

"Neue Wege, neue Perspektiven, neue Chance"

Von Astrid Timmerer-Franke

Mein Arbeitsplatz ist ein Pflegeheim für Psychiatrie und Neurologie in Neulengbach, NÖ, wo ich nun schon fast 4 Jahre tätig bin. Davor war ich mehr als ein Jahrzehnt im geriatrischen und gerontopsychiatrischen Bereich, sowie in der Behindertenarbeit mit Erwachsenen tätig. Nebenbei ein Jahr Vorstandsmitglied im ÖBM.

Nachdem mein letztes Arbeitsverhältnis auf Grund der neuen Werkvertragsregelung ein jähes Ende fand, bot sich für mich die Möglichkeit, nun in einem Pflegeheim Musiktherapie zu etablieren und zu integrieren.

Es gab an diesem Heim zwar Beschäftigungstherapie und Physiotherapie, aber keine Musiktherapie. Für alle Beteiligten, Ärzte, Pflegepersonal und die bestehenden TherapeutInnen war Musiktherapie Neuland. Neues verursacht Skepsis, Neues verursacht Angst vor eventueller Mehrarbeit. Mein Ziel war und ist der Weg zu gegenseitiger Akzeptanz. Voraussetzung dafür ist das Wissen um die anderen Berufsgruppen und ihre Fähigkeiten. Zu einem echten Team gehört, dass jedes Mitglied die Sicherheit der Anerkennung hat und das Bewusstsein, ein Teil eines sonst unvollständigen Ganzen zu sein.

Das wäre der Idealzustand. Die Praxis sieht anders aus. Nichts geht von heute auf morgen und auch nicht in 4 Jahren.

Es gibt Verständigungsschwierigkeiten, Ignoranz und Interesselosigkeit auf der einen Seite, erfreulicherweise aber auch Zustimmung und Unterstützung auf der anderen.

Da nur unter guten Voraussetzungen auch konstruktive Arbeit möglich ist, muss im Vorfeld ein möglichst gutes Arbeitsklima geschaffen werden. Ich bin der Meinung, dass nur dann unsere Patienten ein größt mögliches Maß an Vertrauen haben können.

Es soll ja in erster Linie um den Patienten gehen. Die Aufgabe eines Pflegeheimes ist es, auch für einen möglichst stabilen, stützenden und auch schützenden Lebensraum zu sorgen.

Aber nun in medias res:

Auf Grund der Gegebenheiten, die sich in dieser Institution darstellen, habe ich im Laufe der Jahre eine spezielle Vorgangsweise entwickelt, die den Bedürfnissen, also den angestrebten Zielsetzungen, Rechnung trägt. Allen Vorurteilen zum Trotz möchte ich ihnen Argumente liefern, dass auch in einem Haus unserer Größenordnung mit 200 Betten nicht nur gepflegt wird, - nicht nur verwahrt wird.

In Institutionen muss verfügt werden, Entscheidungen für den Patienten müssen getroffen werden, Strukturen sind notwendig für einen reibungslosen medizinisch pflegerischen Ablauf. Meine Frage lautet nun: Was braucht der Patient noch?

Musiktherapeutisch beantwortet heißt das:

Musik kann Begegnung, aber auch Distanz sein

Musik ist Kommunikation ohne Worte

Musik ist Ruhe und Entspannung

Musik fördert die Aktivität

Musik aktiv kann Aggressionen kanalisieren
"ich darf laut sein, auf die Trommel schlagen"

Musik machen kann eine Leere in mir ausfüllen, hat ein Patient gesagt

Musik ist besser als ein Temesta, ein anderer

Musik ist ein Rausch, den ich haben darf

Musik gibt mir Wärme, sagt eine Patientin

In meiner Musik finde ich mich, ein anderer.

