

Musiktherapie in der Behandlung psychosomatischer Patienten

Isabelle Frohne-Hagemann

überarbeiteter Vortrag vom 25.10.98 in Zürich anlässlich der Tagung "Musik- und Bewegungstherapie in der Psychosomatik"
erschieden in:

In: *Einblicke*, 1999

und in:

Isabelle Frohne-Hagemann: **Fenster zur Musiktherapie - Musik-therapie-theorie 1976-2001**

Dr. Reichert Verlag, Wiesbaden 2001

Dieser Beitrag besteht aus drei Teilen. Ausgehend von der musiktherapeutischen Realität in einer Klinik möchte ich einige anthropologische Gedanken über Psychosomatik anschließen, um daraus Konsequenzen für die musiktherapeutische Arbeit mit psychosomatischen Patienten abzuleiten. Das Thema ist sehr umfassend und hier sicher nicht erschöpfend zu behandeln. Ich werde mich im letzten Teil daher auf den für die Integrative Musiktherapie typischen musiktherapeutischen Zugang konzentrieren, der vom Leibe ausgeht und die so genannten Widerstände der Psychosomatiker berücksichtigt.

Zur Situation in einer Klinik

Frau Meyer ist zum ersten Mal in der Gruppenmusiktherapie. Sie ist Sachbearbeiterin, 47 Jahre alt, ledig und hat chronische Rückenschmerzen. Sie hat eine lange Patientenkarriere hinter sich mit unzähligen Arztbesuchen. Sie bemüht sich, sehr tapfer zu sein. Herr Müller, 54 Jahre alt und verheirateter Verwaltungsbeamter, ist ebenfalls zum ersten Mal dabei. Er leidet an Kopfschmerzen und hat noch keine psychotherapeutischen Therapieerfahrungen. Der Rest der Gruppe ist schon einige Zeit in der Klinik und miteinander durch diverse Programme relativ vertraut.

Der Musiktherapeut stellt sich vor und erklärt den beiden Neuen, dass sie sich in der Musiktherapie mit Hilfe der Instrumente frei ausdrücken könnten. Frau

Meyer: "ich bin aber hier, damit ich meine Rückenschmerzen los werde, wie soll denn das gehen? Ich kann doch gar kein Instrument richtig spielen und außerdem bin ich völlig unmusikalisch. Das hat der Lehrer in der Schule auch immer gesagt." Der Musiktherapeut beruhigt sie und sagt, die Instrumente seien ganz leicht zu spielen und Vorerfahrungen brauche man nicht. Herr Müller schließt an: "Ist das hier ein Kindergarten? Wozu soll das mit den Instrumenten gut sein? Ich dachte, wir hören hier ganz bestimmte Musik an und dann gehen die Beschwerden weg!" Die Gruppe grinst, das kennen sie und irgendwie haben sie auch noch immer große Vorbehalte gegen diese Musiktherapie. Natürlich, das Spielen bringt manchmal Spaß, das haben sie schon gemerkt, aber was hat das mit ihren Schmerzen zu tun? Und dann soll man immer über das Gespielte reden, aber so ein Zerreden, so finden einzelne, zerstört immer nur alles und bringt nichts. Der arme Musiktherapeut macht darauf aufmerksam, dass die Patienten wohl etwas vermeiden, aber das bringt die Patienten noch mehr gegen ihn auf. Nun wird er von der Atmosphäre ergriffen und gerät selber in eine defensive Haltung. Hilflös wirft er den Patienten schließlich vor, sie seien nicht kooperativ, fühlt sich dabei elend und merkt beschämt, dass er die Therapeutenrolle längst verlassen hat.

Dies ist eine typische Situation. Ich höre in den Supervisionsgruppen, die ich leite, immer wieder, dass die psychosomatischen Patienten **so** schwierig seien. Therapieresistent seien sie sogar. Warum eigentlich? Sind sie das wirklich? Ich meine nein. Ich möchte dies erklären.

Wir Musiktherapeuten sind uns im Großen und Ganzen einig, dass unsere Methode beziehungsorientiert sein muss, einmal, weil das in der Natur der Musik selber liegt, zum anderen, weil wir meinen, dass der psychosomatisch erkrankte Mensch in seiner Beziehung zu seinem Leibe und im Ausdruck nach Außen gestört ist. Wir streben eine intersubjektive Beziehung an und das ist sicher richtig und notwendig. Aber: diese Art Beziehungsorientierung steht ganz im Gegensatz zur Schulmedizin, die zu organischen und psychosomatischen Krankheiten ein eher funktional - sachliches Verhältnis hat. Danach haben Krankheiten eine Ursache und ganz bestimmte Folgen. Sogar die Psychoanalyse und psychotherapeutische Verfahren, die an sich beziehungsorientiert sind, unterstellen in der Regel, dass psychosomatische Beschwerden rein seelische Ursachen haben, dass es also einen

bestimmten, nur verdrängten Grund für das Leiden gibt. Dadurch empfindet sich der Patient aber in die Rolle des Unwissenden gedrängt, der vom wissenden Therapeuten nicht **gehört**, sondern womöglich **verhört** wird. Dann geht er natürlich in den Widerstand oder aber, er idealisiert den scheinbar "Wissenden", dass der es schon richten wird. Die intersubjektive Beziehung ist dann in weiter Ferne.

