

Gabi Schwaiger-Ludescher

Musiktherapie mit einer chronisch schizophrenen Frau – Beispiel einer Auseinandersetzung mit dem Modell der Affektlogik nach Luc Ciompi

Luc Ciompis Affektlogik, erstmals herausgegeben 1982, wählte ich zur Grundlage meiner Diplomarbeit, wobei es mir ein Anliegen war, seine Theorie der Entstehung „Schizophrener Verrücktheit“ sowie die daraus resultierenden Verständnis- und Behandlungskonsequenzen im Zusammenhang mit musiktherapeutischem Tun zu betrachten.

Ich werde in einem ersten Schritt den Begriff Affektlogik sowie das dreiphasige Modell der Schizophrenen Verrücktheit vorstellen. Anschließend beleuchte ich die sich daraus ergebenden therapeutischen Konsequenzen bezüglich Behandlungsmilieu und therapeutischem Umgang und stelle vier therapeutische Grundsätze in Hinblick auf musiktherapeutisches Handeln vor. Im dritten Teil diskutiere ich die Musiktherapie als möglichen „Verrückter“ im Sinne Ciompis und bringe Beispiele aus der Therapie mit einer chronisch schizophrenen Patientin.

Die **Affektlogik** gründet auf der psychoanalytischen Affektlehre, Piagets Theorie der kognitiven Entwicklung sowie systemtheoretischen Ansätzen. Ciompi stellt sich die Grundfrage, wie sich die persönliche Wirklichkeit eines Menschen bildet, und gelangt zur Auffassung, dass die menschliche Seele aus zwei Polen besteht, einem affektiven und einem kognitiven, die sich bezogen aufeinander entwickeln.

„Fühlen und Denken schwingen in einer ganzheitlichen Seele zusammen.“ Unsere psychische Wirklichkeit, unser Erleben in jedem Augenblick, umfasst affektive und kognitive Elemente, diese beiden Pole gehören untrennbar zusammen und strukturieren sich im Laufe der Entwicklung gemeinsam.

Affektive Prozesse vergleicht Ciompi mit der Grobmechanik: sie sind relativ träge, undifferenziert, unveränderlich im Körperlichen verankert, bilden grundlegende Organisatoren psychischer Strukturen. Kognitive Prozesse hingegen sind eher der Feinmechanik, der Mikroelektronik ähnlich: sie sind mobil, differenziert, vielfältig. Diese entwickeln sich in Bezug zueinander und bilden gemeinsam immer feiner ausdifferenzierte unbewusste Fühl- und Denkweisen, die den Anschauungen, Verhaltens- und Handlungsweisen zugrundeliegen. Hierbei gibt es eine entwicklungspsychologisch sinnvolle Phasenverschiebung, so ist zum Beispiel die Ödipalphase eine Zeit stürmischer Affektentwicklung, während in der anschließenden affektiven Latenzzeit bedeutsame kognitiv-instrumentale Reifungsschritte geschehen.

Die Kommunikation mit den ersten Bezugspersonen ist nach Ciompi dafür verantwortlich, ob ein affektlogisches Bezugssystem stabil ist in seiner Grundstruktur (genau, klar, dem psychoanalytischen Begriff der „Ich-Stärke“ oder Eriksons „Urvertrauen“ gleichzusetzen) oder labil, leicht veränderbar, verrückbar. Das affektlogische Bezugssystem richtet sich nach dem Prinzip von Ausgleich, Entspannung, Harmonie, körperlich-konkrete Erlebensweisen sollen im Einklang mit Geistig-Abstraktem sein.

Zusammenfassend: **Affektlogisches Bezugssystem** meint die von Kindheit an durch Erfahrungen und Erlebnisse mit Menschen und Dingen verinnerlichten Fühl- und Denkweisen, die den Anschauungen, Verhaltens- und Handlungsweisen zugrundeliegen, dem Betreffenden aber meist unbewusst sind.

Dieses Bezugssystem ist beim gesunden Menschen stabil in seiner Grundstruktur, jedoch auch ein offenes System, das in Bewegung, in Veränderung sein kann. Labil hingegen ist das affektlogische Bezugssystem bei Menschen, bevor sie in die Schizophrenie „verrücken“.

