

Möglichkeiten der Selbstobjektdifferenzierung im Kontext der „Musik-imaginativen Schmerzbehandlung“

Exemplarisches Fallbeispiel einer Patientin mit Anhaltender somatoformer
Schmerzstörung im stationären Aufenthalt in der Psychosomatik

Possibilities of Self-Object Differentiation in Relationship to „Pain Management and Entrainment“

Exemplary Case Study of a Patient with Persistent Somatoform Pain Disorder,
Hospitalised on a Psychosomatic Ward

Ruth Liesert, Hamburg

Ausgehend von der klinischen Praxis werden in diesem Beitrag erste Gedanken zur Musik-imaginativen Schmerzbehandlung im Hinblick auf frühe und reife Selbstobjektbeziehungen bei Patienten mit der Diagnose Anhaltende somatoforme Schmerzstörung im stationären Aufenthalt in der Psychosomatik ausgeführt.

Anhand einer Kasuistik wird exemplarisch erläutert, wie die Struktur der Musik-imaginativen Schmerzbehandlung bei der Behandlung der Patientin Selbstobjektfunktion gewähren und welche psychodynamischen Prozesse sie bewirken kann. Das Schmerzsymptom kann sowohl als Schutzgrenze zwischen Selbst und Objekt als auch als Ausdruck der Ambivalenz der Sehnsucht nach Nähe und der gleichzeitigen Angst vor dem verschlingenden Objekt bewusst werden.

In this paper initial thoughts of Pain Management and Entrainment are viewed, based upon clinical practice regarding early and mature self-object relationships in patients diagnosed with Persistent Somatoform Pain Disorder, hospitalised on a psychosomatic ward.

Based on an exemplary case study, it will be explained how the structure of Pain Management and Entrainment grants self-object functions when treating patients, along with the consequently resulting psychodynamic processes. The symptom of pain is recognised as a protecting border between self and object as well as expressing both the ambivalence of desiring closeness and the simultaneous fear of the overwhelming object.

Einleitung

Ausgangspunkt der folgenden Gedanken ist meine klinische Praxis in der Psychosomatik der Schön Klinik Hamburg Eilbek. Das Beschwerdebild der Anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gehört hier zum Spektrum der behandelten Erkrankungen. Die Erfahrungen mit der Musik-imaginativen Schmerzbehandlung (im Folgenden MIS genannt) insbesondere bei Patienten mit dieser Diagnose sind interessant und erfolgversprechend. Die Methode scheint in ihrer Komplexität den besonderen Anforderungen bei der Behandlung hilfreich zu sein. Die Frage, warum das so ist, führte zum Nachdenken über die psychodynamischen Zusammenhänge in der Behandlung und zum psychoanalytischen Konzept des Selbst.

Die Musik-imaginative Schmerzbehandlung

Die MIS wurde in den USA unter der Bezeichnung „Pain Management and Entrainment“ von Cheryl Dileo und Joke Bradt entwickelt. In Deutschland wird sie von Susanne Metzner verbreitet, erweitert und fundiert (vgl. Metzner 2008). Sowohl in den USA als auch in Deutschland ist die Methode beforscht worden (vgl. Bradt 2001; Metzner et al. 2008; Schrauth 2010).

Ausgangspunkt für die Methode ist das Symptom des Schmerzes. Im Mittelpunkt stehen jedoch nicht die Symptomatik des Schmerzes, sondern das subjektive Erleben des Patienten¹ und das gesamte bio-psycho-soziale Bedingungsgefüge (vgl. Metzner 2008, 37).

Die Behandlung umfasst in der Regel drei bis vier Sitzungen, die sich in das Schmerzinterview, die Komposition einer Schmerz- und Linderungsmusik, die Anwendungsphase und das Nachgespräch gliedern. Die vier einzelnen Schritte gehen in der Praxis häufig ineinander über.

In meiner praktischen musiktherapeutischen Tätigkeit erfuhr die Struktur der MIS eine Modifikation, die mit der Schwere der Erkrankung zusammenhängt, mit der die Patienten stationär aufgenommen werden. Im Unterschied zur ambulanten Behandlung mit der MIS bietet der stationäre Aufenthalt die Möglichkeit, nahe an der situativen physischen und psychischen Verfassung eines Patienten während der laufenden Behandlung die Gewichtung und zeitliche Länge der einzelnen Schritte zu dosieren. Dadurch ist die Behandlung mit der MIS auch bei Patienten möglich, die mit der Schwere des Leidens und ihrer Persönlichkeitsstruktur im ambulanten Setting nicht mit der MIS behandelt würden.

Wenn die MIS in ihren vier Schritten durchlaufen ist und der stationäre Aufenthalt des Patienten andauert, wird i. d. R. in weiteren Musiktherapiesitzungen das in der MIS Erarbeitete fortgeführt und vertieft.

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verzichte ich auf die weibliche Form, die gleichermaßen jeweils mit gemeint ist.

Im Folgenden erläutere ich die Abfolge der einzelnen Schritte.

Nach einem Vorgespräch findet das Schmerzinterview statt. Der Patient wird nach seiner Schmerzsymptomatik und allen damit zusammenhängenden Informationen befragt. Dazu gehören die bisher unternommenen Behandlungsversuche, die Bewältigungsstrategien, das Erklärungsmodell des Patienten und die Auswirkungen der Erkrankung auf alle Lebensbereiche. Die Ziele und Erwartungen des Patienten an die Behandlung werden besprochen.

Die Patienten in der stationären Psychosomatik werden im Kontext der Aufnahme bereits nach ihrem Beschwerdebild befragt, so dass sich manches davon im Schmerzinterview wiederholt oder ausgelassen wird. In jedem Fall festigt das Schmerzinterview die therapeutische Beziehung. Auch zeigt sich in ihm u. U. der Widerstand des Patienten, sich dem Schmerz anzunähern oder sich mit ihm zu beschäftigen. Dies kann zu einem wichtigen Thema vor allem in der Anfangsphase der MIS werden. Danach wird der Patient gebeten, seinen Schmerz hinsichtlich Intensität, Farbe, Form und Beschaffenheit zu beschreiben.

Frau Olme², eine 75jährige Patientin, beschreibt ihren Schmerz als vom Rücken in die linke Körperseite ausstrahlend, wie eine Krake, deren Tentakeln vom Rücken nach vorn ins Bein wachsen. Der Po und das Bein bis zum großen Zeh fühlten sich taub an. Sie habe wenig Kraft im Bein. Das Zentrum des Schmerzes habe eine längliche runde Form und sei aus knochenartigem schwarzem Material. Es sei ein Gefühl, als ob etwas aneinander reibe und sich hineinbohre.

Im anschließenden Schritt der Komposition, die gemeinsam mit der folgenden Anwendungsphase der Kernpunkt der Behandlung ist, findet der Patient die musikalischen Parameter, die sowohl für den Schmerz als auch für die Linderung des Schmerzes stehen. Dazu gehören der Klang der Töne, das Tempo und die Dynamik, die Tonhöhe, Tonanzahl und die Artikulation der Töne. Die passenden Instrumente werden ausgewählt. Der Therapeut unterstützt den Patienten dabei.

In der Anwendungsphase spielt der Therapeut für den Patienten die Schmerz- und die Linderungsmusik ohne Pause nacheinander. Der Patient liegt dem Therapeuten zugewandt und dirigiert diesen. Er kann durch zuvor verabredete Handzeichen Dynamik und Tempo beeinflussen. In jedem Fall gibt er mit den Zeichen die Dauer der Musikstücke an. Diese werden als Audiodatei mitgeschnitten, bearbeitet und dem Patienten im Nachhinein als CD gegeben.

Das Nachgespräch dient der Reflexion und Integration des Erlebten. Meist wird die Musiktherapie für die Dauer des stationären Aufenthaltes fortgesetzt.