Der psychosomatisch erkrankte Patient befindet sich allerdings auch zu sich selbst in einem dualistischen Haben- Modus, nicht im Seins - Modus. Seine Erkrankung bewirkt, dass er einen Körper *hat*, dass er Kopfschmerzen *hat*. Wenn nur die Kopfschmerzen, die Rückenschmerzen, die Magen-Darm-Beschwerden nicht wären, dann würde er sich ja ganz prima fühlen. Der Patient erwartet vom Arzt, dass mit ihm etwas gemacht wird. Diese Einstellung wird ganz selbstverständlich auch auf den Musiktherapeuten übertragen. Der Musiktherapeut soll das Problem mit Musik lösen, möglichst sachlich und funktional. Bei der Weltanschauung, die Herr Müller hat, wäre folgende Verordnung -und hier sei ein wenig Ironie erlaubt- angemessen: "Also Herr Müller, bitte jeden Tag 2x 10 Minuten einen leicht verdaulichen Mozart hören, vor dem Frühstück und dann noch mal vor dem Zubettgehen. Zum Abführen bitte noch einen Wagner (wegen des Erlösungsgedankens...) oder deutsche Schnulzen bis zum Erbrechen".

Spaß beiseite. Ernst ist, dass allen unklar ist, was das eigentliche therapeutische Thema ist. Es gibt ja zwei Zielvorstellungen, die einander auszuschließen scheinen. Folglich gibt es kein gemeinsames Ziel. Konsequenz: **zu Recht** ist der Patient misstrauisch, wohin das Ganze führen soll und sieht keinen Sinn in der Therapie. Der Patient fühlt sich nicht verstanden. Und wird auch nicht verstanden. Der Patient sagt oft: „das Spielen war ja ganz schön, aber das Reden darüber hat nichts gebracht.“ Bleibt aber die Gegensätzlichkeit der Erwartungen und Hoffnungen unbewusst, werden weder Ko-respondenz- noch Konsensprozesse möglich. Diese aber sind Voraussetzung für eine gemeinsame Sinnfindung und damit für das Verstehen von Bedeutungen.

Zum Problem der Psychosomatik

Über das Leib- Seele - Problem haben sich schon seit jeher die Gelehrten "den Kopf zerbrochen". Und zwar buchstäblich, weil sich unser Denken und

Empfinden in eine Antinomie aufspaltet, sobald wir uns dem Leibe reflektierend zuwenden. Ein Mensch, der spielt, oder der handelt, fragt ja nicht, ob er gerade als Leib oder als Seele "leibt oder lebt": er "leibt **und** lebt". Aber sobald wir nachdenken: "huch, das ist ja meine Hand, komisch, dass die mir gehört", dann **sind** wir nicht die Hand, sondern wir **haben** eine. Zwischen diesen Positionen wechseln wir ständig hin und her.

Diese Antinomie zwischen **ich bin mein Leib** und **ich habe einen Leib** ist für den Menschen normal, nicht krankhaft. Wir sind immer in die Polarität von **sein und haben** eingebunden und eine vollkommene Identität von Ich und Leib ist geheimnisvollerweise nur in Momenten vorhanden. Wir finden sie nur im vollkommenen Aufgehen des Ichs im Tun, beispielsweise im Musizieren oder in der Sexualität.

Herbert Plügge (1985, 107) wies einmal auf die Doppeldeutigkeit des Satzes hin: "Ich fühle mich nicht wohl". Wir sagen ja auch "ich fühle mich nicht gut" oder "ich fühle mich schlecht". Das sagt man so, wenn es einem nicht so gut geht und meint damit, dass man sich "irgendwie" unbehaglich fühlt. Man fühlt sich **insgesamt** unwohl. Gleichzeitig sagt der Satz aber auch aus, dass man **sich selbst** einfach nicht sehr gut fühlen kann, dass man also nicht in Kontakt mit sich selbst ist. Es ist merkwürdig: **erst, wenn ich mich nicht fühlen kann, wenn ich mich, mein Leibselbst verliere, erst dann merke ich, dass ein gewisser Mangel entsteht**. Mir **fehlt** dann etwas. Früher wusste der Arzt das: "Was **fehlt** uns denn?", fragte er. Heute fragt er eher: "Was **haben** wir denn?". Das ist falsch, denn Krankheit ist zuerst Mangel.

