

Edith Wiesmüller

Angst ist die Sehnsucht, nicht verletzt zu werden - Musiktherapeutische Wege aus Angst und Depression mit traumatisierten Frauen anderer Kulturkreise

Zusammenfassung

Zunächst werden die Lebenssituationen traumatisierter Frauen anderer Kulturkreise in bezug auf ihre Ängste, Depressionen und Panikattacken beschrieben. Die Komplexität von Traumatisierungen in Verbindung mit Heimatverlust wird aufgezeigt.

Anschließend wird eine Therapieszene beleuchtet, in der es einer Patientin gelingt, sich in ihren musikalischen Handlungen genauer wahrzunehmen, um Distanz zu ihren leidhaften Symptomen zu gewinnen.

In einem weiteren Fallbeispiel wird ein aus vier Phasen bestehender Therapieprozess traumatherapeutisch interpretiert: die Patientin reguliert ihre Affekte anfangs mit Hilfe von Achtsamkeitspraxis im musikalischen Geschehen und entwickelt in weiterer Folge differenziertere Spielweisen, womit sie ihre Ressourcen mobilisieren kann.

Angst ist die Sehnsucht, nicht verletzt zu werden.
(Batchelor, 2005)

Es geht hier um Frauen, die im Rahmen eines stationären Aufenthaltes in einem psychiatrischen Krankenhaus der Einzelmusiktherapie zugewiesen wurden, und es geht um deren Geschichten ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

Ein Konglomerat aus traumatherapeutischen Überlegungen und „musikalischer Achtsamkeitspraxis“, wie ich das nennen möchte.

Die zentrale Frage lautet: Wie kann man musiktherapeutisch betrachtet Ängste reduzieren, die aufgrund eines Traumas als Folgestörung so stark werden, dass diese Patienten förmlich überflutet werden?

Es gibt keine psychische Erkrankung ohne Angst – jedoch kann es bei manchen PatientInnen, die traumatisiert sind und ihr Herkunftsland verlassen haben oder verlassen mussten, der Fall sein, dass alle Gefühle Angst machen. Je größer die Angst, umso achtsamer und vorsichtiger müssen wir in unseren Interventionen sein.

Ich arbeite seit beinahe sieben Jahren an ein und derselben Abteilung, bin seither ziemlich oft mit traumatisierten Frauen aus anderen Kulturkreisen stammend konfrontiert worden und kann rückblickend erkennen, wie ähnlich ihre „Symptome“, ihre Spielweisen und ihre Entwicklungen im musiktherapeutischen Prozess trotz unterschiedlicher soziokultureller und geografischer Herkunft sind.

Es sind meist Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien und aus der Türkei, welche seit Jahren in Österreich leben. Dieses Leben ist geprägt von Ängsten, Depressionen, Panikattacken und ängstlichen Vermeidenshaltungen als Folge von traumatischen Ereignissen. Um nicht den Rahmen zu sprengen, werde ich eine Therapieszene herausgreifen und ein Fallbeispiel genauer beschreiben. Die Frauen, für die ich mich für diesen Beitrag entschieden habe, sind beide mehrfach traumatisiert. Auslöser der Traumen waren bei einer Patientin menschliche Verluste durch den Krieg am Balkan, Flucht nach Österreich, und ein hier stattfindender Überfall; bei der anderen Frau geht es um Zwangsverheiratung, Gewalt in der Familie des Ehemannes, sexuellen Missbrauch und darauffolgend Flucht nach Österreich.

Ich halte es für wichtig, zunächst auf das viel diskutierte Thema „Trauma“ kurz einzugehen, bevor ich zu erzählen beginne, warum diese Frauen so sind, wie sie sind, wodurch ihr Denken, Fühlen und Handeln tatsächlich bestimmt wird.

Definition

Ein Psychotrauma ist eine überwältigende seelisch nicht integrierbare Lebenserfahrung, die zu dauerhaften seelischen Entwicklungsstörungen führt. Die Suizidalität ist sehr hoch und die Komorbidität ist sehr hoch.

„Dauerhaft“ ist in diesem Zusammenhang Gott sei Dank relativ: jede Traumatisierung hat auch die Tendenz zur Heilung. Jedoch wird ein Fünftel der Betroffenen chronisch krank (42. Linzer Psychiatrischer Samstag / Wagner-Jauregg-Tagung, „Posttraumatische Belastungsstörungen“, 10. 11. 2007) – und darum geht es in diesem Beitrag.

Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) kommt es zu spezifischen Verlusten an Empathie, Vertrauen und Phantasietätigkeit und zur Schädigung der Aggressionsverarbeitung. Die Diagnose PTBS ist jene Diagnose, die bei Menschen mit Migrationshintergrund immer wichtiger wird. Verbrechen, Flucht usw. sind nur die Spitze des Eisberges.

Die häufigsten Anzeichen eines psychischen Traumas

- Zustand von objektiver und subjektiver Hilflosigkeit
- Flashbacks – „Nachhallerinnerungen“, die Szenen kehren wieder; Flashbacks können zu einer Retraumatisierung führen (oft sind es nur Bruchstücke von Sinneserfahrungen wie Gerüche, Geräusche und Körperempfindungen)
- Alpträume
- gesteigerte Erregbarkeit und Schreckhaftigkeit – das autonome Nervensystem befindet sich in ständiger Alarmbereitschaft
- Vermeidung – betrifft alles, was an das Trauma erinnern könnte, auch nur das Reden darüber.

