

„Schauen Sie genau hin!“

Der Zugang zu den Affekten als therapeutisches Prinzip bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen nach dem musiktherapeutischen Konzept nach Schwabe

Einleitung

In den letzten fünfzehn Jahren wird in den psychiatrischen Kliniken in Deutschland eine stetige Zunahme von Patienten mit Störungsbildern registriert, die in der Literatur mit den Begriffen „frühe Störungen“, „Ich-strukturelle Störungen“ oder „Persönlichkeitsstörungen“ bezeichnet werden, und die meist in hoher Komorbidität mit mittel- bis schwer ausgeprägten depressiven Syndromen auftreten.

Die davon betroffenen stellen eine Herausforderung für jedes behandelnde Team dar und erscheinen oft als der Prototyp des „schwierigen Patienten“.

Beim Ringen um den richtigen Weg der psychotherapeutischen Behandlung hat sich in den letzten Jahren ein Paradigmenwechsel vollzogen, weg vom Konstrukt des „unbewussten psychischen Konflikts“, hin zur „strukturellen Dysfunktionalität“ (Rudolf, 2004, 2005). Dieser Paradigmenwechsel hat weitreichende Konsequenzen für die grundsätzliche therapeutische Haltung, die Festlegung individueller Behandlungsanliegen sowie das methodische Vorgehen im Prozess.

Wir möchten in unserem Beitrag veranschaulichen, welche Möglichkeiten unter diesem Blickwinkel die musiktherapeutische Konzeption nach Schwabe als Teil eines multimodalen Behandlungskonzepts für Patienten mit frühen Störungen besitzt. Dazu werden wir zuerst die allgemeine theoretische Ebene der Konzeption beleuchten, um sodann konkrete Einblicke in die musiktherapeutische Arbeit mit Andreas zu geben, einem jungen Mann, der an einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung leidet. Dies wird sowohl aus der Sicht des Musiktherapeuten erfolgen als auch aus der Sicht des Patienten, auf dessen Selbstzeugnis nach Endes seiner Therapie wir zurückgreifen können.

Grundlegende Aussagen zur musiktherapeutischen Konzeption nach Schwabe – theoretischer und methodischer Kontext

Das musiktherapeutische Konzept nach Christoph Schwabe (siehe z.B. Schwabe, 1978, 1979, 1983, 2003; Schwabe und Röhrborn, 1996; Schwabe und Reinhardt, 2006, Schwabe und Haase, 2008) basiert auf einem bio-psycho-sozialen Krankheits- und Therapieverständnis und besitzt eine hohe Integrationspotenz in die unterschiedlichsten klinischen und außerklinischen therapeutischen, rehabilitativen

und präventiven Kontexte. Die Breite der Einsatzmöglichkeiten resultiert aus dem Selbstverständnis der Konzeption, die ihr psychotherapeutisches Wesen nicht aus der Anlehnung an bestimmte, bereits bestehende psychotherapeutische Schulen bezieht, sondern schulenübergreifend angelegt ist. Ihre Spezifik ist die Tatsache, dass sie den Menschen nicht primär als denkendes und reflektierendes, sondern als soziales und handelndes Wesen anspricht. Denken und Reflektieren dienen der Bewusstmachung des Erlebten im Anschluss an die Handlung, wenn das geistige Vermögen dazu vorhanden ist. Durch diese Spezifik kann Musiktherapie einen eigenen, unverwechselbaren Beitrag als Teil eines multimodalen psychotherapeutischen Behandlungskonzepts leisten.

Der musiktherapeutische Prozess setzt im Kern an den Störungen an, die das Erleben, die Erlebnisverarbeitung und das Verhalten der Patienten betreffen. Übergreifend über spezielle Krankheitsbilder zeigen sich diese in Form von Wahrnehmungs-, Selbstausdrucks- und Beziehungsstörungen sowie als körperliche Störungen mit vorwiegend psychischen Ursachen.

Im therapeutischen Prozess werden, in der Regel in der Gruppe, aber auch in der Dyade, Handlungen angeregt, die sich genau auf den psychologischen Handlungsfeldern ereignen, auf denen die Störungen angesiedelt sind. Daneben werden aber immer auch die individuellen Ressourcen der Patienten in die Arbeit einbezogen. Zur Funktion des Therapeuten und der Gruppe in diesem Prozess verweisen wir auf die reichlich vorhandene Literatur (z.B. Schwabe, 1983; Schwabe und Röhrborn, 1996; Schwabe und Haase, 2008).

Die Rolle der Musik kann hier ebenso nur in groben Umrissen abgehandelt werden. Auf jeden Fall wird Musik nie im Sinne eines pharmakologischen Wirkungsmit­ tels verstanden, mit dem die Patienten behandelt werden, sondern sie fungiert als Bedeutungsträger und Bedeutungsvermittler im Sinne eines spezifischen menschlichen Sprachsystems (vgl. Jacoby, 1921, 1984; Koelsch, 2004; Koelsch und Fritz, 2007).