Krankheit entsteht, wenn das normale fließende Hin- und Her zwischen Selbstentfremdung und Wiedervereinigung von Ich und Leib stagniert. Solange es noch bei einem "sich **irgendwie** schlecht fühlen" bleibt, gibt es dieses Fließen noch. Obwohl eingeschränkt, fühlt man immerhin noch. Fließt es jedoch nicht mehr, sondern fixiert sich unser Gefühl des Mangels, dann erst kommt es tatsächlich zur Entwicklung konkreter Symptome, die wir dann auch **haben**: Migräne, Bauchweh, Rückenschmerzen. Das Körperliche verselbstständigt sich gewissermaßen. Aber - merkwürdig ist das schon- erst durch diese Distanz zum körperlichen Symptom

fühlen wir, dass wir **überhaupt** einen Kopf, einen Bauch oder eine Wirbelsäule **haben**. Die Befremdung, dass wir uns mit unseren schmerzenden Körperteilen und Organsystemen nicht mehr identifizieren können (die Rückenschmerzen haben ja gefühlsmäßig gar nichts mit **mir persönlich!** zu tun), dieses Befremden oder dieses sich befremden lassen, das lässt uns uns selber ganz anders erfahren. Er lässt uns erfahren, dass der kranke Körperteil allmählich immer mehr Macht über uns gewinnt, bis **er** uns schließlich durch die Schmerzen eindeutig beherrscht und foltert. Therapeutisch gesehen wäre es ein großer Gewinn und Fortschritt, wenn wir jedenfalls sagen könnten "ich **habe** den Schmerz und ich kann ihn kontrollieren". Das muss sich der Musiktherapeut, der immer sofort Beziehung und die Ich-Leib-Wiedervereinigung im Musizieren im Visier hat, wirklich einmal klar machen!!! Deshalb muss auch jede Therapie mit psychosomatisch Erkrankten von der Tatsache ausgehen, dass man eben ein Leiden **hat** und mit diesen weder identifiziert ist noch identifiziert sein will!

Dieter Wyss hat in seinem bemerkenswerten Buch: "Erkranktes Leben - kranker Leib" sehr schön den Zusammenhang zwischen organisch nachweisbaren und noch nicht nachweisbaren, Störungen beschrieben.

Er lässt uns psychosomatische Erkrankungen aus der Sicht des Organismus verstehen. Der Organismus entspricht unserem Leib-Begriff in der Integrativen Therapie, wonach der Leib als Einheit von Körper, Seele und Geist in seinem Kontext und in seiner Geschichte verstanden wird. Der Organismus ist ein Ganzes, dessen Teilsysteme miteinander und zum Ganzen in ständiger Kommunikation stehen. Alles steht mit allem und zum Ganzen in ständiger Wechselbeziehung. Wyss spricht nun von **Funktionsstörungen**, wenn der Organismus und seine Teile zunehmende Schwierigkeiten haben, sich jeweils polar zum übergeordneten Ganzen und den Teilen zu verhalten. Die Fähigkeit, im Ganzen des Organismus **gegensätzliche (aber einander bedingende) Funktionen** einzunehmen, beruht auf dem Prinzip der Polarität. Ich selber habe dies auch als "**rhythmische Spannungsfeld polarer, d.h. aufeinander bezogener Kräfte**" bezeichnet (Frohne, 1981). Das rhythmische Zusammenspiel polarer Kräfte ist die Grundlage unseres Lebensflusses. Eine Störung der Polarität bedeutet immer Zusammenbruch antagonistischer Kräfte und dadurch Verlust der Finalität (der Zielorientierung).

Bei guter Gesundheit besteht ein Primat der Funktionen gegenüber morphologischen Veränderungen. D.h. die Funktionen bestimmen die Prozesse im Leibe, seine Gestalt und Form. Aber bei Verlust des polaren Zusammenspiels antagonistischer Funktionen verliert die Funktion ihr Vermögen, die Morphologie zu übersteigen und das bedeutet, dass sich morphologischer Prozesse auf eine krankhafte Weise verselbstständigen. Dies zeigt den Beginn eines **nachweisbaren Krankheitsgeschehens** an. Dies ist ein sehr wichtiger Gedanke! Bevor also eine Erkrankung psychosomatisch oder somatopsychisch zum **Ausbruch** kommt, müssen primär die organismisch - biologischen Möglichkeiten der Auseinandersetzung des Fließgleichgewichts, d.h. die Möglichkeiten der Erhaltung der Balance zwischen verschiedenen Funktionskreisen beeinträchtigt oder eingeschränkt sein. Ein Verhalten, das durch Kommunikation die polaren Beziehungen zum Ganzen und zwischen den Teilen schließlich überhaupt nicht mehr herstellen kann, zeigt sich in nachweisbar anatomisch-morphologisch geschädigten Organen. Eine Regeneration fällt dann weg. Wir sehen also, wie sich dann etwas verselbstständigt und wie wir darüber die Kontrolle verlieren. **Das Kranke fehlt uns in unserem Fühlvermögen.**

