

## 2. Jour Fixe am 17. Mai 2000

### Musiktherapie und die Arbeit mit dem Leib

**Kristine Jelinek-Dudzus**

„Habe ich meinen Körper verloren, so habe ich mich selbst verloren. Finde ich meinen Körper, so finde ich mich selbst. Bewege ich mich, so lebe ich und bewege die Welt. Ohne diesen Leib bin ich nicht, und als mein Leib bin ich. Nur in der Bewegung aber erfahre ich mich als mein Leib, erfährt sich mein Leib, erfahre ich mich. Mein Leib ist die Koinzidenz von Sein und Erkenntnis, von Subjekt und Objekt. Er ist der Ausgangspunkt und das Ende meiner Existenz.“

Vladimir Iljine, 1965

#### **Gliederung des Vortrages**

- Persönlicher Zugang zum Thema – Berufliche Identität
- Zur Praxis: Arbeitsbereiche – Fallbeispiel
- Zur Theorie: Leibbegriff – Leibfunktionsbereiche – Leibgedächtnis  
Das Tetradische Modell und  
Entsprechungen in musikalischen Strukturen

Den Beginn des Abends bildeten zwei kurze Übungen aus den Bereichen Musik(hören) und Körperwahrnehmung, und zwar mit dem Ziel der Einstimmung: „...es am eigenen Leib erfahren“.

Es handelte sich um eine Atemübung die darauf hinzielt, die verschiedenen Richtungen der Weitung im Atem und das wieder zur Mitte Kommen zu erfahren. Bei dem gemeinsam gehörten Musikstück handelte es sich um einen Satz aus einem Klavier-Trio von Clara Wieck-Schumann .

Der Kern des Vortragsthemas besteht für mich in der Frage, ob und wie sich die beiden Verfahren Musiktherapie und Integrative Therapie –bzw. “Integrative Leib- u. Bewegungstherapie“, kurz „IBT“ genannt– in meiner praktischen Arbeit verschränken lassen, und welche auch wechselnden Schwerpunkte in dieser Verschränkung entstehen.

Die Frage, wie ich musiktherapeutisches Handeln von dezidierter leiblicher Eigen- und Fremdwahrnehmung, und in Folge dann auch von entsprechenden therapeutischen Handlungsimpulsen und Interventionen trennen kann oder soll, hat mich unter wechselnden Aspekten lange Jahre im Berufsleben begleitet. Ich bin für mich persönlich zu der Auffassung gelangt, dass ich beides nicht grundsätzlich getrennt halten kann und will, und bin schließlich in IBT- Ausbildung gegangen.

Im folgenden Praxisteil möchte ich beschreiben, wie ich bei meiner Arbeit heute musiktherapeutisches und leibtherapeutisches Handeln manchmal kombiniere, und manchmal auch getrennt halte. Hinzufügen möchte ich noch, dass ich die Betonung des leibtherapeutischen Aspektes in der Musiktherapie keinesfalls für allgemein notwendig halte; für mich wachsen da aus persönlicher Neigung zwei Dinge zueinander.

## ZUR PRAXIS

Ich stelle hier zunächst meine Arbeitsbereiche vor, und komme im Anschluss daran zu einem Fallbeispiel

Ich arbeite an einer psychiatrischen Aufnahmeabteilung der NÖ Landespsychiatrie, mit einem typischerweise diagnostisch breit gefächerten Klientel. Vier KollegInnen und ich teilen uns einen Gruppenraum ,in dem uns viele Instrumente zur Verfügung stehen, der aber für Bewegungsarbeit zu klein ist, und einen Einzeltherapieraum. Mein zentrales Angebot besteht in der „klassischen“ Aktiven Gruppenmusiktherapie einerseits, andererseits in offenen Gruppen mit dem Thema „Entspannung und Bewegung mit Musik“, die in einem großen, leeren Bewegungsraum stattfinden.

Konkretes musiktherapeutisches und leibtherapeutisches Handeln sind hier also eher getrennt, fließen aber dennoch wechselseitig mit ein. In Musiktherapiegruppen arbeite ich häufig auch mit Zentrierungsübungen, mit Körperwahrnehmung usw., während in den Körpertherapiegruppen meine musiktherapeutische Kompetenz gefragt ist, z. B. im Hinblick auf die Musikauswahl , die ich je nach Atmosphäre, Übungsangebot, Zielrichtung der Stunde usw. treffe.