Die Komposition der Musikstücke wie auch die Anwendungsphase ist in dieser komplexen Behandlungsmethode das Kernstück und nach meiner Erfahrung stellt die Anwendungsphase einen Kulminationspunkt dar. Einzelne Teile der Behandlungsschritte lassen sich auch in anderen Behandlungsmethoden finden. Ver-

2 Alle Namen und Identitäten von Patienten wurden zum Schutz dieser Arbeit verändert.

einfach gesagt, exploriert der Arzt die Schmerzen, der Psychologe die Affekte, der Kunsttherapeut die Bilder, die der Patient mit seiner intrapsychischen Situation verbindet und der Bewegungstherapeut wird die körperliche Dimension fokussieren.

Der Musiktherapeut hingegen kann dem Patienten helfen, die sprachliche Grenze des Ausdrucks zu überschreiten und das Erleben des Schmerzes und die fantasierte Linderung des Schmerzes auszudrücken. Die Kombination der einzelnen Schritte in der MIS, die Komposition des Schmerzes und dessen Linderung sowie das Spielen der Schmerz- und Linderungsmusik durch den Therapeuten in der Anwendungsphase sind die große Besonderheit der MIS.

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung

Laut Internationaler Fachgesellschaft International Association of the Study of Pain (IASP) wird Schmerz folgendermaßen definiert: Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserleben, das mit aktueller oder potenzieller Gewebsschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen beschrieben wird. Demnach ist der Schmerz ohne organischem Korrelat eingeschlossen. Diese Art des Schmerzes, der psychogene Schmerz, ist das entscheidende Charakteristikum der Erkrankung Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ASS).

Laut ICD 10, das hauptsächlich in dieser Klinik zur Klassifikation der Diagnose herangezogen wird, ist die ASS unter F45.4 folgendermaßen beschrieben: „Die vorherrschende Beschwerde ist ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann. Der Schmerz tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf. Diese sollten schwerwiegend genug sein, um als entscheidende ursächliche Einflüsse zu gelten. Die Folge ist gewöhnlich eine beträchtliche persönliche oder medizinische Betreuung oder Zuwendung“ (Dilling, Mombour, Schmidt 2010, 207).

In Hoffmann und Hochapfel wird zusammengefasst: Die ASS „ist ein eigenständiges, in der Regel chronifizierendes und zugleich schwer zu behandelndes Syndrom, gekennzeichnet durch erhebliche Schmerzen an unterschiedlichen Lokalisationsorten ohne eine hinreichend erklärende organische Ursache“ (Eckhardt-Henn et al. 2009, 290). Von der Schmerzsymptomatik kann jedes Organ oder jede Körperstelle betroffen sein.

Zum Krankheitsbild gehört, dass die Patienten trotz einer Odyssee von Arzt zu Arzt keine befriedigende Linderung erreichen können. Es kommt vor, dass die Folgen mehrfacher Operationen, die in der Indikation nachträglich fragwürdig scheinen, ursächlich zur Aufrechterhaltung des Schmerzgeschehens beizutragen scheinen (vgl. ebd., 294).

Den Patienten fällt es zunächst schwer, psychische Faktoren als Genese der Schmerzen in Erwägung zu ziehen. Das Festhalten an einer somatogenen Krankheitstheorie ist dem Krankheitsbild immanent.

Die ASS ist psychodynamisch gesehen „das komplexe Resultat einer Fehlverarbeitung von psychosozialen Konflikten und Traumen“ (Eckhardt-Henn et al. 2009, 296). In der Vorgeschichte der Patienten sind depravierende emotionale Verhältnisse mit einem Mangel an emotionaler Zuwendung und früher Leistungsanforderung und körperliche und/oder sexueller Missbrauch gehäuft zu finden (vgl. Henningsen et al. 2002, 42, 172 f.).

Diese frühen Erfahrungen führen zu Stress, der psychobiologisch zu einer Schädigung des Stressverarbeitungssystems führt. Im späteren Leben versuchen die Patienten eine Kompensation ihrer Defizite durch erhöhte Aktivität und Leistungsbereitschaft zu erreichen. Diese kann nur in eine ständige Überforderung münden, weil ihnen die Verarbeitung von Stress schlecht gelingt. Somit befinden die Patienten sich in einem *circulus vitiosus*. Häufig handelt es sich um Menschen, die ein sehr aktives und leistungsbezogenes Leben geführt haben, in dem sie sich krankheitsbedingte Auszeiten nicht gestatteten. Schließlich führt ein belastendes Ereignis zur Dekompensation (vgl. Eckhardt-Henn et al. 2009, 294 f.).

Der weitere Verlauf führt meist zu Vereinsamung, Arbeitsunfähigkeit mit Arbeitsplatzverlust und ökonomischen Nöten. Das Leiden vermindert insgesamt die Lebensqualität. In der therapeutischen Beziehung der Patienten zu ihren Behandlern manifestiert sich die Not der Patienten häufig in negativen Gegenübertragungsgefühlen wie Ärger, Wut, Ungeduld, Hilflosigkeit und Ohnmacht. Komorbide besteht eine Disposition für Depressions-, Angst- und Panikstörungen sowie für Substanzmissbrauch und Persönlichkeitsstörungen (vgl. Henningsen et al. 2002, 169; Egle et al. 2003, 150 f.).

Für Deutschland hat die ASS eine Lebenszeitprävalenz von 12,3%, d. h., etwa jeder achte Deutsche muss sich in seinem Leben mit der Erkrankung auseinandersetzen (Eckhardt-Henn et al. 2009, 296).

Fallbeispiel und theoretische Wendungen

Die psychosomatische Abteilung der Schön Klinik Hamburg Eilbek umfasst drei Stationen. Die Aufenthaltsdauer der Patienten beträgt im Schnitt 5 bis 6 Wochen. Die Behandler teams bestehen aus je einem ärztlichen und psychologischen Kollegen und den Kollegen der sog. Fachtherapien. Diese werden durch die Sozialtherapie, Bewegungstherapie, Kunsttherapie und Musiktherapie vertreten. Der theoretische Hintergrund der Kollegen ist sowohl verhaltenstherapeutisch als auch psychodynamisch orientiert. Letzterem bin ich als Musiktherapeutin verbunden.

Wenn das Team gemeinsam die Entscheidung getroffen hat, dass ein Patient die MIS erhalten soll, findet ein Vorgespräch zwischen Patient und Musiktherapeutin

statt. Dieses dient der Information des Patienten, dem Beziehungsaufbau und der sehr sorgfältigen Überprüfung der Indikation.³ Eine Patientin mit der Diagnose ASS, die stationär aufgenommen wurde und im Rahmen der musiktherapeutischen Behandlung die MIS erhielt, war Frau Fein. Über sie möchte ich ausführlicher berichten. In ihrer Behandlung zeigen sich besonders transparent wichtige Aspekte des Prozesses in der MIS, wie sie bei anderen Patienten mit Abweichungen in Qualität und Quantität ähnlich in Erscheinung treten.

Die 45jährige Patientin kam insgesamt zu drei stationären Aufenthalten in die Klinik. Mit der MIS wurde sie während ihres zweiten und dritten Aufenthaltes behandelt.

Im Rahmen der Kasuistik aus der ersten MIS lege ich im Folgenden den Fokus auf die Selbstobjekterfahrungen im Kontext der ASS. In der Kasuistik ihrer zweiten Behandlungssequenz werde ich auf die Funktionalität des Schmerzes eingehen. Dabei wechsele ich zwischen Fallbeispiel und theoretischen Überlegungen.

Frau Fein: Erste MIS

Frau Fein ist eine schlanke Frau mit ernstem Gesichtsausdruck. Wegen der Schmerzen ist es ihr nicht möglich zu sitzen und so geht sie deutlich schmerzgeplagt im Raum auf und ab, während sie berichtet.

