisation vorschlug, mutete ich der Patientin zu, alleine mit ihren Gefühlen zurechtzukommen, sie schien im Moment überfordert zu sein, wirkte aber auch sehr trotzig, indem sie sich kein Instrument holte. Ich gab ihr das Cello und schlug ihr vor, damit ihre Verzweiflung auszudrücken. Doch nach der Improvisation, die eigentlich sehr dicht und harmonisch war, gab Frau T. an, gar nichts gespürt zu haben und zog sich mit einer Decke auf den Boden aus dem Kontakt zurück.

Frau A. hatte am Gong gespielt und teilte im Anschluß mit, daß sie die Wärme, die sie innerlich spüren würde, gut auf den Gongs hätte spielen können. Herr C. hatte sehr unsicher auf den temple-blocks gespielt, ich gab ihm das anerkennende feedback, daß er seine Unsicherheit nicht überspielt habe, sie hörbar geworden sei.

Herr C. stellte nun seine Musiken vor: Er erklärte, daß das erste Lied von Santana „Hoy es Adios“ mit Abschied zu tun habe. Nach dem Anhören kamen wir von Abschied auch auf Sehnsucht, Sehnsucht nach Liebe. Herr C. teilte mit, daß er sich alles andere als geliebt gefühlt habe von seinen Eltern. Die Mutter sei wohl überfordert gewesen mit drei Söhnen, der Vater sei meistens nicht zu Hause gewesen. Er erzählte von seiner Kindheit, in der er vom Vater mit der Gürtelschnalle

auf den Rücken geschlagen worden war, die Mutter ihn nicht geschützt hatte; er sich weder in der Schule noch in der Musikschule wohlfühlt hatte, sondern er immer wieder beschämt, vom Vater und von Lehrern abgewertet worden war.

Beim zweiten Lied von Rainhard Fendrich „Laß di falln“ schienen wir alle durch und in der Musik versunken zu sein. Die Stimmung war abgesackt, gleichzeitig fühlten wir auch so etwas wie Geborgenheit. In dem Lied war oft vom Aufgefangenwerden die Rede.

Zum Abschluß beschrieb ich die beklommene Gruppenatmosphäre, daß am Anfang, als es um die eigenen Musikstücke ging, eine große Euphorie geherrscht habe und daß wir jetzt stimmungsmäßig sehr nach unten abgesunken wären, ich stellte in Aussicht, gemeinsam diesem Stimmungsabstieg nachzugehen. (vielleicht um nach „verborgenen Schätzen“ „im regressiven Tal“ zu suchen ?)

Nach der Gruppensitzung bot ich Frau T. noch ein Gespräch an. Herr C. war zu uns gekommen nach einer abgebrochenen Prüfung zum Physiotherapeuten, er hatte über Panikattacken und Konzentrationsstörungen geklagt. Es hatte zahlreiche Aufenthalte in psychiatrischen, psychosomatischen und Suchtkliniken gegeben. Über viele Jahre bestand polytoxikomanes Suchtverhalten, er litt an Schulversagen und hatte Angst in Prüfungssituationen.

In der Musiktherapie machte er ständig Angebote, um dann doch wieder aus dem Kontakt zu verschwinden, nicht greifbar zu sein. Zurück blieb eine diffuse Gruppenatmosphäre. War dieses Phänomen zurückzuführen auf Herrn C's Krankenhausaufenthalte gleich nach der Geburt? War es zurückzuführen auf die verwöhnende Haltung der Mutter zumindest in der Kleinkindphase? Ist Herr C. in der Sehnsucht nach dem frühkindlichen, ozeanischen Reich steckengeblieben? Sich als kleiner Mann zu beweisen, schien im Kindesalter fehlgeschlagen zu sein, warum sollte er sich noch weiter anstrengen, sich als Mann beweisen, wenn er so wenig Aussicht auf Erfolg hatte.

