

Musiktherapie zwischen Tür und Angel

Möglichkeiten und Entwicklungen in der LNK Wagner-Jauregg Linz

Von Peter Habringer

Einleitung

Auf Grund der Entwicklungen in der Psychiatrie in den letzten Jahren stellen sich für die MT einige Fragen. Besonders die kurzen Aufenthaltszeiten bringen eine gewisse Grundspannung mit sich, in der MT als Kurzzeittherapie im stationären Setting immer mehr gefragt ist.

Welche Aufgaben hat dabei die MT?

Ein mögliches Modell stellen wir mit der „Sechs Stunden Gruppe“ vor. Die sich ständig verändernden Bedingungen bringen es mit sich, immer wieder nach neuen Modellen zu suchen.

Kritisch muss auch betrachtet werden, dass die gegebenen Krankenhausstrukturen immer weniger Beziehungsarbeit in den Therapien möglich machen.

Geschichte des WagnerJauregg KH

- 1788 1. Linzer Psychiatrie im Prunerstift
Pruner war Linzer Bürgermeister
Vorher Siechenhäuser, Waisenhäuser
Unter Josef II. erstmals institutionalisierte Pflege Geisteskranker
- 1824 Staatsanstalt
Verbesserung der Zustände, keine Fesseln mehr, erstmals wird ein Arzt mit der Versorgung der Kranken betraut
- 1837 1. Primararzt
Garten mit Maulbeerbepflanzung, Beschäftigung wird als Therapiemöglichkeit erkannt
- 1863 Beschluss für eine Musteranstalt in Niedernhart (im Süden von Linz)
- 1867 Fertigstellung mit 228 Betten
2 Ärzte, aus *Pfleglingen* wurden *Patienten*
Personalproblem mit den „Wartepersonen“, Gehalt ganz unten wie Hausknecht, Gärtner verdiente das 3-fache, Primar das 20-fache. Hatten ganz strenge Einschränkungen, nur alle drei Wochen Nachmittag frei.
- 1892 Patientenstand 500
- 1893 Außenstelle Schloss Gschwendt als „landwirtschaftliche Irrenbewahranstalt“ eröffnet
- 1887, 1911 bauliche Erweiterungen
1. Weltkrieg Reduzierung der Patienten durch Typhus und Paratyphus

1923 965 Patienten

Zwischenkriegszeit

Dynamische Entwicklung der Behandlungsmethoden
Protagonist Wagner-Jauregg, Malariabekämpfung bei progressiver Paralyse
Aktive Arbeitstherapie

- 1938 „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“
Gravierender Einbruch in der humanen Entwicklung der Psychiatrie, durch Sterilisation wurden Psychisch Kranke von der Fortpflanzung ausgeschlossen
Wurde von der Euthanasie (Vernichtung Minderwertiger) bald abgelöst
Als Tötungsanstalt für psychiatrische Patienten wurde das Schloss Hartheim ausgewählt (bis dahin Heim für Schwerstbehinderte)
Schätzungen geben mehr als 30.000 Menschen an, die dort umgebracht worden sind
- 1945 363 Patienten sind in der Anstalt verblieben (bei einer Kapazität von 1000 Betten)
Der Rest wurde als Lazarett umfunktioniert
- 1951 Neurenovierung für psychiatrische Zwecke
Wiedereinführung der Beschäftigungstherapie
- 1969 Neurologie und Neurochirurgie wurden eingegliedert
- 1970 Höchstkapazität mit 1500 Betten
Umbenennung von Landes-, Heil- und Pflegeanstalt in Wagner-Jauregg KH des Landes OÖ.
- Beginn der Psychiatriereform in den 70ern
Als Reaktion der kritischen Psychiatriebewegung in Europa
„Psychiatrie als totale Institution“
Folgen u.a. Aufstockung des Personals
Reduktion der Bettenzahl
Liberalisierung der Unterbringungsmodalitäten
Qualitativ-therapeutisches Angebot
- 1978 Psychotherapieambulanz (Dr. Merl)
verhaltenstherapeutische Ambulanz
- 1980 Langzeitpsychiatrie in 4 Regionen eingeteilt
- 1986 Neurologisch-psychiatrische Geriatrie eröffnet
2 ausgebildete ErgotherapeutInnen, 1 Musiktherapeutin
- 1993 Architekturwettbewerb, Projekt Holzbauer
- 1997 Baubeginn, jede Therapierichtung wird in Planung einbezogen
- 1998 Letzte Langzeitpatienten wechseln ihren Betreuungsort
WJ ist Behandlungs Krankenhaus