Daneben ist Musik aber auch eine Struktur der äußeren Realität, die wahrnehmbar und beschreibbar ist und an der, stellvertretend für andere äußere Realitäten, Wahrnehmungsfähigkeit entwickelt und trainiert werden kann. Dies ist besonders für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen angezeigt, bei denen eine sofortige

Hinwendung auf die eigene Person und ihre Beziehung zu anderen angstausslösend und damit abwehrenderhaltend bzw. -verstärkend wirken würde.

Musiktherapie nach Schwabe nutzt alle Erscheinungsformen von Musik, nicht nur die Improvisation. Sie hat folgende Methoden zur Verfügung, die einzeln angewendet werden können, in Kombination miteinander ihre Wirkung aber noch erhöhen;

Instrumentalimprovisation

Hier liegen die therapeutischen Möglichkeiten vor allem im Bereich der sozialen Interaktion, der Beziehungsgestaltung, der Nähe-Distanz-Regulierung, der Auseinandersetzung mit sich und anderen sowie der Rollengestaltung und -flexibilität.

Bewegungsimprovisation nach „klassischer“ Musik

Bei dieser Methode liegen die therapeutischen Möglichkeiten vor allem in der Anregung, innere emotionale Bewegung in unmittelbarer körperlicher Bewegung zum Ausdruck zu bringen und diese Vorgänge in der Selbstbegegnung und der Begegnung mit anderen wahrzunehmen.

Gruppensingtherapie

Der therapeutische Schwerpunkt liegt hier auf dem Wir-Erleben in der Gruppe, das Schutz und Entlastung bietet. Das gemeinsame Singen verbindet dabei in idealer Weise die Aktivierung körperlicher, seelischer, geistiger und sozialer Prozesse. Lieder können als „Gefäße“ verstanden werden, die emotional bedeutsame Inhalte und Kontexte oft lebenslang aufbewahren, um sie dann beim Singen freizusetzen und aktuell (wieder) zu erleben.

Tänzerische Gruppenmusiktherapie

Sie ist ein Strukturangebot durch vereinbarte Gestaltungselemente, Regeln und Zeremonien. Im Mittelpunkt steht die körperliche Mobilisierung des Einzelnen im Schutz der Gruppe und dadurch die Entlastung von eigenen Entscheidungsanforderungen, was die Freude am gemeinsamen Tun befördert.

Bildgestalten mit Musik

Hier liegt der Schwerpunkt auf dem Selbstausdruck mit bildnerischen Mitteln, der Entwicklung individueller Kreativität und Selbstwertstabilisierung, der Selbstbegegnung und der Begegnung mit anderen sowie der Auseinandersetzung mit der äußeren Realität.

Regulative Musiktherapie

Bei dieser Methode wird über die Rezeption von Musik eine Erweiterung und Differenzierung des Wahrnehmungsvermögens, bezogen auf innere körperlich-seelische-geistige sowie auf äußere Prozesse, angeregt. Dabei geht es auch um das Zugänglichmachen teil- und nicht bewusster Erlebnisinhalte sowie um das Erkennen individueller Abwehrkonstellationen.

Grundlegende diagnostische und therapeutische Aspekte bei der Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen

Wie bereits oben erwähnt, hat sich in den letzten Jahren sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie mit früh gestörten Patienten ein grundlegender Wandel vollzogen.

Die Bedeutung einer multidimensionalen Diagnostik wird auf dem Hintergrund der Tatsache deutlich, dass pathologische Veränderungen im Beziehungs- und im Selbsterleben nicht nur die Folge unbewusster psychischer Konflikte sind, sondern immer auch auf nicht vollzogene Entwicklungsschritte in der frühen Kindheit zurückgehen. Kernberg unterscheidet unterschiedliche Niveaus der Persönlichkeitsorganisation, die sich aufgrund dieser frühkindlichen seelischen Defiziterfahrungen entwickelt haben und die ausschlaggebend dafür sind, inwieweit sich eine kohärente Ich-Struktur ausbilden konnte oder nicht.

Ich-strukturelle Störungen sind auf dem so genannten Borderline-Persönlichkeitsorganisationsniveau angesiedelt. Sie sind gekennzeichnet durch eine brüchige, fragile Ich-Struktur, die keine Kohärenz ausbilden konnte, durch „unreife“ Abwehrmechanismen und einen hohen Angst- und (Auto-)Aggressionspegel. Die Realitätsprüfung ist aber gegeben.

Das therapeutische Vorgehen im Behandlungsprozess darf sich weder primär auf die aktuellen Symptome richten, noch soll es das Aufdecken unbewusster Konflikte zum Ziel haben. Vielmehr muss der Fokus auf die gestörte Persönlichkeitsorganisation gerichtet werden, die die Grundlage aller Probleme ist. Langjährige Erfahrungen zeigen, dass der therapeutische Prozess bei Störungen auf Borderline-Persönlichkeitsorganisationsniveau dem hohen Angst- und Aggressionspotenzial der Patienten Rechnung tragen muss. Er muss einen Raum zur Verfügung stellen, der ein Höchstmaß an Transparenz und Struktur bietet, den Realitätsbezug fördert, Regression so weit wie möglich verhindert und Angst mindert (Schwabe und Reinhardt, 2006).

