

Die Chinesische Mauer: Fallstudie psychoanalytischer Musiktherapie in der Psychiatrie

Ingo Engelmann, Susanne Metzner

Angaben zur Veröffentlichung / Publication details:

Engelmann, Ingo, and Susanne Metzner. 1998. "Die Chinesische Mauer: Fallstudie psychoanalytischer Musiktherapie in der Psychiatrie." In *Wege psychodynamischer Psychiatrie: 10 Jahre Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des AK Bergedorf*, edited by Ingo Engelmann, 26–33. Bergedorf: Allgemeines Krankenhaus Bergedorf, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie.

Nutzungsbedingungen / Terms of use:

licgercopyright

Dieses Dokument wird unter folgenden Bedingungen zur Verfügung gestellt: / This document is made available under these conditions:

Deutsches Urheberrecht

Weitere Informationen finden Sie unter: / For more information see:

<https://www.uni-augsburg.de/de/organisation/bibliothek/publizieren-zitieren-archivieren/publiz/>



Die chinesische Mauer

Fallstudie psychoanalytischer Musiktherapie in der Psychiatrieⁱ

von Ingo Engelmann und Susanne Metzner

Am Anfang hört man gar nichts
Es braust wie in einem Tiefseefilm
Wale, Beckendauerklang und Stimmen
Das Weltall rauscht
Alles mischt sich, ich habe genug von dieser Schwerelosigkeit
Ewiglich. Alles dreht sich, Zeitlupe steht still

Es dreht sich langsam im Kreis

Zeitlupenmäßig

Das ist das Grauen
Keine Gnade, keine Rücksicht
Die Posaune ist so ein fettes Vieh. Ich kann nicht mehr
Nichts Harmloses mehr
Unaufhörlich dieses Becken
Der Klang durchdringt jede Ritze
Klingt in den Ohren, nicht abzustellen, es hört nicht auf

Am Beginn steht eine Textcollage, in der wir Therapeuten beschreiben, was wir während einer Improvisation gemeinsam mit der Patientengruppe erlebt haben. Es ist unser Versuch, sprachlich zu fassen, was in der musikalischen Gestaltung seinen eigenen Ausdruck gefunden hatte.

Gruppenmusiktherapie im AK Bergedorf: Der Rahmen

Seit 1990 führen wir, Musiktherapeutin einerseits sowie Psychologe und Musiktherapeut andererseits, gemeinsam musiktherapeutische Gruppen in der psychiatrischen Abteilung des AK Bergedorf durch. Die Musiktherapie ist Teil des integrierten Behandlungskonzeptes aus sozialpsychiatrischen Behandlungsprinzipien und psychoanalytischem Theoriehintergrund. Die Zusammensetzung der Gruppenteilnehmer gleicht dem Spektrum der akut-psychiatrischen Stationen: Es handelt sich um PatientInnen mit schizophrenen oder affektiven Psychosen, mit Persönlichkeitsstörungen auf Borderline-Niveau (oft mit selbstverletzendem Verhalten oder

ⁱ Bearbeitung eines Vortrags auf der Tagung „Konzepte psychiatrischer Psychotherapie im klinischen Alltag“ in Berlin (26./27.01.1996)

Suizidalität) sowie (seltener) schwere neurotische Erkrankungen. Zusammenfassend kann man sagen, daß der weitaus überwiegende Teil der PatientInnen unter ich-strukturellen Störungen leidet.

Im Musiktherapieraum gibt es Klavier und Cello, Gitarren, Trommeln aller Art, große und kleine Flöten, Perkussionsinstrumente, darunter exotische Instrumente wie Calimba oder Rainmaker. Die Instrumente sind ohne Vorkenntnisse zu bedienen: Man kann ihnen - wenn auch manchmal unorthodoxe - Klänge entlocken, die (nicht immer beabsichtigt, aber doch erstaunlich genau) die derzeitige seelische Verfassung des Spielers wiedergeben. Die Auswahl der Instrumente ist nicht zufällig. Differenzierte emotionale Ausdrucksqualitäten benötigen eine große Klangvielfalt. Hingegen spiegelt die unterschiedliche Handhabung verschiedener Musikinstrumente den Umgang des Spielers mit der gegenständlichen Welt. Und schließlich deuten sich im Vorhandensein von Instrumenten-Familien – großen und kleinen Instrumenten der gleichen Art, mehrfach vorhandenen oder „einzigartigen“ Instrumenten – verschiedene Beziehungskonstellationen an, denen sich die SpielerInnen mit der Wahl des Instrumentes nähern.