Das dreiphasige biologisch-psycho-soziale Langzeitverlaufsmodell der Schizophrenie nach Luc Ciompi gliedert sich in folgende drei Phasen:

1. **Prämorbid Phase:** Zu labilen, verworrenen Bezugssystemen führen symbiotische Bindungen auf narzisstischer Grundlange, mangelhafte Identitätsbildung und Abgrenzung zwischen den Generationen sowie widersprüchliche und konfuse Kommunikationsmuster (Paradox, Doublebind). Ich-Schwäche, erhöhte Empfindlichkeit, reduzierte Verarbeitungsfähigkeit, Unsicherheit, Minderwertigkeitsgefühle, Angst, Spannung, Reizbarkeit, Stress, Belastungsempfindlichkeit und Vulnerabilität kennzeichnen die Person in dieser Phase.

2. **Akut psychotische Phase („Schizophrene Verrückung“):** Hier zeigen sich die positiv-produktiven Symptome wie Angst, Spannung, Erregung, affektiv-kognitive Verwirrung, Derealisation- und Depersonalisationserlebnisse, Wahnvorstellungen und Halluzinationen. Ciompi beschreibt dabei die „progressiv verrückende Eskalation“: das schrittweise Entrücken aus dem ursprünglichen affektlogischen Bezugssystem. Der Psychotiker rettet sich aus einem für ihn unerträglichen Spannungszustand – aus einem affektlogischen Ungleichgewicht – in ein vorbereitetes, neues, verrücktes Bezugssystem.

3. **Chronische Phase („Chronifizierung der Verrückung“):** Die negativ-unproduktive Symptomatik ist typisch für diese Phase: Apathie, Gleichgültigkeit, Einengung, Verflachung, Dämpfung der Affekte, Versinken in Schweigen, Hoffnungslosigkeit und Resignation, keine Zukunftserwartungen und Perspektiven. Allerdings stellt Ciompi einen hirnganischen Abbauprozess in Frage, diskutiert die Chronifizierung vielmehr als soziales Artefakt, als durch das soziale Umfeld (Psychiatrie, Familie) künstlich hervorgerufene Veränderung, als psychologisch, sozial und stark milieubedingte Folgeerscheinung der akuten Psychose: Könnten zum Beispiel der soziale Rückzug und die Affektverflachung eine Folge psychosozialer Unterstimulation sein? Sind kognitive Abwegigkeiten Ausdruck einer komplexen Kommunikationsstörung oder einer hirnganischen Störung? Wer kommuniziert mit dem chronisch Kranken?

Welche therapeutischen Konsequenzen bringt diese Sichtweise?

In einem ersten Schritt gilt es, das **Behandlungsmilieu** der jeweiligen Phase anzupassen: in der akut psychotischen Phase ist ein mütterliches Milieu, das beruhigend, entspannend wirkt, Schutz und Geborgenheit gibt, wichtig. Patienten in der chronischen Phase hingegen brauchen ein väterliches Milieu, offen, anregungsreich; Aktivierung, Grenzen und Forderungen sind hier angesagt. Besonders wichtig ist es, neben den kognitiven Qualitäten auch affektive zu ermöglichen.

Der **therapeutische Umgang** sollte von Klarheit und Eindeutigkeit geprägt sein. Gut ist, was zu Transparenz und Unmissverständlichkeit der Verhältnisse beiträgt. Dies bedeutet ein eindeutiges Kommunizieren im Sinne der affektologischen Einheit. Auch ist es wesentlich, eine klare Abgrenzung zwischen den Gefühlen und Gedanken der TherapeutIn und denen der PatientIn zu schaffen. Gefordert ist ein Denken und Handeln in den Polaritäten von: Authentizität und Offenheit – gleichzeitig nicht alles sagen; völliges Annehmen (nach Kohut, Rogers) – trotzdem nicht alles einfach sein lassen (z.B. Selbständigwerden fordern); Tun – geduldig warten/nichts tun; Reden – schweigen und zuhören. Therapie mit Schizophrenen fordert vom Therapeuten demnach Reife, innere Sicherheit, Stabilität und Ich-Stärke sowie eine gewisse Feinfühligkeit, die ihn mit dem „schizophren Verrückten“ verbindet. Die Sensibilität und Dünnhäutigkeit dieser Menschen als positiv zu betrachten und diese zu respektieren ist eine große Herausforderung für den Therapeuten, der empathisch sich einzufühlen und die Feinheit und Fragilität der Innenwelt des Patienten zu verstehen sucht, gleichzeitig aber in der Außenwelt geerdet bleiben soll. Gelingt dies, so können hinter der Verrückung verborgene Entwicklungsmöglichkeiten sichtbar und belebt werden. Solche Therapeuten „verstehen diese geplagten, überall geprellten und im wahrsten Sinne des Wortes hingegangenen Menschen zum Klingen, ja zum Lachen und zum Leuchten zu bringen“ (Zitat Luc Ciompi).