Als grundlegende Strategie psychotherapeutischen Prozess wird deshalb das wahrnehmungsorientierte Handlungsprinzip favorisiert. Wahrnehmen und Wahrnehmungsreflexion als bewusst vollzogene innere Handlung können zu einem stabilisierenden, innere Klarheit stiftenden und Halt gebenden psychischen Ordnungsprinzip werden, das allmählich einen Zugang zu den eigenen Affekten ermöglicht (Rudolf, 2002; Schwabe und Reinhardt, 2006).

Als Bestandteil eines multimodalen Behandlungskonzepts bietet das Methodensystem der Musiktherapie nach Schwabe dafür sehr gute Voraussetzungen, da Wahrnehmung das zentrale Prinzip aller therapeutisch intendierten Handlungen ist.

Die Frage nach den geeigneten oder den ungeeigneten Patienten für eine musiktherapeutische Behandlung stellt sich in unserem Verständnis nicht. Es gibt diese Patienten nicht, sondern es gibt nur die bedürftigen, bei denen eine entsprechend differentialdiagnostisch gestützte Befundlage eine Einbeziehung musiktherapeutischer Methoden in den Gesamtbehandlungsprozess nahelegt. Wir gehen also von einer indikationsspezifischen Entscheidung aus. Die Affinitäten des Patienten hinsichtlich der einzusetzenden Erscheinungsformen von Musik sind dabei irrelevant. Im Übrigen gebietet der redliche, sachlich-nüchterne Blick auf das eigene „Handwerk“ Bescheidenheit. Dieselben Behandlungsergebnisse hätten möglicherweise auch mit anderen Methoden erreicht werden können, die ihren Schwerpunkt auf die Entwicklung der Wahrnehmungsfähigkeit und den Umgang mit den eigenen Affekten legen.

Bei der Frage nach den Wirkfaktoren musiktherapeutischer und anderer psychotherapeutischer Methoden wird ohnehin die spezifische Technik überbewertet. Viel stärker sind die sogenannten unspezifischen Wirkfaktoren zu gewichten: „Interaktive Präsenz, Zugewandtheit, Balance zwischen Engagement und Gelassenheit, Optimismus, Hoffnung, emotionale Kompetenz und Schwingungsfähigkeit, Kongruenz, Affektabstimmung, Wertschätzung, positive Ausstrahlung, klinische Erfahrung, soziale Kompetenz und Allegianz“ (Bleckwedel 2006, S. 378).

Einblicke in den musiktherapeutischen Behandlungsprozess am Beispiel eines jungen Mannes mit einer ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung

Im Oktober 2007 wurde Andreas nach einem schweren Suizidversuch von der internistischen Intensivstation des Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden in die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie dieses Klinikums übernommen. Nach 10 Tagen konnte er von der Akutstation in die Tagesklinik verlegt werden. Der Patient war zu diesem Zeitpunkt 28 Jahre alt.

Zwei Monate zu früh geboren, verbrachte er die ersten 6 Wochen seines Lebens, getrennt von der Mutter, in einem Brutkasten. Von der frühen Kindheit bis hinein in das 18. Lebensjahr litt Andreas an Asthma bronchiale und auf Grund eines geschwächten Immunsystems an vielfältigen anderen Erkrankungen.

In einem Alter, in dem andere Kinder lernten, sich in einem sozialen Umfeld zu bewegen, Kontakte zu knüpfen, Bindungen einzugehen und Konflikte auszutragen, habe er meist krank zu Hause gelegen. Schon früh seien ihm die daraus resultierenden Defizite bewusst geworden. Er habe sich unsicher und oft als Außenseiter gefühlt und begonnen, sich immer mehr von den anderen zurückzuziehen, so der Patient in seinem Lebenslauf.

Die Beziehungen in der Ursprungsfamilie waren ebenfalls wenig Halt und Sicherheit gebend. Seine Mutter, die ihn und seinen Stiefbruder allein groß zog, war oftmals überfordert, seinen Vater lernte er nie richtig kennen.

Mit 14 oder 15 Jahren fing der Patient an, sich mit dem Tod und vor allem mit der eigenen Sterblichkeit zu beschäftigen. Die Schule beendete er mit durchschnittlichen Noten. Danach legte er ein Fachabitur ab.

Nachdem sich das Asthma bronchiale etwa in seinem 18. Lebensjahr langsam verlor, wurde bei Andreas J. eine Colitis ulcerosa diagnostiziert. Veranlasst durch Informationen über diese Erkrankung – erhöhtes Darmkrebsrisiko und die Aussicht, vielleicht eines Tages einen Anus praeter zu benötigen – begann er, sich mit Möglichkeiten eines Suizids zu befassen.