EIN MUSIKTHERAPEUTISCHER WEG IN 5 SCHRITTEN

1 Vertrauensbasis schaffen

Freiwilligkeit und Bereitschaft
Zeit und Ort unstrukturiert

Musik als Übergangsobjekt

2 In Beziehung treten

Patient fühlt sich angenommen
Patient verlangt Struktur

Nonverbal mit Musik

3 Selbstwert suchen

Realitätsbezug
Erfolgserlebnis
Selbstwertgefühl

Verschüttete Ressourcen freilegen mit Musik

4 Möglichkeiten, Perspektiven

Selbstbestimmung
Kontinuität

Nonverbal und verbal erarbeiten

5 Neuorientierung

Aufgaben – Verantwortung
Sinnggebung – Lebensbejahung

MUSIKTHERAPIE in einem Heim für PSYCHIATRIE UND NEUROLOGIE (Einzel- und Gruppentherapie)

Aktiv (Improvisation, Singen, Chor)
mit Bewegung und Tanz und bildnerischem Gestalten

Musik (und verbale Aufarbeitung)
(Improvisation, Aktion und Reaktion), (Zeichnen und Malen mit Musik)

Rezeptiv (Musik anhören)

1. **Vertrauensbasis schaffen** (Musik als Übergangsobjekt)

Freiwilligkeit und Bereitschaft, Zeit und Ort anfangs unstrukturiert

Freiwilligkeit ist das Wichtigste

durch Zuweisung entstehen Widerstände

Angst und Unruhe werden durch Zwangstermine eventuell verstärkt.

Der Anfang, mein Anfang mit dem Patienten, ist immer eine Einladung zum gemeinsamen Musikhören, zu einem kleinen Spaziergang, zu einem gemeinsamen Kaffee, zu einer Zigarette.

2. **Miteinander in Beziehung treten** (nonverbal mit musikalischen Mitteln)

Patient fühlt sich angenommen

Patient verlangt nach Struktur, wenn er dazu bereit ist - freiwillige Entscheidung

3. **Selbstwert suchen** (verschüttete Ressourcen freilegen)

Realitätsbezug herstellen, Erfolgserlebnisse schaffen, Selbstwertgefühl entwickeln

4. **Möglichkeiten, Perspektiven** (nonverbal und verbal erarbeiten)

Kontinuität, Selbstbestimmung

5. **Neuorientierung**

Aufgaben und damit Verantwortung übernehmen können - sich gebraucht fühlen, Sinngebung, Wünsche äußern, einerseits Akzeptieren von Defiziten - damit umgehen lernen, andererseits realistische Veränderungen anstreben - Lebensbejahung

Alle Punkte erfordern speziellen Zugang, der nur möglich ist, wenn entsprechend bzw. genügend Zeit zur Verfügung steht.

Die Patienten, die ich heute in den Vordergrund unserer Betrachtungen stellen möchte, sind zwischen 40 und 45 Jahre alt. Es sind Menschen, die schon einige Therapieeinrichtungen, Wohnheime und wiederholte längere und kürzere Psychiatrieaufenthalte hinter sich haben. Nach einer Odyssee, um nicht zu sagen, einer Herbergssuche aber wurde die Erkenntnis gewonnen, dass auf Grund der Symptomatik und des sozialen Umfeldes nur eine Einrichtung wie unsere in Frage kommt. Die Menschen, die ich ihnen vorstellen möchte, haben zumindest einen langfristigen Aufenthalt vor sich.

Meine Aufgabe als Musiktherapeutin ist es, mich damit zu beschäftigen, was meine Patienten über die existentiellen Grundbedürfnisse hinaus für ein menschenwürdiges Leben mit möglichst hoher Lebensqualität noch zusätzlich brauchen.

Mir geht es darum, persönliche Freiheiten spürbar zu machen. Mir geht es darum, neue Lebensperspektiven zu erarbeiten. Mir geht es darum, gesund Potenziale zu finden, zu fördern und zu erhalten. Da ich zeitlich nicht eingeschränkt bin, sind kleine, individuell angepasste Schritte möglich.

Wir, der/die PatientIn und ich, gehen gemeinsam auf die Suche, wenn der Patient bereit ist für dieses Abenteuer, nachdem eine Vertrauensbasis geschaffen ist und wir miteinander in Beziehung getreten sind.