Die Gruppenstunde dauert 75 Minuten und verläuft im Dreiklang, „Vorgespräch - freie Improvisation - Nachgespräch“. Das Vorgespräch dient dazu, den Bogen zu vergangenen Therapiestunden zu spannen, wo dies möglich ist. In der instrumentalen Improvisation spielen Teilnehmer und Therapeuten ohne Vorgaben oder Vorstrukturierung durch Spielregeln oder Themenstellung. Gleichwohl gibt es Strukturen - so z. B. durch die Präsenz von Mann und Frau als Therapeutenpaar. Aufgabe der Nachbesprechung ist es, den Raum für die Verbalisierung von Eindrücken oder Erlebnissen anzubieten, ohne diese zu erzwingen.

Theoretische Grundlagen analytischer Musiktherapie

Theoretische Grundlage unserer Arbeit ist die Psychoanalyse. Insbesondere beziehen wir die Objektbeziehungstheorien von Winnicott und Balint heran sowie die Interaktions- und Symbolbildungstheorie von Lorenzer. Außerdem fließen Ergebnisse der Säuglingsforschung (Stern) sowie neue Entwicklungen psychodynamisch verstandener Psychiatrie (Mentzos, Lempa) ein.

Hinzu kommt die Festlegung eines Musikbegriffs, der in unserem Konzept durch die abendländische Kulturgeschichte und insbesondere durch die musikalische Avantgarde der Nachkriegszeit bestimmt ist. Durch die Einbeziehung von Geräuschen und unsozialisierten Klängen sowie die Auflösung harmonischer-tonaler Gesetzmäßigkeiten und rhythmischer Festlegungen kann der Ausdruck unaussprechlicher Leiderfahrungen eher stattfinden, um die es in der musiktherapeutischen Behandlung ja geht.

Allein der Ausdruck des Erlebten wäre noch nicht psychoanalytische Musiktherapie. In der gemeinsamen Improvisation, beim Handeln mit Instrumenten und Experimentieren mit Klängen lassen wir uns in die Reinszenierung traumatisierter Interaktionsstrukturen der PatientInnen verwickeln. Dies bedeutet, Übertragungen zuzulassen und den fremden Lebensentwürfen mit den eigenen zu begegnen, um die dargebotene Szene zu überarbeiten und ihr zur Symbolisierung zu verhelfen (vgl. Lorenzer). Dies geschieht zum einen in der Musik selbst, in musikalischen Strukturbildungen, zum anderen durch den Versuch, das Erlebte zur Sprache zu bringen.

Fallstudie: Frau Schellerⁱⁱ

Vorgeschichte

Frau Scheller ist seit einem halben Jahr wieder in der Gruppenmusiktherapie. Wir kennen sie schon von einer Vorbehandlung. Sie ist mit vier Geschwistern in einem kleinen Dorf aufgewachsen. Die Erziehung war katholisch und streng. Ihre Erinnerungen an ihre Kindheit scheinen nur spärlich, es sind Erinnerungen an eine karge Kindheit. Der Vater war „Antiquitätenhändler“ und hauptsächlich auf Flohmärkten tätig. Er trank und er beherrschte die Familie: Immer bekam er das größte Stück Fleisch. Die Mutter erscheint in zwiespältigem Licht: Einerseits steckte sie den Kindern heimlich Süßigkeiten zu. Andererseits erinnerte sich Frau Scheller daran, von ihr in den Keller „zu den Ratten“ gesperrt worden zu sein, als die Tochter ihr Essen nicht aufgegessen hatte. Vieles verdeutlicht sich am Essen: Mit 16 wurde die Patientin magersüchtig, ebenso wie ihre ältere Schwester. Sie stahl Lebensmittel und sorgte sich, daß ihr Vater das auf keinen Fall erfahren durfte.