Entwicklungstendenzen seit der Reform

- Psychische Erkrankung wird aus der Sicht der Multikonditionalität mit einer Pluralität angewandter Therapieverfahren betrachtet
- Verringerung neuer Langzeitfälle durch Psychosoziale Nachsorgung und extramurale Einrichtungen
- Auflösung von Pflegeabteilungen, Wagner Jauregg KH wird ein reines BehandlungskH
- Regionalisierung gewährleistet mehr Nähe zur Betreuung

Geschichte der Musiktherapie

Auf dem Boden der Reformbewegungen

1970 – 75 Fr. Prof Schiff ehrenamtlich

Singgruppen bei Langzeitpatienten/ Flötenstunden

1976 1. Halbtagsanstellung

1978 Ganztagsanstellung

eigener Raum mit Instrumenten

Aufgaben: Singgruppen auf Langzeitstationen

Musikalische Gestaltung des monatl. Clubs (Wohltätigkeitsveranstaltung für Langzeitpatienten)

Neu: „Instrumentengruppen“, Thema nonverbale Gespräche

1985 „Sechsergruppen“ mit spezieller Thematik für die einzelnen Stunden

Empfindungen zur Musik/ das Wasser in der freien Natur / Gewitter /

Zweierimprovisationen / Abschied und Neubeginn

Musiktherapie am Krankenbett

„Musik ist Nahrung für die Seele“

1993 2. Stelle

1994 Konzept mit unterschiedlicher Zielsetzung

Musiktherapiegruppe „beruhigend“

Aktive Musiktherapiegruppe

Neben Improvisationsformen intermediale Verbindungen zu Bewegung,

Körperausdruck (vom Theater her)

Einzeltherapien

1997 Fr. Mayrhofer in Pension, Fr. Schuh beginnt

Entwicklung des „Sechsstunden - Gruppenmodells“

Reduzierung der Singgruppen auf Geriatrie

Musiktherapie zwischen Tür und Angel

Zurzeit gehen wir von einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 17(!) Tagen aus. Hält man sich die Praxis der Zuweisung vor Augen (vom Arzt unterschrieben, mit Hauspost, Wartezeit), wird es sehr deutlich, dass wir nicht viel Zeit zur Verfügung haben.

Diese doch sehr entscheidende Rahmenbedingung konfrontiert unsere fachlichen Ansprüche immer wieder mit Problemstellungen, die inhaltlich und strukturell neu überdacht werden müssen.

Ist der stationäre Aufenthalt zwischen Tür und Angel, zwischen Kommen und Gehen, zwischen Kontaktaufnahme und Fast Food Beziehung noch ein gesunder? Zu diesen Bildern assoziiere ich Enge und „eingezwickelt sein“.

Wir bewegen uns zwischen Ansprüchen, z.B. eine gute Therapie basierend auf einer dynamischen Beziehung zu gestalten, und der Wirklichkeit, die sich eben aus *realpolitischen Rahmenbedingungen* ergeben hat:

Gesellschaftlicher Druck, „es muss schnell gehen und soll effizient sein“ (auch im Gesundheitssystem)

