

GraduierungsArbeiten

zur "Integrativen Therapie"
und ihren Methoden

Aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit
und dem "Fritz Perls Institut für Integrative Therapie"

01 /2007

„Mit anderen Ohren sehen“-
Integrative Gruppenmusiktherapie in der Psychosomatik
unter besonderer Berücksichtigung von
PatientInnen mit Essstörungen*

eingereicht von: *Ulrike Beise***

Herausgegeben durch den Prüfungsausschuss der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit
von Prof. Dr. mult. Hilarion Petzold, Dr.med. Susanne Orth-Petzold, Dipl.-Sup. Prof. Dr. Waldemar Schuch, MA,
Prof. Dr. Johanna Sieper

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.
Redaktion: Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Wefelsen 5, 42499 Hückeswagen
e-mail: Forschung.EAG@t-online.de

Copyrightinweis: Mit der Veröffentlichung gehen sämtliche Verlagsrechte, insbesondere das der Übersetzung, an die FPI-Publikationen, D-40237 Düsseldorf. Auch der Auszugsweise Nachdruck bedarf der schriftlichen Genehmigung.

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>)

** Scillawaldstr. 57, 70378 Stuttgart

1. Einleitung

2. Essstörungen

- 2.1. Anorexia nervosa (Magersucht)**
- 2.2. Bulimie (Ess-/Brechsucht)**
- 2.3. Sonstige Essstörungen**
- 2.4. Erklärungsansätze /Ätiologie**
- 2.5. Saluto- und Pathogenese in der Integrativen Therapie**

3. Integrative Therapie als Verfahren

- 3.1. Anthropologische Grundannahme**
 - 3.1.1. Kernkonzept des informierten Leibes**
 - 3.1.2. Kernkonzept des komplexen Lernens**
 - 3.1.3. Kernkonzept der prozessualen Diagnostik**
 - 3.1.4. Kernkonzept „Vier Wege der Heilung und Förderung“**
- 3.2. Gruppenprozessanalyse in der Integrativen Therapie**
- 3.3. Weibliche Identität in der Integrativen Therapie**

4. Therapeutische Grundlagen der Integrativen Musiktherapie

- 4.1. Integrative Musiktherapie in den verschiedenen Modalitäten**
- 4.2. Integrative Musiktherapie und das tetradische System**
- 4.3. Integrative Musiktherapie und der Begriff des Widerstandes**
- 4.4. Integrative Musiktherapie bei psychosomatischen Störungen
- hier mit PatientInnen mit Anorexie und Bulimie**

5. Diakonie - Klinikum Stuttgart

- 5.1. Schwerpunkte der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**
- 5.2. Struktur und Team**
- 5.3. Behandlungskonzept und therapeutische Angebote**

6. Integrative Musiktherapie im Diakonie Klinikum Stuttgart

- 6.1. Formales und inhaltliches Setting**
- 6.2. Musiktherapeutische Gruppentherapie in der Zeit vom
18. September bis 21. Dezember 2006**
 - 6.2.1. Vorbemerkungen**
 - 6.2.2. Beschreibungen der TeilnehmerInnen**
 - 6.2.3. Verlaufsbeschreibung**

7. Reflexion

- 7.1. Die musiktherapeutischen Interventionen**

- 7.2. Die wirkenden Faktoren**
- 7.3. Wege der Heilung und Förderung**
- 7.4. Therapeutischer Arbeitsstil**
- 7.5. Der Gruppenprozess**
 - 7.5.1. Hermeneutische Spirale**
 - 7.5.2. Perspektiven des Gruppenprozesses**
 - 7.5.2.1. Gruppenstabilität, Gruppenidentität und Kohäsion**
 - 7.5.2.2. Kontinuität**
 - 7.5.2.3. Diskursivität, kommunikative Kompetenz und Performanz**
 - 7.5.2.4. Themenentwicklung**
 - 7.5.2.5. Gruppenklima, Gruppenbewusstheit, Exzentrizität**
 - 7.5.2.6. Social worlds, Werte und Normen**
 - 7.5.2.7. Rolle, Position, Rollenkonflikt**
 - 7.5.2.8. Kontext, social affordances**
 - 7.5.2.9. Übertragungsdynamiken, empathische Resonanz und Beziehungsrealität**
 - 7.5.2.10. Probleme, Ressourcen, Potentiale, Ziele**
 - 7.5.2.11. Ausgangslage und Rahmenbedingungen**
 - 7.5.2.12. Methoden, Techniken, Medien, Modalitäten**
 - 7.5.2.13. Metaperspektive: Richtziele, Prinzipien, Grundannahmen**

8. Reflexionen der PatientInnen

Literaturliste

Tonträger (Aufnahme vom 28.09.06, siehe S.40)

1. Einleitung

„Frauen sollen sich verdünnisieren in unserer Gesellschaft“ sagte Alice Schwarzer im SWR - Nachtcafe am 5.01.07 zum Thema Anorexie. Weiterhin meint sie, dass Magersucht die Sucht der Frauen in unserer modernen Welt ist, noch vor Alkohol und Drogen.

„Fasten ist besser als Völlerei“ – könnte der Kernsatz vieler Magersüchtiger sein. Dieser und andere Sätze zur Lebenseinstellung sind nicht unüblich für junge Frauen, die sich das Essen verbieten und dem Schlankeitswahn hinzugeben scheinen. Seit drei Jahren arbeite ich als Musiktherapeutin im Diakonie - Klinikum Stuttgart in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Innerhalb dieses Arbeitskontextes ist mir noch einmal deutlich geworden, wie weit die Sprache meist negativ angedeutete Mahnungen in Hinblick auf das Essen in sich birgt. „Man hat an manchem schwer zu kauen“, „etwas ist schwer zu schlucken“, „man beißt sich die Zähne aus“ oder „die Zähne zusammen“. All diese Sinnsprüche deuten auf schwierige Lebensumstände hin, auf durchhalten, aushalten, auf alle Fälle auf etwas, wo das genießen zu kurz kommt. Natürlich kann ich mir auch etwas „auf der Zunge zergehen lassen“, aber nur, wenn es fettarm und gesund ist (siehe Werbung). Mir ist in den ersten Monaten meiner Arbeit genau dieses als erstes aufgefallen, dass Magersüchtige nicht genießen können, sich vieles verbieten, sich nicht zeigen können, wie sie sind. Was für mich ganz normal ist, z. B. einfach einmal etwas essen, egal ob es gesund oder vitaminreich ist, ist für Magersüchtige undenkbar. Alles dreht sich um Kalorienzählen, Mengen einteilen usw. und um eine absolute Kontrolle, sich und seinen Körper zu „zähmen“. Immer häufiger bin ich dem Thema Magersucht oder Bulimie begegnet. Regelmäßige Berichte in Zeitungen oder- Zeitschriften weisen auf Essstörungen hin. Erschreckend auch die Tendenz, dass es im Internet immer mehr Foren gibt, die nicht nur helfend zur Seite stehen, sondern von den Betroffenen selbst ins Leben gerufen werden zu dem Zweck, sich gegenseitig hoch zu puschen im Wettfasten und –kotzen. Das Forum „Spiegelkinder“ darf nur besuchen „wer glaubhaft versichert, sich in den Bereich des Untergewichts zu hungern“ (vgl. Fritzsche, 2004).

Und die „Spiegelkinder“ ermutigen einander, sich tot zu fasten „Ana¹ treu (zu) bleiben bis zum Tod“. Krankheit als Lifestyle, auch vorgelebt von berühmten Stars und Models. Der Trend in Hollywood geht zu immer schlankeren Schauspielerinnen. Es wird berichtet, dass mittlerweile drei von vier Stars an Mager- bzw. Ess – Brech – Sucht leiden (vgl. Heil, 2006). Mittlerweile gibt es sogar bei einigen amerikanischen Modelabels Kleidergröße 00, um ihre dünnen Kundinnen nicht in die Kinderabteilung schicken zu müssen. Klingt das nach Aufklärung der Krankheit Magersucht? Nach Streben eines normalen Umgangs mit dem Essen und den dahinter stehenden Problemen?

Es gibt viele Ansätze und Möglichkeiten den Betroffenen mit der Krankheit Anorexia nervosa oder Bulimie zu helfen. Vieles siedelt sich im Bereich der Psychoanalyse,

¹ Anorexia nervosa wird in dem erwähnten Internetforum als „Ana“ bezeichnet.

Gesprächs- oder Familientherapie an. Die (Integrative) Musiktherapie mit ihren Möglichkeiten als vorwiegend non verbale Therapie kommt in der Fachliteratur noch selten zu Wort.

Die vorliegende Abschlussarbeit zur Integrativen Therapie und ihrer Methode Musik gibt mir die Möglichkeit, meine musiktherapeutische Arbeit mit PatientInnen mit einer Essstörung in der Psychosomatik vorzustellen und für mich mit dem gelernten Verfahren abzugleichen.

Zunächst wird es um die Definitionen und die verschiedenen Erklärungsansätze von Essstörungen gehen. Danach werden einige Kernkonzepte der Integrativen Therapie vorgestellt. Dabei sind diejenigen von mir ausgewählt worden, auf die ich unmittelbar zurückgreife, oder die „im Hinterkopf mitlaufen“. Grundlagen der Integrativen Musiktherapie gehen der Verlaufsbeschreibung meiner musiktherapeutischen Gruppenmusiktherapie im Diakonie - Klinikum voraus. Im Kapitel Reflexion werden die beschriebenen Musiktherapiestunden unter den verschiedenen Perspektiven des gruppentherapeutischen Modells der Integrativen Therapie und der Integrativen Musiktherapie untersucht. Zum Schluss möchte ich die TeilnehmerInnen, mit denen ich gearbeitet habe und die mir zu der Gruppenmusiktherapie Rückmeldungen geschrieben haben, zu Wort kommen lassen.

Ein Wort zur Schreibweise in männlicher/weiblicher Form. Da ich eine Therapeutin bin und hauptsächlich mit Patientinnen arbeite, habe ich mich entschlossen, vorwiegend die weibliche Form oder eine verallgemeinernde Form – z. B. PatientInnen – zu verwenden.

2. Essstörungen

Was versteht man unter einer psychosomatischen Störung? Unter psychosomatischen Störungen im engeren Sinn werden jene somatischen Erkrankungen zusammengefasst, bei deren Entstehung, Aufrechterhaltung und Verlauf psychische Faktoren zumindest teilweise wirksam sind. Von „somatopsychischen Prozessen“ wird dann gesprochen, wenn somatische Störungen sekundär zu bestimmten psychischen Veränderungen führen. Darüber hinaus werden in einem weiter gefassten Kontext zu den psychosomatischen Störungen auch Erkrankungen gerechnet, bei denen Wechselwirkungsprozesse zwischen psychischem Erleben einerseits und körperlichen Phänomenen andererseits wirksam sind. (Freyberger u. a., 2002, S. 165) Soweit die Definition von psychosomatischen Störungen, angelehnt an den ICD 10. Die Krankheitsbilder Anorexie und Bulimie gehören laut ICD 10 zu den Krankheiten der „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren“.

2.1. Anorexia nervosa (Magersucht)

Unter **Anorexia nervosa** versteht man einen „durch einen absichtlich selbst herbeigeführten oder aufrechterhaltenen Gewichtsverlust“ (vgl. ICD 10, 2000, S. 199). Zu den diagnostischen Leitlinien im ICD 10 gehören:

1. ein tatsächliches Körpergewicht mindestens 15 % unter dem zu erwartenden Gewicht, dass dem Bodymassindex von $17,5^2$ oder weniger entspricht.

2. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt, entweder durch a) Vermeidung von kalorienreicher Nahrung, b) selbst induziertes Erbrechen, c) selbst induziertes Abführen, d) übertriebene körperliche Aktivitäten, e) durch Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika. Der Ausdruck „nervosa“ weist auf eine psychische Ursache der Krankheit hin (vgl. Stahr u.a., 2003, S. 23). Bei Gewichtsverlust durch ausschließlichen Nahrungsverzicht und übertriebene körperliche Betätigung (durch Sport usw.) spricht man vom restriktiven Typ.

3. Körperschemastörung in Form einer spezifisch psychischen Störung: die Angst zu dick zu werden besteht als eine überwertige Idee (vgl. Stahr u. a., 2003, S. 21 -51). Die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst fest. Dazu kommen, als Folgeerscheinungen (von denen mindestens zwei manifestiert sein sollten): eine primäre oder sekundäre Amenorrhoe, Lanugobehaarung (flaumige Körperbehaarung), Veränderung bis Schädigung der inneren Organe, Bradykardie (Herzrhythmusstörungen), Perioden der Überaktivität, Episoden der Bulimie und Erbrechen. Ferner fallen noch Müdigkeit und Konzentrationsschwierigkeiten, ständiges Kältegefühl und als psychische Folgeerscheinungen fallen Selbsthass und Depressionen ins Gewicht. Die Betroffenen denken nur noch ans Essen bzw. daran nicht zu essen, obwohl sie ständig Hunger haben. Es ist tatsächlich so, dass kein fehlendes Verlangen, so die etymologische Übersetzung von Anorexia, vorhanden ist, sondern der Hunger wird unterdrückt, bekämpft und im „Zaum“ gehalten. Der damit verbundene Begriff des „Kontrollzwanges“ ist ebenfalls als Begleiterscheinung im Zusammenhang mit Anorexie zu finden. Den Betroffenen wird die Kontrolle des Essens zum Lebensinhalt, somit weist das Krankheitsbild der Anorexie auch Suchtcharakter auf. Erschwerend kommt zu dem gesamten Bild hinzu, dass Anorektikerinnen keine bis wenig Krankheitseinsicht haben. Beginn der Erkrankung liegt vor dem 25. Lebensjahr. Magersucht wird bereits bei jungen Mädchen ab 10 Jahren festgestellt, der Erkrankungsgipfel liegt bei 17 Jahren. Mädchen und Frauen sind weitaus häufiger (12:1) betroffen als Jungen/Männer. Somit gilt Magersucht als frauenspezifische psychosomatische Erkrankung, die sich im Übergang zwischen Pubertät und Erwachsenenalter entwickeln bzw. einstellen kann. Spätere Erkrankungen gelten bei Stahr u. a. als atypische Anorexie und werden u. a. als Reaktion auf belastende, biographische Ereignisse (Scheidung u. a.) gewertet (Stahr u. a., 2003, S. 34). Experten sind sich einig darüber, dass die Magersucht in den vergangenen Jahrzehnten auffallend in den Ländern der westlichen Welt zugenommen hat. Die Prävalenzrate liegt bei ca. 0,4 bis 4%, die Mortalitätsrate liegt bei 5-10%, also relativ hoch.

Der Beginn einer Magersucht liegt oftmals in der Durchführung einer Diät, um das aktuelle Aussehen zu verbessern oder dem aktuellen Schönheitsideal zu entsprechen. Sind anfänglich die Bestrebungen des Abnehmens noch im Bereich des Normalen, ändert sich dies schnell, wenn die Betroffenen ihr Zielgewicht immer weiter nach unten

² Body Mass Index = BMI; Gewicht geteilt durch das Quadrat der Körpergröße

verlagern und dabei immer noch das Gefühl haben, zu dick zu sein. Der Prozess des Abnehmens bekommt eine Eigendynamik und lässt sich nicht mehr Stoppen (Suchtcharakter). Dabei ist häufig zu beobachten, dass Anorektikerinnen zwar selbst ihre Hungergefühle unter Kontrolle halten und ihren Körper damit domestizieren, gern aber für andere kochen. Dieses Kontrollverhalten wird von ihnen als erstrebenswerte Leistung und Disziplin bewertet.

Die o. g. körperlichen Folgeerscheinungen werden verleugnet. Es ist sogar so, dass Magersüchtige ihren manchmal aufs Skelett abgemagerten Körper als völlig normal empfinden (Körperschemastörungen). Hinzu kommt, dass auch andere körperliche Empfindungen (Schmerzen, Müdigkeit, Temperaturempfinden usw.) nicht mehr wahrgenommen werden. Den bereits erwähnten psychischen Beeinträchtigungen wie Selbsthass, Depressionen sind weitere hinzuzufügen, wie Gefühle der Hilflosigkeit und Selbstunsicherheit (Minderwertigkeitsgefühle), die bis zum Verlust der eigenen Identität führen können.

Männer bzw. Jungen, die an einer Anorexia nervosa leiden sind (noch) äußerst selten. Genaue Daten sind noch nicht erhoben, wobei man davon ausgeht, dass die Prävalenzrate bei 0,08 % liegt, bei einem Erkrankungsalter von 10 – 25 Jahren. Es wird angenommen, dass ein verändertes Männerbild und veränderte Körperideale mitverantwortlich für eine Erkrankung sind. Sie gelten als unauffälliger (daher weniger erkannt), weil zum einen die körperlichen Veränderungen bei Jungen weniger sichtbar sind als bei Mädchen und auch körperlich, schädigende Symptome (wie z. B. das Ausbleiben der Menarche bei Mädchen) weniger ins Gewicht fallen. Als Auslöser für die Krankheit werden dann auch eher innerpsychische Konflikte gesehen. Sie gelten als stark gehemmt (auch in der sexuellen Entwicklung), sehr leistungsorientiert und gelten häufig als depressiv und sind vermehrt von Suizidgedanken betroffen. Im Hintergrund wird eine dominante Mutter vermutet und ein abwesender Vater, der nicht als Identifikationsfigur für den heranwachsenden Jungen zur Verfügung steht.

2.2. Bulimie (Ess- /Brechsucht)

Der ICD 10 beschreibt Bulimie (Übersetzung: Stierhunger) als wiederholte Anfälle von Heißhunger (Essattacken) und eine andauernde Beschäftigung mit Essen und mit dem Gewicht bzw. der Figur, begleitet von einer „unwiderstehlichen Gier nach Nahrungsmitteln“. Große Mengen von Nahrung werden in kürzester Zeit konsumiert. Dem dick machenden Effekt wird von der Betroffenen durch verschiedene Maßnahmen versucht entgegen zu wirken: selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern und/oder Diuretika. Hinzu kommen Störungen des Körperbildes (Betroffene halten sich für zu dick bei Normal- bzw. Untergewicht). Wichtige diagnostische Kriterien sind, dass sie das Gefühl haben, ihr Essverhalten nicht unter Kontrolle zu haben, mindestens zwei Fressanfälle pro Woche haben (mindestens 3 Monate lang) und eine andauernde und übertriebene Beschäftigung mit Figur und Gewicht aufweisen.

Als begleitende Erscheinungen treten bei einigen Betroffenen zusätzliche Störungen der Impulskontrolle auf, z.B. Ladendiebstahl (Beschaffung von Nahrung), Drogen bzw.

Alkohol und Tablettenmissbrauch. Unkontrolliertes Geldausgeben und u. U. auch selbst verletzendes Verhalten zählen ebenfalls zu den Begleiterscheinungen (vgl. dazu auch *Ettrich/Pfeiffer, 2001, S. 10*). Zu den psychischen Aspekten der Bulimie zählen Stahr u. a. Spannungszustände der Betroffenen, die unter Frustrationen, Langeweile bzw. Angstzuständen und Depressionen leiden. Folgeerkrankungen bei Bulimie sind u. a. Karies und Verätzungen der Speiseröhre (bei häufigem Erbrechen) und eine (oftmals) sekundäre (weil schon mal vorhandene Menarche) Amenorrhoe. Die Prävalenzrate von Bulimie beträgt zwischen 2 – 4 % aller jungen Frauen zwischen 18 und 35 Jahren, sie sind älter als Anorektikerinnen (*Stahr u. a. , 2003, S. 33*). Bulimie gilt als weiter verbreitet als Anorexie und gilt als noch „junge“ psychosomatische Erkrankung.

Der Suchtcharakter der Bulimie liegt wahrscheinlich in dem Kontrollverlust (nicht mehr aufhören können) und in der Zentrierung der Ess-/Brechsucht, dies heißt, dass der gesamte Tagesablauf sich nur noch ums Essen dreht. Ebenso kommt bei vielen der gesellschaftliche „Abstieg“ in Form von finanziellen Schwierigkeiten, Isolation (gemeinsames Essen wird zu einer Tortour) und depressive Einbrüche (Selbsthass und Ekelgefühle sich selbst gegenüber). Da Bulimikerinnen im Durchschnitt älter sind als Anorektikerinnen, sind sie eher berufstätig als Schülerinnen. Nach außen hin führen Bulimikerinnen ein normales, unauffälliges Leben. Sie können ihre Essgewohnheiten auch vor Familienangehörigen und Freunden lange verheimlichen und sorgen dafür, dass niemand ihre Heißhungerattacken stören kann. Das Meiden von Gesellschaften - bzw. Familienfeiern kann dazu führen, dass Bulimikerinnen sich immer mehr zurückziehen und in die Isolation geraten.

Sowohl bei Anorektikerinnen als auch bei Bulimikerinnen geht man davon aus, dass es eher junge Frauen und Mädchen aus höheren sozialen Schichten betrifft (*Stahr u. a., 2003 S. 34*). Allerdings habe ich in unserer Klinik beobachten können, dass zunehmend auch Mädchen und junge Frauen aus allen sozialen Schichten das Thema Essstörungen betrifft.

2.3. Sonstige Essstörungen

Zu den Essstörungen gehört auch noch die Adipositas (Fettleibigkeit), bei der die Betroffenen das Normalgewicht um 20 – 30 % übersteigen. Sie wird als Folge einer den individuellen Energiebedarf übersteigenden Energieaufnahme über längere Zeit beschrieben.

Sie gilt als besonders verbreitet (30 – 40 % der Bevölkerung der westlichen Industrieländer) und betrifft Frauen wie Männer gleichermaßen. Der Häufigkeitsgipfel liegt bei 30 – 40 Jahren und nimmt nach dem 50. Lebensjahr wieder ab.

Zu den „jüngeren“ Essstörungen gehört auch das „Binge - eating“ (Heißhungeressen) (vgl. *GEO Themenlexikon, 2007, S. 350*). Hier werden während einer Heißhungerattacke große Mengen Nahrung zu sich genommen. Die Betroffenen essen sehr schnell und reagieren darauf mit Ekel- und Schuldgefühlen. Im Gegensatz zu den Bulimikerinnen sind die Betroffenen nicht normalgewichtig, sondern weisen

Übergewicht auf. Selbstinduziertes Erbrechen, fasten und/oder übertriebene sportliche Aktivitäten bleiben aus.

Da ich in meiner musiktherapeutischen Gruppenarbeit in der Psychosomatik fast ausschließlich mit PatientInnen mit einer diagnostizierten Anorexia nervosa und/oder Bulimia nervosa arbeite, bleiben die sonstigen Essstörungen in meiner Graduiierungsarbeit unberücksichtigt, sollen aber der Form halber erwähnt werden.

2.4. Erklärungsansätze /Ätiologie

Um die Ursachen der Essstörungen zu erforschen und zu erklären, reicht ein Erklärungsansatz nicht aus. Stahr u. a. sehen in einem multimodalen Modell den richtigen Ansatz.³ Im folgenden möchte ich diese Ansätze kurz zitieren.

Biologisch – genetische Ansätze: Viele Forscher gehen davon aus, dass es eine genetische Disposition für Anorexie gibt und siedeln diese im Gehirn (Großhirnrinde, Erweiterung der kortikalen Furchen bzw. Vergrößerung der Hohlräume usw.) an. Weitere Erklärungsansätze sieht die Hirnforschung in möglichen neuroendokrinen Veränderungen (hormonell), nach denen chemische Botenstoffe in Wechselwirkung zwischen dem Körper, Geist und Umwelteinflüssen stehen und sich gegenseitig beeinflussen. Chemische Botenstoffe nehmen demnach Erfahrungen, die der Mensch gemacht hat auf und geben diese an die Zellen weiter. Allerdings gibt es, laut Stahr, in Bezug auf die Forschungsergebnisse gerade im Bereich der Hirnforschung große Bedenken.

Psychoanalytische und sozialpsychologische Ansätze: In der Psychoanalyse gilt als Ausgangspunkt für die Entstehung einer Essstörung die Annahme, dass die Mutter – Kind Beziehung gestört ist. Maßgebliche Faktoren sind u. a. die Nichtbeachtung oder Fehlinterpretation der Körperreaktionen bzw. Bedürfnisse des Kindes, wenn z. B. die Mutter nicht adäquat auf die Bedürfnisse ihres Kindes eingeht und anstatt mit Liebe mit Fütterung reagiert. Das Kind lernt nicht, unterschiedliche Bedürfnisse, hier Hunger von Liebe, zu unterscheiden. Neben anderen Ursachen gilt auch die fehlende Unterstützung der Autonomiebestrebungen und die Ablehnung der Weiblichkeit, welches sich in der Form zeigt, dass der Körper als etwas Äußeres abgespalten wird, da man dem „bösen Objekt“ (Mutter) ähnlich wird. Zur Entwicklung einer Essstörung gehört nach der Psychoanalyse auch die nicht erfolgte Ablösung von der Mutter (in der oralen Phase).

Familiendynamische Ansätze: In diesem Erklärungsmodell wird die Familie als sich selbst regulierendes System betrachtet, in dem die Beziehungsmuster der einzelnen Mitglieder untereinander betrachtet werden. Oberflächlich betrachtet gelten Familien von Essgestörten als harmonisch und gut funktionierend. Schaut man genauer hin, ergeben sich pathologische Strukturen der Abhängigkeit, mangelnde Privatsphäre und damit einhergehend Unterdrückung von Selbstverwirklichungstendenzen.

³ Alle Ausführungen aus: Stahr u.a., 2003, S. 53 ff

Anhaltende Konflikte werden zugedeckt oder heftig ausgetragen, ohne konstruktive Lösungen anzustreben. Die Mutter gilt als dominant (kontrollierend, überbehütend), der Vater ist abwesend. Die Eltern gelten als erfolgsorientiert (Leistung in Beruf), äußere körperliche Attraktivität gilt als erstrebenswert (Erfolg durch Schönheit und übertriebene Fitness usw.). Magersüchtige wollen ihren Eltern ihren Wert beweisen, in dem sie ebenfalls erfolgreich und überlegen sind. Als Folge ist eine mangelnde Identitätsbildung ersichtlich. Um sich der Kontrolle bzw. der Überbehütung der Mutter zu entziehen, kann eine Magersüchtige mit einer Kontrolle ihrerseits über ihren Körper einen Gegenpol setzen. Kritisch wird von Stahr angemerkt, dass das System Familie, so wie es hier idealtypisch angenommen wird, immer weniger gibt. Zu beachten ist, dass es viele andere Formen des Zusammenlebens (WG, Patchworkfamilien, homosexuelle Paare mit Kindern usw.) gibt, die andere Faktoren bzw. Voraussetzungen in sich bergen.

Soziokulturelle und gesellschaftliche Ansätze: Stahr hebt vor allem den feministischen Ansatz hervor, bei dem die Entstehung einer Essstörung als Ausdruck einer Rebellion gegen die Zurücksetzung und Machtlosigkeit von Frauen bzw. einem patriarchalisch geprägten Frauenbild gilt. Die Essstörung wird als aktive Auseinandersetzung mit der Umwelt gewertet, auch wenn diese selbst zerstörerische Tendenzen aufweist. Hier wird die Mutter nicht mehr als Schuldige angesehen, sondern vielmehr als Vermittlerin von gesellschaftlichen Normen, die u. a. auch die Widersprüchlichkeit der Rollenanforderung von modernen Frauen (Beruf, Mutter und Hausfrau) ihrer Tochter vorlebt. Ein Zusammenhang zwischen Essstörung und sexuellem Missbrauch wird von den Autorinnen auch angemerkt. Hier kann bei sexuellen Grenzüberschreitungen vom Vater oder anderen männlichen Verwandten/Bekanntem die Essstörung als Abgrenzung und Streben nach Autonomie und Selbstständigkeit bewertet werden. Ein weiterer Punkt wird im kulturhistorischen Ansatz gesehen. Nahrungsaufnahme hat heute nicht mehr die Bedeutung vorangegangener Zeiten. Heute gibt es Nahrung im Überfluss, eine Tendenz zum süchtigen Umgang mit Nahrungsaufnahme und Fasten wird festgestellt. Ein „normaler Umgang“ mit dem Essen scheint immer schwieriger zu werden. Es dient nicht dem Stillen des Hungers, sondern der Affektbefriedigung. Dazu passt, dass Essstörungen in den westlichen Industrieländern verzeichnet sind, nicht aber in den Ländern der so genannten Dritten Welt.

Alle hier kurz skizzierten Ansätze sind für sich allein nicht ausreichend für die Erklärung zur Entstehung einer Essstörung. Im folgenden werde ich die möglichen Aspekte, die die Integrative Therapie nach Petzold zur Entstehung von Krankheit beschrieben hat, vorstellen.

2.5. Saluto- und Pathogenese in der Integrativen Therapie

Gesundheit und Krankheit sind zwei Dimensionen menschlicher Existenz (vgl. Petzold, 1993a, S. 551ff). Sie sind in einem Entwicklungskontinuum zu betrachten und

sind in hohem Maße von dem sozialen Umfeld, ja von soziokulturellen Kontexten abhängig. Gesundheitslehre im Sinn der Salutogenese der IT versteht Gesundheit als *„eine subjektiv erlebte und bewertete sowie external wahrnehmbare, genuine Qualität der Lebensprozesse im Entwicklungsgeschehen des Leibssubjektes und seiner Lebenswelt....der Mensch (nimmt) sich selbst, ganzheitlich und differentiell, in leiblich konkreter Verbundenheit mit dem Lebenszusammenhang (Kontext und Kontinuum) wahr....“* Weiter heißt es, dass *„...im Wechselspiel von protektiven und Risikofaktoren entsprechend seiner Vitalität/Vulnerabilität, Bewältigungspotentiale, Kompetenzen und Ressourcenlage (der Mensch) imstande ist, kritische Lebensereignisse bzw. Probleme zu handhaben, sich zu regulieren und zu erhalten, schließlich, dass er auf dieser Grundlage seine körperlichen, seelischen, geistigen, sozialen und ökologischen Potentiale ko-kreativ und konstruktiv entfalten und gestalten kann.“*(Vgl. Petzold, 1993a, S. 553) Hier wird die mehrperspektivische Sicht auf die vielfältigen Faktoren, die Krankheit und Gesundheit (mit-) bestimmen, sichtbar. Das Übergewicht der Krankheitsentwicklung (Pathogenese) in anderen Ätiologien wird ausgeglichen durch die Betonung der Ressourcen, die dem Menschen zur Verfügung stehen (oder entwickelt werden können), auch wenn er durch Defizite, Traumata, Störungen und körperliche Leiden geschwächt ist, also als krank gilt. Mit dieser mehrperspektivischen Sicht auf die Dinge bekommt der Mensch die Möglichkeit der Eigenverantwortung und vor allem das Gefühl der eigenen positiven Wertigkeit („ich kann etwas, ich bin wer, auch wenn ich krank bin“) und damit auch Hoffnung.

Krankheit hingegen ist demnach in der Integrativen Therapie nicht nur fehlende Gesundheit. Auch hier wird der Maßstab der Mehrperspektivität angelegt. Krankheit entwickelt sich nicht eindimensional, sondern multifaktorielle Entwicklungsgenesen sind zu untersuchen, sowohl in psychischer als auch in somatischer Hinsicht. Neben den erwähnten psychischen Gegebenheiten spielen anlage- und entwicklungsbedingte Faktoren eine Rolle. Aber auch systemische, z. B. Familie betreffend Faktoren, sind ebenso zu berücksichtigen, wie, gerade bei Essstörungen, die ja hauptsächlich Frauen/Mädchen betreffen, gesellschaftliche. Hier ist auch besonders die Rollenerwartung zu nennen, die junge Frauen erfüllen sollen, wenn sie heute als modern und „in“ gelten wollen, ebenso wie genderspezifische Faktoren. Entgegen der psychoanalytischen Annahme bilden sich laut der Integrativen Therapie Krankheitsfaktoren nicht ausschließlich in der (frühen) Kindheit (siehe psychoanalytischer Erklärungsansatz) – gemäß der Ansicht „frühe Störungen = späte Schäden“ - aus, sondern Krankheitsentwicklung muss immer im Zusammenhang mit dem life-span development, also auf die Erfahrungen und Entwicklungen in der gesamten Lebensspanne, in Blick genommen werden. Krankheit ist *„eine mögliche Qualität der Lebensprozesse des Leibssubjektes und seiner Lebenswelt. Sie kann im Verlauf des Lebens durch exogene (von außen beeinträchtigt) Ketten schädigender Ereignisse, die als Bewältigungspotential und die Ressourcenlage des Individuums überlasten, verursacht werden oder/ und durch endogene (innen) Dysregulation und natürliche Abbauerscheinungen.“* Wird der Mensch krank und kann er die Belastungen nicht mehr ausgleichen, besteht die Gefahr der Chronifizierung. *„Damit verbunden können internal subjektive Dissonanzen (also Krankheiten) zum vertrauten Gefühl*

eigenleiblich gespürter Gesundheit entstehen, sowie external perzipierbare Abweichungen von stabilisierten Erscheinungsbildern gesunder, körperlicher, seelischer, geistiger und sozialer Lebensprozesse erkennbar werden. Diese Abweichungen werden durch das eigene Gesundheitserleben des Subjekts bzw. durch externale Beobachter festgestellt, wobei sie an kulturellen, normativen Konsensbildungen, Gesundheit und Krankheit betreffend, orientiert sind.“(Petzold, 1993a, S.558)

In der anthropologischen Krankheitslehre nach Petzold werden Krankheit verursachende Faktoren als multiple pathogene Stimulierung bezeichnet. Sie betreffen alle Bereiche der Persönlichkeit (Selbst, Ich und Identität) und zeigen sich in Überstimulierung (Trauma), Unterstimulierung (Defizit), inkonstanter Stimulierung (Störung) und widerstreitender Stimulierung (Konflikt).

Grundlage bei dem Pathogenesemodell der Integrativen Therapie bildet der informierte Leib, bei dem Psychisches und Somatisches integriert ist (siehe Kapitel 3.1.1.)

Bei einer Theorie bzw. Praxis, die sich sehr stark an der Salutogenese orientiert, die die Förderung der Persönlichkeit, Entwicklung des Selbst, des Ichs und der Identität unterstützen und die Menschen in einem starken und flexiblen **Ich** stärken will (z.B. primäre Ich – Funktionen wie wahrnehmen, denken, fühlen, wollen, entscheiden und sekundäre Ich – Funktionen wie integrieren, differenzieren, Rollendistanz, Kreativität usw. um nur einige Faktoren zu nennen) wird schnell klar, dass die Arbeit mit PatientInnen, wie im Falle der von mir angebotenen Gruppentherapie im Diakonie – Klinikum, sich sehr stark an der Ressourcenarbeit und an der Förderung der Ausdrucksfähigkeit orientiert.

