

In diesem Artikel berichte ich über meine musiktherapeutische Arbeit in der Entwöhnungstherapie, die in der Regel stationär über 16 Wochen geht. Die Therapie ist eingebettet in eine Klinik, die einen psychiatrischen Versorgungsauftrag für eine Region übernommen hat. Dies hat zur Folge, daß in dieser Klinik Patienten behandelt werden, bei denen häufig der Suchterkrankung massive psychische, teilweise auch psychiatrische Störungen zugrunde liegen – es handelt sich dabei um schwere Persönlichkeitsstörungen, Depressionen und auch – allerdings seltener psychotische Krankheitsbilder, die hinter der Suchtentwicklung z.T. auch verborgen blieben. Häufig sind diese Patienten nicht zu einer kurzfristigen Abstinenz außerhalb des beschützten stationären Rahmens in der Lage und kommen nicht selten übergangslos von einer Entgiftungsbehandlung in die stationäre Therapie. Meistens ist es zu gravierenden sozialen Problemen gekommen, wie Trennung von den Angehörigen, Arbeits- und Wohnungslosigkeit sowie zu massiven körperlichen Folgeschäden der Sucht, zu delinquentem Verhalten und Gewalttätigkeiten, die oft auch bereits mit Inhaftierungen einher gegangen sind, zu Suizidalität und sozialer Isolation.

**Ulrich West**

**PSYCHOTHERAPIE  
MIT MUSIK**

**EINE EINFÜHRUNG**

Die meisten Patienten leben aktuell in einem sozialen Rahmen, der verwaorlost und im Umgang mit Anderen sehr unkultiviert ist. Dies spiegelt i. d. R. die Erfahrungen aus dem Elternhaus wieder, die sehr oft nicht weniger brutal waren. Um ein Beispiel zu geben, berichte ich von Herrn Z., der während seiner Entwöhnungstherapie ausschließlich verbale Therapieangebote wahrgenommen und anschließend über sehr lange Zeit bei mir ambulant weiter an einer Gesprächsgruppe teilgenommen hat. Während der stationären Maßnahme wurde als einzige Auffälligkeit, die irgendwie mit seiner Suchtentwicklung im Zusammenhang stand, seine Unfähigkeit benannt, alleine zu Hause zu sein. Herr Z. berichtete, es kämen dann Zustände völliger Unkonzentriertheit über ihn, er werde rast- und ruhelos, fange alle möglichen Aktivitäten an, die er aber sofort abbreche um die nächste Aktivität zu starten. Diese Zustände seien für ihn sehr quälend und manchmal unerträglich. In solchen Situationen kam es wiederholt zu massiven Alkoholrückfällen – auch nach mehrmaliger Langzeittherapie und langjähriger Abstinenz zwischendurch. Erst im Rahmen der ambulanten Gesprächsgruppe konnten Hintergründe in den Blick rücken, die es diesem Patienten ermöglichten, diese Symptome zu verstehen.

Einen ersten Hinweis auf das zugrunde liegende Leiden ergab ca. ein Jahr nach Ende der stationären Therapie eine Erzählung von einem Spaziergang mit seiner neuen Freundin, bei dem es zu einem exzessiven Streit kam als seine Freundin aus Müdigkeit nicht weiter gehen wollte und ihm vorschlug, er könne alleine weiter gehen. Herr Z. konnte sich die Heftigkeit seiner Wut selbst nicht erklären. Es fiel ihm in diesem Zusammenhang aber ein, daß er sich bei diesem Spaziergang ähnlich alleine gelassen gefühlt hat wie damals als Kind, als seine Mutter wiederholt in Krankenhäusern behandelt wurde. Einige Sitzungen später kam Herr Z. in die Gruppe und berichtete, seine Freundin würde zum ersten Mal, seit sie sich kannten am folgenden Wochenende eine Nacht nicht zu Hause sein. Mühsam konnte er sagen, daß er im Kopf hatte, daß er an diesem Wochenende wieder trinken könne – obwohl er dies überhaupt nicht wollte und sich voll über die fatalen Konsequenzen des Rückfalls bewußt war. Er hatte regelrecht Panik vor dieser einen Nacht, in der er alleine war und hatte sich gut abgesichert, indem er sich mit einem sehr guten Freund verabredet hatte und für alle Fälle Menschen aus seiner Selbsthilfegruppe auch mitten in der Nacht anrufen konnte. Außerdem war sein erster Gedanke, als er erfuhr, daß seine Freundin in dieser Nacht nicht da sei, welche Schicht er selber habe. Zu seinem Entsetzen habe er dann feststellen müssen, daß er frei habe ...

Erst vor diesem Hintergrund war es Herrn Z. möglich, die Umstände anzusprechen, unter denen er lebte als seine Mutter ins Krankenhaus kam. Beim ersten Mal war er ca. 4 oder 5 Jahre alt. Sein Vater war Schichtarbeiter und mußte teilweise für ca. eine Woche nachts arbeiten. Um Herrn Z. kümmerte sich tagsüber eine Nachbarin im Hause, die notfalls auch in der Nacht ansprechbar war. Oft aber mußte er die Nächte alleine in der Wohnung überstehen. Vor diesem Hintergrund wurden ihm die oben beschriebenen seltsamen Zustände verständlich, die seinen realen Kompetenzen als erwachsener Mann – der ansonsten noch fest im Alltag verwurzelt war – nicht entsprachen aber gleichsam die Erinnerungsspuren an die Gefühle in diesen schweren Zeiten seiner Kindheit waren. In seinem Fall wiederholten sich die Krankheiten der Mutter noch häufig, so daß er immer wieder mit dieser Situation konfrontiert wurde. Er konnte erkennen, daß seine Rückfälle auch früher jeweils im Zusammenhang mit dramatisch erlebten Trennungssituationen standen.

Ich habe ein vergleichsweise »harmloses« Leiden beschrieben, das in seinem Fall der Suchterkrankung zugrunde lag. Der soziale Abstieg war in seinem Fall auch weit weniger gravierend als bei vielen anderen Patienten und dennoch brauchte es eineinhalbjährige Abstinenzzeit, begleitet von intensiver Therapie, bis er Zugang zu lebensgeschichtlichen Hintergründen seiner Erkrankung verstehen lernte. Oftmals ging es in anderen Fällen noch viel brutaler in den Familien zu. Heftige psychische und körperliche Gewalt bis hin zu Mißhandlungen und Vergewaltigungen – auch von Männern – sind keine Seltenheit. Immer gibt es enorm hohe Anspannungszustände in den Herkunftsfamilien mit massivem Druck, nicht selten auch in Form von hohen Leistungsanforderungen.

Viele Patienten kommen aus Familien, in denen bereits ein Elternteil abhängig war, manchmal auch beide. Bisweilen mußten einige Patienten sich um die Eltern kümmern, nach außen alles versuchen zu verbergen oder in der Lage sein, für die Eltern Noteinweisungen zu organisieren. Vor diesem Hintergrund ist es nur zu verständlich, daß diesen Erlebnissen der Zugang zum Bewußtsein versperrt werden mußte, um im Alltag in irgend einer Form überleben zu können. Wie bei allen psychischen Störungen wiederholen sich auch bei den Suchtpatienten genau die Zustände, die aufgrund der schlimmen Erfahrungen auf jedem Fall zu vermieden gesucht werden, im Sinne einer unbewußten Re-Inszenierung der alten brutalen Realität – manchmal in Form der Umkehrung des passiv erlittenen in die aktive »Täterschaft«. Diese Menschen verhindern nicht absichtlich die Auseinandersetzung mit sich und ihrem Leben. Sie sind einfach nicht dazu in der Lage, sich den schlimmen Erlebnissen zu stellen.

Die musiktherapeutische Behandlung kann in solchen Fällen eine Mög-

lichkeit darstellen, den Patienten einen Zugang zu diesen verborgenen Erlebnissen zu ermöglichen. In ihrem Buch über Musiktherapie drückte TÜPKER dies bereits im Titel aus: »Ich singe, was ich nicht sagen kann« (1996). In einem Artikel zu vermitteln, wie psychotherapeutische Behandlung in der Musiktherapie funktioniert, ist allerdings nicht ganz einfach. Das, was in der Musiktherapie passiert, läßt sich nur begrenzt fassen, denn das, worum es in erster Linie geht – die von den Patienten selbst improvisierte Musik – läßt sich nicht darstellen, da die Beschreibung der improvisierten Musik nicht die unmittelbare Hörerfahrung ersetzen kann.