In diese Zeit fallen auch seine ersten Erfahrungen mit Drogen. Schnell wurde er zum regelmäßigen Konsumenten. In seinem Lebenslauf sieht er darin den Grund für das Scheitern seines Informatikstudiums, was in der Folge zu einem Anstieg des Drogenkonsums geführt habe. Ein Jahr später habe er den Ausstieg geschafft, machte eine Therapie und wurde clean.

Ein neues Studium scheiterte an den alten Problemen. Dieses neuerliche Scheitern und der fortgesetzte Drogenkonsum stürzten Andreas in eine schwere suizidale Krise. Die Entscheidung zum Suizid, die ultimative Flucht aus diesem Elend, das er sein Leben nannte, sei ihm nicht schwer gefallen.

„Er sei ein freundlicher, aufmerksamer, gepflegter und kluger junger Mann mit einem gewissen rhetorischen Talent, der nur wie durch ein Wunder seinen final angelegten Suizidversuch überlebt habe.“ So wurde Andreas im November 2007 zur Aufnahme in die Tagesklinik angekündigt.

Zunächst wurde er einer mehrdimensionalen Diagnostik unterzogen.

Es konnten schwere negativistische, ängstlich-vermeidende, selbstunsichere und emotional instabile Persönlichkeitszüge auf dem Niveau der Borderline-Persönlichkeitsorganisation belegt werden.

Den diagnostischen Befunden Rechnung tragend, wurde ein komplexes psychotherapeutisches Vorgehen konzipiert, dessen Herzstück die Kombination verschiedener musiktherapeutischer Methoden im Gruppensetting (Gruppensingtherapie, Instrumentalimprovisation, Bewegungsimprovisation, Regulative Musiktherapie) mit einer Einzelgesprächspsychotherapie werden sollte. Das fundamentale, integrierende Element war dabei das wahrnehmungsorientierte Handlungsprinzip als grundsätzliche, permanent zu verfolgende strategische Ausrichtung des therapeutischen Prozesses.

„Wahrnehmen“ und „Wahrnehmungsreflexion“ schließen im Prozess fortschreitend die Bearbeitung des Umgangs mit emotional-affektiven Wahrnehmungsinhalten ein. Somit können beim Einblick in die eigene Innenwelt unterschiedliche emotionale

Verfassungen identifiziert, bewusster erfahren und erlebt werden. So wird auch ermöglicht, die Verbindung herzustellen zwischen Ereignissen, Situationen, eigenen Gefühlsreaktionen, Handlungsabsichten und tatsächlichen inneren und äußeren Handlungen. Rudolf (2002) schreibt in diesem Zusammenhang: „Der Zugang zu den eigenen Affekten kann bei der ich-strukturellen Störung eine therapeutische via regia zum Verständnis der eigenen Person und ihrer Konflikte darstellen“ (Rudolf 2002, S. 257).

Auch das Zusammenführen von Gruppenmusiktherapie und Einzelgesprächspsychotherapie basiert auf einer langjährigen Empirie. Es geht im Grunde von der Erkenntnis aus, dass die aus der Komplexität psychischer Störungen resultierenden psychotherapeutischen Bedürfnisse der Patienten durch Musiktherapie, wie durch jede andere psychotherapeutische Intervention, allein keinesfalls befriedigt werden können. Im Behandlungsprozess von Andreas lagen die Musiktherapie und die Einzelgesprächspsychotherapie in denselben therapeutischen Händen.

Wie alle psychotherapeutischen Behandlungsprozesse, ob in Dyade oder Gruppe, beginnen auch musiktherapeutische mit der Erstbegegnung, - bei Andreas bereits vor Beginn der Therapie im Klinikalltag. Es ist geradezu tragisch, dass Musiktherapien scheitern, weil der Musiktherapeut sein Medium „Musik“ überschätzend, auf den ersten möglichst frei improvisierten Ton des Patienten wartet, der ihm dann den Weg zu dessen Seele weisen soll, und die Sinfonie nicht hört, die längst erklingt. Der Patient sendet von der ersten Begegnung an musikalische Impulse, im Sinne unmittelbarer, elementarer Ausdrucks- und Kommunikationssignale, aus. Seine Stimme, sein Lachen, sein Weinen, sein tönendes Schweigen, seine Bewegungen, der Rhythmus seines Ganges, sein Seufzen. Die therapeutische Kunst besteht darin, all diese Botschaften in ihrer Vielfalt vor dem Hintergrund der diagnostischen Befunde und dem Wissen um die Biografie des Patienten wahrzunehmen, ihnen Aufmerksamkeit zu schenken, die eigenen Resonanzen zu spüren und sich bewusst zu machen. Das bedeutet gleichzeitig, sie nicht vorschnell, ausgehend von schulenspezifischen Annahmen, zu deuten oder zu interpretieren, sondern sie anzunehmen und mit einem hohen Maß an Transparenz, Echtheit, Offenheit und einfühelndem Verstehen zu beantworten.