H.W. Schuch (2001) unterscheidet in seinem Kapitel über Wirkfaktoren in der Psychotherapie mehrere zentrale Wirkbereiche wie die therapeutische Beziehung, Verstehen, Problemaktualisierung, praktische Problembewältigung, Ressourcenaktivierung, Netzwerkarbeit, Identitätsentwicklung, leibliche Wahrnehmung und Selbstregulation. Im Abschnitt über das „Verstehen“ spricht Schuch Folgendes an: „ Es ist ein unverzichtbares Bedürfnis der Individuen, sich im tiefen Inneren gemeint und verstanden zu fühlen, aber auch sich selbst zu verstehen. Es genügt nicht, an ihnen äußerlich Handlungen vorzunehmen oder sie mit aufgesetztem Expertenwissen und -verhalten zu beeindrucken oder mit magischen Gesten und Phrasen zu manipulieren.

Verstehen bedeutet zuerst, dass sich der Patient wahrgenommen, erfasst und verstanden fühlt. Der Wirkfaktor „Verstehen“ kann nicht ohne weiteres operationalisiert werden, sondern ist in der Regel Ergebnis therapeutischer Kunst. Dahin zu kommen, dass der Patient sich verstanden fühlt, kann weite Wege und komplizierte therapeutische Aktionen erfordern.“

Herrn C. zu verstehen, stellte ein schwieriges Unterfangen dar, sollte ich mich dem Team anschließen, das eher einen Groll und ansonsten eine resignative Haltung gegenüber dem Patienten einnahm?

Nach der Präsentation seiner Musiken schien es, als hätte er uns alle kollektiv eingelullt.

Erst als ich vor meinem geistigen Auge alle meine Eindrücke nochmal Revue passieren ließ, ich mich auch gefühlsmäßig auf die Biographie des Patienten einließ, entstand allmählich Verstehen.

Wiederum gaben die Instrumente einen wichtigen Hinweis. Ich hatte mich immer gewundert, warum der sonst selbstbewußte, sehr eloquente Patient, sich sehr schämte, wenn er spielen sollte, er sich geradezu wand, wenn er alleine spielen sollte. Er schien von seinem Vater als kleiner Junge so sehr an den Pranger gestellt worden zu sein und beschämt worden zu sein, daß dies immer noch nachwirkte, so weit, daß er auch bei seinen Prüfungen versagte.

In der Musiktherapie wurde ihm seine Unsicherheit zwar auch wieder bewußt, aber er bekam dafür Anerkennung und ich stellte ihn wegen seiner zeitweiligen „Großmäuligkeit“ nicht an den Pranger, ich brachte dem Patienten Sympathie entgegen, Wertschätzung, obwohl ich ihn noch nicht verstand.

Das Nichtverstehenkönnen zu ertragen und dem Patienten trotzdem mit liebevollem Interesse zugewandt bleiben, vielleicht ist das Teil der therapeutischen Kunst, von der H.W. Schuch spricht?

6.4 4.Gruppensitzung

Nach einer kurzen Anfangsrunde schlage ich eine Entspannung im Liegen vor, ich spiele dazu das Monochord .

Die PatientInnen sollen der Frage nachgehen, wie sie sich gerade aktuell fühlen, dann zurückgehen in die Musiktherapiestunden der letzten drei Wochen und sich erinnern, was die jeweils vorgestellten Musikstücke bei ihnen bewirkt haben.

Im Anschluß an die Entspannung bekam jeder Papier und Farben, es sollte die jeweilige Stimmungslage anhand einer bestimmten Form, eines Symbols und einer bestimmten Farbe ausgedrückt werden.

Etwas zu Papier zu bringen, sollte die Gefahr bannen, die Stimmung noch mehr absinken zu lassen. Die Bilder sollten für den Prozeß Regression und Progression eine Art Schnittstelle darstellen. Und tatsächlich wurde in den Bildern auch beides sichtbar, die Tendenz zu Rückzug, Verwirrung, zu Eingeschlossenensein, aber auch Bewegung, Hoffnung, Gehaltensein.

Frau N., die neu in der Gruppe war, hatte ihren Momentanzustand gemalt, auch hier wurden, zumindest farblich zwei Seiten deutlich.

Nachdem die PatientInnen ihre Bilder kurz beschrieben hatten, legte ich alle in die Mitte und forderte sie auf, zu dem Bild, das sie für ihren Momentanzustand gemalt hatten, zu spielen.

Herr C. hatte in der Anfangsrunde gesagt, daß er sich trotz anfänglicher Skepsis sehr wohlfühle in der Musiktherapie, nur das Spielen würde ihm Probleme bereiten, an diesem Punkt war seine Scham zu spüren, vielleicht nicht gut genug zu sein, oder beim Spiel ertappt zu werden.