Diese ängstliche Vermeidungshaltung ist es, die den PatientInnen sämtliche Lebensqualitäten raubt – oft ist es gar nicht das Trauma selbst, sondern die Angst! Die alte Angst vor der Angst. Der „Fehler“ ist der Umgang mit der Erinnerung.

Die psychischen Folgen

- Verschweigen und Verdrängen
- Rechtfertigungsdialog in der Familie
- Erschöpfung und Krankheit als erlaubte Form, seelisches Leid auszudrücken (Komorbidität 30%)
- Zusammenbruch der Abwehr
- Suizidversuche
- Suizid

Die Betroffenen haben nicht nur von sich aus Schuldgefühle, sondern bekommen oft unterschwellig suggeriert, dass sie zumindest eine Teilschuld haben müssten.

Jede Frage in der Therapie kann unter Umständen als Anklage verstanden werden. Daher bedeutet jede Frage in der Art von: „Was haben Sie getan?“ automatisch einen Vorwurf. Viel besser halten die Patienten die Frage „Was haben Sie erlebt?“, „Was haben Sie erlitten?“ aus – und noch besser ist es, wenn man sie einfach darum bittet, aus ihrem Leben zu erzählen.

Ebenso bedarf es einer näheren Auseinandersetzung mit dem Thema „Heimatverlust“ – aus welchen Gründen auch immer das Herkunftsland verlassen wurde –, dies spielt zusätzlich eine enorme Rolle in den Traumafolgestörungen. Sobald eine Stress-Situation auftaucht, die uns, die wir uns auf der „sicheren Seite“ befinden, leicht zu bewältigen erscheint, können diese Frauen dekompensieren. Wir unterschätzen oder wissen zu wenig Bescheid über den soziokulturellen Stress und wie mühselig es sein kann, sich nicht muttersprachlich ausdrücken zu können.

Der gemeinsame Nenner heißt Heimatverlust. Heimat bedeutet, ein kostbares Netz aus Umweltbezügen zu haben. Die dadurch vermittelte Sicherheit bemerken wir normalerweise nicht; sie ist uns selbstverständlich. Erst durch einen Mangel werden wir alarmiert. Diese Frauen, die in ihren traditionellen Geschlechterrollen sehr verankert waren, sozusagen *versichert* waren, konnten sich plötzlich darauf nicht mehr verlassen. Diese Frauenrolle wurde ihnen wahrscheinlich noch zusätzlich in der Traumaverarbeitung zum Verhängnis: Bravheit, Verzicht, Opferhaltung sind Komponenten, die zusätzlich in das Traumageschehen einwirken. Diese Bravheit wird in der Therapie wiederholt, um auftauchend Schreckliches zu verhindern, oder es kommt zu einer Identifikation mit dem Aggressor, um sich dadurch stärker zu fühlen; ein verzweifelter Versuch, doch noch als Siegerin hervorzugehen.

Doppelte oder Mehrfach-Traumatisierungen, wie ich das hier nennen möchte, sind ungeheuer komplex. (Mittlerweile wird ein neuer Diagnosebegriff diskutiert: die „komplexe posttraumatische Belastungsstörung“ – dzt. noch nicht im DSM-IV enthalten.) Kaum etwas verwirrt unseren Geist so sehr wie die Wahrnehmung von Verstrickungen, schon gar nicht, wenn kein eindeutiger Schuldner dingfest gemacht werden kann. Was Menschen in solchen Fällen dann versuchen, ist das Trauma auszugleichen: sie setzen traumakompensatorische Maßnahmen. Sie suchen nach Strategien, die Welt in sichere und unsichere Orte einzuteilen. Am sicheren Ort haben wir ein Gefühl von Kontrolle. Am unsicheren Ort haben wir ein Gefühl von Angst, weil unsere Handlungs- und Ausdrucksmöglichkeiten eingeschränkt sind.

Natürlich brechen diese traumakompensatorischen Strategien immer wieder weg. Die Angst vor den eigenen aggressiven Impulsen ist enorm hoch, weil das Leben danach durch Reinszenierungen geprägt ist.

Ein „Symptom“ bei allen Frauen in der Musiktherapie, das ich anfangs mit Verdacht auf Minderbegabung in Verbindung brachte, war ihre auffällige Spielweise; damals kannte ich die Geschichte mit dem Hippocampus noch nicht – darauf werde ich noch zurückkommen.

Alle Betroffenen hatten Schwierigkeiten, einfache motorische Handlungen durchzuführen. Stabspiele mit Schlägel, das Schlagen mit der flachen Hand auf eine kleine Trommel wirkte verzögert, nicht das Ziel treffend, beinahe tollpatschig. Häufig fiel den Frauen das Instrument aus der Hand, und die Reaktion, das Instrument oder den Schlägel vom Boden aufzuheben, war entweder gar nicht oder nur sehr zögernd vorhanden.