Die Mutter hatte immer davon gesprochen, daß sie zusammen mit den Kindern ihren Mann verlassen würde, wenn der Großvater stirbt und sie in dessen Haus ziehen könnten. Aber nach dem Tod des Großvaters blieb doch alles beim alten, das hat Frau Scheller bis heute nicht verstehen können.

Während der Lehre in einem Reisebüro war Frau Scheller erstmals von der Familie getrennt. Sie lernte ihren zukünftigen Mann und zog mit ihm kurz drauf in das fremde Hamburg. In der Heimat hatte er als Programmierer keine Arbeit gefunden. Die Eltern mißbilligten die Bindung und kamen nicht zur Hochzeit. Erst als Frau Scheller erkrankte, hatte sie wieder Kontakt zu ihren Eltern. Bis dahin lebte das kinderlose Paar zehn Jahre lang in einer kleinen 1-Zimmer-Wohnung. Frau Scheller, die anfangs noch gearbeitet hatte, wagte sich nicht mehr aus dem Haus, und als sie zunehmend paranoid wurde, Gas roch, sich von östlichen Geheimdiensten verfolgt fühlte und religiöse Schuld- und Allmachtgefühle entwickelte, kam sie in die psychiatrische Klinik – innerhalb von fünf Jahren ein halbes Dutzend Mal. Danach kam Frau Scheller durch einen Wohnungswechsel erstmals in unsere Klinik. Sie befand sich in einem Zustand größter Bedrohtheit, zutiefst mißtrauisch und gequält. Die Aufnahme erfolgte mit der Diagnose einer paranoid-halluzinatorischen Psychose und akuter Suizidalität. Frau Scheller lehnte jede Behandlung kategorisch ab, sie war aber so deutlich gequält, daß ihr gegen ihren Willen Medikamente gegeben wurde. Sie schrie, erhob lautstark Schuldvorwürfe, wurde überwältigt. Nach fast zwei Wochen nahm die wahnhafte Verknennung der Umgebung allmählich ab.

Als Frau Scheller dann in die Musiktherapie kam, war sie oft müde und konnte wenig dazu sagen, was sie in diese aktuellen Schwierigkeiten gebracht haben könnte. In der Musik hielt sie sich am schematischen Tappen auf den Bongos oder an Tonreihen auf dem Glockenspiel fest, oft war sie fast nicht zu hören. Aber sie spielte immer, bis alle fertig waren – und oft darüber hinaus. Eine Richtung auf ein Gegenüber gab es nur in ihren Imitationen des Therapeutenspiels, das nicht zum wirklichen Spiel oder Dialog werden wollte: Frau Scheller spielte einfache Sequenzen des Therapeutenspiels nach. Wenn jemand ihr Spiel nachahmen wollte, zog sie sich augenblicklich zurück – fast schneller als dieser Höreindruck bewußt geworden sein konnte.

ⁱⁱ Name verändert

Nachdem Frau Scheller einmal darauf angesprochen wurde, daß sie meist kaum zu hören sei, spielte sie vermehrt das lautere Becken und probierte mal die größeren Congatrommeln aus. So paßte sie sich stets brav an die von ihr erkannten oder vermuteten Erwartungen an.

In der Stunde der „chinesischen Mauer“ war neben Frau Scheller nur noch ein weiterer Patient in der Gruppe verblieben, 3 weitere Teilnehmer waren in den Wochen zuvor entlassen und ihre Plätze noch nicht neu besetzt worden. Der andere Teilnehmer hatte seine eigene Posaune in die Musiktherapie mitgebracht.

Stundenbeschreibung „Die chinesische Mauer“

In der Vorbesprechung wiederholte Frau Scheller die stereotyp anmutenden Äußerungen, sie habe Angst, nicht wieder gesund zu werden. Sie wisse gar nicht, woher das kommt. Manchmal sei sie so müde, am liebsten wäre sie die ganze Zeit im Bett, heute sei sie so durcheinander. In der Atmosphäre von wuchernder Undurchdringlichkeit, die Frau Scheller mit ihren ungestümen Sätzen verbreitete, wurde ihr dafür der Begriff „Dickicht“ vom Therapeuten angeboten. Sie stimmte zu und die Therapeutin fragte, ob sie dieses Dickicht mit Instrumenten aufbauen könne. Frau Scheller stellte eine große Standtrommel zwischen sich und den Therapeuten, wo zuvor schon ein Becken mit Ständer gestanden hatte. Ob das Dickicht so fertig sei? Frau Scheller schleppte noch 2 Congas herbei, etwas widerstrebend, die seien so schwer. Damit war zwischen dem Therapeuten und Frau Scheller eine Barriere aufgebaut worden. Der andere Teilnehmer, nennen wir ihn Herrn Bläser, bezeichnete diesen Wall als „chinesische Mauer“, überlegte, wozu die eigentlich einmal gedient habe.