Dies erklärt die Spanne zwischen dem Leiden mit und ohne organischen Befund. In anderen Worten: solange die Funktion noch Sinn macht (solange z.B. der Kopfschmerz der Notwendigkeit dient, sich zu entspannen als adäquate Antwort des Organismus auf Stress), liegt kein organischer Befund vor, zumindest ist eine psychosomatische oder somatopsychische Reaktion reversibel. Ist aber die Funktion nicht mehr sinnvoll und erkennbar, weil sie den Kontakt zum Ganzen verloren hat, verselbstständigt sich das organische Geschehen und verläuft in Bahnen, bei denen eine Störung die andere nach sich zieht. Nebenwirkungen haben Nebenwirkungen haben Nebenwirkungen...

Wyss sagt, dass solche dynamisch dekompensierenden Verläufe den Endsymptomen einen zum großen Teil zufälligen Charakter verleihen. Das Symptom folgt bestimmten "Richtungen, 'Umschaltstellen', Verknotungen. Ein organischer Befund, der nichts mehr mit der ursprünglichen Funktionsstörung zu tun hat, bewirkt schließlich, dass der Patient das Opfer seiner eigenen missglückten Kompensationsversuche wird.

Was wir als Folge einer bestimmten Ursache ansehen, ist sie also vielleicht gar nicht.

Das bedeutet, dass übliche Festschreibungen wie "**der** Ulcus-Patient", "**der** Hypertoniker" usw. zu falschen Schlussfolgerungen führen, weil ein Ulcus oder eine Hypertonie nur "differenzialdiagnostisch konstruierte Endstadien von funktionell - komplexen, gestörten Zusammenhängen ...sind".

Ob es in der Psychoanalyse und Psychotherapie sinnvoll ist, von einer psychosomatischen Persönlichkeitsproblematik oder von einer psychosomatischen Persönlichkeitsstruktur oder von einer pathologischen, in der frühen Kindheit erworbenen 'Disposition' zu sprechen, muss dringend neu diskutiert werden. Psychosomatisch erkrankte Menschen sind nicht zwingend frühgestört!!! Es ist fraglich, ob jemand auf Grund einer präödipalen Mutterfixierung ein Ulcus duodeni hat bzw. ob jemand, der ein Ulcus duodeni hat, auch eine präödipale Mutterfixierung hat. Wyss wendet sich gegen ein solches kausales Denken und das kann ich nur voll unterstützen. Er schlägt vor, statt von Ursachen von **Bedingungen** zu sprechen. Bedingungen, die zu einer Erkrankung führen **können**, sind z.B. "Risikofaktoren" wie Mangel an Liebe und Geborgenheit, Mangel an Grenzsetzungserfahrungen, Stress, Überarbeitung, Mobbing, Naturkatastrophen, Ernährungsfehler, Rauchen, usw.. Dies sind aber keine Letzt-Ursachen".

Die psycho-somatische Identität des Menschen wird durch das Gesamt der biologischen, sozialen und mentalen Funktionsfähigkeit des eigenen Leibes getragen und gestaltet. Man kann von "*biopsychosozialen*" Säulen der Identität sprechen. Wenn eine der im Lebensverlauf gewachsenen Säulen der Identität funktionsuntüchtig wird, hat dies auch Einfluss auf alle anderen und auf das Ganze. Wir müssen daher bei psychosomatischen Erkrankungen alle Verknüpfungsmöglichkeiten innerhalb der biologischen, sozialen und mentalen Systeme berücksichtigen und schauen, welche Bedingungen zum Zusammenbruch einer oder mehrerer Säulen und Funktionskreise führen. Dann müssen wir schauen, welche Kompensationsversuche der Organismus unternommen hat und welche von diesen Versuchen wann und wie dysfunktional geworden sind und sich gegen uns wenden und uns leiden lassen statt zu heilen und sich ins "heile Ganze" einzuordnen.