Folgende musikalischen und nicht musikalischen Ausdrucks-, Verhaltens- und Reaktionsweisen konnten bei allen Frauen in den ersten Einzeltherapieeinheiten beobachtet werden:

- extrem verhaltene Spielweise (Parallele zur Lebensgeschichte?)
- stereotypisierte Spielmuster (starre Formeln werden besonders im Rhythmus festgehalten; Parallele zu stereotypisiertem Denken?)
- Musik aus der Heimat wird abgelehnt (normalerweise schätzen MigrantInnen Musik aus dem Herkunftsland)
- sämtliche musikalische Angebote bieten nur kurzfristig einen Schutz
- große Widersprüche im Verhalten, die ich mir durch den kulturellen Hintergrund zu erklären versuchte: die Frauen neigen einerseits zu sehr starken Regressionen, zu infantilem Verhalten, und andererseits sind sie überraschend alltagstauglich (Bravheit, Opferrolle, wie eingangs erwähnt)
- „große“ Affekte: die Musiktherapiestunden sind extrem tränenreich – die Art des Weinens für mich als Therapeutin irritierend und faszinierend gleichzeitig. Klischeehafte Bilder der „Klageweiber des Orients“ kommen bei mir hoch.
 - darauffolgend eine völlige Erschöpfung (Erschöpfungsdepression) – die Frauen konnten alle seit Jahren nicht mehr arbeiten
 - blitzartiger Wechsel der Stimmungslage (wie das Wetter im Gebirge) trotz oder gerade wegen der heftigen Gefühle geht manchmal alle Spannung in den Körper hinein
- Somatisierungsstörungen; immer wieder wird ein körperlicher Schmerz erwähnt, und ich merke, dass ich mich genau nicht damit auseinandersetzen will
- Hauptaffekt: Angst, Angst und wieder Angst

Mein großes Glück war, dass die Frauen aufgrund äußerer Lebensumstände einen Lebenssinn gefunden haben; man könnte es auch Ressourcen nennen, die aufgespürt werden konnten.

Ich komme jetzt zur eingangs erwähnten Therapieszene und einem kurzen biografischen Abriss:

Frau Z.

Eine 57-jährige Patientin, geboren im ehemaligen Jugoslawien, verheiratet, Mutter und Großmutter, die zu Kriegsbeginn flüchtete und den Krieg aus der Distanz und sehr besorgt erlebte, da viele ihrer Verwandten in Krisengebieten leben.

Nach ihrer Flucht arbeitete sie in Österreich in einem Supermarkt. Während dieser Zeit starben durch die Kriegswirren Verwandte und Freunde von ihr. Zeitgleich zu Schock und Trauer wurde sie als Kassiererin Opfer eines Raubüberfalls. Frau Z. wurde als Geisel genommen, während ihre Kollegin die Kassa für die Täter ausräumen musste. Als Geisel wurde Frau Z. ein großes Messer an den Hals gesetzt.

Nach diesem Überfall entwickelte sich bei Frau Z. eine posttraumatische Belastungsstörung und eine depressive Störung. Im Zuge dessen wurde sie stationär in die Psychiatrie aufgenommen.

Frau Z. leidet an Flashbacks und an Ängsten, dass die mittlerweile inhaftierten Täter, die am Raubüberfall beteiligt waren, wieder kommen würden. Sie sieht sie, wenn sie nachts in ihrer Wohnung in Richtung Fenster blickt, hereinschauen – es reicht ein beiläufiger, zufälliger Blick, der diese Flashbacks auslöst. Frau Z. kann weder alleine in der Wohnung bleiben noch alleine das Haus verlassen oder öffentliche Verkehrsmittel benutzen. Die Durchführung von Alltagstätigkeiten ist durch die herabgesetzte Aufmerksamkeit und durch Panikattacken unmöglich geworden. Zusätzlich leidet Frau Z. an starken Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule.

Frau Z. wurde zur Einzelmusiktherapie mit folgendem Text zugewiesen:

- Lockerung der Einengung auf die Ängste vor dem Auftauchen der Täter
- Selbstbewusstsein stärken
- Aufmerksamkeit erhöhen
- Entspannung fördern

Höflich erbeten.

Frau Z. erinnert mich an eine Wachsfigur. Wenn es zu heiß wird, schmilzt sie. Werden in der Musiktherapie die Emotionen zu „heiß“, „bröckelt“ sie. Die Wände ihres Ichs sind so gefährdet, dass sie sich keine weitere Verletzung erlauben kann. Sie lebt in der Überzeugung, dass kein Schutz nachwachsen kann.

Ich fühle in den Therapiestunden mit ihr, dass ich nur dann eine Chance habe, wenn alles, was hier und jetzt zwischen uns geschieht, von mir mit maximaler Aufmerksamkeit wahrgenommen wird.

Die Panikattacken häufen sich am Beginn ihres stationären Aufenthaltes. Im multiprofessionellem Team und von ärztlicher Seite abgesehnet wird beschlossen, sofern keine lebensbedrohlichen Symptome auftreten, die Patientin im Fall einer Panikattacke in den jeweiligen Einzeltherapien zu belassen. Die Attacken dauerten in der Regel einige Minuten.

Eines Tages war es dann so weit.