Ich ermutigte ihn, daß ihm dies gerade eine große Chance bieten würde. Er hatte für „heute“ ein rotes Herz und einen roten Mund gemalt und suchte sich das Röhrenglockenspiel, auf dem er zuerst mit den Filzschlegeln in der Gruppe kaum hörbar war, dann aber, als er die Schlegel umgedreht hatte, gut ins Spiel kam, er probierte aus, war vielleicht auch ein bisschen trotzig, jedenfalls war er zum ersten Mal deutlich zu hören. (4.W.f.) Als er die letzte Stunde seine Musiken vorgestellt hatte, hatte er sich im Nachgespräch gewürdigt und verstanden gefühlt. (1.W.F.)

Frau N. griff zuerst zur Gitarre, einem Instrument, das sie früher gelernt hatte, dann spielte sie die Gongs, hielt aber weiterhin ihre Gitarre fest und wechselte nochmal.

Im Anschluß sagte sie, sie habe es gut gehabt, da ihr Instrument schön laut gewesen sei und sie habe den Eindruck gehabt, als hätte sich Frau T. mit dem Xylophon durchsetzen wollen, doch es sei ihr nicht gelungen.

Frau T. hatte eine monotone Hin- und Herbewegung gespielt, was ihrem Bild sehr schön entsprach, eine schwarze Kugel, mit der sie sich momentan identisch fühlte, am Grunde eines offenen, gebärmutterförmigen Gefäßes. Ihr Spiel hatte etwas Richtungs- und Zielloses. Im Kontakt zur Gruppe und zu mir wirkte sie trotzig zurückgezogen. Herr L. hatte unbedingt auf der Violine spielen wollen und auch seine Töne paßten sehr gut zu seinem Bild. Ein chaotisches Gespinnst in Schwarzgrau.

Frau A. war diejenige, die am meisten Struktur und Gleichmaß zur Improvisation auf der Djembe beitrug. Daraufhin von mir angesprochen, daß sie vielleicht im Moment viel Sicherheit bräuchte, wo der Abschied von der Klinik bevorstehen und ein ganz neuer Lebensabschnitt für sie beginnen würde in einer therapeutischen WG, bejahte sie dies.

Frau T., die in der ersten Stunde uns nur eine Musik vorgespielt hatte, hatte ein zweites Stück mitgebracht, das sie in einem früheren Klinikaufenthalt kennengelernt hatte. Sie spielte uns von Kostia aus der Suite St. Petersburg „Winter Ride“ vor, dieses Stück hätte für sie etwas Vorantreibendes, aber auch etwas von unerfüllbarer Sehnsucht. Ich fragte Frau T. nach ihrer Sehnsucht, ob sie wisse, wonach sie sich sehnte, sie bejahte, wollte es aber nicht sagen.

Bis auf Herrn C., der das Stück sehr schön fand, fanden die restlichen GruppenteilnehmerInnen das Stück eher beängstigend, mystisch, Herr L. meinte aus der Musik eine drohende Gefahr herausgehört zu haben. Ich fand interessant, daß in der Musik sowohl eine Einladung zu Bewegung und Tanz zu hören war als auch das starke Gefühl der Sehnsucht durch die Musik angeregt wurde.

Nach I. Frohne-Hagemann bringt Musik Festgefahrenes zum Fließen, sowohl in der aktiven Musiktherapie als auch beim Musikhören ist das direkte Erleben entscheidend, innere und äußere Welt bleiben im Fluß. Die bildende Kunst dagegen hat eine distanzierende Funktion, hier ist ein Erkennen möglich, was Raum und Zeit überdauert.

Kräfte können erkannt, abgebildet und durchschaubar gemacht werden. Im Gegensatz zur Kunsttherapie können in der Musiktherapie Gefühle und Dynamiken nicht gebannt werden. Wenn

die in der Musiktherapie zum Leben erweckten Inhalte Gefahr laufen, das Ich zu überfluten, ist es gut, das Erlebte bildnerisch darzustellen, festzuhalten und zu bannen.