Der Musiktherapeut begegnete Andreas erstmals im Rahmen einer Gruppensitzung, wenige Tage nach seiner Aufnahme in die Tagesklinik. Er sah einen von den Folgen seines Suizidversuches gezeichneten, noch sichtlich geschwächten jungen Mann. Um ein freundliches Lächeln bemüht, versuchte dieser einerseits, vermeintlichen Erwartungen entsprechend, angepasstes Verhalten zu zeigen, andererseits seine Skepsis gegenüber diesem neuerlichen Therapieangebot, mit Verweis auf seine vielen negativen Therapieerfahrungen, deutlich anzusprechen. Er glaube nicht, dass ihm das Ganze viel bringen werde. Vielleicht könne es ihm helfen, die nächsten 1 bis 2 Jahre zu überstehen, dann werde sich ohnehin alles wiederholen. Er brauche die anderen nicht. Er sei schon immer mehr oder weniger isoliert gewesen, das sei ihm vertraut, ebenso wie die Gedanken an den Tod. In den Gruppenpsychotherapien im Rahmen der Suchtbehandlung habe er gelernt, sich nur auf lose, oberflächliche Kontakte einzulassen, um unbeschadet durchzukommen. Sich öffnen, sich auf andere einlassen, vielleicht sogar eigene Gefühle zu zeigen, das führe doch nur zu immer neuen Verletzungen, Kränkungen und Enttäuschungen. Er werde sich an die Regeln halten und schon irgendwie klarkommen. Das machte Eindruck, erschien mutig, provokativ, gleichzeitig nihilistisch und entbehrte nicht einer gewissen Koketterie mit dem eigenen Schicksal.

Noch sehr deutlich erinnert sich der Therapeut an seine Resonanz auf dieses, in geschliffenen Sätzen vorgetragene, coole Statement. In ihm entstand das Bild eines ängstlichen, zutiefst verunsicherten, traurigen, wütenden und einsamen kleinen Jungen. Gleichzeitig wurde klar, dass Andreas zu diesen Seiten seiner Person keinen Zugang hatte, sie waren abgespalten und unter Bergen von Rationalisierungen und Kausalierungen begraben. In diesen ersten Äußerungen spiegelten sich auch die bisherigen Beziehungserfahrungen des Patienten und ermöglichten eine Ahnung hinsichtlich des zu erwartenden Beziehungsverhaltens im musiktherapeutischen Prozess. Der Therapeut phantasierte einen dreidimensionalen Beziehungsraum: den freundlich angepassten, formal aktiven, sich emotional nicht einlassenden – den querulatorisch, alles rationalisierend in Frage stellenden, entwertenden – und den euphorisch idealisierenden Beziehungsmodus.

Im Behandlungsprozess würde den Therapeuten möglicherweise jeden Tag ein anderes, kontrastierendes Verhalten oder eine spezifisch akzentuierte Mischung erwarten. Mit diesen Gedanken im Hinterkopf erlebte er die erste Gruppensitzung mit Andreas.

Hier zunächst ein Auszug aus dessen Reflexionen über diese Situation:

*„Schrecklich! Ich fragte mich, wo ich da gelandet war. 30 – 40 Leute, die in einem Raum sitzen und Volks- und Kinderlieder singen. Meine erste Reaktion? Verweigerung. Warum? Das war mir alles zu blöd. Für eine ehrliche Antwort, auch mir selbst gegenüber, war ich noch nicht bereit. Ich saß die Zeit mit stoischer Miene ab. Wenn Herr Reinhardt mich ansah, blickte ich trotzig und provozierend zurück. ‚Los doch! Komm fordere mich auf mitzusingen‘, sollte dieser Blick sagen.“ (Andreas, *Selbstreflexion meiner Erfahrungen mit Musiktherapie*, 2008).*

Und genau dies tat der Therapeut nicht!

Er hatte instinktiv die Beziehungsfalle bemerkt und entsprach in seiner Reaktion nicht den bisherigen Beziehungserfahrungen des Patienten, was gleichzeitig bedeutet hätte, dessen pathologisch veränderte Sicht auf sich selbst und die anderen zu perpetuieren. Eine solche Aufforderung oder, noch gravierender, eine disziplinarische Wertung dieser offenkundigen Verweigerung, wäre der Botschaft gleichgekommen: „Es interessiert mich nicht, wie es Ihnen geht, ich will, dass Sie sich an die Spielregeln halten und ein anderes Verhalten zeigen.“

Damit hätte sich eine pathogenetisch bedeutsame psychodynamische Konstellation, die sich wie ein roter Faden durch das Leben von Andreas J. zieht, im musiktherapeutischen Prozess reinszeniert.