Frau Z. gerät in der Musiktherapie in eine Attacke: beschleunigter Atem, Zittern, Schweißausbruch, Übelkeit mit Brechreiz („mir sein so schlecht...“), Angst, die Kontrolle zu verlieren.

„Das ist eine Panikattacke“, sage ich.

Durch diesen banalen Satz bin ich für sie greifbar, reale Beobachterin und ich schaffe Distanz zwischen ihr und dem, was sie wahrnimmt

Frau Z. nickt mir zu, atemlos und mit Angst in den Augen.

„Das halten wir jetzt aus“, sage ich.

Etwas Besseres fällt mir nicht ein. Sie nickt wieder, und ich hoffe, dass ich den Kontakt zu ihr nicht verliere.

„Das ist ein starkes Gefühl“, sage ich.

Und dann geschieht etwas, womit ich nicht gerechnet habe:

Trotz ihres Zitterns beginnt sie tapfer an den Tempelblöcken zu spielen: *d – a – d, d – a – d...*, laut, abgehackt, hartnäckig, kämpferisch.

„Sie geht vorbei“, sage ich.

Frau Z. spielt weiter.

Sie musiziert sich durch die Panikattacke hindurch und beraubt sie so ihrer Macht.

Frau Z. wird ruhiger, sie hört auf zu zittern, sie atmet langsamer. Frau Z. lächelt. Ganz wenig. Sie geht als Siegerin hervor. Mit Hilfe ihrer gespielten Musik gelingt es ihr, die Panikattacke zu entmystifizieren.

An dieser Stelle möchte ich mich auf Reddemann (2006) beziehen: „... im Wesentlichen geht es [in der Achtsamkeitspraxis] um Ich-stärkende Interventionen, die vor allem die Fähigkeit zur Selbstbeobachtung stärken sollen, ausgehend von Handlungen und vom handelnden Körper anstatt von Gefühlen und Körpererleben“.

Letzteres – auf das Gefühlserleben zu fokussieren – bringt Patienten in Gefahr, affektüberflutet zu werden. Die Patientin selbst begibt sich auf die Handlungsebene.

Danach reden wir darüber:

Die Panikattacke kommt und geht. Sie hat einen Anfang, einen Höhepunkt und ein Ende, wie dieser Ton jetzt – es folgt ein Schlag auf einen Tempelblock. Einmal von ihr, einmal von mir.

Ein achtsames Dialogspiel entsteht, und wir haben sehr viel Zeit. „Der Ton macht keine Angst“, sage ich. Frau Z. greift mit ihrer Hand zurück auf ihren Nacken. Sie sagt: „Schmerz auch kommen und gehen, nur Scheiße, aber mir nix Angst machen.“

Frau Z. erkennt, dass das eigentliche Problem nicht die Panikattacke an sich war, sondern die **Angst** vor der Panikattacke und der **Umgang** mit der Panikattacke.

Ich möchte noch einmal auf das Spiel der Patientin auf den Tempelblöcken zurückkommen. Es war in gewisser Weise frei gewählt, das Spiel war selbst initiiert und bekam von Frau Z. im Nachhinein den ehrenwerten Titel „Attackenmusik“ verliehen. Voraussetzung dafür, dass es zu diesem Spiel gekommen ist, war die vorangegangene (= 20 vorausgegangene Einzelmusiktherapiestunden) Schaffung des berühmten sicheren Ortes.

Musiktherapieraum als Schutzraum

- **der sichere Ort** (d.h. alles erdenklich mögliche, das zur Entängstigung beiträgt, denn ohne basale Sicherheit ist es kontraindiziert, Traumaarbeit zu forcieren; z.B. nur für die PatientIn „angenehme“ Instrumente im Raum lassen)
- **der achtsame Umgang mit der Zeit** („gefühlte“ Zeit im Sinne von kurzen, musikalischen Angeboten – traumatisierte PatientInnen haben häufig ein verzerrtes Zeitgefühl, es gilt das „Jetzt“)
- **Stopp-Regel** (bedeutet die Garantie, nicht hilflos ausgeliefert zu sein)
- **keine direkten musikalischen Aufforderungen** (jede Musik muss als offenes Angebot verstanden werden können)
- **Fokus der Intervention ist auf die Handlungsebene gerichtet** (der Fokus auf der Gefühlsebene ist für Menschen mit Panikattacken zu gefährlich. Zum Zeitpunkt des Traumas war Frau Z. durch das Messer am Hals wie gelähmt – eine spastische Paralyse im psychischen Sinn –, in gewisser Weise waren die Panikattacken wahrscheinlich sinnvoll, als Schutz vor Flashbacks. Es passiert, wenn auch unangenehm, auf vegetativer Ebene sehr viel Bewegung während einer Panikattacke. Daher ist es wichtig, eine andere Bewegungsmöglichkeit anzubieten, wenn man die Panikattacke „wegnimmt“ – beispielsweise ein aktives Spiel anstatt einer Entspannungsmusik anbieten; eine PhysiotherapeutIn würde vielleicht Nordic Walking anstelle einer im Liegen durchgeführten Entspannungsübung anbieten).