Im Rahmen einer Projektgruppe, für die ein intensives Therapieprogramm entwickelt wurde, experimentieren eine Kollegin und ich gerade mit folgender Aufteilung: Themen, die bei ihr in der wahrnehmungszentrierten Musiktherapiegruppe auftreten, werden bei mir in der nachfolgenden IBT- Gruppe weiter bearbeitet und umgekehrt. Für diese Projektgruppe biete ich auch ein Spannungs-Regulations-Training an.

In meiner Praxis arbeite ich mit sehr unterschiedlichem Klientel: Erwachsene, Kinder und Jugendliche kommen wegen Verhaltensauffälligkeiten, Schmerzzuständen, wegen neurotischer, psychotischer, affektiver und auch psychosomatischer Erkrankungen.

Aufgrund der räumlichen Gegebenheiten kann hier die musiktherapeutische Arbeit fließend in die leib- und gestalttherapeutische Arbeit übergehen; ich kann dabei immer wieder beeindruckt feststellen, wie sehr sich das innere Erleben bei diesem intermediären Wechsel vertieft, die Interventionsebenen sich gegenseitig befruchten.

So geschieht es z.B. relativ häufig, dass beim Explorieren der Lebensgeschichte, der Lebensatmosphären eine besonders prägende Atmosphäre in einer Partner-Improvisation musikalisch dargestellt wird. Anschließend bitte ich die Patientin, ihre eigene leibliche Haltung in einer solchen erinnerten Szene einzunehmen –das braucht oft viel Zeit zum Experimentieren!- und/oder auch mich in die Haltung der(s) betreffenden Bedeutsamen Anderen zu bringen; wir nennen das „Skulptur-Arbeit“. Ein Vorteil dieser Technik liegt einerseits darin, dass in der musiktherapeutischen Partnerimprovisation die Nähe noch nicht zu groß wird – wir haben die Instrumente und die Musik als „Partner“ mit uns und zwischen uns – und dass ich eine gute Vorstellung der entsprechenden Atmosphären erlangen kann; in der leibtherapeutischen Sequenz andererseits übt sich die Patientin wiederum in der Expression, aber auch (z.B. Skulpturierung) in Empathie und Eintreten in den intersubjektiven Raum.

Mit Schmerzpatienten z.B. arbeite ich immer wieder in aktiven und passiven Entspannungstechniken (selbstverständlich immer nach gründlicher somatischer Abklärung!) v.a. zu Beginn der Stunden, wobei ich die diesbezüglichen Möglichkeiten sowohl der Musiktherapie als auch der IBT nutze.

Ein weiterer Arbeitsbereich liegt in der Ausbildung: ich leite im Musiktherapie-Studium an der Wiener Universität für Musik und Darstellende Kunst ein Pflicht- und ein Wahlpflicht-Praktikum im Bereich Akut-Psychiatrie.

Ich handle in meiner Arbeit mit den Studenten bewusst als Musiktherapeutin; trotzdem stelle ich an sie die Forderung, sie mögen auch körperliche und Bewegungsaspekte aufmerksam wahrnehmen, und bei Bedarf handeln. Es gibt m.E. keinen guten Grund, beispielsweise einen musiktherapeutisch völlig unerfahrenen Patienten in einer ungeschickten/ungesunden Körperhaltung lange Zeit an einem Instrument „murksen“ zu lassen – einfach eine frustrane Erfahrung!

Von solch einfachen Dingen abgesehen halte ich es für unerlässlich, dass den Musiktherapie-StudentInnen in ihrer Ausbildung körper- bzw. leibtherapeutische Selbsterfahrung verpflichtend und in ausreichendem Umfang angeboten wird.

## **Fallbericht**

Die zeitliche Gliederung der dargestellten Therapie bezieht sich auf das Konzept des Tetradschen Modells, das später noch genauer erläutert wird.

Frau B., 42 J., Angst- Neurose, Funktionelle Störungen

Die Therapie findet in meiner Praxis statt.

Zur Lebensgeschichte:

Frau B' s Kindheit und Jugend sind geprägt von Alkoholismus und Gewalttätigkeit des Vaters und der passiven Leidenshaltung der Mutter. Sie wird früh mit einem Freund der Eltern verknüpft, verführt, geschwängert (13 J.). Gewalttätigkeit und Misshandlungen ihr gegenüber kennzeichnen auch diese Beziehung. Mit 25 J. entwickelt sie heftiges Asthma und Allergien, es folgt eine Phase mit diversen Suchtneigungen; mit 30 J. tritt eine ausgeprägte Angststörung auf, mit starken regressiven Tendenzen in Bezug auf die Mutter.

Einige Jahre später steigt sie aus ihrer Ehe aus und beginnt Ausbildung und Berufstätigkeit

### Initialphase – ca. 8 Wochen

Die Initialphase beinhaltet die Diagnostik, das Erarbeiten von Therapiezielen und Therapievereinbarungen, das gemeinsame Eintreten in ihre Lebensgeschichte. Frühe (narzisstische) Übertragungsmuster zeichnen sich ab. Von Beginn an zeigt Frau B. eine auffällig distanzierte Haltung beim Berichten besonders kritischer Lebensphasen.

Thematisch arbeiten wir im Bereich Spannungsregulation und Sensibilitätstraining (auf die Eigenwahrnehmung gerichtet) ,und zwar sowohl mit musik- als auch leibtherapeutischen Techniken.

### Aktionsphase - ca. 7-8 Monate

Der Beginn dieser Phase ist gekennzeichnet von Abwehrmechanismen. Frau B. redet endlos, ist kaum zu bremsen; im Alltag inszeniert sie ringsherum sinnlos erscheinende „Gefechte“, erschöpft sich darin. Methodisch stehen in den Sitzungen musikalische und verbale Rollenspiele in Bezug auf die Mutter und das Explorieren des jeweils vorherrschenden Gefühles im Vordergrund, aber auch Atem- und Stimmarbeit. Von mir in der Mutterrolle will

sie einerseits gehalten, geschützt werden, andererseits werde ich heftig attackiert: im musikalischen Partnerspiel dröhnt sie mich zu, in der Arbeit mit Objekten fliege ich beispielsweise als Schwein gegen die Wand.

Zu Beginn einer Stunde klagt sie über heftige Verspannungen, flachen Atem und anästhetisierten Brust- und Bauchraum, erstmals lassen sich diese Symptome mit den gemeinsam geübten Techniken überhaupt nicht beeinflussen. Ihr Atem wird immer kürzer, der Muskeltonus steigt, sie wird ganz steif, fängt dann an zu zittern, Zähneklappern - sie kippt in eine Autonome Körperreaktion, d.h. in einen veränderten Bewusstseinszustand. ((Notwendige Maßnahmen bei einer solchen Reaktion bestehen einerseits darin, Verletzungen zu verhindern, andererseits im konsequenten Halten des „Rapports“: verbales Begleiten-körperliche Nähe-Verantwortung übernehmen („ich passe auf“).] Auf meine Intervention hin, sie solle den Atem hörbar werden lassen, die Stimme dazugeben, löst sich ihre Starre, sie beginnt zu wimmern, dann zu schreien, es kommen gebrüllte Wörter und Sätze, schließlich drischt sie heftig auf ein Kissen ein, bis sie völlig erschöpft zusammenbricht. Nach diesem Gefühlssturm weint sie lange, lässt sich von mir halten, kommt so langsam zur Ruhe.

Das anschließende Gespräch über die Szene, die sich zuvor reinszeniert hat (ein sicheres Kennzeichen für den Übergang von der erlebnisorientierten zur konfliktzentrierten Ebene im therapeutischen Prozess!) bringt den jahrelangen sexuellen Missbrauch ans Licht. Viele biographische Details fügen sich zum Bild, Symptome werden vertieft verständlich.

Die nächste Zeit ist chaotisch: Frau B. träumt viel, Erinnerungen tauchen vermehrt auf, innere und äußere Konflikte werden vehement erlebt und ausgetragen.