Missglückte Kompensationsversuche finden auf der vegetativen Ebene des emotional stummen Stoffwechsels (z.B. hormonelle Entgleisungen), auf der Ebene des bewussten Erlebens (z.B. Störungen der Wahrnehmung, der Empfindung und der Bewegung) sowie drittens auf der Ebene, die über das Binde- und Stützgewebe, Atmung und Kreislauf zwischen Innen und Außen vermittelt. Die zahlreichen Wechselwirkungen zwischen diesen Ebenen erschweren es, eindeutige psychische oder somatische Ursachen zu finden. Was wir aber versuchen können, ist, gestörten Polaritäten über das Wahrnehmen, Fühlen und Ausdrücken wieder eine Zielrichtung zu geben.

Was hat das nun für Konsequenzen für die Musiktherapie von psychosomatischen Patienten?

Musik ist ein leibmusikalisches Phänomen, das alle drei Pole des Organismus betrifft: das Vegetative durch die Schwingung, das emotionale Erleben und den Ausdruck sowie die Vermittlung zwischen beiden durch Atmung, Puls, Bewegung. Musiktherapie hat den großen Vorzug, biopsychosoziale Funktionsstörungen auf all diesen Ebenen behandeln zu können. Ich möchte mich hier konzentrieren auf die Darstellung der Musiktherapie, die gestörten Polaritäten über das leibliche Wahrnehmen, Vorstellen, Fühlen und Ausdrücken wieder eine Zielrichtung geben will, um Funktionskreise wiederherstellen zu können. Ich gehe hier also nicht auf spezielle Methoden ein wie z.B. vibroakustische Massage nach Skille.

Schauen wir nochmal bei unserer Musiktherapiegruppe in der Klinik rein. Frau Meyer und Herr Müller erscheinen im Widerstand. Wir wollen sie dort abholen, wo sie stehen und wir wollen deren Welterfahrung ernst nehmen. Der Musiktherapeut verzicht also darauf, **sofort** Kontakt- und Beziehungsarbeit anzubieten. Er wird **nicht** sofort und unbedingt ein gemeinsames Improvisieren anbieten und er wird darauf verzichten, Deutungen zu geben. Hier würde er sonst Gefahr laufen, die psychosomatische Erkrankung wie eine neurotische Störung zu behandeln. Warum wehren sich die PatienInnen denn gegen das Improvisieren? Wenn sie schon unbefangen erleben sollen, wollen sie sicher nicht gleich das Erleben in Schublädchen gesteckt bekommen. Im Übrigen haben sie meistens auch wenig Erfahrungen im differenzierten Erleben eines Klanges oder mit emotional

differenzierter Klanggestaltung und brauchen deshalb zunächst eine gewisse Hilfe, um überhaupt dahin zu kommen.

Ein funktional gut strukturierter Beginn ist entscheidend, um ein Vertrauensverhältnis aufbauen zu können. Wichtig ist es meiner Erfahrung nach, vom Leibe auszugehen, den die PatientInnen **haben**. Das anschließende Spielen und Improvisieren gelingt am besten über das "Instrument" als Übergangsobjekt und Stellvertreter des eigenen Körpers. Hier ein möglicher strukturierter Ablauf:

- ◆ **Awareness - Übungen:** wir lassen Frau Meyer und ihre Gruppe zunächst den eigenen Körper im Gehen, Stehen, Sitzen und Liegen bewusster wahrnehmen und erfahren: wir fragen nach Haltung, Tonus, Gleichgewicht, Unterschiedlichkeit der Körperseiten und -regionen, momentaner Befindlichkeit, momentanem eigenen Tempo, Bedürfnis nach Handlungsraum, usw.. Die Patienten können sich darüber untereinander austauschen . Im nächsten Schritt werden die PatientInnen eingeladen, aufzustehen und sich zwanglos in den Raum zu bewegen, um
- ◆ **ihren Leib in der Bewegung zu erleben** , z.B. zu einer geeigneten langsamen Musik (z.B. "Des pas sur la neige" von Debussy) einzelne Gelenke und andere Körperteile wie z.B. die Nasenspitze bewusst als **Führungspunkte** wahrnehmen und diese Bewegungen anführen lassen. Die Körperteile werden gewissermaßen für die Bewegung verantwortlich und das Ich muss sich nur führen lassen. Diese Übung aus der Rhythmik verhindert, dass der Patient sich unter Leistungsdruck gerät, **sich** bewegen zu sollen. Das hilft, sich weniger gehemmt zu bewegen. Es macht auch Spaß.
- ◆ **Passive Entspannung, Vertrauensübung:** A. ist die Marionette von B. B. bewegt den sitzenden A. zu einer Musik (z.B. "Les danseuses de Delphes" von Debussy).mit Hilfe von Seilen . Auch hier gibt A. die Verantwortung ab und lässt B. den "Fremdling" Körper führen. Nun könnte ein Übergang zum Körperinstrument anschließen.
- ◆ **Eine leibliche Selbstexploration** erfolgt durch Erforschen, Berühren, Beklopfen, Streicheln der einzelnen Körperteile. Wie klingt denn der eigene Körper an den verschiedenen Stellen? Wie hat er es gern? Anschließend werden die Gruppenmitglieder eingeladen,