Doch es droht in solchen Situationen, in denen Patienten dem musiktherapeutischen Angebot mit Boykott und Widerstand begegnen, noch eine andere Gefahr, die zum Scheitern des musiktherapeutischen Prozesses führen kann. Diese Gefahr hat pikanterweise etwas mit dem, vom Musiktherapeuten erwarteten Verhältnis zwischen Patient und Musik zu tun. **Vielerorts gelten immer noch die Patienten als geeignet für eine musiktherapeutische Behandlung, die eine hohe Affinität zur Musik haben. Geradezu dramatisch wird es, wenn ihr Vorhandensein oder Fehlen zum Indikationskriterium für Musiktherapie erhoben wird (siehe oben).**

Solche Auffassungen ignorieren die vielfältigen kontextuellen Faktoren, insbesondere biografisch-psychodynamische, die das jeweilige aktuelle Verhältnis des Patienten zur Musik mitbestimmen. Außerdem sind sie Ausdruck einer Überschätzung der Bedeutung der Musik in der Musiktherapie und laufen Gefahr zu übersehen, dass

eine hohe Affinität zur Musik natürlich auch im Dienste der Abwehr des Patienten stehen kann. Besondere Aufmerksamkeit ist demnach auch geboten, wenn der Patient die musikalischen Angebote von Anfang an willig annimmt oder gar „begeistert mitmacht“.

Andreas hatte sich für Boykott und Widerstand entschieden. Was war zu tun?

Nach der ca. 15. Gruppensingtherapiestunde sagte ihm der Therapeut, dass er dessen Verhalten akzeptiere und schlug ihm vor, zu versuchen, sich genauer dafür zu interessieren, genau hinzuschauen, das zu entdecken, was ihn hinderte, sich aktiv zu beteiligen. In seinen Reflexionen schreibt Andreas über diese Begegnung:

„Trotzig antwortete ich, dass ich das schon wisse. Tat ich ja auch. Ich war bisher nur nicht in der Lage gewesen, es mir selbst gegenüber zuzugeben. Diese Situation aber war anders. Er hatte mein Ego erwischt, vielleicht auch meine Arroganz. Auf jeden Fall war ich wütend. Und plötzlich warf ich ihm alle Gründe, die wirklichen, um die Ohren. Ich hatte Angst, mich zu blamieren oder lächerlich zu machen, war neidisch auf andere, die ihren Spaß hatten. Ich hatte Angst loszulassen und selber vielleicht Spaß zu haben und fühlte mich minderwertig. So, jetzt war es raus, und nachdem ich es ausgesprochen hatte, konnte ich nun anfangen, etwas daran zu ändern.“
(Andreas, 2008).

Diesem Impuls, zu versuchen, sich genauer für die eigenen Behinderungen zu interessieren, entspricht auf der Beziehungsebene die Botschaft: „Ich interessiere mich dafür, was Sie erleben, respektive Ihre Verweigerung, möchte aber verstehen, was Ihre Beweggründe sind.“

Dieses Vorgehen war nicht beliebig, sondern entsprach der strategischen Ausrichtung des musiktherapeutischen Prozesses, dem wahrnehmungsorientierten Handlungsprinzip. Außerdem stellte es eine ganz bewusste Entscheidung für einen strukturbezogenen Fokus – Entwicklung und Differenzierung der Wahrnehmungs- und Reflexionsfähigkeit für geistig-emotionale Prozesse – dar. Damit wurden Konfliktfoki ebenso bewusst temporär zurückgestellt (vgl. Rudolf 2002).

Sein Erleben in der Gruppensingtherapie sprach Andreas natürlich auch in den Einzelgesprächen an. Mit dem Abstand weniger Wochen beschrieb er den Umgang des Therapeuten mit seinem Widerstand als ein Schlüsselerlebnis, was es ihm

ermöglicht habe, sich auf einen anderen Menschen und die durch ihn vermittelten Therapieangebote einzulassen. Er erhob seine Stimme mit seinen Ängsten und Unsicherheiten, lernte Zugehörigkeitserleben und gemeinschaftliche Kooperation zuzulassen, sich daran zu erfreuen, und er entdeckte seinen Körper und die Vielfalt der Instrumente als ungeahnte Möglichkeiten des Ausdrucks und der Mitteilung. Die „klassische“ Musik, von ihm in seinem bisherigen Leben beargwöhnt, als zu schwer und unverständlich abgetan, wurde zu einer neuen Erlebenswelt, die ihm half, seinen eigenen inneren Kosmos zu sehen und zu hören und dies weit und nachhaltig über den Therapiekontext hinaus.

Andreas gelang es Schritt für Schritt, sich seiner tiefen Traurigkeit, Enttäuschung und Wut, insbesondere aber seinen vielgestaltigen Ängsten und Unsicherheiten anzunähern. Er gab ihnen musikalische und körperliche Gestalt, Farben und Namen und entdeckte ihre ineinander verwobenen biografischen Wurzeln.

In den vielfältigen Begegnungen im Gruppensetting legte er ganz allmählich seine Maske aus Coolness und rationalisierender Arroganz ab, ließ sich auf seine Ängste vor Auseinandersetzung, vor Annahme und Sympathie ein und reifte an diesen Erfahrungen.