Vier therapeutische Grundsätze Ciompis erachte ich als für musiktherapeutisches Arbeiten besonders relevant:

- 1) Den Akzent auf das Gesunde, Intakte setzen: Musik spricht die gesunden Seiten, das Intakte hinter der Verrücktheit an und verlockt zu Kommunikation.
- 2) Konkretem Tun Vorrang geben: Der affektive Pol der Seele gerät in Schwingung. Musiktherapie setzt an dieser in der Schizophrenentherapie oft vernachlässigten „Gefühlssaite“ an und bringt damit auch den kognitiven Pol, die Gedanken in Schwingung. Sie sucht – so weit möglich – diese stimmig miteinander zu verbinden. Diese Stimmigkeit der beiden Pole ermöglicht Verrückung in ein neues, stabileres Bezugssystem.
- 3) Emotionell intensive Gegenwartserlebnisse ermöglichen: dem Erleben im Hier und Jetzt wird große Bedeutung beigemessen. Begegnung im gemeinsamen Musizieren oder Musik-Hören ist emotional berührendes Tun in der Gegenwart.
- 4) Symbolische Handlungen, Rituale und Metaphern spielen eine wichtige Rolle beim Umbau und Einbau neuer Informationen aus dem Erleben ins Fühlen und Denken. Das therapeutische Mittel der Musiktherapie, das Medium Musik, hat solchen Symbol- und Ritualcharakter, seien es nun Musikinstrumente oder Klänge, die sich als „Übergangsobjekt“ im Sinne Winnicotts oder als „Intermediärobjekt“ nach Rojas-Bermúdez anbieten.

Musiktherapie mit Frau Schild, einer chronisch schizophrenen Patientin

Bevor ich nun mein musiktherapeutisches Arbeiten und Reflektieren in diesem Sinne vorstelle, möchte ich die Patientin, welcher ich in meiner Diplomarbeit den Namen Frau Schild gegeben habe – die Assoziation mit einer vorsichtigen, langsamen Schildkröte tauchte bei mir immer wieder auf – vorstellen:

Zum Zeitpunkt der Musiktherapie ist Frau Schild Ende dreißig. Ihr kindliches Gesicht irritiert im Gegensatz zu ihrem eher alt und schwer wirkenden Körper. Sie zieht ihren Kopf meist ein, blickt zu Boden oder ins Leere und wirkt zurückgezogen. Sie ist am Land aufgewachsen, zusammen mit einem um vier Jahre jüngeren Bruder. Die Ehe der Eltern war belastet durch die Alkoholkrankheit des Vaters – es kam zur Scheidung, der Vater starb, als sie 17 Jahre alt war. Die Mutter, eine einfache, kranke Frau, die über die Scheidung nie wirklich hinweggekommen ist, lebt mit einem Lebensgefährten am Land, wo Frau Schild sie immer wieder besucht.

Frau Schild hat maturiert, die Pädak begonnen, nicht beendet. Eine Malklasse an der Kunstakademie und ein Ethnologiestudium konnte sie ebenfalls nicht zu Ende führen. Sie erhielt Stipendien und Sozialhilfe und arbeitete eine Zeitlang als Hilfsschwester bei der Caritas. Verschiedene Reisen ins Ausland mit Freundinnen sowie längere Aufenthalte in Italien und Frankreich gehören zu ihren besonderen Erlebnissen.