Zunahme an psychiatrischen Erkrankungen

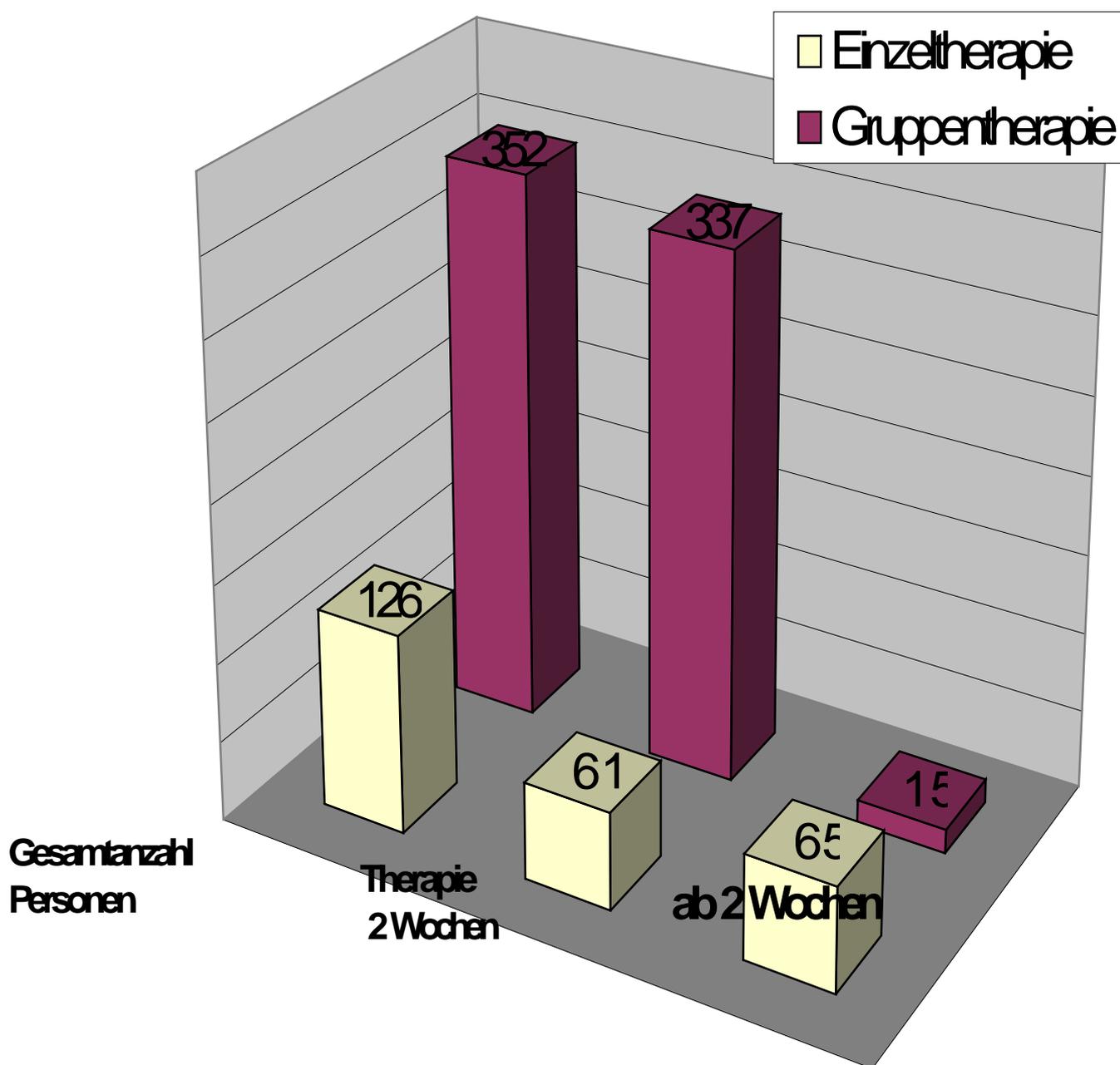
Politik der Finanzierung - Leistungspunkte sammeln, Holding AG

„Drehtürpatient“

Gegen die Nüchternheit der Statistik gibt es in Einzelfällen schon auch längere Therapieverläufe im stationären Setting und in ambulanter Form.

Diese Form entspricht unserem Verständnis von gelungenen Therapievorsetzungen natürlich wesentlich mehr, da die Chancen für eine tragfähige Beziehung sehr viel größer sind.

Musiktherapie - Frequenzen 2000



„Zwischen Tür und Angel“ aus der Sicht der Patienten

- Welche Anliegen haben sie an die MT?

Programm	<i>Mir ist schon fad auf der Station</i>
Unterhaltung	<i>Ich höre so gerne Volksmusik</i> Zu Hause rennt den ganzen Tag das Radio
Lernen	<i>Ich wollte immer schon Gitarre lernen</i> Meine Tochter spielt Flöte
Produkt	<i>Es sollte was Gescheites herauskommen</i> <i>Ich bin total unmusikalisch</i>
Offene Erwartung	<i>Ich probier es einfach einmal aus</i>
Entspannung/Ruhe	<i>Ich möchte nur zuhören</i>
Rezeptive Erwartung	<i>Ich habe einen Druck auf der Brust</i>
Ventilerwartung	<i>Ich habe gehört, dass man hier seine Wut auslassen kann</i>
Ausdrucksmöglichkeit	<i>Ich möchte meine Gefühle ausdrücken</i>
Selbstreflexion	<i>Ich möchte besser mit mir umgehen können</i>

Was kann die MT „zwischen Tür und Angel“ (2Wochen zur Verfügung) leisten?

„Zwischen Tür und Angel“ meint auch das unbekannte Zwischenland der seelischen Nöte, das Land der Sprachlosigkeit, der noch unklaren Zielvorstellungen, den Zwischenraum zwischen akuter Erkrankung und bewusster Auseinandersetzung damit, das Land, in dem sich die Seele in regressive Verhaltensformen flieht oder sich Luft und Raum verschaffen möchte.

Das „Sechs Stunden Gruppenmodell“

Ein mögliches Modell, das wir hier im Wagner Jauregg KH praktizieren.

Unser Musiktherapie team besteht aus zwei MusiktherapeutInnen und wir haben versucht, ein sehr klares Gruppensetting als mögliche Antwort auf diese Bedürftigkeit bei Kurzbehandlungen zu finden.

1. Die Gruppe ist konstant.
gemeinsamer Beginn und ein gemeinsames Ende
gute Voraussetzung für eine günstige Gruppenbildung
Vertrautheit und Zusammengehörigkeit
2. Die Gruppentherapie umfasst sechs Stunden im Zeitraum von zwei Wochen.
Konkret beginnt immer am Di morgen, dann Mi und Do zur selben Zeit. Z.B.
von 8:00 bis 9:00.
3. Die Gruppengröße ergibt sich aus bis zu sieben Teilnehmern.
Gegebenheiten des Raums
langjährige Gruppenerfahrungen
Statistik, im Schnitt bleiben 2 Personen weg
(vorzeitige Entlassung, Abbruch, Therapiekollisionen)
4. Die Gruppe hat einen Therapeuten/in und eine Co-Therapeutin.
Es laufen immer zwei Gruppen
Wir wechseln uns in den Funktionen ab
TherapeutIn leitet die Gruppe und auch die Reflexion (die Fordernde)
CoTherapeutIn ist in erster Linie auf nonverbaler Ebene dabei, Mitspieler und
Verstärker, (eher die Bewahrende), übernimmt Verwaltungsaufgaben
Die Besetzung Mann-Frau erweist sich als Vorteil, die Patienten haben so eine
Wahlmöglichkeit an Orientierung
5. Inhalt bestimmt sich aus der Situation der Gruppe
Besonderheit der ERSTSTUNDE

Besonderheiten der Erststunde:

Gerade bei Kurztherapien erweist sich ein gelungener Erstkontakt als besonders wichtig. Daher ist diese Stunde besonders strukturiert . Zu Beginn besteht immer eine Mischung aus Vorsicht und Neugier. Hier kommt dem Klang eine besondere Rolle zu. In einer „nonverbalen Vorstellrunde“ sucht sich jeder „seinen Klang“ (Klang scheint eher wertfreier, nicht so leistungsorientiert zu sein als andere musikalische Elemente). Über diese Klangvorstellrunde kommt es zu unmittelbaren Erfahrungen, musikalische Klänge werden individuell körperhaft, symbolisch und sinnhaft erlebt.

Gemeinsame Klangimprovisation ermöglicht meist sehr schnell, dass man sich vorwärts wagt, tastet und fühlt, in eigener Selbstverantwortlichkeit und Kreativität.

Darüber hinaus erhält man bereits in der Erststunde *diagnostische Rückschlüsse*:

Wer kann zuhören

Symbolisieren

Zeitabläufe einordnen

Phantasieren

Wo sind Aggressionen, Hemmungen oder Körperraffälligkeiten

Schon ganz am Anfang bietet das musizierende Spiel einen akustischen Realraum, der Abgrenzung und Schutz vor der Außenwelt bietet. Im „Bei mir sein“ kann ich ausruhen, Kraft schöpfen, das Selbst kann sich sammeln und Mut und Kreativität gewinnen.

So erkenne ich als Therapeut in meiner Sinnsuche bei „Blitztherapien“, dass Spielen an sich schon Therapie ist. Dieses besondere im nichtsprachlichen, nicht kontrollierten Bereich kann sinnvoll sein für zweckfreies, lustvolles Tun.

Darüber hinaus versuchen wir gezielte therapeutische Maßnahmen.

Momentaufnahme aus einer Gruppentherapie

Es ist schwierig, Fr. S. ins Geschehen einzubinden. Sie sitzt noch immer versunken da und umklammert ihre unscheinbaren Klanghölzer. Eigentlich funktioniert sie für die Gruppe ganz gut, keiner der Teilnehmer fühlt sich von ihr gestört. Und vermutlich wäre sie weiterhin die ganze Zeit versunken im Eck gesessen, wäre da nicht wieder mein bohrender therapeutischer Impuls gewesen. Völlig inabstinent biete ich mich an, ich musiziere sie auffordernd an. Etwas verständnislos, aber beinahe schon wieder verzeihend um mein gutmütiges Bemühen, betrachtet sie mich aus ihren großen, traurigen Augen.

Mein Therapeutenherz jubelt, sie spielt. Zittriges, ängstliches Klappern, dazwischen kurze kommentierende Satzfragmente wie „Es könnte immer etwas Böses dahinter stecken“, „Ich höre Treppengeräusche“, „Mein Mann steigt über die Stiege“, „Nur keinen Streit“.

Wieweit kann nun Fr. S. mit ihrer schweren psychischen Beeinträchtigungen von MT profitieren ?

Erinnern wir uns an das zittrige Klappern von Fr. S., ihre kommentierenden Satzfragmente ließen uns erahnen, dass sie sich in einer völlig anderen Welt befand. Langsam und zögernd hat sie uns in dieser Kurzzeitgruppe einen kleinen Einblick gewähren lassen. Wir, die anderen Patienten und die beiden Therapeuten, haben so etwas wie eine Versuchsrealität dargestellt, eine wahrscheinlich freundlichere und aufmerksamere als die sogenannte „Realität draußen“. Im Übergang aus der akuten Phase der Psychose, aber doch noch nicht da. Die Beziehung zu sich und zu ihrer Umwelt war enorm verunsichert, musste neu aufgebaut und erfahren werden. Hinter dieser Verarmung der Gefühlswelt verbarg sich aber doch ein reiches und sensibles Gefühlsleben, das jedoch in engerer Verbindung zur Innenwelt als zur Außenwelt stand – so wie wir es oft bei psychotischen Menschen beobachten können.

In der Gruppe mit diesem strukturierten Rahmen durch die vorher erwähnten Punkte, war es Fr. S. in ihrer vorsichtigen Art möglich, ein kleines Stück Vertrauen und Aufmerksamkeit nach Außen zu wagen. Eindrucksvoll in Erinnerung blieb mir aus der 5. Stunde eine Improvisation, bei der die Gruppe das Spiel von Fr. S. aufgriff und sich ein zitterndes fast schwirrendes Klangsummen erhob. Fr. S. blickte vorsichtig in die Runde und kommentierte abschließend aus ihrem sicheren Hintergrund „Ich suche das Schöne“. So deutlich war sie mit der Gruppe vorher noch nie in Kontakt getreten, und ich wage ihr Schlussstatement „Ich suche das Schöne“ dahingehend zu interpretieren, dass sie das sehr einführende Spiel als Unterstützung annehmen konnte und mit ihrer „Suche“ eine weitere Öffnung nach Außen nicht ausschließen wollte, wenn sie auch mit dem „Schönen“ sicherlich etwas Unbelastendes, Harmonisches meinte, das in dieser Übergangsphase gerade im musizierenden Nonverbalen sehr wichtig schien.