Sie bewohne mit ihrem fast erwachsenen Sohn eine Doppelhaushälfte. Ihre Mutter lebe im Nachbarhaus. Die Eltern haben sich getrennt, als sie ein Jahr alt war. Ihrem Vater sei sie kurz vor seinem Tod vor drei Jahren wieder begegnet. Ihre eigene Ehe sei vor Kurzem geschieden worden.

Gezwungenermaßen habe sie ihre Arbeitszeit wegen der Schmerzen reduziert, was zur Kündigung geführt habe. Seitdem plagen sie finanzielle Nöte. Der Freundeskreis habe sich stark reduziert, da sie nicht mehr weggehen könne.

Schon sehr lange leide sie unter Hautnervenreizungen. Eines Morgens vor vier Jahren sei sie aufgewacht mit den Schmerzen, die sie seitdem nicht mehr losgelassen haben. Vielfache Untersuchungen und Behandlungen haben keine Linderung gebracht. Erst habe sie unter Verspannung im Nackenbereich gelitten, nun habe sich der Schmerz am ganzen Körper manifestiert. Sie habe sich immer zu viel zugemutet, nun könne der Körper wohl nicht mehr. Sie wolle in der Klinik das Trazepam⁴ reduzieren. Sie wünsche sich Selbstakzeptanz und Selbstliebe, beides sei schwierig.

3 Unter Berücksichtigung der Vulnerabilität der Patienten und der Vorgeschichte kann die Behandlung zu jedem Zeitpunkt unterbrochen oder abgebrochen werden. Erfahrungsgemäß kann der Patient davon profitieren, wenn eine Bearbeitung des Abbruchs erfolgt. Vorteil des stationären Settings ist, dass das Tempo der Behandlung den Bedürfnissen des Patienten angepasst werden kann und der Patient in (möglichen) Krisen jederzeit einen Ansprechpartner zur Seite hat.

4 Medikament aus der Gruppe der Benzodiazepime, Nebenwirkung ist Abhängigkeit.

Die Patientin spricht ausdrücklich von Selbstakzeptanz und Selbstliebe. Andere Patienten drücken dies nicht explizit aus, jedoch führten mich auch ihre Verläufe zum Nachdenken über das Selbst.

Wie kommt es dazu, dass ein Mangel an Selbstliebe entsteht? Antworten können in den Konzepten des Selbst gefunden werden.

Der Terminus des Selbst

Der Begriff des Selbst ist auf Hartmann zurückzuführen, der ihn einführte, um der Doppeldeutigkeit des Terminus' „Ich“ zu entgehen. „Ich“ bezeichnete sowohl einen Teil einer Gesamtperson als auch die Gesamtperson selbst. Hartmann verstand unter dem Begriff „nur die Selbstrepräsentanz, also die Summe der inneren Bilder von sich selbst“ (Mentzos 1997, 41). Später entwickelte sich daraus eine intrapsychische Struktur, ein „Selbstsystem, welches die Aufgaben der Regulierung des Selbstwertgefühls übernimmt“ (ders., 41).⁵

Selbstobjekte und Selbstkonstitution

Für die Konstituierung und Aufrechterhaltung des Selbst bedarf jeder Mensch Zeit seines Lebens Selbstobjekte. Mit Selbstobjekten sind Objekte gemeint, die vom Subjekt so erlebt werden, dass sie das Selbstgefühl wecken oder seiner Aufrechterhaltung dienen.

In der frühen Kindheit werden Selbstobjekte, bzw. das primäre Objekt als Selbstobjekt, als Teil des inneren Objektes, also vom Selbst nicht unterschieden erlebt. Indem Eltern dem Kind als Selbstobjekte zur Verfügung stehen, tragen sie zu einer normalen Entwicklung bei.

Selbstobjekte können belebte und unbelebte Objekte sein. So kann auch die Musik als reifes Selbstobjekt dienen, die sich jemand nach einem schweren Arbeitstag abends zu Hause im Sessel anhört. Jede gehörte oder improvisierte Musik im Rahmen der musiktherapeutischen Beziehung hat, wenn sie nicht als bedrohlich und intrusiv erlebt wird, für den Patienten (und oft auch für den Therapeuten) Selbstobjektfunktion. So kann die Musik wie auch ein menschliches Gegenüber wichtige Funktionen als Selbstobjekt übernehmen.

Diese Funktionen sind „Einstimmung auf Affektzustände; Validierung der subjektiven Erfahrung – einschließlich vorübergehender Identifizierung mit der «Richtigkeit» der Wahrnehmungen des Kindes oder Patienten; Affekt-Containment, Spannungsregulation und Beruhigung; Stützung und Organisation oder

5 Für die Musiktherapie relevante Vertreter, die sich mit der Konstituierung des Selbst beschäftigt haben, sind u. a. Klein, Bion, Winnicott, Balint, Kohut und Stern (Tüpkler 2003, 103). Hinzufügen möchte ich Fonagy.

Wiederherstellung eines geschwächten Selbstgefühls, das durch ein Versagen des Selbstobjekts in seiner Kohärenz beeinträchtigt wurde, sowie Anerkennung der Einzigartigkeit und des kreativen Potentials“ (Bacal, Newman 1994, 280).

In der frühen Entwicklung begleiten Eltern ihre Kinder in Selbstobjektfunktion, wenn sie beispielsweise dem Kind, das Angst hat, die Erfahrung vermitteln, dass es beruhigt werden kann. Wenn das Kind diese Erfahrung häufig genug machen kann, wird es mehr und mehr diese Erfahrung internalisieren und die Fähigkeit zur Selbstberuhigung und Selbsttröstung entwickeln. In diesem Prozess internalisiert das Kind Aspekte der Selbstobjektfunktion. Kohut verwendet dafür den Terminus der „umwandelnden Verinnerlichung“ (Kohut 1989, 110f). Bion, ein weiterer Vertreter der Selbstpsychologie, beschreibt diesen Vorgang mit dem container/contained-Modell. Ihm zufolge heißt es: „Die Entwicklung vollzieht sich normal, wenn die Beziehung Säugling – Brust es dem Kinde erlaubt, ein Gefühl – etwa das Gefühl zu sterben – in die Mutter zu projizieren und es dann wieder zu reintrojizieren, nachdem es durch seinen Aufenthalt in der Brust für die kindliche Psyche tragbar geworden ist“ (Bion 2002, 232).

Die Projektionen des Kindes abstrahiert er zu Beta-Elementen. „[...] das Kind identifiziert den mütterlichen Container projektiv mit einem Beta-Element. Eine Haltung der Reverie, d. h. einer «träumerischen Gelöstheit», in der in liebevoller Weise über das Kind phantasiert werden kann, befähigt die Mutter, das Element aufzunehmen.⁶ Durch ihre «Alphafunktion» transformiert die Mutter das Beta-Element in ein Alpha-Element, welches das Kind in sich behalten und psychisch verarbeiten kann. [...] Gleichzeitig mit der Reintrojektion von in Alpha-Elemente verwandelten Beta-Elementen introjiziert das Kind auch den Containingprozess der Mutter und kann sich so mit der Zeit eine eigene Alphafunktion aufbauen“ (Mitzlaff 2008, 63). Was Bion als Alphafunktion der Mutter beschreibt, sind fundamentale Selbstobjekterfahrungen in der frühen Entwicklung.

Hinreichend gute Selbstobjekterfahrungen sind Voraussetzung für eine gesunde Konstituierung des Selbst. Wenn das Kind jedoch die primären Objekte in ihrer Selbstobjektfunktion als unzuverlässig und nicht verfügbar erlebt, wird sein Selbst anfällig für eine pathologische Entwicklung. Auftretende Defizite bei der Konstituierung des Selbst dispositionieren für Psychopathologien bei späterer Belastung (s. Bacal, Newman 1994, 298; Mentzos 1997, 59).