Das Ende der Mauer war auf die Therapeutin ausgerichtet. Sie empfand es wie einen Angriff, wie eine Durchbohrung. Auch dem Therapeuten fiel die körperbezogene Dimension der Installation auf: Frau Scheller und er konnten nur die Köpfe und einen Teil der Oberkörper voneinander sehen. Aber, so phantasierte er, sie konnte nicht sehen, ob er etwas auf oder im Schoß hielt. Das Gespräch erbrachte keinerlei Verständigung über die räumlichen Auswirkung oder die Funktion der Mauer im Beziehungsgefüge, und da wir mit Worten nicht weiterkamen, gingen wir zur Improvisation und damit zu einem anderen Ausdrucksmedium über. Wir entwickelten eine unheimliche, unwirkliche und alles andere als harmlose Musik, wie schon die am Anfang des Textes stehende Collage zeigt

Die Abwehr der Bedeutung

Die Reflexion des Geschehens unter dem Titel „Die chinesische Mauer“ verspricht griffig und verheißungsvoll zu werden. Indes hat dieses Bild schon bei näherem Hinsehen seine Untiefen. Was wissen wir wirklich von der chinesischen Mauer? Wir kennen das Bauwerk als Touristenattraktion und meinen zu wissen, was es damit auf sich hat. Im Lexikon steht, daß die Anfänge der großen Mauer geschichtlich weit zurückgreifen, bis ins 3. Jahrhundert vor unserer Zeitrechnung, als das föderalistisch totalitäre China sich mit einem Erdwall gegen das Eindringen der Hunnen zu erwehren sucht. Die Mauer mit ihrem heutigen Gesicht wurde erst zu Beginn des 14. Jahrhunderts nach Christi Geburt auf- und ausgebaut und diente wiederum der Abschirmung gegen das asiatische Binnenland. Allerdings drohte China eine Gefahr von ungeahnter Seite: Vom Meer her drängten die Portugiesen ins Reich der Mitte.

Wenn man Parallelen zu der Reinszenierung der Patientin zieht, so ließe sich die psychophysische Abwehr der Patientin mit dem ersten chinesischen Erdwall gleichsetzen. Sie schützte in der frühen Kindheit vor triebhaften Impulsen aus dem Inneren, die von keinem elterlichen Gegenüber aufgefangen wurden. Aber es drohte auch von anderer Seite Gefahr, von der Seite der Objekte in Form von Übergriffen oder inzestuöser Bedrohung, für die das kleine Mädchen nicht gerüstet war. So gesehen hätte Herr Bläser einen genialen Einfall gehabt, die Interaktionsszene um den Instrumentenwall herum als „chinesische Mauer“ zu bezeichnen.

Frau Scheller konnte damit hingegen gar nichts anfangen, sagte gar nichts dazu und konnte sich nach einigen Wochen gar nicht mehr an das Bauwerk erinnern. Wir waren somit vor die paradoxe Aufgabe gestellt, der Patientin bei der Symbolisierung eines inneren Dilemmas behilflich zu sein, das gerade darin bestand, jede Symbolisierung zu verhindern. Wir befanden uns mitten in einer Wiederholung präsymbolischer Beziehungsstrukturen, die ihrer Natur nach nicht repräsentiert sind: Man tut etwas und hat keinerlei Ahnung davon. Man kann es nicht bewußt machen, da es nicht symbolisch repräsentiert ist (vgl. Lempa 1995). Die präsymbolischen Beziehungsstrukturen, mit denen bewußt nicht umgegangen werden konnte, waren doch gleichzeitig surreal, weil sie sich ständig verwirklichten.