- ◆ für den eigenen **Körper ein passendes Instrument** zu suchen, das im Klang oder von der Form, Haltung oder von der Art der Klangerzeugung her (gestrichen, geschlagen, etc.) **stimmig** ist.
- ◆ Dieses Instrument will ertastet, befühlt und so zum Klingen gebracht werden wie man selber gerne gespielt, sprich: behandelt werden möchte. Geschlagen? Geklopft? Gestrichen? Sanft berührt, kräftig angepackt? Mal so oder so??
- ◆ Hierüber wird man sich in der Gruppe ausführlich austauschen.

Durch ein solches Vorgehen wird eine Beziehung zwischen Bewusstsein (Ich) und Leiblichkeit (Selbst), und zwischen verschiedenen organismischen Polen (Wahrnehmen, Fühlen, Orientieren, Erinnern), hergestellt. Der Körper wird als **Instrument** erfahrbar (das Wort "Instrument" bedeutet ja "Mittel, Gerät, Werkzeug", "feines Werkzeug" oder auch "Ausrüstung"). Ich muss auf mein Instrument, sprich meinen Leib, lauschen, ihm zuhören, seine Gesetze achten und horchen wie es bzw. ich selbst, berührt, gestreichelt, beklopft werden will, um zu klingen. Und wenn ich ausdrücken will, wie ich gestreichelt werden will, muss ich mit dem Material in Ko-Respondenz stehen. In diesem Tun werden in den Archiven des Leibes die mnestischen Speicher, Gedächtnisspeicher geöffnet und alle Erfahrungen zum Thema " stimmig oder unstimmig behandelt werden", verstimmt sein, usw. usw. werden atmosphärisch aktiviert. Ja, wie **werde** ich denn tatsächlich heute von meinem Umfeld behandelt und wie gehe ich mit mir selber um? Was muss geschehen, dass ich zufrieden klingen kann? Frau Meyer findet vielleicht, dass sie immer falsch behandelt wurde und dass sogar der Lehrer sie in ein Kästchen stecken wollte, wenn er sie als unmusikalisch abstempelte. Dabei liebte sie es, einfach mal auf die Pauke zu hauen! Herr Müller findet vielleicht, dass er vom Chef nicht richtig behandelt wird. Es wird eine Beziehung zum Leiden und zum Schmerz angebahnt. Solcherart Beziehungsaufnahme ermöglicht Auseinandersetzung.

Frau Meyer wird die **zunächst verdinglichende** Beziehungsaufnahme zum Instrument eher akzeptieren als die Aufforderung zum Spiel. Sie kann sich mit dem Instrument identifizieren, ohne Gesicht zu verlieren. Es ist eben das **Instrument**, mit dem sie etwas erlebt. Über die Erfahrungen mit dem Instrument kann sie in Ko-Respondenzprozesse treten, sich austauschen über die Handhabung der Materie, wie schwer das doch ist, nicht richtig behandelt zu werden, das arme Instrument, der

arme Spieler, der sich abmüht, dem Instrument gerecht zu werden oder wie gut es tut, dieses Instrument mal so richtig fertigmachen, dass es vor Schmerzen schreit und heult, so wie man eben auch selber leidet. Und alles dies hat noch gar nichts mit Musik zu tun, sondern nur mit der Beziehung zum Körperlichen, zum Sinnlichen. Aber es schafft Beziehung und stellt Zusammenhänge her.

Um einen Übergang vom Instrument zum **aktiven** Ausdruck zu finden, der nicht aufgesetzt wirkt, leite ich auch sehr gerne Fantasiereisen an, die einen symbolischen Zugang zum eigenen Leibe finden lassen. Ich lasse zum Beispiel nach einer kleinen Entspannungsübung Bäume, Pflanzen oder Gebäude visualisieren, die als **Metapher für unsere Leiblichkeit** stehen. Hier ein Modell, das den Leser mit einem kleinen Augenzwinkern zur Visualisierung von Gebäude-Metaphern für die eigenen Leiblichkeit anregen könnte.



Bild 1 (früheres Finanzministerium in der Wilhelmstr. zu Berlin)

Bild Nr. 1 zeigt ein Gebäude, das recht kompakt und solide ist und möglicherweise von Patienten mit einer "Festungs"-Einstellung oder einer "Unternehmer"-Mentalität oder einer "Beamten"-Mentalität, ua. visualisiert werden könnte. Natürlich könnten

Patienten auch dem Bedürfnis innerer Heimat, Rückzug ins Private entsprechen, indem sie ein typisches Einfamilienhäuschen visualisieren. Verwüstete Gebäude würden möglicherweise von entsprechend sanierungsbedürftigen Patienten visualisiert werden, bei denen schon sehr viele Funktionen zusammengebrochen sind. Gebäude als Ausdruck unserer Leiblichkeit können so viele Gesichter (Fassaden) und Innenräume haben wie es Menschen gibt.