Bei Patienten mit ASS werden folgende biographische Entwicklungsparameter beschrieben, die mit einem Defizit an frühkindlichen Selbstobjekterfahrungen einhergehen. In den Ursprungsfamilien dieser Patienten finden sich „emotionale Ablehnung und körperliche Misshandlung seitens der Eltern, ständige Auseinandersetzungen zwischen den Elternteilen, frühe Trennungserlebnisse durch elterliche Scheidung oder Tod eines Elternteils, Übernahme früher Verantwortung oder

6 Siehe auch Maria Becker 2010 zum interpersonalen Containment und seinen entwicklungsfördernden Aspekten in der musiktherapeutischen Beziehung.

einer Sündenbock- bzw. Vermittlerrolle und ausgeprägte Leistungsorientierung [...]“ (Henningsen et al. 2002, 172).

In diversen Studien sind eigene schwer wiegende Krankheiten in der Kindheit (die Krankenhausaufenthalte mit Trennungserfahrungen nach sich ziehen), mangelnde elterliche Fürsorge, körperliche Misshandlungen und sexueller Missbrauch, emotionale Vernachlässigung, chronische Disharmonie in der Primärfamilie oder ein chronisch krankes Elternteil während der Kindheit als Prädiktoren für Somatisierung gefunden worden (vgl. Egle et al. 2003, 559).

Im Fall von Frau Fein ist bekannt, dass sich ihre Eltern trennten, als sie gerade ein Jahr alt war und sie erst als erwachsene Frau wieder Kontakt zu ihrem Vater hatte.

Frau Olme, oben erwähnt und eine andere Patientin, Frau Bernsee, erfuhren Deprivation durch andere Entwicklungssituationen. Mit ihren kurz angerissenen Beispielen stehen sie für das breite Spektrum individueller Biographien.

Frau Olme, deren Beschwerden seit mehr als zwanzig Jahren persistieren, wurde aufgrund der Beschwerden vorzeitig berentet. In ihrer Kindheit fiel der Vater im Krieg und die Mutter arbeitete „Tag und Nacht“ (Frau Olme), um sie und ihre fünf Geschwister durchzubringen. Die überforderte Mutter konnte Frau Olme wenig an Empathie und Wärme entgegenbringen.

Frau Bernsee, 42jährig, wuchs mit zwei Brüdern, einem gewalttätigen Vater und einer Mutter, die sie vor den Übergriffen des Vaters nicht schützen konnte, auf. Als sechsjähriges Kind erlitt sie einen schweren Unfall beim Spielen, der zahlreiche OPs notwendig machte.

Diesen Patientinnen konnten die Eltern aus verschiedenen Gründen nicht ausreichend in Selbstobjektfunktion zur Verfügung stehen. Bion beschreibt dies im Einzelnen so: „Wenn die Projektion von der Mutter nicht akzeptiert wird, dann fühlt das Kind, dass sein Gefühl der Todesnot aller ihm innewohnenden Bedeutung entkleidet ist. Es reintrojiziert deshalb nicht eine Furcht zu sterben, die erträglich wurde, sondern eine namenlose Angst“ (Bion 2002, 232). Erlebt das Kind in der frühkindlichen Entwicklung die Eltern als unzuverlässig und nicht verfügbar, kann eine frühe Traumatisierung die Folge sein. Eine spätere Traumatisierung kann die Konstitution des Selbst erheblich erschüttern und zur Zerstörung eines bereits internalisierten Containments führen (s. Mitzlaff 2008, 64).

Die o. g. Disposition zu Psychopathologien bei versagenden defizitären Selbstobjekterfahrungen kann eine Disposition zur Konversion ins Körperliche sein.

Sie hat ihren Ursprung in einem Mangel genügend guter Selbstobjekterfahrungen bei der psychisch-symbolischen Bewältigung erster Körper- und Objekterfahrungen. Dieser Mangel führt zu Komplikationen bei den weiteren Entwicklungsschritten, dem Lösen aus der Symbiose und der Differenzierung von Selbst und Objekt (s. Hirsch 2000, 285).

Zu einem späteren Zeitpunkt im Leben wird die Konversionsneigung aktiviert und verbindet sich mit einem Thema, das aus einer reiferen Entwicklungsstufe stammt (s. ebd., 297). Dem erwachsenen Patienten gelingt es dann nicht oder nur schwer, zwischen Selbst, Körper und äußerem Objekt zu unterscheiden. Es gelingt ihm ebenso nicht, zwischen dem physischem Schmerz und den schmerzhaften Affekten, dem psychischem Schmerz zu differenzieren (s. Hirsch 2000, 285). Psychogener Schmerz kann also im Kontext früher dysfunktionaler Spiegelungserfahrungen verstanden werden.

Zurück zu Frau Fein.

Nach einer Beschreibung ihrer Schmerzen befragt, berichtet sie, dass sich alle Muskeln ihres Körpers zusammenziehen und verhärten. Wenn sie laufe, laufe sie auf der schmerzenden Muskulatur der Füße. Dieser Schmerz ziehe die Beine hoch. Wenn sie stehen bleibe, trete der schlimmere Schmerz in den Vordergrund. Sie könne weder liegen noch sitzen, stehen oder laufen.

Der Schmerz sitze ca. drei Zentimeter unter der Hautoberfläche und gehe deutlich in die Tiefe. Der Brustkorb fühle sich wie in einer Riesentür zusammengequetscht an. Das Atmen sei behindert. Dieses Gefühl sei am beängstigendsten. Die Fingerspitzen fühlten sich wie mit einer Zange eingeklemmt an. Der Rest des Körpers fühle sich an, als ob jemand Eiswürfel auf einen lege, so dass sich alles zusammenziehe, aber ohne das Kältegefühl. Der Schmerz sei gleich bleibend stark und sie habe keine Möglichkeit zu entspannen. Ihr ganzer Körper sei extrem berührungsempfindlich. Auch die Kleidung auf der Haut schmerze. Abends steigerten sich die Schmerzen. Einzig Wärme lindere, sie lege vor dem Schlafen das Wärmekissen auf den Bauch, dann auf andere Bereiche. Hier in der Klinik habe sie die Ruhe, sich auch tagsüber auf das Wärmekissen zu legen, das sei zu Hause so nicht möglich. Sie wolle es auch nicht, denn „sonst kann ich mich gleich begraben lassen“.

Sie sei geräuschempfindlich, spüre die Schallwellen, sogar die eigene Stimme schmerze ihr.

Medikamentös helfe allein Tetraxepam.

Dies ist eine Zusammenfassung des Schmerzinterviews von Frau Fein. Manchmal beansprucht das Interview mehr als eine Sitzung analog zur Länge des gegangenen Leidensweges. Den Beschreibungen ist meist eine gewisse Redundanz inne. Es ist ein zähes Ringen um Worte. Die schmerzenden Körperstellen und -bewegungen werden gezeigt, begleitet von Ächzen und Stöhnen. Meist sind die damit verbundenen Affekte von Verzweiflung, enttäuschter Hoffnung, Traurigkeit und Wut, die sich so schwer in Worte fassen lassen, wie auch gleichzeitig der Widerstand, sich mit dem Schmerz zu befassen, im Raum.

Indem ich als Therapeutin zugewandt, interessiert und akzeptierend die Patientin befrage, begegne ich ihr in Selbstobjektfunktion. Ähnlich wie die Mutter, die Beta-Elemente in Alpha-Elemente umwandelt und damit die namenlose in eine tragbare Angst umwandelt, höre ich die Geschichte des Leides des Patienten.

Zwar habe ich als Therapeutin im Unterschied zum Patienten ein Verstehensmodell psychogener Ätiologie des Schmerzes, deute jedoch zu diesem Zeitpunkt nicht.