Ich möchte ihnen nun die **Geschichte von Elisabeth** erzählen. Sie ist 43 Jahre alt. Ihre Jugend verbringt sie größtenteils in Heimen. Sie heiratet jung und bekommt zwei Kinder. Nachdem ihr Mann verstorben ist, bekommt sie noch zwei Kinder von verschiedenen Männern. Bald kümmert sie sich nicht mehr um ihre Familie. Sie rutscht ab und landet in der Gosse. Sie lebt eine Zeitlang auf der Straße. Versuche in verschiedenen Wohneinrichtungen scheitern. Dazwischen folgen Psychiatrieaufenthalte. Jetzt will die Familie nichts mehr von ihr wissen. Niemand will sie, erzählt sie mir, sie wird krank: Hepatitis C, Diabetes,

Alkoholismus, die Diagnose Schizophrenie wird gestellt. Ihre Persönlichkeit ist getragen von Ängsten, Rückzugstendenzen, depressiver Verstimmung, von Wahn und Halluzination. Allerdings negiert sie sowohl ihre körperlichen, wie ihre seelischen Krankheiten. "Ihr Leben sei ja nichts wert", meint sie. Andererseits, "Wenn man sie liebe, könnte sie ihr Leben sehr wohl bewältigen."

Als sie dann noch den Beschied über die Besachwalterung bekommt, ist sie völlig am Boden zerstört.

Unsere erste Begegnung findet vor eineinhalb Jahren statt. Das Musiktherapieangebot tut sie als Kinderkram ab. Wenn sie Therapie nur höre, dann hätte sie schon genug, sagt sie. Sie brauche niemanden und sie gehöre außerdem nicht in so ein Heim.

Dessen ungeachtet plaudert sie gerne mit mir am Gang, im Grunde überall, nur nicht im Therapiezimmer. Vor allem dann, wenn meine Dienstzeit schon zu Ende ist. Solche Gespräche finden meist statt, wenn sie es wieder geschafft hat, zu Alkohol zu kommen.

Bei einer Teambesprechung kommt dann einmal ihr Name aufs Tapet. Alle raten mir ab, therapeutisch tätig zu werden. "Das bringt nichts." Ich behalte Elisabeth jedoch weiterhin im Auge.

Von ihren alkoholischen Gesprächen weiß ich nämlich, dass sie Musik liebt.

Wenn ich eine kurze Pause habe, habe ich die Angewohnheit, mich ans Klavier zu setzen und Lieder zu probieren, zu improvisieren, oder auch nach Noten zu spielen.

Da mir aufgefallen ist, dass Elisabeth oft draußen auf und ab geht, während ich spiele, mal schnell zur angelehnten Tür hereinguckt, um gleich wieder zu verschwinden, lasse ich die Tür in der Folge offen. Und siehe da, einmal wagt sie sich bis in den Türrahmen, bleibt stehen, lauscht mit einem Lächeln. Diese Annäherungen vollziehen sich in den nächsten Tagen und Wochen schrittweise, bis sie schließlich eines Tages die Schwelle überschreitet und im Zimmer landet. Irgendwann lehnt sie dann wie selbstverständlich am Klavier und sagt plötzlich "So möchte ich auch spielen können, aber lass nur, das lern ich nie." Sie hätte immer gern ein Instrument lernen wollen, aber irgendwie habe sich das nie ergeben, erzählt sie.

Einmal in der Woche biete ich eine Chorstunde, eine Singstunde an, an der rund 15 Personen regelmäßig teilnehmen.

Ein paar Tage nach so einer Chorstunde kommt Elisabeth zu mir, um mich wegen eines Chorliedes zu befragen. Sie habe es von draußen gehört und möchte nun den Text lernen. Die Melodie summt sie mir vor. "Meinst du das?" frage ich und spiele und singe dazu. Sie schließt die Tür holt sich einen Sessel und setzt sich zu mir, das erste Mal. Bis jetzt saß sie niemals still, stand herum oder lief unentwegt hin und her. Sie strahlt über das ganze Gesicht, meint: „Gelt, das hast du jetzt nur für mich gespielt?“

Für mich drängt sich nun die Frage auf, ob es ein Instrument für sie gibt, das ihren Hörerwartungen entspricht und das sie selbst spielen kann und damit einen unmittelbaren Erfolg sichert. Es darf außerdem keinesfalls Assoziationen an den vorhin erwähnten Kinderkram erwecken.