3. Integrative Therapie als Verfahren

Bevor ich meine praktische Arbeit im Diakonie - Klinikum Stuttgart vorstelle, möchte ich kurz die Aspekte der Integrativen Therapie beschreiben, die einen wesentlichen Einfluss auf meine Arbeit haben, bzw. unter denen ich meine praktische Arbeit und den ausgewählten Zeitraum untersuchen möchte. Die von mir ausgewählten Aspekte stellen keinesfalls das gesamte Spektrum der Integrativen Therapie bzw. der musiktherapeutischen Gruppentherapie dar. Allerdings sind es für mich wesentliche Therapieaspekte. Die Berücksichtigung aller Aspekte würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

3.1. Anthropologische Grundannahme

„Der Mensch – Mann und Frau – wird im Integrativen Ansatz als Körper – Seele – Geist Wesen gesehen, d.h. als Leib, als Leibsubjekt, das eingebettet (embedded) ist im ökologischen und sozialen Kontext/Kontinuum der Lebenswelt, in der es mit seinen Mitmenschen seine Homonität verwirklicht“ (vgl. Petzold, 2005ö, S.23). Dieser Leitsatz bildet die anthropologische Grundformel der Integrativen Therapie. Sie ist der Humantherapie zugeordnet und zeigt sich in ihrem Ansatz als ganzheitliches Verfahren. Sie verpflichtet sich den Menschen nicht auf einzelne Aspekte zu

reduzieren, z. B. nur auf die Psyche, sondern bezieht sein Lebensumfeld in allen Ausprägungen mit ein. Das erlaubt eine differenzierte Sichtweise auf den Menschen und auf seine Problematik, letztendlich aber auch auf seine Ressourcen, auf das, was gut ist, auch wenn es für uns manchmal schwer nachvollziehbar ist. Dies finden wir in der Integrativen Therapie in dem Begriff der Intersubjektivität, die eine „Auseinandersetzung in Freiheit und Wertschätzung auf gleicher Ebene im Respekt vor der Würde des anderen als Mitmensch“ (Petzold, 1993a, S. 1056) gilt. Ich kann mich in den anderen hineinversetzen, ihn oder sie versuchen zu verstehen, immer in dem Wissen, der andere ist ein anderer und nicht ich selbst. Dazu gehört der Begriff der Hominität als das Wesen der menschlichen Natur mit all seinen Aspekten, sowohl zur Destruktivität als auch zur Humanität. Humanität meint die Nächstenliebe. Dies alles in seiner Eingebundenheit in soziale, ökologische und kulturelle Gegebenheiten und in permanenter Entwicklung.

Der Körper ist belebte Materie und beinhaltet die Gesamtheit aller aktuellen, materiellen (biochemischen, bioelektrischen usw.) Prozesse, die sich als mögliche Regungen als im Leibgedächtnis gespeicherte Informationen zeigen. Die Psyche ist weit mehr als der Ort der Gefühle. Hier wohnen auch schöpferische Impulse und der Willen, Motivationen und emotionale Antizipationen (Wünsche, Hoffnungen, Befürchtungen), die sich durch das angeregte Leibgedächtnis auf verschiedene Weise zeigen können und in bestimmte emotionale Stile münden. Emotionale Stile sind eng verbunden mit dem Erleben von Selbstempfinden, Selbstgefühl und Identität.

Der Geist wiederum ist definiert als Gesamtheit aller aktuellen neurophysiologisch gegründeten kognitiven, mentalen, transmateriellen Prozesse. Hier finden sich die mentalen Stile, z. B. persönliche Anschauungen und Werte, sowie Glaubensrichtungen, aber auch ästhetische Anschauungen (Kunst) u. v. m. Das zerebrale Gedächtnis ist hier Zuhause und archiviert neben den persönlichen Inhalten auch die kollektiven Welt- und kulturellen Anschauungen. Der Geist wird als bewusst, also reflektierend/interpretierend und reflexionsfähig/sinnschöpfend gesehen. Wenn wir in der Therapie dem Körper-Seele-Geist Wesen näher kommen wollen, befinden wir uns handelnd in den „fünf Säulen der Identität“ wieder, die genau diese Bereiche anschaut und u. U. diagnostisch erfasst und ressourcenorientiert damit umgeht. Eine wichtige Säule der Identität ist die Leiblichkeit. Der Leib, eingebettet in Kontext und Kontinuum wird als erstes Kernkonzept im Folgenden beschrieben.

3.1.1. Kernkonzept des informierten Leibes

Der Mensch ist ein multirezeptives (aufnehmendes) und –expressives Wesen. Multiple Stimulierungen wirken auf ihn ein und erfahren eine Verkörperung bzw. Einverleibung, die in Verbindung mit Sozialisationsprozessen, die in diesem Falle auch kulturspezifische Aspekte umfassen, sich zum subjektiven Leib oder Leibsubjekt entwickeln. Das Leibsubjekt ist die somatische Basis für die Gesamtheit aller sensorischen, motorischen, emotionalen, volitiven, kognitiven und sozial kommunikativen (ko - kreative) Erfahrungen. Diese Erfahrungen werden gespeichert und inszenieren sich bewusst/unbewusst bei ähnlich auftauchenden Erfahrungen und Vorgängen, werden dynamisch verarbeitet, reguliert, und als Prozesse „komplexen

Lernens“ mnestisch im Leibgedächtnis archiviert. Zum Leibgedächtnis gehören verschiedene Speichersysteme: 1. Das neuronale (zuständig für Kurz- und Langzeit- sowie sensorisches Gedächtnis), verschiedenen Bereichen des Gehirns zugeordnet; 2. das immunologische Speichersystem und 3. das genetische Gedächtnis, ursprünglich der Vererbungslehre zugeordnet, welches als Basis für alle Bereiche der Gedächtnisprozesse gilt. Die im Leibgedächtnis archivierten und ständig abrufbaren Erfahrungen bilden die Grundlage für den so genannten **informierten Leib**, der diese komplexen Erfahrungen in sich birgt, auch wenn wir sie nicht immer bewusst zugänglich machen können. Er bildet die Grundlage für ein reflexives Ich und die Identität eines Menschen. Die „leibhaftige Person wird als Selbst – Ich - Identität konstituiert“. Dieser Ansatz geht weiter über den der Psyche und damit über den Ansatz einer Psychotherapie hinaus. Aus diesem Grund versteht sich die Integrative Therapie und auch die Integrative Musiktherapie als eine vom Leib ausgehende und damit Humantherapie. In Bezug auf das Lernen wird deutlich, dass ein Mensch, der auf sämtlichen ihm zur Verfügung stehenden Sinneskanälen angesprochen wird, viel mehr Möglichkeiten zur Veränderung/Regulation hat, als wenn wir uns nur auf den Bereich der Psyche konzentrieren. Vom Leib ausgehend können wir verschiedene Methoden (Bewegung, Tanz, Musik, Poesie, Kunst usw.) bereitstellen, die „ alternative Erfahrungs- und Ausdrucksmöglichkeiten (*ermöglichen*), dysfunktionale Muster hemmt und die Bahnung neuer Muster fördert“ (dritter Weg der Heilung, siehe weiter unten).

3.1.2. Kernkonzept des komplexen Lernens

Im Kernkonzept des komplexen Lernens wird davon ausgegangen, dass jeder Mensch eine „grundsätzliche und umfassende Lernfähigkeit“ besitzt. Dabei geht es nicht nur um so genannte Emergenzpotentiale, die als „eine Fähigkeit des personalen/cerebralen Systems verstanden (wird), aufgrund vorhandener Wissensbestände und der Kapazität sie komplex zu konnektivieren (verknüpfen) und zu konfigurieren, neue Möglichkeiten des Denkens und Verhaltens hervorzubringen“ (vgl. *Petzold, 2005ö*), sondern auch um die Fähigkeit mit Hilfe dieser Lernfähigkeit Einfluss auf die Genregulation nehmen zu können. Wenn wir dies in der Therapie beachten und bedenken, bekommt Lernen einen komplexen Charakter und einen immens wichtigen Stellenwert in der Psycho- bzw. in der Humantherapie. Denn in der Therapie geht es um das (komplexe) Lernen. Lernen bedeutet Veränderung von Verhaltensmöglichkeiten, sowohl bewusst als auch subliminal. Auf Veränderungen reagieren wir mit emotionalen Resonanzen, die wiederum ganzheitlich (leiblich und psychisch) archiviert werden und spontan abrufbar und aktivierbar sind. Neu Erlerntes kann bewusst systematisch und auch unbewusst fungierend geübt werden. Hier treffen sich die Modalitäten der Integrativen Therapie (erlebnis- und übungszentriert u. a.) mit der hermeneutischen Spirale (wahrnehmen – erfassen- verstehen- erklären), die sich zu dem komplexen Lernvorgang entwickeln.

Wenn also von Lernen gesprochen wird, dann ist das Gehirn (mit seinem gesamten neuronalen System mit seinen verbundenen somatischen Systemen) gemeint. Aber nicht nur die Veränderungen von Verhaltensmöglichkeiten, die der Mensch nach außen tragen bzw. ausdrücken kann sind hier anzumerken, sondern auch umgekehrt

Einflüsse aus der Umwelt, „auffordernde Situationen“, die dem Menschen eine entsprechende Lern- und Handlungsmöglichkeit zur Verfügung stellen, werden angenommen. Performanzen (Fertigkeiten) werden angeregt und dadurch können neue neuronale Bahnungen entstehen, durch Zuwachs von Neuronen. Unser Gehirn ist dafür mit einer hohen Neuroplastizität (Nervenbahnung) ausgestattet, die uns Menschen bis ins hohe Alter Lernfähigkeit ermöglicht und wir damit unsere Sinnerfassungs-, Sinnverarbeitungs- und Sinnschöpfungskapazität erhalten und erweitern können. Eine dieser auffordernden Situationen kann die Therapie sein.

3.1.3. Kernkonzept der prozessualen Diagnostik

In jeder Therapie haben wir es mit diagnostischen Daten zu tun. Osten (*Osten, 2000, S. 400 ff*) nennt drei Verfahren, die uns die Krankheitsgeschichte eines Menschen näher bringen können: 1. Klassifikation 2. Ätiologie und 3. Indikation als therapierelevante Diagnostik. Die Klassifikation bedeutet eine Statusbeschreibung des Krankheitsbildes (gemäß des ICD 10 oder DSM), angelehnt an die allgemeine Psychopathologie. Hier sind pharmakomedizinische Daten relevant, der therapierelevante Bezug ist gering. In meiner Arbeit im Diakonie - Klinikum bekomme ich diese Daten von den ÄrztInnen, und dieses Diagnosesystem spielt eine eher sekundäre Rolle. Als nächstes die Ätiologie – die Erforschung von psychischen und psychosomatischen Ursachen von Erkrankungen. Eine Hypothese über die jeweilige Pathogenese wird erstellt. Hierbei spielt im Diakonie - Klinikum der psychoanalytische Ansatz, mit seinem Erklärungs- und Verarbeitungsmodell die zentrale Rolle. Osten beschreibt weiterhin die für die Integrative Therapie wichtigen Aspekte der multifaktoriellen Konzepte der Krankheitsentstehung, als da sind: **Leiblichkeit – Leibfunktionsanalyse** (wie steht es um die Funktionen des perzeptiven, expressiven und memorativen Leibes? In der Klinik geht es bei diesem Punkt hauptsächlich um körperliche Untersuchungsergebnisse im medizinisch, internistischem Bereich), **Lebenswelt – Kontext- und Sozialraumanalyse** (z. B. Familie, Schule und Arbeit, sowie Freizeit, finanzielle Situation, ökologische und ökonomische Faktoren, Risikofaktoren, Rollenvorstellungen und sozialer Support), **Kontinuumsanalyse** (wie hat sich das Leben der PatientIn bisher gestaltet, kritische Lebensereignisse, welche Schädigungen gibt es und wie werden sie von ihr eingeschätzt. Wie sind die Auswirkungen – life span development approach. Bei den jungen Frauen im Klinikum ist dies noch sehr übersichtlich, sodass sich meistens auf Kindheit und (beginnende) Jugend konzentriert wird), **Ressourcenanalyse** (was steht der PatientIn an Eigen – und Fremdressourcen zur Verfügung, z.B. Netzwerk, materielle Mittel, oder weitere protektive Faktoren, welche Copingstrategien sind vorhanden? Diese werden auch in der Klinik evaluiert, wobei die Copingstrategien sich ebenfalls stark an analytischen Vorgaben orientieren und damit eher malignen Bewältigungsstrategien entsprechen, z. B. neurotische Konfliktverarbeitung u. a.), **Problem-, Konflikt- und Symptomanalyse** (wo liegen Defizite, Störungen, Konflikte, die aufzulösen oder zu mindern sind?), **Bedürfnisanalyse** (was sind die Bedürfnisse, Wünsche, Motivationen der PatientIn?) Mit Indikation ist eine Zusammenstellung eines vorläufigen Sets an Methoden, Techniken usw. gemeint, dass differentielle Wege der Heilung ermöglicht werden

können. Was braucht gerade **dieser** Mensch, mit **dieser** Erkrankung, um gesund zu werden bzw. um seine (benignen) Potentiale entwickeln zu können. Die prozessuale Diagnostik ermöglicht, dass die therapeutischen Pfade, die TherapeutIn und PatientIn zusammen gehen, immer wieder angepasst werden, wenn neue Informationen aus dem Leben der PatientIn zu Tage treten. Wir beobachten Phänomene, aktuell sichtbare Verhaltensweisen, wie z. B. Leibausdruck (Haltung, Gestik und Mimik, Bewegung u. v. m.), Blickverhalten, Sprache und Sprechverhalten, hier auch Dynamiken wie laut - leise, hoch - tief, Atmosphären, die sich ergeben, wenn die PatientIn zur Therapie kommt, ebenso wie die Frage, was sie bei mir auslöst, welche Leibempfindungen und Gefühle, Gedanken, Phantasien (Gegenübertragung). All diese zu beobachtenden Phänomene (und es gibt noch weitere, die ich nicht benennen werde, da es den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde) führen uns zu den Strukturen, zu den vielleicht typischen Verhaltensweisen und Charaktereigenschaften, den Umgehensweisen mit Problemen, die ein Mensch im Laufe der Zeit gemacht hat und die er auch in Zukunft erwartet. Die ständige (An-)Passung zwischen Diagnostik und Therapieinterventionen, zwischen TherapeutIn und PatientIn, wird auch als eine Theragnostik verstanden, die sich immer wieder auf die Bedürfnisse oder Gegebenheiten, die die PatientIn mitbringt ausgerichtet wird. Hierbei ist auch eine transparente Umgehensweise mit den jeweiligen Interventionen der PatientIn gegenüber wichtig. Die PatientIn als mündige PatientIn wird in der Integrativen Therapie als wichtig angesehen.

Wenn ich mich im Rahmen der Methode der Musiktherapie bewege, kommen noch weitere diagnostische Merkmale hinzu. Die phänomenologische strukturelle Diagnostik in Bezug auf die Musik nimmt weitere Kriterien hinzu: Wie geht eine PatientIn auf die Instrumente zu? Welche wählt sie aus? Wie geht sie mit ihnen um und wie spielt sie ein gewähltes Instrument? Welche musikalischen Aspekte spielen eine Rolle? Fühlt sich eine PatientIn im Rhythmus, im Klang, in der Melodie wohl, oder nur in (k)einem musikalischen Bereich? Welche musikalischen Anbindungen hat eine PatientIn? Hat sie ein Instrument gelernt, oder nicht? Welchen Stellenwert hat die Musik im Leben einer PatientIn? Und für die Gruppentherapie: wie werden Instrumente im Zusammenspiel eingesetzt? Dies ist nur ein kleiner Auszug der Fragen, die in der Musiktherapie sowohl für die Diagnostik, als auch für die Interventionen/Indikation wichtig werden.

3.1.4. Kernkonzept „Vier Wege der Heilung und Förderung“

Die „vier Wege der Heilung und Förderung“ gelten als methodische Interventionen auf dem Weg der Behandlung in der Psychotherapie. Mit Hilfe von Modalitäten, Techniken, Medien und Methoden bewegen sich TherapeutInnen immer im Bereich der „vier Wege der Heilung und Förderung“. Dass neben dem Bereich der Heilung auch die Förderung angesprochen ist, zeigt erneut die Konzentration auf Ressourcenorientierung und –aktivierung innerhalb der Therapie. Ich möchte hier nur kurz die „vier Wege“ vorstellen u. a. unter musiktherapeutischen Aspekten.

Der erste Weg der Heilung und Förderung (vgl. Petzold, 2005ö) zielt auf die kognitive Regulation eines Menschen ab. (Korrigierende, kognitive) Bewusstseins – und Einsichtsarbeit stehen hier im Vordergrund. Als Methode sieht Petzold die

narrative Praxis, das Sinngespräch, das in seiner Modalität eher im konfliktzentrierten Vorgehen angesiedelt ist.

In der musiktherapeutischen Arbeit finden wir diesen Weg der Heilung /Förderung am ehesten im Nachgespräch einer musikalischen Einheit. Das Zusammenbringen von Spiel und eigenen Anteilen gilt hier als äußerst wichtig, um neu gewonnene Einsichten einbinden zu können.

Der zweite Weg der Heilung/Förderung beinhaltet den Bereich der emotionalen Regulation. Nach- bzw. Neusozialisation stehen im Vordergrund, die die Stärkung von Grundvertrauen und Selbstwert mit sich bringen soll. Restitution von beschädigten Persönlichkeitsstrukturen, die Erweiterung oder Wiederbelebung des emotionalen Spektrums, deren Neubewertung und das Erlernen neuer emotionaler Stile, sind anvisiert. Korrigierende und alternative (neue) Erfahrungen können erlebt werden. Auch hier gilt die konfliktzentrierte Vorgehensweise.

Die musiktherapeutische Arbeit findet sich meistens im Bereich der Emotionen wieder. Gerade die Arbeit mit Klängen kann starke Gefühle auslösen. Musik selbst trifft immer auf Stimmungen aller Art beim Menschen. Eine Patientin konnte z. B. den Klang einer Triangel nicht ertragen, da sie dadurch an Totenglocken erinnert wurde, die sie aus ihrer Kindheit kannte. Sie hörte sie immer, wenn sie bei den Großeltern war und wurde dort, gegen ihren Willen, weggeholt in ein anderes Land. Diese schmerzliche Erinnerung wurde reaktiviert, wenn sie Klänge hörte, die dem der Glocken ihrer Heimat am nächsten kamen.

Bei diesem Weg der Heilung und Förderung geht es vielfach um das eigenleibliche Spüren und die Sensibilisierung der Wahrnehmung (awareness). Fragen wie „die Musik klingt für mich so traurig, kannst du mal nachspüren, ob du das bei dir auch wahrnehmen kannst“ sind hier angebracht. Im Spiel bedeutet das für die Therapeutin oder die Gruppe stützend zu sein, Boden zu geben und zu bestärken, gemäß dem Grundsatz „es ist gut, was du tust“ (vgl. Frohne-Hagemann, 2001, S.103).

Der dritte Weg der Heilung/Förderung gilt der Erlebnis- bzw.

Ressourcenaktivierung. Neugierig auf sich selbst sein, Eigenes zu entfalten und sich in Beziehungen zu erleben, sowie das Erschließen und Aktivieren von Ressourcen, vor allem auch der eigenen Kreativität, fördert die Persönlichkeit. Dadurch soll der Abbau dysfunktionalen Verhaltens und die Veränderung des Lebensstiles bewusst gestaltet werden. Hier siedelt Petzold die Kreativitätstherapien neben vielen anderen an (Bewegung, Rollenspiel, Freizeitaktivierung usw.), zu der auch die Musiktherapie zählt. Eine erlebnis- und übungszentrierte Vorgehensweise ist vorrangig. Die Musik mit ihren Möglichkeiten zum freien, kreativen Spiel, die den Menschen dazu anregt, schöpferisch damit umzugehen, lässt sich tatsächlich als dankbare Möglichkeit, PatientInnen in ihrem Erleben zu unterstützen, nutzen. Der kreative Ansatz mit Musik bedeutet die Möglichkeit der multiplen Stimulierung. Verschüttete und/oder persönliche und soziale Fähigkeiten werden gefördert. Damit werden neue Perspektiven eröffnet, und bezogen auf die Gruppentherapie können mit Gleichgesinnten vitale und kreative Ausdrucksmöglichkeiten gefunden werden. Allerdings kann es auch passieren, dass das Umgehen mit der Musik/mit Instrumenten

auch negativ geprägte Erfahrungen auslösen kann (siehe oben), sowie das Erleben von Leistungsdruck, Perfektionsanspruch usw., wie wir später noch sehen werden.

Der vierte Weg der Heilung/Förderung sieht seinen Schwerpunkt im Erleben von Solidarität und Exzentrizität. Solidarität ist in erster Linie ein Gemeinschaftserleben und so soll hier das Ziel sein, nicht alleine zu gehen, sondern füreinander einzustehen bzw. sich einzusetzen. Die exzentrische Betrachtung der (eigenen) Lebenslage ermöglicht eine neue, mehrperspektivische Sicht und gibt die Möglichkeit, neue Verhaltensweisen zu entwickeln. Aus der exzentrischen Sicht gewinnen wir den Abstand, den wir brauchen, um Erfahrungen mit neuen Augen sehen bzw. mit neu gestimmten Ohren hören zu können. Dieser Weg der Heilung/Förderung ist für Petzold auch der Ort, an dem die Gruppentherapie ihren Platz findet. Er ist netzwerkorientiert und bewegt sich in den Modalitäten der Erlebnis- und Übungszentrierung.

Musiktherapeutische Gruppenarbeit kann hier sehr gut an die Solidaritätserfahrung anknüpfen. Gerade im gemeinsamen Improvisieren, im Aufeinander hören und eingehen liegen die Grundbausteine, die zu einem gemeinschaftlichen Erleben wichtig sind.

3.2. Gruppenprozessanalyse in der Integrativen Therapie

Ein wichtiger Bestandteil der Integrativen Therapie ist die Arbeit mit bzw. in Gruppen. Die Ausrichtung der Gruppentherapie ist prozessorientiert. In der Integrativen Therapie werden zwei Gruppendifinitionen unterschieden: *„Gruppe ist eine Anzahl von Menschen, die von sich selbst und von den anderen als gesamt und als unterschiedliche Individuen in einer gegebenen Situation wahrgenommen werden können, durch gemeinsame Geschichte, Ziele und Interessen verbunden sind und sich durch spezifische Normen, Regeln und Interaktionsmuster organisieren; die Gruppe ist durch Verbundenheit und Unterschiedenheit zugleich (distinction und mutedness) gekennzeichnet“* (vgl. Petzold/Orth, 1995b). An anderer Stelle wird Gruppe folgendermaßen definiert: *„Eine Gruppe von Menschen ist ein relativ zeitkonstantes Interaktionssystem mit einem spezifischen Status – und Rollengefüge, einem verbindenden Wertesystem und Zielhorizont sowie gemeinsamen Ressourcen, wodurch ein eigenes Gruppengefühl und Gruppenbewusstsein möglich wird, aufgrund dessen im Verein mit Identitätsattributionen aus dem sozialen Umfeld eine Gruppenidentität aufgebaut werden kann“* (Petzold/Orth, 1995b). Ferner wird ergänzt „...sofern nicht die Prozesse durch Gruppenkonflikte, die Reinszenierung individueller Pathologie und durch Akkumulation solcher Einflüsse zu Phänomenen gruppaler Pathologie gestört wird.“ Hier wird deutlich, dass die Betrachtung und auch Auswertung von Gruppenprozessen ein sehr komplexes Gefüge ist, dass nur mit einer mehrperspektivischen Sichtweise zu bewältigen ist.

Immer wieder müssen auch die Ziele einer Gruppentherapie überprüft werden. Petzold unterscheidet hier folgende Zielsetzungen:

1. Kurative Zielsetzungen (curing): zielt in erster Linie auf die Gesundung des Patienten ab, d. h. Beseitigung der Symptome, Abbau von Defiziten

2. Bewältigung (coping): Linderung von Leidenszuständen (palliatives Moment). Es werden Hilfen angeboten, mit dem Leiden (besser) umgehen zu können. Strategien werden entwickelt.
3. Stützung (support): durch soziale Unterstützung erfährt der Patient Möglichkeiten der Gesundung oder Lebensbewältigung. Mitgehen und unterstützen dessen, was beim Patienten vorhanden ist.
4. Kompetenz- und Performanzverbesserung (enlargement of competence and performance): Verbreiterung des Kompetenzrahmens und Handlungsspektrums der PatientIn, d. h. Erlernen neuer Praktiken bzw. Fertigkeiten um Alternativen im Verhalten und Denken zu erlangen.
5. Förderung von Potentialen und kreativen Gestaltungsmöglichkeiten (enrichment): Vertiefung des in Punkt 4 genannten Ziels. Persönliche Selbstverwirklichung in der Gemeinschaft als präventives, gesundheitsförderndes Moment.
6. Förderung von Autonomie und Selbstbestimmtheit: Mündigkeit der TeilnehmerInnen fördern, Abgrenzung zu anderen.

Eine Differenzierung der o. g. Ziele erfahren wir in der Therapie anhand der therapeutischen Wirkfaktoren, die man als Mikroziele innerhalb der bereits genannten sehen könnte. Sie dienen aber auch als Wegführung durch die Therapie. Es handelt sich um folgende Wirkfaktoren:

1. Einführendes Verstehen (protektiv), Empathie (supportiv) **EV**
2. Emotionale Annahme (protektiv), und Stütze (supportiv) **ES**
3. Hilfen bei der realitätsgerechten (supportiv, konfrontativ) praktische Lebensbewältigung **LH**
4. Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft **EA**
5. Förderung von Einsicht (supportiv, konfrontativ), Sinnerleben, Evidenzerfahrung **EE**
6. Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit **KK**
7. Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung **LB**
8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen **LM**
9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte **KG**
10. Erarbeitung positiver Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonte **PZ**
11. Förderung positiver Wertebezüge, Konsolidierung der existenziellen Dimensionen **PW**
12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens und positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen, d.h. von persönlicher Souveränität **PI**
13. Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke **TN**
14. Ermöglichung von Empowerment- und Solidaritätserfahrungen (supportiv, konfrontativ, protektiv) **SE**⁴

Nicht alle Wirkfaktoren (*Petzold, Sieper, Orth, 2006*) treten in gleichem Maße in allen Therapien auf. Ich werde später anhand meiner praktischen Arbeit auf die Zielsetzungen und Wirkfaktoren zurückkommen.

⁴ Die fettgedruckten Buchstaben in Klammern sind die Kurzform der jeweiligen Wirkfaktoren

Als letzten Punkt innerhalb der Gruppenprozessanalyse in der Integrativen Therapie möchte ich noch kurz auf vier Stile der Gruppenarbeit nach Petzold eingehen.

1. Personenzentrierte Arbeit: beschreibt eine sog. Einzelarbeit in der Gruppe. Die TherapeutIn arbeitet mit einem/r PatientIn. Alle anderen Gruppenmitglieder sind Zuschauer, die sich im Anschluss an diese Einzelarbeit mittels Feedback (Beobachtungsmittelung) oder Sharing (eigene Betroffenheitsmitteilung) oder Analyse (interpretierende Überlegungen zum Geschehen) wieder in den Prozess einklinken.
2. Gruppenzentrierte Arbeit: beschreibt die Interaktion zwischen den Gruppenmitgliedern im Hier und Jetzt. Sie bezieht die gesamte Gruppe mit ein. Dabei spielen persönlich - biografische Aspekte eine untergeordnete Rolle.
3. Gruppengerichtete Arbeit: das Thema eines/r PatientIn hat eine Bedeutung für die ganze Gruppe. Die Gruppe nimmt aktiv an dieser Bearbeitung des Themas teil.
4. Themenzentrierte Arbeit: beschreibt die Arbeit mit einem vorgegebenen Thema, die im Mittelpunkt steht. Ergebnisse zu diesem Thema werden erarbeitet. Hierbei spielen gruppenzentriertes und gruppengerichtetes Vorgehen zusammen eine Rolle. (Petzold, 1996, S. 426 f) Im folgenden Kapitel werde ich immer wieder die im vorangegangenen Kapitel beschriebenen Zielsetzungen, Wirkfaktoren und Stile auf meine Arbeit übertragen und untersuchen. Hierbei werde ich noch die 14 Perspektiven und Fragekomplexe, wie im Polylogen „Gruppenprozessanalyse“ beschrieben, hinzunehmen. Dabei ist zu beachten, dass nicht immer alle Ziele, Wirkfaktoren, Stile und Perspektiven relevant sind bzw. bestimmte Ziele, Wirkfaktoren, Stile und Perspektiven sich wiederholen und **dadurch** relevant für meine Arbeit geworden sind.

3.3. Weibliche Identität in der Integrativen Therapie

Identität im Konzept der Integrativen Therapie gehört wie das Selbst und das Ich im Kontext und Kontinuum zum Personalen System und entwickelt sich ständig in polylogischen, intersubjektiven Ko-respondenzprozessen weiter. Petzold unterscheidet zwischen persönlicher und sozialer Identität, wohingegen die persönliche Identität die dem Mensch selbst zueigen gemachten Identitätsmerkmale meinen (ich erkenne diesen Menschen als Einzelperson mit diesen Eigenschaften). Die soziale Identität beschreibt die Zugehörigkeit zu bestimmten gesellschaftlichen Aspekten, z. B. bestimmte Berufsgruppen, Interessengruppen, soziale Zugehörigkeit – kurz: verschiedene Zugehörigkeiten. In ko - kreativer Weise werden persönliches und gesellschaftliches miteinander verwebt. Vielfältige individuelle und kollektive kreative Impulse wirken in den Prozessen der Identitätsbildung und –gestaltung zusammen. In der Integrativen Therapie ist der Begriff des Menschen als soziales Wesen, *der Mensch wird erst zum Mensch durch den anderen*, ein Kernpunkt. So findet sich auch hier, im Beschreiben der Identität, das (freundliche) Miteinander = Konvivialität wieder. Miteinander sprechen in polylogen nicht nur, um es musikalisch auszudrücken, in Duos, sondern Tutti oder immer wieder in Begegnungen in Gruppen. Wichtig ist auch der Zusatz freundlich, ja sogar lachend, scherzend, die Leichtigkeit des Zusammenseins, welches wir an anderer Stelle, wenn es um die Ressourcenaktivierung geht, wieder finden können. Identität wurzelt zum einen in der **Leiblichkeit**, wie fühle ich mich – und hier speziell - als Frau in meinem Körper/Leib? Welche Modelle von

Weiblichkeit konnte ich in meiner Herkunftsfamilie erfahren und kennen lernen? Und wie verändert sich meine Weiblichkeit (*vgl. Orth, 2002*) im Laufe der Zeit durch das, was ich lerne, beobachte, erfahre im polylogischen Austausch? Angesprochen sind hier die fünf Säulen der Identität: neben der Leiblichkeit die Säule der **Arbeit/Freizeit** (Beruflichkeit der Frau, Stichwort Karriere und/oder Kinder u. v. m.), **soziales Netzwerk** (sind in meinem Umfeld Frauen, die sich eher dem traditionellen Bild der Frau zuwenden oder nicht, eigene Herkunftsfamilie, was lebte die Mutter oder andere weibliche Verwandte vor, welche Zuschreibungen bekomme ich von meinen männlichen Freunden, Verwandten, Partner?), **Werte und Normen** (welches Menschen und speziell Frauenbild habe ich selbst, wird mir vermittelt in Erziehung, Medien, Schule, Verein, was ist typisch weiblich, oder was sollte eine Frau auf keinen Fall tun usw.) und zu guter Letzt **finanzielle Absicherung** (verdiene ich mein eigenes Geld oder bin ich, aus welchen Gründen auch immer, abhängig von meinem Partner?). Die vorangegangene Aufzählung ist nicht vollzählig und soll nur einen kleinen Eindruck geben, welche Aspekte der fünf Säulen der Identität auf eine speziell Weibliche gelten können.

In Bezug auf die von mir betreuten PatientInnen mit Essstörungen möchte ich jetzt noch auf einen weiteren Aspekt der weiblichen Identität eingehen. Die meisten meiner PatientInnen sind zwischen 16 und 23 Jahren alt. Immer wieder gibt es altersmäßige Ausschläge nach unten (bis 14 Jahre) und oben (46 Jahre). Bei dieser Altersverteilung kommt auf jeden Fall noch eine entwicklungspsychologische Komponente hinzu, die der Adoleszenz. Oftmals geben die jungen Frauen an, dass ihre Essprobleme im Alter von ca. 11 bzw. 12 Jahren begonnen haben. Das liegt genau in der Zeit der so genannte Vorpupertät. Oerter/ Montada (*in Oerter, Montada, 1998*) haben die Adoleszenz unter verschiedenen soziologischen und psychologischen Ansätzen untersucht. Eine umfassende Untersuchung der gesamten Ansätze der Adoleszenz kann hier nicht geleistet werden, deshalb konzentriere ich mich auf einige für meine Arbeit wichtige Aspekte. Adoleszenz – und hier auch immer die weibliche - wird als Übergang von Kindheit zum Erwachsenenendasein betrachtet. Altersspezifische Entwicklungsaufgaben (= Lernaufgaben), gilt es zu verarbeiten und in das eigene Leben zu integrieren. Besonders wichtig sind die Verarbeitung der körperlichen Veränderungen und deren psychischen Korrelaten. Neben diesen gewaltigen körperlichen Veränderungen (Sexualreife) ist die Ablösung von den Eltern wichtig, die Entwicklung von Eigenverantwortung für sich und die Umgebung, die sowohl die ökologische als auch die Mitmenschen mit einschließt. Jugendliche und damit sind in erster Linie die 12 – 18 Jährigen gemeint, sollen möglichst langfristig wirksame Entwicklungsressourcen aufbauen. Diese Entwicklungsaufgaben sind nicht unabhängig von Kindheit und Erwachsenenalter zu sehen, sondern bauen teilweise auf bereits in der Kindheit gelernten oder antizipierten Verhaltens- und Entwicklungsmöglichkeiten auf. Sehr wichtig erscheinen den Autoren die speziellen Entwicklungsaufgaben von Havighurst, der diese in Bezug auf amerikanische Verhältnisse untersuchte. In Bezug auf weibliche Jugendliche greife ich nur einige heraus, die in meiner Arbeit immer wieder als Themen auftauchen: Erlernen eines angemessenen weiblichen (und männlichen) sozialen Rollenverhaltens, neue reife Beziehungen zu Gleichaltrigen

aufbauen, Übernahme von weiblichen (und männlichen) Geschlechtsrollen, akzeptieren der eigenen körperlichen Erscheinung und Nutzung des Körpers, emotionale Unabhängigkeit von den Eltern und anderen Erwachsenen, sozial verantwortliches Verhalten erstreben und erreichen. *Dreher & Dreher(1985) (vgl. in Oerter, 1998, S. 329)* ergänzten die vorgenannten Punkte um „Verhalten aneignen, das man in einer Gesellschaft von einem Mann bzw. einer Frau erwartet, Aufnahme einer intimen Beziehung zu einem Partner, wissen, was man will und was man dafür tun muss, Entwicklung einer eigenen Weltanschauung und Entwicklung einer Zukunftsperspektive, von der man glaubt, dass man sie erreichen kann.“ *Der Mensch wird zum Mensch durch den anderen*: In der Pubertät, in der alle fünf Säulen der Identität im Umbruch sind, sind Gleichaltrige als Vertraute und Unterstützende äußerst wichtig. Schaut man sich noch einmal die leibliche Entwicklung der Mädchen an dieser Stelle an, zeigen sich folgende Veränderungen: ab 10/11 Jahren werden die Hüften runder, Fettablagerungen nehmen zu, die Brüste wachsen, die Mädchen verlieren ihre Mädchenhaftigkeit. Im Alter von 12/13 Jahren machen sie einen enormen Wachstumsschub mit, im Schnitt zwei Jahre früher als die Jungen. Im Alter von 11 – 14 Jahren (Durchschnitt) bekommen Mädchen ihre Menarche, die Stimme verändert sich, die weiblichen Sexualorgane wachsen. Im Kapitel 2.1. wurde beschrieben, dass der Krankheitsbeginn der PatientInnen mit Magersucht oftmals mit ca. 11 Jahren angegeben wurde. Die Veränderung vom Mädchen zur Frau und die damit einhergehende „Verweigerung“ eine Frau zu werden, ist nicht von der Hand zu weisen. Zunächst fassen Oerter/Montada dieses als Entwicklungsstörung auf, wenn ein verlangsamtes (retardiertes) Wachstum beobachtet wird. Falsche und oder Mangelernährung nennen auch sie als eine Form der retardierten Wachstumsentwicklung. Es scheint so, als wenn die Mädchen mit Essstörungen das Erwachsenwerden mit all seinen (negativen) Begleiterscheinungen aufhalten wollen. Das passt auch zu den Erläuterungen an anderer Stelle, dass Mädchen ein negativeres Körperselbstbild haben als Jungen. Sie äußern stärker Figurprobleme legen Wert auf ihr Äußeres und Körperpflege, betreiben Fitness und halten Sport für sehr wichtig. All diese Phänomene finden sich auch bei den jungen Frauen mit Essstörungen, da allerdings im Übermaß. Das kulturell geprägte Schönheitsideal der Schlankheit bzw. des Untergewichts gehört dazu (siehe auch Einleitung). Die negativen Begleiterscheinungen mit dem Beginn der Menarche schränken Mädchen in ihren Aktivitäten ein (Bauchschmerzen, Unwohlsein usw.). Es kristallisiert sich heraus, dass Mädchen gerade in der Pubertät eine große Labilität erfahren und gerade, wenn es darum geht, eine eigene (weibliche) Identität zu entwickeln, sie durch innere (in Abgleichungen zu den weiblichen Vorbildern, z. B. Mutter, Oma usw.) und äußere Einflüsse (Medien, kulturelles Schönheitsideal, Karriere kontra Mutterschaft) nicht gefestigt werden kann, wenn diese Einflüsse konflikthaft, defizitär, kurz negativ geprägt sind. Gerade weil heute alles möglich ist, ist die Wahrscheinlichkeit einer gefestigten weiblichen Identität noch schwieriger (nicht unbedingt schlechter!) zu entwickeln.

4. Therapeutische Grundlagen der Integrativen Musiktherapie

Das therapeutische Verständnis der Integrativen Therapie geht, wie schon beschrieben, über das der Heilung der Psyche weit hinaus. Im Integrativen Therapieverständnis geht es, ausgehend vom Leib, auch darum die Förderung von Kreativität und Persönlichkeitsbildung zu unterstützen, wenn nicht erst anzustoßen. An dieser Stelle kommt die Musik mit ihren Möglichkeiten ins Spiel. Musik ist zunächst das Auftauchen von Tönen, Klang, Melodie und Rhythmus ohne musikalische Bedeutung. Erst ihre Stellung zueinander, ihr Platz im gesamten Kontext z. B. in einem Lied geben ihr eine Bedeutung und eine Wertigkeit. Hier wird die Musik zu einer Gestalt, bestehend aus mehreren Einzelteilen, die zusammengenommen ein Beziehungsgefüge ergeben, ähnlich dem des Individuums in der Gesellschaft. Frohne-Hagemann (vgl. *Frohne-Hagemann, 1991, S. 810ff*) spricht von der Musik, die die Spannungsfelder (langsam und schnell, harte und weiche Klänge, laut und leise, zerfließend und strukturiert usw.) verdeutlichen kann. Dieser Spannungsgehalt, den die Musik innehat, erzeugt immer einen Gegenpart in mir als den hörenden bzw. Spielenden. Ich kann mit dem Eindruck, den die Musik auf mich macht, Verbindungen zu meinen Gefühlen, Verhaltensweisen, Beziehungen herstellen und mich im Medium Musik wieder ausdrücken, indem ich spiele, was ich in mir fühle (Affekte), welche Bilder sich mir zeigen (ikonisches Gedächtnis), welche undefinierbaren, archaisch anmutenden Emotionen sich einstellen (Atmosphären), welche Szenen sich mit Hilfe der Musik auftun und welche Verhaltensweisen ich in Beziehungen von mir kenne. *„Der kreative Vorgang, auf die Begegnung mit der Welt auf eine neue, lebendige Weise zu entgegnen liegt m. E. darin, dass die Musik beim Spielen und Hören die Verbundenheit mit und die Bezogenheit zur Welt, Innen und Außen, Teil und Ganzes, nicht nur lebendig werden, sondern in der Gestaltung für sich und mit anderen ko-kreativ, auch veränderbar oder wandelbar machen lässt, sodass sich Metamorphosen vollziehen. Das hat große Bedeutung für therapeutische Prozesse“* (Frohne-Hagemann, 1991). Musiktherapie hat also die Möglichkeit, Beziehungen und Spannungsverhältnisse zu zeigen und zu verdeutlichen. Das ist auch deshalb so gut möglich, weil die Musik als die Kunstform, die zwar als die flüchtigste gilt – im Gegensatz zur bildenden Kunst, die eher fixieren kann – den Menschen aber dennoch in seinen tiefsten Schichten erreichen kann. Selbst im Mutterleib sind musikalische Aspekte daran beteiligt, Atmosphären zu schaffen und den (musikalischen) Aspekt der Rhythmen zu entwickeln.

Musik hat symbolhaften Charakter. In der Therapie kann ich sie als Stellvertreterin in Form eines Liedes, Stückes, eines Instrumentes oder einer Spielform für mich sprechen lassen, auch und gerade dann, wenn ich das, was mich bewegt, nicht verbalisieren kann.

Hier kann ich im therapeutischen Prozess die Wahrnehmungsfähigkeit (Awareness) fördern, was genau fühle ich beim Spielen dieses Instrumentes oder was geschieht in mir, wenn es beim Spielen z. B. sehr laut wird, wo in meinem Leib spüre ich das und wie fühlt es sich an? Der dabei in der Integrativen Musiktherapie gehandhabte Bezug zur Gegenwart „was ist jetzt?“ ist ein zentraler Punkt im therapeutischen Geschehen. Die vorher beschriebene Flüchtigkeit der Musik verhilft zu spontanem Ausdruck,

indem unbewusste Impulse oder abgespaltene Anteile sich ausdrücken, bevor wir sie rational erfassen und damit steuern können.

Die bisher beschriebenen Aspekte der Musik(therapie) sind weitaus reichhaltiger, als ich es an dieser Stelle aufzeigen kann. Ich empfinde die Musiktherapie als eine besonders geeignete Methode. Gerade die Möglichkeit der tiefen Berührung durch die Musik, Atmosphären aufzuspüren und deutlich zu machen sind Voraussetzungen, um tiefgreifende Entwicklungen entstehen lassen zu können. Die Polarität der Musik, ihre Spannungsfelder zwischen zwei Extremen sind ebenfalls therapieimmanente Aspekte, um die aus dem Gleichgewicht geratenen Pole, die es innerhalb einer Krankheit auszugleichen gilt, aufzuzeigen und zu bearbeiten.

Im Folgenden möchte ich die speziellen Ansätze der Integrativen Musiktherapie erwähnen, die vor allem in meiner Arbeit mit Gruppen in der Psychosomatischen Klinik zum Tragen kommen.

4.1. Integrative Musiktherapie in den verschiedenen Modalitäten

Die Integrative Therapie versteht sich als „multimodaler“ Ansatz. (Petzold, 2002b, S.61) Die **Modalitäten** (Arbeitsstile) sind im Folgenden aufgeführt und gehören zu der Methodenlehre:

1. Übungszentriert - funktionale Modalität: In diesem Arbeitsstil wird angestrebt, Defizite zu mindern, zu kompensieren oder aufzuheben. Ebenso werden die gesunden Anteile gefördert und zwar durch strukturierendes, eher pädagogisch ausgerichtetes, bzw. verhaltenstherapeutisch orientiertes Arbeiten bzw. Üben, z. B. durch musikalisch rhythmisches Vorgehen, oder zur Förderung von Konzentration und Durchhaltevermögen, das Halten eines rhythmischen Motivs u. v. m.

2. Erlebniszentriert - stimulierende (agogische) Modalität: Hier werden kreativitätsfördernde Methoden und kreative Medien eingesetzt, um das Potential der PatientInnen zu fördern, „alternative Erfahrungen“ und „salutogene Qualitäten“ auf der kognitiven, emotionalen, volitiven und behavioralen Ebene bereitzustellen, etwa durch Rollenspiel, Imaginationsübungen, Gestaltmethoden etc. In der Musiktherapie bedeutet das, dass durch Improvisationsangebote nicht erschlossene Potentiale im wahrnehmenden, expressiven und memorativen Vermögen gefördert und entwickelt werden. Der freien Gestaltung wird dabei viel Raum gegeben. Wenn man so will, ist das der „Königsweg“ der Modalitäten in den kreativen Verfahren (vgl. Sieg, 1997, S. 208f). Hier sind als beispielhaftes Vorgehen Improvisationen, Gruppenzusammenspiele, dialogisches Spiel, auch Phantasiereisen, die musikalisch umgesetzt werden u. v. m. zu nennen, sowie das Stimulieren und Erwecken von Gefühlen.

3. Konfliktzentriert - aufdeckende Modalität: In diesem Arbeitsstil werden prozessorientiert unbewusste Konflikte und psychodynamische Probleme aufgesucht, bewusst gemacht und bearbeitet, wobei methodisch auf die „aktive Psychoanalyse“, die Gestaltpsychotherapie und die Integrative Fokaltherapie zurückgegriffen wird. Konfliktbeladenes Material aus der Biografie wird aufgedeckt und bearbeitet. Im Zentrum steht die Arbeit mit Übertragung, Gegenübertragung, Begegnung und Beziehung. Hier kann Gespieltes oder Gehörtes (rezeptive Musiktherapie), an

Biografisches angelehnt werden. Die Frage „Woran erinnert dich der Klang/das Gespielte“ und die Verdeutlichung dessen, durch wiederholen oder konzentrieren (siehe auch tetradisches System), sind hier zu finden.

4. Netzwerk - und lebenslageorientierte Modalität: Diese Arbeitsform ist darauf ausgerichtet, mit dem Patienten die Ressourcen und Potentiale in seiner Lebenslage und in seinem sozialen Netzwerk aufzufinden und zu nutzen sowie weitere Quellen des "social support" und Möglichkeiten psychosozialer Hilfeleistung zu erschließen. Derartige ressourcenorientierte, „soziotherapeutische“ Maßnahmen haben für den Erfolg von Therapien oft entscheidende Bedeutung. In der Musiktherapie können wir diese Modalität in der Gruppe einfließen lassen. Solidaritätserfahrungen, Austausch, Gemeinsames finden im Spiel, Sharing mit den anderen gehören hierhin.

5. Medikamentengestützte, supportive Modalität:⁵ Bei bestimmten Störungen und Krankheitsbildern, z. B. bei major depressions, ist eine stützende Behandlung durch Medikamente unverzichtbar und als Kombinationsbehandlung mit den Modalitäten 1, 3 und 4 angezeigt.

6. Supportive, beratend - soziotherapeutische Modalität: (Petzold, Sieper, Orth, 2006, S.47f) Psychosoziale Problemlagen werden genau angeschaut. Maßnahmen der Hilfe und Unterstützung werden geplant und eingeleitet.

In der Gruppenmusiktherapie haben die letzten beiden Modalitäten (5 und 6) keine Beachtung gefunden.

Es ist davon auszugehen, dass in erster Linie die vier erstgenannten Modalitäten zum Tragen kommen. In welcher Modalität gearbeitet wird, kommt auf das jeweilige Problem, die therapeutische Notwendigkeit und im Falle der Gruppentherapie, auf deren Struktur an. Strikt trennen kann man die Modalitäten nicht, sie greifen ineinander über bzw. können sich aus den jeweiligen entwickeln.

4.2. Integrative Musiktherapie und das tetradische System

Das tetradische System beschreibt den Ablauf einer Therapie(stunde) in vier Phasen, die sich an das Modell von Freud (erinnern, wiederholen, durcharbeiten) anlehnt, welches von Petzold erweitert bzw. differenziert wurde. Zwar werden in einer Therapiestunde nicht unbedingt alle Phasen durchlaufen, aber sie sind für das Gelingen des therapeutischen Prozesses hilfreich und notwendig. Zu dem tetradischen System gehören auch noch die vier therapeutischen Tiefungsebenen, die die Qualität des sich Einlassens auf den jeweiligen therapeutischen Prozess beschreiben.

In der **Initialphase** geht es um die Reflexion des Themas. Hier spielen Vorstellungen, das Benennen evtl. auch die spielerische Darstellung des Anliegens eine Rolle. Frohne-Hagemann (vgl. Frohne-Hagemann, 2001, S. 91ff) hat es in Bezug zur Einzeltherapie bzw. Dyade beschrieben. Aber auch auf die Gruppentherapie ist dies meiner Meinung nach gut zu übertragen. Petzold beschreibt es als die Phase, in der die Gruppenkohäsion aufgebaut wird. Ein „warm up“, damit ein Kontakt zwischen TherapeutIn und PatientInnen bzw. den einzelnen Gruppenmitgliedern hergestellt werden kann. Die Zielsetzung entspricht einer diagnostisch – anamnestischen. Was soll

⁵ Medikamentengestützte, supportive Modalität ist bei Petzold, Sieper, Orth (2006) als 6. Modalität und supportive, beratend – soziotherapeutische Modalität als 4. Modalität beschrieben.

hier geschehen? Petzold nennt dies Stimulierung von Gefühlen, Gedanken und Vorstellungen, um konfliktbesetzte oder auch positive Ereignisse der Vergangenheit ins Erinnern kommen zu lassen (Petzold, 1996, S. 80ff). In der musiktherapeutischen Gruppenstunde kann dies eine freie Improvisation ohne Thema sein, eine Gesprächsrunde zu Beginn der Stunde u. v. m. Die Tiefungsebenen, die hier eine Rolle spielen können, gibt Frohne-Hagemann mit der Ebene der Reflexion, und der Ebene der Vorstellungen und Affekte an.

In der **Aktionsphase** geht es um das Wiederholen, Explorieren des Themas, Gefühls, welches während der Initialphase heraufgekommen ist und nun nach Prägnanz ruft. Die PatientIn ist mit eigenen, konfliktreichen Anteilen in Kontakt gekommen und hat nun die Möglichkeit in der Wiederholung und im Sinne einer emotionalen Involvierung diese zu konkretisieren, um sie später verarbeiten zu können. In der Musiktherapie kann das auch bedeuten, eine Spielform immer wieder zu spielen, oder von der Gruppe/der TherapeutIn spielen zu lassen. Gefühle, Atmosphären und Qualitäten von Personen und Werten werden ausgedrückt. „Eine Katharsis (Lösung verfestigter Affekte, Blockierungen, Verbindung abgespaltener Emotionen mit der Persönlichkeit), zur Auflösung von Polaritäten ist die Voraussetzung zur Integration“ (Petzold, 1996, S. 87). Die Tiefungsebenen, die Frohne-Hagemann an dieser Stelle anspricht, sind die der Involvierung und die der autonomen Körperreaktionen.

In der **Integrationsphase** geht es, laut Frohne-Hagemann, um die Differenzierung und Strukturierung der gemachten Erlebnisse und Erfahrungen, hier im musikalischen (Zusammen)spiel. Petzold spricht von Zusammenfassung dessen, was geschehen ist und das „transparent Machen“ für die einzelnen Gruppenmitglieder, damit eine kognitive (und auch emotionale) Einordnung möglich wird. Eine Rückschau auf das Geschehen wird unternommen. Fragen nach den emotionalen Erfahrungen und Einsichten, den Erkenntnissen oder dem, was jemand aus der Stunde mitnimmt, sind hier induziert. Als Tiefungsebene nennt Frohne-Hagemann die der autonomen Körperreaktionen, der Reflexion und auch der Vorstellung.

Als letzte Phase, die in der Integrativen Musiktherapie eine wichtige Rolle spielt, wird die **Neuorientierung** genannt. Die Umsetzung in den Alltag, die Reflexion (Tiefungsebene), auf Grund des Zusammenwirkens von emotionaler Erfahrung und kognitiver Einordnung führt laut Petzold zu einer Verhaltensänderung. In der Musik kann dieses gut durch neue musikalische Ausdrucksmöglichkeiten „geübt“ werden. Die Musiktherapie, und hier die Neuorientierungsphase, eignet sich meiner Meinung nach sehr gut, um neue gewonnene Einsichten und Gefühle für sich und mit anderen erproben zu können. Zwar kommt häufig an dieser Stelle die Frage „und wie mache ich das Zuhause, wenn ich dann im Alltag bin?“ Dann kann es darum gehen, die musikalischen neuen Spielweisen für die im Alltag gebräuchlichen Verhaltensweisen/Gefühle zu übersetzen.

4.3. Integrative Musiktherapie und der Begriff des Widerstandes

Im therapeutischen Prozess werden wir immer wieder mit Ereignissen konfrontiert, die einerseits einen großen Schritt in der Weiterentwicklung der PatientInnen bedeuten und auf der anderen Seite mit einer Stagnation, im schlimmsten Fall mit einem

Stillstand einhergehen. Im Fall der Stagnation/Stillstandes haben wir es mit Widerstandsphänomenen zu tun. Der Begriff des Widerstandes wird in der Integrativen Therapie und damit auch in der Integrativen Musiktherapie zunächst als positive Kraft verstanden, die eine Fähigkeit beschreibt, sich gegen Einflüsse auf das Selbst und die Identität zur Wehr zu setzen. Petzold (vgl. Petzold, 1993a, S. 1131) beschreibt diese Kraft auch als protektiven Widerstand, der der PatientIn intrapersonal als Schutz vor verdrängtem, traumatischem Material zur Hilfe kommt. Man möchte mit verdrängtem, traumatischem Erleben und Gefühlen, die schmerzlich sind, nicht in Verbindung kommen. Die Angst vor dem Unbekannten oder die Auflösung dessen, was bekannt war und auch Struktur und damit Sicherheit geboten hat, spielt hier eine große Rolle. Ich habe dieses immer wieder in meiner Arbeit mit meinen PatientInnen in der Psychosomatik erfahren, wo oft die Frage auftaucht, was kommen soll, wenn die Krankheit überwunden ist und es dann nichts mehr gäbe. Als mutativen Widerstand beschreibt Petzold einen interpersonalen Widerstand, der sich gegen Veränderungen bzw. -angebote von außen, z. B. durch die TherapeutIn, wehrt. Im Gegensatz zu anderen therapeutischen Schulen sieht die Integrative Therapie den Widerstand als einen „Partner“ in der Therapie, der wichtige Übergänge anzeigt und den man nicht brechen sollte, sondern mit ihm arbeiten bzw. ihn „abschmelzen“. Die Vorgehensweise beinhaltet drei wichtige Schritte 1. Widerstand akzeptieren 2. Widerstand verstehen und im dritten Schritt Sicherheit schaffen. In einer neueren Arbeit (Petzold, Müller, 2003) beschreibt Petzold den Begriff des Widerstandes eingebettet in die Modalitäten der Relationalität (mit allen dazugehörigen Interaktionsmustern und der grundlegenden Annahme der Intersubjektivität) als Reaktanz. Unter Reaktanz versteht die Integrative Therapie *„...ein(en) Sammelbegriff für alle Verhaltensweisen, mit denen sich ein Individuum bei unerwarteter Frustration gegen Einschränkungen zur Wehr setzt. Solche Verhaltensweisen können erhöhte Anstrengung, Widerspruch, Aggression oder demonstratives Ersatzverhalten sein“* (Flammer zit. in Petzold, Müller, 2003). Wie bereits vorher beschrieben, erfährt der Reaktanzbegriff eine positive Bedeutung, abgeleitet vom französischen *Résistance*, Widerstandskraft. Der Reaktanzbegriff bietet (damit) ein notwendiges Korrektiv zum psychoanalytischen Begriff des „Widerstandes“, der eher negativ bewertet wird. Widerstandskraft einzusetzen bedeutet auch, dass ich eine Kontrolle über das habe, was mit mir passiert, ist also auch ein Moment der Selbstbestimmung. Fällt das weg, kann ich Reaktionen von Aggression, Auflehnung, Widerstand, Abgrenzung erwarten, mitunter auch in seiner „leisen“ Form. (Natürlich gibt es auch einen dysfunktionalen Widerstand/eine dysfunktionale Reaktanz. Dann, wenn er starr wird und wenn es keine Offenheit mehr gibt für Veränderungen.) Für mich als Therapeutin ist es wichtig, die Reaktanzphänomene zu erkennen und mich zu fragen, welche Bedingungen oder auch Interventionen zu der jeweiligen Reaktanz geführt haben und wie ich sie verändern kann. Petzold nennt hier u. a. das kognitive Reframing von Einschätzungen (appraisal), Veränderungen emotionaler Bewertungen (valuation), aber auch Veränderungen der Rahmenbedingungen als nützliche Strategien. Ich möchte nun zum Phänomen des Widerstandes (und ich bleibe bei diesem Begriff, da an allen Stellen, die ich im Zusammenhang mit Widerstand und Musiktherapie in

der Literatur gefunden habe, dieser Begriff gebräuchlich war - wohlmeinend - also im Sinne der Integrativen Therapie) in der Integrativen Musiktherapie kommen. Tarr-Krüger (*Tarr-Krüger in Frohne-Hagemann, 1990, S. 171ff*) sieht den entscheidenden Erfolg zum Gelingen einer Therapie im Umgang mit dem Widerstand. Auch hier wird der Widerstand gemäß des Reaktanzbegriffes beschrieben, als Widerstandskraft, Fähigkeit zur Opposition, Schutz usw. Tarr-Krüger beschreibt eine passive (z. B. ausweichen vor dem eigenen Ausdruck, Angst, falsch zu spielen, zaghaftes, unsicheres Spiel in minimaler Lautstärke, ganz im Sinne „bloß nicht auffallen und nichts falsch machen können.“) und eine aktive Form (Agieren im Spiel, demonstrative Ablehnung der Spielbereitschaft, Flucht in Leistung/virtuoses Spiel bei Loberwartung von der Musiktherapeutin). Das bereits angesprochene starre Verharren in bestimmten Verhaltensweisen kann sich musikalisch in stereotypen Motiven, Rhythmen, Beschränken auf bestimmte Intervalle, ständiges Wiederholen usw. äußern. „Kann“ deshalb, da jedes sich zeigende musikalische Phänomen im Kontext zur PatientIn bzw. zu ihrer Problematik, der Lebenswelt usw. multiperspektivisch betrachtet werden muss. Die o. g. Phänomene können Widerstandsphänomene sein, wenn sie sich ständig wiederholen und sich das Gefühl, des Steckenbleibens einstellt. Im Umgang mit dem Widerstand nennt Tarr-Krüger sieben Stadien, in denen der Widerstand erlebbar gemacht werden soll und es weniger um sein Überwinden geht, sondern um wahrnehmen – erfassen - verstehen – erklären respektive spielen (hermeneutische Spirale), also Sinnfindung des Widerstandes und seiner Einordnung (appraisal) und emotionalen Bewertung (valuation). Die Stadien gehen von 1. Akzeptieren 2. Kontaktaufnahme der (un)bewussten Widerstandsphänomene zu 3. Aufdecken derselben durch Mobilisierung von Bewusstheit und Ausdruck (wobei die Therapeutin eine stützende bzw. konfrontierende Haltung, je nach Situation und Kontext einnimmt) bis hin zu 4. Verständnis für Selbstschutz, aber Infragestellung der Notwendigkeit, diese beizubehalten und 5. Aufheben hemmender Widerstandsstrukturen unter Ausnutzung ihres Kräftepotentials 6. Restabilisierung und kognitive Integration (appraisal siehe oben Ergänzung der Autorin) 7. Suchen und Erforschen von alternativen Ausdrucksformen und Verhaltensmöglichkeiten, diese einüben und festigen (in diesem Fall gut über die Musik machbar = Ergänzung der Autorin). Tarr-Krüger stellt fest, dass die Einhaltung der Reihenfolge der einzelnen Stadien nicht notwendig ist, manchmal diese sich auch überschneiden oder gar mehrere gleichzeitig ablaufen. Dieses entspricht allerdings auch der Einsicht, dass Prozesse nicht linear, sondern auf mehreren Ebenen eher spiralförmig und manchmal auch im „Rückwärtsgang“ verlaufen. Im Prinzip gleicht dieser Verlauf in verschiedenen Stadien auch den oben beschriebenen Vorgehensweisen in drei Schritten, nur meiner Einschätzung nach ist er differenzierter. Die Fragen, die sich die Patientin und die Therapeutin stellen sollten um damit auch einen Ansatz des Umgangs finden zu können sind „wo spüre ich den Widerstand? Wann und wo tritt er ein und wozu dient er?“

4.4. Integrative Musiktherapie bei psychosomatischen Störungen – hier mit Patientinnen mit Anorexie und Bulimie

Im Kapitel 2 wurden die Krankheitsbilder der Essstörungen im Hinblick auf psychosomatische Störungen beschrieben. Psyche und Körper (Soma) beeinflussen sich gegenseitig bzw. die sich zeigenden psychischen Störungen haben sich im Leib manifestiert und eingegraben. Auch in der Integrativen Musiktherapie gehen wir davon aus, dass die Ausbildung psychosomatischer Krankheiten durch multiple pathogene Stimulierungen in Gang gesetzt werden kann. Wird das *Leib - Selbst* unter Dauerstress gesetzt und Kompensationsmöglichkeiten sind nicht gelernt (ich kann mich nicht wehren, halte dies zurück usw.), bekomme ich einen motorisch affektiven Stau und richte aggressive Impulse gegen mich selbst bzw. in meinen Körper, dort entfalten sich destruktive Kräfte. Diese als archaische Retroflexion (Entwicklung der Persönlichkeit im Lebenslauf der Integrativen Therapie) beschriebenen Strategie der Konfliktbewältigung wird u. a. die Ausbildung psychosomatischer Krankheiten zugeschrieben. Petzold beschreibt zwar, dass ein kohärentes Ich ausgebildet sein kann, aber dieses dem Leib feindlich gegenübersteht. Die Identitätssäule „Leiblichkeit“ (Petzold, 1993a, S. 758 ff) ist unzulänglich ausgebildet bzw. ist Gegenstand negativer Selbstattributionen. Man ist praktisch mit dem eigenen Leib „im Krieg“. Vorher beschreibt Petzold die Möglichkeiten der Kreativitätstherapien - und ich übersetze dies jetzt zunächst allein auf die Musiktherapie - das ein aktives Vorgehen wichtig ist, da das non - verbale Vorgehen Bezug hat zu den non - verbalen Dimensionen der menschlichen Entwicklung im präverbalen und transverbalen, also im sprachlosen Raum (Petzold, 1993a, S. 650). Die Musik als therapeutisches Medium mit den Möglichkeiten Atmosphären ausdrücken zu können, in Kontakt zu gehen, gemäß dem Grundsatz der integrativen Therapie „*Der Mensch ist ein Leibsubjekt als Mitsubjekt in seiner je gegebenen Lebenswelt*“ und der anthropologischen Grundformel, dass der Mensch als „*sich selbst gestaltendes Wesen*“, das sein „Selbst im ko-kreativen Kontakt mit anderen gestaltetem Subjekt“ den Mitmenschen für die Arbeit der Selbstverwirklichung im Zusammenspiel schöpferischer Interaktion“ braucht, lässt sich in der Musiktherapie immer wieder gut gestalten. Hier schließen sich die der Musik immanenten Eigenschaften an: dass sie die tiefsten Gefühlsregungen auslösen und auch ausdrücken kann. Musik wird nicht nur mit dem Ohr wahrgenommen, sie ist auch leiblich spürbar (z. B. in einem lauten Rhythmus, auf einer Djembe gespielt, die ich zwischen den Knien festhalte; oder eine Leier, die ich mir auf die Beine legen kann und dadurch die zarten Schwingungen wahrnehme u. v. m). Gerade diese Möglichkeiten des eigenleiblichen Spürens über einen externen Impuls hat schon oft zu der Rückmeldung geführt, dass sich anorektische PatientInnen erstmals ohne Stress spüren konnten und somit – um in dem Bild des Kriegszustandes mit dem Leib zu bleiben - erste Friedensverhandlungen möglich wurden.

Musik selbst allerdings heilt nicht. Sie muss immer im Kontext gesehen werden, an das angelehnt werden, was der einzelne Mensch mit der jeweiligen Musik – und hier nicht nur als Gesamtwerk, sondern auch Instrumente, einzelne Klänge, Rhythmus als solches usw. - verbindet. So schreibt Frohne-Hagemann, dass „die gehörte oder gespielte Musik Zeichen und Strukturen haben (müssen), die in irgendeiner Weise seinem biografischen (dem individuellen und sozialen) Werdegang, sowie mit der gegenwärtig erlebten Realität der PatientInnen korrespondieren“ (Frohne-Hagemann,

2001, S. 138) Als Legitimation der Musik als Heilmittel gibt sie an anderer Stelle an, dass „Musik eine Wirklichkeit (repräsentiert), die offen genug ist, den Prozess der sozialen Konstruktion von Wirklichkeit in der Interaktion zwischen PatientIn/TherapeutIn oder zwischen PatientInnen zu ermöglichen.“ Damit ist ein therapeutischer Prozess möglich, der im Hier und Jetzt Bedingungen schaffen kann, an denen alle gemeinsam und gleichermaßen beteiligt sein können. Musik als codierte Sprache, als ästhetische Zeichenlehre kann überindividuell verstanden werden. Musik kann damit als Sprache benutzt und Realität als geteilte Erfahrung genutzt werden. Gleichzeitig kann Musik aber auch als diagnostisches Mittel und als Therapie fungieren. Somit haben wir erneut den Begriff der Theragnostik.

Später beschreibt sie Zielsetzungen, die die Musiktherapie überhaupt und im speziellen natürlich die integrative Musiktherapie – hier in Bezug auf die Arbeit mit depressiven Menschen - leisten kann:

1. Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung mit Hilfe von Musik (angenommen sein)
2. Nachhären durch gemeinsames Eintauchen in symbiotische (konfluente) Improvisationen (unter Einbeziehung des partiellen Engagements der Therapeutin) und Teilen der positiven und ggf. negativen Erfahrungen im Sinne der Stabilisierung von Identität.
3. Leib - musikalische Rekonstruktionen alter Strukturen (Gefühle, Reaktions- und Handlungsmuster), Leib - musikalische Konstruktion neuer emotionaler Erfahrungszusammenhänge (Ziel: emotionale Sicherheit etablieren – Neuorientierungsphase) und neue Beziehungsmöglichkeiten (von Konfluenz zu Kontakt, Beziehung und Bindung, ablegen von Abhängigkeit und Hörigkeit)
4. Leben der eigenen Identität und Gestaltung einer seelisch - geistigen Heimat und Verbundenheit mit anderen Menschen, welche soziale, moralische (ggf. religiöse) und intellektuelle Kohärenz gewährleisten (Netzwerkunterstützung).⁶

In einer musiktherapeutischen Gruppentherapie übernehmen neben der TherapeutIn die Gestaltung der jeweiligen Gruppenimprovisationen natürlich auch die jeweils anwesenden Personen der Gruppe. Damit sind sie an dem o. g. Prozess und an der genannten Zielsetzung wesentlich beteiligt.

Dass alleine das Wort bzw. die Sprache (z. B. Gesprächstherapie) in der Arbeit mit essgestörten Patientinnen nicht ausreichend ist, erwähnt auch Tarr-Krüger in der Behandlung mit Bulimikerinnen. „Musikalischer Ausdruck erleichtert den Selbstaussdruck“ (Tarr-Krüger, in Frohne-Hagemann, 1990, S. 277ff) weiß sie zu berichten. Sie beschreibt die Möglichkeit des Erlebens eines lustvollen Anteils – der ja gerade bei Bulimikerinnen und noch mehr bei Anorektikerinnen fehlt - und zwar im spielerischen Umgang mit den Instrumenten und des schöpferischen „Selber Tuns“. Musiktherapie kann hier mit dem musikalischen Tun Entlastung bringen, aber auch neue Wege aus der Sprachlosigkeit und damit aus der Unstrukturiertheit und Konturlosigkeit zeigen. Aber auch das „in Fluss kommen“ wo soviel Trockenheit im Sinne wenig gespürter Leiblichkeit vorhanden ist, kann musikalisch gut ausgedrückt bzw. spürbar gemacht werden. Das musikalische Spiel eröffnet Beziehungswirklichkeit (Kontakt - Begegnung) und dadurch wechselseitige Einfühlung, Empathie und

⁶ Frohne-Hagemann, 2001, S. 142, leichte Abänderungen und Ergänzungen der Autorin

Intersubjektivität, das „anders sein dürfen“. Vor allem in der Gruppe ist dieser Faktor nicht zu unterschätzen, birgt er doch die Möglichkeit zu lernen, dass ich so sein darf, wie ich bin und mich trotzdem oder gerade deshalb mit den anderen vergleichen kann. Konsens und Dissens und auch der Konsens im Dissens kann hier wahrgenommen, exploriert, geübt und ausgearbeitet werden. Tarr-Krüger spricht auch die Leistungsorientierung der Patientinnen an. Musik als gelebte Gegenwart bietet Ansätze zu kreativen Entdeckungen (ohne perfekt sein zu müssen) im Hier und Jetzt. Schöpferisches Erarbeiten eines gesunden Wechselspiels zwischen Zuwendung und Frustration, manchmal das Aushalten von Stagnation im Therapieverlauf sind unzählige Einzelleistungen, die in Kleinstarbeit Bearbeitung finden. Ähnlich wie beim Umgang mit dem Widerstand gilt auch hier für die Therapeutin, Verständnis für die Problematik zu entwickeln und in kleinen Schritten Veränderungsmöglichkeiten durch eben den kreativen Ausdruck zu ermöglichen. Körper- und Gefühlswahrnehmung, Entwicklung alternativer Ausdrucksformen anstelle des Ess –Brech Rituals oder der asketischen Einstellung des „Sich nichts gönnen dürfen“, die Abgleichung musikalischer Ausdrucksformen mit individuellen Umgangsweisen von Lebensthemen oder Nahrungsaufnahmen stehen im Mittelpunkt der musiktherapeutischen, also auch meiner Arbeit. Sich zeigen dürfen, überhaupt erstmal sein **Ich** zu entdecken (Identität fördern), Instrumente als Intermediärobjekte benutzen, um sich angstfrei äußern zu können, sind wichtige Aspekte, die ich nun im Folgenden vorstellen möchte.

5. Das Diakonie - Klinikum Stuttgart

Das Diakonie - Klinikum Stuttgart besteht in seiner jetzigen Gesellschaftsform seit 2003.⁷ Die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Diakonie - Klinikum Stuttgart wurde 1975 gegründet. Sie ist eine in das Gesamtkrankenhaus integrierte selbstständige Abteilung mit 13/14 vollstationären Behandlungsplätzen. Ihre Aufgabe ist es, Diagnostik und Behandlung psychisch verursachter oder mitbedingter Erkrankungen zu ermöglichen und psychosomatisches Denken und Handeln zu fördern. Neben der stationären Behandlung der PatientInnen steht die Psychosomatik den PatientInnen anderer Kliniken zur Verfügung.

5.1. Schwerpunkte der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Es werden PatientInnen mit Erkrankungen aus dem gesamten Bereich der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie behandelt:

- Angsterkrankungen
- depressive Erkrankungen
- Zwangserkrankungen

⁷ Informationen aus dem Klinik – Flyer und der Homepage des Diakonie - Klinikums <http://www.diakonie-klinik.de/medizin-und-pflege/medizinische-abteilungen/psychosomatische-medizin-und-psychotherapie/index.html>

- funktionelle Erkrankungen (Magen – Darm - Beschwerden, Herz – Kreislauf - Beschwerden)
 - psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinne (z. B. entzündliche Darmerkrankungen)
 - Persönlichkeitsstörungen
 - Verarbeitung schwerer körperlicher Erkrankungen und belastender Lebensereignisse
- Schwerpunkte der Klinik sind die stationäre Behandlung von PatientInnen mit Essstörungen wie Magersucht und Ess – Brech - Sucht (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge - Eating) ab dem 16. Lebensjahr. Ausnahmen sind möglich. Behandelt werden etwa 60 PatientInnen im Jahr. Vorbedingung für die stationäre Aufnahme ist ein ambulantes Vorgespräch, das der Diagnostik und der Therapieplanung dient. Kontraindikationen: PatientInnen mit akuter Suizidgefährdung, stoffgebundenen Süchten oder Psychosen werden nicht behandelt.

5.2. Struktur und Team

Die Klinik für Psychosomatische Medizin arbeitet nach einem multidimensionalen, tiefenpsychologisch - psychoanalytischen Konzept unter Einbeziehung symptomspezifischer verhaltenstherapeutischer Maßnahmen. Das Behandlungsprogramm ist durch hohe Therapiedichte gekennzeichnet und analog der stationären psychosomatisch - psychotherapeutischen Komplexbehandlung im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie gestaltet. Das Team besteht aus einem multiprofessionellen und interdisziplinären therapeutischen Team: Krankenschwestern, Spezialtherapeutinnen (Musik- und Körperpsychotherapie) sowie ärztlichen PsychotherapeutInnen. Die ÄrztInnen sind in der Regel Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie, Innere Medizin, Psychoanalyse.

5.3. Behandlungskonzept und therapeutische Angebote

Das therapeutische Programm sieht für alle PatientInnen eine intensive Basistherapie mit Einzel-, Gruppen-, konzentrierte Bewegungs-, Körperwahrnehmungs-, Gestaltungs- und Musiktherapie vor. Den PatientInnen wird eine differenzierte Behandlungsstruktur und hohe Therapiedichte geboten, die in Anlehnung an die stationäre psychotherapeutisch-psychosomatische Komplexbehandlung für das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie gestaltet ist.

Für die essgestörten PatientInnen wurden zusätzliche symptomspezifische, therapeutische Maßnahmen (homogene Gruppentherapie, Körperbildtherapie, therapeutisches Kochen und ggf. Ernährungsberatung) in das Konzept integriert. Vor allem bei den jüngeren PatientInnen sind Familiengespräche verpflichtend, Schulunterricht ist nach Absprache möglich.

Die räumliche Nähe zu den klassischen organischen Fachbereichen der Medizin im Haus ermöglicht es, auch organisch schwer kranke Patienten aufzunehmen. (z. B.

bedrohliches Untergewicht bei Essstörungen, Entgleisungen bei Diabetes mellitus 1 und andere körperliche Komplikationen).

6. Integrative Musiktherapie im Diakonie Klinikum Stuttgart

6.1. Formales und inhaltliches Setting

Die Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik des Diakonie - Klinikums liegt im obersten Stock der Klinik und ist die kleinste Abteilung im Haus. Musiktherapie gibt es seit mehr als 20 Jahren. Meine berühmteste Vorgängerin war Gertrud Katja Loos, die auch die Musiktherapie ins Klinikum brachte. Der Raum, in dem die Musiktherapie stattfindet, ist der Gruppentherapieaum, indem auch alle anderen Therapien (Großgruppe :alle PatientInnen, Kleingruppe: nur PatientInnen mit Essstörungen, Bewegungstherapie, Körperbildtherapie: nur PatientInnen mit Essstörungen und Gestaltungstherapie) stattfinden. Ebenso finden in diesem Raum die wöchentliche Teamsitzung, die Supervision (einmal im Monat) und einige Familiengespräche statt. Der Raum ist ca. 30 m² groß und recht nüchtern eingerichtet. Es steht außerdem eine (zusammengeklappte) Tischtennisplatte mit im Raum, ein Fernseher und es hängt (manchmal wie ein Damoklesschwert) ein Boxsack mitten im Raum herab. Die Musiktherapie findet ausschließlich als Gruppentherapie statt. Die Größe der jeweiligen Gruppe beträgt höchstens sieben. Die Instrumente sind im Schrank verstaut und werden jeweils kurz vor Beginn der Therapie von der ersten Gruppe heraus- und später von der zweiten Gruppe wieder weggeräumt. Die Instrumente, die zur Verfügung stehen sind sehr vielfältig⁸: sechs Djemben (sodass reine Rhythmus bzw. Trommelgruppen gebildet werden können), weitere Rhythmusinstrumente wie Cajon, BigBom, Udu, Tischtrommel aber auch Kleininstrumente, wie Rasseln, Handtrommeln und Klanghölzer. Dann gibt es eine große Anzahl Instrumente aus dem Bereich des Orffschen Instrumentariums (Stabspiele, Metallophon, Klang- und Glockenspiele usw.). Hinzu kommen Saiteninstrumente (Leiern, Dulcimer, Harfe, Gopichand, Gitarre) und andere Melodieinstrumente (Kalimba, Sansula, Tischröhrenspiel, Schlitztrommel, Klavier, Flöten) Klanginstrumente (verschieden große Klangschalen, Gong, Chimes) und Geräuschinstrumente (Gewitterbox, Oceandrum, Rainmaker). Die Vielfalt der Instrumente erlaubt eine Vielzahl von therapeutischen Spielangeboten bzw. thematisch orientierten Improvisationen. Das Angebot der Musiktherapie ist wie folgt im Konzept der Klinik beschrieben:

Die PatientInnen sind hauptsächlich junge Frauen ab 16 Jahren, das Behandlungskonzept der Klinik ist psychoanalytisch ausgerichtet. Im Rahmen eines ganzheitlichen Konzeptes der Klinik basiert die Musiktherapie als Spezialtherapie auf der Basis der Integrativen Therapie. Die musiktherapeutischen Angebote finden montags und donnerstags jeweils 1,25 Std./Gruppe statt. Inhaltlich liegt der Schwerpunkt auf der Erschließung alternativer Erlebens-, Gefühls- und Ausdrucks- und (bezogen auf die Gruppensituation) der eigenen Kontaktfähigkeit (Nähe-Distanz, sich einlassen- Abgrenzung, Konfliktfähigkeit – Rückzug, Intersubjektivität,

⁸ Im beschriebenen Zeitraum sind neue Instrumente angeschafft worden (verschiedene Saiten- Rhythmus- und Klanginstrumente).

Resonanzfähigkeit). In der aktiven Musiktherapie werden die o. a. Inhalte mittels der erlebnis- und übungszentrierten Methode in Form von Gruppenimprovisationen offen oder mit Spielanweisung erprobt. In der rezeptiven Musiktherapie stehen Entspannung und Erlebnisfähigkeit im Vordergrund. Gemeinsame musikalische Improvisationen oder gehörte Musik werden verbal reflektiert.

Es gibt vor der Musiktherapie eine kurze Übergabe durch die Krankenschwestern. Montagmittags werde ich informiert über das vergangene Wochenende, das morgendliche Wiegen, die vorangegangenen Therapien (Einzel-, Körperwahrnehmung und Körperbildtherapie), Donnerstag geht der Musiktherapie die Kleingruppe voraus, in der es ausschließlich um Themen, die mit dem Essen zu tun haben, geht. Da ich (als einzige Therapeutin) nicht an den wöchentlichen Teamsitzungen teilnehme, sind diese Übergaben für mich äußerst wichtig. Hier und in den Übergaben nach der Musiktherapie (mit dem Oberarzt und/oder einer Krankenschwester) bekomme ich (theoretisch) auch Informationen über die Familiensituation und den Freundeskreis (Netzwerk), welche Ressourcen der jeweiligen PatientIn zur Verfügung stehen, welche Diagnose vorliegt (oftmals Mehrfachdiagnose), welche Medikamente verschrieben wurden, wie hoch das Gewicht ist, ob zu oder abgenommen wurde und wenn ja wie viel usw. Manchmal erfahre ich auch die Themen, die in den anderen Gruppen- oder Einzeltherapien zur Sprache kamen. Oftmals ist keine Zeit für eine ausführliche Übergabe.

Die Nichteilnahme an den Teamsitzungen finde ich schwierig in der sonst sehr engmaschigen Dichte der Therapien und Übergaben. Damit verringert sich auch eine gute Möglichkeit sich vielstimmig auszutauschen, bei dem vorherrschendem Wunsch eine Therapie zu bieten, die aus einem Guss ist. Allerdings ist positiv anzumerken, dass seit Februar 07 auch die Musiktherapeutin an der Supervision teilnimmt.

6.2. Musiktherapeutische Gruppentherapie in der Zeit vom 18. September bis 21. Dezember 2006

6.2.1. Vorbemerkungen

In der o. a. Zeit fand insgesamt 25 Mal (bei 2 Mal pro Woche) Musiktherapie als Gruppenangebot statt. Das Gruppenangebot ist kein freiwilliges Angebot, sondern ein verpflichtendes, sozusagen „verordnetes“ zu der alle TeilnehmerInnen „eingeladen“ sind.⁹ Das ist unter dem Gesichtspunkt der Motivation sehr wichtig für mich als Therapeutin mit einzubeziehen, da hier von vorneherein Widerstände gegen die Therapie als solche entstehen können. Da die meisten TeilnehmerInnen noch im Schulalter sind, wird das Therapieangebot auch mitunter zunächst wie eine „Schulpflichtveranstaltung“ wahrgenommen, was sich aber nach kurzer Zeit bei den meisten ändert. Auf der anderen Seite sind manche froh, etwas zu tun zu haben, und so kann Musiktherapie als „Lückenfüller“ zwischen den gefürchteten Mahlzeiten wahrgenommen werden. Ich lerne die TeilnehmerInnen erst in ihrer ersten Musiktherapiestunde kennen, ein Vorgespräch gibt es nicht. Somit stehen für mich und die PatientInnen ihre ersten Stunden unter dem Motto, sich kennen zu lernen,

⁹ Allerdings sind auch alle anderen Therapien verpflichtend.

Vertrauen zu schaffen, Freiwilligkeit innerhalb der Unfreiwilligkeit zu ermöglichen und sich in der Musiktherapie so wie sie (und alle anderen mit ihnen) sind, willkommen zu fühlen. Ich möchte im Folgenden zunächst die TeilnehmerInnen kurz vorstellen, die in dieser Zeit teilgenommen haben. Dazu habe ich die Informationen verwendet, die ich aus den Akten (ärztlicher Brief), dem Kartex und den Erzählungen der Krankenschwestern bekommen habe. Dann folgt eine Beschreibung der Stunden mit Themen, musikalischen Improvisationen, und Rückmeldungen, die es gegeben hat. Dazu gehören sich ergebende (sich zeigende und mitlaufende) Gruppenthemen, Kontaktverhalten und die Zuordnung zu den in der Integrativen Musiktherapie relevanten Positionen.

Der Untersuchungszeitraum ist auf Grund verschiedener Überlegungen von mir ausgewählt worden: 1. der Anteil der PatientInnen mit der Diagnose Anorexia nervosa und Bulimie war außergewöhnlich hoch (11 von 13 TeilnehmerInnen insgesamt) 2. Ich habe für diese Zeit ausführliche Beschreibungen, sowohl für die Gruppenverläufe und die Einzelentwicklungen der TeilnehmerInnen. 3. Ich habe für diese Zeit mehrere musikalische Aufzeichnungen, die ich anhören und reflektieren kann. 4. Ich habe von einigen PatientInnen eine schriftliche Rückmeldung bei Entlassung zum Thema „was ich von der Musiktherapie mitnehme“ und 5. Es gab in dieser Zeit einen jungen Mann in der Gruppe und das über den gesamten Zeitraum. Dazu kommt, dass die Gruppensitzungen recht zeitnah und somit noch gut erinnerbar für mich sind.

6.2.2. Beschreibungen der TeilnehmerInnen

In dem Zeitraum vom 18.9. bis 21.12.06 haben in der Gruppe 1 insgesamt 13 PatientInnen teilgenommen. Die folgenden Beschreibungen (Diagnose, Alter, Beruf, Familiensituation, u. v. m.) der Personen sind anonymisiert. Es handelt sich um Informationen, die ich zu Beginn der Therapie von den Krankenschwestern bekommen habe.

Frau A: nahm an der Gruppe insgesamt 25 Mal (also über die ganze Zeit) teil. Der erste Termin zu Beginn des zu beschreibenden Zeitraumes, war ihre 6. Stunde.

Entlassen wurde sie im Februar (36 Stunden Musiktherapie).

16 Jahre alt, Schülerin, Diagnose: Anorexia, restriktiver Typ. Sie wurde als emotional instabil beschrieben, hatte sich sozial zurückgezogen. Sie war wenig leistungsfähig und hatte eine Amenorrhoe. Dieser Aufenthalt war ihr erster stationärer Aufenthalt. Über die Familiensituation hatte ich keine Informationen.

Frau A konnte Alt und Sopranflöte spielen.

Herr B: nahm an der Gruppe insgesamt 25 Mal (also über die ganze Zeit) teil. Der erste Termin zu Beginn des zu beschreibenden Zeitraumes, war ebenfalls seine 6. Stunde (er hatte mit Frau A gemeinsam die Gruppe begonnen und beendet).

19 Jahre alt, Schüler eines Gymnasiums Diagnose: Anorexia nervosa; seit 3 Jahren anhaltend, wurde von seinen Eltern in die Klinik gebracht. Es hieß, seine Umgebung leide mehr an seiner Krankheit als er selbst. Er verleugnete seine Krankheit lange. Herr B hatte Flöte und Klarinette gelernt, hielt sich aber für unmusikalisch.

Frau **C**: nahm an der Gruppe insgesamt 24 Mal teil. Der 18.9. war auch gleichzeitig ihre erste Stunde. Entlassen wurde sie im März 07 (41 Stunden Musiktherapie). 15 Jahre alt, Hauptschulabschluss mit Wunsch noch das Abitur zu machen. Diagnose: Anorexia nervosa, restriktiver Typ, seit 4 Jahren, mit einhergehender Körperschemastörung, Gewichtspohobie, vermutete Zwangsstörung. Mutter litt an Adipositas und war drogenabhängig (Methadonprogramm), Vater war der Patientin unbekannt. Es gab einen Stiefvater, der sich rührend kümmerte und zu dem sie nach der Entlassung gezogen ist.

Frau C hatte Querflöte gelernt und gern gespielt.

Frau **D**: nahm an der Gruppe insgesamt 20 Mal teil (Entlassung im November 06). Der erste Termin zu Beginn des zu beschreibenden Zeitraumes war ihre 3. Stunde. 40 Jahre alt, Computerfachfrau, zu der Zeit in Elternzeit (zwei kleine Kinder). Diagnose: Anorexia nervosa, restriktiver Typ, seit 3,5 Jahren, nach der Geburt des ersten Kindes entwickelt. Es war ihr erster stationärer Aufenthalt. Es gab familiäre Konflikte mit dem Ehemann und ihrem Vater.

Frau D hatte in der Grundschule Melodika gespielt, ansonsten keine musikalischen Vorkenntnisse. Sie gab an, gern Musik zu hören.

Frau **E**: nahm an der Gruppe insgesamt 18 Mal teil (Therapieabbruch Ende November 06). Der erste Termin zu Beginn des zu beschreibenden Zeitraumes war ihre 12. Stunde. 19 Jahre alt, Waldorfschülerin (Schulabbruch), Diagnose: Bulimie (seit 6 Jahren) mit einhergehender mittelgradiger depressiver Episode, Selbstwertproblematik, wenig soziale Kontakte, Konzentrationsprobleme, Schlafstörungen, mehrere stationäre Aufenthalte ohne Erfolg.

Frau E spielte Geige und äußerte die Befürchtung „falsch zu spielen“

Frau **F**: nahm an der Gruppe insgesamt 15 Mal teil (ab Oktober, 10. Gruppenstunde, Therapieende im März 07, insgesamt 33 Stunden Musiktherapie). 22 Jahre alt, Erzieherin ohne Stelle, Diagnose: Anorexia nervosa, restriktiver Typ, lebt mit ihrer Lebensgefährtin zusammen, schwierige Beziehung zur Mutter, redet viel.

Frau F spielte Flöte und Klarinette (was sie als Fehlentscheidung bewertete).

Frau **G**: nahm an der Gruppe insgesamt 9 Mal teil (bis Oktober 06). Der 18.9.06 war ihre 30. Stunde (Beginn mit der Therapie im April 06, bei Entlassung insgesamt 38 Mal Musiktherapie). 19 Jahre alt, Waldorfschülerin (Abbruch der Schule zuvor), Diagnose: Anorexia nervosa, seit einem Jahr, mehrere Klinikaufenthalte, depressive Verstimmung, Schlafstörungen und selbst verletzendes Verhalten, Konzentrationsschwäche, stotterte ein wenig. Lebte bei der Mutter, Eltern geschieden, beide therapeutisch, pädagogisch tätig, Vorerkrankungen in der Familie (Schizophrenie, mehrere Suizidversuche und Depressionen).

Frau G spielte schon lange Cello und wünschte sich zu Beginn der Musiktherapie (April) wieder Zugang zur Musik zu bekommen und befürchtete, dass ihr zu viele Gefühle hochkommen könnten.

Frau **H**: nahm an der Gruppe insgesamt 8 Mal teil (ab November 06, 16. Gruppenstunde, Therapieende im Februar 07, insgesamt 18 Stunden Musiktherapie). 16 Jahre alt, Schülerin im Berufsvorbereitungsjahr, Diagnose: beginnende Anorexie, starke Angst vor Gewichtszunahme, einhergehend mit depressiver Verstimmung, Lernbehinderung (keine näheren Angaben), wohnte Zuhause, hatte wenig soziale Kontakte.

Frau H hatte keine musikalischen Vorkenntnisse, nur Musikunterricht in der Schule, hörte aber gerne Musik und freute sich auf Musiktherapie.

Frau **I**: nahm an der Gruppe 3 Mal teil (bis zum 25.9.06). Der erste Termin zu Beginn des zu beschreibenden Zeitraumes war ihre 14. Stunde von insgesamt 16 Stunden Musiktherapie. 39 Jahre alt, Beruf mir nicht bekannt. Diagnose: ausgeprägte Dysthymie, mittelschwere depressive Episode (Ehekrise), mit einhergehender Antriebslosigkeit, rascher Ermüdung, Durchschlafstörungen, Weinkrämpfe, Suizidgedanken, seit 10 Jahren Tinnitus, versuchte Vergewaltigung im Kindesalter. Seit fast 20 Jahren verheiratet (von Anbeginn an von ihr als problematisch beschrieben), zwei Kinder im Teenageralter, fühlte sich als Mutter überfordert. Frau **I** hatte Gitarre gelernt und an einer Trommelgruppe teilgenommen. Sie wünschte sich an ihre Gefühle heran zu kommen und hatte gleichzeitig Angst davor.

Frau **K**: nahm an der Gruppe 4 Mal teil (ab Mitte Dezember 06, 22. Gruppenstunde). Frau K ist noch in der Klinik und hat zum jetzigen Zeitpunkt (Mai 07) an insgesamt 32 Stunden Musiktherapie teilgenommen. 23 Jahre alt, Studentin Diagnose: Bulimia nervosa (manchmal Abführmittelmissbrauch), Kontrollverlust, seit 4 Jahren Essstörung, einhergehend mit schwerer depressive Episode, sozialer Rückzug, ist unglücklich über Figur, hat Konzentrationsschwierigkeiten, Interessensverlust. Lebt allein.

Frau K hat Keyboard gespielt, aber dazu keine Lust mehr.

Frau **L**: nahm an der Gruppe 3 Mal teil (ab Mitte Dezember 06, 23. Gruppenstunde, Therapieende Ende Februar 07, insgesamt 16 Stunden Musiktherapie, erster Aufenthalt im Diakonie - Klinikum 2004, zweites Mal Musiktherapie bei mir) 18 Jahre alt, Schülerin im Internat 13te Klasse, Diagnose: Anorexia nervosa, restriktiver Typ, schwierige Familienverhältnisse, deshalb nach dem ersten Klinikaufenthalt ins Internat.

Frau L konnte Klavier spielen, lange Jahre Unterricht

Frau **M**: nahm an der Gruppe 3 Mal teil (ab Mitte Dezember 06, 23. Gruppenstunde). Entlassung Ende April, insgesamt 29 Stunden Musiktherapie. 16 Jahre alt, Schülerin,

Diagnose: Anorexia nervosa, Selbstwertproblematik. Von der Familiensituation wenig bekannt.

Frau M spielte Flöte, hatte Unterricht

Frau **N**: nahm an der Gruppe insgesamt 2 Mal teil (im November 06, dann Therapieabbruch). 17 Jahre alt, in Berufsausbildung, Diagnose: Angststörung, Panikattacken, Somatisierungsstörungen. Hatte viele soziale Kontakte, Lebensverhältnisse ansonsten unbekannt, hatte einen Freund, die Beziehung wurde von ihr als stressig beschrieben.

Zusammenfassend möchte ich feststellen, dass von
13 TeilnehmerInnen : 12 weiblich waren und einer männlich war
13 TeilnehmerInnen : Neun mit der Diagnose Anorexia nervosa, zwei mit der Diagnose Bulimie, eine mit der Diagnose ausgeprägte Dysthymie und eine mit der Diagnose Angststörung. Weiterhin hatten fünf TeilnehmerInnen Mehrfachdiagnosen, davon drei Anorektikerinnen mit zusätzlich diagnostizierter depressiver Episode, eine mit Lernbehinderung und eine mit Körperschemastörung. Beide Bulimikerinnen hatten zusätzlich eine mittelgradig schwere bzw. schwere depressive Episode. Das Alter der PatientInnen war äußerst heterogen, von 15 bis 40 Jahren, das Durchschnittsalter betrug 21,5 Jahre. Die durchschnittliche Verweildauer in der Musiktherapie ist mit 12 Mal errechnet, wobei daraufhin gewiesen sein sollte, dass die gesamte Verweildauer (sieht man über den beschriebenen Zeitraum hinweg) wesentlich höher liegt, als bei 12 Wochen.

Eher unterrepräsentiert bei der Kurzanamnese war die Ressourcenanalyse. Ebenso war unklar, inwieweit die PatientInnen von sich aus motiviert waren, gesund zu werden. Ausgenommen die älteren PatientInnen, war die stationäre Aufnahme eher von den Eltern ausgegangen. Körperliche Untersuchungsergebnisse lagen mir nicht vor, ebenso war mir bei Beginn der Therapie die Familiensituation wenig bekannt.

6.2.3. Verlaufsbeschreibung

Initialphase:

1. Stunde am 18.9.06

Anwesend: Frau **G** (zu diesem Zeitpunkt am längsten dabei), Frau **I**, Frau **E**, Frau **A**, Herr **B**, Frau **D** (relativ neu dabei), und Frau **C** (erste Stunde) (sechs PatientInnen mit einer Essstörung). Die Gruppe war altersmäßig und von den Themen, die sie beschäftigten sehr bunt gemischt, Frau I war zu diesem Zeitpunkt schon lange in der Gruppe und übernahm manchmal einen mütterlichen Part.

Übergabe:¹⁰ In der Übergabe wurden Themen wie körperliche Anspannung, Regelverstoß, unterdrückte Wut, Gewichtszunahme und -abnahme genannt.

Eingangsrunde: Hier waren die Themen unter anderem, Bedürfnis nach Zärtlichkeit, nach Entspannung, unterdrückte Wut. Herr B kam zu spät, äußerte, es sei ihm egal, was passieren werde. Frau C stellte sich vor; auffällig war ihre sehr enge Körperhaltung und die sehr leise Stimme, die kaum vernehmbar war. Da bereits

¹⁰ Von den diensthabenden Krankenschwestern, unmittelbar vor der Musiktherapiestunde, nur montags

häufiger der Wunsch geäußert worden war, Musik vom Band zu hören und die Befindlichkeiten sehr unterschiedlich waren, wurde der Vorschlag, eine Musik zu hören, gerne angenommen.

Musikalische Intervention: RMT¹¹ Peer Gynt „Morgenstimmung“ mit einer Einstimmung. Das „Hinhören“ auf die Musik sollte in möglichst entspannter Körperhaltung erfolgen. Jede/r PatientIn durfte sich dabei so einrichten, wie es für ihn/sie am angenehmsten war (liegend, sitzend usw. = Wirkfaktoren **LB**) Ebenso wurde in der Einstimmung jeder/m die Möglichkeit mitgeteilt, sich schützen zu dürfen (z. B. Körperposition verändern, Augen aufschlagen, im Notfall Ohren zuhalten, mit der Therapeutin Kontakt aufnehmen).

Ideen zur musikalischen Intervention: Mit dieser musikalischen Intervention war die Möglichkeit gegeben, dass jede/r zu sich kommen konnte. Da die Gruppe in den Stunden vorher sich immer wieder neu konstituiert hatte, war Unruhe vorhanden. Neben dem bereits erwähnten Wirkfaktor „Förderung von leiblicher Bewusstheit, Selbstregulierung und psychophysischer Entspannung“, war hier die erlebniszentriert - stimulierende Modalität gewählt.

Rückmeldungen: Alle, bis auf eine Teilnehmerin, konnten sich gut auf das Hinhören einlassen. Drei TeilnehmerInnen waren in ihrer (positiv gestimmten) Phantasie in der Natur, Herr B hatte die Phantasie von Winnetou, während die anderen eher ohne „Aktion“ beteiligt waren. Drei TeilnehmerInnen waren an ihren Ballett- bzw. Eurythmieunterricht erinnert und verspürten Sehnsucht danach. Eine Teilnehmerin konnte sich besonders gut entspannen, da dies ihre Lieblingsmusik war.

Besonderheiten: Eine ausgesprochene Initialphase konnte hier nicht angenommen werden, da die Gruppe immer wieder neu zusammengesetzt worden war, es sich also um eine so genannte offene Gruppe handelte. Frau C, die ihre erste Stunde hatte, stellte sich kurz vor (was sie erzählen wollte), nachdem auch ich mich kurz vorgestellt hatte. Was von mir immer in der ersten Stunde nachgefragt wird, ist der Bezug zur Musik bzw. Erfahrungen mit Musiktherapie bzw. Musikunterricht, wenn es keine Erfahrungen mit Musiktherapie bisher gegeben hat. Da keine Vorgespräche gemacht werden (dürfen), wird nach positiven bzw. negativen Erfahrungen (mit der Musik bzw. dem –unterricht), nach Wünschen bzw. Befürchtungen gefragt. Mögliche Schwierigkeiten können hier schon vorgefühl werden. Die Gruppe übernimmt den Part, zu erzählen, was sie bisher in der Musiktherapie erlebt haben. Dabei hat sich herausgestellt, dass es sehr entlastend für Neuankömmlinge ist, dass „sie nichts falsch machen können“ (Wirkfaktoren: TN, SE, ES).

2. Stunde am 21.9.06

Anwesend: Gleiche Zusammensetzung wie am 18.9.06.

Eingangsrunde: Atmosphäre war dicht und noch aufgeregter von der Kleingruppe, die vorher stattgefunden hatte.

Musikalische Intervention: Trommeln, mehrere Runden; 1. reine Improvisation, 2. nacheinander einsetzen und einen gemeinsamen Rhythmus entwickeln (mehrere Runden, verschiedene Vorgaben).

¹¹ Rezeptive Musiktherapie

Ideen zur musikalischen Intervention: Da die Atmosphäre als sehr dicht empfunden wurde und die Gruppe keine Lust hatte zu sprechen (Kleingruppe ist eine reine Gesprächsgruppe), wurde der Vorschlag, gleich musikalisch einzusteigen, begrüßt. (Wirkfaktoren: ES, EA, LB).

Beobachtungen, Themen: Die TeilnehmerInnen gingen sehr unterschiedlich mit der 1. Spielrunde um: zu hören waren: lautes Spiel (Frau G und A), auf Bekanntes zurückgereifen (Frau E), viel ausprobieren (Frau D), sehr enge Körperhaltung und leises Spiel (Frau C), gegenrhythmisch zu den anderen spielen (Herr B), Halt suchen und nicht finden (Frau I). 2. Runde: einige gaben komplexe Rhythmen vor, sodass es für die anderen schwer war, sich einzufädeln. Ein hoher Anspruch, das Spiel besonders gut zu gestalten, schwang mit. Aufeinander hören und zusammengestalten gelang nur einmal. Herr B spielte weiterhin konsequent gegen den Rhythmus der anderen und löste Ärger bei Frau I aus, aber auch Bewunderung „wie kann man das solange durchhalten, dagegen zu spielen“. Die Gruppe war sehr mit dem Thema „Wut“ in Kontakt gekommen. Dies wurde nicht thematisiert, aber war für mich deutlich zu hören. Daneben war auch „Eigenständigkeit“ und sich „als Gruppe finden“ und „Anpassen“ zu hören. Herr B als einziger männlicher Teilnehmer spielte gegen die Frauen, so schien es jedenfalls. Frau I, die sich ihr Leben lang angepasst hatte, reagierte sofort auf sein konsequentes „Gegenspiel“.

3. Stunde am 25.9.06

Anwesend: Wie am 21.09.06, Letzte Stunde von Frau I.

Übergabe: Es wurde von Rückfällen, Stimmungswechsel und Gewichtsabnahme berichtet.

Eingangsrunde: Einige TeilnehmerInnen berichteten teilweise von dem Phänomen, sich von (negativen) Stimmungen der anderen anstecken zu lassen (nicht bei sich bleiben können), andere von der Schwierigkeit, sich beim letzten Mal nicht anpassen (ich würde meinen - nicht einlassen) zu können. Es sei schwierig, auf die anderen zu hören. Frau G äußerte den Wunsch nach Struktur. Das Thema Abgrenzung versus sich einlassen stand im Raum.

Musikalische Intervention: Spielangebot: Phasenspiel. Gemeinsam als Gruppe das Spiel beginnen; mit dem Spiel aufhören, wenn eine Person aufhört. Das gleiche gilt beim wieder einsteigen. Mehrere Durchgänge (Themen, die dadurch angestoßen werden können: aufeinander hören und die anderen wahrnehmen, Entscheidungen treffen, sich an Spielregeln halten).

Ideen zur musikalischen Intervention: erlebniszentrierte Einheit, gruppenzentrierter Arbeitsstil, Wirkfaktor: KK.

Rückmeldungen: Mehrfach wurde von der Gruppe zurückgemeldet, dass undeutliches Spielen (zu leise, Frau C war nicht hörbar, deshalb konnte die Gruppe nicht genau wahrnehmen, wer einen Punkt setzte) zu Verwirrung geführt hatte. Einige hatten Schwierigkeiten, deutlich zu spielen und einen Anfangs- oder Schlusspunkt zu setzen (Thema Verantwortung wurde genannt von Frau G und Frau I), Spiel bestimmend war Herr B, der oft begann, weil er die Pausen nicht mochte. Thema

Verärgerung, weil die anderen nicht reagierten (Frau A), sich an die anderen anhängen, keine Verantwortung übernehmen (Frau E).

Besonderheiten: Themen, die benannt wurden waren Ärger und Verantwortung übernehmen.

Die Themen wurden erst einmal nicht weiter bearbeitet, da Frau I ihre letzte Stunde hatte und sich jede/r in der letzten Musiktherapiestunde etwas wünschen darf, was die Gruppe dann erfüllt.

4. Stunde am 28.9.06

Anwesend: Wie am 25.9., ohne Frau I.

Eingangsrunde: Einige TeilnehmerInnen äußerten, dass sie nicht immer „schwierige Themen“ bearbeiten wollten (Frau G, D und Herr B). Frau A war optimistisch „es hat Klick gemacht“, Frau E berichtete, dass sie sich nicht auf die Therapien einlassen könne und Frau C wollte etwas zur Beruhigung machen. Das Thema Ärger aus der letzten Stunde wurde nicht mehr thematisiert, starke Unruhe und Angst vor der Gewichtszunahme wurde in der Kleingruppe besprochen.

Musikalische Intervention: Die Gruppe nahm den Vorschlag, die einzelnen Instrumentengruppen besser kennen zu lernen, positiv auf. So suchte sich jede/r nach längerem Ausprobieren aus jeder Instrumentengruppe (Rhythmus – Klang – Melodie) eines aus. Die jeweilige Instrumentengruppe wurde in einer Improvisation zusammen gespielt. Wenn eine/r zu der nächsten Gruppe wechselte, wechselten die anderen auch.

Ideen zur musikalischen Intervention: Erlebniszentrierte Modalität, Wirkfaktoren: EA, KG, LM, KK, gruppenzentrierter Arbeitsstil. Zudem kam die Überlegung, das Thema Verantwortung (wer wechselt) und „aufeinander hören“¹² noch einmal musikalisch auf zu greifen. Die Musik¹³ wurde aufgenommen (insgesamt 6 min. lang). Die Spielregel sah für jede Instrumentengruppe einen Durchgang vor, tatsächlich gespielt wurden vier. Reihenfolge: Klang – Rhythmus – Melodie- Rhythmus.

Rückmeldungen: Spontane Rückmeldungen gab es zu dem vierten nicht vorgesehenen Durchgang. Dieser wurde von Frau C eingeleitet, mit der Begründung, Herr B hätte in der ersten Rhythmusrunde Klang gespielt und nun sollte er Gelegenheit bekommen, auch einen Rhythmus mitzuspielen, damit es „ganz wird“.

Beobachtungen /Besonderheiten: Die gespielte Musik war in vier „Strophen“ unterteilt. Die Strophe Klang war sehr kurz und wirkte verloren, durch die vereinzelt Klänge, die durch den Raum schwebten (Becken = Frau I, begann mit einem Schlag, der wie „ha, hier bin ich“ (für mich überraschend) klang), Klangschalen (groß = Frau G und mittel = Herr B), Triangel (Frau D), Zymbeln (Frau A), Monochord (Frau C = fast nicht zu hören), abgelöst von der Strophe Rhythmus, der eher unklar, fast verwaschen klang, was auch durch den Klang der Instrumente, insbesondere der Klangschale zustande kam (Klangstäbe (Frau G), Klangschale mittel (Herr B), Oceandrum (Frau D), Rassel (Frau A = leitet ein, Frau C), Rainmaker (Frau I), der Melodieteil klang

¹² „aufeinander hören“ im Sinne von in Ko –respondenz gehen, nicht im Sinne von gehorchen, was mitunter von den PatientInnen so verstanden wird.

¹³ Nach Rücksprache mit der Gruppe wird immer nur die musikalische Improvisation aufgenommen, nie das Gespräch davor oder danach. Siehe Aufnahme auf der CD.

vielschichtig, zunächst gab es ein gemeinsames Zusammenspiel, dann gab es viele einzelne Melodien nebeneinander. Aber die Melodien kamen nicht zusammen, wobei das Klavier und das große Xylophon versuchten, Struktur hineinzubringen (Klavier (Frau G), Leier (Herr B leitete diesen Teil ein), großes Xylophon (Frau A), Metallophon (Frau C = dieses Mal gut zu hören), afrikanische Kalimba (Frau E). Nach einer kurzen Pause begann die vierte „Strophe“ Rhythmus, mit vereinzelt Schlägen, kein Rhythmus war zu erkennen, wieder spielte Herr B die Klangschale. Auch hier fiel auf, dass Herr B „dagegen“ spielte. Er spielte keinen Rhythmus wie andere, hielt sich also nicht an die „Spielregeln“, genau wie es schon vorher geschehen war (siehe 2. Stunde). Die Gruppe hatte noch keinen gemeinsamen Rhythmus (Boden) gefunden und war auf der Suche danach. Alle TeilnehmerInnen wirkten noch vereinzelt, nicht als Gruppe verbunden. Frau C versuchte Herrn B zu helfen, damit „es ganz wird“. Viel schien sich um Herrn B zu drehen, der oft und auffällig anders spielte als die anderen, verbal aber sehr zurückhaltend war.

5. Stunde am 2.10.06

Anwesend: Alle außer Frau G.

Übergabe: Thema Gewichtszunahme und -abnahme war bestimmend bei allen.

Eingangsrunde: Alle wollen gern die Musik vom letzten Mal anhören, waren neugierig darauf, wie das wohl klingt. Vereinzelt wurde auch das Thema Gewicht angesprochen, Frau E äußerte „nicht da zu sein“, Frau C ging es schlecht.

Musikalische Intervention: Musik wurde angehört, dazu holten alle ihre Instrumente vom letzten Mal dazu.

Ideen zu der musikalischen Intervention: Das Anhören der aufgenommenen Musik ermöglichte, die selbst gespielte Musik zu einer verifizierbaren Wirklichkeit, „das haben wir als Gruppe gespielt, das haben wir gemeinsam zustande gebracht“ werden zu lassen (identitätsstiftend). Einzelne wurden hörbar im Zusammenklang. Ziel: Förderung von Potentialen, kreativen Gestaltungsmöglichkeiten und Wahrnehmung (awareness), Wirkfaktoren: EE, KK, LM, TN. Natürlich konnte auch Negatives ausgelöst werden, dass das gemeinsame Spiel nicht gefällt, problematische Themen aufkommen lässt, also konfliktzentriert - aufdeckend wirkte.

Rückmeldungen: Die musikalischen Parameter fanden unterschiedlichen Zuspruch: Frau D fühlte sich am wohlsten mit der Melodie, am wenigsten mit dem Rhythmus, war aber genervt von dem Klavierspiel von Frau G (die nicht da war). Ebenso mochte Herr B die Melodie (er hatte sie auch eingeleitet), da fühlte er sich sicher (er hatte ein Melodieinstrument gelernt). Ansonsten fand er sein Spiel „ganz okay“. Dass er anstatt Rhythmus Klang gespielt hatte und damit die Gruppe irritiert hatte, wurde weder von der Gruppe noch von ihm angesprochen. Meine vorsichtiger Hinweis auf die letzte Stunde und die Frage „was denn mit dem Rhythmus gewesen sei“, wurde nur kurz aufgegriffen „er habe die beiden halt verwechselt“. Die Irritation/Ärger aber auch die Hilfe von Frau C wurde ausgeblendet. Dafür schwelte ein anderer Konflikt. Auch Frau A fand das Klavier (und Melodie) nervig. Da aber Frau G nicht da war, bat ich die Gruppe, darüber noch mal zu sprechen, wenn Frau G anwesend und es dann noch wichtig sei. Die Gruppe wollte noch mal einen Rhythmus spielen, da dieser als unklar

empfunden wurde, vor allem von Frau D (die jetzt übrigens nach dem Weggang von Frau I die älteste in der Gruppe war). Diesmal empfand die Gruppe den gespielten Rhythmus als „besser“, Frau D fühlte sich wohler damit und hatte sich an Herrn B orientiert, der sich diesmal mehr auf die Gruppe einlassen konnte und feststellte „wenn ich nicht dauernd spiele, finde ich eher rein“ (Neuorientierung – tetradisches System)

Besonderheiten: In dem gemeinsamen rhythmischen Spiel zum Schluss der Stunde wuchs die Gruppe mehr zusammen, ein gemeinsamer Boden, auf dem auch Herr B sich einlassen konnte, entstand. Das Anhören der Musik und die Möglichkeit, dass sich jede/r bei Ihrem/Seinem wohl fühlen konnte (bei sich bleiben konnte), jede/r auch die nervigen Anteile ansprechen durfte, ohne sich „blöd“ zu fühlen, sogar aus der Reihe tanzen durfte (Herr B), ohne negative Konsequenzen zu erwarten, war der erste Schritt zu einer **Kon - sonanz**, einem Zusammenklang, der vielfältig sein durfte. Ein Konflikt mit Frau G - der sich auch schon in anderen Gruppen unterschwellig gezeigt hatte - war angedeutet.

6. Stunde am 5.10.06

Anwesend: Alle.

Eingangsrunde: Alle, außer Frau G, wollten die Musik noch mal anhören, da ja auch Frau G sie noch nicht gehört hatte. Sie hatte aber schon mitbekommen, dass das Klavier wohl genervt haben sollte und das wollte sie nun gar nicht hören. Der Konflikt, der nun aufbrach zwischen Frau G und Frau D zeigte folgende Themen: „alles falsch machen, nicht passen“ (Frau G, und ähnlich ging es auch Frau E und Frau A). Auf der anderen Seite stand Frau D, die (auf Frau G) so wirkte als wenn „es ihr immer gut geht und alles leicht gelingt“. Herr B fand gut, dass Frau D eine so positive Ausstrahlung hatte und unterstützte dieses. Mein Versuch, die Musik unter dem Blickwinkel des „Augenblicks der Aufnahme“ und mit dem Aspekt des Struktur Gebens durch das Klavier und nicht „falsch und richtig“ zu hören, scheiterte. Ich wollte Frau G die Möglichkeit geben, das festgefahrene Muster (ich mache sowieso alles falsch), anders zu lösen, hatten ja auch andere der Gruppe (Herr B und Frau C), die vorher abgesprochenen Spielregeln umspielt. Aber es half nichts, Frau G mochte die Musik nicht mehr hören. Die Atmosphäre in der Gruppe war angespannt.

Musikalische Intervention: Trommeln (gemeinsamer Rhythmus), mit Solis und Duetten.

Ideen zu der musikalischen Intervention: Da die Atmosphäre in der Gruppe angespannt war, und beide, Frau G und Frau D, sich gekränkt fühlten, war ein konstruktives Umgehen mit dem Konflikt nicht in Sicht. Um die gesamte Gruppe wieder einzubinden und Subgruppenbildungen zu verhindern, und um die spürbare Anspannung ausdrücken zu lassen, nahm ich den Wunsch „etwas Militärisches“ machen zu wollen (von Herrn B) auf und gab ich die Spielidee des Trommelns in die Gruppe (Wirkfaktoren: LB, KG, TN).

Rückmeldungen: Die Gruppe konnte gut Anspannung ausdrücken und damit auch (unterschiedlich gut) abbauen. Einige probierten etwas Neues aus (andere Trommelinstrumente oder Spielweisen). Alle spielten beim „Duett“ mit und spielten

auch mit denjenigen, mit denen sie Unstimmigkeiten ausgedrückt hatten (Idee, die ich mit einbrachte). So spielten auch Frau G und Frau D miteinander, wobei es Frau D mit ihrer „scheppernden kleinen Felltrommel“ leichter fiel, als Frau G, die zwar ihre Anspannung nicht ganz abbauen konnte, aber den gespürten Druck in Bezug auf das Thema „etwas falsch machen – Konflikt mit Frau D“ später ansprechen konnte.

Besonderheiten: Der oben beschriebene Konflikt konnte nicht ausgeräumt werden. Wahrscheinlich lag es auch daran, dass er bereits vor der Musiktherapiestunde geschwelt hatte. Diese 6. Stunde war für mich der Beginn der Aktionsphase, das vorherige Abtasten, abgrenzen – sich einlassen, wurde nun durch erste wirkliche Kontaktaufnahme und sichtbarer Konflikte deutlicher. Wer hatte welche Position in der Gruppe, wer durfte es sich erlauben „falsch“ zu spielen, wer war für Harmonie zuständig usw. Die Frage der Solidarität (Frau E und Frau A mit Frau G und Herr B mit Frau D) tauchte auf und wer hält sich zurück.

7. Stunde am 9.10.06

Anwesend: Alle.

Übergabe: Unzufriedenheit, weil die Gewichtszu- bzw. abnahme nicht wie gewünscht verlief, außer Frau D und Frau A, beide hatten zugenommen und es ging ihnen gut.

Eingangsrunde: Die Stimmung zwischen den Einzelnen war nicht gut, der Konflikt, an dem mittlerweile Frau D, Frau E, Frau A und Frau G beteiligt waren, schwelte immer noch. Da keine/r ein Thema oder Anliegen einbrachte, sprach ich die augenblickliche Atmosphäre an. Die Gruppe empfand die Atmosphäre ebenfalls als zäh und dicht, es gab keinen Blickkontakt untereinander.

Musikalische Intervention 1: Atmosphäre ausdrücken, dabei mit dem Rücken zum Kreis, damit jede/r bei sich bleiben konnte.

Rückmeldungen: Die Gruppe beschrieb die gespielte Musik als „mystisch“, „unangenehm“, „schwebend“, „Ruhe vor dem Sturm“, „es rieselt etwas die ganze Zeit“. Nur Frau A meldete zurück, dass ihr das mit dem Rücken zu den anderen zu spielen noch mehr Abgrenzung gebracht hatte. Für Frau G war es die Möglichkeit, für sich sein zu können und das Schwebende ausdrücken zu können. Das Spiel war verhalten, schwebend. Der Boden, die Klarheit hatte gefehlt, somit war die Atmosphäre gut ausgedrückt.

Musikalische Intervention 2: Mit dem Gesicht zueinander spielen (also in den Kreis drehen), damit Blickkontakt entstehen konnte. Änderte sich etwas?

Rückmeldungen: Für alle war klarer geworden, dass der direkte Kontakt und damit auch die direkte Klärung schwierig war. Manche hatten versucht, hörend Kontakt aufzunehmen (Frau G, Herr B). Herr B sprach seine Erfahrungen mit „Mädchen“ in der Schule an, diese würden auch „immer so lange etwas mit sich rum tragen, Jungs würden sich halt mehr prügeln“. Er prügeln sich nicht, spricht lieber, oder geht. Für andere war das „Mystische“ weg, aber die Atmosphäre war weiterhin unangenehm. Klären mochte keine etwas, lieber hinterher zu zweit. Frau D bedauerte, dass kaum jemand Blickkontakt gesucht hatte. Als Frau A bemerkte, dass niemand mit ihr in Kontakt getreten sei, wurde klar, dass Frau D dies gerne getan hätte, wenn Frau A

geschaut hätte. Klar wurde, dass man in Kontakt treten muss, um einen Konflikt angehen zu können. Gelöst war er deshalb nicht, aber musikalisch ausgedrückt.

Ideen zu den musikalischen Interventionen: Mein Gefühl war, stecken geblieben und mit diesem Konflikt nicht gut umgegangen zu sein. Die Gruppe wollte/konnte den Konflikt nicht angehen und zeigte damit ein Reaktanzverhalten im Sinne von, verharren – stehen bleiben. Konflikten aus dem Weg gehen, das kannten viele; sie gut anzugehen, Neues auszuprobieren, war schwierig. Interessanterweise zeigte sich der Konflikt zwischen den beiden Frauen D und G zunächst nur in der Musiktherapie. In anderen Therapien kam er (noch) nicht offen zutage.

Besonderheiten: Die Atmosphäre ausdrücken zu können und bestätigt zu werden, dass der Ausdruck passend ist, war der erste Schritt, diesen Konflikt bzw. die Stimmung in der Gruppe wahr zu nehmen und zu akzeptieren. Auch die Rückmeldung „Das Unausprechliche ist klarer benannt“ durch die erste Improvisation sprach dafür. Leise Annäherungen durch hörende Kontaktaufnahme, vorsichtigen Blickkontakt, oder das Ausprobieren mit Dynamikspielen (laut-leise Frau A) waren aus meiner Sicht Versuche, wieder in Kontakt zu kommen.

Ergebniszentriertes Vorgehen hatte sich zwar in diesem Moment um Konflikthafes gedreht, aber seit Frau I entlassen worden war (und sie war so etwas wie ein Katalysator in der Gruppe gewesen), gab es niemanden mehr, der neue Möglichkeiten offen ausprobiert hatte (Wirkfaktoren : KK, EA, TN, SE).

8. Stunde am 12.10.06

Anwesend: Alle, außer Frau C.

Übergabe aus der Kleingruppe: Konflikt zwischen Frau D und G war mittlerweile auch dort aufgetaucht.

Eingangsrunde: Keine/r mochte reden, alle wollten gleich Musik machen.

Musikalische Intervention: Imitieren (zu zweit; später in der Gruppe = eine/r gibt vor, Gruppe imitiert).

Ideen zur musikalischen Intervention: Da die verbale Kommunikation gerade schwierig zwischen den TeilnehmerInnen der Gruppe war, wählte ich einen musikalischen Einstieg. Das Imitieren musikalischer Motive hielt ich an diesem Punkt für sinnvoll, um in Ko – respondenzprozesse einsteigen zu können. Zu zweit ermöglichte einen Mikrobereich, in dem die TeilnehmerInnen mit einer vertrauten Person ausprobieren konnten, was und wie sie spielten. In der Gruppe wurde der Bereich auf den Mesobereich erweitert. Hier wurde das vertraute Feld verlassen. Eventuell mussten sie sich auf Personen einlassen, denen sie nicht so nahe standen bzw. mit denen sie einen Konflikt hatten, oder sie taten genau dieses nicht. (Wirkfaktoren: EV, EE, LM, KG), erlebniszentriert - stimulierende Modalität, die übenden Charakter hatte.

Rückmeldungen: Die Gruppenmitglieder kamen an die unterschiedlichsten Gefühle heran. Einige dachten, imitieren sei einfach (vor allem, wenn es um gleichartige Instrumente ging), erfuhren dann aber, dass es auch damit zusammenhing, wie schwer oder leicht es einem der andere machte. Herr B spielte Frau E z. B. komplexe und lange Motive vor, die sie nicht nachspielen konnte. Bei ihr entwickelte sich Ärger

auf ihn, er hatte das Gefühl in einer Quizsendung zu sein und es „ihr mal richtig zu zeigen“. Manche fanden das Vorgeben einfacher als das Nachspielen (Frau D). Frau G machte die Erfahrung, dass es auch bei ganz unterschiedlichen Instrumenten (Leier und Rainmaker) gut möglich war. Es hatte Spaß gemacht, herauszufinden welche Möglichkeiten sie hatte (auch Frau A).

Nach der zweiten Spielrunde (eine/r gab ein Motiv vor, die Gruppe imitierte) teilten die Gruppenmitglieder (das erste Mal) Erlebnisse aus ihrer Geschichte mit. Frau G hatte das Gefühl, ein außergewöhnliches Instrument zu spielen (Rainmaker), „es fließt noch nicht, es rieselt eher“, für das Fließen fehlte noch der Klang (Klangschale). Sie hatte noch zuviel Kontrolle. Das Imitieren gefiel ihr, „so lernt auch ein Kind, so kann auch ich lernen“. Frau A erinnerte sich an den Freundeskreis, wo sie versucht hatte, anderen (schlankeren Mädchen) nachzueifern, das hatte sie gestört, jetzt beim Spielen fand sie es angenehm. Auch Herr B und Frau E wurden erinnert. Frau E mochte es nicht sagen, bei Herrn B war es etwas Angenehmes. Lediglich Frau D wurde stumm und fühlte sich nur mit meinem Spiel wohl.

Besonderheiten: Zu Beginn der Stunde war Frau C noch anwesend. Als wir mit dem Spiel beginnen wollten, wurde Frau C herausgerufen, sodass ich mit Frau D zusammenspielte. Für Frau D war es zwar eine angenehme Erfahrung mit mir zu spielen, aber es machte auch deutlich, dass sie eine besondere Position in der Gruppe hatte. Sie hätte die Mutter von fast allen sein können, vom Alter stand sie mir wesentlich näher. Das aber machte ihre Position in der Gruppe schwierig. Ich hatte das Gefühl, sie wollte Vorbild für die anderen sein, keine Schwäche zeigen. Das Wohlfühlen mit meinem Spiel und das Stumm werden in der Gruppe verstärkte diese Vermutung.

9. Stunde am 16.10.06

Anwesend: Alle.

Übergabe: Positive Entwicklungen gab es bei Frau A, E und G. Herr B und Frau C hatten abgenommen, wobei Herr B das bedauerte, Frau C sich hingegen darüber freute. Frau D hatte im Moment Schwierigkeiten sich nach dem Wochenende von ihrer Familie zu trennen und zurück in die Klinik zu kommen.

Eingangsrunde: Es gab so viele unterschiedliche Bedürfnisse, wie Personen im Raum waren. Frau G wollte singen, Frau E bloß nicht singen, sie war aufgedreht und wollte etwas zur Beruhigung machen, Frau A wollte auf keinen Fall trommeln und Herr B wurde heute morgen in der Visite „geschockt“, konnte sich in der Bewegungstherapie ablenken, wollte das jetzt auch. Frau D ging es gut, Frau C nicht. Sie wollte etwas Melodisches machen.

Musikalische Intervention: Auf Grund der unterschiedlichen Bedürfnisse (die aber angesprochen wurden!) schlug ich der Gruppe vor, noch an dem Thema vom letzten Mal weiter zu arbeiten und diesmal „Gegenteil“ zu spielen, wieder zu zweit, mit einem PartnerInnenwechsel.

Ideen zur musikalischen Intervention: Da in der Stunde vorher das Zweierspiel positiv verlaufen war, wollte ich auf Bekanntes zurückgreifen, was die Struktur angeht. Ins Gegenteil zu gehen, bedeutet zum einen, genau hinzuhören, eigenes

(musikalische Argumente) zu entwickeln und dabei zu bleiben. Wie war es für die SpielerInnen, Gegensätzliches stehen zu lassen? (Wirkfaktoren: KK, EA, KG, LM), erlebniszentriert - stimulierende Modalität, übend angelegt.

Rückmeldungen: Frau G hatte Schwierigkeiten mit Herrn B, da dieser nicht das Gegenteil spielte, sondern nachspielte, da kam Ärger auf. Bei ihrer zweiten Partnerin, Frau C funktionierte das besser, sie brachte „das Gegenteil spielen“ mit „ das Eigene zeigen“ in Verbindung. Frau C fand alles anstrengend („das Eigene finden“ war ihr Thema), Frau D erlebte diese Spieleinheit als „Nein sagen“, nicht mehr den Erwartungen der anderen entsprechen(!), das war neu für sie. Herr B hatte das Spiel wie eine Diskussion mit einem Lehrer empfunden, auffallend war, dass er den Klang seines Instrumentes (Leier) gestoppt hatte, bevor sich dieser entfalten konnte. Er hatte sich auch niemanden ausgesucht, sondern aussuchen lassen. Frau A hatte es an Ideen, ins Gegenteil zu gehen, gemangelt. Ihr wurde schnell langweilig. Die anderen machten ihr Vorschläge, was sie alles tun könnte, die ihr nicht eingefallen waren.

Besonderheiten: Die Gruppe fing an, musikalische Spielangebote mit eigenen Themen in Verbindung zu bringen und diese auch in der Gruppe zu erzählen (Narrationen). Sie gaben sich untereinander Ratschläge, wie sie mit der Spielaufgabe umgehen könnten und kamen auch an Grenzen (Frau C), die wiederum eigene Themen deutlich machten. Der Kontakt untereinander entwickelte sich, auch Frau D ließ sich langsam auf die Gruppe ein. Zum ersten Mal hatte sie ein neues Thema für sich entdeckt (Nein sagen!).

10. Stunde am 26.10.06

Anwesend: Wie am 16.10.; neu Frau F, Frau G das letzte Mal, Frau E fehlt.

Besonderheit: Ich war auf einer Fortbildung, deshalb fielen zwei Termine aus, es gab nur eine kurze Übergabe.

Eingangsrunde: Frau F stellte sich vor und redete sehr abfällig über ihre Zeit, als sie Klarinette gespielt hatte. Sie fragte die Gruppe, wie die Musiktherapie denn so sei. Sie brachte sich sofort ein und riss das Gespräch an sich, manchmal unterbrach sie andere beim Sprechen. Herr B wollte es Frau G überlassen, was wir heute machen, es war ja ihr letztes Mal. Frau G wollte gern noch mal trommeln. Frau D und Frau A ging es gut, sie seien zu allem bereit. Frau C wollte nicht trommeln, die anderen konnten sich das vorstellen, Frau F wollte auch gern von mir gefragt werden, was sie denn möchte (fühlte sich von mir übersehen).

Musikalische Intervention: Rhythmusteppich für Solo (das konnte sich auch Frau C vorstellen, da musste sie nicht trommeln).

Ideen zur musikalischen Intervention: Die gerade zusammengefundene Gruppe erfuhr einen Umbruch. Eine ging (Abschied) eine Neue kam hinzu (Ankommen). Um die Gruppe wieder zu „erden“, einen gemeinsamen Boden zu bereiten, hatte sich das Weben eines gemeinsamen Rhythmusteppichs bisher oft als hilfreich erwiesen. Im Solo können sich Einzelne zeigen. Übungszentrierte Modalität, erlebniszentriert angelegt. (Wirkfaktoren: EA, KK, KG, PI, TN), gruppenzentrierter Arbeitsstil, Kompetenz- und Performanzverbesserung, Förderung von Potentialen und Gemeinschaftsgefühl.

Rückmeldungen: Es wurden Titel vergeben: „Elefantenherde“ in der Wüste, im Dschungel, in der Steppe. Frau D orientierte sich (wieder) an Herrn B (der - wie sie - eine außergewöhnliche Position in der Gruppe hatte), das irritierte sie, außerdem änderte Herr B häufiger den Rhythmus und merkte nicht, dass die anderen von seinem teils unrhythmischen Spiel aus dem Takt kamen. Die anderen machten ihn darauf aufmerksam, dass dies bereits häufiger vorgekommen war. Frau F vermutete sofort, einen Rebell in Herrn B gefunden zu haben. Überhaupt war sie mit ihrem Spiel nicht zufrieden, analysierte das Spiel von Frau G. Sie kannte diese Spielangebote aus ihrer Ausbildung (zur Erzieherin). Frau C war froh, das Spiel gemacht zu haben, für sie war das Spiel „schwer und leicht zugleich“.

Frau G verabschiedete sich mit einem guten Gefühl aus der Musiktherapie. Besonders die Themen Wut und Aggression hatten sie hier beschäftigt.

Besonderheiten: Die Titelvergabe des Spielverlaufes klang noch lange in mir nach: „Elefantenherde in der Wüste – Steppe – Dschungel“. Die Verbindung zur Krankheit Magersucht und Bulimie, bei der sich die PatientInnen mitunter als Elefanten aber auf alle Fälle als zu dick empfinden, die Magersucht als Wüste, die Steppe als Übergang zum fruchtbaren Dschungel prägte sich mir als Bild ein. Der Titel von Frau C „schwer und leicht zugleich“ passt als Prozessbeschreibung für mich gut dazu. „Schwer“ war es für sie zuzunehmen und „leicht“ wollte sie gern bleiben.

Herr B spielte immer noch in der Opposition zu den weiblichen Gruppenteilnehmerinnen und untermauerte seine Autonomie. Dabei wollten einige gern Kontakt zu mit ihm aufbauen, aber er ging nicht darauf ein. Kontakt aufzunehmen, Beziehung herzustellen schien für ihn sehr schwierig zu sein. Auch auf der Station wurde berichtet, dass er sich immer allein beschäftigte und für sich blieb. Auch mit dem zweiten Mann auf Station (dieser war in der anderen Gruppe) hatte er wenig zu tun. Frau F „schmiss“ sich gleich ins Gruppengeschehen. Sie wollte gern alles unter Kontrolle haben, dockte an Bekanntem an (kannte Spielangebote aus der Ausbildung), analysierte Spielweisen, unterbrach. Die Gruppe nahm das zunächst hin, bei mir spürte ich Ärger (Gegenübertragung: Übernahm ich ein Gefühl, was die Gruppe eigentlich haben sollte?), wie sich Frau F so unsensibel, wie ein „Elefant im Porzellanladen“, in die Gruppe einbrachte.

11. Stunde am 30.10.06

Anwesend: Wie am 26.10., ohne Frau G, Frau E wieder da.

Übergabe: Einige hatten abgenommen, nur Frau D und A hatten zugenommen und waren motiviert. Herr B sah kein Problem in seinem Abnehmen. Allgemein wurde über ihn gesagt, dass man nicht an ihn herankam.

Eingangsrunde: Alle berichteten, dass es ihnen gut ging, außer Frau E, die plötzlich zu weinen begann und die sehr traurig wirkte. Frau F kam zu spät und war aufgewühlt. Sie hatte eine neue Patientin im Zimmer, mit der sie nicht so ganz auf einer Wellenlänge lag. Allen hatte das Trommeln letztes Mal gefallen und sie wollten erneut trommeln.

Musikalische Intervention: Rhythmusteppich mit Duetten (für das Duett waren zusätzliche nicht rhythmisch angelegte Instrumente ausgesucht worden).

Ideen zur musikalischen Intervention: Einen gemeinsamen Rhythmus zu spielen, und damit einen gruppenzentrierten Arbeitsstil zu verfolgen, um die Gruppekohäsion weiter zu fördern, schien mir an dieser Stelle angebracht zu sein. (Wirkfaktoren: KK, KG).

Rückmeldungen: Frau D fand die Musik schön und ging mit Herrn B in Kontakt, der sie aus dem Rhythmus gebracht hatte, danach empfand sie den gemeinsamen Rhythmus als „besser“. Ansonsten wurden Themen genannt wie „Übertönt werden vom Duopartner“, „laut sein“, „militärische Musik“ (Aggression) usw. Frau F erwähnte, dass sie eine laute Person sei und bat um eine ehrliche Rückmeldung von Frau A (die sich von Frau F übertönt fühlte). Sie bekam ihre Wahrnehmung bestätigt und reagierte „neutral“ darauf. Auch Frau C mochte die Chimes (das Kontaktinstrument von Frau F) nicht, sie klängen „scheußlich“. Frau E konnte sich auf das Spiel nicht richtig einlassen, war „weg“, es sei ihr noch peinlich, dass sie geweint hätte, das bedeute Schwäche. Herr B hatte mehr Interesse daran, von mir zu erfahren, woher die Instrumente, und seines im Besonderen (Leier), herkommen.

Besonderheiten: Frau F stieß mit ihrer Art auf leichte Widerstände. Sie bekam entsprechende (vorsichtige und wertschätzende) Rückmeldungen. Die Gruppe war soweit gut zusammengewachsen, ließ sich auf jemand Neues ein, war auch in der Lage, Kritisches anzumerken.

12. Stunde am 6.11.06

Anwesend: Wie am 26.10.06.

Übergabe: Neben den Themen Ab- und Zunahme erzählten die Schwestern auch von Frau D, die ihnen jeden Fehler aufzeigte. Es war fast so, als wenn Frau D die Kontrolle über die Station bräuchte. Manche PatientInnen schafften es nicht, das Gelernte zu Hause umzusetzen. Herr B nahm daheim immer ab, Frau E erbrach und empfand dies als „Pflichterfüllung“.

Eingangsrunde: Auf die Frage, was jetzt gerade wichtig für jede/n ist, wollten einige wacher werden (waren also müde, Frau D, Frau E.), Frau A äußerte „wütend“ zu sein und Frau C berichtete, etwas „sei in ihr, was rauskommen möchte“. Nur Frau F wollte etwas Ruhiges machen. Der Wunsch, „wach zu werden“ und „Wut raus zu lassen“ war mit dem Trommeln verbunden.

Musikalische Intervention: „Die vier Elemente: Feuer, Wasser, Erde und Luft“, für jedes Element war ein Instrument auszusuchen, für ein Element/Instrument musste sich jede/r entscheiden und musikalisch umsetzen. Ein/e TeilnehmerIn begann, Gruppe (jede/r für sich) rät im Stillen das Element und stieg mit dem entsprechenden eigenen Instrument ein. Es gab sechs verschiedene Improvisationen. Die Musik wurde aufgenommen.

Ideen zur musikalischen Intervention: Die Gruppe hatte unterschiedliche Anliegen und verknüpfte diese mit dem Wunsch zu trommeln. Frau C wirkte geheimnisvoll, konnte nicht beschreiben, was da „in ihr sei“, wie sich das anfühlte, schwer oder traurig, ziehend oder drückend usw. Frau F, die sich das letzte Mal als „immer zu laut“ geoutet hatte, wollte nun „etwas Ruhiges“ machen. Mit der Spieleinheit „vier

Elemente“¹⁴ hatte ich bereits gute Erfahrungen gemacht. Sie bot allen die Möglichkeit, an eigenen Themen zu bleiben. Das Spielangebot war vielschichtig und war eher für Gruppen, die schon längere Zeit zusammen arbeiten. Bei dieser „Übung“ ging es u. a. darum, sich in den anderen einfühlen zu können (emphatisch sein), ihn im Spiel zu unterstützen, sich für ein Element zu entscheiden, um nachher schauen zu können, was jede/r damit verband. Das konnte zu viel Verstehen untereinander führen, natürlich auch zu Abgrenzung. (Wirkfaktoren: EV, EA, KK, KG, PI, TN,) erlebnisorientiert - stimulierende Modalität.

Rückmeldungen: Frau E meldete als erste zurück, was eher ungewöhnlich war. Sie hatte sich Wasser ausgesucht und dies (eindeutig) auch für die anderen umgesetzt. Wasser war ihr Element, sie schwärmte, im Wasser war sie auch körperlich spürbar leichter, was zu ihrem Wunsch passte, abzunehmen. Sie wirkte wach und konnte auch gleich mitteilen, dass Feuer ihr absolutes Anti-Element sei (bedrohlich). Frau A war traurig, niemand hatte ihr Element –das Feuer- erkannt und spielerisch mit unterstützt. Sie verband dies mit dem Gefühl des „Missverstanden werdens“, was sie gut kannte. Ihr würde auch zuviel zugemutet werden und sie solle „immer alles schlucken“, obwohl sie das nicht mehr könne – die Verbindung zu ihrer Krankheit lag auch für sie offen auf dem imaginären Tisch. Frau A holte sich Unterstützung von der Gruppe in der Frage, ob diese verstehen können, dass sie nicht mehr alles „schlucken“ (respektive mitmachen) wolle. Sie bekam entsprechende Rückmeldungen, hier wurde sie verstanden, aber sie sollte auch zeigen, wenn sie etwas nicht will.

Frau F begann in der Spielrunde mit Wasser (Oceandrum), hing eine weitere Runde an mit dem Gong (Erde) und nahm in der Gesprächsrunde die Glöckchenrassel (Feuer) und glaubte fest daran, dass sie dies in der ersten Runde gespielt hatte. Damit hatte sie als einzige wenigstens drei ihrer vier Elemente ins Spiel gebracht. Es schien fast so, als wenn sie gern im Mittelpunkt stehen wollte (die ÄrztInnen beschrieben sie als „narzistisch“). Auf mich wirkte es u. a. auch wie „sich nicht entscheiden können/wollen“. Das war ein Thema, das sie gut kannte, alles sei wichtig, auch alles, was sie erzählte. Die anderen TeilnehmerInnen kamen mit Rückmeldungen nicht mehr dran.

Besonderheiten: Es war das erste Mal, dass eine aus der Gruppe, Frau A, sich ein Sharing (emotionale Mitteilung) und damit auch eine Unterstützung von den anderen geben ließ. Sie wurde dadurch durchlässiger, sichtbarer durch das Gespielte und ihre Rückmeldung. Sie war an ein wichtiges Thema gekommen „nicht so erkannt werden“, so wie sie war und gern sein wollte. Sie sollte in der folgenden Zeit noch häufiger an dieses Thema kommen und dahin, dass sie mehr ihre eigenen Wünsche und Anliegen vertreten wollte (Rückmeldung von ihr selbst, als sie entlassen wurde). Auch Frau F war mit einem ihrer Themen angekommen. Sie brauchte viel Aufmerksamkeit (auch von mir) und wirkte auf mich, als wenn sie auf einer Rutschbahn mitten ins Becken der Musiktherapie gerutscht war. Frau E brachte sich auch zum ersten Mal mit einem persönlichen Thema ein. Sie war heute wach und bei der Sache, hatte sich selbst eine Struktur geben können und konnte klar und deutlich sagen, was ihr gefiel. Ich hatte den Eindruck, dass die Gruppe in der Integrationsphase angekommen war. Sie konnte

¹⁴ Viele Spielideen aus Fritz Hegi, 1986, abgeänderte Formen (dem jeweiligen Gruppenprozess angemessen)

bereits angedeutete Themen aus der Vergangenheit (z. B. Eigenes entwickeln, Ärger ausdrücken) erfassen und deutlicher ausdrücken.

13. Stunde am 9.11.06

Anwesend: Wie am 6.11., Frau N neu.

Eingangsrunde: Eine neue Patientin war für mich überraschend in die Gruppe gekommen, Frau N, eine Patientin mit einer Angststörung. Sie stellte sich kurz vor. Sie brachte keine musikalischen Vorkenntnisse mit und wirkte auf mich sehr zurückhaltend. Die restliche Gruppe wollte die Musik vom letzten Mal anhören.

Musikalische Intervention: Beim Anhören der Musik gab es die Möglichkeit (vor allem für die, die bereits etwas zurückgemeldet hatten), mit „neu gestimmten“ oder „heute gestimmten“ Ohren aus der Distanz (Förderung neuer Sichtweisen, Regulierung von Involviertsein) die Musik zu hören. Für die restliche Gruppe war es die Möglichkeit, sich auf ihr Spiel einzustimmen, sich zu erinnern. Dazu holten alle noch einmal die Instrumente vom letzten Mal.

Rückmeldungen: Herr B hatte sich für ein „prasselndes Kaminfeuer“ entschieden (Rassel), er fühlte sich von der Gruppe gut unterstützt. Das prasselnde Kaminfeuer kannte er aus dem Urlaub, wenn er (und die Familie) abends nach dem Wandern in der Hütte waren. Für ihn hatte Feuer, etwas „Wärmendes und Gemütliches“. Auch Frau D war im Urlaub, bei der „klärenden Luft“ (Chimes). Sie hatte sich erst nicht entscheiden können zwischen Wasser und Luft, die beides für sie „Weiches“ darstellen (und sie hatte für die beiden Elemente Instrumente ausgesucht, die sie streichen konnte). In diesem Zusammenhang erwähnte Frau D, sie möge auch keinen Streit (Hartes), lieber „Harmonisches“ (es stand ein Familiengespräch mit ihrem Vater an, wo es um Konflikte zwischen ihr- ihm und ihren Mann gehen sollte = Info von der Station, sie erwähnte es nicht). Frau C hatte ebenfalls Feuer gespielt und hatte sich für die Glöckchen (sie klingen wie Schlittenglöckchen) entschieden. Es entsprach ihrem Gefühl vom letzten Mal, dass „da etwas in ihr brennt“, aber das „würde unterdrückt werden von den Gedanken“ (Blockade benannt). Sie hatte die Unterstützung der anderen als zu „nett“ empfunden und war erstaunt, als die Gruppe ihr zurückmeldete, sie hätte ihr „Brennen“ nicht wahrgenommen. Die anderen drei Frau A, Frau F und Frau E hatten für sich gehört, welche Musik ihnen gut gefiel und welche nicht. Ihre eigene gefiel ihnen und die Musik von Frau C - Wasser und Feuer - und das, wo sie Feuer nicht mochte. Frau A war erschrocken über ihre eigene Musik, ihre Musik hatte etwas „Zerstörerisches“, sie beschrieb differenziert, welcher Klang für was stand (z. B. Chimes für Glas zerbrechen), die Trommeln, die gespielt wurden, hatten etwas von Anklopfen, aber dieses Klopfen hätte etwas Zerstörerisches. Es klang für sie, als wenn ein Bild kaputt gehen würde, ein Bild, dass „man sich von jemanden gemacht hatte“. Auch ich war ganz erschrocken von ihren extremen Bildern und hatte sofort die Phantasie, dass sie vielleicht Missbrauchserfahrungen gemacht hatte. Diese Phantasie sprach ich aber nicht aus. Frau F war noch sehr mit dem Thema „sich für etwas entscheiden“ beschäftigt. Auch beim Essen sei das so. Die Gruppe wollte zum Abschluss der Stunde noch mal gemeinsam „Feuer und Wassermusik“ spielen, weil das die Elemente waren, die am eindrucklichsten waren. Es bildeten sich zwei

Gruppen, Frau F, Herr B und Frau A spielten Feuer; Frau D, Frau E und Frau C spielten Wasser (abwechselnd). Frau N wollte nicht mitspielen, nur zuhören. Die allgemeine Erwartung der Gruppe war, dass „es jetzt mal richtig brennt“, aber es entwickelte sich eher ein „gemütliches Feuer“ und eine „tosende See“.

Besonderheiten: Die Gruppe war nun soweit, dass Gefühle, Klänge u. a. differenziert wahrgenommen werden konnte. Feuer konnte z. B. wärmend und bedrohlich sein und was für die eine galt, musste nicht für den nächsten gelten. Selbstbestimmtheit im Kontakt zum anderen mit dem Wissen und dem Gefühl, der andere ist ein anderer und muss nicht „gleichgeschaltet“ werden, um „passend“ zu sein, nahm langsam Gestalt an. Die Gruppe war in eine aktive Ko-respondenz eingetreten. Dazu gehörte auch, Schmerzliches wahrzunehmen und ausdrücken zu können und es dann auch noch der Gruppe verbal zu übersetzen (Frau A: Wirkfaktor: EA, EE). Frau A nahm hier eine Vorreiterinnenrolle ein. Sie bahnte den Weg für diejenigen, die noch Zeit und Vertrauen brauchten. Frau C konnte dieses Mal in Worte fassen, was Tage vorher noch nebulös für sie war (Wirkfaktor: KK). Das Thema „Konflikt, Streit, mit der Gefahr der Zerstörung“, was in dem Feuerspiel teilweise zu hören war, hatte auch Frau D erreicht, obwohl sie es nicht in dieser Stunde mit dem zu erwartenden Gespräch mit ihrem Vater in Verbindung brachte (oder bringen konnte). Frau N war relativ am Rand des Gruppengeschehens. Da die Themen zum Teil Existenzielles enthielten, denke ich, es war für sie (auch) eine Überforderung.

In der Übergabe erzählte ich von meinem Erschrecken über die Phantasien von Frau A. Auch von meiner Phantasie des Missbrauchs erzählte ich und erfuhr, dass Frau A tatsächlich Gewalt durch den Vater erlebt hat.

14. Stunde am 13.11.06

Anwesend: Alle außer Frau N (ging es schlecht).

Übergabe: Einige PatientInnen hatten zugenommen. Frau D ging es nicht schnell genug. Herr B hatte abgenommen und Frau E hatte ein gutes Wochenende hinter sich, ohne Rückfälle. Frau A war mit dem Thema „nicht erkannt werden“ beschäftigt.

Eingangsrunde: Die Gruppe äußerte, heute nichts „Schweres“ machen zu wollen, sondern etwas „Lustiges“. Einige wollten trommeln, ein paar wollten singen. Frau F regte es auf, dass immer wieder das Wort „vielleicht“ auftauchte und sich niemand festlegen mochte auf das, was er/sie will.

Musikalische Intervention: Wir sangen zwei Lieder, ein afrikanisches Begrüßungslied „Sana“ (von mir eingebracht), ein zweites wurde von Frau F, das sie aus ihrer Arbeit als Erzieherin kannte. Da es auch ein Wunsch war zu trommeln, versuchte ein Teil der Gruppe, die Lieder rhythmisch zu begleiten. Zum Schluss „trauten“ sich ein paar, anzuzeigen, wer rhythmisch begleiten soll und wer nicht (dirigieren).

Ideen zur musikalischen Intervention: Die Gruppe zeigte mit ihrem Wunsch, nichts „Schweres“ machen zu wollen, Reaktanzverhalten gegen intensiveres Herangehen an „schwierige“ Themen. Vielleicht wirkte die letzte Stunde noch nach, das blieb unklar. Ich ging auf den Wunsch ein, da ich mir vorstellen konnte, das Themen wieder auftauchen werden, wenn sie wichtig werden. Zum anderen ging ich davon aus, dass das Singen das Gruppengefühl verstärken würde. Selbst Frau E, die anfangs geäußert

hatte, singen wollte sie nicht, wollte mitmachen. Ich erhoffte mir davon, dass sich die Gruppe ein tragfähiges soziales Gefüge bauen könnte (Wirkfaktor: TN) und sich kreative Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte (KG) erarbeite. Auch das „Dirigieren“ am Ende der Stunde forderte von der Gruppe Mut zur Eigenständigkeit und Verantwortungsgefühl. Die Modalität war erlebniszentriert - stimulierend.

Rückmeldungen: Die meisten mochten das gemeinsame Singen sehr. Für Herrn B war dies das „Gemeinsame“, während das Trommeln das „Eigene“ war. So war seine rhythmische Begleitung auch zunächst gegen den Gesang, später unterstützend. Frau D war bei seinem Rhythmus aus dem Takt gekommen, aber „Fehler dürfen sein“. Sie lobte Frau F für das Einbringen ihres Liedes „du kannst stolz sein“. Frau F war davon ganz berührt. Sie spürte, wie sie ihr „normales Leben“ vermisste, die Arbeit mit den Kindern. Auf meine Frage, ob sie wertschätzen könnte, dass sie uns einen Teil ihrer Arbeit gezeigt und damit auch ein Geschenk gemacht habe, begann sie, sich „wegzureden“. Diesmal griff ich ein und bat sie, es einfach so mitzunehmen und nichts dazu zu sagen. Es war schwierig für sie, einfach etwas stehen zu lassen. Frau C und auch Frau E kamen beim Rhythmus aus dem Takt, Frau E ärgerte und fragte sich „wie sie ihren Rhythmus finden könne“ auch hier in der Gruppe. Frau C wirkte eher nachdenklich.

Besonderheiten: Obwohl die Gruppe nichts „Schweres“ machen wollte, waren doch einige an Themen gekommen, die mitunter schmerzlich waren. Das Singen hatte sie mehr miteinander verbunden, selbst Herr B betonte das Gemeinsame. Die Frage nach dem „eigenen Rhythmus“ und die Sehnsucht nach dem „normalen Leben“, standen für mich in einem engen Zusammenhang.

15. Stunde am 16.11.06

Anwesend: Wie am 13.11., Frau N wieder da.

Kurze Übergabe: Frau N würde am folgenden Tag gehen, dafür sollte beim nächsten Mal eine neue Patientin dabei sein, es waren neue Instrumente angekommen.

Eingangsrunde: Diesmal wollten drei PatientInnen etwas „Lustiges“ machen (Frau A, Frau D und Frau F), Frau C war nachdenklich, Frau E wollte laut sein, Herr B hing sich an Äußerungen von anderen an. Für ihn war es eine Überforderung (die er benannte), wenn er zweimal die Woche sagen sollte, was ihn bewegt bzw. wonach ihm ist.

Musikalische Intervention: Neue Instrumente ausprobieren und damit eine gemeinsame Improvisation spielen.

Ideen zu der musikalischen Intervention: Es war das zweite Mal, dass der Wunsch nach etwas „Lustigem“ (nichts „Schweres“) laut wurde. Nach der Erfahrung vom letzten Mal wunderte ich mich zunächst, war aber selbst gespannt, was passieren würde. Es waren die neuen Instrumente da: Djemben, eine Udu, Klangpferdchen und Boom Whakers, mit denen man übrigens sehr laut werden kann und die es auszuprobieren galt (Wirkfaktoren: KK, KG, erlebniszentrierte Modalität).

Beobachtungen: Die Musik klang wie folgt: Der Rhythmus wirkte hart, die Klangpferdchen gingen zunächst unter (sie klingen wie Enten und sind aus biegsamen Neopren, die Köpfe, wie Pferdeköpfe geformt), und der Gong (Frau N – für sie waren ja alle Instrumente neu), war laut.

Rückmeldungen: Die Musik wurde betitelt: „Marterpfahl“ (Frau D), „Elefantenmarsch“ (Frau E), „stampfen durch die Savanne“ und „bei den Kannibalen“ (Frau F), „Kampfbzug in den Krieg“ (Frau A). Alle waren sehr erstaunt über die teilweise brutalen Titel, die ihnen eingefallen waren. Was war passiert? Sie wollten doch was Lustiges spielen? Frau F sagte, sie hätte beim Trommeln auf den Djemben (hatte sie selbst mitgespielt) die Kannibalen „gehört“ und das Klangpferdchen (Frau D) war der Mensch, der schrie und in den Kochtopf musste. Beim Spielen hatte sie dann eine Wut gespürt, die sie vorher nicht wahrgenommen hatte. Frau D war vorher „gut drauf“ und konnte das während des Spielens nicht mehr halten. Sie hatte sofort die Vision vom Marterpfahl. Auch Frau A erzählte im Nachhinein, dass sie eigentlich „aufgebracht“ und „wütend“ war, dies aber nicht wissen (spüren) wollte. Frau E fand sich selbst „unbarmherzig“, sie hatte kein Mitleid gehabt, sie habe „ihr Ding durchgezogen“ und wollte keine Rücksicht mehr nehmen. Frau C hatte Angst, dass sie „alle angesteckt habe“ mit ihrer schlechten Laune, sie war beim Spielen sehr angespannt und hatte die Trommel kaum berührt. Nur Herr B sagt nichts, hielt nur seinen Kopf die ganze Zeit fest. Frau N war unkonzentriert und unangenehm von der Musik berührt. Sie wollte auch nichts mehr machen, auch wenn es ihre letzte Stunde gewesen war.

Besonderheiten: In dieser Stunde war es für mich sehr auffällig, dass die Musik das ausdrückte, was vorbewusst schon da war. Der Wunsch der Gruppe, lustig zu sein, um hinterher festzustellen, dass die meisten eigentlich wütend waren, kann als nicht gelungene Verdrängung gewertet werden. Was bei den einzelnen die „Wut“ ausgemacht hatte, war in diesem Augenblick nicht vorrangig, sondern es war wichtig zu spüren, sie ist da und ich kann sie nicht immer „runterschlucken“ (die Kannibalen), oder mich von ihr knebeln lassen (Marterpfahl), sie bekämpfen und bekriegen (Frau A). Frau E (angedeutet beim letzten Mal) wollte ihren eigenen Rhythmus finden und empfand sich dabei als rücksichtslos (darf ich mein Eigenes überhaupt spüren und ohne Schuldgefühle ausdrücken?). Nur Herr B schien von so vielen kraftvollen Gefühlen überfordert zu sein, sodass er sich zurückzog und seinen Kopf halten musste. Seine Art, kognitiv mit den Geschehnissen umzugehen, fand heute keinen Platz.

16. Stunde am 20.11.06

Anwesend: Alle, außer Frau N, neu Frau H.

Übergabe: Einige PatientInnen hatten übers Wochenende Rückfälle erleben müssen (Frau E, Frau F, Frau A), andere tun sich schwer mit dem Zunehmen (Frau C, Frau H). Herr B hatte sein Gewicht gehalten und war übers Wochenende in der Klinik geblieben. Nur Frau D ging es gut, sie hatte zugenommen und damit ihr Zielgewicht erreicht.

Eingangsrunde: Frau H stellte sich vor, wirkte sehr zurückhaltend. Sie hatte keine musikalische Vorbildung und erzählte vom Musikunterricht. Die Gruppe wirkte angespannt, teilweise ärgerlich (Frau E). Frau D ging es - wie immer - gut, erst auf mein Nachfragen kam heraus, dass sie ihre Sehnsucht nach ihren Kindern nicht thematisiert und damit etwas vermied. Einige wollten ihre Unruhe/Ärger ausdrücken, trommeln.

Musikalische Intervention: Langsame (funktionale) Trommelschläge auf die Trommel abgeben und schauen, was passiert. Wer mochte, konnte die Stimme/Silben/Worte/Sätze dazunehmen.

Ideen zu der musikalischen Intervention: Die Atmosphäre im Raum war sehr dicht, es war spürbar, dass bei einigen „etwas brodelte“ und raus wollte. Es war klar, dass etwas „Lustiges“ heute keinen Platz gehabt hätte. Meine Idee war, zuerst einmal funktional und mit Kraft die Trommel zu bearbeiten (sicheren gemeinsamen Boden) und dann im Laufe der Zeit zu schauen, wie weit „traut“ sich die Gruppe, ihre Gefühle zu zeigen (z. B. durch Stimme hinzunehmen). Alles hätte passieren können, ich wollte den Prozess beobachten, eventuell hätte es eine personenzentrierte Arbeit geben können. Es war ein Versuch, eine tiefere Ebene (Involvierung) zu erreichen. Auf der anderen Seite war die neue Teilnehmerin, die keine musikalischen/musiktherapeutischen Vorkenntnisse hatte und zudem als lernbehindert galt und die ich nicht überfordern wollte. Übende eventuell konfliktzentrierte Modalität.

Rückmeldungen: Frau D wurde traurig, sie weinte sogar, das Thema „aushalten“ wurde ihr deutlich. Innere Abläufe wurden wichtiger für sie, damit wurde sie sichtbarer. Frau A und Frau C konnten ihren Ärger nicht loswerden, dazu hätten sie sich trauen müssen, ihre Stimme zu benutzen. Frau A hätte gerne mal geschrien, aber „das ginge ja nicht“. Frau C blieb nachdenklich. Die Stimme zu benutzen hätte ihr „bestimmt Druck gemacht“ (sie sprach immer noch sehr leise) und „das hätte sowieso nicht geholfen“. Frau E wollte nicht langsam spielen, eher schnell, hatte viele Sätze im Kopf, aber die waren nicht auszudrücken. Frau F hatte die kleine Felltrommel, die musste sie zwischendurch streicheln, dadurch konnte sie ihren Ärger nicht loswerden. Sie erwähnte den Vater (wohin der Ärger geht). Herr B war beim Spielen mit seinen Gedanken abgeschweift, er war gedanklich in Afrika, hatte keine Lust auf ein Thema, ihm ginge es gerade gut. Frau H hatte mitgespielt und es war ganz „okay“.

Besonderheiten: Der Schritt „unangenehme“ Gefühle zu spüren bzw. zuzulassen, war nicht gelungen, aber die Grenze dazu wurde teilweise berührt (Frau A und Frau C). Manche schienen schnell wegzuwollen von einem eventuell explosiven Gefühlsausbruch (Frau E und Herr B), und Frau F konnte anscheinend nicht an ihre Wut kommen. Es schien, als wenn sie vom Vater eher die zarten Gefühle spüren wollte. Frau D war für mein Gefühl am dichtesten dran, sie war berührbar geworden und konnte dies auch zeigen.

17. Stunde am 23.11.06

Anwesend: Wie am 20.11.06.

Kurzübergabe aus der Kleingruppe: Stimmung gedämpft, es ging um „gesund werden“.

Musikalische Intervention: Instrument aussuchen, welches jeder im Moment am liebsten wäre, eigene Spielweise darauf ausprobieren, entwickeln und vorstellen; zum Schluss eine gemeinsame Gruppenimprovisation.

Ideen zur musikalischen Intervention: Das Thema „gesund werden (wollen)“ war ein schwieriges in der Arbeit mit PatientInnen mit Essstörungen. Das Angebot, sich ein Instrument auszusuchen, welches jede/m lag bzw. welches jede/r mochte, sollte an positive Erfahrungen mit den Instrumenten anknüpfen und damit ressourcenorientiert sein und zwar in der erlebniszentrierten - stimulierenden Modalität. Das Vorstellen der eigenen Spielweise knüpfte an dem Thema „sich zeigen“ an und erforderte Mut.

Rückmeldungen: Das Experimentieren und Ausprobieren der Instrumente gestaltete sich sehr lebendig. Frau F hatte sich die Chimes ausgesucht und fiel mit diesem Instrument „aus dem Rahmen“. Sie stellte fest, dass es besonders laut und unberechenbar sein kann, so wie sie selbst auch manchmal war, im Gruppenklang wirkte ihr Instrument wie ein Exot, neben den Trommeln und Xylophonen. Frau D spielte auf dem Metallophon „alle meine Entchen“ und das erinnerte sie an das Singen mit ihren Kindern, wenn diese krank waren (tröstend). Im Zusammenspiel hatte sie sich gut gehört. Frau A, die selbst sehr klein war, mochte das große Xylophon besonders, es hat tiefe Töne und das vermittelte ihr Bodenständigkeit. Sie spielte eine Melodie mit großen Sprüngen und mein Gedanke war, ob sie sich wohl große Sprünge in der Gesundheit erhoffte. Herr B hatte mit der Djembe das Metrum der Gruppe gehalten. Er hob seine Unmusikalität hervor, aber er spielte laut und „stramm“. Ihn erinnerte sein Spiel an „Militärisches“. Gleichzeitig distanzierte er sich von der dortigen „Gleichmacherei“. Er mochte das Disziplinierte, den „stechenden Schritt“, es klang fast etwas zwanghaft, wie er es beschrieb. Die andere Seite sah er an Frau F, die er als Rebellin erlebte (und das schätzte) und sich etwas Lockerheit (die er bei ihr vermutete) wünschte. Frau C wiederholte ständig eine Melodie (sie kam mir vor, wie jemand, der in einem Hamsterrad läuft und nicht vorankommt), Frau E spielte einen eigenen Rhythmus und Frau H spielte mit der Gruppe, aber nicht allein.

Besonderheiten: Es ergab sich heute ein buntes Bild von Individuen mit ihren unterschiedlichen Eigenschaften, Wünschen u. a. m. Im Zusammenspiel gab es immer wieder Kontakte zwischen einzelnen, Frau F war viel daran gelegen, den Schluss der Improvisation zu gestalten. Die einzelnen zeigten sich mehr in ihrem „so sein“, ihren Wünschen (Herr B nach Auseinandersetzung mit aggressiven Anteilen und Frau C zeigte eher ihren augenblicklichen Stand des „nicht Vorankommens“. Nicht alle hatten positive Erfahrungen oder Anbindungen, aber alle (außer Frau H, die auch noch sehr frisch dabei war) konnte sich über die Musik ausdrücken.

18. Stunde am 27.11.06

Anwesend: wie am 23.11.06.

Übergabe: Außer Frau C und Frau A (C hat zu-, A abgenommen), ging es allen gut. Frau D hatte eine „kleine Krise“, der Ehemann war mit der Doppelbelastung, Arbeit und Kinderbetreuung, überfordert. Herr B hatte zugenommen und es ging ihm damit gut, Frau F beschäftigte die Krankenschwestern sehr, da sie viel Hilfe brauche (fragte viel).

Eingangsrunde: Es gab keinen Nachklang zum letzten Mal, Frau C, Frau E und Frau H gaben keine Rückmeldung zu ihrem Spiel vom Montag.

Musikalische Intervention: Zwei Instrumente aussuchen, eines, was mir sehr gut gefällt (Anknüpfung an das letzte Mal), eines, was mir gar nicht gefällt „Antiinstrument“. Für beide Instrumente eine eigene Spielweise entwickeln.

„Gruppenimprovisation von Antiinstrument zum Lieblingsinstrument“

Ideen zur musikalischen Intervention: Zum einen wollte ich an das Spiel vom letzten Mal anknüpfen (ressourcenorientiert, positive Anteile erspielen). Da das letzte Mal aber einige negative Aspekte angeklungen waren, und einige noch keine Rückmeldungen gegeben hatten/nicht wollten, war mein Gedanke, mit dieser Spielidee, differenzierter vorgehen zu können. Außerdem wollte ich Frau C, Frau E und Frau H die Möglichkeit geben, sich zeigen zu können. Es sollte weiterhin erlebniszentriert – stimulierend sein, mit der Möglichkeit auch in die konfliktzentrierte Modalität zu wechseln. Themenzentrierter Arbeitsstil, Wirkfaktoren: EA, KG, PI.

Rückmeldungen: Alle waren sehr beteiligt und konnten Erfahrungen, Bilder zu den einzelnen Klängen finden. Teilweise waren diese Bilder sehr extrem. So hörte Frau C in den Klangpferdchen (als Antiinstrument) ein „Teufelslachen“, welches sie einem Albtraum zuordnen konnte, aber den Zugang dazu nicht mehr fand. Auch Frau A fand extreme Bilder zum Becken (Antiinstrument): es sei rund, flach, kalt, blechern und schrill, es klang, als wenn Glas zerbricht, wie ein Streit. Das kannte sie, aber sie wollte (noch) nicht sagen, woran sie dabei dachte. Das große Xylophon, ihr auserkorenes Lieblingsinstrument versöhnte sie dann wieder. Sie konnte sich auch verstecken (und schützen), wenn sie am Boden dahinter saß. Frau H spielte die kleine Klangschaale und erinnerte sich, dass der Lehrer in der Schule immer dieses Instrument spielte, wenn es darum ging, Aufmerksamkeit in der Klasse zu erzeugen. Sie fühlte sich dann „beim Schwatzen erwischt“. Herr B spielte die Chimes und lehnte „das Zerstörerische“ an ihnen ab. Er erinnerte sich daran, dass Frau F das letzte Mal die Chimes gespielt hatte, das Rebellische und Exotische. Er würde gern etwas davon haben, ohne zerstörerisch zu sein. Die Klangpferdchen hatten für ihn etwas „Dümmliches“. Die konnte er nicht ernst nehmen, auch als Instrument nicht. Frau F hatte die Klangpferdchen gewählt als das „Nervige“, sie „nerve ja auch manchmal“. Die „Udu“ mochte sie wegen der Form (!), rund und schön. Heute wirkte Frau E wach, sie mochte die Flöte nicht, weil sie so eingeschränkt sei, wenn man laut auf ihr spielen möchte, dann pfeift sie und wird langweilig. Die Flöte erinnerte sie an die Schule. Frau E spielte zusammen mit Frau F und Frau A den gesamten Ablauf von Antiinstrument zu Lieblingsinstrument. Die anderen wollten den ersten Teil nicht spielen, er war zu unangenehm, zu laut. Frau E allerdings war der erste Teil nicht lang genug, sie hätte gern noch mit der Flöte „genervt“. Frau D hatte erwartet, dass das Lieblingsinstrument schöner klingt, als das Antiinstrument, aber dem war nicht so. Mit der Oceandrum, die sehr laut und scheppernd für sie klang, setzte sie sich im Zusammenspiel klanglich durch.

Besonderheiten: Viele Themen zeigten sich. Ich vermutete einige „schwere“ Themen, die sich langsam im Spiel zeigten, aber noch nicht verbalisierbar waren (Frau C, Frau A, bei der ich an die Gewalterfahrungen denken musste, die sie mit ihrem Vater erlebt hatte, die sie aber bis zu diesem Zeitpunkt in keiner Therapie eingehend thematisiert hatte – ähnliches vermutete ich bei Frau C). Herr B, wirkte auf mich sehr einsam und ging „zerstörerisch“ mit sich um. Frau D, die lernen wollte, einmal „nein“ zu sagen,

Konflikten aber gern aus dem Weg ging und diesmal sagte, dass das Antiinstrument nicht so schlimm geklungen hatte, wie erwartet, ließ vermuten, dass sie langsam an ihre Aggressionen und damit auch an ihre Kraft kam. Frau E, die „spielerisch nerven“ wollte, zeigte sich deutlicher. Diese „nervige Spiel“ hatte etwas von ausbrechen und das Eigene finden wollen. Eindeutig war auch das Übergewicht der negativen Aspekte, das Lieblingsinstrument und die positiven Klänge wurden gespielt, fanden aber weniger Beachtung oder gingen, wie Frau F ihr Spiel später beschrieb, im Zusammenspiel unter. Es schien fast so, dass es hier eine Parallele zur Krankheit der Magersucht gab. Die kranken Anteile fanden mehr Beachtung oder durch die krankmachenden Anteile fanden die PatientInnen mehr Beachtung, oder: sie hatten ihre positiven Anteile/Eigenschaften so aus den Augen verloren, dass sie jetzt mühsam wieder hervorgeholt werden mussten. Manchmal hatte ich auch den Eindruck, es ging in der Gruppe um einen Wettkampf und der Titel, der zu erkämpfen war ging um die Frage „wer am meisten krank war“.

19. Stunde am 30.11.06

Anwesend: Wie am 27.11.06, außer Frau H.

Eingangsrunde: Die Gruppe machte einen müden Eindruck, alle wollten etwas „Aktivierendes“ machen.

Musikalische Intervention: Gemeinsame Reise musikalisch darstellen, wobei der Reiseweg rhythmisch ausgedrückt wurde (und den Prozess beschrieb) und das Erkunden der Landschaft klanglich (bleiben, erkunden) dargestellt wurde. Die Gruppe musste sich einigen, wann gehalten wird und wann es weiterging mit der Reise.

Idee zur musikalischen Intervention: Hier wurde die erlebniszentrierte – stimulierende Modalität gewählt, weil zum einen die Gruppe gut in der Lage war, Phantasiebildern bzw. phantasiegeleiteten Spielideen zu folgen und diese umzusetzen und mit deren Inhalten weiterzuarbeiten. Außerdem war diese themenzentrierte Arbeit eine gute Möglichkeit, die Ko-respondenz untereinander zu fördern.

Rückmeldungen und Besonderheiten: Frau E hatte nicht richtig zugehört, als es darum ging, wie die Spielregeln funktionieren. Das kannte sie, schon manches Mal hatte sie sich dadurch in für sie schwierige Situationen gebracht, kam durcheinander „was ist jetzt dran?“ Was dazu führte, dass sie nicht zuhört, konnte sie nicht sagen. Frau C war wacher (während des Spiels), zunächst hatte sie die Befürchtung, dass sie den Rhythmus nicht halten könne, dann verschwand die Angst. Sie hatte sich auch ein wenig dadurch „gerettet“, dass sie zwei ähnliche Instrumente gewählt hatte (also nicht klar differenziert hatte zwischen Klang und Rhythmus bzw. zwischen bleiben (verharren) und weitergehen (sich entwickeln)). Frau C hatte heute eins von den neuen Instrumenten ins Spiel gebracht (den großen BigBom). Über die Wertschätzung, dass sie sich das getraut hatte, freute sie sich. Frau A hörte in dieser Wertschätzung eine Abschätzung ihres „nicht Handelns“. Gerne wäre sie diejenige gewesen, die etwas „Besonderes“ gemacht hatte. Das Thema Konkurrenz zwischen Frau A und Frau C tauchte auf. Frau D hatte sich mit beidem wohl gefühlt (Rhythmus und Klang). Sie hatte sich, zusammen mit Frau A, für den Schluss der Improvisation

verantwortlich gefühlt. Sie hatte die Phantasie von einer „Karawane in der Wüste“. Welch bezeichnender Titel! Frau F war heute diejenige, die durch das Programm führte. Sie war die Spielführerin, wechselte häufig zwischen „weiterfahren“ und „bleiben“. Sie wirkte unruhig und getrieben und äußerte auch, dass sie sich über den Rhythmus von Herrn B aufgeregt hatte. Dieser sei laut gewesen, so wie „draufhauen“, als wenn „sie klein gemacht würde“. Sie konnte nicht sagen, womit das zu tun haben könnte und sie hatte auch keine Idee, was sie noch hätte machen können. Sie hatte es mit „leise spielen“ versucht, sodass Herr B „hören könnte, dass sie (Frau F) etwas stört“ (hoher Anspruch). Frau C gab ihr im Nachhinein den Rat, „doch einfach auf die Trommel von Herrn B zu hauen“. Dieser Rat von der sonst so zurückhaltenden Frau C überraschte die ganze Gruppe. Herr B hingegen hatte gar nicht gemerkt, dass sein Spiel Frau F „gestört haben könnte“. Eigentlich sei er ja ein zurückhaltender Mensch, aber jetzt kamen Rückmeldungen von der Gruppe, dass sie ihn manchmal als jemand „der sein Ding durchzieht“ (bewundernswert einerseits, andererseits nervend meinte die Gruppe) erlebten und der wenig Kontakt aufnahm. Auffällig war jedenfalls, dass er verbal tatsächlich sehr zurückhaltend war, spielerisch jedoch oft durch Lautstärke und Aggressivität (militärisch) Spiel-Raum einnahm. Diese Wahrnehmung war ihm fremd. Auf die Frage, wie denn die Rückmeldungen für ihn waren und was er verstanden hatte, hörte er zunächst Negatives „ich muss für die anderen mitmachen und sie verlassen sich auf mich“ (im Sinne von erraten und verstehen müssen) und in Bezug auf den Kontakt „brauche er seine Rückzugsmöglichkeiten.“ Die positiven Anteile der Rückmeldungen, der Wunsch nach mehr Kontakt zu ihm und auch die Bewunderung für seine (zu) starke Abgrenzungsfähigkeit, waren für ihn nicht hör- bzw. wahrnehmbar geworden. Zum Schluss stellte die Gruppe fest, dass sie mehr aufeinander achten - hören - wollten, als Kontrolle auszuüben.

20. Stunde am 4.12.06

Anwesend: Wie am 30.11., Frau D letztes Mal, Frau E überraschend entlassen.

Übergabe: Frau E war entlassen worden, weil sie mehrfach Termine verpasst und sich nicht an Regeln gehalten hatte. Sie hatte die Option im neuen Jahr wiederzukommen, wenn es im Alltag gar nicht funktionierte. Frau A und Frau D ging es gut, letztere freute sich sehr auf Zuhause. Herr B hatte abgenommen, andere hatten zugenommen und fühlten sich nicht gut dabei (Frau F, Frau C, Frau H).

Eingangsrunde: Die Gruppe wünschte sich, einen vorgegebenen Rhythmus zu trommeln. Frau F kam zu spät, platzte herein, ohne die Situation wahrzunehmen. Bei mir löste ihr Verhalten Ärger aus, den ich ihr auch mitteilte.

Musikalische Intervention: Einen Rhythmus als Kanon trommeln; zunächst den Grundrhythmus trommeln, dann Kleingruppen bilden (Kanon), dabei in Blickkontakt gehen (wenn es gewünscht und möglich war).

Ideen zur musikalischen Intervention: Themen bei dieser Spielidee waren: bei sich bleiben und gemeinsam in der Gruppe sein (Wirkfaktoren: LM, PI), der Wunsch nach sicherem Boden (nach den letzten Malen, bei denen teilweise konfliktreiches Material hervortrat, die unerwartete Entlassung von Frau E, die entlassen wurde, weil sie etwas „falsch gemacht hatte“, der zu erwartende Weggang der ältesten Mitpatientin, Frau

D) und nach Leitung waren für mich in der Gruppe auszumachen. Übungszentrierte Modalität.

Rückmeldungen und Besonderheiten: Herr B konnte gut bei sich bleiben, wirkte beim Spiel etwas verbissen und wurde rot, wenn er in Kontakt ging. Frau C freute sich über den Kontakt zu Herrn B, war aber erschrocken als er das von ihr bezeichnete und humorvoll gemeinte „Geplänkel“ militärisch deutete. Fühlte er sich (unbewusst) uneffektiv von den anderen beschossen und zermürbt? Er wies Negatives zurück und bestätigte Frau C, es wäre ein „nettes Gespräch“ gewesen. Auch andere konnten gut bei sich bleiben und wagten sich lebendig und „frech“ (Zunge herausstrecken) im Kontakt zu anderen vor. Frau D verabschiedete sich mit einem Stück von Mozart, das wir gemeinsam anhörten. Sie erzählte uns, was ihr an diesem Stück gefällt und wann sie es gern hört. Sie fasste zusammen, was sie von der Musiktherapie mitnehme und was ihre Themen waren: „laut sein“ und „Konflikte angehen“. Eindrücklich war ihr die Stunde im Gedächtnis geblieben, wo sie etwas „Lustiges“ spielen wollte und dabei „Wut“ herauskam, das war schwierig für sie und hatte sie im Nachhinein an „unehrlich sein“ erinnert. Dass sich hier etwas zeigte, was vorher schon spürbar war, fiel ihr noch schwer anzunehmen. Sie beendete die Musiktherapie mit dem schönen Satz, dass sie jetzt „mit anderen Ohren sieht“.

21. Stunde am 7.12.06

Anwesend: Wie am 4.12.06, ohne Frau H.

Eingangsrunde: Heute waren in der Gruppe nur vier TeilnehmerInnen. Ein Karton mit einem neuen Instrument war angekommen. Frau A wollte es unbedingt auspacken. Da sie das letzte Paket „übersehen“ hatten, sollte es heute in die Mitte des Stuhlkreises gebracht werden. Alle rieten, was wohl in dem Karton sei. Jede/r packte ein wenig aus: es handelte sich um eine Gitarre mit dazugehörigem Ständer. Frau F hing noch an einer Aussage einer anderen Patientin, die sie als „Diktatorin“ betitelt hatte, aber kränken tat sie das nicht (sagte sie). Wir sammelten, was die anderen TeilnehmerInnen mit einem Diktator bzw. einer Diktatorin verbinden. Dadurch wurde sie sehr nachdenklich und jetzt machte es ihr doch etwas aus. Herr B erwähnte, dass ein Diktator aber auch Ausstrahlung hat und Massen begeistern kann. Diese „positiven“ Eigenschaften blieben bei der Gruppe und auch bei mir zweifelhaft.

Musikalische Intervention: Mit Ankunft der Gitarre wollten alle gern singen. Frau F holte ein Liederbuch und jede/r suchte sich ein Lied aus, das dann von der Gruppe gesungen und von mir auf der Gitarre begleitet wurde.

Rückmeldungen: Der Gesang war insgesamt leise, ja vorsichtig. Aber die Gruppe hatte das Gefühl, an einem imaginären Lagerfeuer zu sitzen und erinnerte sich an Situationen, wo sie in einer Gruppe zusammen saßen und gesungen hatten. Frau C erinnerte sich an ihre Mutter, die ihr früher Kinderlieder vorgesungen hatte, eine schöne, aber auch schmerzliche Erinnerung. Frau A war im CVJM und hatte dort mit anderen gesungen. Herr B hatte auf dem Weltkirchentag gesungen und erzählte heute das erste Mal aus der Familie. Seine Schwester hat eine Gitarre und sie hatten zusammen gesungen, eine schöne Erinnerung. Auch Frau F war in einer kirchlichen Gruppe, wo gesungen wurde. Zum Schluss sollte auch ich mir ein Lied wünschen,

welches die Gruppe singt. Alle erzählten, dass sie sich entspannt fühlten und es ihnen gut ginge.

Besonderheiten: Das gemeinsame Singen hatte eine vertraute Stimmung erzeugt, ein Gemeinschaftsgefühl, das jetzt stärker wahrnehmbar war, als in früheren Stunden. Neugierde wurde gezeigt und es waren Narrationen entstanden, Geschichten aus dem eigenen Leben wurden mit den anderen geteilt. Sehnsucht, Melancholie, auch für einige die Feststellung, „da war ich noch gesund“ wurde mitgeteilt. In dieser Stunde hatte ich das Gefühl, die Gruppe war in einer Kon - sonanz, auch in dem Wissen, dass es unterschiedliche Sonanzen gab (Intersubjektivität). Auch Herr B teilte sich mehr mit und Frau F spürte sich mehr (die erwähnte Kränkung und wischte diese nicht einfach weg). Erlebniszentriert - stimulierende Modalität, Wirkfaktoren: EA, EE, KK, LB, KG, SE.

22. Stunde am 11.12.06

Anwesend: Frau A, Frau C, Herr B, Frau H, neu ist Frau K, Frau F war nicht da.

Übergabe: Frau K wurde kurz vorgestellt, neben der Bulimie hatte sie aktuell eine schwere depressive Episode, war sehr zurückhaltend auf der Station. Frau A war die Einzige, der es gut ging, alle anderen hatten Schwierigkeiten mit dem Zunehmen (Herr B nahm Zuhause immer ab; Frau H, und Frau F nahmen nicht zu). Frau C war sehr unglücklich, weil ihre Mutter sie immer wieder versetzte, der Kontakt bzw. die Beziehung gestaltete sich sehr schwierig.

Eingangsrunde: Die Gruppe befand sich in einer Umstrukturierungsphase. Im Augenblick musste sie sich neu orientieren, aber nicht im Sinne des Integrierens von neu gewonnenen Einsichten bzw. Sinnerlebens, sondern in einer neuen Konstellation. Frau K stellte sich vor, doch sie war auch in der Musiktherapie sehr zurückhaltend. Sie hatte sechs Jahre Keyboard gespielt, wegen fehlender Lust aber wieder aufgehört.

Musikalische Intervention: Alle suchten sich zwei Instrumente aus, eins für einen Gruppenklang und eins für ein eventuelles Solo. Da alle TeilnehmerInnen sich ein Klanginstrument ausgesucht hatten, spielten wir „Klangteppich für SolistIn“.

Ideen zur musikalischen Intervention: Die „alten“ Gruppenmitglieder hatte einen guten Boden bereitet (Frau A und C und Herr B). Sie hatten die beiden neueren TeilnehmerInnen mit einbezogen. Alle Klanginstrumente wurden auf dem Schoß gehalten (Klangschalen), bis auf den Gong, den sich Frau A ausgesucht hatte. Der Klang, die Vibrationen wurden auch leiblich spürbar (Wirkfaktor LB). Mit den Soloinstrumenten (Djembe, Leier, Xylophon, Metallophon) konnte Struktur ins gemeinsame Spiel gebracht werden. (Wirkfaktoren: KG, TN).

Rückmeldungen und Besonderheiten: Frau C schaukelte vor und zurück während des Klangteppichs. Sie hatte die mittelgroße Klangschale auf dem Schoß und schlug sie so an, dass es wie ein Herzschlag klang. Der Klangteppich beruhigte sie, während das Solo (sie spielte zwei Mal) sie in (innere) Bewegung brachte. Es war ihr zu fröhlich, zu klar und deutlich. Ich dachte an ihre Mutter und konnte mir vorstellen, dass sie den Wunsch nach Klarheit und deutlichen Zeichen haben könnte. Sie meldete zurück, dass sie sich Klarheit in vieler Hinsicht wünsche, damit könne sie sich sicherer fühlen. Frau A mochte das Zusammenspiel im Klangteppich sehr. Auch für sie hatte es etwas

Beruhigendes. Ihr erstes Solo war zu leise, beim zweiten freute es sie, dass die Gruppe leiser geworden war. Herr B mochte sein Klanginstrument nicht, es war ihm zu schrill und zu laut (er hatte die große Klangschaale, die einen tiefen Klang hat). Er spielte ein kurzes Solo auf der Djembe, war aber irritiert, weil er gleichzeitig mit Frau H begann. Er dachte sofort, er sei falsch. In diesem Zusammenhang berichtete er auch von seiner Enttäuschung über sein geringes Gewicht. Die Gruppe meldete ihm zurück, dass er offener wirkte, auch das Wort „weich“ fiel. Das gefiel ihm gar nicht, weich bedeutet, er sei schwach. Frau H klemmte die Klangschaale so ein, dass sie nicht klingen konnte. Dass ich Frau H im Solo ein Zeichen zum Stopp gegeben hatte (es spielte ja schon jemand), mochte sie nicht und sagte das auch. Ich hatte mich dazu veranlasst gesehen, da ich mich 1. über Herrn B freute, der sich mehr zeigte und zum 2. wusste, dass Frau H oft Abläufe (auch auf Station und in anderen Gruppen) nicht mitbekam. Interessant wäre gewesen, zu erfahren, was passiert wäre, wenn ich Frau H nicht gestoppt hätte. Heute würde ich es nicht mehr tun. Jedoch mochte ich den Mut von Frau H, indem sie mir ihren Unmut über meine Intervention mitteilte und sagte ihr dies. Frau K beruhigte die Musik ebenfalls. Frau A hatte zum Schluss der Stunde die Idee, es doch einmal andersherum zu probieren, Melodietepich für Klangsolo.

23. Stunde am 14.12.06

Anwesend: Wie am 11.12. und Frau F, neu waren Frau L (wir kannten uns aus einem vorherigen Aufenthalt) und Frau M.

Übergabe: Ich hatte diesmal keine Übergabe für die beiden neuen Patientinnen, nur die Info, dass das Thema in der Kleingruppe „sich zeigen“ war. Ich war unzufrieden in die Stunde gegangen und fühlte mich unvorbereitet.

Eingangsrunde: Frau L und Frau M stellten sich vor. Von Frau L wusste ich, dass sie Klavier spielen kann, sehr ernst und gewissenhaft war, sehr gut differenzieren konnte und einen Zugang zu eigenen Themen hatte. Frau M wirkte nett und offen, lächelte viel und spielte Querflöte. Sie war sehr klein und wirkte wie 12 nicht wie 16 Jahre. Einige wollten singen, Frau A wiederholte den Wunsch vom letzten Mal, einen Melodietepich zu weben, mit Klangsolo. Da hingte sich Frau L an. Die Gruppe entschied dann, dass der Wunsch von Frau A erfüllt werden solle.

Musikalische Intervention: Melodietepich mit Klangsolo; gemeinsame Melodie wurde entwickelt, indem jede/r zunächst eine für sich explorierte und diese dann mit den anderen zusammenbaute.

Ideen zur musikalischen Intervention: Bei dieser Spielweise war es wichtig, gut aufeinander zu hören und sich an das Spiel der anderen anzugleichen, was für alle TeilnehmerInnen galt. Abgeben wo zuviel war, dazubauen wo es passte. Wirkfaktor: KK, LM, KG, EE, EV. Das Klangsolo hatte hier eher die Bedeutung, Ruhe hinein zu bringen, anders als das Mal zuvor. Ich war unsicher, ob das funktionieren würde, aber gespannt auf das Experiment. Es gab zwei Spielrunden, weil nach der ersten die Gruppe unzufrieden war. Leider hatte ich es nicht aufgenommen. Erlebniszentrierte Modalität. Gruppenzentriertes Vorgehen.

Rückmeldungen: Frau C zeigte sich im Melodiespielen heute deutlich und klar, wirkte aber gehetzt, so als wolle sie es besonders gut machen. Solo, sagte sie, hätte

sie ewig spielen mögen, das hatte ihr besonders gut gefallen. Frau L empfand den Melodiet Teppich, wie nebeneinander her reden, jede/r für sich. Ihr Solo auf dem Monochord gefiel ihr gut, gegen Ende (2. Spielrunde) empfand sie das Zusammenspiel als angenehmer. Herr B empfand das gemeinsame Melodiespiel als „einschläfernd“. Als eine zweite Spielrunde gewünscht wurde wollte er den Einsatz geben, aber das klappte nicht. Ärgerlich reagierte er auch auf Frau F, die 1. auf seinem Platz (neben mir) saß und ihr dann noch sagte, es würde sowieso das gemacht werden, was die „Diktatorin“ wünsche. Zu guter Letzt riss eine Saite seiner Leier, was ihm unangenehm war, was aber die Gruppe als ziemlich passend empfand und zum (erleichternden) Lachen anregte. Frau F wirkte zerknirscht, da sie gern singen wollte, die Gruppe sich aber anders entschieden hatte. Sie spielte dann zwar mit, aber laut und störend. Ein Klangsolo wollte sie nicht spielen. Zu Herrn B sagte sie nichts, auch auf meine Nachfrage und mein Angebot, nicht mitspielen zu müssen, sagte sie nichts. Frau A wirkte verloren in ihrem Spiel, ihr Teppichstück war kompliziert gewebt, es war einfach zuviel Material, ihr Solo empfand sie als schön. Auch sie hatte das Gefühl, alle „ziehen ihr Ding durch“. Mein Eindruck war, sie wollte es besonders gut machen und machte zuviel. Frau K mochte den Melodiet Teppich nicht, aber das Klangsolo, Frau H wirkte unruhig während des Spiels und Frau M fühlte sich im Melodiet Teppich wohl und entspannt.

24. Stunde am 18.12.06

Anwesend: Wie am 14.12.06.

Übergabe: Von den „alten“ Gruppenmitgliedern wurde berichtet, dass alle zugenommen hatten und auf einem guten Weg waren. Frau K, Frau L und Frau M hatten abgenommen und waren stimmungsmäßig labil.

Eingangsrunde: Dementsprechend gestaltete sich auch die Eingangsrunde, bis auf Frau M und L (müde) und Frau K (angespannt) ging es den anderen gut. Der letzte Teil der neuen Instrumente (eine Leier, Tischtrommel, Sansula) war angekommen, da kam Weihnachtsstimmung auf. Ich stellte die neuen Instrumente vor. Der Wunsch mehrere Instrumente auszuprobieren nahm Gestalt an. Zum Schluss wollten Frau F und Frau A singen.

Musikalische Intervention: Rhythmus- Melodie – Klang Improvisation. Absprache, dass der Rhythmus immer bestehen blieb, wenn Klang und Melodie dazukamen, aber in der Lautstärke zurücktrat.

Ideen zur musikalischen Intervention: Explorieren der neuen Instrumente auf der Basis eines Boden gebenden Rhythmus.

Rückmeldungen: Frau C hatte sich in die neue Leier (die kleiner ist und weniger Töne hat, als die anderen) „verliebt“. Ganz versunken spielte sie und „sprach“ sich per Blickkontakt mit Frau F ab, wenn diese wieder einsetzen sollte (mit der Harfe). Frau A übernahm den Rhythmuspart und spielte BigBom, gab der Gruppe die ganze Zeit einen sicheren Boden. Auch sie war ganz vertieft in das Instrument, auf dem sie saß. Die Musik beschrieb sie als Herbststimmung. Auch Frau L spielte Rhythmus und erweiterte den Titel Herbststimmung um die Tiere, die auftauchten und wieder gingen (Melodieinstrumente). Frau H mochte die Melodie gern, sie hatte sich die

Sansula ausgesucht, weil sie den Klang gern mochte. Herr B mochte die Melodie seines Instrumentes nicht, weil die Kalimba scheppernd klang. Den Rhythmus empfand er als wohltuend, aber wenn alle spielten war es wieder „einschläfernd“. Frau K fand die Musik insgesamt gut, beim Spielen (Trommeln) war ihre Anspannung weg. Frau M war unsicher im Spielen, sie war mit der Frage beschäftigt, ob sie auch nichts falsch gemacht hat. Frau F hatte sich die Harfe ausgesucht und hätte diese stundenlang (die beruhigte sie schön) spielen können. Sie hatte ihren Kopf beim Spielen an das Instrument angelehnt und wirkte wie ein Engel. Sie sagte auch prompt, sie wolle spielen „wie ein Gott“. Das gemeinsame Singen empfanden alle als gelungenen Abschluss.

25. Stunde am 21.12.06

Letzte Stunde vor Weihnachten und Abschlussstunde für dieses Kapitel.

Anwesend: Wie am 18.12.06.

Keine Übergabe

Eingangsrunde: Es gab unterschiedliche Wünsche, einige wollten Musik anhören (Frau A und Frau F). Aktiv spielen wollten Frau C und Frau L. Singen wollten Frau H und Frau M sowie Herr B. Frau K wollte sich entspannen.

Musikalische Intervention: Die Gruppenentscheidung sah vor, alle Wünsche zu berücksichtigen. Zunächst spielte ich ein klassisches Stück – den ersten Satz aus der Moldau von Smetana - von CD vor, auf das eine Resonanz gespielt werden sollte. Zum Schluss sangen wir gemeinsam ein Lied.

Ideen zur musikalischen Intervention: Die Gruppe hatte entschieden, was sie in der Stunde machen wollte und ich fand die Art der Entscheidungsfindung sehr fruchtbar. Wirkfaktoren: EA, KK, LM, KG, PI, TN, erlebniszentriert – stimulierende Modalität.

Rückmeldungen und Besonderheiten: Frau F hatte die Musik von Smetana beruhigt. Sie spielte als Resonanz auf der Harfe, das hatte sie „eingeschläfert“. Frau L hatte beim Hören eine Choreografie für die Musik im Sinn gehabt und wollte Lebendigkeit ausdrücken. Sie spielte Flöte und es fiel ihr schwer, damit ihre Lebendigkeit auszudrücken, weil die anderen so leise waren. Frau M hatte auf dem Gong gespielt, konnte aber nicht sagen, welches Gefühl durch die Musik angeregt wurde. Sie empfand den Klang vom Gong als zu traurig und spielte daher ganz leise, was beim Gong nicht einfach ist. Frau A hatte Sehnsucht nach ihren Ballettzeiten bekommen und wurde traurig. Sie konnte das aber nicht ausdrücken, sondern hatte das große Xylophon gewählt, das ihr einen guten Boden und Sicherheit vermittelte. Frau C hatte die Musik von Smetana an ihre Kindheit erinnert, sie hätte so gern in einem Orchester gespielt, aber das war nicht möglich gewesen. Die Traurigkeit, die ich aus ihrer Stimme hörte, nahm sie nicht wahr. Frau K hatte das Hinhören entspannt, aber das aktive Spielen machte sie eher unruhig. Sie konnte für sich kein Gefühl benennen, auf das sie eine Resonanz hätte spielen können. So dachte sie, sie habe sich das „falsche“ Instrument ausgesucht (Sansula) und spielte so leise, dass sie kaum zu hören war. Herr B war während des Hinhörens in Russland und bestand in seiner Phantasie viele Abenteuer, die mit Heldentum einhergingen. Leise Stellen in der Musik waren für ihn die Momente, wo jemand „zu Grabe getragen“ wurde. Er

hätte gern als Resonanz Trompete gespielt – Lebendigkeit – aber die gab es nicht, sodass er leise Oceandrum spielte, was passender erschien. Bei Frau H hatte die Musik Müdigkeit ausgelöst und so spielte sie auch: müde (Leier).

Das Abschlusslied war ein afrikanisches. Übersetzt hieß der Text: „gehen wir in Frieden, den Weg, den wir gekommen“.

7. Reflexion

Die beschriebenen 25 Stunden Gruppenmusiktherapie sollen nun unter verschiedenen Aspekten reflektiert werden. Zum einen ist es unerlässlich, sie in ihrer musikalischen Funktion (Kapitel 7.1.) für die Gruppe bzw. einzelner in der Gruppe zu betrachten, und zum anderen unter den in Kapitel 3 beschriebenen therapeutisch relevanten Konzepten der Integrativen Therapie (Kapitel 7.2. bis 7.5.2.13). Die musiktherapeutischen Interventionen habe ich an die therapeutischen Funktionen der Musik und Musikinstrumente angelehnt, die von Isabelle Frohne-Hagemann und Heino Pleß-Adamczyk (vgl. *Frohne-Hagemann, Pleß-Adamczyk, 2005, S.95ff*) beschrieben worden sind. Zwar sind die beschriebenen Funktionen zunächst auf das Einzelsetting (Dyade) von Therapeutin und Patientin ausgelegt, trotzdem ist es möglich, sie in Teilen auf die Gruppentherapie anzuwenden.

7.1. Die musiktherapeutischen Interventionen

Wenn die musiktherapeutischen Interventionen valuiert werden sollen, müssen wir immer auch die Funktion betrachten, die die Musik und die Instrumente dabei haben. Welche Funktionen kann die Musik haben? Zunächst einmal ist sie ein Kommunikationsmedium und dient als Mittel zum Zweck. Die besonderen Vorzüge dabei sind bereits immer wieder angeklungen, auf alle Fälle ist die non - verbale Kommunikation in vielen Fällen erleichternd, wenn Sprache nicht (mehr) weiterhilft. Musik kann ebenfalls als therapeutisches Agens dienen und wird so zum wirkenden Mittel. Letztendlich beschreiben Frohne-Hagemann und Pleß-Adamczyk noch die Funktion des Spiegels psychosozialer und psychischer Wirklichkeiten (Musik als Symbol, als Repräsentantin). Die verschiedenen Funktionen der Musik können gleichzeitig bedeutsam sein, in jeweils verschiedenen Facetten. Die beiden Autoren fassen verschiedene Kategorien der Funktionen zusammen (*Frohne-Hagemann, Pleß-Adamczyk, 2005, S. 96 – 103*):

1. Eigenschaften, die aus der Musik selbst kommen:

1.1. Halte und Containerfunktion: Hier bietet die Musik eine verlässliche Stütze, ist Struktur gebend, gibt Sicherheit. Klare musikalische Formen mit Aufbau, Anfang und Ende bieten Ordnung und Struktur. Musikalische Interventionen wie z.B. das Trommeln (2. Std.¹⁵), das Phasenspiel (3. Std.), verschiedene Rhythmusteppiche mit Solo oder Duo (6. ; 10. ; 11. Std.), oder das Liedersingen (14. ; 21. und 25. Std.) sind hier zu nennen.

1.2. Vehikelfunktion: hier werden über die Musik Möglichkeiten des emotionalen Ausdrucks bereit gestellt. Die beiden Autoren nennen das ein „affektives Fahrrad“ zur

¹⁵ Es werden Beispiele einzelner Stunden angeführt

Verfügung stellen, mit dem die Emotionen in Gang gesetzt werden können (auch als ergotrope Funktion) oder beruhigt werden können (trophotrope Funktion). Eine trophotrope Funktion war in der 1. Std. zu benennen (Rezeptive Musiktherapie = Entspannung, Phantasieanregung), aber auch 12. Std. (Vier Elemente, z. B. „schwebend fühlen“, „traurig werden“, „unverstanden fühlen“).

1.3. Katalysatorfunktion: durch die Musik werden basale Affekte und Gefühle ausgedrückt und durchlebt, Spannungsaufbau – und abbau in der Musik werden mit eigenen Seelenbewegungen verbunden und reguliert. Musikalische Interventionen wie „Atmosphäre ausdrücken“ (7. Std. „Das Unaussprechliche ist klarer musikalisch benannt“ = Ärger/Konflikt) und auch die „Vier Elemente“ (12. Std. hatte für Frau A eine Katalysatorfunktion, da sich das Thema „nicht verstanden fühlen“ für sie ab da zum zentralen Thema und zur Veränderung führte).

2. Funktionen (der Musik), die für die Entwicklung grundlegender Beziehungsqualitäten oder Entwicklung des Leib-Selbst wichtig sind:

2.1. Musik als Zeugin oder emotionale Resonanzgeberin: Musik spiegelt Gefühle und Aktivitäten der PatientInnen wider. Er/sie erlebt ein Nicht-Ich, das ihm von außen begegnet. Die PatientIn fühlt sich durch die Musik (teilweise) verstanden. In den musikalischen Interventionen, bei der sich die Gruppe von ihr gespielte Musik wieder angehört hat (5. Std. Herr B fühlt sich in der Melodie sicher und hat dies bestätigt gefunden; 13. Std. Frau C wurde durch die Resonanz der Gruppe auf ihr Thema „deutlicher werden“ aufmerksam, welches dann für viele Stunden Thema blieb und sich sehr veränderte; 25. Std. Resonanz auf gehörte Musik gespielt).

2.2. Musik als Übergangsobjekt: das Objekt (Musik/Instrument) bekommt die Funktion den Übergang zwischen Selbst und Nicht-Selbst herzustellen. Die PatientIn empfindet durch sensu - motorischen Kontakt Bezug zu sich selbst und bewegt sich gleichzeitig in Richtung Außenbezug. Dies meldeten einzelne PatientInnen zurück, z.B. in der 8. Std. (Frau G, die den Rainmaker als noch nicht ganz fließend und die Klangschale als durchgängig klingend = fließend, aber noch nicht erreicht bezeichnete); 17. Std. (Frau A, das große Xylophon war ihr Lieblingsinstrument und vermittelte ihr Sicherheit und Bodenständigkeit, ebenfalls 18. Std.).

3. Funktionen (der Musik), die verschiedenen Anteile eines musikalischen Geschehens, verschiedene Stimulierungsreize oder nicht musikalische Spielelemente durch musikalische Aktionen zu verbinden

Musik als Integrator: Musik stellt durch Leitmotive Bezüge zwischen Personen und Szenenwechsel her, Sinnzusammenhänge erkennen: 4. Std. Herr B erkennt: „wenn ich nicht dauernd spiele, finde ich eher (in die Gruppe und ins Spiel) hinein“, die Stunden 8 und 9: Imitieren und Gegensatz spielen, 10. Std.: Titelvergabe der Musik „Elefantenherde in der Wüste-Steppe-Dschungel“.

4. Aufbau intersubjektiver Beziehung

Intermediärobjekt: Die Musik hat hier die Funktion, Gemeinsamkeiten bzw. ein geteiltes Interesse zu zeigen, zwischenmenschliche Begegnungen werden möglich im

dialogischen (oder in einer Gruppe = polylogischen) Spiel. Die Musik übernimmt die Funktion der zwischenleiblichen Kommunikation, reguliert Nähe und Distanz. In den musiktherapeutischen Interventionen war die zwischenmenschliche Begegnung über die Musik ein, wenn nicht das grundlegende Thema und wurde erweitert aus einem dyadischen Setting in ein polylogisches. Außer der Therapeutin stand die gesamte Gruppe zur Verfügung. Gerade Spiele wie „Rhythmusteppich für Duos“ (z. B. 6. ; 10. ; 11. Std.) waren prädestiniert für Themen Nähe- Distanz; Kontakt – Kontaktlosigkeit oder sich abgrenzen – einlassen, wie auch die entsprechenden Rückmeldungen zeigten.

5. Musik als Projektionsfläche und Stimulus imaginativer und kreativer Bewusstseinsprozesse

Funktion der Musik als Projektionsfläche: Hier übernehmen Instrumente Symbolfunktion für Personen oder seelische Zustände (z. B. Trommel = Vater oder Kraft). Die Musik hilft unbewusste Bedürfnisse, Wünsche, Konflikte musikalisch nach außen zu bringen und sie dadurch zu verarbeiten und zu integrieren. Dabei sind die zu zeigenden Gefühlsregungen zu valuieren. In den musiktherapeutischen Interventionen konnte die Musik als Projektionsfläche in den Stunden 9 (Gegenteil spielen = Nein sagen, Frau D); 12 (Gong als Erde = Bodenhaftigkeit), 18 (Xylophon als Schutz = Frau A).

6. Die Musik als soziokulturelle Gemeinschaft wurden nicht berücksichtigt, da das Beispiel der Bildung einer Rockband in der o. b. musikalischen Gruppentherapie nicht vorgesehen war.

Als Musiktherapeutin stelle ich mir bei jeder musikalischen Intervention die Frage, ob ich mit der Gruppe mitspiele (z. B. wenn die Gruppe instabil ist, neue Instrumente eingeführt werden, Leitung oder Unterstützung gefragt ist u. v. m.), oder ob ich nicht mitspiele (z. B. wenn es um das „in Kontakt gehen“ geht). Ich entscheide dies je nach Situation, Thema und Problemlage.

Im Laufe des Gruppenprozesses wurde von mehreren TeilnehmerInnen auf das Phänomen der „einschläfernden Musik“ hingewiesen. Hier komme ich zu dem Phänomen des Widerstandes. Immer wieder kam der Gruppenprozess ins Stocken. Das Thema Ärger, oder das konturlose Spielen (Atmosphäre), sowie die o. g. Verbindung der Musik zum „einschläfern“ gehörten dazu. Hier wurde eine Neuentwicklung, z. B. das konkrete in Kontakt/Konfliktlösung gehen verhindert bzw. aufgehalten. Meine Erfahrung mit einem guten Umgang des Widerstandes korreliert mit denen, wie sie in Kapitel 4.3. beschrieben sind. Als Beispiel möchte ich die Spiel- und Verhaltensweisen von Herrn B anschauen, der zu Beginn der Verlaufsbeschreibung immer gegen die Gruppe spielte. Entweder er spielte rhythmisch dagegen (2. Std.) und löste damit teilweise starke Gefühle aus. Dies wiederholte sich mehrmals, z. B. in der 4. Std. (anstatt Rhythmus spielte er Klang), 9. Std (als er anstatt Gegensatz zu spielen, imitierte). Es war hilfreich, seinen Widerstand

in Bezug auf „in Kontakt gehen“ oder „Gefühle wahrnehmen“, erst einmal als Schutz zu akzeptieren und nicht dagegen anzukämpfen. Langsam, durch die wiederholten Kontaktangebote der anderen Gruppenmitglieder und das Zulassen seiner „Eigenheiten“ (z. B. Wunsch nach „militärischem“ Spiel, seine Vorliebe für Jagdthemen usw.) und das Wertschätzen seiner Person, wenn er etwas über Instrumente (11. Std. Herkunft u. a.) wissen wollte, „schmolzen“ den Widerstand (13. Std. Rassel für Feuer, welches ihn an Kaminfeuer erinnerte) und er konnte sich langsam auf die Musiktherapie, als Gefühlsvehikel und Kontaktmöglichkeit einlassen, erst mit Schwierigkeiten (20. Std., in der seine Gefühlsregungen deutlich über leibliche Regungen sichtbar wurden), aber er spürte, dass es ihm auch gut tat, in Kontakt zu gehen, solange er sich dafür nicht aufgeben musste. In seiner Rückmeldung zum Abschluss seiner Therapie (Februar 07) schrieb er, dass er „als es um (seine) männliche(n) Neigungen zu Abenteuer und Kampf ging, hat (ihm) viel Stoff zum Nachdenken gegeben“ und ergänzend dazu gab er an, dass er Gefühle erlebt hätte (vor allem durchs Trommeln hervorgebracht), von denen er gar nicht wusste, dass es sie gibt (siehe auch Kapitel 8, seine Rückmeldung). Dies zeigt, wie viel Sicherheit und Schutz er brauchte, bis er sich zeigen konnte. Seine Kraft wurde deutlich, auch die, mit der er sich schützen musste, weil er kein „Werkzeug“ für sein Gefühlserleben hatte und unsicher war.

7.2. Die wirkenden Faktoren

Im Folgenden möchte ich den Prozess der musiktherapeutischen Gruppe im o. g. Zeitraum mit Hilfe der 14 Perspektiven, wie sie von Petzold und Orth (*Petzold, Orth, 1995b*) beschrieben worden sind, untersuchen. Bereits im Kapitel 3.2. sind die 14 Wirkfaktoren vorgestellt worden. Unter der Voraussetzung, dass die Therapeutin grundsätzlich einführendes Verständnis und Empathie gegenüber der Gruppe empfand, und alle Wirkfaktoren mal mehr mal weniger greifen, ist doch der Wirkfaktor, der in einer kreativ ausgelegten Therapiemethode am deutlichsten zur Geltung kommt, die Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte. Ebenso häufig wurde die Förderung von kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit erfahren. Die Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke wird neben der Musiktherapie (und den anderen Gruppentherapien) auch darin gefördert, dass es Treffen von ehemaligen PatientInnen gibt. Die Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen stellt innerhalb der Gruppenmusiktherapie einen ebenso wichtigen Wirkfaktor dar. Immer wieder war (oft ausgehend von dem Angebot der rezeptiven Musiktherapie) die Förderung der leiblichen Bewusstheit und der Entspannung für die TeilnehmerInnen wichtig. Manchmal gab es die Rückmeldung, dass es leichter war über die Musik zu entspannen, im Gegensatz zur Körperpsychotherapie (Körperwahrnehmung), da das Spüren von außen (Musikinstrument oder zunächst über die Ohren) einen direkten – und damit zunächst einen leichteren- Zugang zum eigenen Körper ermöglichte, als das sich von innen spüren, zu dem ich immer eine Vielfalt von Vorstellungsmöglichkeiten (Bilder, Szenen u. v. m.) benötige.

7.3. Wege der Heilung und Förderung

Vorrangig bei meiner musiktherapeutischen Gruppenarbeit war der dritte Weg der Heilung und Förderung (die Aktivierung unterschiedlichen Erlebens und die Entfaltung/das Entdecken von Ressourcen durch das musikalische Miteinander). Immer wieder gab es Rückmeldungen, dass PatientInnen ihr Instrument wieder entdeckten oder nach der Therapie an einer musikalischen Gruppe (oft trommeln) teilnehmen wollten. Wichtig waren die Nachbesprechungen im Anschluss an die musikalischen Einheiten. Je länger die Gruppe beieinander war, desto eher war es möglich musikalische Themen mit Lebensthemen oder –geschichten in Verbindung zu bringen, was Nähe und Vertrauen schaffte (erster Weg der Heilung und Förderung).

Großer Wert wurde von Klinikseite darauf gelegt, dass die PatientInnen (wieder) einen Zugang zu ihren Gefühlen bekommen sollten. Ein Beispiel ist das immer wieder auftauchende Thema „Wut“ und „Schmerz“, teilweise unterschwellig, dann aber auch immer wieder deutlich (siehe auch 16. /17. Std.). Hier zeigte sich die Wut im Spiel, obwohl der Wunsch ein ganz anderer war, und wurde deutlich durch die Titelvergabe („Kannibalen“ und „Marterpfahl“ usw.) Das Erkennen, das sich zeigt, was ist und dass es gut ist, es sich anzuschauen bzw. zu hören, war eine heilsame Erfahrung. Ein anderes Beispiel für den zweiten Weg der Heilung/Förderung ist das Spielen einer Fürspielmusik (ein/e TeilnehmerIn spielt für eine andere eine emotional entsprechende Musik), welches zu einem späteren Zeitpunkt in der o. g. Gruppe stattfand.

Bleibt der vierte Weg der Heilung/Förderung, der aus meiner Sicht erst möglich wurde, als die Gruppenkoherenz, das Vertrauen untereinander gut entwickelt war. Das in Kontakt gehen während einer Improvisation, das Abgleichen „wie können wir miteinander spielen“ „wo ergänzen wir uns“ „wo bedarf es der Gegensätze“ waren die Türöffner (Ko-respondenzprozesse) für die Erfahrung der Solidarität.

7.4. Therapeutischer Arbeitsstil

Prinzipiell war mein Arbeitsstil gruppenzentriert. Die Interaktion der Gruppenmitglieder im Hier und Jetzt standen im Vordergrund. Oftmals ergaben sich durch das Medium Musik die Möglichkeit auch themenzentriert zu arbeiten, wobei die Themen sich meistens aus dem Prozess (Eingangsrunde) ergaben. Die Zielsetzung innerhalb des Arbeitsstils war auf alle Fälle Förderung von potentialen und kreativen Gestaltungsmöglichkeiten, aber auch Kompetenz und Performanzentwicklung. Förderung von Autonomie und Selbstbestimmtheit sind gerade im kreativen Bereich und hier im musikalischen (z. B. stopp - trommeln) gut angesiedelt und waren in der oben beschriebenen Gruppe von PatientInnen mit Essstörungen ein wichtiger Aspekt. Mir war sehr wichtig, dass in der Gruppe ein Gefühl vorherrschte, willkommen zu sein (Musiktherapie = Pflichtveranstaltung) und das Gefühl zu spüren, egal, was ich spiele und wie ich es umsetze, es geht nicht um Begriffe wie „falsch“ und „richtig“, sondern um Erfahrung „so wie ich bin darf ich hier sein und mich mit den anderen erleben“. Gemäß der Ressourcenorientierung, war/ist es mir immer wichtig, auch freudige Stunden mit Humor zu erleben (Konvivialität), sodass die Erfahrung, Therapie darf auch mal schön sein und muss nicht immer schwer“mütig“ verlaufen, gelebt werden

durfte, passend zu dem - salopp formulierten - Spruch, dass Lernen dann besonders gut gelingt, wenn es Spaß macht.