Dies entspricht den Therapieempfehlungen für den Beginn von psychotherapeutischer Behandlung bei Patienten mit Schmerzkrankungen. Das erste Ziel ist der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung. Dies gelingt nicht, wenn der Patient befürchten muss, dass ihm die Schmerzen weggenommen werden sollen, da sie für ihn eine stabilisierende Funktion haben (s. Ermann 2007, 274). Daher sollten sich therapeutische Interventionen „zum Ziel setzen, das zunächst organische Erklärungsmodell des Patienten zu akzeptieren und gleichzeitig den persönlichkeitsstrukturellen, kognitiven, psychodynamischen und familiendynamischen Faktoren Rechnung zu tragen“ (Henningsen et al. 2002, 181).

Bevor die Auseinandersetzung mit den dem Schmerz zugrunde liegenden psychischen Prozessen möglich ist, nehme ich als Therapeutin das Leid des Patienten wahr. Damit würdige ich das, was ihm widerfahren ist und bestätige ihn in seiner gegenwärtigen Existenz. Der Patient erfährt, dass die Therapeutin das Leid halten kann. Es erleichtert, eine vertrauensvolle Atmosphäre entstehen zu lassen.

Nach dem Klang, der den Schmerz darstellt, befragt, sagt Frau Fein: „Es muss ein leiser Ton sein, der lauter und tiefer wird, in mittlerer Lage. Ein Ton, der ins Unerträgliche, Unendliche geht, bis ich mich übergebe, aber dann hört er nicht auf, sondern geht noch weiter.“ Nach kurzem Überlegen und Probieren auf den Instrumenten wählt sie die Bratsche. Als wir uns der Linderungsmusik zuwenden, überlegt sie lange, bis sie sagt: „Es ist ein Klang wie Wellen, Wasser, wie Meer.“ Sie wählt das Monochord. Wieder und wieder probiere ich Dynamik, Tempo, Saitenfolge, Akkorde oder einzelne Töne, bis sie sagt, es sei passend.

Anders als andere Patienten legt sie sich während der Anwendungsphase nicht hin, damit sie weiter umhergehen kann. Ich baue mir das Instrumentarium auf, um es während des Spielens griffbereit zu haben. Wir blicken uns an und ein gemeinsames Kopfnicken ist das Zeichen für den Beginn meines Spiels der Musikstücke. Nach kurzer Zeit gibt sie mir das verabredete Stopp-Zeichen, um die Schmerzmusik zu beenden. Gleich im Anschluss spiele ich die Linderungsmusik, bis sie auch diese beendet.

Im Spiel bin ich im Blickkontakt mit Frau Fein. Während der Schmerzmusik ist ihr deutlich die Qual anzusehen, die sie ihr bereitet. Sie wird noch blasser, als sie ohnehin schon ist. Nachdem sie ein kurzes Weilchen der Linderungsmusik zugehört hat, entspannen sich ihre Gesichtszüge und sie wirkt gelöster als sonst.

Während der gesamten Anwendungsphase ist Frau Fein zum ersten Mal in der Musiktherapie stehen geblieben.

Viola

mp cresc. mf

glissando

Dauer 18 Sekunden

wiederholte

wiederholte

Eine Woche später berichtet Frau Fein lebhaft im Nachgespräch: „Ich konnte mir nicht vorstellen, dass ich eine Musik finde. Ich habe auch gedacht, es ist egal, welche Musikstücke entstehen. Aber es war doch nicht egal!“ Sie erinnert sich an die Anwendungsphase: „Ich war beim Hören erst angespannt, aber dann habe ich mich leichter gefühlt und der Schmerz hat einen Moment nachgelassen.“

Im Folgenden berichtet sie, dass sie die Schmerzmusik mit den Vorwürfen verbindet, die sie sich mache. Die Erleichterung, die sie mit der Linderungsmusik assoziiert, verhindere sie durch ihre Strenge und Selbstvorwürfe. Als ich ihr offenbare, dass auf der CD mit dem Mitschnitt die Linderungsmusik nicht zu hören ist, weil sie für das Gerät zum Aufnehmen zu leise war, reagiert sie enttäuscht und fasst es als Bestätigung ihrer Hoffnungslosigkeit auf.

Und dann berichtet sie, dass sie ihre Mutter meist als wenig empathisch erlebt habe. Sie habe sich in ihren Ängsten nicht verstanden gefühlt. Sie erzählt eine Episode, in der sie in der Schule wegen der Zahnspange gehänselt wurde. Als sie nach der Schule nach Hause kam, konnte die Mutter sie nicht trösten, sondern reagierte auf ihre Erzählung der Erlebnisse in der Schule, indem sie ihr Vorwürfe wegen einer Nichtigkeit gemacht habe.

Ihre Verlassenheit als Kind wird spürbar. Sie sagt traurig: „Ich habe mich immer so angestrengt, um etwas gut für meine Mutter zu machen.“

Kurz nach dieser Sitzung wird die Patientin entlassen.

Ähnlich wie im Verstehen des Schmerzes im Schmerzinterview wird mit der Schmerz- und Linderungsmusik die größtmögliche Passung mit den Schmerzen und ihrer fantasierten Linderung versucht. Naturgemäß ist die absolute Übereinstimmung nicht möglich (s. Metzner 2008, 40f).

In Bezug zum Konzept der Selbstkonstituierung habe ich die Erfahrung gemacht, dass in der Musik als Selbstobjektfunktion der Schmerz und die Linderung genügend gut contained werden können.

Sowohl die kurzfristige Verstärkung des Schmerzes während des Hörens wie auch die darauf folgende Entspannung mit dem Nachlassen des Schmerzes bei Frau

Fein und anderen Patienten in der MIS mag ein Hinweis dafür sein, dass das Hören der Musikstücke ein für die Patientin gelungene Containment-Erfahrung ist.

Die Patientin erwartete nicht, dass es überhaupt wichtig ist, dass die Musik für sie stimmt. Es zeigt sich, dass sie sich die Musik als Selbstobjekt schwer vorstellen kann. Sie erwartete eher, dass sich das ihr Vertraute reinszeniert: Dass eine Musik hörbar würde, von der eher egal ist, ob sie den Schmerz und dessen Linderung trifft oder nicht. Frau Fein hat in der Behandlung die Erfahrung gemacht, dass es aber doch eine Rolle spielt. Dass sie die Schmerzmusik mit Selbstvorwürfen assoziiert, weist auf ihre Mutterrepräsentanz. Die Mutter konnte sie schlecht trösten, wenn sie sich ihr mit Kummer anvertrauen wollte. Die Introjektion der mütterlichen Alphafunktion konnte nicht gelingen und Frau Fein fehlt die Fähigkeit zur Selbsttröstung.

Nach der Erfahrung mit den Musikstücken ist Frau Fein über die auf der CD fehlende Linderungsmusik enttäuscht. Die Enttäuschung verbindet sich mit der bekannten Resignation und Hoffnungslosigkeit. Hier deutet sich der innere Konflikt der Sehnsucht nach dem Objekt an und die Angst davor, von einem als übermächtig, intrusiv und bedrohlich erlebtem Objekt verschlungen zu werden.

In der therapeutischen Beziehung werden Enttäuschung und Ärger nicht auf die Therapeutin projiziert. In diesem Moment gelingt es der Patientin, die Enttäuschung über das versagende primäre Objekt ausdrücken. Erstmals spricht sie über die Beziehung zu ihrer Mutter, die wenig empathisch für sie sorgte. Hier spricht sie frühe Erfahrungen des Spiegelns an. Indem die Patientin die Musikstücke findet, die ihren Schmerz und dessen Linderung darstellen und hörbar machen und diese Musikstücke für sie von der Therapeutin gespielt und von ihr dirigiert werden, gibt es eine Progression in Richtung Differenzierung zwischen Innen und Außen bzw. Selbst, Körper und äußerem Objekt.