Wir haben seit ein paar Monaten ein Saiteninstrument, eine Veeh-Harfe. Diese wurde ursprünglich für geistig behinderte Menschen entwickelt. Es handelt sich um eine Methode, bei der Notenlesen nicht notwendig ist. Man kann jedenfalls nach einer eigenen Notenschrift jedes Lied, faktisch jede Melodie spielen. Die Harfe wird geliefert. Als ich gerade beim Stimmen bin, steht Elisabeth plötzlich hinter mir und schaut mir über die Schulter. Sie ist neugierig. "Was ist denn das?"

"Möchtest du es versuchen, zu spielen? Ich bin mir sicher, dass du es könntest, auf Anhieb! Komm doch morgen einen Sprung vorbei."

Sie kommt, lässt es sich erklären, sie spielt, ich begleite sie sehr vorsichtig am Klavier, um sie nicht zu übertönen, und wir spielen miteinander, als hätten wir schon immer miteinander gespielt.

Elisabeth sitzt da, schaut mich ein wenig verdutzt an und lacht dann: "Jetzt hast du mich drangekriegt mit der Harfe. Das war gut, das hat mir gefallen. Es hat gut geklungen. Hätte ich nicht gedacht. Wann darf ich das nächste Mal kommen? Hast du überhaupt noch Termine frei für mich?"

Elisabeth hat den Zeitpunkt bestimmt, als sie innerlich bereit war, sich mit mir einzulassen, mir Vertrauen zu schenken. Sie hat den Anfang der Therapie festgelegt. Die Musik war das neutrale Objekt zwischen uns. Die Musik hat es möglich gemacht, Angst abzubauen, und hat sich gesunde Potenziale zunutze machend, Freude und Erfolgserlebnisse und damit Lebensqualität geschaffen.

In der Folge findet sie einen Weg aus ihrem Schneckenhaus. Sie kommt 2 mal pro Woche für jeweils eine halbe Stunde und hält ihre Termine genau ein. Neuerdings nimmt sie auch an der Chorgruppe teil. Sie versucht sich in eine Gruppe zu integrieren, was nicht leicht ist, weil diese schon lange besteht. "Ich versuch, ob ich's noch aushalten kann." Sie hilft mir beim Patiententransport, ohne dass ich sie jemals dazu aufgefordert hätte.

Kurzum: Sie hat Aufgaben und damit Verantwortung übernommen. Sie nimmt sich rührend um Mitpatienten an, die ihr bislang völlig gleichgültig waren, die sie früher gar nicht wahrgenommen hat.

Eines Tages bringt sie mir ihr Tagebuch, legt es vor mich hin und sagt: "Lies das bitte, ich habe es noch nie jemandem gezeigt. Vielleicht kannst du mir helfen."

In meiner zweiten Geschichte ist auf Grund des Erscheinungsbildes, das sich mir darstellt und auf Grund der Diagnose eine Vorgangsweise mit sanftem Druck notwendig.

Hannes ist ein 43jähriger Mann. Er ist vor einem Jahr zu uns gekommen, nachdem er nach einigen Klinikaufenthalten zu Hause nicht mehr lenkbar war.