Stufenmodell-Zielvorstellungen für die Musiktherapie im Wagner Jauregg KH

Wir haben dabei verschiedene Ebenen, bzw. Stufen festgehalten.

Auf der ersten Stufe finden wir die basalen Ziele

- Ruhe / Entspannung
- Aktivität
- Gruppe erleben
- Struktur / Klarheit
- Vertrauen / Abbau von Angst
- Ressourcen

In dem beschriebenen Beispiel befinden wir uns auf dieser ersten Stufe. Ich habe sie Übergangsstufe genannt und meine damit den Übergang von der akuten Krise zum ersten Auftauchen aus der Krise, den Übergang aus regressiver Bedürftigkeit in einen „Ist – Jetzt“ oder auch „Ich-Zustand“ (da sind wir dann schon auf der nächsten Ebene), ich meine aber auch den Übergang von einer nonverbalen musizierenden Ausdrucksebene in eine erstsprachliche Ebene. Diese Übergangsziele scheinen mir auch am ehesten dem Setting dieses „Sechs Stunden Modells“ zu entsprechen.

Auf der zweiten Stufe finden sich Ziele, die durchaus auch möglich sein können, die allerdings schon stabilere Persönlichkeitskerne voraussetzen, wie wir sie z.B. bei neurotisch oder depressiv Erkrankten eher entdecken können. Ich habe sie als „Ich – Stufe“ bezeichnet.

Ziele wie:

- Kontakt
- Wahrnehmung, zwischen Innen und Außen
- Was brauche ich?
- Kreativität und Phantasie
- Und ganz wesentlich der Ausdruck von Gefühlen, der auf dieser Ebene schon bewusster reflektiert werden kann.

Diese Ziele können für stationäre Einzeltherapien bei erwähnten Voraussetzungen schon am Beginn wichtig sein.

Den Zielen auf der Konfrontationsebene würde ich schon einen größeren Zeitraum einräumen. D.h. Beziehung meint hier eine längere interpersonelle Wechselwirkung mit all ihren Facetten von Übertragungsmöglichkeiten. Natürlich spielt auch in der Übergangsstufe die Beziehung als therapeutischer Wert eine Rolle, was ich dort mit Gruppenklima umschrieben habe. Diese Ziele auf der Konfrontationsstufe sind am ehesten in Einzeltherapien möglich, vor allem im ambulanten Setting.

Ich möchte diese Stufen nicht als therapeutische Rangordnung verstehen, sondern sie eher unter dem Gesichtspunkt des Prozesses differenzieren. Ein Prozess, der abhängig ist von der verfügbaren Zeit, von der Form des Settings (Gruppentherapie oder Einzeltherapie) und von der Qualität der Beziehung. Für einen psychotisch erkrankten Menschen ist der Schritt in die vorsprachliche, nonverbale Kommunikation, in die Realität einer Gruppe eine mindestens so große Herausforderung, wie für eine „stabile“ Persönlichkeit der Schritt in die Auseinandersetzung mit einem schmerzenden Konflikt.

Dieses vorgestellte Modell ermöglicht uns ein Arbeiten im Spannungsfeld zwischen unseren therapeutischen Ansprüchen und der Realität, die immer mehr Kurzzeitbehandlungen fordert. Der Wunsch aber bleibt, dass wir mehr Zeit für therapeutische Beziehungsarbeit zur Verfügung haben, damit wir nicht ganz zwischen Tür und Angel stehen bleiben, sondern auch ein Stück eintreten und Platz finden können.

Ziele in der Musiktherapie