7.5. Der Gruppenprozess

7.5.1. Hermeneutische Spirale

Die Gruppenstunden waren in der Regel so angelegt, dass es eine Eingangsrunde gab, in der die Themen/Anliegen/Wünsche/Befürchtungen der Einzelnen genannt wurden (z. B. 19. Stunde: Gruppe möchte etwas Aktivierendes machen = erfassen). Die Atmosphäre, die vorher spürbar war, konnte als „müde“ wahrgenommen werden. Die musikalische Intervention (Gestaltung einer Reise), setzte einen Prozess in Gang, bei dem zunächst jede/r an eigene Themen kam, (z. B. „klein gemacht werden“) und Gruppenthemen deutlich und erspielt wurden (z. B. Verantwortung übernehmen, Leiten, zuhören, aufeinander eingehen, Kontakt aufnehmen, Kontrolle usw.). Das Verstehen lag in der Stunde u. a. auch darin, dass die Gruppenmitglieder erfuhren, dass sie sich mehr kontrollierten (wie z. B. auch beim gemeinsamen Essen), als sich wirklich zuzuhören und aufeinander einzugehen. Nicht immer war es möglich, das Gelernte zu erklären. Manchmal dauerte es mehrere Stunden, bis ein Prozess Kontur bekam und erklärbar wurde.

7.5.2. Perspektiven des Gruppenprozesses

7.5.2.1. Gruppenstabilität, Gruppenidentität und Kohäsion

Die von mir beschriebene musiktherapeutische Gruppe entwickelte mit der Zeit eine gute Kohärenz. Die Bereitschaft zum Engagement war relativ gut. Destabilisierende Einflüsse waren dann spürbar, wenn es einen Umbruch in der Gruppe gab (Neuzu- bzw. Weggänge), oder durch (nicht bearbeitete) Konflikte (Frau G und Frau D, Thema: störendes Klavier). Anfangs waren die TeilnehmerInnen mehr mit sich und eigenen Themen beschäftigt. Später war es auch möglich, schwierige Themen gemeinsam anzugehen. Schwierige Themen aus der Kleingruppe (donnerstags immer vor der Musiktherapie) oder das Wiegen (montags) und neuerdings die Körperbildtherapie brachten ebenfalls (oft hemmende) Einflüsse mit sich.

7.5.2.2. Kontinuität

Da es sich bei der musiktherapeutischen Gruppe um eine offene handelt, gibt es keinen Gesamtzeitrahmen, der zu betrachten ist. Ich habe bereits im Kapitel 6.2.1. die Gründe beschrieben, die mich zur Auswahl des Zeitraumes (18.9. – 21.12.06) bewogen haben. Die durchschnittliche Verweildauer der PatientInnen in der Musiktherapie beträgt 12 Mal. Sechs von 13 PatientInnen nahmen mehr als 12 Mal an der Musikgruppentherapie teil. Das ermöglicht einen relativ langen Gruppenprozess. Thematisch und vor allem atmosphärisch stand sehr häufig das Gewicht (Schwierigkeiten mit dem Ab- und Zunehmen) im Raum, auch wenn es nicht offen thematisiert wurde. Kontinuierlich hängten sich die Themen „falsch sein“, „nicht passen“ an das Thema Gewicht (siehe auch Konflikt Frau D und Frau G) und der Umgang damit. Es wurde viel im Hier und Jetzt gearbeitet, mit Ausblick auf

wiederkehrende Themen (z. B. Kontaktaufnahme und Beziehungsherstellung auch im Alltag) und deren Umsetzung.

7.5.2.3. Diskursivität, kommunikative Kompetenz und Performanz

Den Schwerpunkt einer Musiktherapiegruppe bildete die Improvisation mit ihren Aspekten des Zuhörens, gemeinsamen (Spielen) Tuns, aufeinander Eingehens (oder nicht), Kontaktmöglichkeiten u. v. m. Das Harmoniebedürfnis der Gruppe war groß, aufeinander eingehen bedeutete im Spiel oft „das Gleiche Spielen müssen“ (konfluentes Spielen). Konflikte wurden eher aus dem Weg gegangen. Sich im Spiel zeigen als Individuum wurde zunehmend entwickelt, auch unter dem Aspekt, dass das „konfluente Spiel“ oftmals als langweilig empfunden wurde. Kommunikative, verbale Kompetenzen wurden in Rückmeldungen entwickelt, zunächst zum eigenen Spiel, später dann auch zum Spiel der anderen. Seltener wurde ausdrücklich ein Sharing gewünscht (im beschriebenen Zeitraum nur von Frau A). Befindlichkeiten konnten benannt werden. Einzelne haben sich immer wieder Kontaktspiele gewünscht (Frau C), auch wenn andere eher für sich spielen wollten (z. B. Herr B, Frau E).

7.5.2.4. Themenentwicklung

Es gab sehr vielfältige Themen, die sich zeigten. Themen, die die Befindlichkeit ausdrückten (müde, traurig, unzufrieden, sich verloren fühlen usw.), aber auch beziehungsorientierte Themen (Harmonie, Ärger, Wut, Streit, Halt finden, im Mittelpunkt stehen wollen usw.) Ebenso gab es Themen, die eine Entwicklung andeuteten (nein sagen können, sich einlassen, aufeinander hören wollen usw.) und Themen, die eigene Normen und Werte zeigten (Leistungsorientierung, Verantwortung übernehmen, Eigenständigkeit usw.) Dominante Themen waren: Eigenständigkeit, sich zeigen, in Kontakt gehen (gemeinsames Tun) und Wut/Ärger (dies eher mitgehend, aber nicht bewusst bearbeitet). Konkurrierende Themen waren Harmonie und Streit; Gemeinsames und Eigenes; sich zeigen und zurücknehmen, Kontakt versus Abgrenzung, aufeinander hören und übertönt werden; Eigenverantwortung übernehmen und Verantwortung abgeben; Spielregeln einhalten – Spielregeln übergangen und Lebendigkeit und Müdigkeit. Die Themenentwicklung wurde durch die musikalischen Angebote beeinflusst. Am Anfang einer Stunde wurde oft etwas anderes genannt, als nach einer Improvisation. Das bedeutet durch die Musik haben sich Themen konkretisiert bzw. sind hörbar geworden. Z. B. wurden Verbindungen gehört von „laut spielen“ und „laut sein“. Oftmals war die Valuation der eigenen Eigenschaften eher negativ besetzt (laut sein = aufdringlich, aus dem Rahmen fallend usw.). Bei schwierigen Themen (sich zeigen, in Kontakt gehen o. a.) konnte es sein, dass Spielregeln umgangen wurden, also Abwehrtendenzen deutlich wurden.

7.5.2.5. Gruppenklima, Gruppenbewusstsein, Exzentrizität

In der Rückschau empfand ich das Gruppenklima als meistens offen für Neues und relativ gut und vertraut (mit der Zeit). Eine Atmosphäre, die Ärgerlichkeit, Gereiztheit und Ängstlichkeit wiedergab, war auch immer wieder verifizierbar. Vorsichtig wurde die Gruppe meist dann, wenn neue PatientInnen dazu stießen. Ärgerlich wurde die

Stimmung mitunter, wenn Spielregeln nicht eingehalten wurden (es kam auch darauf an, wer sie nicht einhielt, siehe Rolle, Position), oder ein Konflikt (meist mit dem Thema Konkurrenz und Gewicht) im Raum stand.

7.5.2.6. Social World, Werte und Normen

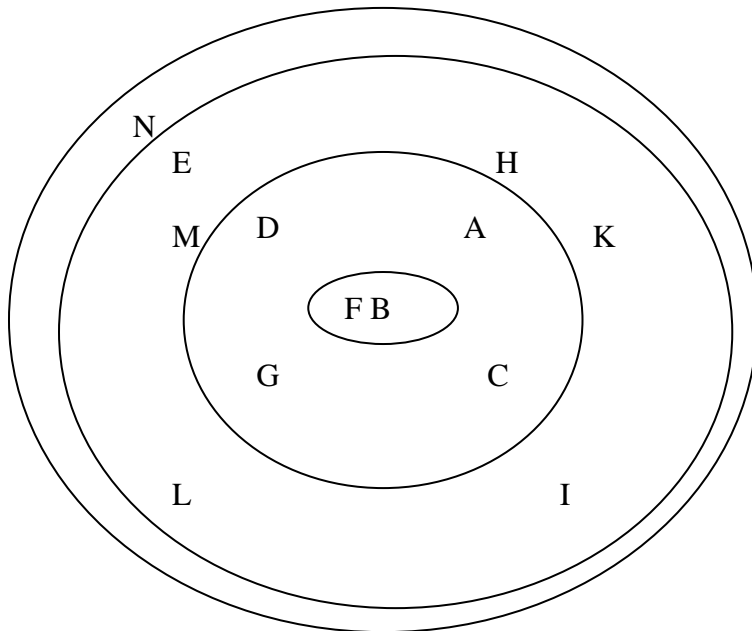
Die TeilnehmerInnen kamen aus unterschiedlichen social worlds. Es gab Familien, die als relativ gut situiert beschrieben wurden, bis hin zu eher schlechter gestellten Familien. Frau C kam aus einer sehr zerrütteten Familie, sie hatte eine drogenabhängige Mutter und einen Stiefvater, ein leiblicher Vater war nicht bekannt. Ansonsten galten die meisten Familien als „normal“, wobei mir keine ausführliche Familienanamnese zur Verfügung stand. Werte und Normen, die in der Gruppe beobachtbar waren: 1. nicht groß auffallen (u. a. nicht anecken, Spielregeln einhalten, sich anpassen, vermeiden), ausgenommen Frau F und Herr B, 2. wenig in die Tiefe gehen wollen (z. B. keine schweren Themen wollen, vermeiden, sich zurückhalten, ängstlich sein, wenn es um Erkenntnisse geht), 3. sich stark für andere einsetzen (u. a. dem anderen etwas Gutes tun, sich einsetzen, andere schonen, wohlwollend sein), 4. Konflikte nicht angehen (z. B. nicht direkt ansprechen, eher hinterm Rücken reden, nicht anecken wollen, sich nicht in den Mittelpunkt stellen).

7.5.2.7. Rolle, Position, Rollenkonflikt

Die Musiktherapiegruppe war eine sehr heterogene Gruppe. Die Altersspanne reichte von 15 bis 40 Jahren, wobei die beiden älteren Teilnehmerinnen (noch) die Ausnahme bildeten. Diese beiden (Frau D und Frau I) hatten jeweils zwei Kinder und waren ca. im Alter der Mütter der anderen TeilnehmerInnen. Mehrere TeilnehmerInnen waren noch SchülerInnen (Frau A, Herr B, Frau C, Frau H, Frau L, Frau M) und zwischen 15 und 19 Jahre alt. Zwei (Frau G und Frau E) hatten die Schule abgebrochen und im Zeitraum der Beschreibung keine genaue Berufs- oder Schulperspektive. Zwei TeilnehmerInnen waren über 20 Jahre alt (Frau F 22 und Frau K 23) und berufstätig oder Studentin. Frau N war in der Berufsausbildung. Das ergab ganz unterschiedliche Themenschwerpunkte für die einzelnen Subgruppen und führte untereinander auch zu Rollenkonflikten. Es gab die Mutter – Tochter Konstellation, die zu Konflikten führte (Frau G und Frau D), die auch das Thema „sich zeigen“ erschwerte (einige hatten Mütter, die sie Zuhause kontrollierten) und das zeigte sich auch mitunter in der Gruppe. Das bindet die umgekehrte Konstellation Töchter – Mutter mit ein. Es gab die Mutter – Sohn Konstellation (Frau D- Herr B), die sich positiver gestaltete, was sich auch darin zeigte, dass beide öfter miteinander spielten bzw. sich aufeinander bezogen. Es gab die (unterschwellig) erotische Komponente: Herr B war äußerst zurückhaltend den jungen Frauen gegenüber, die in seinem Alter waren und reagierte dementsprechend auf Kontaktangebote (Frau C).

Frau F begab sich manchmal in die Co - Therapeutinnenrolle und knüpfte an ähnliche Erfahrungen mit Musikangeboten, die sie aus ihrer Ausbildung zur Erzieherin kannte. Es gab Gruppenrollen, die sich oft wie folgt zeigten: „Störenfried“ (B und F),

„Vorreiterin“ (A und D), „Buhfrau“ (G), „Moderator“ (B), die „Kindlich-Liebe“ (C), die „Verbindende - Kontakt herstellende, manchmal Mutige“ (A), die „Mitläuferinnen“ (K, L, M), die „Zurückhaltende, weil sie nicht alles versteht“ (H), die „meistens nicht Anwesende“ (E) und „diejenige, die raus fiel“ (N). In einer grafischen Darstellung können die Gruppenrollen und ihre „Wichtigkeit“ wie folgt aussehen:



Ab. links: **Rollenverteilung**

Je weiter sich eine Person im Inneren des Kreises befindet, desto mehr bestimmte sie auch das Gruppengeschehen (dominante Rolle) und Themen wie Macht und Konkurrenz.

7.5.2.8. Kontext, social affordances

Die Themen aus den anderen, vorangegangenen Gruppen wirkten oft in die Musiktherapiestunde mit hinein. Ebenso unmittelbar vorher erfolgter Besuch, Einzeltherapieterminen, Anrufe u. v. m. Die erste Gruppe muss den Raum jedes Mal herrichten, die Instrumente aufbauen, die Stühle hinstellen. Die Instrumente sind dann, bevor es „richtig“ losgeht schon in die Hand genommen worden, der Bezug hergestellt. Nachteilig ist, dass die Therapie, die vorher (manchmal direkt davor) stattgefunden hat, auch atmosphärisch noch spürbar ist. Die soziale Interaktion in der Musiktherapie geht über das Improvisieren mit den Instrumenten. Somit habe ich immer ein Objekt als Kontaktmöglichkeit zwischen mir und dem anderen. Das kann sehr hilfreich sein, weil ich nicht direkt in Kontakt gehen muss. Eine weitere Hilfe ist das non - verbale Interagieren, welches oftmals dankbar angenommen wird, wo ansonsten das Gespräch die hauptsächliche Therapieform ist. Auch wenn oft die Frage angeklungen ist, „wie gehe ich in Kontakt“ und „ich traue mich nicht so recht“, war auf der anderen Seite die Erleichterung zu spüren, auf neue Art – musikalisch – zunächst ohne zu reden in Kontakt treten zu können.

7.5.2.9. Übertragungsdynamiken, empathische Resonanz und Beziehungsrealität

Schon bei der Betrachtung der einzelnen Rollen haben sich bestimmte Übertragungsmuster gezeigt. Die kontrollierende Mutter (Frau D) war Auslöser für den Konflikt mit Frau G, die wiederum in Frau D ihre eigene Mutter erlebte (die sie ständig kontrollierte). Herr B mit seinem umfangreichen Wissen und Fragen zu den formalen Dingen der Musik (Name der Instrumente, Herkunft usw.) wirkte manchmal wie ein Lehrer. Insgesamt war die Gruppe zumindest am Anfang eher eine kontrollierende und konkurrierende. Erst im Laufe der Zeit und durch die Atmosphäre des „Soseins“ durchs Mitsein verlagerte sich das Kontrollierende hin zum Einlassen können. Frau F, die gerne auf die Co - Therapeutinnenposition wechselte gab in ihrer Abschlussrückmeldung an, es hätte ihr gut getan, begrenzt zu werden, damit sie mehr ins Spüren kam. In den Modalitäten der Bezogenheit kamen spielerisch sehr oft konfluente Spielweisen vor. Hier war gut, die Musiken noch einmal anhören zu können, um dies gewahr zu werden und ändern zu können. Später wurde dann eher als positiv empfunden, wenn die Spielweisen nicht verschwammen und Kontur zeigten, z. B. durch gegensätzliches Spiel. Dies wurde als „das Eigene“ spielen gewertet und es ergab sich ein echter Kontakt. Die vorherrschenden Abwehrphänomene lagen in der Vermeidung und Verdrängung. Die Methode „Musiktherapie“ wurde gut angenommen. Oftmals gab es die Rückmeldung am Ende des Aufenthaltes, dass es am Anfang schwer war, sich auf die Therapie einzulassen, bis hin zu der Frage, was Musiktherapie in solch einer Klinik eigentlich helfen soll, wenn das Konzept vorgestellt wurde bzw. wird. In den meisten Fällen erwächst aber nach einer kurzen Zeit eine Akzeptanz und die Methode, wie auch die Nachfragen der Musiktherapeutin werden als Chance genommen „etwas für sich zu lernen“. Die Themen, die während des beschriebenen Zeitraumes vorherrschten, wurden schon genannt (Kontakt, Ärger usw.). Die Themen, die vermieden wurden, sind meiner Ansicht nach Sexualität, Macht und Konkurrenz, wobei diese Themen natürlich unterschwellig mitschwebten. Was auffallend war, war die Neugierde, die sich immer wieder in der Gruppe zeigte (z. B. als die neuen Instrumente ankamen). Damit einher ging eine Experimentierfreudigkeit, die immer mehr zur Geltung kam. Auf der anderen Seite zeigte sich die negativ geprägte Annahme, zu wenig zu können, „falsch zu sein“ oder wenigstens „nicht gut genug“ (pathologiezentriert).

Bei den Phänomenen der Entfremdung ist eindeutig die Entfremdung der Leiblichkeit zu benennen (Körperschemastörungen, sich selbst nicht fühlen können, Gefühle nicht wahrnehmen können). Ebenso ist die Beziehungsfähigkeit stark beeinträchtigt, wie schon vorher anhand der Kontaktspiele erläutert wurde. Eine hohe Leistungsanforderung an sich selbst stellen (keine Fehler machen dürfen, Gefühl von falsch sein, nicht gut genug), die nicht erfüllbar ist, war ebenfalls in der Gruppe deutlich zu beobachten. Was die eigene Gesundheit und Verbesserung der Fähigkeiten anging, war eine große Ungeduld zu spüren. Sich Zeit lassen, um zu sich zu finden, war und ist teilweise schwer aushaltbar. Alles muss schnell gehen, möglichst schnell zunehmen, dann ist ja das Wichtigste erreicht. Hier korreliert die Ungeduld der PatientInnen z. B. mit den Vorgaben der Krankenkassen, was den Prozess der wirklichen Gesundheit nicht voranbringt.

7.5.2.10. Probleme, Ressourcen, Potentiale, Ziele

Die Ressourcen der Gruppe lagen in der Phantasie und Kreativität (Musikalität), die sie auch zu nutzen verstanden. Die Fähigkeit, sich auf Neues einzulassen und auch auf die Methode war hilfreich für den Gruppenprozess.

Immer mehr gelang es den TeilnehmerInnen, Verbindungen zu eigenen Themen herzustellen, also zu differenzieren und eine exzentrische Position einzunehmen, hier lag und liegt das Potential der Gruppe.

Probleme lagen im Kontrollieren untereinander, eine gewisse Sturheit bzw. überdimensionale Abgrenzung gegen die anderen TeilnehmerInnen (Herr B), die aber auch zu Themenbildung führte und zur Veränderung einzelner. Dominante Probleme entstanden, wenn ein Konflikt zwischen zwei Personen auftauchte und die Bereitschaft diesen konstruktiv zu lösen zunächst nicht vorhanden war. Für mich war es manchmal schwer, wenn neue TeilnehmerInnen dazu kamen und der Rest der Gruppe an einem Punkt war, wo es im Prozess tiefer und mitunter konfliktreicher wurde. Die Entscheidung, der Gruppe die Chance zum Weiterkommen zu geben und damit die neue TeilnehmerIn vielleicht zu überfordern, brachte mich gefühlsmäßig in Konflikte.

Ziele, die sich in der Musiktherapie herauskristallisierten waren „Gefühle wahrnehmen ausdrücken lernen“, „Zugang zu sich selbst finden (Stärkung der Identität)“, „in Kontakt gehen (Ko - respondenzprozesse in Gang setzen, Intersubjektivität und Polyloge fördern)“.

7.5.2.11. Ausgangslage und Rahmenbedingungen

Die Rahmenbedingungen für die Musiktherapiegruppe sind schon an anderer Stelle beschrieben worden. Eine schwierige Voraussetzung für die Gruppe war die Verbindlichkeit der Teilnahme, die zum Teil immer wieder große Vorbehalte auslöst. Hier gilt es dann ein Klima zu schaffen, dass es allen ermöglicht, für sich etwas zu lernen und nicht die bereits erwähnte „Lückenfüllerposition“ einzunehmen. Diejenigen, die einen Zugang zur Musik haben, sind mehr motiviert mit der Methode zu arbeiten, wenn auch manchmal die Erwartungen eher in Richtung Unterrichtsstruktur gehen. Aber selbst TeilnehmerInnen, die sich für unmusikalisch halten, finden sich mit der Methode zurecht, wenn sie merken, dass es nicht um Leistung und „gut spielen“ geht. In der Anfangsrunde können unterschiedliche Motivationen, Wünsche und Anliegen geäußert werden, oder auch vorherrschende Lustlosigkeit. Dass die Musiktherapiegruppe zwei mal die Woche stattfindet verhilft dazu, dass der Prozess intensiv in Gang kommt und die Gruppenkohärenz sich schneller entwickelt, als wenn die Therapiefrequenz niedriger wäre.

7.5.2.12. Methoden Techniken, Medien, Modalitäten

Die vorherrschende Modalität innerhalb der Gruppenmusiktherapie war erlebniszentriert, wobei es immer wieder Übergänge zur konfliktzentrierten und

übungsorientierten Modalität gab. Auch Mischformen sind auszumachen und das wiederum öffnet die Möglichkeiten der Faktoren, die innerhalb der Therapie wirken. Neben der aktiven Musiktherapie kam auch die rezeptive zur Geltung, wenn auch der Schwerpunkt auf der aktiven Form liegt. Eine gute Technik ist die Möglichkeit der Aufnahme der eigenen Musiken. Das Hören mit positiv gestimmten Ohren, das Wahrnehmen neuer Aspekte aus der Distanz sind Ansatzpunkte für Veränderungen. Was in die Gruppenmusiktherapie im Diakonie - Klinikum kaum zum Tragen kommt, ist ein intermedialer Quergang. Das hat hauptsächlich damit zu tun, dass es neben der Musiktherapie die Körper- und Bewegungstherapie und die Gestaltungs(Kunst)therapie gibt. Hier ist die Konzentration auf das eigene Medium durchaus gewünscht und konzeptionell angelegt.

7.5.2.13. Metaperspektive: Richtziele, Prinzipien, Grundannahmen

Es ist inzwischen deutlich geworden, dass bestimmte Metaziele in der Gruppenmusiktherapie zum Tragen kommen und in der beschriebenen Gruppe kamen. Die Förderung von Ko - respondenzprozessen von Solidaritätserfahrungen und Intersubjektivität lassen sich hier nennen. Selbstverwirklichung im Sinne einer Selbstbestimmtheit und der damit einhergehenden Begegnung im Tun mit anderen im angstfreien Raum sind wichtige Leitlinien bei der Gruppenarbeit. Im Vergleich zu den anderen Gruppen, die von den psychoanalytisch geprägten Therapeuten geleitet werden, ist die prozesshafte Vorgehensweise in der Musiktherapiestunde und die damit verbundene Eigenverantwortlichkeit für den Verlauf stärker ausgeprägt. So hat sich gezeigt, dass sich in der Musiktherapie Konflikte früher zeigen und die Psychodynamik manchmal schneller zu Tage tritt, als in den Gesprächsgruppen. Sehr wichtig ist für mich auch der Aspekt des partiellen Engagement. Immer wieder erlebe ich, dass es den PatientInnen (und auch mir) hilft, wenn ich als Mensch von ihren Geschichten und Musiken berührt und nicht nur als Therapeutin „beruflich“ anwesend bin.

8. Reflexionen der PatientInnen

Zum Schluss möchte ich die PatientInnen, die in dem beschriebenen Zeitraum an der Gruppenmusiktherapie teilgenommen haben, unkommentiert zu Wort kommen lassen. Ihre Rückmeldungen und das Vertrauen in die Musiktherapie und letztendlich in mich als Therapeutin haben mich dazu bewogen, diese Arbeit zu schreiben.

„In den Musiktherapiestunden habe ich viel herausgefunden, was mir sehr weitergeholfen hat und was ich in anderen Therapiestunden nicht so herausgefunden habe. Zum Beispiel das „Gehört werden“ oder das Spüren, dass ich die Wut, die in mir sitzt, ganz schlecht herauslassen kann...Die Rückmeldungen der Gruppe haben mir auch sehr geholfen und vieles klarer gemacht.“ (Auszug aus der Rückmeldung von Frau C)

„Eine meiner schönsten Erinnerungen habe ich aus der Stunde, wo wir „die Moldau“ von Smetana gehört haben. Nach einem holprigen Start, wo ich oft Ihre und meine Grenzen ausgelotet habe, kamen wir, meiner Meinung nach immer besser miteinander aus. Am Ende habe ich mich gar auf die Therapiestunden bei Ihnen gefreut. In etwas negativer Erinnerung ist mir der Tag geblieben, an dem wir mit Frau D etwas Lustiges spielen wollten. Leider kam ein Stück dabei heraus, das sich anhörte, als würden sich Kannibalen über ihre Beute hermachen.“ (Auszug aus der Rückmeldung von Frau F)

„Mir hat es sehr gut getan, mich über Musik auszudrücken oder Stimmungen, die zuvor verborgen waren, zu entdecken. Was mich an der Musiktherapie besonders fasziniert, ist das Zusammenspiel in der Gruppe. Manchmal konnten wir alle gleichzeitig und doch allein spielen, manchmal spielten wir tatsächlich ein gemeinsames Stück; manchmal mit Soli, manchmal ohne...Viel wurde dadurch greifbar, was Worte zuvor nicht ausdrücken oder wir nicht erkennen konnten. Das war zwar nicht immer leicht auszuhalten, besonders wenn ich ein Gruppenspiel wollte und schließlich doch allein war und mich das enttäuschte.“ (Auszug aus der Rückmeldung von Frau L)

„Zuerst wusste ich nicht so recht, was ich von der Musiktherapie halten sollte, doch sie hat mir im Allgemeinen sehr gut getan und ich konnte viel über mich heraus finden. Besonders gut fand ich die Stunden mit den 4 Elementen, wenn wir über Instrumente Kontakt aufgenommen haben oder Traumreisen bzw. Anhörungen (anhören der aufgenommenen Musik, Anm. der Autorin) gemacht haben. Auch das Singen hat mich immer sehr an schöne Zeiten erinnert und hat bei mir eine Stimmung erzeugt, was ich sehr schön fand.“ (Auszug aus der Rückmeldung von Frau A)

„ Zu Beginn war ich gegenüber der Musiktherapie sehr skeptisch. Doch schon nach der ersten Stunde habe ich gemerkt, dass mir das Trommeln sehr Spaß macht. Auch die Gespräche danach haben oft Gefühle hervorgebracht, die ich vorher gar nicht kannte, auch wenn ich sie (die Gespräche) manchmal zu lang und ausgedehnt fand. Besonders eine meiner letzten Stunden, bei der es um die Traumreise und daraus dann um männliche Neigungen zu Abenteuern und Kampf ging, hat mir viel Stoff zum Nachdenken gegeben.“ (Auszug aus der Rückmeldung von Herrn B)

Zusammenfassung: „Mit anderen Ohren sehen“ - Integrative Gruppenmusiktherapie in der Psychosomatik unter besonderer Berücksichtigung von PatientInnen mit Essstörungen

In der vorliegenden Abschlussarbeit zur Integrativen Therapie und ihrer Methode Musik stellt die Autorin ihre musiktherapeutische Arbeit mit PatientInnen mit einer Essstörung in der Psychosomatik vor und gleicht diese mit dem Verfahren der Integrativen Musiktherapie ab. Zunächst geht es um die Definitionen und die verschiedenen Erklärungsansätze von Essstörungen. Im weiteren werden einige Kernkonzepte der Integrativen Therapie vorgestellt. Dabei sind diejenigen ausgewählt worden, auf die die Autorin unmittelbar zurückgreift bzw. die als therapeutische Haltung zu Grunde liegen. Grundlagen der Integrativen Musiktherapie gehen der Verlaufsbeschreibung der musiktherapeutischen Gruppenmusiktherapie im Diakonie - Klinikum Stuttgart voraus. Im Kapitel Reflexion werden die beschriebenen Musiktherapiestunden unter den verschiedenen Perspektiven des gruppentherapeutischen Modells der Integrativen Therapie und der Integrativen Musiktherapie untersucht. Zum Schluss kommen die TeilnehmerInnen, die an der Musiktherapie teilgenommen haben und die der Autorin schriftliche Rückmeldungen geschrieben haben, zu Wort.

Schlüsselwörter: Essstörungen, Kernkonzepte, Musiktherapie, musiktherapeutische Interventionen, Wirkfaktoren

Summary "To see with other ears" - Integrative music therapy in groups in psychosomatic medicine considering patients with eating disorder

In her thesis on integrative theory and the method music the author introduces her music therapeutic work with patients in a psychosomatic clinic who have an eating disorder and balances this with the method of integrative music therapy. First of all definitions and the different approaches of explaining eating disorders are provided. Furthermore some main concepts of integrative therapy are introduced. The concepts that are selected are the ones the author directly accesses and which underlie the therapeutic mindset respectively. Basic principles of integrative music therapy precede the characterization of the process of music therapeutic group therapy in the Diakonie - Klinikum Stuttgart. In the chapter "reflection" (Reflexion) the described music therapy sessions are investigated/examined by the means of the different perspectives of the group therapeutic models of the integrative therapy and the integrative music therapy. To conclude the participants of the music therapy that provided the author with written feedback are heard.

Keywords: eating disorders, main concepts, music therapy, music therapeutic interventions, acting factors

Literaturliste

- Bruhn H., Oerter R., Rösing H. (2002): „Musik-Psychologie, ein Handbuch“, 4. Auflage, Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH*
- Dilling H., Mombour W., Schmidt M.H. (Hrsg.) (2000): „ICD 10 Kapitel V (F): Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 4. durchgesehene und ergänzte Auflage, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Verlag Hans Huber*

- Ettrich C., Pfeiffer U. (Hrsg.) (2001): „ Anorexie und Bulimie: Zwischen Todes – Sehnsucht und Lebens – Hunger“, München Jena, Urban & Fischer Verlag*
- Fewer A., Sieper J., Petzold H. (2004): „ Integrative Therapie und Arbeit mit kreativen Medien in Gruppen für Mädchen und junge Frauen mit Ess-Störungen“, Integrative Therapie 4, Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration, S. 337 – 362, Paderborn, Junfermann Verlag*
- Freyberger H.J., Schneider W., Stieglitz (Hrsg.) (2002): „ Kompendium Psychiatrie – Psychotherapie – Psychosomatische Medizin, 11. vollständig erneuerte und erweiterte Auflage, orientiert am ICD 10, Basel, Karger AG*
- Fritzsche L., (2004): „Meine Freundin Ana“, Artikel im Kölner Stadtanzeiger und in der EMMA Zeitschrift, Ausgabe Juli August 2006, Köln, Emma Frauenverlags GmbH*
- Frohne-Hagemann I (Hrsg.) (1990): „Musik und Gestalt“ Klinische Musiktherapie als integrative Psychotherapie, Paderborn, Junfermann Verlag*
- Frohne-Hagemann I. (1991): „ Integrative Musiktherapie als Form kreativer Therapie und symbolischen Ausdrucks“, in Petzold, H. Orth I. : „ Die neuen Kreativitätstherapien“, Handbuch der Kunsttherapie, Band 2, S. 807 – 831, Paderborn, Junfermann Verlag*
- Frohne-Hagemann I. (2001): „ Fenster zur Musiktherapie – Musik–therapie-theorie 1976 – 2001“, Wiesbaden, Reichert Verlag*
- Frohne-Hagemann I., Pleß-Adamczyk H., (2005): „ Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter – Musiktherapeutisches Manual nach ICD 10“, Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht*
- Hegi F. (1986): „ Improvisation und Musiktherapie“ Möglichkeiten und Wirkungen von freier Musik, Paderborn, Junfermann Verlag*
- Gaede P.M. (2007): „ GEO – Themenlexikon Medizin und Gesundheit“, Band 9, Mannheim, Gruner & Jahr AG & Co Kg*
- Heil C. (2006): „ Magersucht: Armes Hollywood“, EMMA Zeitschrift, Ausgabe September/Oktober, Köln, Emma Frauenverlags GmbH*
- Oerter R., Montada L. (Hrsg.)(1998): „ Entwicklungspsychologie“, 4. korrigierte Auflage, Weinheim, Beltz Psychologie Verlags Union*
- Orth I. (2002): „Weibliche Identität und Leiblichkeit – Prozesse „konvivaler“ Veränderung und Entwicklung – Überlegungen für die Praxis“, Düsseldorf/Hückeswagen, FPI Publikationen: POLyLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit*
- Osten P. (2000): „Die Anamnese in der Psychotherapie“, 2. völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage, München, Basel, Ernst Reinhardt Verlag*
- Petzold H. (1993a): „Integrative Therapie – Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie“, 3 Bände, Paderborn, Junfermann Verlag*
- Petzold H. (1996): „ Integrative Bewegungs- und Leibtherapie – Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie“, Band 1, 3. überarbeitete Auflage, Paderborn, Junfermann Verlag*
- Petzold H. (2002b): „Zentrale Modelle und Kernkonzepte Der „Integrativen Therapie“, Amsterdam/Düsseldorf, FPI-Publikationen: POLyLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit*

- Petzold H. (2002j): „Der „informierte Leib“ – „embodied and embedded“ – Leibgedächtnis und performative Synchronisation“, Düsseldorf/Hückeswagen, FPI-Publikationen: POLyLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit*
- Petzold H. (2005ö): „Definitionen und Kondensate von Kernkonzepten der Integrativen Therapie“, Düsseldorf/Hückeswagen, FPI Publikationen: POLyLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit*
- Petzold H., Müller M. (2003): „Modalitäten der Relationalität – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für Integrative Supervision und Therapie“, Düsseldorf/Hückeswagen, FPI Publikationen: POLyLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit*
- Petzold H., Orth I. (1995b): „Gruppenprozeßanalyse – ein heuristisches Modell für Integrative Arbeit in und mit Gruppen“, Düsseldorf/Hückeswagen, FPI Publikationen: POLyLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit*
- Petzold H., Sieper J., Orth I. (2006): „ Erkenntniskritische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“. Grundlagen für Selbsterfahrung in therapeutischer Weiterbildung, Supervision und Therapie –Theorie, Methodik, Forschung“, Düsseldorf/Hückeswagen, FPI Publikationen: POLyLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit*
- Schröder W.C. (1995): „Musik – Spiegel der Seele, Eine Einführung in die Musiktherapie“, Paderborn, Junfermann Verlag*
- Sieg A., (1997): „ Einer spielt nicht mit – Integrative Musiktherapie mit Psychosomatikpatienten in der Klinik“, in Müller L., Petzold H. :„Musiktherapie in der klinischen Arbeit“ Integrative Modelle und Methoden, Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm, Gustav Fischer Verlag*
- Stahr I., Barb I., Schulze E. (2003): „Essstörungen und die Suche nach Identität“ Ursachen, Entwicklungen und Behandlungsmöglichkeiten, 3. Auflage, Weinheim und München, Juventa Verlag*
- Tarr-Krüger I. (1989): „Verhungern im Überfluß“ Bulimie: ein neuer Ansatz zum Verständnis und zur Therapie, Heidelberg, Roland Asanger Verlag*