Zum Verstehen des Improvisierten von Frau Z., teilweise in Anlehnung an Priestley (1983):

- Das aktive Spielen eines Instrumentes durch die Panikattacke hindurch löste die Spannung (körperliche Handlungsebene).
- Die Patientin wird vom Opfer zur Vermittlerin ihres Ausdrucks – deutlich hörbar durch die „kämpferische“ Spielweise.
- Ihre Improvisation macht im Hier und Jetzt ihre schmerzliche Erfahrung teilbar und hörbar.
- Der Körper und das Instrument vermitteln ihre innere Befindlichkeit.
- In der verbalen Kommunikation tritt eine Einsicht zutage, die zuvor nicht da war (Frau Z. vergleicht die Vergänglichkeit des Schmerzes mit der Panikattacke: „auch Schmerz kommen und gehen, mir nix Angst machen“).

Hier lässt sich sagen, dass **der musikalische Ausdruck während der Panikattacke** einen gangbaren Weg zur Verletzung und zum Schmerz ermöglicht hat, der zuvor durch die Angst verhindert wurde. In weiterer Folge gab es im therapeutischen Beziehungsgeschehen sehr intensive Momente der Stille und der Klarheit. Frau Z.s Aufmerksamkeit wurde viel genauer. Sie konnte sich an momentanen Geschehnissen und an kleinen alltäglichen Dingen spontan erfreuen: Kaffeetrinken, Spaziergehen usw. – vieles, das jahrelang nicht mehr möglich war.

Wie diese Geschichte weitergegangen ist oder weitergeht, weiß ich nicht genau. Enkelkinder kamen zur Welt und Frau Z. soll ein Stück Lebenssinn in ihrer Rolle als Großmutter gefunden haben.

Nun komme ich zur zweiten Geschichte, dem eingangs erwähnten Fallbeispiel. Ich nenne die Patientin **Frau Ü.**

Sie ist 27 Jahre alt, geboren in Österreich, die Eltern stammen aus der Türkei. Frau Ü. wuchs in Österreich auf und arbeitet in einem türkischen Lebensmittelgeschäft. 1999, mit 21 Jahren, wurde sie in die Türkei zwangsverheiratet. Sie hat keine Kinder und flüchtete nach fünf Jahren von ihrem Ehemann und ihrer Schwiegermutter alleine zurück nach Österreich zu ihrer hier lebenden Herkunftsfamilie.

Frau Ü. wurde aufgrund einer posttraumatischen Belastungsstörung stationär aufgenommen. Körperliche Gewalt und sexueller Missbrauch von Ehemann und ihrer Schwiegermutter sind die Ursachen ihres Zusammenbruchs. Ihre Symptome äußerten sich in schweren depressiven Zuständen, in großen Angstzuständen – zum Teil in agoraphobischen und soziophobischen Symptomen, des Weiteren hatte sie große Furcht vor Raben und Krähen. Sie erinnerten sie an den Tag ihrer Flucht, und Frau Ü. betrachtete sie seither als böses Zeichen.

Das Denken war stereotypisiert und sie wirkte minderbegabt i. S. e. symptomatischen Demenz. Unzählige Male wiederholte sie einen einzigen Satz (*ich habe solche Angst vor den Raben*). Unzählige Male fallen in den Musiktherapiestunden die Filzkopfschlägel der Stabspiele zu Boden und werden selten, bestenfalls sehr verlangsamt, von ihr auch wieder aufgehoben.

Warum wirken traumatisierte Menschen manchmal minderbegabt bzw. dement?

Tief im Inneren des Gehirns befindet sich das emotionale Gehirn, die sogenannten limbischen Bereiche, welche sich von der für Sprache und Denken verantwortlichen Hirnrinde unterscheiden. Das limbische Gehirn ist für Gefühle und Überlebensreaktionen zuständig.

Nach einem Traumaereignis schießt – im wahrsten Sinne des Wortes – das Stresshormon Kortisol in den Hippocampus (zuständig für Lern- und Gedächtnisleistungen und auch zum limbischen System gehörend) ein. Der Hippocampus, das heißt sein intrazelluläres Volumen, schrumpft, und es entsteht eine symptomatische Demenz; diese kann Jahre dauern.

Voreilig halten wir die Betroffenen für einfach strukturiert, minderbegabt, nicht glaubwürdig usw.

Ebenso ist die Amygdala (der Mandelkern) am Erwerb des Traumagedächtnisses beteiligt. Der Mandelkern färbt all unsere Erinnerungen emotional. Unsere Erfahrungen, sowohl positive als auch negative, graben sich tief ins implizite Gedächtnis ein, das dem Bewusstsein nicht zugänglich ist. (Im Vergleich zum expliziten Gedächtnis = episodisches Gedächtnis = dem Bewusstsein zugänglich.)

Alle Angstreaktionen gehen von der Amygdala aus. Diese **nicht** dem Bewusstsein zugänglichen Erfahrungen können **Angst- und Panikattacken** auslösen.

Sowohl frühe Erlebnisse der Geborgenheit als auch frühkindlich seelische Verletzungen – vielleicht vor dem Spracherwerb – hinterlassen in den neuronalen Netzwerken Erinnerungsspuren. Diese Patienten haben möglicherweise die Gefühle und Emotionen dazu, aber nicht die Worte für die Erinnerung.