Innerhalb der musiktherapeutischen Improvisationen spielte Frau Scheller unbeeinflusst von dem, was um sie herum geschah. Als einziges, sich davon abhebendes Interaktionsmuster gab es die Imitation, bei der die Patientin stets einem der beiden Therapeuten nachzuspielen pflegte, bis es diesem zu langweilig wurde. Das Spiel, das spielerisch nicht war, brach ab und die Patientin ging verloren. Das Erlebnis des Verlorengehens, das sie in ihrem imitatorischen Anklammern eigentlich zu bewältigen suchte, reinszenierte sich zwangsläufig: Bei allem guten Willen war es nicht endlos aufrechtzuerhalten, immer nur imitiert, d. h. gnadenlos verfolgt zu werden. Die Patientin fiel daraufhin unweigerlich zurück in den Zustand der Verlorenheit, in einen Zustand des Sich-selbst-und-der-Umwelt-nicht-gewahr-seins, indem sie sich einhüllte.

Wenn Frau Scheller Klänge oder Schläge wahrnahm, die in ihre selbstgeschaffene Unendlichkeit einzudringen drohten, erzwang das eine Reaktion von ihr, weil es ansonsten ihr Kontinuum hätte zerstören können. Indem sie musikalisch imitierte, versuchte sie die Störung in die unendliche Gleichförmigkeit mit hineinzunehmen und das traumatische Ergebnis durch solche Wiederholungen in seiner Einmaligkeit zu entschärfen (vgl. Niedecken 1989). Die Imitation ist somit als Kompromiß anzusehen zwischen dem Versuch, die Realität einer bedrohlich strukturierten Welt im Kontinuum untergehen zu lassen und dem Wunsch, trotzdem irgendwie Einfluß auf sie zu nehmen. Entsprechend sind die stereotyp vorgetragenen, immer gleichen Sätze der Patientin zu verstehen: „Ich weiß nicht, woher das kommt. Ich bin immer so müde. Am liebsten würde ich ins Bett gehen. Ich habe Angst, daß ich nie wieder gesund werde“. Auch sie stellen den Versuch dar, sich das Kontinuum zu schaffen, indem durch Wiederholungen nichts deutlich und nichts anders werden darf. Am Ende oder vielleicht doch eher am Anfang, steht das Verlorengehen durch das Abwenden, gar das Verschwinden der Bezugsperson. Auf der Ebene unbewußter Phantasie bedeutet das für Frau Scheller: „Wenn ‚ich‘ versuche, in Beziehung zu treten, zerstöre ich mein Gegenüber“. Folglich war die Patientin stets darum besorgt, nicht zu deutlich in Erscheinung zu treten, nicht so wichtig für andere zu werden.

Im Verlauf der Musiktherapie kam es zu einem Ergebnis, das ihre Wichtigkeit für andere Menschen so deutlich hervortreten ließ, daß sie sie nicht mehr leugnen konnte. Als angekündigt wurde, daß in der darauffolgenden Sitzung beide Therapeuten nicht da sein

könnten, entwickelten die Patienten den Plan, sich dennoch im Musiktherapieraum zu treffen und miteinander zu improvisieren. Frau Scheller entschied sich dagegen kurzfristig, am entsprechenden Vormittag lieber zu ihrem Mann nach Hause zu gehen. Darauf verwarfen die anderen die Planung und wollten sich ohne Frau Scheller dann auch nicht mehr treffen. Erschrocken paßte diese ihr Vorhaben dem Therapietermin doch noch an und kam rechtzeitig auf die Station zurück. Sie stellte fest, daß die anderen ihretwegen den Gruppentermin fallen ließen. Sie konnte nicht umhin, ihre Bedeutung als Gruppenteilnehmerin anzuerkennen. Ihr Handeln und ihr „da sein“ oder „nicht da sein“ hatte Wirkung, was ihr nachhaltigen Schrecken einjagte. In der Gegenbewegung zum ersten Zerstörungssparadigma ergab sich auf der Ebene unbewußter Phantasie: „Wenn ich versuche, Beziehungen zu vermeiden, zerstöre ich mein Gegenüber“. Die Verhältnisse kehrten sich um, alles drehte sich nun um das Ich-sagende Subjekt, und das eigene Dasein trat in seiner ganzen zerstörerischen Kraft um so deutlicher hervor.