Ich bin nach diesem dramatischen gemeinsamen Erleben zur überwiegend „guten Mutter“ geworden, sie vertraut mir wirklich – erstmals in ihrem Leben! – und lässt sich „nachbeeltern“. Ihre vertiefte Kontaktfähigkeit wird im musikalischen Dialog beeindruckend hörbar. Auf der Symptomebene zeigt sich eine drastische Besserung: das Asthma ist phasenweise völlig verschwunden, die Angst lockert sich deutlich: so kann Frau B. z.B. erstmals seit Jahren wieder ohne ihr geladenes Gewehr unter dem Bett schlafen.

Auftauchenden Befindlichkeitsschwankungen begegnet sie mit deutlicher Aggression, die jedoch zunehmend integrierbar wird.

### Integrationsphase - ca. 2 Monate

Auftauchende Erschütterungen werden auf der Handlungsebene bearbeitet, jetzt v.a. in musikalischen Improvisationen. Indem ich Gefühlsstürme aushalte, verstehe, gemeinsam mit Frau B. in der Musik verdeutliche und Zusammenhänge zu ihrer Lebensgeschichte herstelle, wird endlich „wahr“, darf sie „wahrnehmen“, was so lange abgespalten war (Sharing). Wichtig sind jetzt auch mein offenes Feedback (Empörung, Ekel, Wut über manche Szenen, die sie erleben musste) und meine klar geäußerte Wertschätzung ihren sich rasch entwickelnden persönlichen Kompetenzen gegenüber.

Im „Lebenspanorama“ gelingt die Zusammenschau der prägenden Komponenten ihres Lebens und ihrer Umgebungen mit den wachsenden inneren Fähigkeiten und äußeren Konstellationen (Beziehungen, Arbeit usw.); sie erlangt auch Aufschluss darüber, was als neues, ganzes „Jetzt“ ihr Leben heute ausmacht.

### Neuorientierung - ca. 2 Monate

Aus der Zusammenschau – s.o. – und aufbauend auf Erlebtes entsteht in dieser Phase der Entwurf in die Zukunft. Wir üben viel im Transfer-Training, z.B. Dialoge mit wichtigen Anderen. Daneben lassen wir uns im gemeinsamen Musizieren aus, und Frau B. erfährt beglückt ihre neuen Fähigkeiten dabei: feine Gefühlsdifferenzierung – Phantasie – Mut –

Leichtigkeit und Witz – fließendes Regulieren von Nähe und Distanz u. a. m. Dieses Ausloten von Ressourcen erfährt auf der verbalen Ebene noch einmal eine Vertiefung.  
Frau B. ist in dieser Phase quasi symptomfrei.

In der Katamnese nach 6 Monaten zeigt Frau B. bei auftretenden Befindlichkeits-Schwankungen gute Selbstregulierungsmechanismen. Nach einem Jahr kommt sie zu einer einmaligen Beratungsstunde (> Job), darüber hinaus hält sie ca. einmal jährlich telefonischen Kontakt zu mir.

Wie aus diesem Fallbeispiel ersichtlich, geht es bei leibtherapeutischen Interventionen oft um ganz schlichte, „banale“ Dinge, die manchmal eine verblüffende Wirkung zeigen können. Wirksam ist oft schon der häufig wiederholte Hinweis: „Innehalten – Wahrnehmen – was ist hier, in diesem Moment?“ (Wahr- nehmen = ernst nehmen)

Einige Gedanken noch zur Autonomen Körperreaktion: sie entsteht auf der untersten Ebene der therapeutischen Tiefung, und braucht eine stabile Basis in der therapeutischen Beziehung. Manchmal lässt sich die Tiefung nicht ganz wie gewünscht handhaben – PatientInnen „plumpsen“ unerwartet auf eine tiefe Ebene. Ich selber strebe solche dramatischen Ereignisse sehr selten gezielt an – ebenso selten wie in der rein musiktherapeutischen Arbeit z.B. aggressiv-kathartische Durchbrüche – und gehe dann bewusst langsam vor. Ich bespreche fallweise auch mit PatientInnen vorher die Möglichkeit eines solchen Geschehens. Wichtig sind in jedem Fall: eine tragfähige therapeutische Beziehung ; meine Einschätzung, dass die Patientin in dieser Phase solch einem Ausbruch gewachsen ist ; enger Rapport ; geschützte Atmosphäre und genug freier Raum; genügend Zeit ;v.a. das sichere Gespür für die derzeitige eigene Kraft und Stabilität – und wohl auch Mut. Insgesamt ist ein solches Geschehen eine beeindruckende, kraftraubende Erfahrung.