Andere kreative Therapieformen, die zunehmend in psychotherapeutischer Arbeit eingesetzt werden, haben es da einfacher. Bilder aus der Kunsttherapie können abgedruckt, Szenen aus dem Psychodrama oder der Körpertherapie beschrieben werden. Darüber vermittelt sich dem Leser unmittelbar, was im kreativen Tun in der Therapie zum Ausdruck kommt. Um dennoch einen Eindruck von der therapeutischen Arbeit mit *Musik* zu geben, wird hier in erster Linie das Szenische, das »Drumherum« dessen was sich in der Musiktherapie abspielt, betrachtet. In den musikalischen Improvisationen der Musiktherapie sind die im folgenden beschriebenen Verhältnisse auch enthalten und es überrascht immer wieder, wie schnell »Laien« (hier die Patienten, die in die Musiktherapie kommen) in der Lage sind, diese auch über das bloße Hören der selbstgemachten Musik auch zu erfassen.

### EINE STÖRUNG, DIE HERAUSFORDERN ODER ENTMUTIGEN KANN

Schon im Vorfeld einer Behandlung »passiert« Einiges, sobald die Patienten erfahren, daß ein therapeutisches Team sie in die Musiktherapie eingeteilt hat. Es kommt zu spontanen und manchmal eher ablehnenden Reaktionen: »Was soll ich denn da?« »Ich kann doch gar kein Instrument spielen!«, »Ich bin vollkommen unmusikalisch!«, »Das ist doch Kinderkram!« sind Beispiele, mit denen der Musiktherapeut »arbeiten« muß – zumindest sind das meine Erfahrungen in der musiktherapeutischen Arbeit mit den suchtkranken Menschen in der viermonatigen stationären Entwöhnungstherapie. Vor allem am Anfang meiner »Karriere« neigte ich selber bisweilen dazu, auf diese Reaktionen hin für das Medium Musik zu werben und die Patienten zu bewegen, sich auf die seltsame Situation im Musiktherapieraum einzulassen. Die Musiktherapeuten möchten ihrerseits ja zu Recht, daß die Patienten von der Wirkung dieser Therapie profitieren können. Leider wäre mit einer solchen Reaktion die Therapie oft auch schon zu Ende, bevor sie eigentlich angefangen hätte.

Diese ersten Reaktionen zu nutzen und auch schon diesen »Augenblick«

im Gespräch – was im Übrigen meist mehr als zwei Drittel der Zeit einer Musiktherapie-Sitzung ausmacht – zu zerdehnen ist die Kunst dieser Therapie. Dann eröffnen sich auch für die Patienten schnell bedeutungsvolle Zusammenhänge zu ihrer Lebensgeschichte. Diejenigen, die die Musiktherapie bereits im Vorfeld als »Kinderkram« erleben, hatten häufig nicht ausreichend in ihrer Kindheit die Möglichkeit, sich im Spiel zu verlieren. Im Elternhaus herrschte z.B. eine rigide Strenge und das Kind wurde sehr stark auf das spätere »Funktionieren« in Schule und Beruf getrimmt. Sie werden mit wenig oder unentwickelten Anteilen der Seele konfrontiert, wodurch selbstverständlich Unsicherheiten und Ängste ausgelöst werden. Diejenigen, die von sich meinen, sie seien »vollkommen unmusikalisch«, haben im Musikunterricht oder auch wenn sie ein Instrument gelernt haben, z.B. beschämende Erfahrungen gemacht, wenn ihr Spiel Anderen nicht gefallen hat oder »schiefe Klänge« in den Ohren der Anderen dazu führten, daß sie sich lächerlich machten.

Oder es gab beschämende Erlebnisse in Situationen, in denen man ganz auf sich alleine gestellt war – wie z.B. die Matheaufgaben an der Tafel vor den Augen aller anderen Kinder einfach nicht lösen zu können, die diese »Show« nutzten um für sich den Unterricht ein wenig aufzulockern. Wenn das »Können« im Vordergrund steht, geht es meist um Lebensgeschichten und Lebensstile, die darum zentriert sind, fehlendes Selbstwertgefühl und innere Unsicherheiten durch ehrgeiziges Streben nach Erfolg und Anerkennung kompensieren zu wollen. Und auch das Gefühl »Was soll ich denn da (hier)?« drückt bedeutungsvolle Inhalte aus, die vielleicht mit der Erfahrung zu tun haben, »nicht gewollt« zu sein oder aber auch mit sich und seiner Zeit nichts oder nur wenig »Sinn-Volles« anfangen zu können. Gelingt es, mit den Patienten in ein Gespräch zu kommen, in denen bereits diese Reaktionen auf die Musiktherapie in Austausch mit den lebensgeschichtlichen Erfahrungen gebracht werden, wandelt sich die erste Abwehr schnell in eine tiefe Betroffenheit, die einen Zugang zu Themen ermöglicht, die in einer anderen Therapie zunächst schwerer zu erreichen sind.

Diese Darstellung der ersten Reaktionen und das Herstellen möglicher Bedeutungsinhalte birgt eine Gefahr: Es sollen hier »Blickrichtungen«, die in der Musiktherapie verfolgt werden (können) zur Darstellung kommen, nicht aber »regelhafte Eins-zu-Eins Zuordnungen«! Jeder Fall und jede Gruppe hat ein besonderes Verwandlungsproblem zu lösen und es ist wichtig darauf zu hören, was im jeweiligen Fall zum Ausdruck gebracht werden soll. In anderen Fällen können mit den gleichen Äußerungen auch ganz andere Wirkungszusammenhänge »anklingen«! Ich will hier nur darstellen, daß in jeder Äußerung zum Geschehen in der Musiktherapie bedeutsame Inhalte »transportiert« werden und welche Möglichkeiten die Musiktherapie

hat, diese zu nutzen. Das alles geschieht bereits bevor der erste Schritt über die Schwelle des Musiktherapie-Raumes gemacht wurde.

### ZERDEHNEN FÜHRT ZU NEUEN BLICKRICHTUNGEN UND GESTALTUNGSMÖGLICHKEITEN

Die Musiktherapie bringt von vorne herein, bzw. bereits bevor es »richtig los geht« – ähnlich wie vor ca. 100 Jahren FREUDS »Couch« – eine Brechung in die uns ansonsten vertraut wirkenden Umgangsformen des Alltags. Das Seelische wird dadurch massiv verstört. Zugleich werden aber auch im wahrsten Sinne des Wortes für die Patienten »Spielräume« eröffnet, in dem sich zum einen die Störungen im aktuellen Geschehen in der Musiktherapie ausbreiten können und die Möglichkeit besteht, neue und andere Bewerkstelligungsformen zu entwickeln. Das geschieht, indem lebensgeschichtliche Bedeutungszusammenhänge in den Blick rücken sowie durch das Ausprobieren und Spielen in den Improvisationen. In der musikalischen Improvisation, dem Herzstück dieser Therapie, wird »gefrickelt«, ausprobiert und gesteigert, welche Gestaltungsmöglichkeiten dem Fall – das kann sowohl die Gruppe als auch ein einzelner Patient sein – zur Verfügung stehen.

In den Anfangszeiten meiner musiktherapeutischen Tätigkeit wußte ich mit solchen beschriebenen »ablehnenden« Äußerungen wenig anzufangen. Ich fühlte mich häufig in die Beweisnot gedrängt, daß die Musiktherapie der nicht mehr ausreichend funktionierenden Selbstbehandlung des Seelischen helfen kann, (Problem-) Lösungsstrategien zu entwickeln, die der aktuellen Lebenssituation angemessener sind. Die Gefahr ist, sich in den endlosen Beweismustern der »Verkehrungs-Werke« (SALBER 1980) der Patienten zu verstricken und so dem Fall »auf den Leim« zu gehen. Die angesprochenen Ängste und Unsicherheiten der Patienten werden vom Therapeuten mit verdrängt, anstatt sie zu zerdehnen, sich ausbreiten zu lassen und in sinnvolle lebensgeschichtliche Zusammenhänge zu integrieren. Wie in jeder anderen Psychotherapie geht es nicht so sehr um aktuelle Realitäten, als vielmehr um den Ausdruck psychischer Wirklichkeit. Es ist wichtig, bei einer entschieden psychologischen »Gegenstandsbildung« (SALBER 1982) zu bleiben.

Darin unterscheidet sich die Musiktherapie nicht von einer Psychoanalyse, in der ja auch nicht ein Arzt hinzu gezogen würde, wenn ein Mensch von körperlichen Beschwerden spricht, wie z.B. Schmerzen, Tinnitus oder ähnliches. Nach meiner Erfahrung ist es aber nicht hilfreich, die Musiktherapie-Gruppe ganz sich selbst und den zum Ausdruck drängenden Inhalten zu überlassen. Es könnte passieren, daß die »Verstörung« so groß wird, daß

sich nichts mehr abspielen kann. Durch Improvisationsangebote kann der Therapeut den Patienten helfen, die Störungen in den Griff zu nehmen und versuchen, sie irgendwie zu formen.

### HERUMKRAMEN UND AUSPROBIEREN LÄSST VERGESSENE GESCHICHTEN AUFLEBEN

Die Patienten kommen in einen Raum, an deren Seiten unterschiedlichste Instrumente stehen. In meiner Behandlung überlasse ich die Gestaltung des Raumes den Patienten, d.h. die nächste Gruppe findet den Raum so vor, wie die vorhergehende ihn verlassen hat. Alle Instrumente sind ohne Vorkenntnis einfach zu bedienen. Es gibt Saiteninstrumente wie Gitarre, Psalter oder Harfe, verschiedene Flöten, unterschiedlichste Trommeln und viele Perkussionsinstrumente, die gerne als »Rasselkram« bezeichnet werden. Weiter gibt es ein Klavier, das in der Regel das Instrument ist, an dem ich spiele. Dazu kommen später noch ein paar Erläuterungen. Es stehen neuere und ältere Instrumente im Raum und teilweise haben die Instrumente »kleine Macken«. Das kann schon mal bedeutsam werden, wenn sich ein Patient ein »kaputtes« Instrument wählt und sich über die Macken aufregt. So kam bei Frau R. die Frage auf, wieso sie sich denn gerade für dieses Instrument entschieden hat, über das sie sich jetzt so aufregt. Ihr fiel dazu ein, daß sie als Kind immer die alte Kleidung ihrer Schwester, die teilweise schon recht ramponiert war, auftragen mußte. Sie lebte ständig in dem Gefühl, zu kurz zu kommen und nicht das »Richtige« für sich zu finden. Ihre Schwester wurde in ihrem Erleben immer bevorzugt.

In der Musiktherapie erlebte und verstand sie nun, mit welchem »Geschick« sie sich selber das »Falsche« nahm, was sie sonst als Schicksal oder Unachtsamkeit ihrer Familie oder anderer Menschen ihr gegenüber empfand. Bei anderen Patienten können gerade diese »kaputten« Instrumente einen Anhalt bieten, über das ins Gespräch zu kommen, was im Leben der Patienten durch ihre Lebensgestaltung mittlerweile alles kaputt gegangen ist (Familie, Verlust von Arbeit und Wohnung etc.). In einem anderen Fall kamen Herrn B., als er einen Psalter entdeckte, der einen Riß im Corpus hatte, Erinnerungen an seinen Vater, der bei Wutausbrüchen derart die Kontrolle verlor, daß dieser sein Spielzeug in der Rage zertrümmerte. An solchen bedeutsamen »Kleinigkeiten« finden Patienten, die ansonsten nur schwer Zugang zu sich oder einer psychotherapeutischen Arbeit finden können, Anhaltspunkte um ihre Geschichte und die Entwicklung ihrer seelischen Einschränkungen oder Störungen zu verfolgen. Ähnliche Erinne-

rungen kommen manchmal auf, wenn die Improvisation beim Wiederanhören als »kaputt« erlebt wird oder wenn jemand z.B. durch lautes Trommeln die Entwicklung eines musikalischen Spiels zerstört.

Zu Beginn der Behandlung – und immer mal wieder, wenn der Prozeß zum Stillstand zu kommen droht – biete ich gerne eine Improvisationsform an, die es jedem in der Gruppe ermöglicht, den Raum und die Instrumente kennen zu lernen. Ich schlage vor, im Raum herum zu gehen, sich von dem einen oder anderen Instrument anlocken zu lassen, für sich ein wenig darauf zu »klimpern« und auszuprobieren. Zu einem späteren Zeitpunkt bitte ich alle Gruppenteilnehmer, sich ein Instrument zu wählen, daß im Moment am besten zu einem paßt und einen Platz im Raum zu suchen, um sich dort eine Weile intensiv mit dem Instrument vertraut zu machen. Obwohl von mir immer wieder betont wird, daß es nicht darum geht, die Instrumente »richtig« zu spielen, kommen viele Patienten mit Fragen zu mir, wie man mit dem einen oder anderen Instrument spielt. Diese kleinen Szenen, das Erleben der Patienten und alles was der Gruppe oder mir aufgefallen ist, können im anschließenden Gespräch aufgegriffen werden und das aktuelle Erleben wird – wie bereits beschrieben – in Austausch mit lebensgeschichtlichen Inhalten gebracht.

Hintergrund solcher Unsicherheiten sind häufig überstreng kritisierende Eltern gewesen, durch die das Kind in seinen Entfaltungsmöglichkeiten manchmal massiv behindert wurde. Es überrascht immer wieder, wie schnell »banale« und zugleich prägende Alltagserlebnisse der Patienten erinnert werden, wenn die Frage gestellt wird, ob ihnen das gerade Erlebte irgendwoher bekannt vor kommt. Das aktuelle Geschehen ist durchlässig für die (Lebens-)Geschichte und die Geschichte macht verständlich, wieso die einzelnen Patienten gerade auf diese (»ihre«) Weise mit dem »Herumkramen« in der Musiktherapie umgehen.

Hilfreich kann sein, immer wieder zu betonen, daß nichts in der Musiktherapie bewertet oder »zensiert« wird. Allein der Begriff »Musik« weckt Assoziationen von »viel Üben« und »viel Können«. Ich spreche in solchen Zusammenhängen lieber von »Klangtherapie«, da es darum geht, welche Klänge zum Ausdruck kommen und was die erzeugten Klänge bei den Patienten auslösen und bewirken. Die Patienten können den Versuch unternehmen, sich auf das einzulassen, was geschieht und was zum Ausdruck kommen will. So werden Ängste und Schamgefühle so eingedämmt, daß sie das Einlassen auf die Therapie ermöglichen, ohne daß sie gänzlich unter den Tisch fallen. Das Verständnis für die »Zumutung«, die die Teilnahme an der Musiktherapie für einige Patienten darstellen kann und daß Ängste, Schamgefühle o.ä. selbstverständlich sind, zugleich aber auch auf andere »Hintergründe« verweisen, erleichtert vielen Fällen die Teilnahme.



Jeder Patient in der Gruppe entscheidet selber, ob und in wie weit er sich auf die Spielvorschläge, die sich meistens aus den Gesprächssituationen ergeben, einlassen will. Das ist besonders wichtig, weil das Seelische sich selbst am besten versteht und gleichsam mit einer geheimen Intelligenz verspürt, was zum jeweiligen Zeitpunkt paßt um es auszuprobieren oder was vielleicht (noch) zu brisant ist. Das stärkt die Eigenverantwortung der Patienten und entlastet zugleich den Therapeuten. Spielvorschläge können ähnlich wie Deutungen in der verbalen Therapie nicht schaden, sondern werden einfach nicht wirksam, wenn sie nicht passen oder zum unpassenden Zeitpunkt gemacht werden.

### **DIE »VERKEHRTE« SELBSTBEHANDLUNG DES ALLTAGS ERKLINGT ODER WIRD ANDERS MODELLIERT**

Das »Herumkramen« ähnelt der Verfassung, mit der wir bisweilen sonntags einen Flohmarkt besuchen. Hier wie dort geht es um »Ent-Deckungen: Der Schleier des Vergessens wird gelüftet und längst Abgelegtes, Zurückgelassenes und Verlorengeglaubtes kommt wieder zum Vorschein« (DOMKE 2004, 12). Es zeigt sich, wenn z.B. ein Teilnehmer verloren im Raum steht und sich nicht traut, sich den Instrumenten anzunähern, auch (oder gerade dann,) wenn er die Spielfreude der Anderen mitbekommt. Dieses Gefühl der Verlorenheit war Frau L. sehr bewußt und konnte auf frühere Situationen, aber auch auf ihr derzeitiges Erleben auf der Station übertragen werden. Sie litt sehr darunter, von der Familie getrennt sein zu müssen. Ihr wurde darüber aber auch bewußt, wie extrem sie sich fast ausschließlich für die Familie engagiert hatte und spürte, wie sie es vermied, eigene Interessen und Wünsche umzusetzen.

Andere Patienten finden Gefallen an einem Instrument und vertiefen sich so sehr, daß nicht einmal mehr der Lärm um sie herum stört. Wieder andere suchen manchmal den Kontakt zu ihren Mitpatienten und tauschen ihre gefundenen Klänge miteinander aus, probieren vielleicht ein erstes Zusammenspiel. Solche Erfahrungen gehörten bei vielen suchtkranken Menschen meist den vergangenen »guten Zeiten« an. Das Wieder-Erinnern und Re-Integrieren in das aktuelle Geschehen stellt den Modellierungs-Prozeß therapeutischer Behandlungen dar, der von in der Musiktherapie von Anfang an auch ohne »Deutungen« begonnen hat.

Ein besonders beeindruckendes Bild entstand für Herrn A., der zunächst widerwillig zur Musiktherapie kam, nachdem sich die Gruppe versammelt hatte, um ihre Instrumente vorzustellen. Er hatte die Bongos gewählt, die er abseits und »über den Anderen thronend« spielte, während die Gruppe

einen Sitzkreis bildete und ein starkes Gefühl der Zusammengehörigkeit hatte. Herrn A. wurde von der Gruppe gespiegelt, daß er sich auch auf der Station von den Anderen absondere und durch ironische Spitzen sehr viel Distanz zu ihnen herstellte. Das war Herrn A. auch in anderen Zusammenhängen im Alltag immer wieder begegnet. Aber das Bild in der Musiktherapie war für ihn so sinnlich zu erleben, daß er sich darüber traute, über seine Hemmungen und Ängste zu sprechen, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten.

Hintergrund waren für ihn letztlich, wie im Gespräch deutlich wurde, daß er befürchtete, er könne Ablehnung und Verlust nicht ertragen, wenn er den Kontakt mit anderen aufbauen würde. Die lebensgeschichtlichen »Verletzungen« (Verkehrungen) waren für Herrn A. so gravierend, daß er unbewußt für sich entschieden hat, lieber unter seiner inneren Einsamkeit zu leiden, als sich der Gefahr des Verlassen-Werdens noch einmal auszusetzen. Wir haben es hier mit einem Zug zu tun, den SALBER (1986) »Inkarnation« nennt: »Die Bewegung der Inkarnation ermöglicht der Kunst, Leben »nachzumachen« und über Ähnlichmachen zu einer Wirkung zu kommen.«

#### **STEIGERUNGEN MACHEN BEGRENZUNGEN UND NOTWENDIGKEITEN ERLEBBAR**

In eine andere Richtung gehen Improvisationen der Gruppe oder Spielvorschläge, bei denen mit Trommeln und Rhythmus experimentiert wird. Das löst oft heftige Ängste aus. Einige Patienten haben Angst vor der »Lautstärke«, die entstehen könnte und brauchen die Sicherheit, den »Krach« jederzeit stoppen zu können, um sich überhaupt darauf einzulassen. Wenn man auch diese Äußerung zerdehnt, wird manchmal die Angst vor dem eigenen Kontrollverlust thematisiert. In der geäußerten Angst steckt auch die vielleicht nie »nüchtern« gelebte Lust, sich hemmungslos auszubreiten und den »Krach« – wofür das auch immer stehen mag – auf die Spitze und ins Extrem zu treiben.

Das kann real bisweilen dazu führen, daß ein »ohrenbetäubender« Lärm entsteht, bis hin zur Schmerzgrenze – zumindest zu meiner! Die entstandene Lust steigert sich derart extrem, daß sie nicht nur zur Belastung wird, sondern wahrhaft selbstschädigende Ausmaße annimmt. Gerade bei Suchtpatienten ist man aber damit zugleich mitten drin in einem zentralen Thema. Denn der Konsum von Alkohol, der üblicherweise eingesetzt wird, um angenehme Gefühle zu steigern, wurde von den Abhängigen maßlos übertrieben, so daß im Laufe der Zeit der eigene Körper und das soziale Umfeld oft völlig zerstört wurden.

Die individuellen Hintergründe dieser maßlosen (Zerstörungs-) Wut

kommen in der Musiktherapie zur Sprache. Durch das aktuelle Erleben eröffnen sich Zusammenhänge zu den alltäglichen Verhaltensweisen der Patienten, in denen es immer wieder um Zerstörung und Selbstzerstörung geht. Damit rückt auch das Suchtproblem selber in einen neuen Zusammenhang. Nicht der Alkohol ist das »Problem«, sondern der Konsum ist Symbol/Symptom für die maß- und rücksichtslosen Umgangsformen mit dem Alltag, die für die Patienten oft selbstverständlich und »Fleisch und Blut« geworden sind, insbesondere mit sich selbst und gegenüber dem – wenn noch vorhandenen – näherem Umfeld. Dies ist viel umfassender als das Trinken, zugleich aber auch viel mühsamer zu verändern (vgl. SALBER 1981). Der Tendenz zur Erweiterung und Erhöhung süchtiger Lebensstile tritt auf der anderen Seite die Tendenz zur Verkleinerung und Engführung entgegen, die sich im Extrem zum Schluß fast ausschließlich auf das Suchtmittel reduziert hat und damit die (bedrohliche) Vielfalt des Alltags abschließt (vgl. DAMMER 1993, 449).

Die Expansion geht in der Musiktherapie in sehr unterschiedliche Richtungen. Es wird nicht nur extrem laut, manchmal auch extrem leise – in einem Fall sogar soweit, daß in einer Zweierimprovisation Herr B. nicht zu hören war, so leise ich auch versuchte zu spielen. Die Wutausbrüche seines Vaters habe ich weiter oben bereits erwähnt. Herrn B. fiel ein, daß sein Vater manchmal »völlig ausrastete«, wenn ihm ein »Fehler« von Herrn B. auffiel. Herr B. nahm sich im Laufe der Zeit immer mehr zurück, bis er gleichsam mit einer »Tarnkappe« durch das Leben lief. Dies war für ihn über lange Zeit sicherer und lieber, als zu riskieren, daß sich die früheren dramatischen Verkehungen noch einmal wiederholen könnten. Die entstandene Profillosigkeit seines unscheinbaren Auftretens nahm er für diese Sicherheit in Kauf.

#### ENDLOSIGKEIT DES LEIDENS ODER BESINNLICHES ZU-SICH-KOMMEN

Manchmal kommt es auch zu unendlich langen Improvisationen, die einfach kein Ende haben dürfen, so sehr sich alle danach sehnen. Die Tendenz, die einmal gefundene Harmonie in der Musik oder den gemeinsamen Rhythmus nie mehr zu verlassen beherrscht das Spiel, bis schließlich allen das einstmal Schöne und Gewünschte auf die Nerven geht und unerträglich geworden ist. SALBER schreibt hierzu: »Expansion erprobt Konsequenzen, Notwendigkeiten, Möglichkeiten und Begrenzungen. In solchen Expansionen bilden sich quasi-experimentelle Lebensformen aus, in denen sich Seelisches entwickelt, in denen es zu sich kommt, und in denen seelisches Sich-Verstehen vertieft wird« (1986, 124).

In der Musiktherapie bieten sich hierzu eine Fülle von Gestaltungsräumen, die immer genau so genutzt werden, wie sie aktuell gebraucht werden. Es wird sinnlich erfahrbar, welche Ordnungen und Regelungen seelische Werke brauchen, damit sie funktionieren können und wo wir hinein geraten können, wenn im Alltag der Versuch unternommen wird, diese auszublenden und die Welt »auf den Kopf zu stellen«. Auch die »bekömmlicheren« Stimmungen, die entstehen, wenn (soziale) Regelungen beachtet werden, können ausprobiert und damit hörbar und sinnlich erlebt werden.

Diese Musik geht oft »unter die Haut« und zeigt manchmal auch im Stationsalltag nachhaltige Wirkung. Auch wenn von den Patienten eine Tendenz ausgeht, das in der Musiktherapie Erlebte vom Alltag getrennt zu halten: In der Musiktherapie sei alles ganz anders als »Draußen«. Dennoch bleibt das Erlebte nicht wirkungslos und führt manchmal dazu, mit mehr Mut anders mit alltäglichen Situationen und anderen Menschen umzugehen. Drinnen und Draußen sind nicht klar voneinander abzugrenzen, sondern »Phänomene des Spielraums« (STRAUS). Die Kunst der Therapie ist es, das Geschehen im Musiktherapieraum und die Umgangsformen im Alltag füreinander durchlässig zu machen.

Lange Gesprächsphasen und Improvisationsteile wechseln sich ab und gehen auseinander hervor. Meist entsteht nach dem musikalischen Tun eine besinnliche Stille, in der das Erlebte nachklingt und nachwirkt. Nach einiger Zeit – wenn ich merke, daß den Patienten eine Vereinsamung und Isolation mit dem gerade Erleben droht – stelle ich allgemeine Fragen, wie z.B. »Was geht Ihnen durch den Sinn?«, »Wo sind Sie gerade?«, »Was beschäftigt Sie jetzt am meisten?« oder Ähnliches. Die Einfälle werden immer wie bereits beschrieben in Austausch mit lebensgeschichtlichen Erfahrungen und der gelebten Alltagsbewältigung gebracht. Zu Beginn meiner therapeutischen Arbeit habe ich immer sehr angestrengt nachgedacht, welche Spielvorschläge den Prozeß weiter vertiefen könnten.

Das führte leicht dazu, daß es für alle Beteiligten zu anstrengend und zu »schwer« wurde und die Entwicklung in der Musiktherapie anstatt »tiefgründiger« zu werden eher verebbte.

Mittlerweile gebe ich den Entspannungszeiten den nötigen Raum. Von alleine kommen die Ideen, wie sich Szenen aus dem Leben der Patienten improvisatorisch umsetzen lassen – sehr oft aber auch nicht und dann bleibt es (zunächst) beim Gespräch. Die Spielideen schlage ich den Patienten oder dem einzelnen Patienten um den es gerade geht vor und diese können selber entscheiden, ob sie sich darauf einlassen. Wenn ein Patient alleine etwas ausprobiert oder die Gruppe nutzt um Erlebtes aktuell in der Therapie zu gestalten, bleibe ich häufig in seiner Nähe und bewege mich mit ihm durch den Raum.

In mehrfachem Sinne wird in der Musiktherapie »Realität bewegt«. Das Erleben ist sehr intensiv und bewegend und wirkt über das Geschehen in der Musiktherapie hinaus in den realen Alltag. Die alltäglichen Realitäten werden spürbar in der Musiktherapie und zugleich besteht die Möglichkeit, die oft festgefahrenen Muster anders zu bewegen als »Draußen«. Im Schutz der Therapie entsteht ein Spielraum mit unendlich erscheinenden Möglichkeiten. Aber auch Grenzen werden erfahrbar. Musik berührt stärker als andere kreative Therapien, indem sowohl schmerzhaft als auch wohltuende Wirkungen gespürt werden. Es ist m.E. sehr wichtig, diese Notwendigkeiten seelischer Werke gerade mit Suchtpatienten sehr deutlich zu verbalisieren. Es ergeben sich aber auch non-verbale Interventionsmöglichkeiten. Es können »übende Phasen« eingebaut werden.

Hier könnte man einwenden, die Musiktherapie befinde sich dann in einem Übergangsbereich zu »pädagogischen Maßnahmen«. Aber dies stellt m.E. nicht gerade einen »Einwand« dar. Um sich entwickeln zu können braucht Seelisches Übung und Wiederholung. Dann findet Seelisches darüber ein Bild für das eigene Funktionieren und einen haltgebenden Rahmen für umfassendere Gestaltungsprozesse, die unsere Alltagsbewältigung verändern (vgl. WEST 1992). Im psychoanalytischen Sinne kann man hier auch leibhaftig einen Nachreifungs-Prozeß erleben, der mehr oder weniger bewußt von den Patienten in den umfassenderen Alltag einfließt. In diesem Sinne werden neue »Realitäten« für die Teilnehmer in der Musiktherapie geschaffen – und das umfassender als nur »äußerlich« (im Sinne verhaltenstherapeutischer Interventionen) – um neue Bewältigungsformen zu trainieren.

Eine Realität, mit der die Patienten bei mir konfrontiert werden, ist auch mein fester Platz in den Improvisationen am Klavier. In manchen Fällen kommt es zu heftigen Auseinandersetzungen um diesen Platz. Einige Patienten glauben diese Einschränkung ihrer Freiheit nicht aushalten zu können oder erleben das als »ungerecht«. Mit Herrn St. war es zunächst sehr schwierig, ein wenig Distanz in der aktuellen Auseinandersetzung herzustellen und die Heftigkeit seiner Reaktionen für ihn als Ausdruck früheren Erlebens zugänglich zu machen. Dann sprach er aber doch über die vielen Verbote seines Vaters, der ebenfalls ein Suchtproblem hatte und oft sehr gewalttätig wurde. In der Pubertät hatte sich bei Herrn St. so viel Wut angestaut, daß er einer erneuten »körperlichen Züchtigung« seines Vaters ebenfalls mit Gewalt begegnete und diesen massiv »vermöbelte«. Seit dem hätte niemand mehr Einfluß auf ihn nehmen können und er lebte ein völlig regelloses und (scheinbar) ausschließlich selbstbestimmtes Leben.

Dazu gehörte auch der massive Alkoholkonsum und sein Anschluß an Menschen aus der Drogenszene. Es kam zu Diebstählen im Sinne der Beschaffungskriminalität, wegen denen er mehrfach inhaftiert wurde.

Ich nutze die Auseinandersetzung um meinen Platz, um solche oder andere Hintergründe erlebbar zu machen. Dabei beharre ich aber nicht darauf, daß dieser Platz nur mir zur Verfügung steht. In manchen Fällen entsteht das Gefühl, daß es für einzelne Patienten hilfreich sein kann, meinen Platz einzunehmen und dann durch die »herausgehobene Position« mit Gefühlen in Kontakt zu kommen, die entstehen, wenn man mehr Verantwortung zu haben glaubt. Auch in der beschriebenen Auseinandersetzung mit Herrn St. schien es mir sinnvoll, daß er in der Therapie die »korrigierende emotionale Erfahrung« (ALEXANDER 1946) machte, weniger Unnachgiebigkeit zu erleben, als es ihm bis dahin vertraut war. Später konnte Herr St. in der Therapie erkennen, wie er häufig andere Menschen immer wieder im Sinne einer »projektiven Identifizierung« (KERNBERG 1993) dazu brachte, daß diese seinem grenzenlosen »Freiheitsdrang« massiv ein Ende setzen wollten – wozu auch seine Inhaftierungen zählten – und er diese Reaktionen ähnlich massiv erlebte, wie die »Züchtigungen« seines Vaters. Statt ersehnter Zuwendung und Bestätigung erfuhr er immer wieder Aggression und Begrenzung.

### ERFAHRBARMACHEN VON WIRKLICHKEITSKONSTRUKTIONEN

Um einen Eindruck vom Verlauf musiktherapeutischer Sitzungen zu geben, sollen noch zwei Beschreibungen aus der Musiktherapie folgen: In einer Improvisation hatte Herr U. den Eindruck, er habe die ganze Gruppe bestimmt und mit seinem Trommeln alle übertönt. Es folgten heftige Proteste und auch nach dem Hören der Improvisation blieb Herr U. als Einziger in dieser Gruppe bei seinem Eindruck. Der Wunsch, andere zu überbieten wurde aufgegriffen und ich schlug ihm vor, er könne »gegen« die ganze Gruppe »antrommeln«. Herr U. spielte sehr heftig, aber so sehr er sich auch bemühte, hielt die Gruppe massiv dagegen und übertrumpfte ihn natürlich. Schließlich gab Herr U. erschöpft auf. Er wirkte wirklich sehr »abgekämpft«, angeschlagen und verzweifelt. Schließlich wurde ihm diese Szene als typisch für sein bisheriges Leben deutlich. Er hatte immer versucht, alleine auf sich gestellt zu versuchen, besser zu werden als andere. Überall, wo das nicht gelang, setzte er exzessiven Alkoholkonsum ein, um diese für ihn unerträglichen Erfahrungen zu verdrängen und sich in Größenphantasien zu flüchten. Im Laufe der Zeit verselbständigte sich dieses Trinkverhalten und geriet ihm mehr und mehr außer Kontrolle. Das Gegenteil seines

ursprünglichen Wunsches war die Folge: statt besser zu sein, machte er sich zum Gespött für die Anderen. Mir kam die Idee, Herr U. solle sich »Verbündete« suchen und erneut gegen den Rest der Gruppe spielen. Aus dem »Gegeneinander« der beiden Gruppe entwickelte sich ein starker gemeinsamer Rhythmus und für Herrn U. ein befriedigendes Gefühl von Unterstützung und Halt.

Frau Sch. traute sich in der Musiktherapie nie, laut zu spielen. Sie suchte sich immer ein leises Instrument, gab nie eigene Impulse in die Musik mit ein und fiel eigentlich gar nicht auf. Dies wurde in mehreren Sitzungen vorher bereits von der Gruppe erwähnt. Es folgten regelmäßig die »guten Ratschläge«, sie solle doch einfach mal ausprobieren, kräftiger auf die Instrumente zu schlagen, was natürlich wirkungslos blieb. Oft beschwerte sich Frau Sch. über den fürchterlichen Krach der Anderen und wollte unbedingt, daß die Instrumente richtig gelernt werden sollten, damit überhaupt etwas »Sinnvolles« entstehen könne. Sie beendete auch oft die Improvisationen und behinderte damit die Spielfreude der Gruppe, indem sie das verabredete Zeichen zum Ende setzte. Ich gebe in manchen Fällen die Möglichkeit, das Spiel jederzeit unterbrechen zu können, indem eine Glocke angeschlagen wird. Ohne diese Möglichkeit wollte sich Frau Sch. anfangs auf keinem Fall auf die Improvisationen einlassen. Durch ihre häufigen Stops zog sie natürlich auch den Ärger der Andern auf sich.

In dieser Sitzung nahm Frau Sch. die Flöte und spielte leise wie gewohnt vor sich hin, ohne daß sie von den anderen gehört wurde. Ich schlug ihr vor, sie könne ja einmal ganz alleine spielen, was heftige Ängste bei ihr auslöste. Sie kann doch gar nicht richtig spielen, die Anderen lachen bestimmt über sie und Ähnliches führte sie an, um sich nicht darauf einzulassen. Als ich ihr sagte, es sei nur ein Vorschlag gewesen und sie entscheidet, ob sie es ausprobieren will, ließ sie sich doch darauf ein und spielte eine kurze Weile. Unter Tränen mußte sie schließlich abbrechen, weil ihr wieder einfiel, daß sie als kleines Kind sehr gerne Flöte gespielt hatte. In der Schule wollte sie am Flötenunterricht teilnehmen, erlebte aber dort nur Kritik an ihrem »fürchterlichen Spiel« und vor lauter Angst erlahmte ihre Spielfreude. Diese Szene stellte für sie gleichsam einen Prototyp dar, der exemplarisch war für das immer stärker um sich greifende Absterben ihrer Lebensfreude durch die erlebte Kritik anderer Menschen. Das führte zu zunehmender Isolation und Flucht in den Alkohol, mit dem sie ihre eigene »fürchterliche« – aber auch verkehrt lebendige – Seite auslebte. Frau Sch. wollte anschließend von sich aus eine Improvisation, in der sie für ihre Verhältnisse deutlich freier und spielfreudiger präsent war.

## MUSIKTHERAPIE IST PSYCHOTHERAPIE

Ich habe diesen Artikel für mich selbstverständlich, aber in der gesundheitspolitischen Diskussion wahrscheinlich provokant »Psychotherapie mit Musik« genannt, anstatt von Musiktherapie zu sprechen. Mein Berufsleben begann mit einer Anstellung in der Musiktherapie und mir wurde dort »untersagt« – obwohl ich bereits mein Psychologiestudium beendet hatte und meine Musiktherapie-Fortbildung bereits weit fortgeschritten war – in der Musiktherapie psychologisch oder »aufdeckend« zu arbeiten. Später hatte ich eine Anstellung als Psychologe, mußte dort aber von meinen musiktherapeutischen Wurzeln »abschwören«, weil viel zu viel Angst vor dem bestand, was die Teilnahme an der Musiktherapie auslösen könne.

Erst später hatte ich das Glück, daß ich unterstützt durch den Klinikleiter Herrn Dr. REINERT in Langenberg beide Ausbildungen zusammenführen konnte. In dieser Zeit entwickelte ich in erster Linie die von mir dargestellte Psychotherapie mit Musik. Diese wurde von den z.T. gravierend gestörten Suchtpatienten, die teilweise jegliche soziale Struktur verloren hatten, sehr offen angenommen und mit der diese Patienten sehr viel anfangen konnten. Ich weiß, daß sich in den 15 Jahren meiner Berufstätigkeit als Psycho-Musik-Therapeut und Supervisor für Musiktherapeuten in den Kliniken nicht viel verändert hat. Immer wieder kommen Musiktherapeuten in heftige Konflikte, wenn sie ihre z.T. sehr fundierten psycho-musik-therapeutischen Kenntnisse umsetzen wollen. Hier verhindern m.E. Klinik-Macht-Strukturen einen sinn- und wirkungsvollen Einsatz der Musiktherapie, durch die sich die Wirksamkeit dieser Therapieform voll entfalten könnte. Die Gründe für diesen Mißstand werden sich im folgenden eröffnen.

## MUSIKTHERAPIE IST KUNSTANALOG- KÜNSTLERISCHE BEHANDLUNG

Bei einer künstlerischen Therapieform liegt es natürlich nahe, die Therapie – wie hier geschehen – anhand der von SALBER entwickelten Kunstkriterien darzustellen. Die Musiktherapie steht zwischen künstlerischem (Neu-) Schaffen und dem nicht bewußten Re-Inszenieren der alten Leidensgeschichten. Die Musiktherapie verbindet gleichsam Neurose mit (Lebens-) Kunst, wodurch eine beweglichere Wirklichkeitsgestaltung als in den neurotischen Verkehrt-Halte-Werken erleichtert wird. RASCHER schreibt hierzu: »Beide Modelle behandeln die Paradoxien unserer seelischen Wirklichkeit – beide machen diese Paradoxien zu ihrem Mittelpunkt, aber gleichsam mit umgekehrtem Vorzeichen: Während die Neurose sich abarbeitet an der Abschaffung des unlösbar Paradoxen und dabei die tollsten Figuren ent-



wickelt, macht es die Kunst genau umgekehrt – sie sucht die paradoxen Verhältnisse der Wirklichkeit in »tollen Figuren« herauszurücken, zur Anschauung zu bringen, sie als Paradoxien erfahrbar zu machen. Die Kunst ist gleichsam dafür, die Neurose dagegen eingestellt« (1993, 176).

In der von SALBER entwickelten psychotherapeutischen Intensivbehandlung ist diese »kunanaloge« Herangehensweise in der Therapie der »Königsweg« in der Therapie, um der festgefahrenen Selbstbehandlung des Seelischen wieder einen Ruck zu geben und neue Gestaltungsspielräume zu eröffnen. Er schreibt: »An Kunstwerken erfährt die psychologische Behandlung, daß der Sinn von Verwandlung nicht ein für allemal festliegt, sondern aus den Gestaltungen und Umgestaltungen unserer Werke immer wieder neu erwächst. Daher bemüht sich eine kunstanaloge Behandlung, verkehrt gehaltene »Dinge« wieder in andere Modellierungsprozesse zu bringen« (1980, 78). Es konnte dargestellt werden, wie im psychotherapeutischen Umgang mit musikalischen Improvisationen genau diese Grundlage der Therapie durch die Verbindung mit lebensgeschichtlichen Erlebnissen in der Musiktherapie zur Wirkung kommt.

#### THERAPIE IM HIER UND JETZT

Im Musiktherapie-Raum wiederholen sich analog den aktualgenetischen Betrachtungen von SANDER (1928) die Verkehrungswerke der Patienten im Hier und Jetzt. Die Vielfalt und der Reichtum seelischer Gestaltungsmöglichkeiten wird in den Verkehrt-Halte-Werken eingeschränkt und führt zum einen zu den reduzierten Bewältigungsformen, die sich in der Musiktherapie, wie oben beschrieben, in der ungewöhnlichen Situation des Umgangs mit Instrumenten und Klängen im aktuellen Geschehen wiederholen.

Auf der anderen Seite wird ein aufgebauschtes und ideenreiches Beweismuster in den Verkehrt-Halte-Werken etabliert, daß das Leben auch mit den selbstauferlegten Begrenzungen jederzeit komplett bewerkstelligt werden könnte. Es konnte gezeigt werden, daß sich auch diese Beweismuster wiederholen, wenn Menschen mit Musiktherapie in Kontakt kommen und wie geschickt diese Menschen sogar die Therapeuten in dieses Beweismuster mit einbauen können. Mit diesen Besonderheiten therapeutisch zu arbeiten und die festgefahrene Selbstbehandlung des Seelischen wieder in Bewegung zu bringen ist die Kunst dieser – wie jeder anderen – Therapieform. Gerade in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken, in denen wie beschrieben ein Klientel behandelt wird, dem es äußerst schwer fällt, aktuelle und erlebte Geschichten zu erinnern und zu verbalisieren, haben die Musikthe-

rapeuten ein Medium, in denen sich die »Struktur« der Störung ausbreiten und wieder lebendig werden kann.

Diese Wiederholungen werden mit ein wenig Geschick dann auch ganz schnell durchlässig für die Erinnerungen, die im Falle der meisten Suchtpatienten mit schwersten Traumatisierungen verbunden sind. Demgegenüber müssen sich in solchen Kliniken die »Psychotherapeuten« mit langem Schweigen oder Erzählungen auseinandersetzen, die seltsam unverbunden mit dem Erleben wirken (ich selber arbeite nicht nur musik-psychotherapeutisch sondern auch verbal-psychotherapeutisch und sehne mich in den Gesprächsgruppen häufig nach der bisweilen auch sehr anstrengenden Lebendigkeit in der Musiktherapie).

Ich kann mir gut vorstellen, daß in den Kliniken viele Psychotherapeuten – die in Klinikstrukturen »höher« stehen als die Musiktherapeuten – bisweilen neidvoll auf das blicken, was sich in der Musiktherapie ereignet und unbewußt zu verhindern suchen, daß die Musiktherapeuten selber das Potential dieser Therapie nutzen. Auf der anderen Seite ärgern sich viele Musiktherapeuten zu Recht, daß ihre Fähigkeiten auf die Funktion des »Dosenöffners« in den Kliniken reduziert wird – was auch von dieser Seite her oftmals eine umfassend integrierte Therapie dieser schwerst gestörten Patienten verhindert. Denn wer kann schon verhindern, daß wichtige Ereignisse in den Therapiebesprechungen vergessen werden ...

Hinzu kommt, daß die Möglichkeiten einer veränderten Bewerkstelligung des Alltags bei den verbalen Therapien recht begrenzt sind. Demgegenüber können in der Musiktherapie, wie beschrieben, von vorne herein die Blockaden im Ausprobieren und Experimentieren mit Instrumenten und Klängen in Bewegung gebracht werden, womit sofort auch andere seelische Bewerkstelligungsformen aktuell ins Werk gesetzt werden, die sich auch auf den Alltag in den Kliniken und sicher auch darüber hinaus auswirken. Dazu muß nicht einmal der lebensgeschichtliche Sinn der eingeschränkten Selbstbehandlung des Alltags deutlich und »bewußt« werden. Ich habe bereits erwähnt, daß die (übenden) Spielvorschläge im Sinne einer »Nachreifung« bei schwer gestörten Menschen eingesetzt werden können, die im Ablauf eines Stationsalltages nicht ohne weiteres möglich wäre.

#### WIEDERHOLEN – ERINNERN – DURCHARBEITEN

FREUD spricht 1914 als die entscheidenden Kennzeichen einer psychologischen Behandlung das »Erinnern – Wiederholen – Durcharbeiten« an. Die gleichen Kennzeichen finden sich auch in der Musiktherapie, hier nur in einer leicht veränderten Reihenfolge: Zunächst ergeben sich die Wiederholungen

der seelischen Störungen im aktuellen Umgang mit dem musiktherapeutischen Alltag. Diese Wiederholungen werden durchlässig für die Erinnerung an lebensgeschichtliche Ereignisse und es kann in der Musiktherapie verdeutlicht werden, daß es früher sinnvoll war, diese Einschränkungen zu etablieren, um psychisch überleben zu können. Den Erinnerungen erfolgt im doppelten Sinne ein Durcharbeiten, indem zum einen deutlich werden kann, welche Auswirkung die einstmals sinnvolle Begrenzung auf den aktuellen (»erwachsenen«) Alltag hat und somit die Konsequenzen der psychischen Störung – manchmal auch schmerzlich – spürbar werden.

Auch die Funktion des Suchtmittels im seelischen Getriebe kann bisweilen sehr viel schneller spürbar werden als – wie eingangs erwähnt – in einer verbalen Therapiemethode. Bei Suchtpatienten wird darüber hinaus schnell die zerstörerische Wucht, die die Folge der fehlenden adäquaten Auseinandersetzungsmöglichkeiten ist, immer wieder hörbar, wenn die Improvisationen anfangen quälend (laut oder lang) zu wirken. Zum anderen können die Patienten in einem gefahrloseren »Spielraum« als im Alltag ausprobieren, was tatsächlich passiert, wenn man sich traut anders an die »alltäglichen« Gegebenheiten (hier in der Musiktherapie) heranzugehen. In der Regel erweisen sich die Befürchtungen der Konsequenzen, die eintreten könnten, wenn man sich doch auf den Reichtum seelischer Gestaltungsmöglichkeiten einlassen würde – die ein zentraler Komplex in den Beweismustern der Verkehrt-Halte-Werke sind – als unbegründet bezogen auf die reale aktuelle Situation und diese Erfahrungen machen Mut, das in der Musiktherapie Erlebte auch auf andere Lebensbereiche zu übertragen.

### BEZUG AUF DIE KENNZEICHEN VON PSYCHOLOGISCHEN BEHANDLUNGEN

In seiner Erweiterung und Umgestaltung der Psychoanalyse FREUDS stellt SALBER vier Kennzeichen von psychologischen Behandlungswerken heraus, die auch in der musiktherapeutischen Behandlung wirksam sind: »Leiden-Können«, »Methodisch-Werden«, »Ins-Bild-Rücken« und »Bewerkstelligen«.

»Leiden-Können klärt sich [...] im Entfalten und Umbrechen von Geschichten und Gestalten (Analogien, Isolierungen, Verdichtungen« (SALBER 1980, 140). Von Anfang an und über die gesamte Zeit wird in der Musiktherapie erlebbar, was die Patienten leiden können und was sie nicht leiden können. Ich habe dargestellt, daß eine Therapie nicht in Gang kommen kann, wenn es beispielsweise nicht gelingt, die anfängliche Ablehnung dieser Therapieform verständnisvoll auf analoge lebensgeschichtliche Hintergründe zu beziehen. Für die Patienten wird – wenn dies doch gelingt – sinnlich erfahrbar, was passiert, wenn sie in der Musiktherapie wiederholen, wie

sie auch im alltäglichen Umgang an Entwicklungskrisen herangehen und diese bewältigen wollen. In der Arbeit mit Suchtpatienten geht es dabei häufig um Vermeiden, Zerstören, Vernebeln, Maß- und Endlosigkeit.

Das Erlebte wird durchlässig für die z.T. fatalen Folgen der reduzierten, zerstörerischen oder extremen Lebensformen, die unbewußt dazu dienen die Risiken, die jede Verwandlung in sich birgt, zu kontrollieren um früher schmerzhaft erlebte Erfahrungen für immer zu verbannen. Damit verkümmerte aber zugleich die Vielfalt seelischen Lebens und führte zu einem schließlich unerträglichen Leiden an den früheren Lösungsstrategien. Dies kann aufgegriffen und durch Worte und Musik in Bewegung gebracht werden. So wird »das Aufgreifen des Leiden-Könnens [...] zu einem Medium, an die ›wirklichen‹ Überbelastungen heranzukommen« (SALBER a.a.O., 142).

»Im Methodisch-Werden treten wir in das Spannungsfeld ein, das auf ›andere‹ Dimensionen der Wirklichkeit, auf Ergänzungen, Gegenläufe, Zwischenstücke aufmerksam werden läßt« (SALBER a.a.O., 140). Methodisch wird die Therapie schon, wenn man sich ausschließlich auf die gestalteten Klänge bezieht und im anschließenden Gespräch »erforscht« wird, wieso die Musik so geworden ist, wie sie ist, in welchen Wendepunkten die Musik vielleicht zu einem unerträglichen Problem geworden ist, in welche Entwicklungen sich die Musik verstrickt hat, welche Lösungen gefunden wurden, welches Prinzip darin sich verbirgt und es können ggf. angemessenere Lösungen ausprobiert werden. Methodisch ist darüber hinaus die Übertragung des in der Musiktherapie Erlebten auf Entsprechungen, Ergänzungen oder Gegenläufe im Stationsalltag oder aus dem Alltag der Patienten.

Weiter ist methodisch, wenn Folgen und Konsequenzen der reduzierten Selbstbehandlung in der Musiktherapie sowie im jeweiligen Alltag der Patienten deutlich werden. Indem diese für Patienten und Therapeut sichtbar geworden sind, fängt die eingefahrene seelische Konstruktion oft von alleine an, neue Umgangsformen zu entwickeln oder es können methodisch eingesetzt Spielangebote gemacht werden, die Neues erlebbar machen. Das Neue stellt sich von alleine in den Vergleich mit dem Bekannten und ermöglicht den Patienten einen erweiterten Handlungsspielraum und die Möglichkeit zwischen (mindestens) zwei Möglichkeiten zu entscheiden. So bringt »das Methodisch-Werden ... in Beweglichkeiten, die unsere Festlegungen schwanken machen« (SALBER a.a.O., 142)

»Das Ins-Bild-Rücken führt dazu, nach Konstruktionsproblemen, Umkonstruktionen, nach Funktionalisierungen und Formalisierungen von Verkehrt-Halte-Werken zu fragen; das Verhältnis von Verwandlung und Festlegung [...] gewinnt unser Interesse« (SALBER a.a.O., 140). Die Festlegungen und Einschränkungen des Seelischen werden den Patienten zugänglich,

wenn sie spüren, welche Distanz sie zu Anderen herstellen und erforschen können, wieso sich das bei ihnen so entwickelt hat; wenn sie erleben, wie sie sich selber mit ihren Bestimmungs- und Kontrollbedürfnissen um angemessene Bindungen an Andere betrügen und ausprobieren können, daß Einlassen auf und Unterstützung durch Andere zu einem angenehmeren Gefühl in der jeweiligen Umwelt führen; wenn sie anfangen darunter zu leiden, daß ihr bis dahin so hoch geschätzter Perfektionismus für einen manchmal sehr extremen Rückzug von Anderen verantwortlich ist und im Laufe der Zeit zu immer mehr Selbstaufgabe geführt hat.

Es werden allgemeine Bildungsprinzipien des Seelischen hörbar und mit dem Blick auf die (einstmals sinnvollen) Festlegungen eröffnet sich zugleich die Vielfalt von Verwandlungsmöglichkeiten. Es steht jedem Patienten frei, diese auszuprobieren und umzusetzen. SALBER betont: »[...] wir brauchen Bilder als Übergang vom Anschaulichen zum Strukturellen, um die Vielfalt in eine wirksame Gestalt zu bringen« (a. a. O., 142). Die musikalischen Improvisationen in der Musiktherapie sind gleichsam (vorgestaltliche) »Bilder«, die die Vielfalt seelischen Gestaltungsreichtum sowie die (neurotischen) Einschränkungen hörbar werden lassen.

Im Bewerbstelligen schließt sich der Kreis zum Leiden-Können. Es wird erlebt, mit welchen Strategien mit dem umgegangen wird, was man nicht leiden kann. Es werden aber zugleich auch die Begrenzungen des gewohnten Lebensstils deutlich und Einsichten erfolgen, wie die bisherigen Bewerbstellungen gerade zu dem Leiden hinführten, die eigentlich vermieden werden sollten. Durch Ausprobieren von Neuem kann diesem eingefahrenen Muster ein Ruck gegeben werden, der erleben und hörbar werden läßt, wenn es anders läuft. SALBER schreibt hierzu: »Die Frage des Bewerbstelligen bringt eine Analyse mit sich, die nach Zulassen, Auseinandersetzen und Gestalten von Paradoxien fragt« (a. a. O., 140). Wieder zulassen zu können, daß es keine einfachen Lösungen gibt, daß sich Seelisches nicht auf einfache Lösungen begrenzen läßt und daß Paradoxien der unendliche Motor seelischer Gestalten sind, führt aus den Begrenzungen der Verkehrt-Halte-Werke heraus. Bei den Suchtpatienten bedeutet dies, der expansiven Reduzierung auf das Suchtmittel ein breites Spektrum beweglicherer Bewerbstellungsformen entgegen zu setzen. »Bewerkstelligen führt uns mit Material zusammen, ohne von vorne herein unser Zutrauen einzuschränken« (SALBER a. a. O., 142).

Der invasive Charakter der Musik, der man sich nicht verschließen kann, führt dazu, daß die Improvisationen und das Geschehen in der Musiktherapie sehr nahe gehen. Musiktherapie ist direkter und unmittelbarer als z.B. kunsttherapeutische Methoden oder Psychodrama, weil die eingeübten Einstellungen des Seelischen nicht mehr ohne Weiteres greifen können. Sie wirkt ähnlich intensiv wie körpertherapeutische Verfahren, in denen auch unmittelbar sichtbar wird, wie sich lebensgeschichtliche Erfahrungen gleichsam in jeder Körperzelle und den ausgebildeten Umgangsformen niedergeschlagen hat. Dies führt auf der einen Seite zu den oft heftigen Abwehrformen der Patienten, auf der anderen Seite aber zugleich zu der ungeheueren Faszination, die die Teilnahme an der Musiktherapie darstellt. Die Erfahrungen in den Improvisationen gehen direkt »unter die Haut« und hinterlassen sehr prägende Erlebnisse, egal in welcher Ausgestaltung eine Sitzung abläuft.

## Literatur

- ALEXANDER, F. (1946): *Psychoanalytic Therapy*. New York
- DAMMER, I. (1993): Das falsche Leben - Sucht als Selbstbehandlung der Kultur. In: FITZEK, H./SCHULTE, A. (Hg.) (1993): *Wirklichkeit als Ereignis - Das Spektrum einer Psychologie von Alltag und Kultur*, Bd. 2. Bonn
- DOMKE, W. (2004): Das Fremde ist ein eigenes Ding. In: SALBER, L./SCHULTE, A. (Hg.) (2004): *Fremde Wirklichkeiten. Zwischenschritte (22)*1. Gießen
- FREUD, S. (1914): *Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten*. In: Studienausgabe Ergänzungsband: *Behandlungstechniken*. Frankfurt/M 1982
- KERNBERG, O. (1993): *Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten*. Bern-Göttingen-Toronto-Seattle
- RASCHER, G. (1993): Die kunstanaloge Behandlung von Neurosen. In: FITZEK, H./SCHULTE, A. (Hg.) (1993): *Wirklichkeit als Ereignis - Das Spektrum einer Psychologie von Alltag und Kultur*, Bd. 1. Bonn
- SALBER, W. (1982<sup>5</sup>): *Der psychische Gegenstand*. Bonn
- (1981): *Haben Drogen eine Seele?* In: VÖLGER et al. (Hg.) (1981): *Rausch und Realität*. Köln
- (1980): *Konstruktion psychologischer Behandlung*. Bonn
- (1986<sup>2</sup>): *Kunst - Psychologie - Behandlung*. Bonn
- SANDER, F. (1928): *Experimentelle Ergebnisse der Gestaltpsychologie*. In: SANDER, F./VOLKELT, H. (Hg.) (1962): *Ganzheitspsychologie*. München
- STRAUS, E. (1956<sup>2</sup>): *Vom Sinn der Sinne*. Berlin
- TÜPKER, R. (1996<sup>2</sup>): *Ich singe, was ich nicht sagen kann - Zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie*. Münster
- WEST, U. (1990): *Psychologische Untersuchung zu Einübe Prozessen beim Musizieren*. Unveröff. Diplomarbeit, Köln