Frau Schellers musikalische Imitation war wie ein Sog: Einmal begonnen, hielt sie die beiden Beteiligten im Bann einer unerbittlichen Regel. Es gab keine Fragen aus dem auftauchenden Selbst- und Objektempfinden heraus: „Wo bist Du?“ Keine gegenseitige Anerkennung: „Das bist Du, das bin ich“. Es gab auch keine Variationsmöglichkeiten als Zeichen der Entwicklung von Getrenntheit und es gab keinen Rollentausch zwischen Verfolger und Verfolgtem. Es gab auch keine Aussicht auf ein Ende des grausamen Spiels. Durch das unerbittliche Nachspielen wurde der Verfolgte seines eigensten und ursprünglichsten Wunsches enteignet: Ein Selbst zu besitzen und darin anerkannt zu sein. Entfremdet und entsinnlicht durch die Imitation mußten wir unsere Versuche abbrechen, spielerisch in Kontakt zu kommen. Damit war der Patientin das Objekt ihrer Verfolgung genommen, auf das sie sich hätte beziehen und das sie einzig durch die Verfolgung hätte beeinflussen können. Ratlosigkeit, Verlassenheit, sich verfolgt fühlen, verloren sein sowie die Angst, den Boden des Ich-sagens unter den Füßen zu verlieren, konnten nun nicht mehr auf den Verfolgten delegiert werden, sondern suchten sie selbst heim. Innerhalb des Imitationsmusters gab es keinen Übergangsraum, kein Stück Welt, das wir mit der Patientin teilen können und wir waren meist von jeder verstehbaren Interaktion weit entfernt.

Etwas Neues zeichnete sich ab, als das „Einander – nicht – verstehen - können“ zunehmend zum Thema der Gespräche wurde. Die Patientin versuchte mit allen Mitteln zu verhindern, daß hier eine erste gemeinsame Erfahrung hätte geteilt werden können. Heftig hervorschießende stereotype Sätze gingen wie Maschinengewehrsalven auf uns nieder und isolierten uns - jeder für sich allein mit dem Gefühl des Nicht-verstehen-könnens und des Sich-nicht-verständlich-machen-könnens.

Die chinesische Mauer war hier erstes und sinnfälliges Produkt von überraschender Authentizität. Es lockte uns, der Patientin die Bedeutung abzufordern, die es in unseren Augen hatte: Im Dickicht der Beziehungen war die Trommelmauer Einladung zum Spiel und gleichzeitig körperliche Abgrenzung zur einen Seite wie Durchbohrung zur anderen. Doch um Benennungen und Interpretationen verwerten zu können, hätte die Patientin in einen interpersonellen Austausch der Selbstdefinition treten müssen, was ihre Möglichkeiten weit überstieg. Es löste massive Angst in Frau Scheller aus, die Spannung zwischen dem zu Bezeichnenden und der Bezeichnung zu ertragen.

Neu war in der beschriebenen Stunde, daß eine Differenzierung zwischen den beiden Therapeuten möglich wurde. Es gab zwei Formen des Miteinander: Das vermauerte Nebeneinander und das durchbohrte Gegenüber. Im Gegensatz zur grell belichteten

Mauerszene waren in der Improvisation die Spieler nahezu ununterscheidbar verschmolzen und in die Tiefsee oder ins grenzenlose All versetzt - ein Zustand alptraumhafter Endlosigkeit und unwiederbringlichen Verlustes aller Harmlosigkeit.

Die Entstehung von Bedeutung

Wir haben bereits die Anpassung erwähnt, mit der uns Frau Scheller mit ihren Improvisationen monatelang auf die Probe gestellt hatte. Langeweile war die eine Seite dieser Medaille, die andere war die Qual an der Zerstörung der Intersubjektivität und ihrer Geschichte. Zwar hatten wir versucht, uns mit ihr darüber zu verständigen, doch es gab keinen zwischen uns liegenden imaginären Raum für eine Begegnung, und unsere Versuche haben sie zutiefst erschreckt.