Frau Schilds Krankengeschichte beginnt 30-jährig: Sie wird wegen Angstgefühlen, veränderter Sprache, irrealen Gedanken, gestörtem Realitätsbezug und eigenartigem Verhalten in die Psychiatrie eingeliefert. Mit Medikamenten und Ergotherapie wird ein relatives Gleichgewicht erreicht, sodass sie drei Jahre bei der Mutter leben kann. Dann bricht sie auf nach Südfrankreich, wo sie nach eineinhalb Jahren durch Brandstiftung und mit der Diagnose „dissoziatives Syndrom“ wieder auf einer Akutstation landet. Ihr Bruder holt sie zu sich nach Berlin, dort ist ihr alles unvertraut und sie wird nach einiger Zeit auf eigenen Wunsch nach Wien überstellt. Sie ist nicht mehr akut psychotisch und reist nach Italien, kehrt bald nach Österreich zurück und findet sich erneut in der Psychiatrie wieder. In dieser Zeit lerne ich sie in einer Musiktherapiegruppe auf der Akutstation kennen. Sie wird bald Tagpatientin und lebt in einer Wohnung etwa eine Stunde vom Krankenhaus entfernt; ihr Leben dort beschreibt sie als einsam und karg. Von 9 bis 15 Uhr kommt sie auf die Akutstation, die ihr Stabilität und Sicherheit gibt. Sie wird in der Körperpflege unterstützt, erhält Kleidung und Essen. Ihre medikamentöse Behandlung setzt sich zusammen aus einem Haldol-Depot, Hormontabletten (nach einer Totaloperation) sowie Schlaftabletten. Sie hat die Möglichkeit, täglich an der Ergotherapie teilzunehmen, was sie zumeist nützt. Gespräche mit der Psychologin sind selten, da diese wenig Zeit hat. Auffallend sind ihre affektive Verflachung und eine Neigung zu depressiven Verstimmungen.

Die Station interessiert sich, wie beziehungsfähig ich die Patientin in einer regelmäßigen, geschützten Therapiesituation erlebe und wie ich ihre Fähigkeit, eine Beziehung einzugehen, zu gestalten und aufrecht zu erhalten, einschätze. Gemeinsam werden folgende Erwartungen formuliert:

- regelmäßiger Kontakt
- Ausdrucks- und Beziehungsmöglichkeit bieten
- aus dem Rückzug holen, mit konkretem Tun konfrontieren

Mir selber werden im Laufe der Therapie – in Supervisionsgesprächen sowie in Auseinandersetzung mit psychiatrischer und musiktherapeutischer Literatur – folgende Ziele wichtig:

- Begegnung ermöglichen
- Begleitung bei der Suche nach einem neuen, selbständigen Lebenskonzept, das nicht auf Kunst aufbaut
- Unterstützung des „Gewöhnlich-Mensch-Seins“

Der Patientin soll ermöglicht werden:

- gemeinsame Wirklichkeit im Miteinander-Spielen erleben
- die eigene Wirklichkeit über Instrumente und Musik erfahren und verstehen
- mit anderen Wirklichkeiten in Berührung kommen
- die reiche innere Phantasie-, Gefühls- und Gedankenwelt nach außen bringen, in Klängen ausdrücken und an Worte binden

Hier bin ich deutlich geleitet von meinem Diplomarbeitsthema „Begegnung – im Zwischen der Musiktherapie – mit anderen Wirklichkeiten“, dessen zentrale Begriffe ich im Folgenden noch erläutern und mit Beispielen anschaulich machen werde. Ich stelle dabei die Frage, ob die Musiktherapie als möglicher Verrücker in andere, der allgemein verbindlichen Wirklichkeit nähere und verständlichere Fühl-, Denk- und Verhaltensweisen wirken kann.

Was verstehe ich unter dem „Zwischen der Musiktherapie“?

Martin Buber fragt in seinem Buch „Das dialogische Prinzip“ (1962) nach dem Ort, wo Begegnung und Beziehung sich ereignen, und findet das „Zwischen“ als eine Sphäre, die sich ganz wesentlich von den Eigenbereichen jedes einzelnen unterscheidet – und als etwas, das sich in jeder neuen Begegnung neu gestaltet. Das „Reich des Zwischen“ sieht er als schmalen Grat zwischen Subjektivem und Objektivem. In Balints „schöpferischem Bereich“ (1952) und Winnicotts „Übergangsbereich“ (1951) finde ich ebenfalls diesen potentiellen Spannungsraum, der die Subjektivität des einzelnen mit der objektiv gegebenen Realität verschränkt und den Nährboden für das interaktive, kulturelle und schöpferische Potential des Menschen birgt. Gertrud Katja Loos zeigt in ihrem für mich immer wieder beeindruckenden Buch „Spiel-Räume“ (1986), welche Entwicklungen so ein „Zwischen“ ermöglicht.