Das emotionale Gehirn funktioniert in der Tat anders als die Großhirnrinde, der Neocortex. Sprache, Wahrnehmung und Erkennung haben nur begrenzten Einfluss darauf. Man kann einem Gefühl nicht wirklich befehlen, stärker oder schwächer zu werden, so wie man seinem Verstand befehlen kann zu sprechen oder still zu sein. Eine Aufgabe ist es nun – neurophysiologisch gesprochen –, das emotionale Gehirn so weit zu bringen, dass es sich an das Hier und Jetzt anpasst, anstatt auf Situationen der Vergangenheit zu reagieren.

Es ist wirksamer, und das wissen wir Musiktherapeuten, Methoden anzuwenden, die nicht auf Sprache und Vernunft abzielen, da das emotionale Gehirn kaum dafür empfänglich ist. Die gute Nachricht zum emotionalen Gehirn lautet: Selbstheilung ist möglich – vergleichbar mit der Selbstheilung des Körpers.

Zurück zu Frau Ü.:

Sie hatte große Schuldgefühle gegenüber ihren Eltern. Es sei so große Schande, die sie über ihre Familie gebracht hätte, weil sie vor dem Ehemann geflohen sei. Sie hatte Angst vor ihrem Bruder, der ihr mit Ehrenmord gedroht haben soll, und so glaubte Frau Ü., dass sie für das Unglück ihrer Familie verantwortlich sei.

Frau Ü. wurde zur Einzelmusiktherapie mit folgendem Text zugewiesen:

- Schaffung einer Kontrastwelt durch ein nonverbales Angebot (die Kontrastwelt war das Üben in der Gegenwart)
- Ressourcen aufspüren (Sinnfindung durch ein äußeres Ereignis)
- Selbstbewusstsein stärken (türkisch-österreichische Identität)
- Ängste reduzieren (jetzt bin ich sicher)

Am Ende der Therapie waren anhand meiner Protokolle **vier Therapiephasen** ersichtlich:

1. Phase: Es passiert von außen betrachtet fast nichts, jedoch passieren mir heftige Gegenübertragungsgefühle: furchtbare Müdigkeit einerseits und Aggressionen andererseits.
2. Phase: Die Affekte „spielen“ „ver-rückt“ – es geht um Halten und Aushalten.
3. Phase: Affektregulation durch eine Spielweise, die die Patientin von sich aus kreiert.
4. Phase: Ein äußeres Ereignis mobilisiert die gesunden Anteile der Patientin.

Phase 1:

Die ersten Stunden Musiktherapie sind nicht nur, aber auch, aufgrund erhöhter Schlafmedikation und Beruhigungsmitteln geprägt von Gefühlen wie Apathie, Hilflosigkeit, Schlaffheit und Müdigkeit. Frau Ü. ist eigentlich gar nicht da – weggetreten, durch alles hindurchschauend. Musikalische Angebote sind so gut wie sinnlos. Sie scheinen weder verstanden zu werden noch macht das Instrumentarium irgendwie Eindruck auf die Patientin. Ich fühle mich wie gelähmt, könnte selber einschlafen. Alle Ideen, besser gesagt Pseudoideen,

die mir in den Kopf schießen, kommen mir wie eine Farce vor. Also sitzen wir da und ich versuche in diesem so Dasitzen „wenigstens“ präsent zu sein.

An dieser Stelle möchte ich Schmidbauer (1998) zitieren, welcher eine schwierige Situation in der Therapie eines Analytikers beschreibt: „Er hielt aus, bis alle Erwartungen unerfüllt waren, und sich niemand mehr daran störte, dass nichts weitergegangen war“.

Beim Lesen dieses Satzes wurde mir bewusst, wie oft dies in den Therapien passiert. Trotz unseres Wissens, unseres Reflektiertseins, dass es nie gut ist, wenn wir in den Therapien etwas unbedingt wollen, tappen wir häufig in eine Erwartungshaltung hinein – und wundern uns dann...

In diesem zu zweit so Dasitzen beginnt sich Frau Ü. in den nächsten Stunden langsam zu entspannen. Sie muss nicht mehr so häufig ihre Standardsätze wiederholen. („Ich habe solche Angst“, „ich bin so müde“, „ich habe solche Schmerz“). Sie beginnt ein bisschen über ihre grausame Schwiegermutter und den noch grausameren Ehemann zu erzählen. Über ihre Flucht, verbunden mit der Furcht vor den Raben und über ihr „Heimweh“ nach Österreich. Ihre Familie, die „so traurig ist, weil sie so traurig ist und deshalb so traurig ist“.

Langsam ergibt es für mich Sinn, ihr dazu etwas musikalisch anzubieten, mit der Garantie, jederzeit aufhören zu können. Weil in ihrer Erzählung über ihre Familie trotz Angst vor dem Bruder etwas Warmes, Geborgenes mitgeschwungen hat, war es möglich, ein positives Bild zu fokussieren: Das Wohlgefühl in der Familie, wenn gerade niemand traurig ist, war das Thema der Improvisation.