## **ZUR THEORIE**

Definitionen nach H. Petzold und D. Rahm et al.

Der Leib besteht aus der Verschränkung materieller Realität (Knochen, Haut.....)und transmaterieller Realität (Gedanken, Gefühle...); transmateriell bedeutet hier auf Materie beruhend, aber über sie hinausgehend.

Unter Körper verstehen wir das anatomische Substrat, die räumlich gegliederte Gesamtheit aller Zellen und Zellzwischenräume.

Unter Organismus verstehen wir den lebenden Körper mit seinen physischen und psychischen Funktionen im Austausch mit seiner Umwelt. Ein Organismus verfügt über differenzierte Systeme (Wahrnehmung – Fortpflanzung – Bewegung...) und ist lernfähig.

Unter Leib verstehen wir den Organismus, der sich selbst erlebt und Erlebtes speichern kann, also ein Bild, innere Repräsentanzen von sich und der Welt hat.

„Musiktherapie und die Arbeit mit dem Leib“ bedeutet dementsprechend auch: den ganzen Menschen sehen und mit ihm arbeiten in seinem Zeit- Kontinuum, und in all seinen vielfältigen Beziehungen zu der ihn umgebenden Welt, d.h. in seinem Kontext-Kontinuum.

## Leibfunktionsbereiche

Die leiblichen Kontakt- und Integrationsfunktionen des Menschen lassen sich grob in drei Bereiche unterteilen: Rezeption – Memoriation und Reflexion – Expression; entsprechend reden wir vom perzeptiven, memorativ-reflexiven, und expressiven Leib. Der memorative Leib ist die Basis der Persönlichkeit, aller emotionalen und höheren geistig-seelischen Funktionen.

Das Gedächtnis verbindet Gegenwart und Vergangenheit, verlängert diese als Erwartung in die Zukunft hinein; es stellt so gewissermaßen die Verbindung des Menschen mit sich selbst dar.

Ein in der IBT sehr wichtiger Begriff heißt „Leibgedächtnis“, damit werden die Gedächtnisspuren von leiblichen Vorgängen bezeichnet. Im Gedächtnis werden nicht nur Bilder, Klänge, Szenen usw. gespeichert, sondern auch die dazugehörigen leiblichen Empfindungen, Spannungen, Impulse etc.

Der Zusammenhang zwischen einer Szene und der entsprechenden Leibempfindung kann wohl verlorengegangen, der leibliche Impuls aber erhalten sein – das Leibgedächtnis wäre hier also im Vordergrund.

Die bewusste Erinnerung könnte z. B sein: „Ich sehe mich noch dastehen und die Faust ballen.“ Sie kann auch sein: „Ich fühle, wie sich die Faust ballt, warum, weiß ich nicht (mehr).“

Oder aber nur noch: „Meine Finger und meine Hand schmerzen so, ich weiß nicht (mehr) warum.“

Dieses „Gedächtnis der Faust“ ist in der IBT oft der Ausgangspunkt für eine Rekonstruktions-Arbeit, das Wiedererleben einer gesamten Szene, und auch eine Chance zur Lösung der entsprechenden Blockierungen.

### Das Tetradische Modell (nach H. Petzold)

bezieht sich auf die Dynamik des therapeutischen Prozesses

1. Initialphase
2. Aktionsphase
3. Integrationsphase
4. Konsolidierungs- und Neuorientierungsphase

Die 3. und 4. Phase sind oft eher eine Einheit, d.h., die 3. kann Überleitung zur 4.Phase sein.

1) ist die Phase in einer dysfunktional gewordenen Ordnung; es geht um Exploration und auch um „Anwärmen“.

2) kann auch als „Chaosphase“ bezeichnet werden: der Prozess verläuft über Beunruhigung, Krisen, Auftauchen alter und neuer Themen hin zur

3) Integrationsphase, in der sich neue Sichtweisen abzeichnen und probiert werden, und mündet schließlich in die

4) Konsolidierungs- und Neuorientierungsphase, in der die Befestigung der neuen Ordnungen und Sichtweisen geschehen soll, sowie eine gute Ablösung, damit nichts „nachhängt“, damit die Klientin offen in eine neue Lebensphase gehen kann.