Will man nun mit diesen Metaphern arbeiten, so kann man die Patienten bitten, sich in das von ihnen visualisierte Gebäude zu begeben und sich -falls man beispielsweise von vornherein das Ganze so anlegt, dass die Leiblichkeit als eine Art Konzern visualisiert werden soll- mit den Abteilungen vertraut zu machen.

Im Obergeschoss des Gebäudes könnte man die Etage der **Unternehmensführung** visualisieren, da sitzt das Ich oder das Bewusstsein, und dann gibt es verschiedenste bekannte oder verborgene Abteilungen, die bei jedem ganz anders angelegt sein mögen. Es könnte beispielsweise bei dem einen eine Abteilung für **Kummer und Harm** und/oder eine Abteilung für **Schuld und Sühne** geben, bei einem anderen ist die Abteilung für **Handlungsfreiheit** von besonderer Bedeutung oder die **Lustzentrale** im Erdgeschoss. Interessant ist sicher immer auch die Abteilung für **Chemie und Vegetation**: unser Vegetativum!! Man könnte vielleicht noch Abteilungen für **Herzensangelegenheiten und Beziehungen, Forschung und Bildung, Führungszeugniserteilung**, usw. usf. ausfindig machen. Die Liste der Abteilungen ist natürlich nicht vollständig. Jeder Patient wird herausfinden, wie viele Abteilungen er hat und ob die alle gut funktionieren und kooperieren.

Wie gehen wir vor?

- Die Patienten machen nach einer **Entspannungsübung und Besinnung** (im sitzen oder liegen) nun eine Fantasiereise in den eigenen Leib, den sie sich aber eben als ein Gebäude eigener Wahl vorstellen sollen. Sie können sich natürlich ein ihnen bekanntes Gebäude vorstellen. Dazu stellen sie sich eine Musik vor, die wie im Film die Atmosphäre des Gebäudes anklingen lässt. Sie können dann den Chef bzw. die Chefin in der Chefetage aufsuchen und zuhören, wie die Filmmusik dort atmosphärisch klingt: ruhig, gesammelt, feierlich, erhaben, großartig oder hektisch, unkoordiniert, ängstlich, oder wie? Der Musiktherapeut

gibt solche Kategorien vor, damit die Patienten Anhaltspunkte bekommen und kreativ werden können. *Wie erlebt Frau Meyer ihre eigene Chefetage? Ist die Stimmung patriarchalisch oder teamorientiert, partnerschaftlich oder autoritär, hat die Chefin den Überblick, kümmert sie sich um die Angelegenheiten ihrer Abteilungen oder überlässt sie diesen alles und denkt nur daran, ihr Unternehmen günstig zu verkaufen und sich aus allem herauszuhalten?* Das werden wir Frau Meyer hinterher fragen.

Wir regen die Patienten an, sich zu fragen wie es wirtschaftlich und personell so läuft und ob ein Problem vorliegt. *Wie würde das Problem klingen? Welches Instrument, welche bekannte Musik, welcher Liedtext, welcher Klang könnte das Leiden, das Ziehen, das Pochen, das Zerren, das Hacken oder was es sonst ist, ausdrücken? Frau Meyer wählt vielleicht später in der aktiven Bearbeitung das Schlagzeug (als Symbol für Standhalten, sich wehren müssen) und wird den anderen Gruppenmitgliedern Instrumente zuweisen, die Kräfte repräsentieren, die sie bedrohen: jemand schlägt, jemand pickt.*

Mitarbeiterinnen und AbteilungsleiterInnen (wie viele gibt es denn?) zusammentrommeln zu lassen (wer arbeitet eigentlich woran und wofür?), einen Blick auf die Empfangsdame, die Telefonzentrale, die Abteilung für Kummer und Harm, die Abteilung für Handlungsfreiheit, usw. zu werfen, das eigentliche Anliegen des Unternehmens zu überprüfen, wohin es steuern will, ob es produktiv ist oder stagniert, ob es Konkurrenz oder Streit unter den eigenen Mitarbeitern gibt, ob irgendwo ein schwaches Glied ist. Kümmert sich der Hauspsychologe um die seelischen Bedürfnisse und Wünsche der MitarbeiterInnen, was würde der Haus-Musiktherapeut raten, hat der Haus-Jurist noch den Überblick über Recht- und Schuldfragen, Einhaltung von gesellschaftlichen Normen? *Wo sind noch energetische Ressourcen, wo gibt es rhythmische Mängel, wo klappt die (musikalische) Zusammenarbeit nicht, etc. Was fehlt da? Wer und was müsste Hilfestellung bekommen?*