Die Komposition und Anwendung der Musikstücke ist damit eine Progression, die die Fähigkeit zur Illusion als Grundlage des Spiels in die Therapie integriert. Die Musik hat höheren Symbolgehalt als die Schmerzen. Sie kann zu einer schrittweisen Distanzierung befähigen, die die Bearbeitung der bio-psycho-sozialen Faktoren des Schmerzes ermöglichen. Voraussetzung für diese Progression ist allerdings, dass eine tragfähige therapeutische Beziehung etabliert ist, in der sich der Patient interpersonal gehalten fühlen kann. Dies ist besonders für Patienten mit der Diagnose ASS notwendig, da sie eine erhöhte Vulnerabilität für misslingendes Containment mitbringen.

Frau Fein: Zweite MIS

Frau Fein ist nach einem dreiviertel Jahr nach der Entlassung erneut stationär aufgenommen und wünscht die Fortsetzung der Musiktherapie mit einer weiteren MIS. Wie in der ersten MIS benennt sie als Ziele des Aufenthaltes die Reduktion des Tetrabezams und die Beschäftigung mit den Themen Selbstakzeptanz und Selbstliebe.

Sie schildert ihre Schmerzen. Gesicht, Fußsohlen, Schienbeine, das Innere der Beine und der Iliosakralbereich schmerzten besonders deutlich. Dieser Schmerz fühle sich an, als ob er in verschiedene Richtungen in Bewegung sei, was ein Ziehen verursache. Die Haut sei überempfindlich, deshalb trage sie die Kapuze des Pullis seitwärts. Hände, Taille und Arme seien schmerzlos.

Der Schmerz strahle von innen nach außen ca. zehn Zentimeter über die Haut hinaus. Diese zehn Zentimeter wolle sie Abstand halten, sowohl von Gegenständen als auch Menschen, sonst fühle sie sich berührt. Dieses Strahlen des Schmerzes sei wie eine Seifenblase, die sie umhülle, eine Schutzhülle, ein Schutz der dafür Sorge, dass der Schmerz nicht völlig außer Kontrolle gerate. Dieser Schutz sei leicht und unglaublich empfindlich – ein kurzes Anstoßen und er gehe kaputt. Dann würden die Schmerzen unaushaltbar. Indem sie Abstand halte, habe sie minimalen Einfluss.

Zur Seifenblase gehöre das schmerzende Areal zwischen Knochen und Haut. Stärkerer Schmerz bedeute mehr Volumen, als der Körper hergebe. Dann sei sie eingefangen in der Schmerzblase mit der permanenten Angst vor Verlust der Kontrolle. Wenn die Seifenblase platze, werde sie handlungsunfähig. Auch ihr könne passieren, dass sie gegen die Seifenblase piekse, dann knocke sie sich völlig aus und die Folgen seien Schmerzen, die mit keiner Schmerzskala zu messen seien. Sie bestätigt: „Der Schmerz ist die Seifenblase und der Schutz ist die Seifenblase. Beides ist die gleiche Blase.“

Frau Fein benennt erstmalig fast wie nebenbei schmerzfreie Körperregionen. Dies könnte einerseits mit einer Veränderung ihrer aktuellen Lebenssituation im Zusammenhang stehen. Sie berichtet in anderem Kontext, dass ihre Mutter, mit der sie bis vor kurzem für einige Zeit aufgrund von Baumaßnahmen in einem Haus gewohnt hatte, nun in das Nachbarhaus gezogen sei. Ein räumlicher Abstand ist gewährleistet. Andererseits ist nun für die therapeutische Beziehung eine so stabile und vertrauensvolle Basis erarbeitet worden, dass sie partielle Schmerzfreiheit mitteilen kann.

Wenn Frau Fein beschreibt, dass sie zehn Zentimeter Abstand zu belebten wie unbelebten Objekten halten wolle, ist dies ein ganz normaler Vorgang. Jeden Menschen, ob Kind oder Erwachsener, umgibt eine Art Blase, der interpersonale Raum. „[...] wenn die Blase platzt, weil jemand zu nahe herangekommen ist und sie «durchstoßen» hat, empfinden wir Unbehagen und ziehen uns gewöhnlich zurück“ (Stern 2006, 31).

Versteht man Frau Feins Seifenblase als psychologische Blase und interpersonalen Raum, ist sie einerseits genügsam mit einem Radius von zehn Zentimetern. In unserer Kultur beträgt der interpersonale Raum knapp einen Meter (vgl. Stern 2006, 31). Andererseits sind die Folgen für die Verletzung der Blase für Frau Fein ungleich schwerwiegender als ein Unbehagen.

Frau Fein schildert Nähe als bedrohliche Beziehungserfahrung. Es scheint keine Selbstverständlichkeit zu sein, dass ihr interpersonaler Raum ihr zusteht und geachtet wird. Sie scheint die Erfahrung gemacht zu haben, dass ein nahes Objekt intrusiv ihre Grenzen missachtet und sie die Kontrolle verliert. Mithilfe des Schmerzes als Indikator gelingt es Frau Fein in der Regel, Objekte auf Distanz zu halten. Für die Wahrnehmung und den Schutz des adäquaten interpersonalen

Raums braucht sie den Schmerz. Ausgehend von der Qualität der primären Objektbeziehung mit der Folge eines defizitären Selbstsystems dient der Schmerz als Grenze für das Selbst.

Diese Grenze ist für das Selbstgefühl von grundlegender Wichtigkeit.

Den Klang des Schmerzes beschreibt sie ohne zu Zögern als hohen Ton, der Glas zum Springen bringen kann und einem tiefen Basston, der den ganzen Boden vibrieren lasse. Beides reiße die Seifenblase auf. Schnell sind Geige und Gong gefunden.

Sie kommt auf die Linderungsmusik aus dem letzten Aufenthalt zurück. (Da diese in der Aufnahme nicht zu hören war, hatte ich sie ihr noch einmal aufgenommen und zugesandt.) Sie sei zwar passend gewesen, aber an der Oberfläche geblieben, etwas sei zu wenig gewesen. Aber die Musik müsse in die Seifenblase! Es brauche einen Klang, der in die Seifenblase eindringen könne. Dabei aber dürfe die Seifenblase nicht kaputt gehen. „Die Seifenblase bleibt, sie wird durchlässig, so dass die Musik nicht draußen davor steht, sondern hinein kann und den Schmerz verändern.“ Nachdenken. „Wie kommt die Musik in die Blase, ohne sie zu zerstören?“ bringt es Frau Fein auf den Punkt. „Es müsste mich berühren, mich anrühren!“ Ich frage sie: „Wie müsste die Musik sein, was bräuchte es, damit Sie sich berühren, sich anrühren lassen könnten?“ „Verschiedene Töne.“ Frau Fein bekommt einen ganz weichen Klang in der Stimme. „Nicht so nebelhaft. Sie muss echt sein, sie muss leben. Sie muss zu mir sprechen!“ „Wie könnte sich das anhören?“ „Ich muss es als angenehm und schön empfinden.“ Sie macht eine Pause und fährt fort: „Aber dann ist die Gefahr, dass es einfach nur Geplätscher wird.“ Sie überlegt angestrengt. „Es soll nachdrücklich sein, dass es nicht vorbeirauschen kann, sondern anklopft. Wenn es zu nebelhaft ist, bin ich nicht gemeint. Aber trotzdem soll gewährleistet sein, dass die Seifenblase nicht kaputt geht. Die Musik soll nicht gegen die Seifenblase drücken, sondern mir die Hand reichen. Sie soll versuchen, mit kleinen Fädchen hineinzukommen.“ Der Klang der kleinen Fädchen sei mittelhoch.

Sie wählt die Gitarre. Im praktischen Versuch beschreibt sie, wie es sich anhören soll: Die Gitarre ohne die hohe E-Saite von den höheren zu den tieferen Saiten gestrichen. Die oberen zwei Saiten seien die kleinen Fädchen, die hineinkommen. andersherum, von den tiefen zu den höheren Saiten gestrichen, stimme es nicht, weil sonst die tiefen Saiten verdeckt würden. So wären die tieferen Saiten in den oberen eingebettet und klingen aus.

Während ich probiere, sagt sie, dass die Töne so gut sind, aber es müsse noch lebendiger werden. „Es ist noch so gleichförmig.“ Ich spiele etwas lauter und jeden Ton deutlicher und variiere die Arpeggien im Tempo. „Ja, auch mal nur drei oder vier Saiten.“ Ich spiele es mit der sehr bewussten, sehr konzentrierten inneren Haltung, zu ihr, für sie zu spielen. „Ja, das ist es!“

Wir verabreden, wie auch schon in der vorherigen MIS, Zeichen, mit denen sie mein Spiel dirigieren kann: Dauer, Tempo und Dynamik der Musikstücke. Ich lege mir die Geige und Gitarre zurecht, stelle den Gong daneben und drücke auf die Aufnahmetaste des MP-3-Gerätes und fange an zu spielen. Zuerst die Schmerzmusik, dann die Linderungsmusik.

Geige

Gang

$\text{♩} = 45$

mf *ppp*

Gitarre

$\text{♩} = 65$
ruba.to
mp

usw. (Gesamtclauer 2 min.)

Frau Fein sagt im Anschluss, dass die Gitarre passend gewesen sei, aber als sie zu eindringlich wurde, habe sie sie gestoppt. „Die Dosierung ist wichtig.“

Die Beschreibung der Schmerzmusik lässt übergriffiges Beziehungserleben assoziieren: Der Klang der Töne lässt Glas zerspringen und Böden vibrieren, er hat eine immense Gewalt. Frau Fein scheint Objektbeziehung so erfahren zu haben, dass die Nähe die „Seifenblase“ zerstört. Ihre psychologische Blase als interpersonalen Raum wird nicht bewahrt. Nähe wird mit Übergriffserleben assoziiert und bedrohlich erlebt. Dieses Erleben geht bis ins Innerste – die „Seifenblase“ ragt bis in die Knochen hinein. Dennoch wird in der Beschreibung der Musik deutlich, dass Frau Fein sich Beziehung wünscht. Sie möchte berührt, angerührt werden. Sie wünscht sich Nähe.

Wie aber kann Objektbeziehung sein, ohne dass ihr Selbst beschädigt wird? Frau Fein kann die Antwort geben: Die Musik muss echt sein, sie muss leben, zu ihr sprechen. Sie möchte sich gemeint fühlen, möchte wahrgenommen werden.

Und wenn die Fädchen der Musik in die Blase kommen, ohne sie zu zerstören, dann verändert sich der Schmerz. Das könnte bezogen auf die frühe Objektbeziehung heißen, dass sich die Anspannung lösen könnte, die aus der namenlosen Angst resultiert, wenn das (primäre) Objekt ihr empathisch genug begegnen würde. Diese Erfahrung konnte Frau Fein einen Moment lang in der ersten MIS machen.

Als die Linderungsmusik auf der Gitarre gespielt wird, wird sie Frau Fein zu einem bestimmten Zeitpunkt zu eindringlich. Sie stoppt sie mit einem zuvor verabredeten Zeichen.

Hier kann sie ihre Grenze wahren, indem sie aus der Passivität findet und aktiv das Stoppzeichen gibt. Sie nutzt die Therapeutin selbstwirksam als Selbstobjekt. Sie erlebt, dass sie eine Reaktion hervorrufen kann und macht die Erfahrung eigener Effektnanz. Dies kann ihr das Gefühl vermitteln, im Besitz eines gefestigten Selbst zu sein. Die Regulation der Musikstücke durch das Dirigat des Patienten trägt zum Stimmen der Musikstücke bei. Frau Fein beschreibt, wie wichtig es ist, dass sie stimmen.

Sie ist damit kein Einzelfall. Dies und die Tatsache, dass es überhaupt möglich ist, dass die Musikstücke stimmen, stellen Patienten immer wieder voller Erstaunen fest, in und trotz der Differenz zum Erleben, die den Musikstücken immanent ist. Die Patienten nehmen wahr, dass die Musik sozusagen ihre Affekte versteht. So werden die Musikstücke in der MIS selbst zum Selbstobjekt. Eine Patientin drückte es so aus: „Da ist die Wahrheit drin.“ (Welche Wahrheit gemeint ist, lässt sich im therapeutischen Prozess explorieren.) Dabei halte ich es von großer Wichtigkeit, dass die Patientin der Musik nicht ausgeliefert ist, sondern sie dosiert.

In der Auseinandersetzung mit Schmerz und Linderung sowie der Bedeutung beider Phänomene erlebt sie sich als selbstwirksam. Im Zusammenhang mit früher Beziehungserfahrung und möglichen späteren Traumatisierungen ist es von Bedeutung, Schritte in Richtung Aktivität aus der Opferrolle heraus zu unternehmen. Das Dirigat kann als Entwurf bzw. Probestandlung reifer Selbstobjektbeziehungsgestaltung verstanden werden. Der Patient übernimmt Verantwortung für sein Selbst, für die Grenzen seines Selbst und für die Bedürfnisse als reifes Subjekt.

Schluss

Die MIS in ihrer Modulhaftigkeit und Komplexität, in die Aspekte der aktiven und rezeptiven Musiktherapie integriert sind, erfüllt einerseits aus psychoanalytischer Sicht grundlegende Anforderungen an Psychotherapie: Als Voraussetzung für heilende Erfahrungen in der therapeutischen Behandlung gibt sie Raum für das Gefühl, vom anderen verstanden zu werden sowie für die Erfahrung eigener Effektnanz.

Andererseits scheint die MIS für die besonderen Anforderungen der Psychotherapie mit Patienten mit der Diagnose ASS geeignet zu sein. Bei diesen Patienten ist die Anpassung an die Abwehr besonders wichtig, um den Erfolg der Therapie zu gewährleisten. Die Struktur der MIS kommt dem entgegen. Patient und Therapeutin erhalten im Schmerzinterview genügend Raum für das anfängliche Festhalten des Patienten an einem somatogenen Krankheitsverständnis. Das Komponieren der Musikstücke und ihre Anwendung implizieren eine gegenwärtige und zukünftige Veränderung der Symptomatik und des Beziehungserlebens, die bei der Chronifizierung der Erkrankung von großem Wert ist. Damit schmiegt sich die MIS in die Ziele der medizinischen und psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit der Diagnose ASS im stationären Aufenthalt und leistet einen wichtigen Beitrag im Behandlungspaket der Patienten.

Frau Fein konnte am Ende ihres letzten Aufenthaltes ihre persönliche Entwicklung würdigen. Sie sagte, dass sie am Anfang ihres ersten Klinikaufenthaltes „nur immer wieder im Stationsflur umkippte.“ In den folgenden Aufenthalten gelang die Annäherung an wichtige Themen. So fragte sie sich in einer der letzten Sitzungen, ob es sein könnte, dass das ständige Umherlaufen-Müssen ein Weglaufen vor schmerzhaften Themen sei.

Auch die zwei oben erwähnten Patientinnen, Frau Olme und Frau Bernsee, wurden mit der MIS behandelt.

Frau Olme wurde in mehreren Sitzungen der Reflektion nach der Anwendungsphase bewusst, dass sie gar nicht schmerzfrei sein wollte (die Schmerz- und Linderungsmusik ähnelten sich): Sie brauche vorerst ihre Schmerzen, bis sie in der Lage sei, sich abzugrenzen. Im stationären Alltag begann sie bewusst mit Abgrenzungserfahrungen. Die Schmerzen reduzierten sich auf ein aushaltbares Maß.

Frau Bernsee assoziierte die Linderungsmusik mit einer Umarmung. Ihr wurden die Sehnsucht danach und die Bedeutung der Sehnsucht bewusst. Während des stationären Aufenthaltes nach der MIS bat sie in den folgenden musiktherapeutischen Sitzungen die Musiktherapeutin, der Linderungsmusik ähnliche Musikstücke zu spielen, und konnte so in einigen Phasen heftiger Schmerzen die Medikamentendosis reduzieren. Ihre Mitteilungsfähigkeit über Emotionen nahm zu.

Wie ich anhand des Fallbeispiels aufzeige, nehme ich an, dass sich in der MIS sowohl im verbalen Teil als auch in den Musikstücken als Projektionsfläche frühe und reife Selbstobjektbeziehungserfahrungen zeigen und entwickeln. Der Patient kann durch die Behandlung angeregt werden, sich Kontexte von frühem Beziehungserleben im Hinblick auf die Konstituierung des Selbst bewusst zu machen. Die Konstruktion der MIS erleichtert es Therapeut und Patient außerdem, dem Patienten gelingende Selbstobjekterfahrungen im Hier und Jetzt zu ermöglichen.

In der MIS und ihren Musikstücken kann der Schmerz in seiner Funktionalität verstanden werden. In seiner Funktion als Grenze ist er nicht nur ein Schutz für ein vulnerables, fragiles Selbst, dem es am Gefühl von Geborgenheit, Sicherheit und Urvertrauen mangelt. Er schützt ebenso das Selbst vor einem als intrusiv und bedrohlich erlebten (primären) Objekt. Bei der Angst vor diesem bedrohlich erlebten Objekt bleibt gleichzeitig die große Sehnsucht nach Nähe. Dieser innere Konflikt verhindert Beziehungserleben. Die Erkrankung des Patienten mit dem Symptom des Schmerzes kann als Ausdruck dieses Konfliktes verstanden werden. Der Körper dient im pathologischen Bewältigungsversuch als Rückzugsort in dysfunktionaler Symbiose mit sich selbst (s. Hirsch 2000, 301, 303).

Im therapeutischen Prozess kann die Verbindung von frühen Selbstobjekterfahrungen zu Belastungserleben, die zur Dekompensation geführt haben, integriert werden. Dem Patienten können von den primären Objekten unerfüllte Bedürfnisse bewusst werden. Der für die Reifung des Selbst bedeutende Trauerprozess kann in Gang kommen. In diesem Prozess kann sich der Patient von der Hoffnung auf die Erfüllung seiner Bedürfnisse durch die primären Objekte verabschieden, getra-

gen im Containment der musiktherapeutischen bzw. psychotherapeutischen Beziehung. Nach und nach wird er in der Lage sein, Containment zu verinnerlichen und die Fähigkeit erlangen, in seinem Inneren Beta-Elemente in Alpha-Elemente umzuwandeln. Dem Patienten wird es möglich sein, sich in belastenden Situationen selbst zu beruhigen und zu trösten.

Nach und nach können sich im Inneren des Patienten Selbst und Objekt sowie Innen und Außen konturieren. Der Zwang der Reinszenierung verliert seine Macht und der Patient kann frei wählen und entscheiden, Objekten mit ihrem Anteil der reifen Selbstobjektfunktion zu begegnen. Er ist nicht mehr dysfunktional auf archaische Selbstobjekte angewiesen. Die Wahrnehmung des Schmerzes kann sich verändern oder der Patient kann sogar auf den Schmerz als Schutz vor Fragmentierung des Selbst bzw. als Rückzug in die Symbiose mit sich selbst verzichten.

Literatur

- Bacal, H. A.; Newman, K. M. (1994): Objektbeziehungstheorien – Brücken zur Selbstpsychologie. Stuttgart-Bad Cannstatt
- Balint, M. (1988): Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Stuttgart.
- Balint, M. (1970): Therapeutische Aspekte der Regression. Reinbek
- Bion, W. (2002): Eine Theorie des Denkens. In: Bott Spillius, E. (Hrsg.): Melanie Klein heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis. Band 1. Beiträge zur Theorie. Stuttgart
- Becker, M. (2010): Metaphern, Träume und musiktherapeutische Improvisationen in der Psychotherapie. In: Jahrbuch Musiktherapie, Band 6 (2010)
- Bradt, J. (2001): The Effects of Music entrainment on Postoperative Pain Perception in Pediatric Patients. Dissertation Temple University, Philadelphia. http://www.xpozd.com/jbradt/jbradt_dissertation.pdf, eingesehen am 3.3.2011
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2010): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 7., überarbeitete Auflage. Bern
- Eckhardt-Henn, A.; Heuft, G.; Hochapfel, G.; Hoffmann, S. O. (2009): Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin. Mit einer Einführung in die Psychodiagnostik und Psychotherapie. Stuttgart
- Egle, U. T.; Hoffmann, S. O.; Lehmann, K. A.; Nix, W. A. (2003): Handbuch Chronischer Schmerz. Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie aus bio-psycho-sozialer Sicht. Stuttgart
- Elhardt, S. (1998): Tiefenpsychologie. Stuttgart, Berlin, Köln
- Ermann, M. (2007): Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage. Stuttgart
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E. L.; Target, M. (2006): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart

- Fonagy, P.; Target, M. (2007): *Psychoanalyse und die Psychopathologie der Entwicklung*. Stuttgart
- Henningsen, P.; Hartkamp, N.; Loew, T.; Sack, M.; Scheidt, C. E.; Rudolf, G. (2002): *Somatoforme Störungen. Leitlinien und Quellentexte*. Stuttgart
- Hirsch, M. (Hrsg.) (2000): *Der eigene Körper als Objekt. Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens*. Gießen
- Klein, M. (2006): *Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse*. Stuttgart
- Kohut, H. (1973): *Narzißmus*. Frankfurt am Main
- Kohut, H. (1977): *Introspektion, Empathie und Psychoanalyse*. Frankfurt am Main
- Kohut, H. (1981): *Die Heilung des Selbst*. Frankfurt am Main
- Kohut, H. (1989): *Wie heilt die Psychoanalyse?* Frankfurt am Main
- Kröner-Herwig, B.; Frettlöh, J.; Klinger, R.; Nilges, P. (Hrsg.) (2011): *Schmerzpsychotherapie*. Berlin, Heidelberg
- Mentzos, S. (1997): *Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven*. Frankfurt am Main
- Metzner, S. (2008): *Über die Kluft vom Tatsächlichen zum Möglichen. Oder: Die Wirksamkeit von Musik in der Musik-imaginativen Schmerzbehandlung*. In: Nöcker-Ribaupierre, M. (Hrsg.): *Musiktherapie und Schmerz*. Wiesbaden
- Metzner, S.; Rohlfss, F.; Hauck, M.; Engel, A. K. (2008): *Influence of Music on Pain Processing and Perception in Human Subjects*. Poster Presentation at Mozart and Science, November 16th–19th, Vienna, Austria
- Mitzlaff, S. (2008): *Musik als Container? Zur Anwendung von Bions container/contained Modell auf Traumaverarbeitungsprozesse in der Musiktherapie mit Kindern*. In: Niedecken, D. (Hrsg.): *Szene und Containment. Wilfred Bion und Alfred Lorenzer: Ein fiktiver Dialog*. Marburg
- Schrauth, T. (2010): *Die Musik in der Musik-imaginativen Schmerzbehandlung (Entrainment)*. Unveröffentlichte Masterthesis im Studiengang „Methoden musiktherapeutischer Forschung und Praxis“ an der Hochschule Magdeburg / Stendal (FH)
- Stern, D. (2006): *Mutter und Kind. Die erste Beziehung*. Stuttgart
- Stern, D. (2007): *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart
- Tüpker, R. (2003): *Selbstpsychologie und Musiktherapie*. In: Oberhoff, B. (Hrsg.): *Die Musik als Geliebte. Zur Selbstobjektfunktion der Musik*. Gießen
- Winnicott, D.W. (2006): *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart
- Wolf, E. S. (1998): *Theorie und Praxis der psychoanalytischen Selbstpsychologie*. Frankfurt am Main
- Ruth Liesert, Schön Klinik Hamburg Eilbek
 Universitäre Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
 Dehnhaid 120, 22081 Hamburg – 040 2092-7287 – RLiesert@schoen-kliniken.de