Die beschriebene Sequenz vollzieht sich zyklusartig immer aufs Neue, jede Sequenz wie die Windung einer Spirale. Die Sequenzen können sich auf alle Dauern beziehen: thematische Arbeit innerhalb einer Sitzung, eine ganze Sitzung, mehrere Sitzungen innerhalb eines Themas, aber auch – und vor allem! – auf den gesamten Therapieprozess.

Betrachten wir zum Vergleich den Aufbau musikalischer Strukturen, finden wir häufig sehr Ähnliches – augenfällig in der Entwicklung der „Sonatenhauptsatz-Form“, wie wir sie seit der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts finden:

1. Gruppe – Exposition – es geht um Vorstellen der Themen; 1.Hauptthema, dann 2.Thema (in anderer Tonart), eventuell 3.Thema. Die Themen, obwohl gegensätzlich, stehen doch in einer inneren Verbindung, sind also Repräsentanten eines übergeordneten Themas.

2. Gruppe – Durchführung – aus dem Nacheinander der Themen wird ein Ringen miteinander; sie werden in motivische Bestandteile zerlegt und weiterentwickelt. Fremde Tonarten tragen zu dramatischen Entwicklungen bei.

Diese Phase mündet in eine Überleitung, in der die Grundtonart (Tonika) wiedergefunden wird, und diese führt in die

3. Gruppe – die Reprise, in der sich der erste Teil wiederholt; altes und neues Material formieren sich zu neuer Gestalt, das Entstandene erklingt in bekräftigender Weise, im Wiederholen wird Rückschau auf den musikalischen Prozess genommen. Die Hauptthemen erscheinen wieder, diesmal in der Grundtonart.

Formal wird der Bogen von Alpha zu Omega gespannt.

Wir Musiktherapeuten kennen alle einen typischen Verlauf von freien Gruppen-Improvisationen mit PatientInnen: Jedes Gruppenmitglied kommt mit seinem persönlichen Thema, und präsentiert sich auf entsprechende Art in seiner musikalischen Gestaltung – zeigt also, s. o., seine „dysfunktional gewordene Ordnung“. Man hört aufeinander, aber jeder ist eher mit sich beschäftigt, obwohl an der Oberfläche eine „harmonische Ordnung“ entstanden ist.

Spielt die Gruppe länger, kommen nach und nach neue Ideen, neue Impulse dazu. Variationen tauchen auf, es entstehen Gegenstimmen, häufig entsteht ein Gerangel, ein Machtkampf. Die Aufmerksamkeit füreinander, für den gemeinsamen Prozess wächst, das Spiel wird hörbar lebendiger. Meist entsteht aus diesem – eventuell auch chaotischen – Durcheinander eine neue Farbe, eine neue gemeinsame Struktur; es organisiert sich eine neue Gestalt, ein gemeinsames Bild. Es entsteht oft noch ein Abschluss im Wiederholen von Themen, wie wir sie am Anfang gehört haben; manchmal kommt auch ein Ostinato, das die ganze Zeit durchgelaufen ist, noch einmal deutlich zum Tragen.

Es ist für mich immer wieder erstaunlich und faszinierend zu erleben, wie sich schöpferisch-kreative Prozesse unter den unterschiedlichsten Bedingungen jeweils ähnlich entwickeln können, und welche „heilsame“ Kraft sich innerhalb solcher dynamischen Prozesse entfaltet.

Die eigentliche Frage, die hinter dem Thema dieses Vortrages liegt, ist die Frage nach meiner beruflichen Identität. Diese ist heute für mich einfach zu beantworten: Ich bin Musiktherapeutin geworden und bin es immer geblieben. Die verschiedenen Aus – und Weiterbildungen haben mir wesentliche Erkenntnisse, Erfahrungen und Impulse gebracht, und bedeuten für mich eine ideale Bereicherung und Erweiterung meiner musiktherapeutischen Kompetenzen.

## **Literatur**

Hilarion G. Petzold: Integrative Bewegungs- und Leibtherapie (1988)  
Jungfermann, Paderborn

Dorothea Rahm et al.: Einführung in die Integrative Therapie (1993)  
Jungfermann, Paderborn

## **Autorin**

Kristine Jelinek – Dudzus  
jelinek\_dudzus@gmx. at