Wenn auch nur kurzfristig, macht sie vom Angebot, einem gemeinsamen Leierspiel, Gebrauch: zart, leise, langsam, ruhig, regelmäßig, was sie als angenehm empfindet.

Phase 2:

Zwischendurch spielen die Affekte „ver-rückt“, sie fallen „zurück“ in etwas sehr Regressives. Frau Ü. wimmert manchmal wie ein Kleinkind, das sich gegen das Einschlafen wehrt, oder sie weint hemmungslos, weil sie gerade von schrecklichen Details in ihrer Erinnerung befallen wird, die keinesfalls erzählt werden dürfen und ihr Angst machen. Der Kontakt zu ihr kann aufrecht erhalten bleiben. Sie dissoziiert nicht (=Wahrnehmungsveränderung durch Aufspalten). Daher bin ich zuversichtlich, dass diese Situation für sie nicht unerträglich ist, und sie sie daher nicht verlassen muss. Ich achte darauf, sie im Hier und Jetzt, gegenwärtig zu halten: Ich halte sie „körperlich“ mit meiner Hand auf ihrer Schulter, und ich halte sie „musikalisch“ mit den Klängen der Leier, sobald ich merke, dass sie sich beruhigt: jetzt erklingt ein Ton, jetzt verklingt ein Ton. Sie lauscht, und sie spürt, dass sie ausgehalten wird. So schnell dieses hemmungslose Weinen ausbricht, so schnell verschwindet es auch wieder. Wie ein heftiger Wolkenbruch in den Tropen – oder von mir aus auch hier in Österreich.

Diese und ähnliche Szenen sollen sich noch öfter wiederholen, und immer wenn ein hoher Affekt abklingt, lade ich sie zu einem „einfachen“ Spiel ein: „*jetzt erklingt ein Ton, jetzt verklingt ein Ton*“. Einerseits ist dies ein einfaches Spiel, andererseits ist es bekanntlich nicht so leicht, nur das zu tun, was man gerade tut.

Reddemann (2006) meint, „Gegenwärtig sein ist eines der besten Mittel gegen die Angst, vorausgesetzt, die Gegenwart ist nicht bedrohlich. Wenn wir genau wahrnehmen, was jetzt ist, erledigt sich so manche Angst wie von selbst“.

Rückblickend war diese Phase der Therapie die Vorbereitung für den Hauptteil im therapeutischen Geschehen: die **Aktivierung ihrer Selbstheilungskräfte**. Es stellte sich erst später heraus, dass das tatsächlich musikalisch Wirksame von der Patientin selbst kam: das **Glissandi-Spiel am Xylophon**, während sie Bruchstücke ihrer traumatischen Geschichte erzählt:

Phase 3:

Mit beiden Händen, beide Schlägel haltend, auf- und abwärtsspielend, sodass sich ihre Hände überkreuzten. Anfangs war ihr Spielmuster zögerlich, arhythmisch, nervös wirkend, zäh, depressiv. Doch dann entwickelten sich beinahe unmerkliche Übergänge, die zu etwas Spielerischem und Entspannterem hinführten. Die Bewegungen korrelierten mit ihrem Erzählfluss. Eine Art selbst gewählte „freie Improvisation“, in der sie Vertrauen in ihre eigene Emotionalität gewinnen konnte.

Es scheint, als könne Frau Ü. sich damit beruhigen und sich damit regulieren. Frau Ü. findet während ihrer Musik zu einer reiferen affektiven Haltung und zu einem reiferen sprachlichen Ausdruck. Damit meine ich, dass ihr Weinen und ihre Verzweiflung nicht mehr diesen kleinkindartigen Charakter hatten, und ihrer inhaltlichen Sprache in gewisser Weise schon etwas Reflektierendes innewohnte. Frau Ü. war in dieser Phase der Therapie nicht mehr gänzlich vom traumatischen Geschehen absorbiert. Sie konnte sich ein Stück weit davon distanzieren.

Ein Nebensatz:

Ich frage mich, was es mit dieser Glissandi-Spielweise auf sich hat... Ich erlebe ähnliche heilsame Spielweisen auch bei anderen traumatisierten und nicht traumatisierten PatientInnen, wer weiß, ob diese Spielart nicht auch aus neuropsychologischer Sicht bedeutsam sein könnte und beforscht werden sollte? EMDR (als Form eines beschleunigten Informationsverarbeitungsprozesses) galt auch lange Zeit als unseriös, und jetzt ist diese Methode anerkannt.

Phase 4:

In der 33. Stunde erzählt Frau Ü. mir freudestrahlend, dass ihre Schwester, die in Deutschland lebt, ein Baby bekommen habe. Es sei ein Mädchen. Sie habe nun eine Nichte und sie müsse sie sobald wie möglich sehen. Sie wolle dieses Baby mit all ihrer Kraft beschützen. Niemals soll ihm etwas so Schreckliches wie ihr selber zustoßen.

Frau Ü. ist in dieser Stunde nicht wieder zu erkennen: keine ängstlichen Blicke, keine Schläffheit, ihre Grob- und Feinmotorik hat sich deutlich gebessert. Ich erlebe sie kraftvoller, klarer und sicherer. Ich spüre keine Abwehr und in meiner Gegenübertragung fühle ich mich ausnahmsweise nicht hilflos.