Dadurch, daß ich in der 4. Gruppensitzung eine Entspannung im Liegen und im Anschluß eine bildnerische Gestaltung anbot, konnten sich die Gruppenmitglieder erholen, sammeln und sie konnten ihrem Erleben und ihren Gefühlen gegenüber eine distanziertere Haltung einnehmen. Auf diese Weise wurden einerseits die kreativen Gestaltungskräfte angeregt (9.W.f.), andererseits kam es über den verbalen Austausch auch zu rationalen Einsichten.(5.W.f.)

Weil wir uns für das emotionale Tief Zeit genommen hatten, weil wir innegehalten hatten, entstand wieder ein neuer Impuls zu Bewegung und Spiel.

Frau T., die in den letzten Stunden sich eher trotzig gezeigt hatte, stieg von sich aus wieder aktiv ein. In den Folgestunden sollte sich zeigen, daß sie als Vorreiterin für den Rest der Gruppe fungierte.Sie drückte in einem Rollenspiel, bei dem es um die Klärung ihrer Beziehung zum Vater ging, ihre Wut dermaßen vehement aus, (4. W.f.) daß dies eine starke energetische Durchflutung ihres ganzen Körpers zur Folge hatte.(7. W.f.)Über die Verlebendigung ihres Körpers konnte sie sich auch wieder an alte Lebensträume erinnern.

6.5 5.Gruppensitzung

Nach der Anfangsrunde, in der Frau N. ihre mitgebrachte Musik ankündigte, nämlich von Konstantin Wecker: „ Wer nicht genießt, wird ungenießbar“, improvisierten wir etwa fünf Minuten lang. Die Improvisation begann sehr zart, war sehr dicht und harmonisch. Frau T. spielte die ocean drum, Herr L. das Röhrenglockenspiel, Herr C. das Kalimbaphon, Frau N. hatte die Holzschlitztrommel und Frau A. die Djembe. Im Anschluß hörten wir uns die Lieblingsstücke von Frau N. an, zuerst „Michelle“ von den Beatles, dann das Stück von Konstantin Wecker.

Nach dem Stück von den Beatles erinnerte sich Frau N. an ihr Alter von 16, 17 Jahren, als sie Sehnsucht nach dem „richtigen“ Partner hatte, obwohl ihre Sehnsucht unerfüllt geblieben war, konnte sie die Erinnerung aushalten.

Bis auf Frau A. konnten auch die anderen das Stück genießen. Beim nächsten Stück erinnerte sich Frau N. an das Lebensalter von 29, sie ließ die Person von Konstantin Wecker für uns lebendig werden.

„Kritik am langweiligen Bürgertum, aber auch Ausschweifungen in Alkohol und Rauschgift, alle Höhen und Tiefen hatte K.W.durchgemacht.“ Zumindest einen langen Alkoholmißbrauch hatte auch Frau N. hinter sich.

Herr C. hatte uns in der Anfangsrunde erzählt, daß er sich anlässlich der Beerdigung der Mutter seiner Exfreundin total mit Alkohol und Tavor zugehörnt hätte.Unerfüllte Sehnsucht und dem Leben gegenüber eine Trotz- und Verweigerungshaltung, mit diesen Themen paßte Frau N. eigentlich sehr gut in die Gruppe.

Im Anschluß an ihre Musiken bat Frau N. um ein Feedback, nachdem sie uns gesagt hatte, daß sie sich selbst ungenießbar fände, weil eben in ihrem Leben schon lange nicht mehr viel Genuß vorgekommen wäre.

Die Gruppe hielt sich zunächst eher bedeckt ihr gegenüber, auf meine Ermunterung hin rückte Frau A. doch mit der Sprache raus, sie fände die Stimme von Frau N. zu leise und zu sanft, das würde sie mißtrauisch machen.

Herr L. drückte Frau N. gegenüber seine Sympathie aus. Ich gab ihr meine Hochachtung dafür, daß sie sich , obwohl sie eigentlich lieber in die Gestaltungstherapiegruppe gewollt hatte, auf die Musiktherapie eingelassen hatte.