Nichtsdestotrotz hinterließ die Inszenierung der Mauer wahrnehmbare Spuren. In der darauffolgenden Stunde verdeutlichte sich die begonnene Differenzierung. Den Therapeuten wurden erstmals unterschiedliche Funktionen übertragen: Der Therapeut durfte sich in der Improvisation mit der Patientin zusammenschließen und mit ihr zusammen dröhnen, die Therapeutin hingegen versuchte mit dem anderen Teilnehmer dagegen anzukämpfen. Auf diesem Stand der Differenzierung von Miteinander und Gegeneinander, Anzeichen für auftauchende Empfindungen für das Selbst und den Anderen, verblieben wir. Einige Wochen später verließ Frau Scheller auf eigenen Wunsch die Klinik.

In einem katamnestischen Nachgespräch tauchten Geschichten auf, die für Frau Scheller die Musiktherapie ausgemacht hatten - ihre musiktherapeutische Geschichte.

„Erst habe ich ja gedacht, da wird richtig so Musik gemacht, aber dann war das gar nicht Musik, das waren Geräusche“.

Dann gab es die Stunde, zu der sich die Patienten selbst organisiert treffen wollten, weil das Therapeutenpaar nicht im Hause war. Frau Scheller wollte lieber ihren Mann besuchen und so fiel die Stunde aus, ohne sie hatten die anderen keine Lust.

„Das ist ja dann so blöd verlaufen, ich fand mich irgendwie, was heißt schuldig, ich weiß auch nicht, das fand ich irgendwie nicht so gut, daß das ausgefallen ist wegen mir, daß ich so wichtig gewesen bin, daß das, weil ich nicht mitgemacht habe, ausgefallen ist“.

Die Erinnerung an die Stunde mit der chinesischen Mauer war ausgelöscht. In dieser (wenige Minuten dauernden) Gesprächspassage beteuert Frau Scheller 17mal (!):

„Da kann ich mich überhaupt nicht dran erinnern“.

Aber in der folgenden Gesprächsphase versucht sie in fast überschlagender Sinnsuche herauszufinden, ob der Tischtennisball auf dem Klavier oder der herumliegende Gummiweckring Musikinstrumente oder Geräuscherzeuger sind - oder gar völlig unnütz. Wie wird Geräusch zu Musik? Wie wird aus „nur“ gehandelter Begegnung symbolisierte Beziehung? Es scheint so, daß sich Tun in Sinn verwandeln kann. Wenn einem das klar wird, entsteht etwas Neues und aus der Aneinanderreihung von Geschichten wird Geschichte, ihre Geschichte.

„Aber zum Beispiel mit dem Ball, da kann man allein gar keine Musik machen, nur Geräusche und mit manchem kann man doch Musik machen und Geräusche, beides. Mit dem Ball kann man keine Musik machen. Aber wenn welche zusammen spielen und man da mitklopft irgend einen Rhythmus, wird das auch irgendwie zu Musik. Man kann ja mit so viel Geräusche machen. Mit fast allem. Mit Seifenblasen, das gibt auch Geräusche. Wenn man zu leise ist, dann macht man, dann spielt man was und macht überhaupt eigentlich gar nichts. So ging mir das. Das hat keinen Sinn dann halt, daß man dann was spielt und das hat halt gar keinen Sinn. Aber wenn man dann wieder mit welchen zusammen ist, die leise Instrumente spielen, dann macht das wieder Sinn“.

Literatur

Engelmann I (1995): Musiktherapie in psychiatrischen Kliniken. Nervenarzt 66:217-224

Lempa G (1995): Zur psychoanalytischen Behandlungstechnik bei schizophrenen Psychosen. Forum Psychoanal 11:133-149

Lorenzer A (1983): Sprache, Lebenspraxis und szenisches Verstehen in der psychoanalytischen Therapie. Psyche 38:97-115

Metzner S (1993): Gegenübertragung vor dem Hintergrund der analytischen Musiktherapie. Einblicke 5 Jahresheft des DBVMT

Metzner S (1995): Analytische Musiktherapie in der Gemeindepsychiatrie. In: Bock T e.a. (Hrsg.) Abschied von Babylon. Bonn, Psychiatrie Verlag

Metzner S Engelmann I (1992): Musik, Therapie und Alltag in der gemeindepsychiatrischen Klinik. Musikther Umschau 13: 3-14

Niedecken D (1989): Namenios. München, Piper-Verlag

Winnicott, DW (1971): Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart 1985: Klett-Cotta