Auf Grund einer Neurolues mit exogenem Reaktionstypus und eines Organischen Psychosyndroms, progressiver Paralyse und Aggressionsausbrüchen kommt es zu Selbst- und Fremdgefährdung, einer paranoiden Erlebniswelt, außerdem zu Störungen der Sprache und Koordination. Die Bereitschaft der Familie wäre vorhanden, aber auf Grund der schnell wechselnden Stimmungslage des Patienten sind die Angehörigen nicht mehr in der Lage, ihn zu Hause zu behalten. Ich habe Hannes ein paar Tage, nachdem er zu uns gekommen war, kennen gelernt. Schnell stelle ich fest, dass er nicht antwortet, wenn man ihn anspricht. Das Pflegepersonal und auch die Ärzte können kaum brauchbare verbale Reaktionen bekommen. Er reagiert allerdings auf Aufforderungen, "Kommen sie essen, da, nehmen Sie das ein" - aber alles wortlos von seiner Seite. Andere Patienten geben es bald auf, ihn anzureden. "Der antwortet sowieso nicht, was hat er denn?" Ich versuche drei Wochen lang, mir bei ihm Gehör zu verschaffen. Keine Reaktion. Weder Mimik noch Gestik, noch ein einziger Ton quittieren meine Bemühungen. Er schaut schlicht durch mich durch. Mittlerweise weiß ich, dass jede kleinste Veränderung, jede noch so kleine subjektiv empfundene Kränkung seiner Erlebniswelt ihn aus der Bahn wirft, was eine Blockade zur Folge hat. Nach wochenlanger Kontaktsuche und auf meine Bitte, doch wenigstens "Auf Wiedersehen" zu sagen, antwortet er mir eines Tages. Am nächsten Tag reagiert er auf die Aufforderung, mich in den Therapieraum zu begleiten. Er probiert die Instrumente aus, schaut sich um. Ich halte ihm eine CD mit Rockmusik vor die Nase und frage "Mögen sie so etwas?" Er nickt, und wir hören ein wenig hinein. Er sagt: "Ich bin der Hannes, und wie heißt du?"

Nach zwei, drei Wochen, wo ich ihn erinnern muss, steht er pünktlich da, um seine Einzelstunde zu bekommen. Ich habe ihm in seinem Zimmer einen Stundenplan aufgehängt. Einmal frage ich ihn: "Warum redest du mit niemandem?"

Er: "Es redet ja niemand mit mir."

Ich: "Ist dir klar, wie lange ich versucht habe, mit dir ins Gespräch zu kommen?"

Er: "Die haben mich hier abgegeben mit einem Nylonsackerl und einem Packerl Zigaretten."
Seine Stimmungen sind sehr unterschiedlich.

Es kann nach wie vor vorkommen, dass er schweigend dasitzt.

In so ein Schweigen hinein frage ich einmal, ob wir nicht einmal auf der Trommel spielen könnten. Ich stelle die große Trommel vor ihn hin und setze mich ihm gegenüber. Seine Miene ist versteinert. Ich beginne zu spielen. Nun schlägt er auch auf die Trommel. Sein Spiel ist monoton, er wirkt unbeteiligt, wie eine Maschine. Nach ein paar Minuten reagiert er dann auf mein provokantes Spiel. Er schaut mich an, seine Mimik gewinnt an Lebendigkeit, er lacht mich an, seine Körperhaltung verändert sich, er neigt sich vor, er bekommt Farbe im Gesicht, und plötzlich beginnt er mir, während er weiterspielt, Dinge aus seiner Kindheit zu erzählen. Trommeln erinnern ihn daran. "War eine schöne Zeit", ergänzt er.

Nach einem anderen Trommelspiel sagt er mit einem tiefen Seufzer, ohne dass ich ihn frage. "Jetzt geht's mir besser!". Manchmal antwortet er auf die Frage: "Wie geht es dir?" "Trommeln wir."

Nach wie vor gibt es Stunden, wo er weder spielt noch spricht.

Mittlerweile hat er den Weg gefunden, über Musik und Rhythmus auch zu Gruppenaktivitäten zu finden. Er nimmt mit großer Freude an einer Gruppe teil, wo Bewegung und Tanz im Vordergrund stehen. Wenn mehr Personen anwesend sind, spricht er jedoch weiterhin kein Wort.

Er hat auch Kontakt zu einer älteren Patientin gefunden. Sie gehen miteinander im Garten spazieren, meistens wortlos, wie sie mir berichtet, aber das stört sie nicht.

Hannes weiß genau auf den Monat und Tag, wann er zu uns gekommen ist. Er erinnert sich an jeden Ausflug, der vom Heim aus unternommen wurde. Weiß, wann seine Schwestern da waren und was sie ihm mitgebracht haben. Fragt mich, wie mein Wochenende war. Fragt mich nach meiner Tagung, ob es interessant war. Zwischendurch gibt es aber auch immer wieder Phasen des Schweigens, wenn zum Beispiel ein neuer Patient dazu kommt, um den ich mich für ihn subjektiv mehr kümmere.

Die letzte Geschichte gehört zu denen, wo der allgemeine Tenor mir nicht gerade Mut gemacht hat, es zu versuchen.

Bei den jüngeren Patienten steht für mich vor allem im Vordergrund, dass sie alle, ob dement oder schizopren, oder was auch immer ihre Defizite ausmacht, ein besonderes Anrecht auf ein menschenwürdiges Leben haben, schon aufgrund des auf lange Zeit zu erwartenden Heimaufenthaltes.

Es ist immer einen Versuch wert.

Ich kann nicht zusehen, wie eine 40jährige Frau, wie im folgenden Fall, den ganzen Tag nur dasitzt, ohne ein Signal von mir: Du bist da und ich nehme dich wahr.

Ich rede von Anna. Sie ist 44 Jahre alt. Ihre Diagnose lautet: Wernicke-Enzephalopathie nach chronischem Alkoholabusus, Polyneuropatiesyndrom, gestört in allen Bereichen der Orientierungsfähigkeit, zu Perseverationen neigend, Gedächtnisleistung in allen Bereichen reduziert, Merkfähigkeit, Auffassung und Konzentration deutlich herabgesetzt.

Anna, Maturantin, ehemals als Sekretärin tätig, hat alleine gelebt, nicht weil sie es so wollte, sondern weil es ihre Lebensumstände so ergaben. Anna ist ein Einzelkind, von ihren Eltern sehr verwöhnt. Was die Eltern konnten, haben sie ihr gegeben. Das Leben hat ihr vieles verweigert, womit sie in der Folge nicht umgehen konnte.

Am Anfang begegne ich einer Frau mit ständig wechselnden Stimmungslagen. Sie lacht, sie schimpft, sie schweigt, sie redet unverständliches Zeug. Anna nimmt mich im Grunde gar nicht wahr. Ich besuche sie auf der Station, ich fahre mit ihr mit dem Rollstuhl durch den Garten. Es ist Frühling 1999.

Manchmal begrüßt sie mich wie eine alte Freundin, manchmal verwechselt sie mich mit der Zahnärztin, manchmal möchte sie, dass ich ihr die Haare schneide. Wieder ein anderes Mal ist sie ablehnend oder sie schickt mich fort. In diesem Fall kann ich auch nicht die Patientin

entscheiden lassen, wieder ist ein sanfter Druck nötig. Wo ich ihre Ablehnung akzeptiere oder ignoriere ist eine Gradwanderung.

Ich hole sie 2-3 Mal pro Woche für ungefähr 20 Minuten in den Therapieraum, wenn die Widerstände nicht allzu groß sind oder wenn sie nicht besonders müde ist.

Ich singe für Anna, ich spiele Klavier, ich spiele ihr verschiedenartige Musik von CD's vor und achte auf ihre Reaktionen.

Ein vorerst gleich bleibendes Bild zeichnet sich ab.

In den ersten 5 Minuten kommt sie immer vom Hundertsten ins Tausendste. Es ist unmöglich, ihren Gedankengängen logisch zu folgen.

Ich gehe auf ihre Gedankensprünge und Wortneubildungen ein und es entwickelt sich jedes Mal eine Art Phantasieunterhaltung, die für jeden Außenstehenden wohl recht eigentümlich anmuten würde. Während dieser Zeit lasse ich Musik laufen, die sie gerne hört. Langsam gerät die wirre Sprache dann immer mehr in den Hintergrund. Anna summt, sie bewegt die Füße im Takt (während der Physiotherapie ist Bewegung nur unter lautem Protest, oft auch mit lautem Geschrei und Schimpfkanonaden möglich) und manchmal lächelt sie: "Das kenn ich, schööön!" Manchmal aber auch: "Das mag ich nicht."

Einmal stelle ich ihr das Xylophon vor die Füße und drücke ihr die Schlegel in die Hand. Sie sagt: "Ich möchte eine Tonleiter spielen." Sie spielt und es gelingt. Plötzlich sagt sie dann: "Ich hab's zusammengebracht. Ich muss Ordnung in mein Chaos bringen. - Weißt du, meine Eltern sind schon alt. Ich mach mir wirklich Sorgen."