In der abschließenden, gemeinsamen Improvisation spielte Frau N.das Klavier und genoß die samtigen Tasten, wie sie sagte. Schon seit ihrer Kindheit hatte sie sich gewünscht, Klavierspielen zu dürfen, hatte aber von ihren Großeltern nur eine gebrauchte Gitarre bekommen. Frau N. war wegen starker Muskelschmerzen und einer Fibriomyalgie zu uns gekommen. Dadurch, dass sie in der Musiktherapie Erinnerungen an entbehrungsreiche und schmerzliche Lebensphasen teilen konnte und sie langgehegte Wünsche erfüllt bekam, z.B. auf einem Klavier zu spielen, sie sich auch genussvoll ausdrücken konnte, reduzierten sich ihre körperlichen Schmerzen und ihre Beweglichkeit steigerte sich. Hier kamen der 6. und 11. Wirkungsfaktor zum Tragen.

Als Frau N. entlassen wurde, verfügte sie wieder über Optimismus und Tatendrang, nachdem sie vor ihrem Krankenhausaufenthalt kaum noch aus dem Haus gegangen war. Nach den fünf Gruppensitzungen wurden noch Fragebögen ausgefüllt.

7. Ergebnisse

1. Die PatientInnen fühlten sich durchweg positiv von meiner Einladung angesprochen. Alle brachten Musiken mit und präsentierten sie von sich aus.

2. Die PatientInnen waren eher auf „alte Muster“ gestoßen, außerdem wurden Erinnerungen wach.

3. Vier der PatientInnen waren über das Anhören von Musik ihren Gefühlen näher gekommen als beim Selberspielen, einer fand es interessant, auf diese Weise von den anderen etwas zu erfahren.

4. In drei Fällen war mehr Nähe zueinander entstanden, in zwei Fällen war nichts Neues entstanden.

5. In vier Fällen war es eine Möglichkeit, Gefühle auszudrücken, auch zu experimentieren, in einem Fall fühlte sich derjenige an die frühere Musikschule erinnert.

6. Im großen und ganzen wünschten sich die TeilnehmerInnen so weiterzumachen wie bisher mit der Tendenz, mehr selbst zu spielen.

Nicht in jeder Gruppensitzung wurde auch am Ende improvisiert, teils aus zeitlichen Gründen, teils wegen des Stimmungsverlaufes, der meines Erachtens eine besondere Intervention des Stützens, des Innehaltens, der Ermöglichung eines Perspektivenwechsels nötig werden ließ. Doch in jeder Stunde gab es einen aktiven und einen rezeptiven Teil. Angeregt durch den rezeptiven Teil äußerten sich die PatientInnen mehr als sonst über leidvolle Lebenserfahrungen.

Luise Reddemann betont in ihrem Vortrag: „Vom Herzeleid zur Herzensfreud, die Verarbeitung von traumatischen Erfahrungen am Beispiel J.S. Bachs“, dass gerade junge PatientInnen ihre eigene Musik hören sollten und nicht die Lieblingsmusik des Therapeuten. Dadurch dass die PatientInnen Raum für ihre eigene Musik bekamen, wurde Erinnerungsarbeit angeregt.

Die Gefühle der Trauer, Sehnsucht, Freude konnten mitgeteilt werden und ausgedrückt werden im aktiven Improvisieren.

Der Wirkungsfaktor: „Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft“, kam am meisten zum Tragen, auch der 6. W.f.

„Förderung kommunikativer Kompetenz und Performanz“ und der 7.W.f. „Förderung leiblicher Bewusstheit...“ waren wichtig.

8. Diskussion und Ausblick

Zur Zukunft der Kreativitätstherapie befragt, meint H.G. Petzold:

„Kunst- und kreativitätstherapeutische Verfahren führen den Menschen zurück an seine schöpferischen Quellen. Sie machen ihn menschlicher und können zu den Heilungsprozessen beitragen, die wir in einer Gesellschaft, die so viel an Öde und Kälte und Entfremdung produziert, dringend brauchen.“ (H.G. Petzold 1991, S. 637)

Im vorliegenden Projekt wurden verschiedene Medien und Methoden eingesetzt.

„Methoden und Medien werden vom therapeutischen Prozeß bestimmt, d.h. von den psychodynamischen Bestrebungen (Viationen) des Patienten, den psychodynamischen Strebungen (Viationen) der Therapeutin, ihren Behandlungsstrategien (trajectories) und der Dynamik der aus diesen drei Komponenten entstehenden therapeutischen Beziehung oder der Gruppendynamik...“ (I. Orth, H.G. Petzold 1991, S. 739)

Und weiter: „Die Metamorphosen in den Methoden und Medien tendieren also keineswegs nur auf ein „Mehr“, sondern die Richtung, in die sie sich entwickeln.