Töne und Klänge, die ein „Zwischen“ darstellen, können eigene sein und im aktiven Spielraum der Musiktherapie entstehen, wie ich es an Fallbeispielen zur Begegnung noch zeigen werde. Sie können aber auch von Tonträgern stammen. Der rezeptive Bereich des Musik-Anhörens stellt in der zweiten Hälfte der Therapie mit Frau Schild, als die Beziehung bereits vertraut und gefestigt ist, einen wichtigen Bestandteil der Stunden dar. Die Patientin wählt im letzten Drittel der Therapieeinheit selber aus einem Schallplattenangebot – obwohl schnell und scheinbar willkürlich doch nie zufällig, wie sich herausstellt. Das entlastet sie davon, durchgehend selber aktiv sein zu müssen. Gemeinsam stellen wir nach dem Anhören fest, wie die Themen der Stunde sich in den Liedern widerspiegeln: So erklingen „Ave-Maria-Lieder“ nach unserem Gespräch über ihr Frau-Sein und verlorenes Mutter-Sein, Lieder von Erika Pluhar begleiten uns in den Abschied: „So oder so ist das Leben“ und „Auch du wirst mich einmal betrügen“. Im Schutzraum dieser Lieder, die zwischen uns erklingen, kann sie nochmals ihre Themen „von außen“ betrachten.

Bei „schizophrenen Verrückten“ sind Selbst- und Objektrepräsentanzen nicht scharf voneinander getrennt. Instrumente als Übergangsobjekte tragen zur Differenzierung von Selbst und Nicht-Selbst bei. Ich möchte hier am Beispiel der Bedeutung des Bassxylophons in der Therapie mit Frau Schild einen Einblick geben, welche Funktion einem Instrument als Zwischen zukommen kann:

Gleich zu Beginn der Therapie bezeichnet Frau Schild das Bassxylophon als ihr wichtigstes Instrument. Sie nimmt auch zu jedem Stundenbeginn hinter diesem Platz, es steht wie schützend zwischen uns, sie spielt ein paar Töne an, scheint so im Raum anzukommen und mit sich selber in Kontakt zu kommen. Ich höre zu. Nach einiger Zeit hebt sie den Blick und beginnt zu erzählen. – In der einzigen Stunde, die sie zuerst absagen will, da es ihr nicht gut geht, in der sie sich dann aber doch für ein Bleiben und Zuhören entscheiden kann, wünscht sie sich, dass ich auf dem Bassxylophon für sie spiele. Mein Spiel ist behutsam, in allen Lagen. Ich sehe dieses stellvertretende Spielen (Dürfen) auf „ihrem“ Instrument als bedeutsam auf dem Weg zur Beziehung. – Später einmal setzt sie sich intensiv mit den Klangmöglichkeiten des Bassxylophons auseinander: „Alle Töne klingen so dumpf“, sie zieht dabei die Parallele zu ihrem Körper, den sie als langsam und schwerfällig erlebt. Ab dieser Einheit nimmt sie das Instrument bewusst zum Ausdruck ihrer Stimmungen, Gedanken und Gefühle. Es scheint, als habe sie es in seiner Eingeschränktheit – und somit sich selbst in ihrer Eingeschränktheit – akzeptiert. Sie beginnt zu experimentieren und ist dabei selber verblüfft, wie sie ein dynamisches, beschwingtes Zukunftsbild von sich entwirft. Ihr Spiel wird fein, differenziert, ausdrucksstark. Das Bassxylophon steht dann in der Endphase der Therapie nicht mehr nur für sie selber, sondern wird verwendet, um äußere Realitäten darzustellen, so freut sie sich über eine gelungene Phantasiereise aufs Land, auf einen Bauernhof. Immer wieder auch ist dieses Instrument – ähnlich der Musik, die sie von Tonträgern anhört – intermediäres Objekt. Sie spielt mit mir gemeinsam auf diesem „Zwischen“, und es bildet so die Basis für ein lebhaftes Gespräch, das sonst kaum möglich wäre.

Begegnung ist laut Karin Schumacher (1994, S. 6) „ein Glücksmoment, nicht planbar und von kurzer Dauer mit umso intensiverer Langzeitwirkung. Die menschliche Begegnung meint den Augenblick, in dem sich zwei Menschen treffen und sich [...] füreinander öffnen“, also ein emotionell intensives Gegenwartserlebnis und somit ein wertvoller Aspekt im Beziehungsaufbau und in der Beziehungsgestaltung in der Therapie mit chronisch Schizophrenen. Da das Vertrauen in das gesprochene Wort verloren gegangen ist, muss Therapie auf einer Kommunikationsebene beginnen, auf der sie noch ansprechbar sind. Musik ist als nonverbale, präverbale, emotionale, analoge Kommunikationsform dafür geeignet.