Sie spielt vorsichtig und sehr konzentriert weiter. Ich begleite sie auf dem Klavier und es entwickelt sich ein fröhliches Miteinander. Jetzt sitzt sie aufrecht und zu mir nach vorne geneigt, sonst hängt sie mehr im Rollstuhl: "Schööön! War ja gar nicht so übel. Aber weißt du, Klavierspielen hab ich immer gehasst. Aber das hat mir gefallen."

Ein anderes Mal stelle ich nach unserer Phantasieunterhaltung die große Trommel vor sie hin und beginne mit der Hand darüber zu streichen. Auf einmal unterbricht sie mich: "Das ist meine Mutter." "Wie meinst du das?" "Die hat sich immer hereingeschlichen, um zu sehen, was ich gerade mache. Immer hat sie sich in alles eingemischt." Dann wieder Schweigen.

Jetzt klopfe ich auf die Trommel - rein zufällig - intuitiv? - Anna unterbricht mich wieder: "Das ist mein Vater, der hat immer angeklopft, bevor er hereingekommen ist. Der war immer diskret."

Manchmal singe ich auch Lieder an, von denen ich annehme, dass sie sie kennen könnte, wir sind ja ziemlich gleich alt. "Sing mit, wenn du magst!" "Das kann ich nicht." (Ihre Mutter erzählt mir einmal, dass sie nie singen wird, weil sie das nicht kann und auch nicht mag.) Ungeachtet dessen fordere ich sie das nächste Mal auf mitzusingen, wenn sie vielleicht Lust dazu haben sollte. Erst zaghaft und dann zunehmend lauter singt Anna mit mir. Wir singen Lieder mit deutschen und englischen Texten. Sie merkt sich Lied und Textfragmente bis zur nächsten Sitzung. Wenn ich zum Beispiel ein Stück Text auslasse, ergänzt sie, ohne Aufforderung.

Ein anderes Mal führe ich sie in den Therapieraum und setze mich zu ihr. Diesmal lässt sie aber unsere gewohnte Einstimmungsphase ausfallen, indem sie mich fragt, wie es mir gehe. Ich antworte und frage nach ihrem Befinden. Nach kurzer Pause sagt Anna dann zu mir: "Mir ist so kalt." Ich denke noch, dass es nicht kalt ist im Raum, als sie weiter spricht: "Singen wir ein Lied - das macht warm!" Meistens fällt ihr zu einem Lied oder zu Musik, die wir gemeinsam anhören, ein Stückchen Lebensgeschichte ein. Wir singen das Lied "Que sera, sera". Anschließend sagt Anna zu mir: "No, das passt ja wieder. Wozu soll ich eigentlich gesund werden? Ich hab keine Eile. Den, den ich wollte, hab ich nie ganz für mich alleine gehabt. Ich hab getrunken. Was hätte ich sonst tun sollen? Ich hab keine Kraft mehr."

Mittlerweile sind eineinhalb Jahre vergangen. Anna ist in zwei Gruppen integriert, die ihr die Möglichkeit geben, mit anderen zu kommunizieren. In der Musikgruppe geht es um Improvisation mit einfachen Instrumenten und um Singen. Sie folgt dem Geschehen in einem

Zeitraum von 50 Minuten, was früher nicht möglich gewesen wäre, weil sie nicht so lange durchgehalten hätte, ohne massiv zu stören. Von den anderen Gruppenmitgliedern wird sie anerkannt, man redet mit ihr, sie gehört dazu. Die zweite Gruppe, an der sie teilnimmt, ist die Zeichen- und Malgruppe. Anna zeichnet, sie kritisiert die anderen, sie wird von anderen gelobt, die ihr nichts zugetraut haben.

Bei Anna hat die Musiktherapie sicherlich keine eklatante Besserung des geistigen Zustandes gebracht, aber auf der emotionalen Ebene hat die Musik einen Zugang möglich gemacht, der in der Folge bewirkt hat, dass sie sowohl die Einzeltherapie wie auch die Gruppenmusiktherapie genießen kann. In der Einzeltherapie meine ungeteilte Aufmerksamkeit und Zuwendung, und in der Gruppe das Teilhaben am Gemeinsamen.