Wird unter ökologischer Perspektive bestimmt von den Erfordernissen des Patienten ... Die Medien, die vom Leib be-griffen werden können, die geformt werden können, die wir zu komplexen Gebilden, Formen gestalten, geben uns die Möglichkeit, die Welt zu haben, für uns und miteinander, denn sie stimulieren uns, regen Phantasien an, fördern Prozesse der Symbolisierung, Morphogenese und Kreation ... Eine intermediale und intramediale Praxis, die die verschiedenen Möglichkeiten eines methodischen und medialen Zuganges zu nutzen versteht, erweist sich als außerordentlich nützlich: die feinen Klänge der Kantelen vermögen anderes als der strukturierende Beat der Rhythmus-Instrumente ... Oft wird es notwendig, noch nicht Sagbares, Unsagbares am Instrument im Klang auszudrücken...“ (I. Orth, H.G. Petzold 1991, S. 740-741)

Für J. Zinker ist Therapie „ein Prozeß sich ändernden Gewhrseins und Verhaltens. Das sine qua non des kreativen Prozesses ist die Änderung:

Die Transformation einer Form in eine andere, eines Symbols in eine Einsicht, eine Geste in eine neue Form von Verhaltensweisen, eines Traums in eine dramatische Darstellung.

So sind Kreativität und Psychotherapie auf einer grundlegenden Ebene miteinander verbunden: Transformation, Metamorphose, Änderung (Zinker 1982, S. 14 f.)

In jüngster Zeit wird wieder vermehrt Musik in die Medizin mit hineingenommen.

Dr. Claudius Conrad, ein Chirurg im Großhadener Klinikum demonstriert anhand einer Studie, welche heilende Wirkung Mozart'sche Musik haben kann. Der Wunsch, mit ganz bestimmten Musiken ein Heilmittel für ganz bestimmte Leiden in der Hand zu haben, ist verständlich, entspricht aber nicht dem Therapieverständnis der meisten MusiktherapeutInnen.

Tonius Timmermann betont: „Die Mehrzahl der heutigen Musiktherapeuten stimmen.. eher darin überein, dass Verallgemeinerungen bezüglich der Musikwirkung in der alltäglichen Erfahrung nicht, bzw. nur sehr begrenzt feststellbar sind.“ (T. Timmermann 2004, S. 36) und weiter: „Mit den derzeitigen wissenschaftlichen Methoden ist eine Objektivierung von Musikwirkung nicht nachweisbar (Gembris 1996). Dies liegt vor allem daran, dass eine empirische Wirkungsforschung auf eine immense Vielzahl von Variablen gestoßen ist. Unterm Strich kommt heraus, dass man die Wirkung einer Musik kaum trennen kann von der Wirkung der Umstände, unter denen sie gehört wird. Daraus ergeben sich mehr Fragen als Antworten: Wie soll man noch feststellen, was durch die Musik selbst ausgelöst wird und was durch persönliche Erlebnisse mit dieser Musik, Geschmacksfragen, momentane Stimmung, Beziehung zum Versuchsleiter ...? Kann man unter dem gegebenen oder einem neuen wissenschaftlichen Paradigma Forschungsmethoden entwickeln, die hier weiterführen? Ist ein moderner Musiktherapeut überhaupt an einer solchen Fragestellung und ggf. Beweisen interessiert, wenn es ihm eigentlich um die individuellen Erfahrungen des Klienten geht.“

Die Bedürfnisse und auch Fähigkeiten der menschlichen Seele haben sich durch die Befreiung des Denkens ausdifferenziert und sind komplexer geworden. Gerade deshalb empfinde ich musiktherapeutische Arbeit als ständige Suchbewegung und als eine spannende und sich lohnende Gestaltung von Beziehung.

9. Zusammenfassung:

In einem Projekt von fünf Gruppensitzungen mit PatientInnen einer psychosomatischen Station, in denen aktive und rezeptive Elemente der Integrativen Musiktherapie kombiniert werden, kommen spezifische und unspezifische Wirkfaktoren zum Tragen.