Andreas entwickelte sich zu einem konstruktiven und zunehmend geschätzten Gruppenmitglied, dem viele Sympathien zuflogen. Das brachte sein bisheriges nihilistisches Bild von sich selbst, seinem Leben und der Welt endgültig ins Wanken. Diese Entwicklung erfüllte den Therapeuten einerseits mit Freude und tiefer Befriedigung, andererseits wurde klar, dass dies nicht ohne neuerliche Erschütterungen für Andreas bleiben würde. Je mehr sich sein Befinden stabilisierte, die Hoffnung auf eine lebendige Zukunft Gestalt gewann und er Bestätigung und Liebe erlebte, umso stärker meldeten sich seine destruktiven Seiten. Vertrautheit und Sicherheit vorgaukelnd, lockten die alten Verhältnisse und ließen in ihm Zerstörungsszenarien entstehen.

Gehalten durch die therapeutische Beziehung und getragen durch die Gruppe, konnte er auch diesen Impulsen Gestalt geben, sie aussprechen und verstehen lernen, und so verloren sie nach und nach die Gewalt über ihn.

Rückblickend schreibt er über sein Erleben in der Bewegungsimprovisation und in der Regulativen Musiktherapie:

„Ich habe mehr als ein halbes Jahr die verschiedenen Gruppen besucht, aber nichts habe ich so sehr gehasst wie die Improvisation nach Musik in der Bewegungsimprovisation. Es stimmt schon, man kann jede nur erdenkliche Art der Begegnung zwischen Menschen dabei erleben und trainieren. Konflikte – Lasse ich mich von den anderen führen oder nicht? Wo ziehe ich die Grenze? Will ich dieses oder jenes im Moment? Wie mache ich mich deutlich bemerkbar? Kommunikation – Wie koordiniere ich beide Seiten? Versuche ich rechts und links unterschiedliche Bewegungen? Freude, Selbstbeobachtung. Wie reagiere ich auf andere, wie reagieren sie auf mich?

Wie gesagt, ich habe es nie gemocht, trotzdem habe ich mich jedes Mal wieder bewusst und aufmerksam dieser Situation ausgesetzt. Ich fing an, meine Unsicherheit, meine Ängste und alle anderen Gründe für meine Abneigung zu erkennen und zu benennen. Langsam trat eine Veränderung ein. Ich zog Grenzen dafür, was ich mit mir machen lasse und was nicht. Nicht nur in den Gruppen, sondern auch im Privatleben. Ich lernte Kritik einzustecken und zu äußern, wurde langsam selbstsicherer, stärker und direkter. Das schwierigste für mich war es, das Chaos in meinem Gefühlsleben zu erkennen, zu ertragen und beschreiben zu lernen. An meine erste Stunde in der Regultativen Musiktherapie erinnere ich mich noch, als wäre es gerade erst passiert. Während der Übung kam Bedauern in mir auf, noch am Leben zu sein. Das wiederum produzierte eine wahnsinnige Wut, die einen Weg der Kanalisation suchte. Den Schlag gegen den Schrank vor dem Therapiezimmer hat man im ganzen Haus gehört.

In solchen Situationen war es immer gut, direkt danach oder am nächsten Tag ein Einzelgespräch zu haben. Denn, wenn ich das Erlebte nicht in der Gruppe äußern konnte oder wollte, brachte ich es im Einzelgespräch zur Sprache. Langsam lernte ich die Zusammenhänge und die Funktionen solcher und anderer Gedanken zu erkennen und zu begreifen. Am Beispiel: Suizidgedanken sind ein altbekanntes Verhalten bei mir, „alte Freunde“ sozusagen. Diese Gedanken zeigen mir, dass ich vor etwas Angst habe oder mich überfordert fühle. Sie sind eine Flucht, denn sie lenken mich vom eigentlichen Problem ab und geben paradoxerweise eine Art von Sicherheit, die Sicherheit des Altbekannten.

*Heute spiegeln sie oft den Drang wieder, das Erreichte zu zerstören und kaputt zu machen, denn die Lebensumstände, in denen ich mich im Moment befinde – **ich bin glücklich!** – habe ich in meinem Leben nur selten kennengelernt. Ich könnte noch*

dutzende Beispiele anführen und genauso viele Seiten füllen. Das Ergebnis bleibt dasselbe. In allen Gruppen habe ich mich selbst kennengelernt, habe meine Grenzen ausgetestet und erweitert. Am wichtigsten jedoch: Ich habe gelernt, mit meinen Gefühlen umzugehen und sie anzunehmen.

Die Kombination von Musiktherapie und Einzelgesprächen und meine eigene Sturheit haben mir geholfen, diesen Weg zu gehen, und natürlich mein Musiktherapeut mit viel Geduld, Energie und Herz. Auch wenn wir nicht immer einer Meinung waren.“ (Andreas, 2008).

Die Frage nach dem Zeitpunkt für die Beendigung der Therapie ist ebenso bedeutsam, wie die nach deren Beginn und genauso diffizil zu betrachten wie die Erstbegegnung. In dialogischer Offenheit und Transparenz sollte zwischen dem Patienten und dem Therapeuten ein zeitlicher Rahmen definiert werden, in dem sich der Abschiedsprozess vollziehen kann und an dessen Ende der eigentliche Entlassungstermin steht. Das Abschiednehmen braucht Raum und Zeit für all die Gefühle, die sich für den Patienten, die Gruppenmitglieder und den Therapeuten daran knüpfen: Wehmut und Traurigkeit über das, was losgelassen und zurückgelassen werden muss, Freude über das Erreichte, aber auch Hoffnung und Angst mit Blick auf das Kommende. All dies sollte Ausdruck finden, mitgeteilt und verstanden werden können.