Durch die Musiktherapie haben sich für Anna neue Wege aufgetan, Spaß zu haben, Freude zu empfinden und auf der anderen Seite Spannungen abzubauen. Und vielleicht auch ein bisschen, früher konflikthaft Erlebtes zu verarbeiten.

Auch die Zweifler von seinerzeit können heute feststellen, dass Anna jetzt ausgeglichener wirkt und auch ein wenig geistig wacher geworden ist. Natürlich nur phasenweise. Eine Autofahrt zum Zahnarzt sei heute ungleich weniger nervenaufreibend als vor einem halben Jahr, berichtet eine Betreuerin. Die Mitarbeit bei der Bewegungstherapie sei mitunter auch besser geworden.

Meinen Namen weiß Anna noch immer eher selten, aber wenn wir im Aufzug zum Therapieraum fahren und ich sie frage, was wir denn jetzt vorhätten, dann weiß sie immer: "Musik - Ich möcht´ singen und du nimmst die Gitarre."

Die Musik hat jedenfalls ihre Isolation zu ihrer Umwelt durchbrochen. Sie kann Freude und Schmerz empfinden und auch artikulieren und so auch mit anderen teilen. Ist das nicht ein bisschen mehr Leben, als nur essen und schlafen und ins Leere schauen?

Jetzt komme ich langsam zum Schluss. Eine kleine Anekdote werden sie mir noch erlauben.

Die folgende Kurzgeschichte handelt von einem Patienten, der seit nunmehr 30 Jahren mit der Diagnose Schizophrenie lebt. Er wohnt jetzt seit 5 Jahren bei uns im Heim, davor wurde er liebevoll von seiner Mutter zu Hause betreut. Außer, es geht ihm schlecht, hat er sich, wie er sagt, nie jemanden anvertraut. Seit er nun seit fast einem Jahr einmal wöchentlich zur Einzelmusiktherapie kommt, hat sich vieles verändert. Abgesehen davon besucht er auch eine Musikgruppenstunde und eine Stunde, wo Musik und Bewegung im Vordergrund stehen. Für weitere Details ist keine Zeit mehr.

Nur soviel:

Hr. Müller läuft unserem ärztlichen Leiter, der sich gerade auf Visite befindet, nach einer Einzeltherapiestunde genau in die Arme.

Primar: "Grüß Gott Hr. Müller, kommen sie gerade von einer Therapiestunde?"

Pat.: "Ja, Herr Primar!"

Primar: "Sie strahlen ja richtig, erzählen sie mir, was geschieht denn da?"

Pat.: "Meine Seele wird gestreichelt."

Primar: "Sie meinen, Sie baumeln mit der Seele."

Pat.: "Nein, Herr Primar, meine Seele wird gestreichelt."

Primar: "Können sie mir das genauer erklären, was passiert da genau? Das interessiert mich!"

Literaturliste:

- I. Frohne-Hagemann: Musik und Gestalt ; Jungfermann Verlag, Paderborn
E. Fitzthum, D. Oberegelsbacher: Wiener Beiträge zur Musiktherapie; Edition Praesens, Wien
Linke: Heilung durch Musik; Heinrichshofen Verlag, Wilhelmshafen
Decker-Voigt: Aus der Seele gespielt; Goldmann TB
Metzner: Tabu und Turbulenz; Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
Kingsley: Clinical application of musictherapy in psychiatry; Publisher London und Philadelphia
K. Loos: Spiel-Räume; Gustav Fischer Verlag, Stuttgart
Jacoby: Jenseits von begabt und unbegabt; Christians Verlag, Hamburg
Luc Ciompi: Aussenwelt und Innenwelt; Vandenhoeck und Ruprecht
-": Affektlogik; Klett-Kotta
Benedetti: Todeslandschaften der Seele; Vandenhoeck und Ruprecht
Renz: Zwischen Urangst und Urvertrauen; Jungfermann Verlag, Paderborn