Anhand von Stundenprotokollen, Fragebögen und den Äußerungen der PatientInnen wird der therapeutische Prozeß beschrieben. Durch die mehrperspektivische Sicht (therapeutisches Ziel, Auswahl der Musik, Erleben der PatientInnen, Gruppenprozeß, Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen) werden Wirkfaktoren identifiziert und mit den 14 Wirkfaktoren der Integrativen Therapie verglichen. Eine besondere Rolle spielt dabei die therapeutische Beziehung. Vorliegende Arbeit leistet eine Hilfestellung für die Interventionsplanung in der stationären Behandlung psychosomatischer PatientInnen.

Summary: The specific efficiency of Integrative musictherapy during group therapie sessions with psychosomatic patients

In a project of five group sessions with the patients from a psychosomatic ward, the combination of active and receptive Musictherapy bringst he result of specific and unspecific efficiency. The therapeutic process is described in the protocol of the group sessions, list of questions and answers from the patients.

Through different prospectives (aims of therapy, choices of music and instruments, the experiences the patients have, the process of the group) factors of efficiency are identified and compared with the factors found by H. Petzold. The therapeutic relationship seems to be important.

10. Literatur:

- Engelmann I. (2000): Manchmal ein bestimmter Klang, Vandenhoeck u.R. , Göttingen
- Frohne-Hagemann I. (1999): Musik und Gestalt, Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen
- Frohne-Hagemann I. (2004): Rezeptive Musiktherapie, Dr. Ludwig Reichert Verlag, Wiesbaden
- Gembris H. (1996): Rezeptionsforschung in: Decker-Voigt H.H.(Hg.): Lexikon Musiktherapie, Hogrefe, Göttingen
- Hegi Fritz (1998): Übergänge zwischen Sprache und Musik, Junfermann, Paderborn
- Jullien Francois (1999): Über die Wirksamkeit, Merve Verlag, Berlin
- Orth I., Petzold H.G. (1995 b): Gruppenprozessanalyse, Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG, in: Integrative Therapie 2/1995, bei [www. Integrative-Therapie.ch](http://www.Integrative-Therapie.ch)-Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit
- Osten P. (2000): Die Anamnese in der Psychotherapie, E. Reinhardt, Basel
- Petzold H.G. (1993): Integrative Therapie Bd.II/1-3
- Petzold H.G., Orth I.(Hrsg.) (1991): Die neuen Kreativitätstherapien Bd. II, Junfermann, Paderborn
- Petzold H.G. (2001): Integrative Therapie – das „biopsychosoziale“ Modell kritischer Humantherapie und Kulturarbeit, Junfermann, Paderborn
- Rojas-Bermudez J.G. (1983): Handpuppen als Intermediärobjecte in der Behandlung von Psychotikern. In: Petzold H.(Hg.) Puppen und Puppenspiel in der Psychotherapie, München
- Schuch H.W. (2001): Integrative Therapie: unveröffentlichtes Manuskript, vom Autor persönlich zur Verfügung gestellt.
- Timmermann T. (2004): Tiefenpsychologisch orientierte Musiktherapie
Ludwig Reichert Verlag, Wiesbaden
- Winnicott D.W. (1985): Vom Spiel zur Kreativität
- Zinker J.C. (1982): Gestalttherapie als kreativer Prozeß, Junfermann, Paderborn

11. Anhang

Fragebogen

1. Was hat meine Einladung, Ihre eigene Musik mitzubringen, spontan bei Ihnen ausgelöst?

2. Haben Sie bei der Präsentation ihrer eigenen Musik etwas Neues an sich entdeckt, wenn ja, was? Oder haben Sie ein „altes Muster“ bei sich wahrgenommen? Welches?

3. Welchen Stellenwert hat es für Sie, in der Musiktherapie Musik anzuhören, was haben Sie beim Anhören erlebt, was hat es Ihnen gebracht?

4. Haben Sie durch das Teilen der Lieblingsmusik etwas Neues über die anderen Gruppenmitglieder erfahren? Ist für Sie mehr Nähe zueinander entstanden oder mehr Distanz?

5. Welchen Stellenwert hat es für Sie, in der Musiktherapie selbst zu spielen? Was haben Sie davon?

6. Was wünschen Sie sich für die zukünftigen Stunden?