Eine Begegnung auf dieser „infantilen, archaischen, regressiven“ Stufe, wo Auseinandersetzung mit dem anderen doch – da ungefährlicher – gewagt werden kann, sehe ich als Chance, den schizophrenen Menschen aus seinem oft quälenden, verfahrenen, einsamen Rückzug herauszuholen. Voraussetzung für diese Begegnung ist aber jene Haltung der Therapeutin, die sie zwar nicht von Abstinenz befreit, aber ihre Möglichkeiten im Handeln erweitert. Gefragt ist also die „wirkliche Anwesenheit“ der Therapeutin als reale Person, wobei es äußerste Behutsamkeit und viel Geduld erfordert, die Patientin zu erwarten.

Beispiel 1:

„Eine Melodie zu finden ist schwierig – allein schon, und auch zu zweit. Aber ohne Melodie zerfällt das Ganze.“ Diese Aussage von Frau Schild gleich zu Beginn der Musiktherapie lässt mich aufhorchen. Sie sitzt am Klavier, spürt die neue Situation in der Einzelmusiktherapie, das Persönlich-gemeint-Sein scheint sie zu überfordern. Ich höre eine Ambivalenz zwischen Sehnsucht nach Melodie und der Angst vor Kontakt, einem möglichen Scheitern. Ich ziehe mich vorerst vom Mitspielen zurück und wähle zuhörendes Dabei-Sein, gebe ihrer Suche nach eigener Melodie Raum.

Beispiel 2:

Einen Begegnungsmoment, den ich als besonders beziehungs- und vertrauensstiftend erlebe, möchte ich hier beschreiben: Frau Schild spielt Altblockflöte – tiefe, lange, melancholische Erdtöne. Dann fordert sie mich auf, ebenfalls auf einer Altflöte zu spielen. Sie lauscht. Wir spielen abwechselnd. Dann wünscht sie sich gemeinsames Spiel und stellt erstaunt fest: „Das geht sogar.“ Ein kleines Stück Miteinander ist geglückt, die Töne haben in ihrer Wahrnehmung zusammengestimmt, wir haben eine gemeinsame Musik geschaffen.

Beispiel 3:

Im gemeinsamen Singen und Tanzen von Liedern geschieht Berührung im wahrsten Sinne des Wortes: Sie schlägt „Sur le pont d’Avignon“ vor, von mir kommt „Bella bimba“ als Liedbeitrag – gemeinsam überlegen wir, ob es auch ein deutsches Tanzlied gibt. Sie reicht mir plötzlich schmunzelnd die Hände und singt „Schwesterchen, komm tanz mit mir!“.

Ein Entgegenkommen, Nicht-allein-Lassen, im Gegenteil: sich Einlassen, betonen Schmözl, Loos und Schumacher als ganz wesentlich und beziehen sich dabei auf Martin Buber, der die dialogische Grundhaltung des Menschen beschreibt mit den Worten: „Alles wirkliche Leben ist Begegnung. Ich werde am Du. Ich-werdend spreche ich Du.“

Beispiel 4: „Winter ade, scheiden tut weh, aber dein Scheiden macht ...“

Es sind noch einige Stunden bis zum Therapieende, ich kündige das an. Frau Schild bringt dieses Lied ein – es ist wirklich gerade Frühlingsbeginn. Angesprochen darauf, was denn das Scheiden alles für Gefühle macht, weicht sie aus, hüpfte auf dem Bassxylophon davon, jault und kräht ausgelassen. Abwehr? Ich gehe mit, beide schmunzeln wir. Es bleibt noch etwas Zeit bis zum Abschied, stellen wir fest. Doch dieser kommt unausweichlich. In der zweitletzten Stunde fordert sie mich nach einem langen Solo-Spiel auf dem Bassxylophon auf, auf den Klangstäben mitzuspielen. Während ich diese hole, singt sie „Scheiden tut weh“, wobei ich höre, dass sie den Text ein klein wenig verändert: Sie singt: „Aber das Scheiden macht, dass dir das Herze lacht“ („dir“ statt „mir“). Ich frage, wem denn beim Scheiden das Herze lache? Sie antwortet nicht. Wieder verbinde ich das Scheiden mit dem Abschied von der Musiktherapie und von mir, darauf meint sie, das mache sie schon sehr traurig. Wir verleihen der Traurigkeit musikalischen Ausdruck: Es wird ein langes, gemeinsames Spiel, das sehr harmonisch klingt. Ich frage Frau Schild, ob sie eine Phantasie habe, wieso das Spiel so harmonisch klang? Sie sagt: „Vielleicht sind wir beide traurig?“ Dabei blickt sie mich direkt und fragend an. „Worüber könnten wir beide traurig sein?“ frage ich zurück. Sie antwortet: „Dass der Winter vorbei ist, und noch etwas ...“, das könne sie aber nicht sagen.