Deshalb frage ich sie, ob sie eine Musik für ihre frische Nichte spielen wolle und dazu ein Instrument für sie aussuchen wolle. Frau Ü. greift spontan zur Mandalaharfe, hält sie vorsichtig wie ein Neugeborenes, und beginnt eine anfangs freie Melodie mit Wiegenliedcharakter zu singen. Danach beginnt Frau Ü., die Musik aus ihrer Heimat strikt abgelehnt hat, ein türkisches Kinderlied zu singen, danach ein österreichisches mit türkischem Text. Sie beginnt zu weinen. Es sind Freudentränen.

Das Lied wurde von der Patientin gewählt. Besonders interessant ist, dass Frau Ü. ausgerechnet die Melodie von „Alle Vöglein sind schon da“ auf Türkisch gesungen hatte, zumal sie sich so vor gewissen Vögeln entsetzlich gefürchtet hatte... Ich begleitete sie instrumental und stimmlich. Sie machte ein wichtiges Lebensthema damit deutlich: ihre Identität als Österreich-Türkin, die in Österreich daheim ist.

In dieser Stunde versteht Frau Ü., dass das Gegenwärtige nicht das Vergangene ist. Sie findet Kontakt zu sich. Sie wird zur Künstlerin ihrer eigenen Geschichte. Sie findet Sinn und fragt daher nicht nach dem Sinn.

Es wäre zu schön gewesen, hätte diese Befindlichkeit aufrechterhalten bleiben können. Frau Ü. konnte nach einigen Wochen zwar deutlich gebessert entlassen werden, litt jedoch weiterhin, wenn auch nicht mehr so stark, an Flashbacks. Diese treten auf, wenn ein Familienmitglied erkrankt und ins Spital muss. Ich sehe sie gelegentlich, wenn sie zu einem ambulanten Termin kommt. Wir lächeln uns dann zu.

Die Fallgeschichte ist hier zu Ende.

Hinzufügen möchte ich, dass selbst gewählte Lieder von traumatisierten Patienten meiner Erfahrung nach – wenn überhaupt – gegen Ende des Therapieprozesses auftauchen. Ich erinnere mich an eine serbische Patientin, ebenfalls mehrfach traumatisiert, die ihre traurige Familiengeschichte im serbischen „Bruder Jakob“ musikalisch erzählt: Es war ihr Bruder, für den sie dieses Lied sang, der sie nicht vor den sexuellen Übergriffen ihres Vaters schützen konnte, und der später im Jugoslawienkrieg ums Leben kam. Sie als seine Schwester lernte in der Therapie verstehen, dass er selber damals zu klein und zu bedürftig war, um sie zu retten. Durch dieses Lied gelang es der Patientin nach sehr langer Therapiezeit, in den Trauerprozess einzusteigen.

Meiner Erfahrung nach hat sich folgende Aneinanderreihung therapeutischer Vorgangsweisen bei schwer traumatisierten PatientInnen bewährt:

1. der sichere Ort
2. die sichere Zeit
3. die Stopp-Regel
4. musikalische „Achtsamkeitsübungen“ auf der Handlungsebene
5. die themenzentrierte Improvisation
6. die freie Improvisation
7. das Singen von Liedern und mitgebrachte Musik aus dem Herkunftsland

Anmerkung: bis mindestens Punkt 5 Stabilisierungsphase; Reintegrationsphase ab Punkt 6/7, danach Neuorientierungsphase.

Nun komme ich zum Schluss und wende mich dem Vortragstitel zu: „Angst ist die Sehnsucht, nicht verletzt zu werden“.

Ich zitiere Stephen Batchelor (2005): „Wir haben ein riesiges Verlangen, kein Unglück zu erleiden. Es ist die grundsätzlich ablehnende Reaktion auf die Gefahren, die das Leben mit sich bringt. Ob ich von Hass verzehrt oder von Zweifeln geplagt werde, in beiden Fällen fürchte ich mich“.

Und weiter heißt es: „...dass in jedem Gesicht das erste unausgesprochene Wort ‚verletz mich nicht‘ steht. Die Wurzeln von Empathie und Mitgefühl [...] liegen in dieser intimen Begegnung, in der wir den anderen wortlos sagen hören: töte mich nicht, missbrauche mich nicht, kränke mich nicht, verschwende nicht meine Zeit, versuche nicht mich zu besitzen, gib mich nicht falsch wieder. – In Augenblicken solcher intimen Begegnungen befinden wir uns in einem freien offenen Raum, in dem man den anderen zugesteht sich auszudrücken (...in Kontakt zu treten mit dem was ist, hier und jetzt)“.

Literaturverzeichnis

- Batchelor, Stephen (2005). *Mit dem Bösen leben*. Berlin: Theseus.
- Priestley, Mary (1983). *Analytische Musiktherapie: Vorlesungen am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reddemann, Luise (2006). Achtsamkeit in der tiefenpsychologisch fundierten Traumatherapie. *Psychotherapie im Dialog*, 7(3), 297-301.
- Schmidbauer, Wolfgang (1998). *Ich wusste nie, was mit Vater ist. Das Trauma des Krieges*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.