Nur wer aufrichtig Abschied nimmt und erlebt, kann auch etwas Neues beginnen und das gilt für den Patienten ebenso wie für den Therapeuten. Abschied heißt loslassen, zurücklassen, aber auch etwas mitnehmen.

Epilog

Von Andreas war nach Beendigung der Therapie zu erfahren, dass er die Stimme seines Musiktherapeuten in sich trägt. Eine innere Stimme, die als ständige Begleiterin ihn in Zeiten der Anfechtung mahnt: „Schauen Sie genau hin!“ Eine interiorisierte Instanz, die ihn immer wieder zu sich selbst führt, ihn seine Kräfte erkennen und die eigene Verantwortung für jeden Tag spüren und tragen lässt. Das ist das Gegenteil von Abhängigkeit von einem therapeutischen Introjekt. Andreas bemüht sich gegenwärtig um eine Berufsausbildung. Er hat sich selbst die Chance für eine lebendige Zukunft gegeben.

Literatur:

- Bleckwedel, J. (2006): Zur Diskussion: Jenseits von Richtungen und Schulen wartet die Vernunft. *Psychotherapeutenjournal* 4: 377-379
- Haase, U. (2009): Die psychotherapeutische Identifikation von Musiktherapie – Zwei Entwicklungslinien in Ost und West. *Musiktherapeutische Umschau* 3/2009: 203-216
- Jacoby, H. (1921, 1984): *Jenseits von „Musikalisch“ und „Unmusikalisch“*. Berlin. Christians Verlag
- Kernberg, O.F. (1971): Prognostic considerations regarding borderline personality organisations. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 19: 594-635
- Kernberg, O.F. (1971): The structural diagnosis of borderline personality organisations. In: Hartocollis, P. (Ed.): *Borderline personality disorders*. Int. Univ. Press. New York: 87-121
- Knothe, K., Reinhardt, A. (2006): *Stellung, Bedeutung und Effektivität der Musiktherapie in der Behandlung psychiatrischer Patienten*. Shaker Verlag, Aachen
- Koelsch, S. (2004): *Das Verstehen der Bedeutung von Musik*. Max-Planck-Gesellschaft. www.mpg.de
- Koelsch, S., Fritz, T. (2007): Ein neurokognitives Modell der Musikperzeption. *Musiktherapeutische Umschau* 26, 4: 365-381
- Koelsch, S., Fritz, T. (2007): Neuronale Korrelate der Musikverarbeitung. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*. 28 (1): 23-38
- Rudolf, G., Grande, T., Henningsen, P. (Hrsg.) (2002): *Die Struktur der Persönlichkeit*. Schattauer, Stuttgart, New York
- Rudolf, G. (2002): Konfliktaufdeckende und strukturfördernde Zielsetzungen in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. *Z. Psychosom. Med. Psychother.* 48: 163-174
- Rudolf, G. (2005): *Strukturbezogene Psychotherapie*. Schattauer, Stuttgart, New York 2004, unveränderter Nachdruck

- Schwabe, C. (1978): Die Methodik der Musiktherapie und deren theoretische Grundlagen. 1. Aufl., Johann Ambrosius Barth, Leipzig
- Schwabe, C. (1979): Regulative Musiktherapie. 1. Aufl., VEB Gustav Fischer, Jena
- Schwabe, C. (1983): Aktive Gruppenmusiktherapie für erwachsene Patienten. 2. Aufl. 1991, Georg Thieme, Leipzig, Stuttgart New York., 3. Aufl. 1997, Crossener Schriften zur Musiktherapie Bd. IV. Akademie für angewandte Musiktherapie Crossen, Bad Klosterlausnitz
- Schwabe, C. (2003): Regulative Musiktherapie (RMT). Die Entwicklung einer Methode zu einer Konzeption. Crossener Schriften zur Musiktherapie Bd. XIV. Akademie für angewandte Musiktherapie Crossen, Bad Klosterlausnitz
- Schwabe, C. u. Röhrborn, H. (1996): Regulative Musiktherapie (RMT). 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Gustav Fischer; Jena, Stuttgart
- Schwabe, C. u. Reinhardt, A. (2006): Das Kausalitätsprinzip musiktherapeutischen Handelns. Crossener Schriften zur Musiktherapie Bd. XVII. Akademie für angewandte Musiktherapie Crossen, Bad Klosterlausnitz
- Schwabe, C. u. Haase, U. (2008): Die Sozialmusiktherapie (SMT). Das musiktherapeutische Konzept nach Christoph Schwabe. 3. neu überarbeitete Auflage, Crossener Schriften zur Musiktherapie Bd. VII. Akademie für angewandte Musiktherapie Crossen, Bad Klosterlausnitz