Ich denke: dass die Musiktherapie vorbei ist, und sage, dass ich auch traurig bin über das baldige Ende der gemeinsamen Zeit, so wie sie. Ich meine noch, dass unser Spiel wohl deshalb so harmonisch klang, weil die Traurigkeit von beiden stimmte. Darauf folgt ein heftiges, klopfendes Spiel von Frau Schild, in dem auch Wut über diesen Abschied ihren Ausdruck finden kann.

Es erscheint mir im Sinne von Klarheit, Eindeutigkeit und Stimmigkeit zwischen Nonverbalem und Verbalem wichtig, nach solchen gemeinsamen Spielen über die Gefühle und Gedanken zu sprechen, die Stimmung, die im Spiel zum Ausdruck kommt, zu benennen. Somit ermöglihe ich ihr, ihre eigene Wahrnehmung mit meiner zu vergleichen, die Stimmigkeit zu überprüfen. So können auch eigene und andere Wirklichkeiten klarer abgegrenzt, verschiedene Wahrnehmungen, Gefühle und Gedanken verglichen werden; Gemeinsames kann herausgearbeitet, aber auch Unterschiede können festgestellt werden.

Zusammenfassend komme ich zu dem Schluss, dass Musiktherapie ein Zwischen darstellt, in dem der schizophrene Verrückte spielen kann mit den Welten, den Wahrheiten, den Wirklichkeiten. Einerseits hat er die Möglichkeit, über musikalischen Ausdruck Kontakt zu seiner Innenwelt zu finden, sich zu hören, zu fühlen, zu verstehen, seiner eigenen Wirklichkeit näher zu kommen. Andererseits begegnet ihm im Gegenüber (der Therapeutin) eine Außenwelt, mit der er ins Spiel kommen kann – eine andere Wirklichkeit. Entscheidend erachte ich dabei die gemeinsame Wirklichkeit, die im Spielen, Hören, Singen, Tanzen und Reden, im Hier und Jetzt (vgl. emotionell intensive Gegenwartserlebnisse nach Ciompi) entsteht. Diese gemeinsame Wirklichkeit bildet auch in der Musiktherapie mit Frau Schild den Ausgangspunkt, den Drehpunkt in eigene und andere Wirklichkeiten, die sich ständig verweben und gegenseitig bereichern.

In diesem Sinne verstehe ich Musiktherapie als eine Einladung, sich wieder im Rahmen einer verbindenden, vielleicht auch akzeptierteren Wirklichkeit zu erleben und zu verhalten. Für Frau Schild sehe ich unser gemeinsames Stück therapeutischen Weges als Ermutigung, ihre Melodie zu suchen, damit „das Ganze nicht zerfällt“.

Literaturverzeichnis

- Balint, Michael (1952). *Primary love and psycho-analytic technique*. London: Hogarth.
- Buber, Martin (1962). *Das dialogische Prinzip*. Heidelberg: Schneider.
- Ciompi, Luc (1982). *Affektlogik – Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung; ein Beitrag zur Schizophrenieforschung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Loos, Gertrud K. (1986). *Spiel-Räume. Musiktherapie mit einer Magersüchtigen und anderen frühgestörten Patienten*. Stuttgart: Fischer.
- Schumacher, Karin (1994). *Musiktherapie mit autistischen Kindern*. Stuttgart: Fischer.
- Winnicott, Donald W. (1951/1983). Übergangsobjekte und Übergangsphänomene. In Donald W. Winnicott (Hrsg.), *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse* (S. 193-312). Frankfurt a. M.: Fischer.