

Innovative Wege der Therapie Mein therapeutischer Umgang mit Musik

JORGOS CANACAKIS-CANAS

*Hans Günther Bastian (Hg.): Umgang mit Musik. - Laaber: Laaber 1985.
(Musikpädagogische Forschung. Band 6)*

1. Heilende Musik — eine alte Bekannte

Die Universalität und die Vielseitigkeit des Mediums Musik ist von der frühesten Geschichte bis in unsere Tage unbestritten. Sie sorgt für den Rahmen und strukturiert Verläufe gesellschaftlicher und religiöser Rituale.²

Die heilende Wirkung und die Anwendung des Phänomens Musik als Heilfaktor ist so alt wie die Menschheit selbst. Die ersten Denkmodelle des therapeutischen Umgangs mit Musik stammen aus der Antike. Das philosophische Paradigma dieser Zeit geht von der Annahme aus, daß es im Kosmos¹⁷, in der Musik und in der menschlichen Seele ähnliche Proportionen, Gesetzmäßigkeiten und Strukturen gibt, die auch untereinander einen gewissen Zusammenhang aufweisen und deshalb auch aufeinander wirken können. Das bedeutet, daß die harmonischen Prinzipien der Musik auch bei polaren Gegensätzen wie Seele und Körper eine Balance herbeiführen können.

Die Pythagoräische Richtung ist „allopathisch“, weil sie alle emotionalen Zustände, die störend und krankhaft sind, durch den Einsatz der Musik nicht steigert, sondern eher diese Zustände auszugleichen und aufzuheben versucht.¹¹

Im Gegensatz dazu glaubt die Aristotelische Richtung, auf „isopathischem“ Wege krankhafte Affekte durch affektvolle Musik so zu verstärken, daß auf dem Höhepunkt der Steigerung die ersehnte Katharsis eintreten kann, um damit die Lösung der emotionalen Störung zu erreichen.

Beide Richtungen glauben, daß Musik selbst Mimesis, Nachahmung von bestimmten Seelenregungen ist und deshalb auch entsprechende Regungen in der Seele hervorrufen kann.

2. Gesichertes Wissen über Wirkungen von Musik

Aufgrund einer Reihe wissenschaftlicher Untersuchungen während der letzten Jahrzehnte verfügen wir heute über eine große Anzahl statistisch ge

cherter Erkenntnisse über mögliche Wirkungen der Musik. Damit ist aber auch manche Anfangseuphorie, daß man mit Musik „allein“ alles machen und daß Musik selbst heilen kann, verflogen.⁹

Sicher ist die Erkenntnis, daß Musik stimulierende, unterstützende und auslösende Funktion haben kann.¹² Sicher ist auch, daß Musik

- a) *physiologische Wirkungen* hervorrufen, die Muskeln des Körpers „antreiben“ und somit Bewegung, Entspannung oder Anregung auslösen kann.
- b) *auf die Psyche wirkt*. Somit kann Musik Gefühle und Stimmungen verändern und damit die psychische Dynamik mobilisieren.
- c) *Kommunikation* auf anderen unbelastenden Ebenen ermöglicht. Dieses bedeutet Erleichterung und Vereinfachung des zwischenmenschlichen Kontakts und somit Verbesserung zwischenmenschlicher Beziehungen.
- d) die *Assoziationspotentiale* im Organismus aktiviert und die *Imaginationskräfte* ungeahnte Wege beschreiten läßt.
- e) *schöpferische Energien* verfügbar macht und auf spielerischem Weg — mit der daraus entstehenden Fähigkeit, sich ausdrücken zu können — mit der Welt im Hier und Jetzt in Beziehung treten kann.
- f) die *Erlebnis- und Genußfähigkeit* steigert und die Fähigkeit zu einem differenzierteren ästhetischen Erlebnis verbessert.
- g) die *Wahrnehmungsfähigkeit* entwickeln, verfeinern und ausbilden hilft.

3. Tendenzen, Musik zu mißbrauchen⁹

Wenn man den Umgang der Gesellschaft mit Musik beobachtet, kann man mehr oder weniger von einem Mißbrauch sprechen — kein gutes Modell zur Nachahmung für kommende Generationen. Die Stichworte, die einem spontan einfallen, sind: Konsumhaltung, Background-Music, Ersatzdroge, Manipulationsinstrument, laute Musik.

Da man in der Musiktherapie den Umgang des Menschen mit Musik als diagnostisches Instrument einbezieht⁵, kann man aus oben erwähntem Umgang keine erfreuliche Diagnose für Mensch und Gesellschaft erwarten.

4. Die Geschichte meines Umgangs mit Musik

Bis mein Umgang mit dem Medium Musik einen therapeutischen Charakter erhielt, hat es viele Phasen mit positiven und negativen Erlebnissen gegeben,

die in der Kindheit ihren Anfang nahmen. Es waren viele schöne Lieder mit meinen Geschwistern am Kamin an Winterabenden, die die Streitereien des Tages durch gemeinsames Singen besiegelten. Lautes Singen beim nächtlichen Durchqueren des Waldes, patriotische Marschlieder während der Besetzung, Singen vor und für eine Schulklasse waren prägende Stationen meines Umgangs mit Musik.

Von besonderer Bedeutung war, als der Leiter eines Kirchenchors mich während der Ostermesse entdeckte, weil ich, ohne es zu bemerken, lauthals mitsang. Eine starke Hand packte mich am Kragen, hob mich hoch und setzte mich mitten im Chor ab. Als Neunjähriger war ich ganz stolz auf meinen Sopran. Durchwegs positive Erfahrungen sammelte ich als „Serendasmacher“ unter den Fenstern von hübschen Mädchen.

Ich glaube, daß meine Beziehung zur und später mein Umgang mit Musik durch die Wiegenlieder und die Aufwecklieder, die meine Mutter für uns Kinder abends und morgens sang, beeinflußt wurde. Es war beachtlich, wie ihr schöner, weicher und hoher Sopran mich in die Arme der Träume setzte, wobei ich Gefühle der Sicherheit, der Zuwendung und der totalen Entspannung spürte, aber auch Aktivität und Lebensenergie. Beim Klavierlernen waren leider nur die Anfangsstunden angenehm. Das Studium an der Musikhochschule weckte bei mir eher ambivalente Gefühle.

Eine besondere Rolle für meine „Musikbiographie“ spielten sicher die 15 Jahre Opernbühnenerfahrung. Der Kontakt, den die Musik zum Publikum und zu meinen Kollegen bewirkte, sowie die Interpretation vieler verschiedener Rollen diverser Musikrichtungen und das entwickelte Zutrauen, mich durch Musik total leib-seelisch-geistig auszudrücken, sensibilisierten mich für den Umgang mit diesem Medium für die späteren Jahre.

Maßgebend für meine Musikerfahrungen war auch mein „experimenteller Umgang“ mit Musik, als ich für meine Diplomarbeit⁶ in Psychologie in ein musikpsychologisches Projekt einstieg. Das Konstruieren der experimentellen Anordnung, das Isolieren der Variablen, der ungeeignete Rahmen des Settings sowie das reduktionistische Vorgehen und die Methode des Sezieren und Fraktionierens für das universale Medium Musik hinterließen bei mir starke zwiespältige Gefühle. Ich denke, daß diese kleine Auswahl von musikbiographischen Ereignissen und Zusammenhängen, die musikpädagogische Tätigkeit sowie die vorsichtigen Anfänge musiktherapeutischen Tuns meinen Umgang mit der Musik entscheidend formten.

Besonderer Wert müßte den Erfahrungen eingeräumt werden, die im Zusammenhang mit Ritualen und Bräuchen der Tradition³ stehen. Meine Feld-

forschungen der letzten Jahre in Thrazien, Mazedonien und Lakonia ermöglichten mir, mit eigenen Augen und Ohren musikethnopsychologische Ereignisse zu beobachten und an diesen zu partizipieren.

Das Thema meiner Doktorarbeit *Trauerverarbeitung im Trauerritual*⁷, meine Psychotherapie-Ausbildung, die eigene Analyse, veränderten und verbesserten den Umgang mit mir selber und mit anderen Menschen. Die Integration der Musik in mein therapeutisches Handeln war nur eine Frage der Zeit.

Anfangs vorsichtiges Experimentieren, im Prozeß bleiben, Selbst- und Fremdwahrnehmung mit dem Medium entwickeln, Zusammenhänge und komplexe Rückwirkungen beobachten und verstehen lernen: Diese Erfahrungen formten meinen Umgang mit Musik, halfen maßgebend und beeinflussten die Entwicklung eines Konzepts für eine ganzheitliche und integrative Musiktherapie.¹

5. *Ganzheitliche und integrative Musiktherapie (GIMT)*⁵

Die in den vorangegangenen Kapiteln erwähnten Wirkungen der Musik sowie meine Erfahrungen und meine Studien auf diesem Gebiet erlauben den Versuch, meine Arbeitsweise durch einige Sätze zu definieren. Bei der *Integrativen* Musiktherapie handelt es sich um ein ganzheitliches, psychodynamisch fundiertes Verfahren, in das musiktherapeutische und psychotherapeutische Methoden integriert werden. Hier verbinden sich musikalische non-verbale Anteile und Elemente der Musik, der therapeutische Dialog zwischen Patient und Therapeut als verbaler Anteil und die therapeutische Beziehung zu einem synergetischen Ganzen, das im Hier und Jetzt und im Kontinuum der Wahrnehmung aktuelle, vergangene und zukünftige Ereignisse erfaßt und zu verarbeiten sucht.

Dieser Ansatz sieht den Menschen als ein Leib-Seele-Geist-Subjekt, fest verbunden in einem sozialen, ökologischen und situationsbedingten Kontext.¹⁹ Ziel der Arbeit ist, Transparenz im psychodynamischen Kräftespiel von innen und außen zu erlangen und durch Bearbeitung zum Wachstum, zur Selbständigkeit, Selbstregulation, kreativen Anpassung und kreativen Veränderung zu verhelfen.¹⁰

6. Modalitäten des therapeutischen Umgangs mit Musik

Gearbeitet wird mit einzelnen Personen und mit *Gruppen*. Folgende Formen des Umgangs mit Musik werden angewandt:

- a) *Musik „machen“*, Hier geht es um freies Singen und Spielen auf einfachen oder selbstgebastelten Instrumenten, ohne künstlerische, ästhetische oder musikpädagogische Ansprüche. Eine Art freies Ausspielen elementarer Lebensäußerungen und ein Suchen nach „authentischem“ Klang oder Reihen von Tönen, als Ausdruck basaler Empfindungen. Die Transformation dieser Empfindungen in einer Symbolsprache (Musik) ermöglicht eine bessere Kommunikation unter den Teilnehmern.
- b) *Musikhören*. Nach einem vorbereitenden Hörwahrnehmungstraining wird den Gruppenteilnehmern Musik vorgespielt (Tonkassette oder einige Teilnehmer spielen selbst), in die sie „aktiv“ hineinhorchen können. Nachher werden das Gehörte und dessen Wirkungen auf Körper, Gefühle, Gedanken, Assoziationen und Phantasien einzeln und in Gruppen reflektiert.
- c) *Musikhören und „aktives Tun“*. Bei dieser komplexeren Form wird der Eindruck der gehörten Musik auf bereitgestellten Instrumenten fortgeführt, in Bewegung, Tanz, Malen, Modellieren in Ton oder anderem kreativen Tun zu Ende geführt und anschließend darüber diskutiert. Diese ganzheitliche Form erfaßt den „übenden Menschen“ als Ganzes und bietet ein ideales Arbeitsfeld auf unzähligen Ebenen und Dimensionen.
Ziele sozialer, sensorischer und perzeptueller Art können durch diese Form erreicht werden.

6.1 Handlungsprinzipien bei der „Musikverabreichung“

Bei der Frage, wann eine Musik im therapeutischen Geschehen angeboten wird und welche „Stimmung“ diese haben dürfte, gab es bis jetzt drei bekannte Handlungsprinzipien:

- a) *Gleichklang-Prinzip*: Die verwendete Musik muß der aktuellen Stimmungsspannung des Klienten entsprechen. D. h. wenn er traurig ist, sollte die Musik von trauriger Stimmung sein, so daß beide Stimmungen einen „Einklang“ ergeben.
- b) *Stufenklang-Prinzip*: Die Musikstücke, die diesem Prinzip folgen, sollten

verschiedene Stimmungen vertreten. Ziel ist, die Stimmung des Klienten stufenweise zu beeinflussen. Bei der letzten Stufe sollte die Musik die erwünschte Stimmung hervorbringen und diese stabilisieren.

- c) *Suggestivklang-Prinzip*: Wenn beim therapeutischen Handeln in einigen Situationen notwendig wird, eine Stimmungsveränderung beim Klienten/Patienten für einen begrenzten Zeitraum zu erreichen, sucht man ein Musikstück heraus, das eine andere, meist entgegengesetzte Stimmung suggeriert. Bei plötzlich eintretender Verschlechterung der Befindlichkeit und bei störenden Symptomen kann dieses Prinzip einen erheblichen Beitrag zur momentanen Verbesserung der Situation leisten.
- d) *Taraktisches Klang-Prinzip (TKP)*: Bei meiner Arbeit mit Musik ist mit der Zeit ein neues Prinzip entstanden, das ich *Taraktisch* nenne (griechisch: Taraso = aufrütteln, aufschrecken). Es handelt sich um ein konfrontatives Prinzip, das einer komplexen Technik bedarf und mit speziell präparierter Musik arbeitet. Die ausgesuchte und zusammengesetzte Musik wirkt als Stressor, um dem Patienten, für den sie nach vorheriger Diagnose indiziert ist, zur Konfrontation und Auseinandersetzung mit seinem konflikthaften Material zu verhelfen. Die stimulierende Musik läßt aus dem Hintergrund der Persönlichkeit des Patienten diffuse biographische Spuren, die verdrängt, vermieden und unerledigt geblieben sind, im Vordergrund erscheinen, um diese im Hier und Jetzt einer Verarbeitung zu unterziehen und abzuschließen. Die Techniken, die hier eingesetzt werden, kann man der humanistischen Psychologie zuordnen.¹⁵ Dieses Prinzip gehört in die Hand eines erfahrenen Therapeuten, der auch über eine geeignete Cassettothek mit ausgesuchten Musikstücken verfügt.

6.2 Die vier Modalitäten im therapeutischen Prozess der GIMT

6.2.1 Übungszentriert-funktionales Vorgehen

Bei diesem Vorgehen werden folgende Richtziele beachtet: Durch aufmerksame Wahrnehmung wird eine „Neusensibilisierung“ mit dem Medium Musik angestrebt. Dabei soll ein differenziertes Wahrnehmen der Musik, auf der somatomotorischen, emotionalen und kognitiven Ebene erreicht werden. Der Musikstimulation soll ein emphatisches und kreatives Öffnen folgen sowie eine kritische und konstruktive Einstellung.

Durch „Neueinübung“ im Medium Musik versuchen wir Defizite zu mindern, zu kompensieren und gegebenenfalls zu beheben.

Dieses Vorgehen wird in folgende Phasen eingeteilt:

- a) Hördifferenzierungstraining
- b) Kontextbildung von Musik, Bewegung und Leibempfindung
- c) Ausarbeitung eines Systems bedingt reflektorischer Ketten aus verschiedenen Musikelementen
- d) Imaginations- und Bildererleben-Übungen
- e) Arbeit an der Stimme und der Atmung
- f) Grundlageübungen zur Improvisation

6.2.2 Erlebniszentriert—agogisch—ludisch

Die Aufmerksamkeit dieser Vorgehensweise ist auf Erweiterung und Bereicherung der Erlebnis- und Ausdrucksfähigkeit des Patienten gerichtet sowie auf das Erwecken und Anregen von spielerischem Tun (ludisch) und auf die Erschließung von kreativem Potential.

Das Stimulationspotential der Musikstücke, die zur Anwendung kommen, muß so ausgesucht sein, daß eine ganze Reihe von Stimmungsqualitäten erzeugt werden kann: z. B. vorn meditativen und konzentrativen Verharren, lustvollen, genießerischen und spielerischen Tun, emotionalen Ausbruch bis zu karthartischen Momenten. Durch geeignete Einzel- und Gruppenimprovisationsvorschläge sollte das ganze Erlebnisspektrum des Patienten so weit der Stimulation der Musik ausgesetzt werden, wie es die Indikation und das Ziel erlauben, daß Trance, Ekstase, Erlebnisse und sogenannte „Höhepunkterfahrungen“ (peak experiences) erreicht werden können.

6.2.3. Konfliktzentriert—biografisch—aufdeckend

Bei dieser Modalität ist es von Bedeutung, daß die Musikstücke oder die Improvisationsvorschläge für ein Fließen des Prozeßverlaufs sorgen. Die Bilder, Erinnerungen und Imaginationen, die unerledigtes und traumatisches Material sowie aktuelle Konflikte und Störungen im Vordergrund des Erlebnisses ins Hier und Jetzt befördern, sind Produkte der tief- und auf viele Ebenen der Persönlichkeit wirkenden Musikelemente. Die Durcharbeitung kann dann im einordnenden Gespräch und mit Methoden der Integrativen

Gestalttherapie vollzogen werden. Die Effektivität dieser dritten Modalität ist nur durch die Einbeziehung der anderen beiden gesichert.

6.2.4 Sozialintegratives und kommunikatives Vorgehen

Diese Modalität hat sich in meiner Arbeit in „Trauerseminaren“¹⁶ entwickelt. Ausführungs-Instrument dieser Vorgehensweise ist die Gruppenimprovisation. Durch geeignete Vorschläge und Aufgaben wird soziales Handeln intendiert und ausgelöst. Es wird gezielt auf kommunikative Prozesse, Kontaktabbau und intersubjektives Verhalten hingearbeitet.

Durch geeignete Improvisationsthemen wie z. B. Mediziner, Trauergemeinde, Rettungsaktion, Gefängnisbefreiung, Friedensmarsch und verschiedene aktuelle Probleme der Ökologie und der Arbeitslosigkeit, wird die Bedeutung des sozialen Umfeldes auf eine bewußte Ebene gerückt. Das Partizipieren, Akzeptieren und Unterstützen der anderen in der Gruppe läßt die vergessenen, aber existentiell notwendigen Ziele unserer Zivilisation wie Mitsein, Solidarität und Synergie durch das universale Medium Musik und den geeigneten Umgang mit diesem in Leib und Gefühl erfahren.

Alle vier Modalitäten werden in einem therapeutischen Prozeß strukturiert, der zyklisch abläuft und in verschiedenen Tiefungsebenen stattfindet.

6.3 Vierstufiger Ablauf des Therapieprozesses (Tetradischer Ablauf)¹⁸

Durch den Ablauf dieses Prozesses werden Störungen, Konflikte, Traumatisierungen und Defizite aus der Lebensgeschichte, der aktuellen Situation und der Zukunftsperspektive bewußt gemacht, aufgearbeitet, abgeschlossen und der Persönlichkeit reintegriert. Somit werden Wachstum, kreative Anpassung und kreative Veränderung ermöglicht. Die vier Stufen des zyklischen Ablaufs sind:

- a) *Initialphase*: Identifizierung und Formulierung des Problems als diagnostisch-anamnestic Phase. Kontaktabbau und Kohäsion, Findung und Stärkung der Identität, „warm up“ durch Bewegung und Ausdruck. Im musikalischen Handeln sieht es so aus: Musiksuchen, Instrumente suchen, Instrumente probieren.
- b) *Aktionsphase*: Das musikalische Geschehen stimuliert Körperbewegung,

stimmlichen Ausdruck, Imagination, Expressivität, Kreativität, Katharsis, heiteres Spiel, emotionale Erfahrungen verschiedener Qualität.

- c) *Integrationsphase*: Rückschau, Reflexion des Erlebten, Aufhellung psychodynamischer Zusammenhänge, Einsichtgewinnung. Hierher gehören auch solche musikalischen Vorschläge, die eine harmonisierende und integrierende Tendenz haben.
- d) *Neuorientierung*: Experimentieren, Training der Sensibilität, Flexibilität, Imitationslernen, Verhaltenslernen, Erprobung von Veränderung. Aufgaben und Ziele des musikalischen Tuns sollen die Erprobung von Verhalten in neuen Situationen und die Stimmung für neue Anfänge unterstützen.

Der vierstufige Prozeß dient der Aufarbeitung von Problemen, welche durch die Musikstimulation in den Vordergrund der Wahrnehmung gerückt sind. Die vier Stufen wiederholen sich so, daß der Ablauf zyklisch wie in einem Kreis abläuft. Es wird so lange gearbeitet, bis unerledigte und unabgeschlossene „Problemgestalten“ auf der Bewußtseins-Ebene abgeschlossen werden. Die Komplexität des Vorgehens wird deutlich, wenn man zu diesem Prozeß noch die vier Ebenen der *therapeutischen Tiefung* hinzuzieht. Damit wäre das Maß der Involvierung und der Kontrolle des Patienten durch den Therapeuten faßbar. Die *vier Ebenen der therapeutischen Tiefung*¹⁸ sind:

- a) *Ebene der Reflexion*: Verbales Hinschauen, Erinnerungen, Verstehen, Einordnen, Analysieren, Deuten. Die herrschende Ebene ist hier die rationale mit dem Ziel einer kognitiven Integration.
- b) *Ebene der Vorstellungen* und Emotionen: Hier herrschen bildhafte Vorstellungen und Emotionen vor, die durch Stimulierung über geeignete Musik deutlich werden. Gefühle werden auf ihren Höhepunkt gebracht, auch solche, die verboten sind und in Handlungen noch nicht umgesetzt werden dürfen. Damit können zum erstenmal Gefühle ganz erlebt und als „Gefühlsgestalten“ abgeschlossen werden. Auf dieser Ebene findet der größte Teil der integrativen therapeutischen Arbeit statt.
- c) *Ebene der Involvierung*: Auf dieser Ebene kann sich der Patient in „alten Szenen“ wiederfinden und erleben. Die lebendig werdende eigene Geschichte als „szenische Involviertheit“ kann ihre ganze Dramatik in Szene setzen, aber diesmal in einem geschützten Rahmen und mit einem verstehenden und akzeptierenden Begleiter. Die Bedeutung der Musik, die man einsetzen kann, um die rationale Kontrolle zurücktreten zu lassen, den Verbleib auf dieser Ebene zu sichern und den Ausdruck zu erleichtern, kann nicht hoch genug eingeschätzt werden.

d) *Ebene der autonomen Reaktionen*: Die Stimulierung durch eine z. B. rhythmisch monotone Musik, die sich mit der Zeit so weit im Bewußtsein des Patienten verdichtet, daß sich die anfänglichen Körperbewegungen auf einmal verändern und „autonom“ werden. Auf dieser tiefen Regressionsebene können sehr frühe unabgeschlossene Ereignisse geschlossen werden. Die Monotonie der weiterhin klingenden Musik dient als Kanalisierung, aber auch als Abfangnetz für das Zurückholen des Patienten aus dem Bereich der autonomen Reaktionen zu den bewußten Ausdrucksbewegungen.

Die Musik dient neben dem Therapeuten als Rapport-Vehikel für den Patienten und schützt ihn damit vor der Gefahr einer Desintegration durch einen Rapportverlust.

Abgeschlossen werden kann eine solche Arbeit erst, wenn von dieser Ebene des Involviertseins und der Regression der Patient vorsichtig auf die erste Ebene zurückgeführt wird, wo Einordnung, Verstehen und Einsicht über das abgelaufene Prozeßgeschehen möglich ist.

7. Beispiele meines therapeutischen Umgangs mit Musik

Bereits erwähnte Universalität und Vielseitigkeit sowie gesichertes Wissen über Musikwirkungen in Verbindung mit dem methodisch-technischen Instrumentarium, das ich oben vorgestellt habe und welches notwendig ist, um die durch die musikalische Stimulierung ausgelösten Prozesse einer Verarbeitung zuzuführen, sowie die eigene Sensibilisierung mit dem Medium ermöglichen einen breiten therapeutischen Einsatz.

7.1 Mit Koronar-Patienten¹⁰

Fritz, ein 40jähriger Kaufmann, leidet an Hochdruck und hat schon einen Infarkt hinter sich. Er erzählt den Teilnehmern einer Koronar-Gruppe, an welcher er sich als Nachsorge-Maßnahme für seinen Infarkt beteiligt, von seinen Schwierigkeiten, sich körperlich zu entspannen wie auch seine Angst und seine Wut zu akzeptieren und auszudrücken.

Nach ca. 15 Gruppensitzungen macht er die Erfahrung, daß Musikstücke mit der Bezeichnung Adagio und Andante von Bach und Mozart ihm ermöglichen, sich körperlich, aber auch seelisch zu entspannen.

Während einer Improvisation mit dein Thema „Sturm“ wählt er eine große Trommel. Er darf Donner und Blitze darstellen und ist begeistert, der lauteste zu sein. Auf dem Höhepunkt des „Sturms“ merke ich, wie er im Taumel seiner Donner aus der Kontrolle gerät und mit großer Wut auf seine Trommel schlägt. Dies dauert nur wenige Momente, und als er es merkt, durchzuckt ihn ein Schrecken, und er hört auf zu spielen. Im nachfolgenden Gespräch berichtet er uns von seinem Erlebnis: „Ich dachte, ich tue etwas Verbotenes ... Ich empfand die aufkommende Angst, daß ich plötzlich bestraft werden würde.“

Mein Vorschlag, die Donnerphase nochmals mit Unterstützung der Gruppe zu wiederholen und diesmal mit dem Versuch, dranzubleiben und eventuell zu verstärken, wird angenommen. Bei dem gemeinsam ausgedachten Experiment gerät er wieder in ein wütiges Schlagen auf der Trommel. Es dauert einige Zeit, bis er mit ausdrucksvollem, schwitzendem Gesicht in einen konstanten Rhythmus, den die Gruppe in niedriger Lautstärke hält, zurückfindet. Als wir über das Erfahrene berichten, spricht er über seine Genugtuung, endlich mal seinem Chef die zurückgehaltene Wut der letzten zehn Jahre gezeigt zu haben. Er fühlt sich jetzt wie ein Schnellkochtopf, dessen Ventile reichlich geöffnet sind. Dies „szenische Involviertheit“ durch das Medium, der emotionale Ausdruck mit dein Medium, der supportative Faktor der spielenden Gruppe, der Angstfreiraum, den das Setting und der Therapeut ermöglichten, und der methodische Ansatz der integrativen Therapie brachten dem Patienten folgende Einsichten: Wie ein Schnellkochtopf zu sein und in dauerndem Druck bleiben zu müssen, aus früherer kindlicher Angst, bestraft zu werden, weil das Zeigen von Gefühlen immer bestraft wurde. Das Zeigen von Wut, wenn man ungerecht behandelt wird, bringt körperliche und seelische Erleichterung, auch wenn man es dem Chef und gerade ihm angemessen zeigen kann. Der innere Druck wird weniger (Ventile geöffnet), und man hat keine Angst mehr vor einer Explosion, die einen selber und die Anwesenden zerstören kann.

Auch die Musik zur Entspannung ermöglichte ihm, mit der Zeit seinen körperlichen Zustand bewußter zu erleben und zu entspannen. Die seelische Entlastung, die sich durch die Regulation von Gefühlsäußerungen einstellte, verbesserten bei Fritz und den anderen Teilnehmern deutlich das Krankheitsbild, so daß auch Medikamente mit unberechenbaren und langanhaltenden Nebenwirkungen allmählich abgesetzt werden durften.

7.2 Mit Krebskranken¹⁴

Die Teilnehmerin eines Seminars für Krebskranke faßt sich plötzlich an den Hals. Es sieht so aus, als ob sie nach Luft schnappte. Dann versucht sie, einen Ton herauszubekommen, was aber eher einem Röcheln gleicht. Ihr Gesicht wird rot, der Versuch zu schreien, mißlingt, und stattdessen hört man einen gedrückten heiseren Laut aus dem verschnürten Kehlkopf. Sie streckt die Arme resignativ nach außen, dann sinkt sie auf dem Boden in sich zusammen und weint zurückhaltend wie ein kleines Kind, das Gesicht mit den Händen und zwischen den Knien versteckend.

Karin, wie die 28jährige Patientin heißt, ist eine liebenswerte, hilfsbereite und allen Teilnehmern während der vier Tage immer entgegenkommende Patientin. An diesem Tag versuchen wir nach einer Konzentrationsübung im Stehen, mit der „Arbeit mit dem Gong“⁴ zu experimentieren. Wir versuchen durch solche Klangexperimente in Kontakt mit dem eigenen Körper zu kommen. Wir lassen verschiedene Gongklänge (leise, laute, verschiedene Gonggrößen) an unseren Körper heran und nehmen wahr, wie unser Körper reagiert. Ob der Klang durchgeht oder irgendwo steckenbleibt, welche Gefühle dabei ausgelöst werden, wie wir uns dabei fühlen. Dann versuchen wir, mit dem Gongklang mitzuschwingen, körperlich und gefühlsmäßig, den Klang durch uns passieren zu lassen, und probieren auf dem Boden oder in der Luft um uns den Klang weiterzuleiten. Dort in dem Körperteil, wo der Klang steckenbleibt, lassen wir ihn mit einem weichen Drüberstreichen mit einer fiktiven Hand zur nächsten Körperregion fließen. Die Übung wird fortgeführt, indem wir versuchen, durch Summen selbst Schwingungen zu erreichen und wie ein Gong zu klingen, den Klang dann zu verstärken und durch Vokale und mit der Stimme auszudrücken. Dabei können Gefühle, die im ganzen Körper sind, ausgedrückt werden.

Dann folgt eine Identifikationsübung, in der die Patienten sich freiwillig mit dem Gong identifizieren. Karin spricht: „Ich bin ein kleiner Gong, bin ein alter Gong, meine obere Fläche ist von Furchen der Zeit durchzogen, ich bin nicht ganz rund, und kleine Risse nach oben unterbrechen meinen Klang. Innen bin ich weich und spüre, als ob ich Creme und Gas wäre, das aufgewühlt ist und nach oben und nach außen will. Je mehr aber diese Masse nach oben kommt, um den Weg nach außen zu finden, um so mehr staut sich die Flüssigkeit an versteinerten Gängen, wo sie dann hängen bleibt, Klumpen bildet und die Wege versperrt.“ Dabei spürt sie ein Schnüren im Hals durch einen riesigen Knoten, der ihr die Luft wegnimmt. Der Druck

von undefinierbaren Gefühlen nimmt zu, kann aber durch den erhärteten Kloß nicht raus. Dann kommt die Bewegung, sich verzweifelt am Hals zu fassen, der heisere Laut, die Resignation, das Fallen und das Weinen. So begann ja meine Beschreibung gleich am Anfang dieses Kapitels.

Karin erzählt von ihrem Lymphom im Hals und von ihrer Entdeckung während der Übung, wie sie schon aus der Kindheit unfähig war, eigene Bedürfnisse, Freude und Ärger auszuleben, und Gefühle und Wünsche permanent unterdrückte. Mit Karins Einverständnis folgt eine Arbeit an der Stimme, am Atem und mit dem Gong, mit den Zielen ganz sein, fließen, selbst schwingen, Klang sein.

Karin erzählt von ihrem autoritären Vater und der kalten Mutter, die Nähe immer gescheut hat und von ihr Leistungen verlangte, die sie durch Verzicht auf eigene Bedürfnisse und durch Unterdrückung von Ärger und mit den letzten Energien schaffte. Ihr Ideal war, ihren Eltern zu entsprechen, in der Hoffnung, Zuneigung und Anerkennung zu erhalten. Durch die Gongarbeit und die Arbeit an der Stimme und am Klang fängt sie an, die Bedeutung und die Botschaft ihres Lymphoms am Hals zu verstehen. Das Lymphsystem ist ein Transport- und Reinigungssystem, das man mit einer Kläranlage vergleichen kann. In diesem System werden auch Hormone transportiert, d. h. auch Gefühle und Informationen. Bei Karin aber werden sie auf dem Weg nach oben an einem Lymphknoten am Hals zurückgehalten und gestaut, statt gereinigt und mit Abwehrzellen bereichert (Lymphozyten und Makrophagen) den Widerstand des Körpers gegen die entarteten Krebszellen, die unkontrolliert wachsen, zu unterstützen. Die Blockierung der Gefühle durch den Kloß am Hals bei Karin zeigt erstaunliche Parallelen zu der Krebskrankheit. Die Reinigung der Gefühle und Bedürfnisse, erfahren durch den Weg des körperlichen, stimmlichen oder sprachlichen Ausdrucks, war in Karins Biographie nicht möglich. Es scheint, daß sich im neuroendokrinen Bereich bei ihr „synchrone“ Funktionen und Reaktionen gebildet haben.

Die Arbeit an der Stimme¹⁵ und am Klang wird bei Karin neben den medizinischen Maßnahmen als Prophylaxe für rezidive und metastatische Phänomene weitergeführt. Dabei fühlt sie sich wohler, lebt bewußter, achtet auf ihre Bedürfnisse und hält ihre Gefühle weniger zurück als früher. Ihre Angst vor dem Tod ist durch eine „Trauerarbeit“, die wir auch miteinbezogen haben, weniger geworden. Ihre Lebensqualität nimmt ständig zu, und sie freut sich für ihr jetziges Leben. Ich glaube, die Hoffnungen über Karins Entwicklung dürfen täglich mehr werden.

7.3 In der Trauertherapie¹³

Als Ilse (32) ihren Mann vor zwei Jahren nur als Toten und nicht als Lebendigen zum letzten Mal sah — ein Telefonanruf kam aus der Klinik und sie war eiligst herbeigeeilt —, war sie vor Angst und Schrecken wie versteinert. Der Unfall hatte sich auf dem Weg zum Arbeitsplatz auf eisglatter Fahrbahn ereignet. Sie mußte gleich so viel erledigen und sich zusammennehmen, um den Kindern keine „zusätzliche Belastung“ zu werden. Ihre Freundinnen haben sie bewundert, wie sie sich bei der Beerdigung tapfer gehalten hat, außer ein paar versteckten Tränen hinter dem schwarzen Tuch merkte man ihr nichts an. Auch in der Folgezeit hat sie sich vor den Kindern nichts anmerken lassen, es sollte alles weitergehen, und man sollte das Unglück möglichst bald vergessen. Dieser Plan wurde aber erschwert, als Ilse sechs Monate später von psychosomatischen Beschwerden geplagt wurde, von Ängsten, Schlaflosigkeit, Herzbeschwerden usw., so daß sie starke Medikamente einnehmen mußte. Die Dosis mußte sie aber immer weiter erhöhen, bis ihr bewußt wurde, daß „man mit Medikamenten keine Probleme lösen kann“. Mit diesem Satz rechtfertigte Ilse ihre Teilnahme am Trauerseminar.

Ihre „Tapferkeit“, nicht weinen zu müssen, entpuppte sich gleich nach dem ersten Tag des Trauerseminars als Nicht-Weinen-Können. Dieser Zustand des „Ausgetrocknet-Seins“, wie sie selber ihn nannte, beunruhigte sie. Den Vorschlag an die Teilnehmer, für das nächste Wochenende einen Brief, ein Gedicht, ein Bild für den verlorenen Partner zu schreiben oder zu malen, übergang sie mit der Begründung: „Ich habe es vergessen.“ Die Verdrängungs- und Vermeidungsmechanismen, die sie zur Verfügung hatte, schienen auch dieses Trauerseminar überdauern zu können, als plötzlich eine Wendung eintrat. Die Teilnehmer lagen auf dem Boden jeweils in einer Position, die jeder nach Belieben suchen durfte. Die einzige Empfehlung war, die Arme so an den eigenen Körper zu legen, daß man das Gefühl hat, sich selbst in die Arme zu nehmen. Nach einer Atemübung zur Konzentration für den eigenen Leib und Entspannung ließ ich das Stück *Kanon und Gigue* in D-Dur von J. Pachelbel erklingen. Ilse lag seitlich auf dem Boden in einer Art „embryonalen“ Stellung. Ich merkte, wie ihr Atem stockte, die Bauchdecke sich nach innen wölbte — wie bei einem, der das Schluchzen zurückhält. Bald kamen auch die ersten Tränen. Die Aufgabe der Gruppenteilnehmer während des Musikhörens war, an das Liebste zu denken, was sie im Leben erlebt hatten. Ilses „versteinerte Trauermauer“ schien allmählich zu erweichen und zu schmelzen.

Als wir nach der Übung über das Erlebte sprachen, kommentierte Ilse ihr Bild: Die Musik erinnere sie an schöne Zeiten mit ihrem Mann, als beide verliebt waren. Die Musik helfe ihr noch mal, seine zärtlichen und auch seine leidenschaftlichen Berührungen fast wie damals zu spüren. Sie fühle sich seit diesem Moment weicher im ganzen Körper. Ihre Tränen seien anfangs Freudentränen, später aber, als sie in diesem Tagtraum entdeckte, daß sie diese zärtlichen Berührungen nicht erwidern konnte, und ihr Mann danach sich von diesem Ort entfernt hatte, mußte sie auch weinen. Sie sei überrascht, daß das Weinen gut getan hätte, jetzt entlaste und sie „guter Dinge“ sei.

Mit dem Ziel, den Schmelzvorgang der blockierten Trauer weiterzuführen, schlug ich ihr vor, die zärtliche Erwidern, die ihr im Tagtraum nicht gegönnt war, doch jetzt nachzuholen. Sie stimmte meinem Vorschlag vorsichtig zu, und wir entschieden uns gemeinsam, daß sie ihre Gefühle von Zärtlichkeit an ihren Mann auf einem Xylophon ausdrücken wollte. Die streichelnden und zärtlichen Töne ihres Spiels und der Melodie, die sie spontan improvisierte, waren für uns teilnehmende Beobachter wie eine zärtliche Berührung. Ilse weinte dabei ganz leise, aber ganz frei. Als diese Phase beendet war, fragte ich sie, ob etwas „Ungesagtes“ zwischen ihrem Mann und ihr nach seinem Tod oder aber auch vorher während seiner Lebzeiten geblieben war. Anfangs spielte sie ungeordnet und unrhythmisch und allmählich fand sie einen Rhythmus, der ständig intensiver und lauter wurde, bis er so aggressiv war, daß nicht nur die Xylophon-Stäbe, sondern auch ihr ganzer Körper mitbebten. Nach einer Unterbrechung änderte sich die Spielweise. Ich ließ sie einige Minuten weiterspielen, bis ich fühlte, daß sie nicht ganz dabei war. Ich schlug ihr vor, das Gespielte zu übersetzen. Sie erzählte dann von ihrer Wut während des Spiels, auf ihren Mann, als sie sich wieder an seinen Seitensprung mit der Sekretärin, der einige Monate dauerte, erinnerte. Seit damals war sie als Frau sehr unsicher geworden und unfähig, von ihm Zärtlichkeiten zu empfangen. Dann kamen die Schuldgefühle, und bei der Erinnerung, daß sie ihm damals den Tod wünschte, fing sie gleich an, heftig zu weinen. Daß dieser Todeswunsch sich nach acht Monaten erfüllte, ließ sie damals vor Angst und Schrecken erschauern.

Die stimulierende Wirkung der Musik konnte die versteinerte Trauermauer von Ilse zum Schmelzen bringen. Die Auseinandersetzung mit der Wut und den Schuldgefühlen, die sie für ihren Mann empfand, konnte mit Methoden und Techniken der Thanatopsychologie jetzt stattfinden. Die Trauer konnte dann erlebt werden, fließen und ausgedrückt werden. Ilse würde davon nicht mehr krank werden.

8. Zusammenfassung

Der Rahmen dieses Beitrags erlaubt nicht, über weitere Fallbeispiele meines therapeutischen Umgangs mit Musik bei Alkoholikern, mit behinderten Menschen, in der psychotherapeutischen Arbeit und in der Familientherapie⁸ zu berichten.

Ich meine abschließend, daß Musik heute viel beitragen kann zur Schaffung eines neuen Paradigmas, das den Menschen mit seinem inneren und äußeren Universum zu einem Ganzem integriert. Die Erschwerung und der Verlust des sprachlichen Dialogs sowie die Entsinnlichung unserer Welt bringen als Konsequenz den Verlust von Kommunikation, von Kontakt, von Mitsein, von Verständnis und Solidarität. Die Verkümmern der Sinne ist aber auch gleichbedeutend mit Sinnverlust.²⁰

Der richtige Umgang mit dem Medium Musik könnte einen kleinen Beitrag zur Konstituierung dieses neuen philosophischen und wissenschaftlichen Paradigmas liefern.

Die Töne, die Rhythmen, die Klänge und die Melodien, die ich meinem kleinen sechsjährigen Sohn Niko (er ist schwer und mehrfach behindert — blind, ganz gelähmt, keine Sprache, geistig behindert, epileptische Anfälle) auf verschiedenen Instrumenten vorspiele, machen ihn nicht nur glücklich, was er durch lautes Lachen und durch Faszination (er öffnet den Mund weit und die Augen und macht Ahhh!!!) bestätigt.

Die „verdolmetschende“ Musik schafft auch Sinn in unserer Zweisamkeit des Klanges und läßt in diesem gegenwartsbezogenen Prozeß den einen vorn anderen jedesmal jeweils neue Identität gewinnen.

Literatur

- 1 Canacakis-Canas, J., 1975. Zur Praxis der Musiktherapie, Integrative Therapie 1.
- 2 Ders., 1976. Musik und Ekstase — Pyrovasie, Musik + Medizin 8, 1976, S. 31-42.
- 3 Ders., 1977. Musikalische Ekstase. In: H. Willms, Musik und Entspannung, S. 46-61.
- 4 Ders., 1978. Musikrelaxation mit Gong. Unveröffentlichter Vortrag Ärzte:Tagung 10/1978.
- 5 Ders., 1979. Konzepte einer integrativen Musiktherapie. Graduierungsarbeit, unveröffentlicht.
- 6 Ders., 1980. Eine experimentelle Untersuchung in Musikpsychologie. Diplomarbeit. Schiborr-Druck, Mühlheim/R.
- 7 Ders., 1982. Trauerverarbeitung im Traueritual. Dissertation, Schiborr-Druck, Mühlheim/R.

- 8 Ders., 1983a. Kreative Ansätze in der Familientherapie. In: K. Schneider, Familientherapie aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen, Junfermann, Paderborn.
- 9 Ders., 1983b. Musikpsychologie heute. Psychologiko shima, J. f. Psych. Athen.
- 10 Ders., 1983c. Klinische Musiktherapeutische Praxis. In: H. Petzold et. al., Poesie — und Musiktherapie, Junfermann, Paderborn, S. 91-99.
- 11 Ders., 1983d. Musiktherapie. Wege und Methoden. Psychologiko shima. J. f. Psych. Athen.
- 12 Ders., 1983e. Der analgetische und anxiolytische Faktor in der Musik. In: R. Droh et. al., Angst, Schmerz, Musik in der Anästhesie, Basel. S. 115-123.
- 13 Ders., 1984a. Psychohygiene des Trauerituals. In: Howe, J., & Ochsammn, R., Tod — Sterben — Trauer. Klotz-Verlag.
- 14 Ders., 1984b. Innovative Interventionen in der somatopsychopädischen Arbeit mit Krebspatienten. Z. f. Pneopäden 3, 1984, 07.
- 15 Ders., 1985a. Stimmarbeit und „Singen“ als Elemente der Psychotherapie, Z. Kunst & Therapie Bd. 8. 1985. Lit Münster.
- 16 Ders., 1985b. Musiktherapie und Trauer. In: Petzold et. al., Tod und Psychotherapie.
- 17 Khan, H., I., 1984. Musik und Kosmische Harmonie. Heilbronn.
- 18 Petzold, H., 1977. Die neuen Körpertherapien. Paderborn.
- 19 Ders., 1977. Integrative Bewegungstherapie. In: Psychotherapie und Körperdynamik. Paderborn.
- 20 Ders., 1984. Die Gestalttherapie von Fritz Perls. Integrative Therapie 1-2/1984, S. 1-72 & 73-115.

Dr. Jorgos Canacakis-Canas
 Diplompsychologe, Psychotherapeut
 Netheweg 30
 D-4300 Essen