➤ **Focussierung auf Schmerzen**

Der Chef oder die Chefin kann nun fragen, wer für das bestimmte Problem zuständig ist. *Frau Meyer könnte ihre Mitarbeiter fragen, welcher Mitarbeiter oder welche Abteilung für Rückenschmerzen zuständig ist und dem zuständigen Mitarbeiter oder Abteilungsleiter dorthin folgen.*

Welche Frage hat der Chef/die Chefin an die Abteilung? Diese will gut überlegt sein. Es ist eine Frage an das Unbewusste über das, was die Funktionsstörungen ausgelöst hat und was notwendig ist. *Die Frage kann musikalisch gestellt werden. Wie klingt sie? Und gibt damit schon eine Antwort. Wovor will der Schmerz schützen, was soll verhindert werden, worauf will der Schmerz aufmerksam machen?*

Nun wird der Chef/die Chefin die Abteilung besuchen. Die Patienten stellen sich vor, wie in der betreffenden Abteilung gearbeitet wird und hören innerlich die dazugehörige Musik, so als ob jemand eine Filmmusik mitlaufen lässt. Muss der Chef/die Chefin Töne zur Kenntnis nehmen, die er/sie nicht gerne hört und sieht oder muss er/sie selber eingreifen und die Musik neu gestalten?

➤ **Aktiver Ausdruck durch Improvisation**

Der anschließende Austausch über die Erfahrungen von Kakophonie, schlechtem Zusammenspiel oder Wohlklang gibt Hinweise, über die die Patienten nachdenken können. Warum klingt es in der Abteilung "allgemeine Handlungsfähigkeit" so gebremst, so vorsichtig, so gedrückt, so entsetzlich traurig, mutlos, oder so?

- Die Gruppe kann jetzt ein **Klangbild** musikalisch fertigen. *Frau Meyer gibt den Gruppenmitgliedern als Mitarbeiter der Abteilung Spielanweisungen dafür, wie ihr eingeschränkter Bewegungsapparat z.Z. klingt und wie er klingen könnte.* Sie setzt also ihre innere Vorstellung um und bringt die gequälte Gefühlsebene und die antizipierte Heilung musikalisch zur Sprache, d.h. sie stellt eine Beziehung nach Außen her und macht damit einen Kontext mit-teilbar. Die Gruppe kann ihre Gefühlswelt nun teilen, bekommt

Zeugenfunktion. Es ist eine unendlich wichtige Erfahrung, sich auf diese Weise verstanden zu fühlen.

◆ **Gruppenimprovisation**

Nun könnte die Gruppe ihr eine **Balsammusik** spielen, welche wirklich tröstet , weil sie aus dem gemeinsamen Verstehensprozess entwickelt ist und so Geborgenheit vermittelt. Dies spiegelt der Patientin ihr Leid, aber auch eine andere Sichtweise auf den Schmerz.

Jetzt improvisiert die Gruppe mit einer Intention, die Musiktherapie sinnvoll erscheinen lässt. Spätestens hier werden nun auch Improvisationen interessiert aufgenommen, die den Schwerpunkt auf Beziehungsarbeit legen. Sie kennen selber sicher viele Möglichkeiten, weiter zu arbeiten.

Abschließend sei bemerkt, dass es sicher nicht leicht ist, einen "psychosomatischen" Zugang zum Patienten zu finden, der ihn nicht in vorgefasste Interpretationssysteme hinein presst, sondern der phänomenologisch vom Leibe ausgeht, und dem Patienten die Freiheit lässt, selber herauszufinden, wie er "gestrickt" ist und warum welche Maschen und Muster nicht in Ordnung sind. Musik als leibmusikalische Möglichkeit, im Hier und Jetzt das Zusammenspiel der drei organismischen Pole zu erleben und Gestörtes wieder zum Zusammenklang zu bringen, ist für mich ein gangbarer und kreativer Zugang zum Leiden und zu sich selbst.

Literatur:

- Frohne, I. (1981): Das Rhythmische Prinzip- Grundlagen, Formen und Realisationsbeispiele in Therapie und Pädagogik., Eres Verlag, Lilienthal
- Plügge, H.(1985) : Über das Verhältnis des Ichs zum eigenen Leib. In: Petzold, H. (Hrsg.): Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven, Junfermann
- Wyss, D. (1986): Erkranktes Leben, kranker Leib- Von einer organismusgerechten Biologie zur psychosomatischen Pathophysiologie, Bd. II, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen