

**Von der Rollenkonfusion
zur Rollenklarheit
in der Entwicklung
zum Musiktherapeuten**

**Abschlussarbeit von Parvis Rahbarnia
(Februar 2018)**

Inhaltsverzeichnis

1. Die Leitfrage

2. Zu meiner Person

2.1. Rollenkonfusion am Beispiel des besessenen Geraseners (Mk 5)

2.2. Biographische Notiz und Überlegungen zu meiner musiktherapeutischen Rolle

3. Zusammenfassende Darstellung meiner Arbeit mit Kindern

3.1. Kontaktaufnahme und Setting

3.2. Erfahrungen, Ergebnisse, Fazit

4. Arbeit mit psychisch Kranken

4.1. Kontaktaufnahme und Setting

4.2. Erfahrungen und Ergebnisse

a) Über die Motivation der Klienten und das Motivieren des Therapeuten

b) Machterfahrungen

c) Den Therapie-Prozess "sich gestalten lassen"

d) Beispiel "Lebenslinie"

4.3. Fazit

5. Arbeit mit Senioren

5.1. Kontaktaufnahme und Setting

5.2. Erfahrungen und Ergebnisse

a) Zum Einsatz der Mittel und Methoden

b) Zum Verhältnis zwischen Senioren und Musiktherapeut

c) Die Zusammenarbeit mit dem übrigen Personal

5.3. Fazit

6. Offen gebliebene Herausforderungen

1. Die Leitfrage

“Das erste und wichtigste Instrument in der Musiktherapie ist der Therapeut selbst.“ So lautet einer der Grundsätze der Musiktherapie. Das heißt: Je besser ein Therapeut dieses Instrument kennt und auf ihm spielen kann, je besser er es “beherrscht“, desto selbst-loser kann er das andere Instrument kennen lernen und begleiten. Je mehr ein Therapeut um seinen eigenen Klang weiß, wo seine Harmonien und Disharmonien liegen, desto eher wird er sich in das andere Instrument einfühlen, seinen Klang wahrnehmen, Disharmonien aufdecken oder gar durch eigene Harmonien in neue wohlklingende Kontexte stellen können. Dabei geht es nie um perfekte Technik oder ein fehlerfreies Beherrschen des Instrumentes; auch nicht um das Hervorbringen “richtiger“ oder “guter“ Musik. Richtig und gut ist Musik nur, wenn sie dem Instrument angemessen ist und es nicht zerstört. Wenn sie von Herzen kommt. Daher: Ist sich der Therapeut seiner selbst bewusst und weiß, wer er ist, wird er auch dem anderen dazu verhelfen können, sich seiner selbst bewusst zu werden und so zu werden, wie er oder sie ist, indem er oder sie das in ihm oder ihr angelegte Potential entwickeln kann. Und das ist heilsam. Die Sicht dieser Arbeit richtet sich daher in erster Linie *nicht nach außen* auf die musiktherapeutische Wirkung auf die *Klienten*, sondern *nach innen* auf das seelische Erleben des *Musiktherapeuten*. Nicht die Fragen, was die *Patienten* in der musiktherapeutischen Arbeit getan, erlebt und wie sie sich entwickelt haben, stehen im Vordergrund. Die Frage ist vielmehr: Was hat der *Therapeut* bei der musiktherapeutischen Arbeit erlebt? Welche Gefühle wurden in ihm ausgelöst? Welche Rollen hat er eingenommen und wie hat er sich entwickelt – und zwar nicht nur in den einzelnen Therapiestunden, sondern auch bei der Suche nach dem geeigneten Ort, an dem er als Musiktherapeut arbeiten kann. Dabei wird nicht in Form abstrakter Reflexionen das Seelenleben des Therapeuten *an sich* in den Fokus genommen, sondern das einer konkreten Person, nämlich *meiner* Person. Bei der Darstellung dieser Intro-Perspektive habe ich versucht, so ehrlich wie möglich zu sein. Dadurch wird die Arbeit auch sehr persönlich und ich hoffe, dass es mir gelungen ist, die Grenzen der Intimität der eigenen Person zu wahren und dabei gleichzeitig das Verständnis der Zuhörer nicht zu verlieren. Da jedoch die Zuhörerschaft vorwiegend aus lauter Musiktherapeuten besteht, werden mit Sicherheit viele Innenansichten den Anwesenden bekannt vorkommen. Die Leitfrage dieser Arbeit lautet also: “Welche Rollen habe ich, Parvis Rahbarnia, bei der praktischen Arbeit als Musiktherapeut eingenommen, wie habe ich sie gefüllt und welche Entwicklungen sind erkennbar?“

2. Zu meiner Person

2.1. Rollenkonfusion am Beispiel des besessenen Geraseners (Mk 5)

Da ich auch Theologe bin, werde ich bei der Beschreibung des biographischen Hintergrundes meiner Person und der Vorstellung, wie mein Bild von der Rolle des idealen Therapeuten aussieht, mit einer biblischen Geschichte beginnen. Es geht um den besessenen Gerasener in Mk 5. Die Geschichte illustriert in eindrücklichen Bildern das Lebensgefühl eines Menschen,

der verzweifelt um seine eigene Rolle im Leben, seine Identität kämpft. Es ist in diesem Sinne natürlich nicht nur "meine" Geschichte, sondern auch die vieler anderer Menschen. Und diese Geschichte beschreibt, wie man als Mitmensch einer solchen wie irre suchenden Person begegnen kann. Wie man ihr gewissermaßen ein "guter Therapeut" sein kann, so dass sie heil wird, weil sie ganz wird und bei sich selbst ankommt. Worum geht es in dieser Geschichte? Die Geschichte beschreibt einen Menschen, der völlig isoliert von menschlicher Gemeinschaft lebt. In den Grabhöhlen. Dem Tode näher als dem Leben. Seine Mitmenschen sind für ihn eine Bedrohung, denn sie versuchen ihn mit Ketten an die kurze Leine zu legen, ihn ruhig zu stellen, ihn zu sozialisieren und "einzubinden" in die menschliche Gemeinschaft. Den daraus entstehenden Kampf erwähnt der Psychoanalytiker und Psychiater Hans-Joachim Maaz in seinem Aufsatz "Was macht krank in unserer Gesellschaft" ebenso, wenn er betont, dass "Menschen vor allem im konfliktreichen Spannungsfeld von Individuation und Sozialisation krank werden"¹. Und weiter: "In der Natur gilt [zwar d. Vf.] Anpassungsfähigkeit als ein zentraler Überlebensprozess. Dies muss [aber d. Vf.] bei uns Menschen kritisch angefragt werden, da wir in dem Irrtum befangen sein können, höchst abnorme Gesellschaftssysteme als normal zu verstehen." In seiner unbändigen Wut wehrt sich der Mann in unserer Geschichte wie verrückt gegen eine krank machende Gesellschaft. Dabei lässt sich eine eigentümliche Zerrissenheit beobachten: Er schreit tags und nachts um Hilfe – sollte man meinen –, und stößt doch jeden von sich, der ihm zu nahe kommt. Er läuft z.B. auf Jesus zu, der sich ihm nähert, um Jesus doch gleich anzuschreien, dass dieser ihn in Ruhe lassen möge. Und er schlägt sich mit Steinen. Von dem Entstehungshintergrund seiner Zerrissenheit und der eigentlichen Zielrichtung seiner Aggressionen erfahren wir sogleich, als Jesus ihm entgegen tritt. Nach einem ersten missglückten Exorzismus-Versuch Jesu bewirkt er doch noch eine Befreiung dieser Person von seiner Besessenheit, indem er ihn nach seinem Namen fragt. Er fragt ihn also danach, wer er ist, wie seine Stimme lautet, was seine Lebensmelodie ist. Wir erfahren dabei, dass diese Person nicht nur *einen* Namen hat, sondern ganz viele. "Legion" ist sein Name, viele Stimmen, viele Identitäten trägt er in sich. Es sind wohl alle die Stimmen, Vorstellungen, Vorgaben, die dieser Mensch bis dahin hören musste, wer er zu sein und wie er zu leben hätte. Vielleicht alles gut gemeinte Ratschläge der Eltern, Lehrer, Erzieher, für diesen Menschen aber etwas Fremdes, Uneigentliches, das von außen in ihn eingedrungen ist und ihn beständig nötigte, jemand zu sein, der er selbst gar nicht war oder sein wollte. Eine Legion fremder Besitzer hat sich so seiner bemächtigt, die ihn hin und herreißt und *besessen* sein lässt. Dieser Mensch, den man in der Sprache der Psychiatrie als psychotischen Menschen mit einer multiplen Persönlichkeit beschreiben könnte, lässt nun ermutigt durch die Frage Jesu, wie denn sein Name sei, buchstäblich "die Sau raus". Dargestellt in dem Bild, wie die Dämonen in die angrenzenden Schweineherde fahren. Er agiert alles aus, was nicht zu ihm gehört und wird frei zu sich selbst. Diese Frage *nach der eigenen Person* ist es, die den Besessenen heil werden lässt. Sie eröffnet einen lang ersehnten Raum des Vertrauens, der es dem Fremdbestimmten erlaubt, zu sich selbst zu finden und dadurch Harmonie und Frieden zu gewinnen. Die Frage nach dem *Namen* des

¹ Dieses und das folgende Zitat stammen aus Maaz, Gesellschaft 28.

anderen also ist es, die ein "guter" Therapeut stellen sollte und die er eben desto besser und selbstloser stellen kann, *je mehr er weiß, wer er selber ist*. Das kann der Therapeut aber nur wissen, wenn ihm selber zuvor genügend Menschen begegnet sind mit einer Haltung der Liebe, des – ich zitiere die Musiktherapeutin Gertrud Katja Loos – "Bejahens, des positiven Auf-etwas-hin, mit der Einstellung der Wertschätzung und des Gedeihen-wunsches"². Zu der Rolle eines "guten" Therapeuten gehört in logischer Folge daher auch die Maxime, den Patienten oder Klienten nicht von sich selbst als dem Therapeuten abhängig zu machen. Gerade Menschen, in deren Seelen mit Hilfe des Therapeuten der Mut eines eigenen Lebens wie eine junge Pflanze aufkeimt, drohen sich aus lauter Dankbarkeit und Überforderung erneut wieder abhängig zu machen. Eben diesmal vom Therapeuten. In unserer Geschichte zeigt sich dieser Zug in dem Wunsch des ehemals Besessenen, Jesus nachzufolgen. Doch Jesus handelt weise wie ein guter Therapeut: Er schickt ihn zu den Seinen, damit er dort leben lernt, wo er krank geworden ist. In seinem Heimatort. In seiner Familie. Um sich dort als nun eigenständige Persönlichkeit zu behaupten.

2.2. Biographische Notiz und Überlegungen zu meiner musiktherapeutischen Rolle

Schon früh haben meine Eltern und auch meine ersten Lehrer die "soziale Seite" in mir gesehen und sie versucht, "nutzbar" zu machen. Damit haben sie die Grundlagen gelegt für viele Such- und Irrwege, die ich später z.B. beruflich gegangen bin. Der eigene Beruf ist ja häufig Ausdruck dafür, wer man selber ist oder sein will. Oder eben ganz im Sinne des besessenen Geraseners, wer man in den Augen und Vorstellungen anderer zu sein hat. Völlig direkt hat dies sogar mehrere Male meine eigene Großmutter zu mir gesagt: "Ich sollte doch Pastor werden." Diese Wunschvorstellung anderer haben jene Personen als Kapital gesehen, als Pfund, mit dem ich beruflich doch gut wuchern sollte. Für mich ist dieses Kapital eher eine schwere Hypothek gewesen, die ich unter intensiven inneren und äußeren Kämpfen und Schuldgefühlen langsam abzuzahlen hatte. Pastor bin ich tatsächlich einige Jahre gewesen – nach vielen Jahren sozialen Engagements in Kirchen und kirchlichen Gruppen. Seit einigen Jahren bin ich nun auch in der musiktherapeutischen Ausbildung und über eine entsprechende Tätigkeit aus. Man kann sich kaum andere Berufe vorstellen, die mehr auf eine direkte, tiefend zwischenmenschliche Begegnung ausgerichtet sind mit dem Ziel, den anderen zu begleiten, zu stärken, manchmal auch zu trösten oder gar zu versorgen. Eine Frage lautet daher: Wie steht es mit meiner Rolle und Funktion eines Musiktherapeuten? Wie kann und will ich diese füllen, ohne mich selbst dabei zu "vergewaltigen" oder mich von mir selbst zu entfernen?

Spätestens mit Beginn der Praxisphase in der musiktherapeutischen Ausbildung in Siegen stellte sich mir die entscheidende Frage, wie ich meine Rolle als Musiktherapeut eigentlich füllen will? So klar für mich auch *theoretisch* war, wie eine "optimale" Therapeuten-Rolle auszusehen hatte, so konfus und ungeklärt war doch in der *Praxis*, wie sich diese Rolle für mich nun anfühlen würde und auf welche konkrete Art und Weise in welchem Kontext (z.B.

² Loos, Therapeutische Liebe 393.

mit welchen Klienten) sie sich umsetzen ließe. Welche Art von Klient oder Patient passte wohl zu mir – generell oder gerade zu jenem Zeitpunkt? Wie verhalte ich mich im Rahmen einer therapeutischen Sitzung? Welche Rolle nehme ich in welchen Settings ein? Und immer wieder wie ein Ostinato im Hintergrund die Grundfrage nach der eigenen Identität: Warum werde ich überhaupt Musiktherapeut?³ Zumindest schien mir eines im Gegensatz zu dem Beruf eines Pastors, wie ich ihn erlebt und gefüllt habe, von vornherein klar und im Nachhinein auch bestätigt: Die Rolle eines Musiktherapeuten ist klarer und bewusster definiert und das Arbeitssetting zeitlich viel schärfer eingegrenzt als bei dem Beruf eines Pastors. Musiktherapeut bin ich nicht 24 Stunden am Tag, sondern in der zuvor zeitlich definierten Einheit, in der ich mit dem Klienten oder Patienten zusammen arbeite. Auch der Ort ist klar definiert: Es ist ein Raum idealerweise abgeschirmt von äußeren Störungen und ausgestattet mit Instrumenten. Und es ist von vornherein zumindest auf der bewusst reflektierten Ebene klar, dass *ich der Therapeut* bin und der *andere der Klient*. Das sind essentielle Unterschiede zu den vielen Arbeitssituationen, die ich als Pastor zuvor erlebt habe. Die Settings während meiner musiktherapeutischen Arbeit waren also von vornherein klarer definiert und für beide Seiten auch als solche mehr oder weniger anerkannt. Natürlich fanden auch hier immer wieder zahlreiche Übertragungen seitens der Klienten und Übertragungen und Gegenübertragungen meinerseits statt. Nur war es aber im Rahmen des musiktherapeutischen Prozesses dezidiert möglich und zielführend, diese auch für den anderen und vor allem für mich als Therapeuten bewusst zu machen und mit ihnen zu arbeiten. Die Vorteile einer klaren Definition von der Rolle des Therapeuten und dem therapeutischen Setting waren mir in meiner eigenen Unsicherheit eine unschätzbare Hilfe und kamen in erster Linie *mir selbst* sehr zu Gute. Und sie haben mir immer wieder geholfen, das eigene Verhalten und Handeln in den Therapieeinheiten reflektieren und verstehen zu können.

Der Gestalt-Psychotherapeut Kurt F. Richter steckt in seinem Buch "Erzählweisen des Körpers" zumindest den großen Rahmen ab, innerhalb dessen sich das Aufgabenfeld in meiner Rolle als musiktherapeutischer Begleiter beschreiben lässt: Ich hätte a) Beziehungshilfen zu geben, b) Beziehungsmuster aufzuzeigen und c) Beziehungen zu klären. Beziehungshilfen geben heißt: "Er [der Therapeut d. Vf.] schafft z.B. eine vertrauensvolle, offene Umgebung, vermittelt dem Klienten das Gefühl angenommen und verstanden zu werden."⁴ Beziehungsmuster aufzeigen heißt: "Er zeigt z.B. dem Klienten, wie er mit bestimmten Beziehungssituationen umgeht und erarbeitet mit ihm das dahinterliegende Verhaltens- und Erlebensmuster." Beziehungen klären heißt, die Frage zu beantworten, "wie sich Beziehungsmuster auflösen lassen".

3. Zusammenfassende Darstellung meiner Arbeit mit Kindern

3.1. Kontaktaufnahme und Setting

³ Eine Motivation für diesen Beruf lag ganz gewiss in meiner intensiven Leidenschaft für Musik, besonders für das Klavier-Spielen, und in meinem ausgeprägten Interesse für Psychologie und Psychotherapie.

⁴ Dieses und die beiden weiteren Zitate stammen aus: Richter, Erzählweisen 83.

Wer ist die passende Klienten-Gruppe für mich? Mit dieser Frage habe ich mich auf die Suche nach der für mich geeigneten Praxisstelle gemacht. Mein Ausbilder riet mir, entweder zunächst mit Senioren oder mit Menschen in akuten Krisen zu arbeiten. Zunächst startete ich mehrere erfolglose Anläufe in verschiedenen Altenheimen. Entweder kam es nie zu einem vertiefenden Planungsgespräch oder die Einrichtungsleiter konnten mit meinem Angebot nichts anfangen. Bin ich mit zu wenig Engagement und Überzeugungskraft aufgetreten, weil ich unbewusst eigentlich nicht in diesen Feldern arbeiten wollte oder sogar generell daran zweifelte, ob ich mich in der Rolle eines Musiktherapeuten wohl fühlte? War ich der seelsorgerlich-therapeutischen Arbeit mit älteren Menschen überdrüssig, weil ich in meiner Rolle als Pastor schon so viel und intensiv in dieser Rolle arbeitete? Bald schließlich fragte ich erfolgreich an – im Hort eines Kindergartens, der vor vielen Jahren von *der* Gemeinde gegründet worden war, deren aktueller Pastor ich war. Die Klientel bestand überwiegend aus Jungen im Alter von sieben bis neun Jahren mit Migrationshintergrund. Von diesen waren – wertete ich die Vorgespräche mit den zuständigen Erziehern aus – die meisten “handlungskreativ“ und hatten Defizite im sprachlichen, emotionalen und sozialen Bereich. Es bedarf keines großen Vorstellungsvermögens, um sich die Explosivität dieser Mischung vorzustellen. Sie war im wahrsten Sinne “bombig“. Über mehrere Wochen arbeitete ich ein bis zwei Mal wöchentlich jeweils ein bis zwei Einheiten in einer Gruppe von vier bis sechs Jungen und teilweise einem Mädchen. Mit anwesend als Co-Therapeuten war ein mir gegenüber sehr wohlwollend eingestelltes Ehepaar: Die Frau arbeitete tagsüber in dem Kindergarten als Erzieherin und der Mann unterstützte nachmittags seine Frau bei der anschließenden Hortarbeit. Zusätzlich habe ich auch mit einzelnen Kindern aus dem Kindergarten gearbeitet. Darunter ein dreijähriger Junge mit einer retardierten Sprachentwicklung und ein vierjähriger Junge mit Konzentrationsproblemen und ebenfalls Migrationshintergrund.⁵

3.2. Erfahrungen, Ergebnisse, Fazit

Nach mehrwöchiger therapeutischer Arbeit und einer schulbedingten längeren Pause reifte in mir die Entscheidung heran, die musiktherapeutische Arbeit mit den Kindern *nicht* weiterzuführen. Wie bin ich zu dieser Entscheidung gekommen? Während des Arbeitens musste ich viele Erfahrungen von Frust und Ärger machen. Oft fühlte ich mich überfordert mit dem Temperament der Kinder. Und vor allem in den Einzeltherapiestunden war ich oft ratlos, was ich gegen die teilweise aufkommende Langeweile und Lustlosigkeit auf meiner Seite und der Seite der Kinder tun könnte. Vor allem anfangs hielt ich mir in meiner Hilf- und Orientierungslosigkeit eine meiner Ausbilderinnen Bettina Schreiber vor Augen, wie sie mit einer um den Hals geschwungenen Gitarre, einem gewinnenden Lächeln und einen fröhlichen Rhythmus stampfend einen Raum voller bedürftiger Kinder betritt, um mit dem Lied “Komm, wir machen heute Musik“ deren Herzen zu gewinnen. Nach wenigen Stunden musiktherapeutischen Arbeitens vor allem mit der Gruppe musste ich feststellen: “Ich bin

⁵ Grundsätzlich ist es möglich, dass der Migrationshintergrund auch in meiner Biographie – mein Vater ist Iraner – es den jeweiligen Kindern und Eltern erleichterte, mir bei der anstehenden Zusammenarbeit mit mehr Vertrauen zu begegnen oder leichter Vertrauen zu mir aufzubauen. Ich war ja sozusagen “einer von ihnen“.

nicht Bettina Schreiber!“ Die Rolle, die diese in meinen Augen für die Kinder einnahm, war in etwa die einer Erwachsenen, die als große Schwester die Kinder mit Hilfe berührender und dadurch faszinierender Spiele in ihren sozialen und emotionalen Kompetenzen förderte und herausforderte. Dabei hatte sie, was lautstarkes Verhalten, augenzwinkernde Frechheiten und ständiges Austesten von Grenzen angeht, ein dickes Fell, viel Geduld, gutmütige Besonnenheit und eine unverwüstliche innere Ruhe, durch die sie sich in ihrer inneren Mission nicht abirren ließ, für die Kinder ein durchaus auch erziehender Kompass zu sein, der sie lebenskompetent(er) werden lässt. Meine anfängliche Identifikation mit der idealisierten Rolle einer meiner Ausbilderinnen hat mich also entgegen der Behauptung der Musiktherapeutin Dorothea Oberegelsbacher eher frustriert und ratloser zurückgelassen. Oberegelsbacher schreibt nämlich in ihrem Aufsatz “Berufliche Identität“, dass “vorübergehende Identifikationsprozesse mit einem Lehrenden ... den Einstieg in die therapeutische Rollenidentität erleichtern“⁶ können. Um mich in jene eben beschriebene Rolle einzufinden, fehlte mir aber die innere Überzeugung und Geduld mit mir selbst. Und – und das hat mich geradezu ernüchert und erschüttert – die Liebe und Geduld zu den Kindern. Der englische Musiktherapeut Leslie Bunt schreibt diesbezüglich in seinem Einführungswerk zur Musiktherapie: “Es mag für ein Kind mit Lernschwierigkeiten einige Zeit dauern, bis es diese Verbindungen herstellt [sc. nämlich dass ein gespielter Klang auf den Erwachsenen wirken kann und diesen zu einer Antwort ermutigt]. Musiktherapeutische Intervention kann diesen Prozess fördern, auch wenn das Kind einige Monate braucht, bis es zu verstehen beginnt. Geduldiges Warten wird zweifelsohne belohnt.“⁷ Meine innere Weigerung, bei der Arbeit mit den Kindern viel Geduld aufzubringen, ist nicht zuletzt auf den in mir biographisch bedingten immer noch erdrückend herrschenden Anspruch zurückzuführen, ich müsste doch ganz besonders gut mit sozial und emotional “schwierigen“ Kindern umgehen können. Dieser innere Anspruch ist sicherlich eine Quelle, aus der heraus sich das idealisierte Bild eines Therapeuten im Umgang mit Kindern speist. Und mit diesem Ideal-Bild vor Augen konnte ich meiner ganzen inneren Welt gegenüber – bestehend aus den Gestalten meiner Kindertage – und mir selbst wie in einer Art Protest begründen, dass *ich* ein solcher Therapeut nicht sein kann, weil *man* ja unmöglich ein solcher Therapeut sein kann. Zudem musste ich erkennen, dass die Ungeduld und Abneigung zu dieser Gruppe “frecher“ Kinder auch das Spiegelbild einer inneren Abneigung war, die ich als kleines Kind mir selbst gegenüber gelernt und verinnerlicht hatte und als Erwachsener meinem inneren Kind teilweise immer noch gegenüber empfinde. Müde stellte ich mir daher die Frage, ob ich *überhaupt* die Rolle eines Musiktherapeuten ausfüllen kann und will. Hat sich meine Rollenfindung an dieser Stelle also eher durch eine negative Definition konkretisiert, indem ich die Erfahrung gemacht habe, wer ich als Musiktherapeut gerade *nicht* bin bzw. welche musiktherapeutische Rolle ich *nicht* ausfüllen will, hat das *Praktizieren* als Musiktherapeut

⁶ Oberegelsbacher, Berufliche Identität 291.

⁷ Bunt, Musiktherapie 108.

immerhin verhindert, dass ich in meiner Identität erstarre. Denn, so Dorothea Oberegelsbacher: "Ohne praktische Tätigkeit kann die Identität leicht erstarren."⁸

In Kurt F. Richters Sinne der Aufgabenteilung in meiner Rolle als Musiktherapeut ist es mir in der Arbeit mit Kindern in den wenigen Therapieeinheiten nur im Ansatz gelungen, Beziehungshilfe zu geben (a)).

4. Arbeit mit psychisch Kranken

4.1. Kontaktaufnahme und Setting

Die weitere Suche nach einer passenden Klientel führte mich in den Bereich des betreuten Wohnens von psychisch Kranken. Wie schon erwähnt war die Arbeit mit Menschen in einer akuten Krise eine weitere Empfehlung eines meiner Ausbilder. Diese Empfehlung löste bei mir zunächst positive Resonanzen aus: Ich spürte großes Interesse, Neugier und eine hohe Motivation, mit solchen Menschen zu arbeiten. Gleichzeitig nahm ich aber auch Angst in mir wahr: Bin ich einer solchen Aufgabe überhaupt gewachsen? Würden mich psychisch Kranke mit ihren häufig komplexen Krankheitsbildern, ihren teilweise langen Lebens- und Therapieerfahrungen und ihren oft hohen Erwartungshaltungen an mich nicht total überfordern? Die Ablehnung meines musiktherapeutischen Angebotes durch eine Institution, bei der ich mich vorstellte, löste bei mir starke Irritation aus. Es hieß, es bestünde nicht die Möglichkeit – keine Zeiten, keine Räume – für die Durchführung meines Angebotes. Ich meinte zu spüren, dass die Person mir gegenüber ebenso verdeckt die Botschaft transportierte, dass es auch nicht den *Bedarf* für solch ein Angebot gäbe. Diese empfundene Botschaft verstärkte und verfestigte mein auf meine therapeutische Kompetenz bezogenes negatives Selbstbild. Nach einer kurzen Reflexion stellte sich mein Irritiert-Sein als starkes Gefühl des Gekränkt-Sein heraus: "Warum sollte die Dame hinter dem Schreibtisch mein Angebot, in Wohngruppen musiktherapeutisch zu arbeiten, nicht annehmen, zumal ich meine Arbeit teilweise unentgeltlich anbiete und eine Menge Qualifikationen mitbringe?!" Die Anfrage bei einer weiteren Institution, einem Zentrum für Psychose und Sucht mit betreutem Wohnen, brachte Erfolg: Die Leiterin war sehr interessiert und bat mich, bevor ich mit der Arbeit mit einer kleinen Gruppe beginnen würde, einige Male vormittags die hauseigene Werkstatt zu besuchen, in der die Klienten unter Aufsicht einer Sozialarbeiterin verschiedenen Beschäftigungen nachgingen. So sollte ich die Klienten kennenlernen und bei der Auswahl der für meine Arbeit passenden Klienten helfen. Der Aufenthalt hinterließ bei mir einen faden Beigeschmack. Zwar waren Personal und Klientel sehr freundlich und recht kommunikativ, aber ich fühlte mich sehr in die Rolle eines Sozialarbeiters gedrängt, der – so meine Vorstellung – wie selbstverständlich in der Lage sein müsse, auf eine unkomplizierte, scheulose, beinahe kumpelhafte Art Kontakt mit den Klienten aufnehmen zu können, um auf Dauer von diesen und auch dem Personal akzeptiert zu werden. Ich spürte ganz deutlich, dass mir diese Art des Kontaktes überhaupt nicht lag. Zu stark war meine innere Angst, dabei aufgesogen zu werden und die inneren Konturen meiner Persönlichkeit verschwimmen zu

⁸ Oberegelsbacher, Berufliche Identität 291.

sehen. Froh und entlastet war ich daher, als ich mich daran erinnerte, dass für mich die Rolle des Musiktherapeuten ja in einem zeitlich, räumlich und beziehungsorientiert klar abgegrenzten Setting eingebettet sein würde. Tatsächlich fand bald die Absprache mit der Leiterin statt, in der wir uns auf ein klares Setting einigten. Diesmal endlich auch gegen Bezahlung. Das sollte zwar nicht viel sein, aber wenigstens wurde durch die Entlohnung mein negatives Selbstbild meine therapeutische Rolle betreffend nicht noch weiter bestätigt und verfestigt. Wir einigten uns darauf, dass ich ein Mal pro Woche für zwei Einheiten hintereinander à 45 Minuten mit einer Gruppe von etwa drei bis fünf Personen arbeiten sollte. Der Ort war ein Fitnessraum auf dem Gelände des Betreuten Wohnens, der ideal zum Arbeiten war, groß genug und ausreichend abgeschirmt von Unterbrechungen.

4.2. Erfahrungen und Ergebnisse

a) Über die Motivation der Klienten und das Motivieren des Therapeuten

Grundsätzlich war die Klientel – bestehend aus psychisch kranken Menschen, die neben einer Suchtproblematik weitere Störungen aufwiesen wie etwa eine Borderline-Störung – extrem schwer zu motivieren, an den musiktherapeutischen Sitzungen teilzunehmen. Nur in einer Sitzung habe ich mit einer größeren Gruppe von sechs Klienten arbeiten können, die kurz zuvor von der Leiterin selbst “zusammengetrommelt“ wurden. Aber auch von diesen ist etwa die Hälfte nach jener Einheit gegangen. Fast alle Sitzungen musste ich daher mit zwei Klienten durchführen, die zu meiner Freude und Erleichterung relativ regelmäßig zu den Sitzungen kamen. Aber auch diese musste ich in den letzten Stunden im wahrsten Sinne des Wortes immer wieder “herbeiklingeln“, wenn sie überhaupt in ihren jeweiligen Wohnungen waren. Es entlastete mich ungemein zu wissen, dass diese Trägheit und Unselbstständigkeit gerade bei Patienten mit Sucht-Diagnosen typisch ist. So schreibt Frank Mund in seinem Aufsatz “Lebensgenuss und Freude – in der Musiktherapie Suchtkranker?": “Denn zu Therapiebeginn sind sie [die Patienten d.Vf.] oft lediglich teilnahmewillig und können ihre konkrete Änderungsmotivation erst während der Behandlung gewinnen; die forensische Entwöhnung kennt von Anbeginn motivierte Patienten so gut wie nicht.“⁹ Zwar waren die Bewohner des betreuten Wohnens keine Strafgefangenen, aber es stand durchaus in Frage, mit welchem Grad an Freiwilligkeit die einzelnen Bewohner dort ihren Alltag verbrachten und nicht eher wieder unabhängiger wohnen wollten. Andererseits machte die Leiterin des Hauses *den* Bewohnern, die sich dort sehr heimisch und bequem machten und sich schon lange gerne passiv versorgen ließen, unmissverständlich klar, dass die Möglichkeit, dort zu wohnen, sehr davon abhinge, inwieweit sie willens seien, an den dort stattfindenden Therapieangeboten teilzunehmen. Es liegt auf der Hand, dass dadurch für manche Bewohner Druck und Gefühle von Unfreiheit entstanden, die sich durchaus mit denen von Strafgefangenen vergleichen lassen. Kurzum: Es lag also nicht unbedingt an meiner vermeintlichen Unfähigkeit, die Spannung in einer Therapiestunde aufrecht zu erhalten, weshalb die Motivation der Klienten zur Mitarbeit so schlecht war. Als Musiktherapeut hatte

⁹ Mund, Musiktherapie Suchtkranker 352.

ich zudem nicht die Aufgabe, die Rolle eines Entertainers übernehmen. Und doch musste ich vor allem in der ersten Zeit immer wieder mit diesem inneren Anspruch ringen, der aus tiefer sitzenden inneren Ängsten herrührte, zu langweilen, nicht interessant genug und im Endeffekt sogar eine Last und Belästigung für andere zu sein. Ich sagte mir, dass ein erfahrener Musiktherapeut ganz sicherlich die Klientel hätte motivieren und halten können. Mir war bewusst, dass ich dieses problematische innere Rollenbild loslassen musste, um offen zu sein für die Klienten und einen sich entwickelnden therapeutischen Prozess. Denn es lag ja in der Verantwortung des *Klienten*, es war *seine* Aufgabe, die angebotene Therapiezeit für sich im positiven Sinne zur Heilung, Stärkung usw. zu nutzen.

b) Machterfahrungen

Es kam bald zu einer Situation, in der mein negatives Selbstbild, nicht genug zu sein oder zu haben, weitere Gefühle nach sich zogen, die mich zu Handlungen verführen konnten, mit denen ich mein Selbstwertgefühl als Therapeut auf äußerst destruktive Art und Weise hätte kompensieren können. Es waren Gefühle von Macht und Überlegenheit. Nun sind diese Gefühle an sich für einen Therapeuten noch nicht problematisch, wenn er sie im Sinne seines Klienten zu nutzen weiß. D.h. wenn er seine Macht dazu nutzt, dem Klienten in ein eigenständiges, selbstbestimmtes Leben zu verhelfen. Macht er den Klienten aber von sich abhängig oder nutzt er seine überlegene Position, um sich an ihm zu rächen oder ihm Schaden zuzufügen, handelt er nur in seinem eigenen Sinne. Durch das Erleben von Macht würde er dann im Sinne der Individualpsychologie des Psychoanalytikers Alfred Adlers die eigene Ohnmacht und Minderwertigkeit kompensieren und somit nicht mehr spüren müssen. In diesem Sinne hätte jemand sich in der Rolle eines Therapeuten vollends disqualifiziert. Was war nun die konkrete Situation, die mich in diese gefährliche Lage brachte, Macht zu missbrauchen und meine Therapeutenrolle zu pervertieren? Als die Leiterin der Institution mitbekam, dass einige langjährige, für die Therapie ausgewählte Klienten auch das Angebot der Musiktherapie nicht nutzten, äußerte sie mir gegenüber, dass sie diese vor die Tür setzen würde, wenn sich dies nicht änderte sollte. Gefühle von Genugtuung und eines überlegenden Machtempfindens tauchten in mir auf. Es lag gewissermaßen – so sagte ich mir – in meiner Hand, was mit diesen Menschen in Zukunft geschah. Wenn diese nicht Interesse an meinen Therapiestunden zeigen sollten, bräuchte ich von ihrem Fehlen nur gehorsam der Leiterin zu berichten. Dann würden sie schon ihre "gerechte Strafe" erhalten und aus dem Betreuten Wohnen "rausfliegen". Hier musste ich sehr aufpassen und genau überlegen, welches Verhalten meinerseits im Sinne des Klienten sein würde. Ich durfte auf keinen Fall mein weiteres Verhalten von Gefühlen des narzisstischen Gekränkt-Seins abhängig machen und mich zu kompensierendem Machthandeln aus Ohnmacht heraus verleiten lassen. Ich konzentrierte meine Energien in der Folge daher zunächst auf das Arbeiten mit denen, die da waren. Ich vergaß regelrecht meine inneren Konflikte, zumal es, wie ich weiter unten begründen werde, zu einem weiteren Reflexionsgespräch mit der Leiterin nicht kam, in dem ich von dem Erscheinen oder Nicht-Erscheinen mancher Klienten hätte berichten können.

c) Den Therapie-Prozess "sich gestalten lassen"

Tatsächlich brachte die Konzentration auf die beiden Patientinnen, die da waren, viele gute Erfahrungen und "Erfolgserebnisse" mit sich. Das Verlegenheitsgefühl, nicht genug zu bieten oder zu langweilen, nahm mit der Zeit ab. Innere Gelassenheit machte sich breit, wodurch der Raum sich vergrößerte für spontane Ideen auf beiden Seiten, wie sich die Therapiestunde gestalten könnte. "*Sich gestalten*" heißt dabei: Der Zwang wich mehr und mehr der Freiheit zu erleben, dass sich die Stunde mit ihren Themen, Spielen und Interaktionen automatisch entwickelte. Es zeigte sich, was gerade "dran" war. Ich konnte es mir erlauben, nicht mehr nervös ständig die Methode oder das Spiel zu wechseln. Ich musste mich nicht mehr so sklavisch an das vorbereitete Konzept für eine Therapiestunde halten aus lauter Angst, Ratlosigkeit oder Schweigen aushalten zu müssen. Ich musste nicht mehr meine Fragen – zumindest für mein Empfinden – suggestiv stellen, um aus Angst vor Stille aufkommende Gespräche am Leben zu erhalten oder in eine bestimmte Richtung zu lenken. Ich beschäftigte mich immer weniger mit der Frage, ob mich die Klienten missgünstig als langweilig oder gar inkompetent ansehen würden. Ich konnte in die Tiefe gehen und Tiefe zulassen, indem ich immer improvisations-fähiger wurde, Vorgaben der Patienten aufgreifen und mich mehr und mehr anpassen konnte. Der englische Musiktherapeut Leslie Bunt geht sogar so weit, dass er in seinem einführenden Werk in die Musiktherapie – sich erinnernd an das Motto seiner eigenen Lehrerin "passe dich an oder vergehe" – im Rahmen eines gemeinsamen Improvisierens behauptet: "Wenn man als Musiktherapeut Themen, Ideen oder Impulse im Spiel von Patient/in nicht aufgreift, gehen sie dem therapeutischen Prozess verloren."¹⁰ Wenn Bunts Behauptung auch in manchen Fällen zutreffen möge, so scheint sie mir überzogen zu sein. Zudem übt sie auf den Therapeuten einen unnötigen Druck aus. Die dieser Behauptung entgegengesetzte These einer meiner Ausbilder – "Das Wichtige kehrt stets wieder." – hat daher einen ungemein beruhigenden Effekt auf mich als Therapeuten. Die Fähigkeit, offen für die Vorgaben der Patienten zu sein, war aber auch deswegen für mich möglich, weil ich wenigstens theoretisch Spiele und Gestaltungsmöglichkeiten im Hinterkopf hatte und dadurch auch eine gewisse Sicherheit gewann, im Falle des Falles in die "Kiste" greifen und etwas hervorholen zu können. Ich erlebte durch den entstandenen Freiraum, wie sich faszinierende Dynamiken entwickeln konnten: Zwischen den Klientinnen entwickelte sich eine interessante Beziehung. Sie sorgten füreinander, trösteten sich und taten sich Gutes. Mehrmals etwa forderte eine der beiden ihre Mitklientin auf, doch etwas für sie zu spielen, weil ihr dies gut tun würde. Meine innere Gelassenheit und Unabhängigkeit von der Gunst oder Missgunst der Klientinnen zeigte sich vollends in meiner Reaktion auf den schroffen Kommentar der 53-jährigen Klientin mit einer Borderline-Störung, die ich zuvor herbeigeklingelt hatte. Nachdem ich sie nämlich freundlich begrüßt hatte, als sie endlich in den Therapieraum "schlurfte", sagte sie nur: "Ja, ich hatte kein Bock!" Ich konnte innerlich ruhig und gelassen bleiben und sie ermutigen, doch jetzt bei uns zu bleiben und mitzumachen. Ich entwickelte sogar die Freiheit, am Ende einer Therapiestunde aus Überzeugung und innerer Gelassenheit, ohne Angst vor irgendwelchen

¹⁰ Bunt, Musiktherapie 150.

Übertragungen oder Überforderungen, zu einer Klientin schlicht zu sagen, dass ich ihr zum Abschluss der Einheit musikalisch gerne etwas Gutes tun würde.

d) Beispiel "Lebenslinie"

Von einer Sternstunde in den Sitzungen berichte ich im Folgenden kurz: Wieder einmal kommt die 53-Jährige Klientin zu spät zur Therapie, weil sie angeblich zu wenig geschlafen hätte und eigentlich gerade "nicht könne". Ich ermutige sie erfolgreich zu bleiben. Nach einem kurzen verbalen Blitzlicht über ihr aktuelles Empfinden und dem Spielen ihrer geliebten Kalimba, lade ich sie ein zu dem Spiel "Lebenslinie". Daraufhin nimmt sie zur Kalimba noch eine Conga hinzu und stellt beide direkt nebeneinander. Nach eigenen Worten stände die Conga für ihr Leben bis zum etwa 19. Lebensjahr. Der Rest ihres Lebens sei durch die Kalimba repräsentiert. Die geringe Anzahl und der riesige Größenunterschied der Instrumente – sicherlich typisch für das extreme und schwarz-weiße Empfinden von Menschen mit einer Borderlinestörung – fällt sofort auf. Schon nach kurzen weiteren Gesprächen wird die Tragik ihres Lebensgefühls hörbar: In ihren jungen Jahren fühlte sie sich kraftvoll und voller Energie. Sie wollte im Leben hoch hinaus. Doch sie erlebte ebenso, wie man – zumeist ihre Eltern – sie buchstäblich klein schlug und zurechtstutzte auf ein offensichtlich für die Umgebung erträgliches Maß. Oft bekam sie einen auf den "Deckel" und musste lernen, klein-laut zurück zu stecken und nicht aufzumucken. Dabei erinnert der Klang einer Kalimba an eine Spieluhr und damit an frühkindliche Zeiten. Die ambivalenten Gefühle, einerseits immer noch leidvoll in der Kindheit zu stecken, aber andererseits aus Gründen der Geborgenheit immer noch sehnsuchtsvoll stecken zu *wollen*, werden sie vermutlich ausgefüllt haben. Die Lebensenergie, die sie eigentlich aggressiv gestalterisch nach außen hätte ausagieren können, hielt sie dabei fortan zurück. Sie staute sich in ihr und wandte sich in Form von Autoaggression (Ritzen) gegen sich selbst. Betroffen höre ich zu, halte ihr jedoch anhand von einigen Beispielen aus ihrem Alltag auch vor Augen, dass sie längst nicht so klein-laut daher kommt und nur ein Opfer ist. Die Erzählungen über ihren Alltag zeigen nämlich deutlich, wie sie nicht immer nur klein-laut beigibt, sondern sich auch wehren kann und mal laut "auf die Pauke haut". Um das hörbar, spürbar und damit ihr bewusst werden zu lassen, lasse ich sie das musikalisch umsetzen. Ich fordere sie auf, die für ihre lebendige Kindheit stehende Conga zu nehmen, auf ihr zu spielen und dann zu berichten, wie sich das anfühlt. Sie spielt nur für kurze Zeit einige wenige Trommelschläge und muss dann wegen schnell einsetzender Armschmerzen ihr Spielen beenden. Auch wenn sich für sie Ihr Spielen nach eigenen Aussagen gut anfühlte, so machen doch die Armschmerzen deutlich, wie heftig sich in ihr die Aggressionen gestaut haben müssen, dass sie so schnell verkrampft.

4.3. Fazit

Insgesamt habe ich das Arbeiten in dem Zentrum für Psychose und Sucht als sehr bereichernd, erhellend und ermutigend erfahren. Ich habe gespürt, dass mir das musiktherapeutische Arbeiten mit psychisch kranken Erwachsenen liegt. Ich empfand es als angenehm, mit einem erwachsenen Gegenüber – transaktionsanalytisch gesprochen in der

bewussten Begegnung von "Ich zu Ich" – eine Therapieeinheit zu gestalten. Ein weiteres Arbeiten in jenem Zentrum kam dennoch nicht zustande, weil in Aussicht stand, dass beide Patienten bald die Einrichtung verlassen würden und die weiteren in Auswahl stehenden Klienten nicht zu motivieren waren, an den Sitzungen teilzunehmen. Das Ende der Arbeit löste bei mir Enttäuschung aus, denn schon in den wenigen Stunden konnten die Klienten, mit denen ich arbeitete, beim Musizieren *das* erleben, was der Musiktherapeut Hartmut Kapteina in seinem Aufsatz "Ambulante Suchtkrankenberatung und -behandlung" über die Wirkung von gemeinsam gemachter Rockmusik beschreibt: "Das kathartische Ausagieren intensiver aggressiver und lebensbejahender Gefühle in Lautstärke und Rhythmus, die erfahrene Wertschätzung und Anerkennung in der Gruppe ... und die Genugtuung darüber, ästhetische und emotionale Bedürfnisse autonom zu befriedigen, ohne auf die Konsumartikel der Musikindustrie angewiesen zu sein, enthalten offensichtlich die Perspektive, dass es lohnend erscheint, suchtmittelfrei oder zumindest suchtmittelunabhängig zu leben."¹¹

In Kurt F. Richters Sinne der Aufgabenteilung ist es mir in meiner Rolle als begleitender Musiktherapeut zwar auch hier nur im Ansatz gelungen, Beziehungshilfe zu geben (a)). Dafür aber konnte ich auch ansatzweise Beziehungsmuster aufzeigen helfen (b)).

5. Arbeit mit Senioren

5.1. Kontaktaufnahme und Setting

Erneut traten Ermüdungserscheinungen auf: Sollte es so schwer sein, eine geeignete Stelle zu finden, an der ich genügend musiktherapeutische Praxiserfahrung sammeln konnte? Wieder beschlichen mich Zweifel, ob ich überhaupt die Rolle eines Musiktherapeuten gut auszufüllen vermochte. Vor allem musste ich mich bei Anfragen in Seniorenheimen immer wieder fragen: Was eigentlich habe ich als musiktherapeutisch arbeitender Mensch den Senioren in den Heimen *mehr* zu bieten als die sogenannten "Singenden Krankenhäuser e.V.", einem "internationalen Netzwerk zur Förderung des Singens in Gesundheitseinrichtungen"¹², dem viele ehrenamtlich arbeitende Menschen angehören, die mit den Senioren Lieder singen? Die Frage begleitet mich bis heute, ob ich gewissermaßen meine "überlegene" Kompetenz in der Rolle eines Musiktherapeuten gegenüber anderen Mitarbeitern mit ihren musikalischen Angeboten vor allem mir selbst gegenüber erweisen könne und müsse, um somit die Berechtigung zu spüren, in einer Institution als Musiktherapeut zu arbeiten und *bezahlt* zu werden. Es galt also, mein therapeutisches Profil beim Ausführen der Rolle eines Musiktherapeuten bei der Arbeit in Seniorenheimen zu entdecken, auszubauen und zu schärfen. Was konnte *ich ganz persönlich* geben? Bald schon fand ich eine fantastische Stelle, an der ich dies herausfinden konnte. Nicht weit von meinem Wohnort entfernt entdeckte ich ein sehr kleines Altenheim, in dem ich mein Angebot bei einer sehr interessierten und herzlichen Ergotherapeutin, die dort angestellt

¹¹ Kapteina, Suchtkrankenberatung 11.

¹² <https://www.singende-krankenhaeuser.de> – Stand: 26.02.2018.

war, vorstellen konnte. Diese Therapeutin sollte in der folgenden Zeit bei meiner einmal wöchentlich stattfindenden musiktherapeutischen Arbeit mit einer Gruppe von Senioren, mit der diese schon eine lange Zeit in einem Gemeinschaftsraum arbeitete, als Co-Therapeutin agieren. Ihre offene, souverän-reflektierte, von Macht- und Konkurrenzfragen beim therapeutischen Arbeiten überwiegend befreite Art sollte die Zusammenarbeit mit ihr äußerst konstruktiv gestalten. Zumal stimmte die zwischenmenschliche Sympathie. Motivation und Freude stiegen, in jener Gruppe meine Arbeit zu beginnen. Denn von dieser in Aussicht stehenden Zusammenarbeit fühlte ich mich sicher und getragen. Die Hoffnung, dort ein Klavier anzutreffen, auf dem ich meine pianistischen Kompetenzen bei der Arbeit einbringen könnte, erfüllte sich nicht, was bei mir Unsicherheit hervor rief. Damit fiel ein großer Teil meiner Ideen und konzeptuellen Entwicklungen fort, die ich hatte: das gemeinsame Liedersingen mit Klavierbegleitung. Ich spürte jedoch die hohe Motivation, meine Fähigkeiten der Gesangsbegleitung auf der Gitarre weiter auszubauen und andere Instrumente einzusetzen, um den Senioren doch noch einen Dienst als Begleiter erweisen zu können. Erleichtert war ich dabei, wenn ich daran dachte, wie der Psychiater Manfred Spitzer in seinem Buch "Musik im Kopf" Musik beschreibt. Musik, das Musik-Erleben und Musik-Machen seien dabei neurologisch gesehen hoch komplexe Prozesse und nicht unbedingt auf bestimmte Hirnareale eingegrenzt. Dadurch liegt also in der Musik eine große Chance, mit dementiell erkrankten Menschen in einen konstruktiven therapeutischen Arbeitsprozess einzutreten. Die Musik aktiviert dabei häufig längst verloren geglaubte Erinnerungen z.B. an Texte, die eben an diese Musik gekoppelt sind. Jeder kennt das, der mit alten Menschen zu tun hat. Dadurch tun sich biographische Themenfelder auf, über die man ins Gespräch kommen kann oder Gefühle werden aktiviert, mit denen der Musiktherapeut arbeiten kann. In meiner Arbeit mit Senioren – einer Gruppe aus acht bis elf hauptsächlich Seniorinnen mit einer dementiellen Erkrankung in unterschiedlichen Stadien – habe ich das immer wieder erlebt. Hinzu kam, dass in der Gruppe insgesamt eine vertraute Atmosphäre herrschte: Man kannte sich, trug und ertrug sich bisweilen und war froh einander zu haben.

5.2. Erfahrungen und Ergebnisse

Während meiner Arbeit mit der Seniorengruppe haben mich drei Themenkomplexe beschäftigt, die sich auf meine Rolle als Musiktherapeut bezogen. Alle drei Themenkomplexe sind miteinander verwoben und verzahnt: Zum einen geht es um den Einsatz der Mittel und Methoden durch den Musiktherapeuten, um die therapeutischen Einheiten zu gestalten. Zum zweiten geht es um das Verhältnis zwischen dem Musiktherapeuten und den Senioren und inwiefern dieses Verhältnis mein Arbeiten beeinflusst hat. Zum dritten geht es um mein Verhältnis und die Zusammenarbeit mit dem übrigen Personal, speziell der Co-Therapeutin.

a) Zum Einsatz der Mittel und Methoden

Auch wenn ich im Laufe der musiktherapeutischen Arbeit mit psychisch Kranken gelernt habe, Phasen des Schweigens und "Nicht-weiter-wissens" auszuhalten und nicht mehr als so peinlich zu empfinden, fühlte ich mich beim Auftreten dieser Phasen in der Seniorengruppe

dennoch wesentlich wohler als in der Soziale Hilfe. Phasen der Unsicherheit waren allerdings auch bedingt dadurch, dass ich mich teilweise mangelhaft auf die einzelnen Therapieeinheiten vorbereitete. Oft schob ich die Planung auf die letzte Sekunde hinaus. Grundsätzlich habe ich mich dabei immer wieder gefragt, wie detailliert ich mich auf diese Stunden eigentlich vorbereiten müsste. Durch die dementiellen Erkrankungen vieler der Klienten musste ich ja mit viel weniger Interaktion seitens der Senioren rechnen und meine Rolle als Therapeut bestand mehr darin, Vorgaben zu machen, den Verlauf der Stunden aktiv zu gestalten und durch eigene Impulse "am Leben" zu erhalten. Ich hatte aber ebenso die Gefahr zu vermeiden, eine Therapieeinheit mit den eigenen Planungen zu überfrachten, die womöglich mit der Bedürfnis- oder Themenlage der Klienten gar nichts zu tun haben. Damit kompensiert der Therapeut ja nur seine eigene Unsicherheit und unterbindet möglicherweise jeglichen therapeutischen Prozess. Anfangs bin ich den aufkommenden Gesprächsfäden oft nur ungenügend nachgegangen, habe hektisch das Thema gewechselt, gleich wieder neue Impulse gegeben, um mich an meine Planungen zu halten. Im Laufe der Zeit bestätigte sich jedoch auch hier die Erfahrung, die ich bei der Arbeit mit psychisch Kranken machte: Die Therapie-Einheiten gestalteten sich für die Klienten desto nützlicher und für mich entspannter, je mehr ich die Freiheit hatte, mich von den erarbeiteten Konzepten oder Ideen zu lösen und offen zu sein für Impulse, Anliegen oder Bedürfnisse aus der Gruppe. Es zeigte sich, dass es völlig ausreichend war, Spiele, Lieder oder Übungen im Hinterkopf zu haben, um auf spontane und aktuelle Themen eingehen zu können. Dadurch konnte ich mehr und fokussierender in die Tiefe gehen und dem anderen jeweils den benötigten Raum zur Gestaltung überlassen. *Nicht* die methodische und thematische *Quantität*, sondern die *Qualität* machte den Wert und die Ergiebigkeit der Therapieeinheiten aus. Die Freiheit von eigenen Planungen brachte somit mehr Ruhe in den Verlauf der Einheiten und ließ mich auch ruhiger und beruhigender auf die Senioren wirken, wie mir von deren Seiten mehrfach bescheinigt wurde. Die entstandenen Räume der Freiheit taten also auch mir selbst gut. Als ich einmal innerlich angespannt eine Therapieeinheit beginnen musste, konnte ich erleben, wie ich mich während der Therapieeinheit ganz fallen lassen konnte und wie die Senioren selbst am Ende viel ruhiger wurde.

Ich kann an dieser Stelle nur die Selbsterfahrungen von Petra Jürgens bestätigen, die sie als Musiktherapeutin in Gruppen gemacht hat und in Ihrem Aufsatz "Mein Beruf verändert mich" beschreibt. Sie habe sich durch ihre Arbeit "von einem nachdenkenden zu einem wahrnehmenden Menschen verändert"¹³ und verlasse sich heute mehr auf ihre Wahrnehmung. Dabei habe sie als Gruppenleiterin gelernt, zur "Eingrenzung gezwungen"¹⁴ zu sein, sich "aus dem Prozess etwas herauszugreifen" und "den Fokus [zu] suchen". Ja, sie schreibt sogar: "Ebenso habe ich mich frei gemacht von Schuldgefühlen, nicht alles leisten zu können." Bei alledem stellt sie aber auch fest: "Ich gebe im Beruf sehr viel, oft mehr als mein Gegenüber. Dabei entsteht die Gefahr zu autark zu werden, ohne es wirklich zu sein oder sein zu wollen. [...] Es ist nicht leicht, als Gebende den anderen nicht auf das Nehmen zu

¹³ Jürgens, Mein Beruf 189.

¹⁴ Dieses und die drei folgenden Zitate: A.a.O. 185.

reduzieren, und es fordert mir viel mehr Mut und Disziplin ab, mir geben zu lassen, d.h. anderen auch die Möglichkeit des Gebens zu geben.“¹⁵

Der Freiheit in der Methodik und Thematik widersprach dabei keinesfalls, dass immer wiederkehrende Rituale während einer Einheit sehr hilfreich waren. So ließ ich zu Beginn einer Einheit von jedem Klienten eine Klangschale anschlagen. Das vermittelte Ruhe, Sicherheit und das Signal, dass die Therapieeinheit jetzt losgeht. Grundsätzlich aber, wie folgende Ausführungen zeigen, bestätigte sich bei der Arbeit mit den Senioren die bekannte therapeutische Erkenntnis, dass weniger die angewandten Methoden in der therapeutischen Arbeit heilend wirkten, sondern das vertrauensvolle Verhältnis zwischen Therapeut und Klient.

b) Zum Verhältnis zwischen Senioren und Musiktherapeut

Der psychotherapeutische Aspekt meiner Arbeit ist den Senioren nicht bewusst gewesen, zumal ich mich der Gruppe (und den Angehörigen) auch nicht direkt als *Musik-Therapeut* vorgestellt habe. Stattdessen wurde ich von der Gruppe in der Rolle des musikalischen Unterhalters gesehen, der diese durch Lieder, Spiele und Gespräche in Bewegung versetzt, animiert und “Schwung und frischen Wind“ in die Gruppe bringt. Mein junges Alter und Geschlecht – die Gruppe bestand fast nur aus Frauen – verstärkte zudem die psychodynamischen Prozesse der Übertragung. Es ist nicht auszuschließen, dass mich einige Senioren unbewusst oder sogar bewusst als den (stets ersehnten, charmanten) Schwiegersohn oder Sohn (oder Liebhaber?) betrachteten. In dieser Rolle des animierenden “Traum-Schwiegersohnes“ machten sich bei mir durchaus ambivalente Gefühle bemerkbar vor allem in der Beziehung zu einzelnen Senioren.

Bedürftige Seniorin

Eine Seniorin, ich nenne sie Waltraut¹⁶, die durch einen Apoplex vor wenigen Jahren halbseitig gelähmt wurde, begegnete mir oft in einer einnehmenden Bedürftigkeit. Sie suchte intensiv Kontakt und wollte ganz besonders gut wahrgenommen werden. Das äußerte sich darin, dass sie oft nachdrücklich auf meinen Arm klopfte oder meine Hand festhielt. Sofort machte sich mein biographischer Hintergrund bemerkbar: Ihre hohe Bedürftigkeit spürend fühlte ich mich im wahrsten Sinne des Wortes *unangenehm berührt*. Gefühle der Abwehr und leichten Ekels machten sich in mir breit und ich merkte, wie ich mich durch eine Gegenübertragung in die Rolle eines Kindes versetzt fühlte, das – so zumindest vielleicht für mein damaliges Empfinden – einer emotional bedürftigen Mutter oder Großmutter Nähe und Zuwendung zu geben hatte. Wie konnte ich mich nun als Musiktherapeut angemessen und therapeutisch sinnvoll verhalten? Immer wieder spürte ich die Gefahr, in der Rolle eines emotional überforderten Kindes zu reagieren. Entweder ich ließ die Berührungen gehorsam zu, unterdrückte meinen eigenen Widerwillen und bestärkte

¹⁵ A.a.O. 187.

¹⁶ Die Namen der Klienten wurden zu deren Schutz geändert.

die Seniorin in ihrer Art, ihr Nähe-Bedürfnis auf diese Art befriedigen zu können und zu dürfen. Oder ich entzog ihr trotzig meine Hand, mied sogar ihre Blicke und ließ sie unter dem Eindruck sich einschleichender sadistischer Empfindungen in ihren Sehnsüchten unbefriedigt und allein zurück. Bei beiden Reaktionen wäre ich voll aufgegangen in meinen Gegenübertragungen und hätte nicht die Rolle des Therapeuten eingenommen, wie sie mir idealerweise vorschwebte. Ich entdeckte mit der Zeit zwei Wege aus diesem Dilemma. Der eine Weg war der Humor: So fragte ich eines Tages, als sie wieder meine Hand hielt, ob ich ihr vielleicht nicht meine Hand bis zum nächsten Mal da lassen sollte. Sie lachte und antwortete mit einem verständnisvollen "Nein, nein!", und ich konnte meine Hand aus ihrer Umklammerung lösen. Der zweite Weg war das Vertrauen darauf, dass andere Senioren aus der Gruppe ihr Bedürfnis ja auch beantworten könnten und dies auch taten. Tatsächlich gab es immer wieder vor allem eine Seniorin, Hanna mit Namen, die ihr während der Therapieeinheit gerne die Hand zum Halten und Anfassen reichte. Mit der Zeit konnte ich sogar zulassen, in meiner Rolle als begleitender Musiktherapeut auch bewusst ein wenig Nähe zu geben: So klopfte ich ihr manchmal am Ende einer Einheit auf die Schulter, um ihr nochmals extra Zuwendung zukommen zu lassen.

Dominante Seniorinnen

In der Gruppe gab es drei weitere Personen, durch deren Dominanz ich mich in die Rolle eines Kindes versetzt fühlte, das die (vermeintliche) Abhängigkeit von der Anerkennung und dem Wohlwollen dieser Personen spürte. Teilweise lagen hier ganz klar Übertragungen bzw. Gegenübertragungen meinerseits vor. Die Art und Weise der Dominanz war jeweils unterschiedlich koloriert. Senior Harald, übrigens lange Zeit der einzige Mann in der Gruppe, fiel durch seine negativ geprägte Stimmung auf. Er drückte sehr schnell seine Unzufriedenheit mit allem Möglichen aus, kritisierte meine Arbeit, was mich manchmal auch kränkte und ließ häufig eine bedrückte Stimmung entstehen. Hauptsächlich war es Seniorin Gertrud, deren Dominanz mir wiederum zur Hilfe kam: Sie nämlich wies ihn verbal klar vernehmlich in die Schranken. Nicht ohne Dankbarkeit nahm ich dies zur Kenntnis und ließ sie oft gewähren, um diese Aufgabe nicht selber übernehmen zu müssen. Ich war noch nicht frei, in meiner Rolle als Musiktherapeut mit den Unmutsäußerungen von Harald therapeutisch umzugehen und sie im Sinne des Patienten nutzbar zu machen, z.B. jener Person ihre Aussagen zu spiegeln und für eine heilsame Veränderung nach deren Ursachen zu forschen. Im Laufe der Zeit schaffte ich es jedoch immer besser, mit den Unmutsäußerungen umzugehen. Das hieß auch mal, die Endlosschleife an Klagen von Harald bestimmt und klar zu unterbrechen und unangemessene Erwartungshaltungen abzuwehren: "Ich bin kein Dirigent!" sagte ich dann. Manchmal hatte ich auch den Eindruck, dass Harald sein schroffes Verhalten mir gegenüber kurze Zeit später wieder bereute und mich vorsichtig, leicht reuig anschaute. Auch bei jener Person werden im Hintergrund entsprechende Übertragungen gestanden haben, verglich er mich in meinem Wesen doch einmal klar vernehmlich mit seinem Sohn. Hier wäre noch viel Potential gewesen, in der Auseinandersetzung mit Harald mein musiktherapeutisches Rollenprofil zu stärken und Klarheit zu gewinnen. Leider verstarb Harald nach einigen Monaten.

Dafür konnte ich noch eine lange Zeit mit den anderen beiden Seniorinnen Gertrud und Hanna arbeiten, deren Dominanz durch die selbstbewusste Formulierung ihrer Meinungen und Einstellungen zum Ausdruck kam und zumindest bei Gertrud durch geistige Klarheit und Präsenz unterstützt wurde. Bei Seniorin Hanna war diese geistige Klarheit, Präsenz und ihr Selbstbewusstsein nur scheinbar gegeben. Deren Demenz war schon fortgeschrittener und sie spürte den Verlust ihrer geistigen Fähigkeiten durchaus, weshalb es bei ihr zu Gefühlen der Unsicherheit kam. Es kam daher in den Einheiten manches Mal zu unangenehmen Situationen, in denen Hanna mit Gertrud konkurrierte oder kurze, subtile Streitgespräche zustande kamen. Schnell fühlte sich Hanna übervorteilt und zog sich beleidigt zurück, wenn Gertrud aus verschiedenen Gründen mehr Aufmerksamkeit bekam als sie selbst. Das ließ mich manchmal in eine zerrissene Rolle geraten: Ich bestätigte und honorierte beispielsweise Aussagen von Gertrud auch aus Angst, aus deren Gunst zu fallen, geriet aber gleichzeitig in Zugzwang, Hanna nicht zu verprellen und dann deren teilweise laut geäußerten Unmut aushalten zu müssen. Hier spürte ich oft eine große Angst vor Eskalation und war dadurch unfähig, Spannungen zwischen beiden Seniorinnen auszuhalten. Vermutlich war ich in jenen Situationen in Übertragungen gefangen, in denen vielleicht frühere Streitsituationen meiner Eltern zum Ausdruck kamen. Schnell gehorchte ich dann dem Zwang, beide Seiten irgendwie wieder zu beschwichtigen. Hanna weckte in mir aber noch andere Verhaltensmuster. So fing ich ihr gegenüber sehr schnell an, gestellte Aufgaben z.B. als besonders "schwer durchführbar" zu bezeichnen, wenn ich merkte, dass sie an der Durchführung zu scheitern drohte und anschließend Frust und Scham hätte erleben müssen. Hier spürte ich durchaus vermittelt Projektion die eigenen Erfahrungen, die ich mit dem Gefühl von Scham verband und die ich Hanna ersparen wollte.¹⁷ In diesem Falle aber konnte ich im Nachhinein mein schnelles Kommentieren mancher Übungen als "zu schwer" durchaus mit meiner Rolle als Therapeut vereinbaren und als sinnvoll rechtfertigen. Denn was wäre ich für ein Therapeut, wenn ich am Ende einer Einheit meinen Klienten mit einem höheren Maß an Unsicherheit und Frust zurück gelassen lassen hätte, als diese selbst zuvor empfunden hatte? Erleichtert nahm ich aber auch zur Kenntnis, dass Hanna auch Wege fand, ihre eigene Stärke und gewissermaßen Überlegenheit auf eine sehr konstruktive Art und Weise spüren zu können, indem sie der Seniorin Waltraut, von der ich anfangs sprach, immer wieder stärkend die Hand hielt.

Exkurs: Beispiel für eine mich hemmende Übertragung

Wie stark ich als Therapeut von Gefühlen der Übertragung in meinem therapeutischen Verhalten gelenkt wurde, wurde mir vor allem in *einer* Situation auf groteske Art und Weise bewusst: Bei einem Spiel, das ich mit der Gruppe durchführte, sollten alle rhythmisch auf den Tisch klopfen, an dem sie jeweils in jeder Therapie-Einheit saßen. Nun waren alle Tische eng zusammengestellt und miteinander verbunden, so dass heftige Vibrationen durch die Tische weitergegeben werden konnten und effektiv jeder Teilnehmer der Gruppe spüren

¹⁷ Ich zähle es zu einer meiner Grundsätze bei der therapeutischen Arbeit, Menschen das Gefühl von Scham, wenn es nur irgendwie möglich ist, zu ersparen, da empfundene Scham oder die Angst, Scham zu empfinden, Menschen dazu bringt, sich zu verschließen und dadurch heilende therapeutische Prozesse zu unterbinden.

konnte, wenn am anderen Ende der Tischkonstruktion jemand stark auf den Tisch klopfte. Nun gab es eine Seniorin in der Gruppe, 104-jährig (!), die in der Regel die gesamte Zeit über den Kopf auf einen Tisch gelegt vor sich hin döste. Im Laufe der Klopfübung merkte ich, wie meine Angst stieg, jene 104-jährige Seniorin durch lautes Klopfen zu wecken und ihren Zorn zu erregen, den ich bei einer anderen Gelegenheit einmal zu spüren kam. *Ich brach daher das Spiel vorzeitig ab.*

c) Die Zusammenarbeit mit dem restlichen Personal

Der Umgang mit Unterbrechungen

Es war vor allem ein Thema, das mich bezogen auf das Verhältnis zu dem übrigen Personal des Hauses in meiner Rolle als Musiktherapeut herausforderte: Die Frage des Umgangs mit häufigen Unterbrechungen während der Therapieeinheiten. Am Anfang habe ich es versäumt, dem Personal des Hauses unmissverständlich klar zu machen, dass die einmal in der Woche stattfindende therapeutische Arbeit mit einer Seniorengruppe keine Unterbrechungen von außen verträgt, wenn eine solche Arbeit denn sinnvoll sein soll. Daher kam es vor allem in den ersten Monaten immer wieder zu Unterbrechungen seitens des Personals und sogar des Heimleiters aus völlig unterschiedlichen Gründen. Mich hat das im Laufe der Zeit irritiert und auch geärgert. Meiner Co-Therapeutin sind solche Unterbrechungen schon länger bekannt gewesen und sie ärgerte sich daher schon länger und anscheinend auch stärker darüber. Wie ich schnell von ihr erfuhr, waren sie u.a. das Symptom eines problematischen kollegialen Verhältnisses zwischen dem Pflegepersonal und der Co-Therapeutin. Die Unterbrechungen hatten somit stets immer auch den Charakter von Sabotage *ihrer* Arbeit. Was war nun meine Rolle als Therapeut? Wie hatte ich mich zu verhalten? Ich lehnte mich zunächst erleichtert zurück und sagte mir, dass ich ja nicht Teil dieses Problems war und auch nicht sein wollte. Wie im Kontrast zu den Reaktionen der Co-Therapeutin reagierte ich daher umso gelassener und besonnener, wenn es mal wieder zu solchen Unterbrechungen kam, weil ich wusste, dass meine Co-Therapeutin sich ja schon genug ärgerte und sich teilweise für mich freudschämte. Und vielleicht würde ich ja, so sagte ich mir, durch meine Ruhe beim Personal ein solches Maß an Sympathie gewinnen, was dazu führen könnte, dass die Unterbrechungen aufhörten. Ich irrte mich. Doch wiederum war ich erleichtert, als ich erfuhr, dass die Co-Therapeutin die Sache nun endgültig in die Hand nehmen und durch offizielle Gespräche dafür sorgen würde, dass ich meine Therapieeinheiten ungestört durchführen könnte. Neben Gefühle der Erleichterung mischten sich bei mir jedoch sogleich Gefühle der Niedergeschlagenheit: Ich hatte nicht den Mut aufgebracht, dieses Problem der Unterbrechungen selber bei den jeweils verantwortlichen Personen freundlich, klar und direkt anzusprechen. Nur manchmal, wenn mein Gemüt aus verschiedenen Gründen nur eine geringe Toleranzschwelle für Unterbrechungen hatte, schaffte ich es, die Energie meines Ärgers zu nutzen. Ich konnte dann die klare Bitte äußern, dass ich wünschte, nicht unterbrochen zu werden.

Kritik an dem Verhalten der Co-Therapeutin

Die ständigen Unterbrechungen kamen aber nicht nur von außerhalb der Therapieeinheiten, sondern auch von innen, von Seiten der Co-Therapeutin. Viel zu oft und zu schnell intervenierte diese in den Einheiten, beantwortete meine an die Runde gestellten Fragen, erzählte eigene Erlebnisse und Geschichten oder kommentierte die entsprechenden Antworten der Senioren. Ich bemerkte, dass ich von vornherein mit meiner Co-Therapeutin nicht klar genug über unsere Rollenverteilung gesprochen hatte. Und obwohl diese mehrere Male ehrlich, ruhig und sehr entgegenkommend mich dazu ermutigte, ihr zu sagen, wenn sie in der Einheit zu viel redete, ist es mir bis jetzt sehr schwer gefallen, sie um mehr Zurückhaltung in den Einheiten zu bitten. Stets hatte ich die Angst, meine Co-Therapeutin zu verletzen und einen enttäuschten, weil zurückgestoßenen Menschen zu hinterlassen, die mich lange zögern ließ, jene Bitte um mehr Zurückhaltung zu äußern. Vermutlich liegt hier eine Mutter-Übertragung im Hintergrund vor. Diese wurde verstärkt durch bestimmte Verhaltenszüge der Co-Therapeutin, die im Rahmen einer professionellen Arbeitsbeziehung zu mir einen engen und vertrauensvollen Kontakt zu mir suchte und dabei auch harmlose, körperliche Berührungen nicht scheute. Diese Berührungen empfand ich teilweise als unangenehm und übergriffig, weshalb Gefühle der Abwehr in mir aufkamen. Grundsätzlich jedoch war ich während meiner Arbeit sehr dankbar, eine so treue, reflektierte und für Auswertungsgespräche so bereitwillig zur Verfügung stehende Co-Therapeutin an meiner Seite zu haben.

5.3. Fazit

In der therapeutischen Arbeit mit jener Seniorengruppe stehe ich noch heute. In Kurt F. Richters Sinne der Aufgabenteilung in meiner Rolle als begleitender Musiktherapeut ist es mir in der Arbeit mit Senioren teilweise gut gelungen, Beziehungshilfe zu geben (a)). Das Aufzeigen von Beziehungsmustern (b)) und deren Klärung (c)) konnte bisher jedoch aufgrund der dementiellen Erkrankungen der Klienten und des damit verbundenen teilweise äußerst stark reduzierten Bewusstseins- und Reflexionsniveaus nur äußerst rudimentär stattfinden. Überdies verließen und verlassen immer wieder einzelne Senioren die Gruppe, weil sie sterben, und neue kommen hinzu, so dass sich über einen längeren Zeitraum die Gruppendynamik beständig ändert und die Rollen innerhalb der Gruppe neu besetzt werden.

6. Offen gebliebene Herausforderungen

Dorothea Oberegelsbacher formuliert in ihrem Aufsatz "Beruflich Identität": "Ein anfangs erhaltenes Rüstzeug reicht einige Zeit aus, um gut durch die ersten Berufsjahre zu kommen. Dann jedoch streben Selbstvertrauen und Kompetenz kontinuierlich einem Tiefpunkt zu. Erst nach mindestens 15 Berufsjahren oder infolge einer zusätzlichen Psychotherapie-Ausbildung steigen Kompetenz und Selbstvertrauen wieder an (Gold 2003, 297f)."¹⁸ Von den 15 Berufsjahren Erfahrung bin ich noch weit entfernt. Erwartet mich auch noch solch eine Tiefpunkterfahrung? Wie man meinem Arbeitsbericht entnehmen kann, bin ich selber schon sehr selbstkritisch und unsicher in die musiktherapeutische Praxis *eingestiegen*. Da man sich

¹⁸ Oberegelsbacher, Berufliche Identität 291.

vom Abgrund nur abstoßen kann, sieht die Zukunft meiner therapeutischen Arbeit vielleicht nicht ganz so schwarz aus, wie Dorothea Oberegelsbacher sie vorstellt. Wie hat sich nun meine Rolle als Musiktherapeut bzw. wie habe *ich* mich in der Rolle eines Musiktherapeuten in den letzten Jahren entwickelt?

Ich bin mutiger geworden, zu akzeptieren, dass ich als Musiktherapeut nicht mit allen Arten von Klienten gleich gut arbeiten können muss: Nicht alle Arten von Klienten passen gut zu mir. Dadurch bin ich auch freier geworden, vor allem die Eigenschaften meiner *Persönlichkeit* dazu zu nutzen, die Therapieeinheiten zu gestalten. Das erlebe ich als äußerst fruchtbar für die therapeutische Arbeit. Dadurch bestätigen sich die beiden anfangs formulierten therapeutischen Einsichten: erstens, dass es das *Vertrauensverhältnis* zwischen Therapeut und Klient ist, das durch die musiktherapeutische Methode und deren konkrete Anwendung in Spielen etc. hindurch heilend wirkt; und zweitens, dass das Vertrauensverhältnis und die heilende Wirkung umso mehr wachsen, je mehr sich der Therapeut als Musikinstrument selber kennt und entsprechend bewusster und persönlicher in die Arbeit einbringen kann.

Damit verbunden ist der wachsende Mut, die Klienten bzw. Patienten die Therapieeinheiten mit ihren eigenen Impulsen, Ideen und Bedürfnissen gestalten zu lassen und darauf zu vertrauen, dass sich eine heilende therapeutische Dynamik entwickeln wird. Dennoch bleibt gewiss die Notwendigkeit bestehen, mich mit der musiktherapeutischen Methodik auch weiterhin vertraut zu machen, indem ich noch mehr konkrete Spiele und Übungen erlerne und dadurch ausreichend Werkzeuge und Material an die Hand bekomme, um in meiner Rolle als Musiktherapeut entsprechend besser auf die von den Klienten gemachten "Angebote" reagieren und agieren zu können. Um meine Rolle als Musiktherapeut besser wahrnehmen zu können, sehe ich neben dem Erlernen von konkreten Spielen, einem besseren Gitarrenspielen, einem gewissenhafteren Anfertigen von Evaluierungsbögen und dem ruhigeren und verständlicheren Erklären vom Spielen und Spielabläufen außerdem an folgenden Punkten Entwicklungsbedarf:

1) Ich möchte mehr darauf vertrauen können, dass ich Situationen und Konfrontationen mit Klienten, die von Ärger und Spannungen geprägt sind, auch über einen längeren Zeitraum aushalten kann.

2) Ich möchte mehr Selbstbewusstsein entwickeln gegenüber Mitarbeitern und Co-Therapeuten, klarer und vor allem früher eigene Bedürfnisse ausdrücken und Grenzen ziehen zu können.

3) Vor allem bei meiner jetzigen Arbeit in dem kleinen Pflegeheim möchte ich bei der Zusammenarbeit mit der Co-Therapeutin noch besser lernen, meine Rolle als leitender Therapeut in der Gruppe klarer zu definieren und zu leben und wiederum die Co-Therapeutin in die "ihrige" als eine *begleitende* Therapeutin zu "verweisen". Dabei gilt es, der beständigen Versuchung zu widerstehen, ihre Interventionen deswegen erleichtert

zuzulassen, weil ich somit meine eigene Unsicherheit während der Therapieeinheiten nicht spüren muss, die sich einstellt, wenn ich im Verlauf einer Einheit nicht weiter weiß.

Bei all diesen Lern- und Entwicklungszielen, die natürlich nie zu Ende kommen, betrachte ich es als sinnvoll, über die Ausbildung in Siegen hinaus weiterhin Supervision in Anspruch zu nehmen.

Grundsätzlich halte ich mir auch für die Zukunft die beruhigende und ermutigende Erkenntnis vor Augen, die Dorothea Oberegelsbacher bzgl. der Entwicklung der therapeutischen Identität formuliert: "Eine kritische Unterscheidung jener Lehrinhalte, die rückblickend brauchbar sind, und jener, die verworfen, abgewandelt oder noch erworben werden müssen, kennzeichnet die Integration in eine eigene Identität. Es geht um einen lebenslangen Entwicklungsprozess (Oberegelsbacher/Rezzadore 2003, 122f)."¹⁹

¹⁹ Ebd.

Literaturverzeichnis

- Bunt, Leslie:** Musiktherapie. Eine Einführung für psychosoziale und medizinische Berufe, Weinheim 1998.
- Jürgens, Petra:** Mein Beruf verändert mich. Der Einfluss von Musik und Gruppenleitung auf die Person des Musiktherapeuten, 184-191; in: Ressourcenorientierte Musiktherapie. Materialien zur Tagung „Musiktherapie – Lebensgenuss – Freude - ?“ April 2000. (Crossener Schriften zur Musiktherapie, Band XII, hrsg. von Christoph Schwabe und Ingeborg Stein, Crossen 2000).
- Kapteina, Hartmut:** Ambulante Suchtkrankenberatung und –behandlung, 8-13; in: Lexikon Musiktherapie, hrsg. von Hans-Helmut Decker-Voigt u.a., Göttingen u.a. 1996.
- Loos, Getrud Katja:** Therapeutische Liebe, 392-395; in: Lexikon Musiktherapie, hrsg. von Hans-Helmut Decker-Voigt u.a., Göttingen u.a. 1996.
- Maaz, Hans-Joachim:** Was macht krank in unserer Gesellschaft?, 24-39; in: Ressourcenorientierte Musiktherapie. Materialien zur Tagung „Musiktherapie – Lebensgenuss – Freude - ?“ April 2000. (Crossener Schriften zur Musiktherapie, Band XII, hrsg. von Christoph Schwabe und Ingeborg Stein, Crossen 2000).
- Mund, Frank:** Lebensgenuss und Freude – in der Musiktherapie Suchtkranker?, 348-361; in: Ressourcenorientierte Musiktherapie. Materialien zur Tagung „Musiktherapie – Lebensgenuss – Freude - ?“ April 2000. (Crossener Schriften zur Musiktherapie, Band XII, hrsg. von Christoph Schwabe und Ingeborg Stein, Crossen 2000).
- Oberegelsbacher, Dorothea:** Berufliche Identität, 290 – 293; in: Lehrbuch Musiktherapie, München 2012.
- Richter, Frank:** Erzählweisen des Körpers. Kreative Gestaltarbeit in Therapie, Beratung, Supervision und Gruppenarbeit, Seelze-Velber 1997.
- Spitzer, Manfred:** Musik im Kopf. Hören, Musizieren, Verstehen und Erleben im neuronalen Netzwerk, Stuttgart 2002.